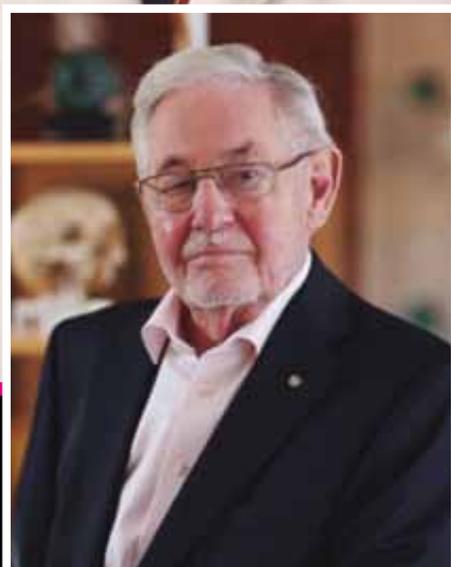
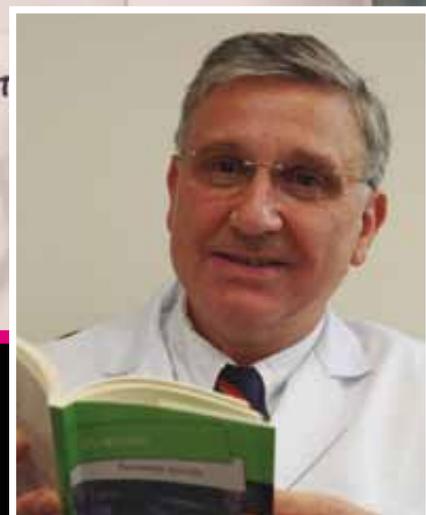


Jesús Prieto

*Premio Nacional
de Investigación
en Medicina 2014*



P. I. Branemark
Merecido homenaje
al padre de la implantología



Fernando Sarráis
Psiquiatra en la
Clínica Universidad de Navarra

**Presente y futuro
de la salud bucodental**
7-9 Mayo 2015 Barcelona

MASTER EN IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL

VI Edición

Módulos Teóricos-Prácticos y Clínicos con Pacientes | Bases Anatómicas, Biológicas y Fisiológicas | Diagnóstico, Planificación, Tratamiento | R.O.G. | Injerto Óseo | Elevación Sinusal | Cirugía Mucogingival | Laser | Cirugía mínimamente invasiva Guiada por Ordenador | Implantes Cigomáticos | Escaner Intraoral | Cad-Cam | Prótesis sobre Implantes. Estructuras pasivas sin tensión.



Objetivos: aprender a diagnosticar, planificar y ejecutar la Práctica de la Cirugía Oral y de la Implantología con seguridad y precisión.

Módulo Clínico: los alumnos colocan Implantes y realizan R.O.G., Elevación de Seno, Injerto Óseo, cirugía oral y mucogingival.

MASTER EN ORTODONCIA

Protocolo moderno sistematizado para manejar el diagnóstico con seguridad, con el objetivo del control y programación del acabado preciso de los casos ya desde el principio | Módulos Teóricos-Prácticos y Clínicos con Pacientes | Desde la técnica de Arco Recto, MBT al Autoligado Torque individualizado | Ortodoncia Funcional | Microtornillos | Alineadores | Estabilidad Retención | Ortodoncia avanzada 3D | Seguimiento de los casos.



Excelencia en Formación

60 / 120 créditos ECTS

De octubre del 2015 a Junio del 2016
Facultad de Medicina UDL y centros adscritos

eden
formación dental

Información e inscripciones:

Tel: 681 000 111
info@edenformacion.com
www.edenformacion.com

Universitat de Lleida

Colaboran:
Facultad de Estomatología
Villa Clara - Cuba

Per[®]Dental
Orthodontics
Implantology

SUMARIO

16 · ENERO/FEBRERO '15

6 Opinión

In-Memoriam P.I. Branemark, padre de la implantología

8 Actualidad

8 NOTICIAS

Greater Dental Meeting New York · COEM, la importancia de firmar un consentimiento · Jornada de otoño de AECAD®

12 REPORTAJE

Congreso SEI 2014
SECIB 2014

30 EMPRESAS

32 Entrevista

32 JESÚS PRIETO

Premio Nacional de Investigación en Medicina 2014

36 FERNANDO SARRÁIS

Psiquiatra en la Clínica Universidad de Navarra

42 Ciencia y salud

42 Doctor, oigo pero no entiendo

48 Prótesis parcial implantosoportada

54 Tratamiento singular estético-prostodóntico

62 Francisco Antonio Peláez

64 Mejora tu gestión

64 Cuando crecer es un serio problema (II)

Javier Relinque, Abogado.

68 Brand Experience, la importancia de los sentidos

Daniel Izquierdo Hänni, Director de Marketing Swiss Dental.

72 5 maneras de ahuyentar a tus pacientes

Ros Megías, Consultora en Marketing Sanitario en Brand&Health.

74 Ocio y deporte

74 DESTINOS: Granada

78 Agenda cultural

Exposición Dalí/Picasso
Hernán Cortés en Madrid

80 Formación



EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel
delegación.bcn@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer
social@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENT IN UNITED STATES OF AMERICA (USA)

Laura San Martín Galindo. Universidad de Harvard
correspondent.usa@odontologosdehoy.com

Isabel Moreno Hay. University of Kentucky
correspondent2.usa@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN MÉXICO

Rolando Peniche Marcín
corresponsal.mexico@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos
correspondente.portugal@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela
corresponsal.chile@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri
correspondente.brasil@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba
corresponsal.argentina@odontologosdehoy.com

FOTOGRAFÍA

Helena Galo
Fotolandia

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok
maquetacion@odontologosdehoy.com

IMPRESIÓN:

MSH Impresores

COMITÉ CIENTÍFICO:

José Manuel Aguirre Urizar. Catedrático de Medicina Bucal. Universidad del País Vasco. Vizcaya.

Jesús Albiol Monné. Profesor colaborador del Master de Implantología. Universidad de Lleida. Tarragona.

Ángel Álvarez Arenal. Catedrático Prótesis Bucal y Oclusión. Universidad de Oviedo.

Carlos Araujo. Profesor de prótesis de la Facultad de Odontología de Bauru (Univ. de Sao Paulo, Brasil).

Joan Birbe Foraster. Presidente de la Soc. Catalana - Balear de Cirugía Oral y Maxilofacial. Barcelona.

Andrés Blanco Carrión. Profesor Titular de Medicina Oral. Santiago de Compostela.

Francisco Cardona Tortajada. Jefe Sección Salud Bucodental. Sist. Navarro de Salud. Pamplona.

Peter Carlsson. Profesor de Cariología (Universidad de Malmö, Suecia). Director del CAPP (Country Area Profile Project), centro colaborador de la OMS para la salud oral. Suecia.

Josep María Casanellas Bassols. Profesor Asociado. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

Antonio Castaño Seiquer. Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Universidad de Sevilla.

Ramón del Castillo Salmerón. Profesor Titular de Prótesis Bucal. Univ. de Granada.

Miguel Cortada Colomer. Catedrático de Prótesis Dental. Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona.

Joaquín Estévez Lucas. Presidente Asociación de Directivos de la Salud. Madrid.

Antonio Fons Font. Profesor Titular de Prostodoncia y Oclusión. Universidad de Valencia.

Cristina García Durán. Madrid.

Ángel Gil de Miguel. Vicerrector de Investigación de la U.R.J.C. Madrid.

Jaime Gil Lozano. Catedrático de Prótesis Dental y Maxilofacial. U.P.V. Bilbao.

Luis Giner Tarrida. Decano Facultad de Odontología. Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona.

Ángel González Sanz. Profesor Titular U.R.J.C. Madrid.

Juan José Guarro Miquel. Presidente Asociación Empresarial de Centros de Asistencia Dental de Cataluña. Barcelona.

José Luis Gutiérrez Pérez. Jefe de Servicio y Director de la Unidad de Gestión de Cirugía Oral y Maxilo Facial de los Hospitales Universitarios de Sevilla y Huelva. Profesor Titular Vinculado de la Universidad de Sevilla.

Luis Antonio Hernández Martín. Médico Estomatólogo. Valladolid.

Emilio Jiménez - Castellanos Ballesteros. Catedrático de Prótesis Estomatológica Universidad de Sevilla.

Daniela Lemos Carcereri. Profesora Titular Departamento de Odontología. Campus Universitario Trindade. Santa Catalina, Brasil.

José Francisco López Lozano. Catedrático de Prótesis Bucal facial U. C. M. Madrid.

José María Martínez González. Profesor Titular de Cirugía Oral y Maxilofacial. U.C.M. Madrid.

Florencio Monje Gil. Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz.

María Jesús Mora Bermúdez. Profesora Titular de Prótesis. Universidad de Santiago de Compostela.

Bernardino Navarro Guillén. Jefe de Sección de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor. Hospital General Universitario de Alicante.

Joaquín de Nova García. Profesor Titular de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia, U.C.M. Madrid.

María Angustias Palomar Gallego. Catedrática de Anatomía. U.R.J.C. Madrid.

Rolando Peniche Marcín. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab. Mérida, Yucatán, México.

Carlos Perezagua Ciamagirand. Catedrático de Medicina Bucal. U.C.M. Madrid.

Paloma Planells del Pozo. Profesora Titular de Odontopediatría. U.C.M. Madrid

Juan Carlos Prados Frutos. Profesor Titular de cirugía. Director Dto. de Estomatología. U.R.J.C. Madrid.

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

David Ribas. Profesor Asociado de Odontopediatría. Universidad de Sevilla.

Jaime del Rio Highsmith. Catedrático de Prótesis Dental y Maxilofacial. U.C.M. Madrid.

Martín Romero Maroto. Profesor Titular Ortodoncia U.R.J.C. Madrid

Manuel María Romero Ruiz. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

José Ignacio Salmerón. Jefe de Sección de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Juan Salsench Cabré. Catedrático prótesis dental. Universidad de Barcelona.

Francisco Javier Sanz Serrulla Profesor de la Unidad de Historia de la Medicina. U.C.M. Madrid.

Francisco Javier Silvestre Donat. Jefe de Estomatología del Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

María Jesús Suárez García. Profesora Titular de Prótesis Bucofacial U.C.M. Madrid.

Brian J. Swann. Clinical Instructor in Oral Health Policy & Epidemiology. Harvard School of Dental Medicine. USA.

Jacques-Henri Torres. Profesor Faculté d'Odontologie, Universidad de Montpellier 1. Francia.

Irene María Ventura de Carvalho Ramos. Profesora asociada de Odontopediatría en la Facultad Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz del Campus Universitário Monte de Caparica. Setúbal, Portugal.

Luis Alberto Vicentela. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile.

Silvina Beatriz Villalba. Profesora titular. Universidad Católica de Córdoba. Argentina.

Esteban Zubiría Ibarzabal. Evaluador externo de la Comisión de Acreditación de Formación Continuada del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Gipuzkoa.

© **Publicaciones Siglo XXI, S.L.**
C/ **Mártires Concepcionistas 7, 5º Izq.**
28006 Madrid.
Telf: **911 93 59 59**
D.L.: **M-648-2013**
ISSN: **2255-582X**

18 · Congreso SEI 2014

El Círculo de Bellas Artes de Madrid acogió el Congreso SEI 2014, una importante cita científica del sector.



20 · SECIB 2014

Salamanca fue la sede del XII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Bucal, con importante presencia de jóvenes profesionales.



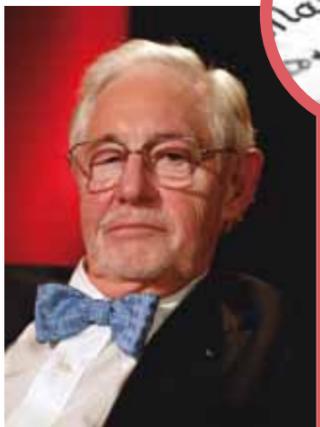
12 · Homenaje al Dr. Branemark

Recopilamos las palabras que algunos profesionales de nuestro país dejan en su memoria.

SUSCRIPCIONES:

Si usted no tiene acceso a la revista y desea recibirla, por favor, envíenos un mail a distribucion@odontologosdehoy.com indicando los siguientes datos:

- Nombre
- Dirección Postal Completa
- N° de Colegiado Médico u Odontólogo
- Correo Electrónico
- Indíquenos si desea recibirlo en formato digital (pdf) o en papel



In memoriam: Dr. Per-Ingmar Branemark, padre de la implantología dental moderna

El pasado 20 de diciembre falleció el Doctor Per-Ingmar Branemark, padre de la Implantología moderna. El Doctor Branemark era mundialmente conocido por sus trabajos en el área de la osteointegración basados en investigaciones sobre la circulación sanguínea y la reparación de fracturas óseas, así como por sus descubrimientos sobre la utilización del titanio puro en los tratamientos odontológicos.

Su trayectoria estuvo jalonada de importantes reconocimientos. Recibió la medalla de la Harvard School of Dental Medicine por sus investigaciones y acumuló más de 30 doctorados Honoris Causa en universidades de todo el mundo.

Fue dos veces candidato al Premio Nobel, y en 2011, además de ser candidato al Premio Príncipe de Asturias, recibió el “European Inventor Award 2011”, en reconocimiento a toda una vida de labor investigadora y clínica.

“Odontólogos de Hoy” tuvo el placer de entrevistar al Doctor Branemark el pasado mes de abril. En sus declaraciones hizo un repaso a su vida profesional, que alcanzó su nivel de mayor intensidad cuando en 1965 operó a un paciente con graves malformaciones en mandíbula y barbilla, que recibió los primeros implantes de titanio. Nos relató cómo vivió ese descubrimiento y cómo se sintió al comprobar que este hecho iba a ser trascendental en la vida de muchas personas. Nos expresó el agradecimiento por todos los reconocimientos recibidos a lo largo de su vida, que para él eran una “prueba de la aceptación de su filosofía”, y expresó con orgullo lo feliz que se sentía por su legado científico gracias a las clínicas que, diseminadas por todo el mundo, desarrollan sus técnicas en el tratamiento a sus pacientes.

Desde estas páginas queremos rendir un sentido homenaje a una personalidad única e irrepetible que ya ocupa un lugar único en el universo de la ciencia. Descanse en paz Doctor Per-Ingmar Branemark •

Resumen de la entrevista al Doctor Branemark, publicada en el número 12 de “Odontólogos de Hoy”.

Odontólogos de Hoy.- La implantología moderna fue inventada en 1965 cuando usted operó a un paciente con graves deformaciones en mandíbula y barbilla, que recibió los primeros implantes de titanio. Sin embargo, las autoridades sanitarias suecas no aprobaron la inserción de implantes para uso clínico hasta 1978. ¿Por qué tardaron tanto tiempo en permitirlo?

Per-Ingmar Branemark.- Estuvimos durante 10 años haciendo pruebas con animales. Para nuestros trabajos utilizamos perros. Eran de una raza especial, unos perros de caza muy inteligentes. Les pusimos los implantes y los cuidábamos en casa, vigilando todo lo que comían y lavándoles los dientes a diario. Eran tan mansos que no necesitamos ni siquiera anestesia para ponerles los implantes. Bastaba con que les diera unas palmadas en la cabeza para que se tranquilizaran. Así pudimos ver que el titanio funcionaba, que no generaba rechazo, y que con el tiempo se integra en el hueso, lo que hacía que cada vez la sujeción fuera más segura. De esta forma ya pudimos contemplar realizar este tipo de implante en las personas.

ODH.- ¿Puede explicar cómo fue aquel momento en el que se dio cuenta de que el titanio se podía oseointegrar?

P-I.B.- Puse en la tibia de un conejo un microscopio de titanio y quería quitárselo para ponerlo en otro animal, pero sentí que no podía sacarlo. Recuerdo perfectamente ese momento, no fue nada muy intelectual pero fue bastante especial.

ODH.- ¿Podía imaginar que ese descubrimiento iba a ser tan trascendental?

P-I.B.- Cuando lo presenté, algunas autoridades me dijeron que estaba loco, pero yo decidí que no lo estaba y que eso podía cambiar la vida de muchas personas.

Esto nos ha llevado a una situación en la que no solo ha cambiado la odontología, sino también se ha modificado el enfoque de muchos tipos de reconstrucciones ortopédicas. Es sorpren-

“Nadie debería acabar con sus dientes en un vaso.”

dente el poder ver que gente que ha perdido las piernas puede ser tratada con fijaciones de titanio, y acoplar sensores con los que pueden, incluso, sentir en qué suelo están pisando.

ODH.- En la actualidad hay 13 centros Branemark en el mundo y, en concreto, en España hay tres, en Las Palmas, Madrid y Lérida. ¿Qué les une a todos entre sí?

P-I.B.- En el mundo hay unos 13 centros Branemark —un par de ellos en España— que son una especie de franquicia, aunque una vez al año nos reunimos, sobre todo para ver cómo está funcionando la técnica. Recopilamos los fallos y los estudiamos para que no vuelvan a suceder. Así garantizamos que los pacientes reciben el mejor tratamiento posible. Debemos garantizar la salud y el bienestar de los pacientes.

ODH.- ¿Podría explicarnos un poco la labor que desarrollan en el Centro Branemark de Baurú en Brasil?

P-I.B.- El centro Branemark de Brasil es una referencia mundial para la investigación y el desarrollo de la oseointegración aplicada a la reconstrucción de amputaciones intra o extraorales, y de dientes perdidos.

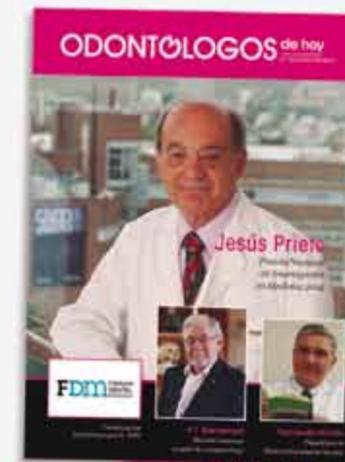
El 80% de los pacientes que tratamos allí son atendidos gratuitamente. Las donaciones son la base para poder ofrecer tratamientos gratis a todos aquellos pacientes que lo necesitan. Es una región donde hay muchos casos de fisura palatal. Ahí no hacemos solo implantes, sino todo tipo de ortodoncias. Hemos tratado a más de 2.000 personas, y tenemos una larga lista de espera.

ODH.- Usted ha recorrido el mundo profesionalmente. ¿Los pacientes son muy diferentes según el país?

P-I.B.- Por supuesto. En Brasil son mucho más pobres, y hay mucho cáncer maxilofacial. Es donde están los pacientes más graves, pero son los más optimistas. En cambio, en Hollywood tenemos muchos pacientes, pero lo hacen por motivos estéticos. El país con más implantes por 10.000 habitantes, sin embargo, es Corea del Sur, con 250 anuales. Le siguen Italia (190) y España (170). En cambio en Francia y Estados Unidos la tasa es de 50.

ODH.- ¿Cuál cree que debería ser el campo de investigación en el que las nuevas generaciones deberían centrarse?

P-I.B.- ¡ESCUCHAR! Niños que nacen sordos pueden ser tratados con fijaciones de titanio detrás de la oreja con dispositivos electrónicos que pueden permitir que oigan, esto ha sido publicado pero se debería intentar que sea accesible para todo el mundo. El dinero no debería controlar la calidad de vida de las personas •



Comprometidos
con la profesión

[ENCUENTRO MUNDIAL DE PROFESIONALES EN IMPLANTOLOGÍA ORAL]

Greater Dental Meeting New York

El Congreso Anual Greater Dental Meeting de New York, foro mundial de la odontología actual, se celebró desde el 28 de noviembre al 3 de diciembre del año pasado, con la presencia de más de 54.000 asistentes de 131 países. Durante el transcurso del evento tuvo lugar la IX Reunión de la Sociedad de Implantología Oral Latinoamericana (SIOLA), que ofreció una puesta día en la investigación y experiencia clínica relacionados con el tratamiento de los implantes dentales. Asimismo, en las jornadas se impartieron conferencias dictadas por profesores de universidades latinoamericanas y españolas, así como otros profesionales de prestigio en el campo de la implantología oral.



RESIDENTES Y PROFESORES DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA DE MADRID.



El encuentro también acogió diferentes sesiones en formato de comunicaciones en las que, entre otras, el Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de La Paloma de Madrid, obtuvo uno de los premios a las mejores comunicaciones, con el trabajo titulado *“Influence of vasoconstrictor, hypertension and dental anxiety in hemodynamic changes in patients undergoing implant treatment”*, presentado por los Dres. Clara Vintanel Moreno, Esther Cañaverall Caverro, Iria González Regueiro, Sergio Linares Bódalo y José M^a Martínez-González. ¡Felicidades a todos ellos por el excelente trabajo presentado! •



DRA. CLARA VINTANEL MORENO, DEL MÁSTER HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA DE MADRID, GANADORA DE UNO DE LOS PREMIOS.



PROFS. JOSÉ M^o MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, PROF. EUGENIO VELASCO ORTEGA, DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA Y PRESIDENTE DE LA SIOLA, Y PROF. RAFAEL DELGADO, DE LA UNIVERSIDAD DE STONY BROOK DE NEW YORK.



PROFESORES JOSÉ M^o MARTÍNEZ-GONZÁLEZ (UNIVERSIDAD COMPLUTENSE), JOSÉ LÓPEZ LÓPEZ (UNIVERSIDAD DE BARCELONA), JOSÉ LUIS AMATO (UNIVERSIDAD REPÚBLICA DOMINICANA).



RESIDENTES Y PROFESORES DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA, JUNTO AL PROF. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ



ASISTENTES DURANTE LA SESIÓN DE COMUNICACIONES.

[PRESENTACIÓN OFICIAL]

El COEM recuerda a los pacientes la importancia de firmar un consentimiento informado

El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (COEM) ha lanzado una campaña para recordar a todos los pacientes la importancia de leer y firmar el consentimiento informado antes de realizarse cualquier tratamiento odontológico. Esta es una medida obligada por ley e implica que el paciente entiende y acepta el tratamiento.

El COEM presentó, en un acto en el que contó con la presencia de Eduardo Torres-Dulce (ex fiscal general del Estado), los diez modelos de consentimiento informado para los tratamientos más habituales. Estos

documentos están a disposición de los profesionales, con unas recomendaciones que el COEM quiere hacer llegar a los pacientes.

Se trata de diez consentimientos informados explicativos sobre tratamientos como: obturación, blanqueamiento, endodoncia, extracción dental, implante, periodoncia, prótesis fija, prótesis removible, ortodoncia y odontopediatría. Estos consentimientos estarán también a disposición de los colegiados en otros idiomas: inglés, chino, rumano y árabe •



[INFORMACIÓN REMITIDA]

Jornada de otoño de AECAD®



En un entorno distendido y fraterno, el pasado 29 de Noviembre, se celebró la "JORNADA DE OTOÑO" DE AECAD®.

El objetivo del encuentro es aportar valor a nuestros Asociados, informarles sobre las nuevas tecnologías, la situación actual de la profesión y métodos e ideas para mejorar nuestras clínicas introduciendo los parámetros científicos, empresariales e institucionales que exige el mercado en estos momentos.

Para conseguir estos objetivos nos acompañaron en el evento una selecta representación de la industria de nuestro sector, MIS Ibérica®, DVD-Dental, AlineaDent®, Sunstar®, Fracciona®, Fincliniks®, y Consultonline®.

Todas las ponencias de la jornada tuvieron gran éxito. La jornada se inició con una sesión de COACH EMPRESARIAL impartida por la Sra. Pilar Perea. El Dr. Francisco Javier Güerri Ripol, hizo una inte-

resante exposición de cómo actuar frente a los conflictos surgidos en la consulta dental, y cómo gestionar los mismos. Posteriormente el Sr. Marc Felip, de DVD-Dental®, presentó el nuevo "restyling" de esta gran empresa, y explicó cómo han adaptado su estructura a las nuevas situaciones de mercado.

Los representantes de MIS Ibérica®, Sres. Enrique Planas y Jose Miguel Rojas, presentaron la evolución de su empresa y sus nuevas propuestas de futuro, con nuevas tecnologías y nuevos productos. Desde Fracciona®-Fincliniks®, a través de su Director de Grandes Cuentas, se hizo una exposición sobre la necesidad de implantación de las herramientas de financiación en las consultas para estar preparados ante la coyuntura actual del mercado.

Antes de la pausa de la comida nos acompañaron la Directora General de Recursos Sanitarios de Catalunya, Dra. Roser Valles, y el

Ilmo. Sr. Antonio Pico, Diputado de Unió Democràtica de Catalunya. En sus intervenciones explicaron la necesidad de proximidad de la Administración en este mercado dental convulso, y **apoyaron a la asociación, como garante de la calidad en los tratamientos efectuados en nuestros centros, frente a los macrocentros de aseguradoras y franquicias.** De esta reunión salieron propuestas de colaboración mutua entre la Administración y nuestra Asociación Patronal.

Por la tarde, el Sr. Javier Ramos, de Alineadent®, impartió un curso Starter del sistema de Ortodoncia Invisible.

El Sr. Juan Carlos Serrano, de Consultonline®, presentó un programa informático para mejorar la gestión de nuestras consultas dentales, a base de unos indicadores de control económico.

Además, durante la jornada la Srta. Alba Castanyer presentó el



sello de calidad de ámbito nacional: ACCION DENTAL®, una nueva herramienta para ayudar a nuestros centros a diferenciarse de Franquicias y macrocadenas dentales.

Finalmente, el Presidente de AECAD, Dr. Juan José Guarro Miquel,



presentó la ponencia donde repasaba los aspectos actuales de nuestro mercado, y los planteamientos de la propia asociación en este año 2015 •

[SÓLO PUEDE SER PRESCRITO POR LOS ODONTÓLOGOS]

El Consejo General de Dentistas solicita la prohibición de la venta del Ionic White

El Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España ha solicitado a la autoridad competente en esta materia (la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Comunidad de Madrid) que impida la actual venta directa al paciente del blanqueante dental Ionic White ya que, debido a su concentración de peróxido de hidrógeno (6%), este tipo de productos solo pueden ser facilitados de forma exclusiva por los dentistas.

La legislación vigente establece que, con el fin de salvaguardar la salud de la población y evitar el mal uso de los blanqueantes dentales con concentraciones (directas o liberadas en reacción) superiores al 0,1 y hasta el 6% de peróxido de hidrógeno, como es el caso de Ionic White, es necesario realizar previamente una exploración clínica

adecuada que deberá ser efectuada por un dentista en una clínica dental. Esta exploración tiene como objetivo comprobar que el paciente no presenta factores de riesgo o cualquier otra patología bucal que desaconsejen su utilización, y recomienda que la exposición a dichos productos sea limitada.

Del mismo modo, en cada ciclo de utilización, el primer uso de este tipo de productos deberá ser realizado necesariamente por el dentista o bajo su supervisión directa, siempre que ésta garantice un grado de seguridad equivalente. Y en ningún caso podrán ser utilizados en menores de 18 años.

Todas estas circunstancias se estarían incumpliendo con la venta directa a pacientes de Ionic White, que actualmente se está realizando a través de Internet. Por este moti-

vo, el Consejo General quiere advertir a la población de que los productos que contienen concentraciones (directas o liberadas en reacción) de peróxido de hidrógeno superior al 0,1% no son inocuos, por lo que podrían tener efectos negativos en la salud si el tratamiento no fuera realizado por el dentista o bajo la supervisión odontológica directa •





La muerte del Doctor Branemark, el padre de la implantología moderna, deja huérfana a la odontología mundial. En este reportaje hemos querido recopilar las palabras que en su memoria nos dejan unos prestigiosos profesionales de nuestro país.

Redacción.



“ Recientemente recibimos la triste noticia del fallecimiento del profesor Per-Ingvar Branemark, P-I, como a él le gustaba que le llamaran. En estos momentos junto a la tristeza por la pérdida de un amigo y referente aparece el consuelo de haber tenido la fortuna de conocer y tratar a una persona excepcional. Actualmente vivimos en un mundo en el que las nuevas

tecnologías avanzan muy rápidamente, en odontología continuamente aparecen nuevas herramientas que nos ayudan en nuestro trabajo, y está claro que el tipo de tratamientos que realizamos a nuestros pacientes son muy distintos a los que se realizaban hace cincuenta años. Si hay una persona a la que se le pueda atribuir el mérito de ese cambio es el profesor Branemark, que hace 50 años inició y desarrolló la implantología actual, y la mayor parte de los principios y bases de la osteointegración que él sentó entonces siguen vigentes a día de hoy.

Posiblemente, la razón de que sus trabajos tuvieran el éxito que han tenido era que, aparte de que fuese un clínico brillante y muy imaginativo, su objetivo siempre fue el de ayudar a las personas y mejorar su calidad de vida, todo ello con un alto grado de altruismo. Dos de sus frases más conocidas y que mejor reflejan esa filosofía son: “Nadie debería morir con sus dientes en un vaso de agua” o su respuesta a la pregunta ¿Qué le aconsejaría a los jóvenes profesionales?: “Respetar a la madre naturaleza y escuchar a los pacientes”.

En mi caso, conocerle cambió completamente mi vida profesional, fue un mentor extraordinario, era una persona por la que sentía y siento gran admiración, apasionado por su trabajo y con el que nunca dejabas de aprender e ilusionarte por nuevos proyectos. Su recuerdo y enseñanzas estarán siempre con nosotros. ”

Dr. Ramón Martínez Corriá
Clínica Dental Branemark, Lleida.



“ El día que el Prof. PI Branemark observó en sus estudios traumatológicos sobre conejos, que la cámara óptica de titanio que introducían en el peroné del animal se incorporaba por completo al hueso y no se podía retirar pasado un tiempo, poco podía imaginar que con el paso del tiempo, aquella casualidad (¿o fue causalidad?), le iba a llevar a ser considerado como el padre de la implantología moderna. Su brillante idea de aplicar este hallazgo a la rehabilitación de animales edéntulos, y sus minuciosas investigaciones posteriores llevaron a su equipo a acuñar el concepto de osteointegración y a diseñar una metodología y un sistema de implantes que revolucionó el concepto de reposición dental, al que tantos esfuerzos se habían dedicado desde los albores de la

humanidad. Sería injusto olvidar la labor de tantos investigadores, entre ellos ilustres colegas españoles, que antes que él habían dedicado ingentes esfuerzos a conseguir implantar un dispositivo intra o yuxta óseo, que permitiera restablecer la función de los dientes per-

dididos. Sin embargo, y a pesar de tantas investigaciones y tanto sacrificio, la gloria le estaba reservada al profesor sueco, quien gracias a sus estudios y dedicación, consiguió abrir definitivamente las puertas del concepto actual de implantología, haciéndose de esta manera un hueco en el Olimpo de los genios de la Medicina.

Sin embargo, la ciencia avanza inexorable, y el propio profesor pudo contemplar cómo la mayor parte de sus postulados cayeron paulatinamente a medida que los investigadores, y especialmente los clínicos, fueron abriendo nuevos caminos y traspasando con éxito las fronteras y las líneas rojas que el equipo de Goteborg había marcado. Y aunque esto no reste un ápice de trascendencia a su aportación, este hecho, repetido hasta la saciedad en la historia de la Medicina, nos confirma que debemos seguir trabajando y estar preparados para los nuevos cambios que nos esperan —de la mano de las investigaciones genéticas, los estudios sobre células madres, los factores de crecimiento etc...—, a todos los que, de alguna manera, estamos embarcados en este fascinante mundo de la implantología dental.

Por todo ello, gracias Profesor. ”

Manuel M. Romero Ruiz

Académico Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.



“ El Profesor Per-Ingvar Branemark, recientemente fallecido, representa uno de los ejemplos más claros y dignificantes del binomio clínica e investigación en Ciencias de la Salud.

Su dedicación, tanto a la actividad profesional clínica como a la investigadora, le permitió descubrir los principios de la “osteointegración” y reconocer sus aplicaciones. Su metodología supuso una verdadera revolución en el desarrollo de la implantología rehabilitadora bucal, de tal modo que hoy podemos decir que en la Odontología moderna existe un antes y un después tras su aparición.

Actualmente, vivimos en todo el mundo la que denominamos “era del implante” en la atención odontológica en los gabinetes dentales, con todo lo que ello supone, pero con el deber de no olvidar que el fin último e ineludible es siempre mejorar la salud de nuestros pacientes.

Desde mi visión particular de médico y patólogo bucal, quiero recordar unas palabras que le oí al Prof. Branemark en la única ocasión que tuve el placer de escucharle: “los implantes son una gran solución, pero no siempre son la solución”.

Escribo estas líneas en su memoria y recuerdo, agradeciendo su gran labor como clínico, como investigador y como universitario. Descanse en paz. ”

Jose Manuel Aguirre Urizar

Catedrático.
Universidad del País Vasco/EHU.



“ En mi época de estudiante dos personas tuvieron gran influencia en mi formación profesional. Uno fue Christian Neethling Barnard, que cuando llevó a término el primer trasplante de corazón yo estaba realizando el tercer curso de Medicina. Y el otro fue Per Ingvar Brånemark, cuando estaba acabando Odontología, que es cuando se empezaba a hablar de osteointegración. El primero me despertó las ansias de alcanzar objetivos audaces. El segundo la solución definitiva al desdentado total. Estaba trabajando en la rehabilitación del edéntulo, tema de mi tesis doctoral. Se podían obtener los parámetros biológicos, aunque en muchas ocasiones son difíciles de conseguir, para incorporar en la prótesis completa. Pero la estabilidad de la restauración no se podía alcanzar de forma satisfactoria. La osteointegración aportó la solución definitiva, ya que permitía fijar las prótesis en los alvéolos desdentados. En aquel momento, el edentulismo afectaba a un buen número de la población y de todos los niveles sociales. Suponía dificultad en la función masticatoria, en la fonética y en la apariencia.

A mi entender la solución definitiva del edéntulo ha significado una gran aportación al bienestar social. La osteointegración también se ha podido aplicar a dar soluciones que han cambiado la odontología. No me detengo en hablar de ellas, dejando el tema para ser tratado por otros compañeros. El Profesor Ingvar Brånemark no siendo Odontólogo se le puede considerar uno de los artífices de la Odontología moderna. Tuve la suerte de conocerle personalmente, aunque no tuve la ocasión de tratarle, pero tengo entendido que era una persona sencilla y trabajadora, que amaba la ciencia y que perseguía objetivos altos, en principio superiores a sus capacidades.

”

Miguel Cortada Colomer

Catedrático. Universidad Internacional de Cataluña.



“ Cuando se van a cumplir 50 años desde que el primer paciente fuera tratado con implantes dentales, los que nos sumergimos en la profesión con la implantología ya incorporada en los planes de tratamiento habituales, nos preguntamos qué supuso en ese momento tal hallazgo, no sólo para el paciente desdentado, sino para la práctica odontológica en general.

La historia nos muestra que distintas culturas, y en distintos tiempos, han tratado repetidamente de implantar dientes en maxilares desdentados.

En aquella década de los 60 - 70, en los que una implantología, con muy pobres resultados y con escasa difusión, se fundamentaba en la fibrointegración, fue una vez más, como tantas otras en la ciencia, la observación de un principio biológico por parte del ingenioso Prof. Branemark, lo que permitió descubrir el principio que revolucionaría el ejercicio de la odontología a nivel mundial, y atraería a la industria y a la investigación de forma inimaginable.

Si en aquel entonces la máxima exigencia era proporcionar al paciente edéntulo una prótesis fija funcional, los avances tecnológicos han permitido responder a una rigurosa exigencia estética que ha conferido mayor complejidad a nuestros tratamientos, tanto en la ejecución, como en el mantenimiento de los mismos.

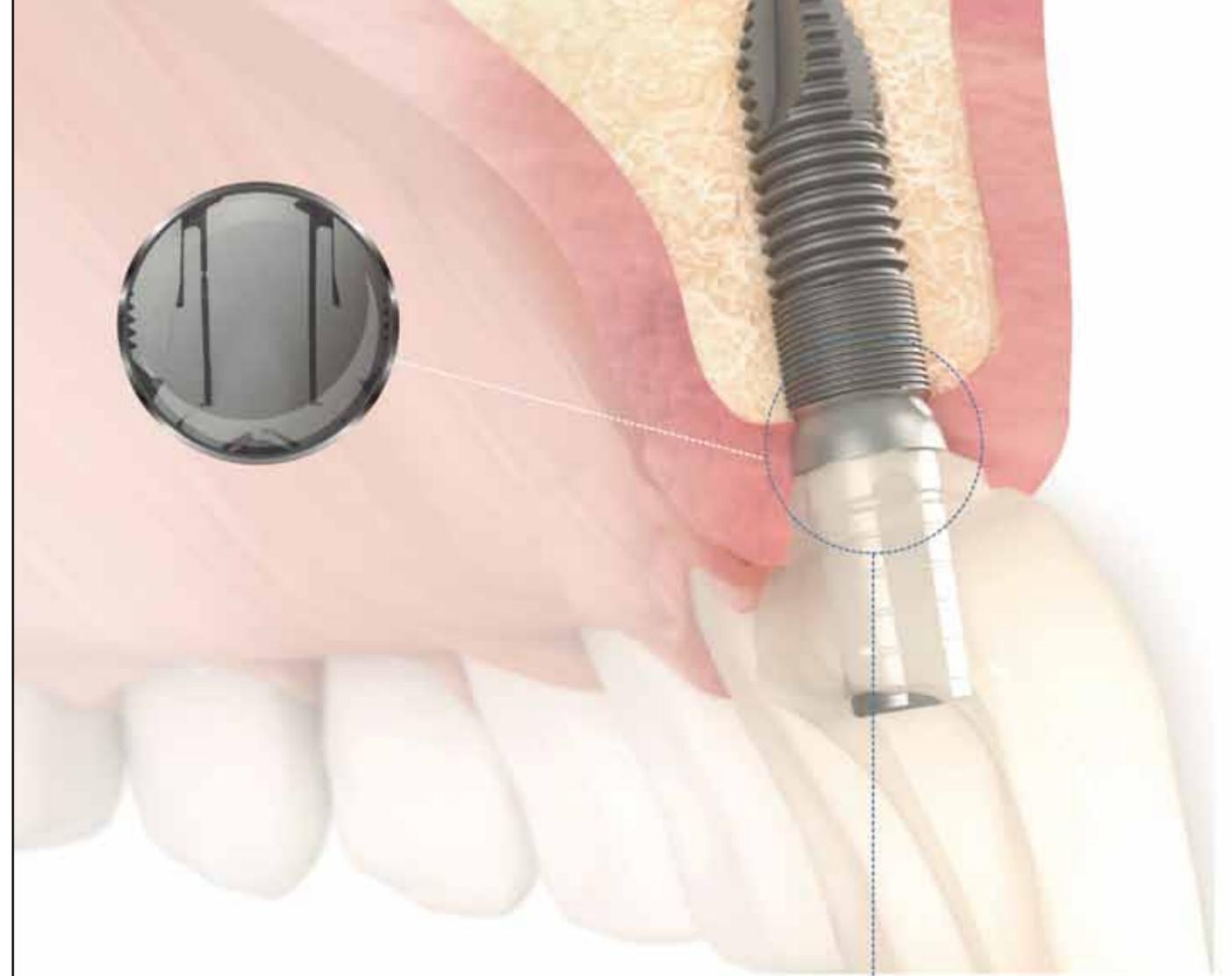
Para todos y, en especial, para las nuevas generaciones de odontólogos que no se preguntan quién y cómo se incorporó el titanio a nuestra profesión, sino que tratan de resolver los problemas aún sin respuesta en el campo de la implantología, el Prof. Branemark nos ha dejado, además del legado de la osteointegración, la demostración de que es la observación y el conocimiento biológico lo que nos abrirá nuevos campos y nuevas soluciones en el campo de la implantología.

Infinitamente gracias Prof. Branemark.

”

Agurne Uribarri

Presidenta Comité Organizador S.E.C.I.B. 2015 – Bilbao.



CALIDAD en los ajustes.

Línea Integral® - Disponible en MG Osseous y MG INHex, junto al Código Explorer®, garantiza la confianza en la rehabilitación completa.

A medida que se avanza en la fabricación de la prótesis, en cada una de las fases del proceso se producen distorsiones que pueden dar lugar a que no se consiga el éxito del tratamiento.

Mozo-Grau, a través de su Línea Integral ofrece una solución conjunta de **implante + aditamento** que garantiza la calidad del ajuste* como si de una soldadura en frío se tratase.

De esta manera se reducen las complicaciones tales como micromovimientos, contaminación bacteriana, fractura de aditamento ó tornillo, aflojamiento que pueden provocar: fractura, fallo en la osteointegración etc., logrando así una **prótesis duradera**.

Línea Integral®

MOZOGRAU®
IMPLANTES DENTALES

Descubra este y otros productos en: www.mozo-grau.com

*Larrucea Velázquez, Carlos et al. "Microdistorsión de la interfase prótesis-implante con conexión interna y externa: estudio in vitro". COIR. Septiembre 2014



“ El pasado sábado 20 de diciembre, mientras esperábamos un vuelo de regreso a casa, mi hijo José Manuel me comunicó la triste noticia del fallecimiento del Profesor Brånemark, padre de la Implantología moderna. Sabíamos que P. I. —así nos pedía el profesor Brånemark que le llamáramos— no se encontraba bien de salud, al igual que sabíamos que no viviría eternamente. Pero aún así, la noticia de su muerte ha supuesto para quienes lo conocíamos bien, un verdadero golpe, al que acompaña un profundo sentimiento de pérdida.

Quienes tuvimos el privilegio de tratarlo, sabemos que se ha ido una de las personas más brillantes de nuestra época: un intelectual y científico gigante, con un corazón igualmente grande y compasivo. Era habitual, que nos saludara diciendo: “How are your patients doing?” (¿Cómo se encuentran tus pacientes?). Obviamente, comprendíamos que con ese saludo, lo que pretendía era enfatizar y recordarnos lo más importante de nuestra profesión: el paciente.

Brånemark fue un educador, un clínico, un visionario y un investigador riguroso. Su descubrimiento, la oseointegración, realizado a principios de los años 50, no salió del laboratorio y de la experimentación animal hasta los años 60, y solo después de diez años más de experimentación clínica dio a conocer su procedimiento y sus resultados. Siempre lamentó la rápida comercialización de las investigaciones de ciencia básica.

P.I. Brånemark recibió el Premio de la Sociedad Sueca Soederberg de Medicina, la medalla de la Academia de Ingenieros de Suecia, la medalla del Harvard School of Dental Medicine. Fue Doctor Honoris Causa de 30 universidades de todo el mundo.

Reconocido también con la Beca de Honor de la Sociedad Real de Medicina del Reino Unido, fue propuesto dos veces al Premio Nobel, y otras tantas al Premio Príncipe de Asturias. En 2011 recibió el prestigioso Premio “European Inventor Award”, en reconocimiento a toda una vida de labor investigadora y clínica.

Jose Manuel Navarro Alonso

Clínica Dental Branemark, Las Palmas.



“ No hay quien pueda dudar de la categoría clínica del profesor Branemark en el manejo del tejido óseo.

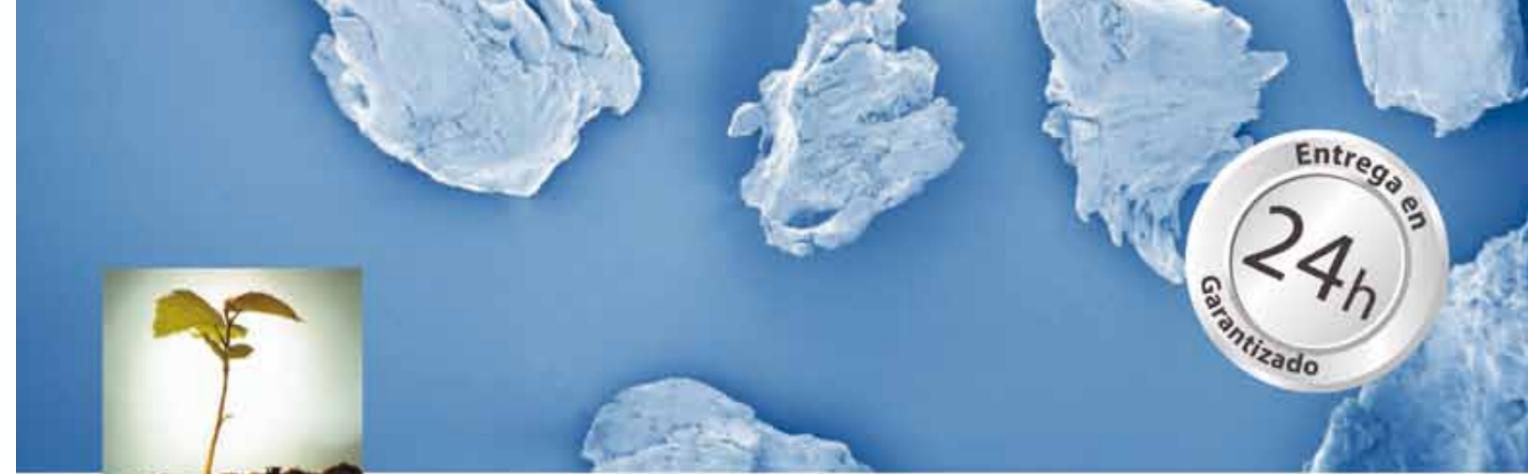
La imagen histológica de un osteoblasto adosado a una placa de titanio sin tejido granular reactivo, es uno de los hechos básicos en la Medicina del siglo XX.

Para los que pasamos días y años manejando implantes, ha sido el gran avance terapéutico para las técnicas de rehabilitación funcional.

Su investigación ha sido absolutamente eficaz para la definición de “biomaterial” en el campo de la medicina regenerativa. Y no hay duda que este tipo de medicina es uno de los cuatro pilares de la medicina del futuro.

Prof. M. Lucas Tomás

Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina



OsteoBiol® Derma
by Tecnos

Injerto heterólogo para aumento de tejidos blandos

Cortesía del Dr. Magdo Menal



1 | Fick S, Brånemark U, Schlegelhof U, Hülzbe H, Kabisch M, Kabisch M. Porcine dermal matrix in the treatment of recession-type defects - an experimental rabbit model. *Clinical Oral Implants Research*, 2014 Feb 19. *Early clinical trial*
2 | Fick S, Jäckel-Schneider C, Lörke E, Berthel M, Fichter RR, Schlegelhof U. Porcine dermal matrix for covering of recession type defects: A case series. *Quintessence International*, 2013;44(3):243-6

- 100% Dermis porcina.
- Estabilización perfecta.
- Fuerte acción de barrera.
- Mejora de los tejidos blandos.
- Alternativa al injerto de tejido conectivo.

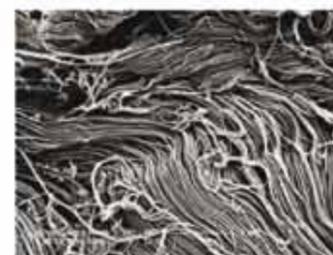


Imagen SEM de las fibras de colágeno Derma. Cortesía del Dr. Kai R. Fichter. Departamento de Periodoncia, Universidad Witten/Herdecke, Alemania.



Biopsia mucosal/gingival después de 4 meses. No hay signos de inflamación y es obvio que el espesor se mantiene como se había previsto. *H&E-staining, Orig mag x20*. Cortesía de Ulf Brånemark y Stefan Fickl.



ED25PS 1 Derma FINA 25 x 25 x (0,8-1) mm 105 €	ED03SS 1 Derma STD 30 x 30 x (2) mm 100 €	ED75SS 1 Derma STD 7 x 5 x (2) mm 75 €
ED05PS 1 Derma FINA 50 x 50 x (1) mm 210 €	ED05SS 1 Derma STD 50 x 50 x (2) mm 210 €	ED15SS 1 Derma STD 15 x 5 x (2) mm 75 €



PRODUCTOS PARA IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL
info@osteogenos.com | www.osteogenos.com | www.osteobiol.com
 Teléfono 902 01 34 33 - 91 413 37 14 Fax 91 652 83 80

Envío 24 h gratuito* en la Península. Baleares, Ceuta, Melilla consultar. Posibilidad de entrega en menos de 24h bajo suplemento. *En pedidos superiores a 100€ antes de IVA. En pedidos inferiores: 7€ + IVA de portes. Osteogenos no se hace responsable de posibles roturas de stock por parte del fabricante, no dando lugar a indemnización alguna en caso de no poder cumplir con el plazo de entrega.

Congreso SEI 2014, una importante cita científica y formativa

El Congreso de la Sociedad Española de Implantes (SEI) se celebró del 13 al 15 de noviembre del pasado año en el incomparable marco del Círculo de Bellas Artes de Madrid. **Redacción.**

Los doctores Araceli Morales y Fidel San Román fueron los presidentes del comité organizador y científico, respectivamente, en una nueva edición de este evento profesional que este año presentó el nuevo estudio «Implantes y Perimplantitis en España 2014».

Este estudio ha sido elaborado a partir de la opinión de 250 profesionales que respondieron a más de 60 preguntas sobre los aspectos y la problemática más actual de la implantología y la periimplantitis. Este trabajo pretende ahondar en el conocimiento actual de la periimplantitis, a fin de servir de guía a los profesionales de la Odonto-Estomatología, en su diagnóstico y prevención.



“Odontólogos de Hoy” estuvo presente en el evento, que contó, como suele ser habitual, con una importante presencia de profesionales y destacados miembros de la industria del sector dental. Avinent, Proclinic, Camlog, Ripano, Osteógenos, Dentsply e Inibsa fueron, entre otras, algunas de las empresas que prestaron su apoyo al evento •



Importante presencia de jóvenes profesionales en SECIB 2014

Salamanca fue la sede del XII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Bucal que se celebró los días 20, 21 y 22 de noviembre en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Castilla-León. **Redacción.**

Las cifras del XII Congreso SECIB Salamanca'14 han sido muy positivas, ya que el número de asistentes se ha aproximado a las 800 personas. Pero, por encima de todo, el XII Congreso de la SECIB – Salamanca'14 ha destacado por su alto nivel científico. Se realizaron un total de 40 ponencias a cargo de profesionales de gran prestigio, no sólo a nivel nacional, sino también internacional, como Thomas Von Arx, Eric Rompen, Luca Cordero, David Troncoso, Laura Maestre,... entre muchos otros.

A dichas ponencias hay que añadir una amplia oferta complementaria, ya que se presentaron un total de 34 comunicaciones orales especialmente seleccionadas, 160 comunicaciones en formato póster y se celebraron 5 talleres teórico-prácticos durante el transcurso del Congreso. Una de las grandes novedades de este XII Congreso SECIB fue la celebración de una mesa redonda en torno el "Cáncer Oral" y en la que participaron como ponentes los Dres. José V. Bagán, Miguel A. González y José M. Aguirre; respondiendo así a la demanda por parte de los profesionales del sector sobre el tratamiento de las patologías. Esta iniciativa tendrá continuidad en próximas ediciones.



Otro aspecto destacado del XII Congreso de la SECIB fue la gran afluencia de jóvenes profesionales, que participaron activamente en todos los eventos de la sociedad. De hecho, el próximo año se celebrará en Valencia el I Congreso SECIB-Joven, concretamente los días 6 y 7 de marzo. Un Congreso que presidirá la Dra. Berta García (Vocal de la Junta Directiva).



Alto nivel científico en todas las ponencias y comunicaciones



Premios del XII Congreso SECIB

El XII Congreso SECIB-Salamanca 2014 se clausuró con la entrega de premios que se conceden a todas las comunicaciones orales, pósters y vídeos presentados durante los tres días de duración del congreso. Asimismo, se entregaron también los Premios SECIB al Mejor Artículo Científico, publicado en la revista "Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal"; el Premio al Mejor Artículo de Investigación sobre Cirugía Bucal; y el Premio al Mejor Artículo de Investigación sobre Implantología en revistas de impacto extranjeras.



SEPES PRIMAVERA



Dr. AVISHAI SADAN



Dr. SILLAS DUARTE

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA INTEGRAL: Desde la valoración de riesgos a la fórmula del éxito.

Este curso mostrará una estrategia sistemática y científica para mejorar las rehabilitaciones estéticas basada en el estudio de la técnica, del control de la sensibilidad post-operatoria y del diseño y selección de nuevos materiales.

COORDINADOR: PROF. JAIME A. GIL
MADRID, 9 MAYO DE 2015
HOTEL MELIÁ CASTILLA (Salón Tapices)

**TARIFAS REDUCIDAS
HASTA EL 17 DE ABRIL**

solo 30 € para socios y 20 € para SEPES Jr*

Inscripción preferente
para socios SEPES
antes del 1 de abril

"Amigos SEPES"
consultar tarifas**



PLAZAS LIMITADAS



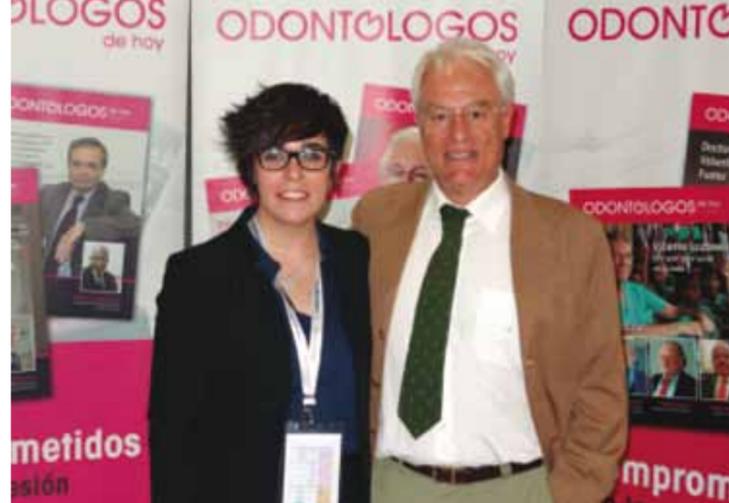
Inscríbete en: www.sepes.org
91 576 53 40

* Se considera SEPES Jr. a los socios de SEPES menores de 30 años.
** Se considera Amigos SEPES a los socios de SEPA, SECIB, SCOE, SOCE, SEOC, SEI, OMD, COEM, COEC, COELP y Colegio Sevilla, La Rioja y Cantabria.
Condiciones de cancelación: No se realizarán devoluciones a partir del 1 de abril.

¡SEPES te interesa!

Apoyo de las marcas comerciales

Cerca de 40 marcas comerciales estuvieron presentes en el XII Congreso SECIB, subrayando la importancia de la industria en este tipo de eventos y reafirmando las buenas relaciones existentes entre ésta y la Sociedad Española de Cirugía Bucal. La edición del XIII Congreso de SECIB se celebrará en Bilbao el próximo año •



Estupendo ambiente en todos los actos sociales

La industria mostró su apoyo a SECIB 2014





Los premiados recogieron orgullosos sus diplomas



La pasta dental **parodontax**[®], elimina más placa con un solo cepillado de 60 segundos*¹⁻³



Incluya pasta dental **parodontax**[®] como parte de su recomendación para ayudar a prevenir problemas en las encías^{4,5}

* Dato comparando pasta dental **parodontax**[®] con una pasta dental que no contiene bicarbonato de sodio

Referencias:

1. GSK Clinical Study E5931015. Data on file. January 2011.
2. GSK Clinical Study RH01455. Data on file. November 2012.
3. GSK Clinical Study E5930966. Data on file. January 2011
4. Yankell SL, et al. / Clin Dent 1993;4(1):26-30.
5. Data on file, RH01530, January 2013.

parodontax[®] y otros diseños son una marca registrada del grupo de Compañías de GlaxoSmithKline. parodontax es un producto sanitario y cumplen con la legislación vigente en materia de productos sanitarios.

Normon, un laboratorio en continua innovación

Normon es un grupo empresarial español que se fundó en 1937. Su filosofía se caracteriza por desarrollar medicamentos y productos para el autocuidado de la salud, de la mejor calidad a precios razonables.

Además, la continua inversión de los beneficios en la mejora y expansión de sus instalaciones han convertido a Normon en la principal compañía en producción de genéricos en España, con uno de los más amplios vademécum del mercado farmacéutico español, comercializando más de 175 principios activos genéricos, presentes en más de 750 presentaciones.

División Dental

Hoy en día, es también hoy un laboratorio de reconocido prestigio en el ámbito de la Odontología. La división dental tiene su origen en 1992 cuando comenzó fabricando "Ultra-caín", el anestésico de mayor prestigio en el campo de la Odontología. Actualmente, Normon cuenta con un amplio abanico de productos de máxima calidad como son la línea de agujas y jeringas, materiales de restauración e impresión, productos de desinfección, blanqueadores y una completa línea de biomateriales para la regeneración ósea.

Normon continúa innovando y recientemente ha ampliado su división con la introducción de una nueva línea de implantes, Normoimplant System, que presentó en una rueda de prensa celebrada el pasado 10 de diciembre. La presentación corrió a cargo del Dr. Guillermo Machuca, Profesor Titular (Acreditado Catedrático) de la



Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, y de D. Angel L. Hidalgo, director de la División Dental de Laboratorios Normon.

Líder en implantes

En España se colocan al año más de 900.000 implantes y se encuentra entre los tres primeros países europeos en esta disciplina. Normon, consciente de esta situación en nuestro mercado, ha desarrollado Normoimplant, un sistema de implantes sencillo, variado y eficaz.

Normoimplant se presenta con dos sistemas de conexión hexagonal (interna y externa), con una amplia variedad de diámetros y longitudes, así como de adimentos protésicos y del instrumental necesario. Y además, Normoimplant System se ha diseñado con una gran versatilidad, lo que permitirá a la clínica poder manejar un menor número de referencias •



Normoimplant system

en buenas manos



Soluciones simples para un mundo complicado.

Versatilidad

Variedad

Eficacia



Implantes
Normoimplant HE
Normoimplant HI

Instrumental

Prótesis



Normoimplant system



Implantes Instrumental Prótesis



[EN ALCOBENDAS (MADRID)]

Inauguración del centro de formación ICDE de Ivoclar Vivadent

El pasado 4 de diciembre tuvo lugar la inauguración de las nuevas instalaciones del centro de formación ICDE de Ivoclar Vivadent con la asistencia de profesionales y amigos del sector. El evento contó con la presencia del CEO de la compañía, Sr. Ganley, el CFO, Sr. Berger y el CSO, Sr. Richter, de Ivoclar Vivadent. La

encargada del corte de la cinta inaugural fue la Directora General de la Península Ibérica, la Sra. Sonia Gómara, que invitó a los asistentes a un tour por las nuevas y modernas instalaciones, que cuentan con gran número de innovaciones tecnológicas.

El laboratorio está altamente dotado con once puestos de trabajo y habilitado para la formación, tanto de clínica como de laboratorio. Este espacio está equipado con los materiales más avanzados con el sello de garantía de Ivoclar Vivadent.

Además, y como gran novedad, el ICDE también cuenta con una división digital donde tiene un hueco especial la última incorporación a la empresa, Wieland Dental, que abre las puertas al futuro de la digitalización y al procesamiento CAD/CAM.

Los más de 50 asistentes disfrutaron además de una velada inolvidable en la que se homenajeó la figura del Sr. Juan Antonio Chiva, ex director general de Ivoclar Vivadent en la Península Ibérica •



[OSTEÓGENOS]

Nuevas incorporaciones al Canal de Consulta Profesional de Osteógenos

Osteógenos incorpora 4 nuevos profesionales de reconocido prestigio nacional al canal de consulta para la resolución de conflictos relacionados con la colocación de implantes, el manejo de tejidos duros y blandos, la utilización de las nuevas tecnologías y la correcta aplicación de los biomateriales en los distintos tratamientos e intervenciones •

Dr. Antonio Armijo Salto
Dr. Antonio Murillo Rodríguez
Dr. Antonio Fernández Coppel
Dr. Guillermo Pardo Zamora
Dr. César Muelas Sánchez
Dr. Holmes Ortega Megía

Dr. Ramón Gómez Meda
Dra. Virginia García García
Dra. Pilar Velasco Bohórquez
Dr. Ángel Manchón Miralles
Dr. Juan Manuel Aragonese
Dr. Pedro Martín Vera



[GSK]

Parodontax amplía su gama de productos

Parodontax ha ampliado su gama de productos, lanzando nuevas referencias de pastas, colutorio y cepillo para encías al mercado. Una gama completa para el cuidado de las encías de los pacientes.

Parodontax es característico por su fórmula única con bicarbonato sódico y 6 extractos naturales, que ayuda a detener el

sangrado de encías y reduce la gingivitis.

Este producto logra una reducción de la placa de hasta un 56% en las zonas más difíciles de acceder con el cepillo, y un 23% más de reducción de placa con un solo cepillado supervisado de 60 segundos, en comparación con el dentífrico de control •



[SWISS DENTAL]

Swiss Dental Marketing presenta nuevo concepto de formación

Hace ya más de cinco años que Daniel Izquierdo Hänni inició sus actividades con Swiss Dental Marketing, a través de la cual ofrece cursos, escribe libros y publica artículos sobre el marketing dental y comunicación con el paciente. Más de cinco años de dialogo constante con los profesionales de la odontología que ahora se ven reflejados en un nuevo, más complejo concepto de formación y en una nueva página web.

Con el objetivo de ofrecer un efecto de formación más duradero y una complementación realmente práctica en el día a día de la clínica, el nuevo concepto de Swiss Dental Marketing consiste en cuatro fases.

Las ponencias, los cursos y los workshops presenciales siguen siendo la actividad más importante de Swiss Dental Marketing, sin embargo ahora son completados por distintas formas del e-learning, por herramientas de trabajo para su libre descarga o el asesoramiento cara a cara por Internet, el Skype Dental Coaching. No solo se le ha dado un nuevo look a la página en Internet, sino que se han interconectado más redes sociales como Google plus o Linked-In a www.swissdentalmarketing.com •

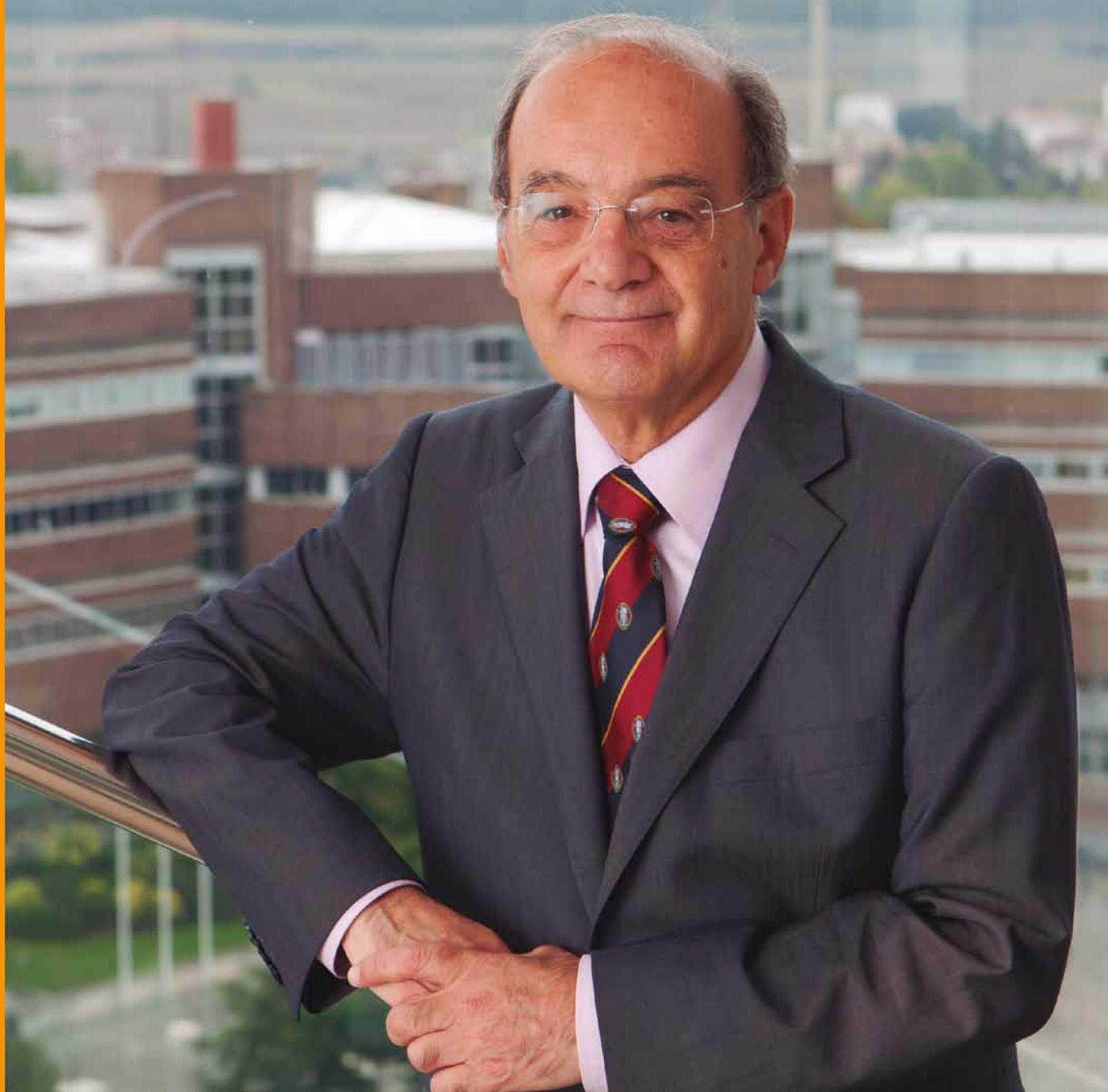


[JESÚS PRIETO]

“El talento de los científicos españoles forma parte de nuestro patrimonio”

Jesús Prieto, reciente ganador del Premio Nacional de Investigación en Medicina es un profesional de larga trayectoria y excepcional curriculum académico. Licenciado y doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid. Completó su formación en el Royal Free Hospital de Londres (Reino Unido). Sus especialidades abarcan la investigación hepatológica, desde la cirrosis y el cáncer hasta las hepatitis virales o el daño hepático agudo y crónico.

MARÍA JOSÉ GARCÍA





EL DR. PRIETO RECIBE DE SU MAJESTAD EL REY EL PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA 2014.

“Odontólogos de Hoy”: ¿Cuál es su opinión sobre la situación actual de la investigación médica en nuestro país?

Jesús Prieto: Como otras veces he hecho notar quisiera incidir en el hecho de que España no tiene campos de petróleo, pero sí de cerebros. Ésta es nuestra riqueza, nuestro patrimonio. Sin embargo, en los últimos años, la crisis ha producido una herida en nuestro tejido social con una grave hemorragia de talentos. Esta hemorragia nos ha debilitado, y ha comprometido nuestro futuro como país desarrollado más de lo que suponemos. Otros países como Alemania, conscientes de que la investigación es una de las mayores fuerzas motrices de la sociedad, durante la crisis no sólo no han disminuido sino que han aumentado los fondos destinados a ciencia e innovación. En nuestro país hay mucha gente preparada, capaz de llevar adelante una investigación de calidad, tanto básica como aplicada; dos campos en íntima conexión. Hay que abonar el terreno de la ciencia, porque solo eso hará posible, a medio plazo, una remodelación de nuestro sector productivo, la creación de puestos de trabajo y el acceso con nuevos productos al mercado global.

ODH: Tras una larga trayectoria investigadora, clínica y docente como la suya ¿qué representa para usted este reconocimiento?

J.P.: Un honor y una gran alegría. Es el reconocimiento al trabajo de un equipo amplio de personas de la Clínica Universidad de Navarra y del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la misma Universidad, que ha trabajado durante muchos años en

“
El nivel de la ciencia en España es alto, pero se precisa mucha más inversión.”

investigación médica traslacional, una investigación que traslada los problemas biomédicos del paciente al laboratorio, para regresar del laboratorio a la cama del paciente con un mejor conocimiento de la base molecular de la enfermedad y, si es posible, con nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

ODH: Usted ha dedicado parte de su vida a la investigación de las enfermedades hepáticas y el cáncer. ¿Tiene algún mensaje positivo que poder lanzar a los enfermos de estas patologías sobre posibles tratamientos?

J.P.: Hay muchos mensajes positivos que se pueden transmitir a los enfermos con patología hepática. Uno muy destacado es la introducción de nuevos fármacos antivirales de acción directa frente al virus de la hepatitis C. Estos fármacos permiten la curación de la enfermedad en más del 90% de los pacientes, lo que va a posibilitar la erradicación de esta enfermedad en los próximos años, y si finalmente se logra hacer llegar el tratamiento a la generalidad de los infectados. Por otra parte, con las modernas técnicas de imagen es posible detectar precozmente el cáncer hepático en los enfermos con riesgo de desarrollarlo (como es el caso de los pacientes cirróticos), y ello posibilita la adopción de medidas terapéuticas curativas. Para pacientes con tumores hepáticos más extensos los nuevos procedimientos inmunoterápicos, en concreto, los llamados inhibidores de los check-point, abren perspectivas muy prometedoras. También, más a medio plazo, la terapia génica aparece también como una opción muy atractiva

para el tratamiento de una variedad de enfermedades hepáticas, incluyendo el hepatocarcinoma.

ODH: ¿Cuáles serían los mecanismos a implantar en la sanidad española para que se mejoren los procedimientos de prevención del cáncer?

J.P.: Lo primero es intensificar las campañas dirigidas a la erradicación del tabaco, el factor carcinogénico más importante en nuestra sociedad. Es también necesario combatir las enfermedades virales crónicas, como la hepatitis crónica C y B. Además, hay que concienciar a la población con factores de riesgo para un tipo de tumor (riesgo genético o ambiental) para que se someta a estudios de despistaje periódico. La realización de ecografía semestral en los cirróticos es aconsejable para la detección precoz de hepatocarcinoma.

ODH: Desde su punto de vista, ¿España es un país que dedica suficientes recursos económicos a la investigación?

J.P.: Suelo decir que los países grandes tienen grandes universidades, pero no tienen grandes universidades por ser grandes países sino que son grandes países por tener grandes universidades y grandes centros de investigación. Si España quiere ser uno de esos países grandes tiene que ir por ese camino, pero la realidad es que hoy en día la fracción del PIB dedicada a ciencia e investigación en nuestro país está muy por debajo del que se dedica en USA, Japón o Alemania.

ODH: ¿Cómo valora usted el nivel de la ciencia en nuestro país? ¿Cómo podríamos retener el talento de los nuevos científicos?

J.P.: El nivel de la ciencia en España es alto pero se precisa mucha más inversión y una apuesta mucho más decidida por la investigación para no descolgarnos del AVE de la ciencia moderna. Solo una política científica ambiciosa retendrá a los talentos jóvenes y hará volver a los que se han ido.

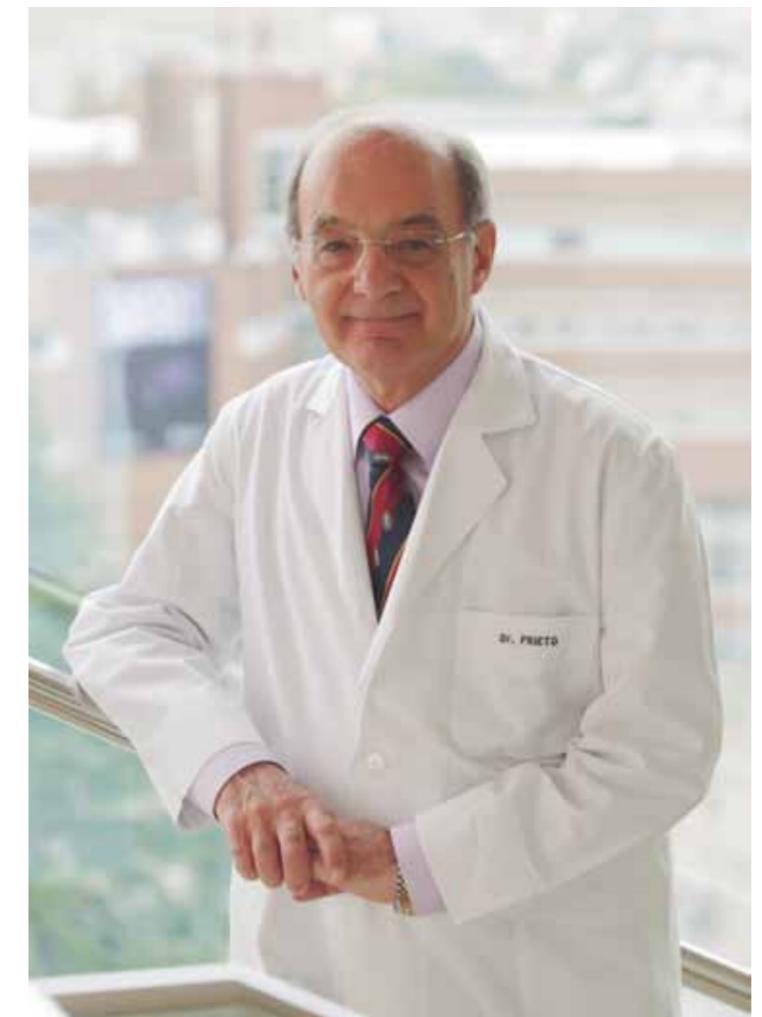
ODH: El caso de la hepatitis C pone de manifiesto la distancia entre el ciudadano y los políticos a la hora de resolver cuestiones de emergencia sanitaria. ¿Cuál es su opinión sobre este grave problema?

J.P.: Desde luego hay que hacer llegar el tratamiento a todos los que lo necesiten. Hay criterios de priorización que han sido señalados por las asociaciones de hepatólogos, pero es preciso que en un periodo determinado se haga el tratamiento asequible a todos los infectados. En la actualidad los antivirales directos son caros pero su precio está descendiendo y lo hará más cuando entren en el mercado los nuevos antivirales directos pendientes de aprobación. La multiplicación

de la oferta abaratará el producto y lo convertirá en asequible para la generalidad de los pacientes.

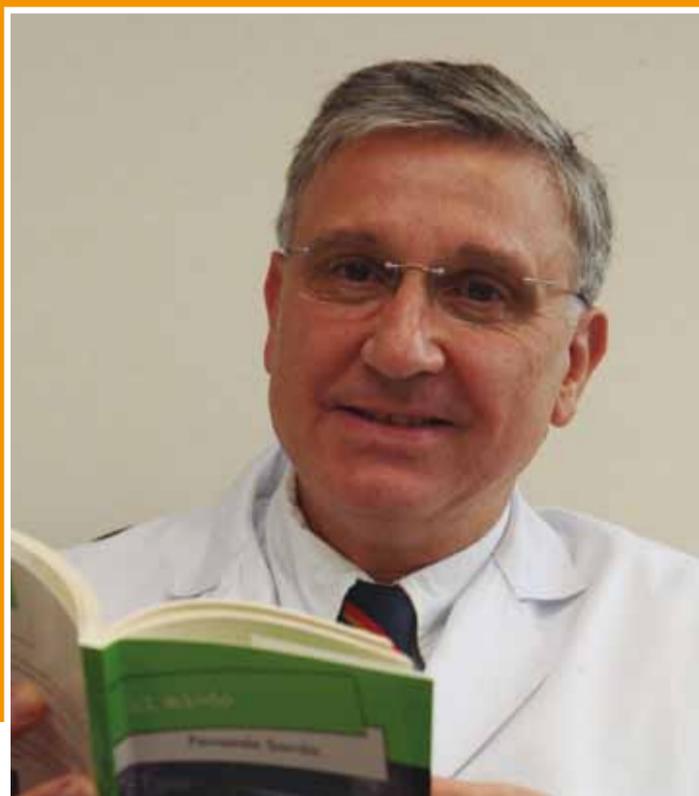
ODH: ¿Cuáles son sus próximos proyectos?

J.P.: Continuar con algunas de las líneas de investigación que venía llevando y particularmente con la aplicación clínica de la terapia génica, no solo a enfermedades hepáticas monogénicas hereditarias, sino también a procesos adquiridos, como el cáncer hepático •



[FERNANDO SARRÁIS]

“El miedo es el gran enemigo de la libertad humana”



El Doctor Fernando Sarráis (Mérida, 1958), es especialista del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universidad de Navarra. Es, asimismo, Profesor de Psicopatología de la Educación y Psicología Social en la Universidad de Navarra y ha encontrado en la literatura su mejor aliado para la transmisión de su conocimiento. Su último libro “El Miedo” es un ensayo sobre las particularidades de este sentimiento.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

“Odontólogos de Hoy”: *Usted, además de especialista en psiquiatría de la Universidad de Navarra, es autor de varios libros y diversas publicaciones científicas. ¿Qué le aporta la literatura a su faceta profesional como psiquiatra?*

Fernando Sarráis: A medida que voy acercándome al final de mi etapa profesional, va creciendo en mí el deseo de transmitir a otras personas el conocimiento adquirido durante muchos años de estudio, docencia y asistencia a cientos de pacientes. Y así ayudar a más personas a aliviar el gran sufrimiento que producen las enfermedades mentales; prevenir los problemas de personalidad motivados por una insuficiente educación y una manera de vivir equivocada; dar consejos de higiene mental para mantener de modo habitual la tranquilidad y el buen humor; y enseñar cómo funciona el psiquismo humano normal y patológico a las personas

interesadas en este campo. La literatura me ha dado la oportunidad de canalizar ese deseo mío.

Me he pasado gran parte de mi vida profesional dando consejos a mis pacientes y he explicado a varias generaciones de alumnos esos conocimientos, pero las palabras se las lleva el viento, y se borran fácilmente con el olvido; mientras que lo escrito, escrito queda.

ODH: *Su último libro se llama “El miedo”, qué le motivó a escribir sobre ello? ¿Considera que la sociedad moderna sufre de “miedo”?*

F.S.: Todas las emociones tienen su finalidad positiva. El miedo avisa de un peligro para el bienestar físico o psíquico de las personas. Pero en un sujeto sano las emociones y sentimientos deben estar controladas por la razón y la voluntad, que son las funciones psíquicas más específicas del ser humano. Si esto no

es así, el miedo pasa a ser anormal o patológico, y las personas pueden sufrir trastornos de pánico, fobias y tener una personalidad temerosa, que produce un sufrimiento intenso y permanente.

El miedo es el mayor enemigo de la libertad humana, pues impide hacer muchas cosas importantes y que producen gran satisfacción afectiva, pero que hacen sufrir mientras se lucha por hacerlas, porque son difíciles y cuestan esfuerzo, y no hay seguridad de lograrlas.

ODH: *¿Cuál es su concepto de felicidad, y cómo podemos aprender a ser felices?*

F.S.: No hay una definición universal de felicidad. Cada persona podría dar la suya particular. Yo voy a dar la mía, que la he comentado a muchas personas y, por ahora, no me han dicho que esté equivocado. Como lo más propio del ser humano es la

Ti-Max Z

Serie de Contra-ángulos

OFERTA ESPECIAL

MODELO: Z25L CÓDIGO DE PEDIDO: C1038

- Contra-ángulo de Titanio Con Luz
- Transmisión directa 1:1
- 3 AÑOS de Garantía

669€
~~962€~~

MODELO: Z95L CÓDIGO DE PEDIDO: C1034

- Contra-ángulo de Titanio Con Luz
- Multiplicador 1-5
- 3 AÑOS de Garantía

999€
~~1.664€~~

MODELO: Z45L CÓDIGO DE PEDIDO: C1064

- Contra-ángulo de Titanio Con Luz
- Multiplicador 1-4,2
- 3 AÑOS de Garantía

899€
~~1.378€~~

3 AÑOS GARANTÍA

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

Módena, 43 · El Soho-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid · tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es

razón y la voluntad, la felicidad tiene que ver con estas dos facultades: es la manera de sentirse cuando se hace lo que se debe hacer, que lo dice la razón; y hacerlo porque nos da la gana –libremente–, que es un querer –un amor– de la voluntad.

El enemigo es la afectividad negativa, que impulsa a hacer cosas que hacen sentir bien, o no sentirse mal, a corto plazo; aunque a medio o largo plazo produzcan infelicidad en forma de sentimientos de culpa, vergüenza, frustración, porque se trata de cosas juzgadas por la razón como malas o inadecuadas. En estas personas la afectividad puede llegar a engañar sistemáticamente a la razón en su juicio de lo que debemos hacer (autoengaños), o impedir que la voluntad haga eso que se debe hacer. Se precisa un entrenamiento continuado de la voluntad en controlar la afectividad de modo habitual, para conseguir que le guste lo que la voluntad quiere porque es juzgado por la razón como algo bueno para uno mismo y para los demás.

La voluntad quiere lo bueno porque produce felicidad. Así pues, la felicidad es también consecuencia del amor, que es el acto más fuerte de la voluntad; y que lleva a hacer cosas buenas para conseguir la correspondencia de amor. Amar y ser amado, con obras, es la fuente de la felicidad.

ODH: Por otro lado, el sufrimiento es otra gran realidad de nuestra vida. ¿Estamos preparados para afrontarlo?

F.S.: Siguiendo con la respuesta anterior: cuando se ama se siente gran felicidad pero también se sufre. Amar supone sufrir, es como una moneda que tiene una cara y una

cruz. Hay que saber sufrir –con buen humor– para poder amar mucho y ser muy feliz. Aprender a sufrir, para no sufrir tanto que se decida no amar. Este aprendizaje es como hacer callo en una mano para no tener más ampollas, como estar en forma para no tener más agujetas. Pero todo aprendizaje exige un periodo de esfuerzo, de sufrimiento, que se ha de llevar bien –poner buena cara al

“

La causa más frecuente de insonnino es el malestar psicológico: estrés, preocupación, ansiedad...

”

mal tiempo– para desarrollar el hábito o el acostumbramiento, y no el rechazo o la fobia.

Hoy en día está de moda sufrir para tener un cuerpo diez, pero no para tener una psique diez. Esto hace que haya más personas psicológicamente frágiles, vulnerables, débiles, que huyen del sufrimiento por miedo a sufrir. Esto impide amar con intensidad y permanentemente. Con lo que ha aumentado la insatisfacción y frustración existencial, que lleva a recurrir a las sustancias químicas y al placer de los sentidos para evadirse de ellas; dando lugar a adicciones que quitan la libertad. Y con el tiempo, acaba produciendo depresión, que es lo opuesto a la felicidad.

Se dice que las personas que saben sufrir tienen buena tolerancia a la frustración. En los últimos años, se dice que tiene “resiliencia”, que viene a ser aguante, resistencia y capacidad de superar los sucesos que hacen sufrir. Este aprendizaje es más fácil si se empieza desde niño y consiste en evitar las quejas, lamentos, enfados y tristezas interiores cuando se sufre. Esto supone desarrollar una fuerte voluntad para controlar la afectividad y mantener la paz y alegría en medio de los sufrimientos. Al menos, de la mayoría de los sufrimientos, que suelen ser pequeños.

ODH: En otro de sus estudios científicos analiza el insomnio como patología muy implantada en la población. ¿Cuáles son las principales causas de estas alteraciones del sueño? ¿Cómo influyen en el comportamiento del ser humano y en su día a día?

F.S.: La causa más frecuente de insomnio, sobre todo del insomnio crónico, es el malestar psicológico: preocupación, ansiedad (estrés), angustia, tristeza, miedo, y otras emociones negativas intensas (envidia, celos, ira). Este malestar es habitual en personas con una personalidad dominada por la afectividad y por ello hipersensible.

Se suele decir que para dormir a pierna suelta hay que tener la conciencia tranquila. Es decir, hay que irse a la cama tranquilos y contentos, para ello hay que evitar que las cosas negativas del pasado, presente y futuro, nos roben esa tranquilidad. Solo las personas psicológicamente fuertes pueden hacer esto de modo habitual.

La noche depende del día. Para dormir bien de noche, hay que vivir bien por el día. Si por el día se van acumulando emociones y sentimientos negativos, por la noche no se puede dormir bien.

En segundo lugar son causa de insomnio aquellas enfermedades o molestias de origen físico, que se acompañan de sensaciones molestas, que no le permiten la relajación previa al sueño o le despierta varias veces durante la noche. Ahí estarían aquellas enfermedades físicas que producen dolores, fiebre, sensaciones físicas desagradables como las parestesias, picores, hormigueos, etc.

En tercer lugar están los insomnios relacionados con la toma de sustancias. Los estimulantes (café, refrescos de cola, chocolate, etc.) tomados por la tarde-noche pueden producir insomnio de conciliación. El alcohol produce alteraciones del sueño con insomnio de mantenimiento (frecuentes despertares) y sueño superficial. Lo individuos que toman estimulantes legales o ilegales, o los que abusan de sustancias tranquilizantes, pueden presentar insomnio también como efecto de la abstinencia de esas sustancias. Lo mismo ocurre cuando una persona suele tomar medicación para dormir y un día no tiene la me-



dicación, ese día probablemente no dormirá.

En cuarto lugar están las causas de insomnio por circunstancias ambientales: ruidos, calor, olores, dureza del colchón, etc. El insomnio está presente mientras esas circunstancias ambientales permanecen o hasta que el sujeto se habitúa a ellas.

Es importante conocer la causa del insomnio para solucionar el problema desde la raíz, pero hay que saber también que existe un número reducido de casos en los que no se puede saber la causa del insomnio, estos se llaman insomnios esenciales o funcionales, y su tratamiento será únicamente sintomático, generalmente con medicación hipnótica.

Como el sueño es el método humano para descansar física y psíquicamente. Y como las emociones negativas producen tensión y cansancio psíquico. Si no se duerme, persisten esas sensaciones negativas, que producen otras nuevas emociones negativas como la ira, tristeza, frustración, que influyen negativamente en las funciones cognitivas: se perciben solo problemas o defectos en los demás, se pierde la ilusión y la esperanza de cosas buenas; se pierde energía de la voluntad para hacer lo que se debe; cuesta concentrarse y memorizar; aparecen ideas obsesivas negativas; etc.

Esta situación empeora el estado de ánimo durante el día y el insomnio nocturno, creando un círculo vicioso difícil de resolver sin medicación y sin psicoterapia.

Las consecuencias negativas a medio y largo plazo del insomnio no tratado son: algunas enfermedades psíquicas (ansiedad y depresión), varias enfermedades físicas, por descenso del sistema inmunológico, o defensivo por el estrés crónico que produce, y algunos trastornos de conducta de tipo adictivo (comida, alcohol, tabaco, sexo, etc.).

“

La felicidad es consecuencia del amor, que es el acto más fuerte de la voluntad.

”

ODH: ¿Dormimos lo suficiente?

F.S.: Hay una especie de creencia o queja generalizada de que se duerme poco. Es verdad que el insomnio es frecuente, pero muchas personas los resuelven con medicación. Otros lo intentan resolver con alcohol, pero es peor el remedio que la enfermedad. Me opinión es que la mayoría de las personas, incluyendo los jóvenes a los que le encanta la noche, duerme suficiente. Si estoy de acuerdo en que se duerme poco por las noches, pero este déficit, la mayoría de las personas, lo suple durmiendo por el día en forma de siesta o cabezadas. Así pues, pienso que se duerme suficiente pero con desorden. Si no fuese

así, habría muchos más problemas de salud, pues el sueño es necesario para la salud psíquica pero también física.

ODH: Nuestra siesta. ¿Es tan mala o tan buena como se dice según quien lo explique?

F.S.: Para nosotros, con el horario que tenemos, es muy buena. Pero siempre que sea corta, entre 20 y 40 minutos. Pues supone recuperar parte del sueño escaso de la noche y es un momento de relax para descender el estrés con el que viven hoy muchas personas, y evitar llegar a casa por la tarde con mucha tensión que predispone a conflictos y discusiones familiares; a susceptibilidades y sentirse heridos por pequeñas cosas; y a realizar conductas de evasión malas para la salud como es beber, fumar y comer. Además, como tensión continua cansa, la siesta es un momento de descanso para poder trabajar mejor por la tarde, tanto en el trabajo fuera de casa, como en el trabajo de casa.

Hay muchos trabajos experimentales que han comprobado los beneficios de la siesta para la salud física y mental.

ODH: ¿Cual son sus recomendaciones para dormir bien?

F.S.: En caso de padecer insomnio por primera vez, no hay inconveniente en tomar infusiones de tila, valerianas u otras hierbas relajantes ya que son inocuas y ayudan a dormir mejor. Si pide al farmacéutico alguna pastilla para dormir, quizás le dé algún antihistamínico pues tiene seguridad que no será perjudicial y producen somnolencia, pero al poco tiempo sus efectos remiten con el uso.

La mayoría de los aparatos que emiten ondas, u otros aparatos que se anuncian con propiedades para dormir mejor, actúan en general por su efecto placebo. No hay estudios que corroboren su eficacia.

En caso de insomnio ligero pueden ser eficaces las medidas de higiene del sueño. Antes de usar fármacos para el insomnio, se recomienda aplicar las pautas de higiene del sueño:

1. Despertarse y acostarse todos los días a la misma hora.
2. Limitar el tiempo diario en cama



al tiempo necesario de sueño (7,5-8 horas).

3. Suspendir las sustancias con efecto activador o estimulador del SNC.

4. Evitar largas siestas durante el día.

5. Realizar ejercicio físico, evitando que se realice en las últimas horas del día por su efecto excitante.

6. Evitar actividades excitantes en las horas previas a acostarse.

7. Realizar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante.

8. Comer a horas regulares y evitar comidas copiosas cerca de la hora de acostarse.

9. Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse.

10. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir: temperatura, ruidos, luz, dureza de la cama.

Si después de aplicar estas medidas, no se consigue dormir como siempre, se debe consultar al especialista. Pero no conviene obsesionarse con dormir de modo ideal y dormirse inmediatamente, pues esto produce ansiedad que empeorará el problema del sueño. Tener paciencia y tomárselo un poco a broma, es un buen contexto para resolver todos los problemas, también los del sueño.

ODH: *La obesidad es uno de nuestros nuevos problemas de salud, ¿cómo influye en nuestros problemas de conducta?*

F.S.: La obesidad es un problema de salud física pues con el tiempo produce graves problemas de salud, especialmente problemas cardiovasculares: infartos de miocardio y accidentes vasculares cerebrales. Pero también produce afectaciones articulares que producen dolor crónico, y disminuyen la calidad de vida. Pero también afecta a la salud mental, pues produce una disminución de la autoestima que se acompaña de ansiedad y depresión.

La obesidad supone una conducta alimentaria inadecuada y un nivel de actividad reducido que se denomina sedentarismo. Esta conducta se relaciona siempre con un determinado modo de ser, que tiene algunas características negativas. En general, se trata de personas con un nivel de ansiedad alto habitual, que



se suele denominar estrés. Estas personas utilizan la boca para neutralizar la ansiedad: morderse las uñas, fumar, beber, hablar, comer. Además, son personas con gran sensibilidad emocional, que les lleva a padecer emociones y sentimientos negativos, que impulsan a realizar conductas gratificantes, como la comida, para sentirse bien y evadirse de los afectos negativos.

Si no se modifica esa manera de ser, el problema de la sobre-ingesta y del sedentarismo no se resuelve y la obesidad se hace crónica.

ODH: *Desde su punto de vista, ¿cuáles son las grandes enfermedades que sufre la sociedad moderna?, ¿su recomendación para paliar los daños de esas "dolencias"?*

F.S.: No es fácil dar una respuesta a esta pregunta. Parece que los medios de comunicación repiten una y otra vez que los expertos dicen que "el estrés" es la enfermedad de moda. A mí también me parece que es un problema serio y muy extendido, que produce muchos problemas de salud física y psíquica. Hay muchas enfermedades llamadas psicósomáticas que tienen que ver con el estrés crónico: hipertensión arterial, cefaleas de tensión, dolores de espalda crónicos, gastritis, alteraciones cutáneas, fibromialgia. Los problemas psíquicos más frecuentes relacionados con el estrés son el insomnio, la depresión y las crisis de pánico.

Cada vez hay más información para que la gente se relaje y deje de tener estrés, pero me parece más importante que la relajación no es-

trarse tanto. Para ello recomiendo evitar las prisas, los enfados, las preocupaciones (hay que ocuparse) y los miedos. Estas son las razones psicológicas más frecuentes del estrés crónico.

ODH: *Nuestra revista está dirigida a los profesionales de odontología y estomatología, ¿qué recomendaciones les daría para aliviar las fobias y miedos de sus pacientes ante tratamientos que deben seguir para curar sus dolencias dentales?*

F.S.: Que se entrenen todos los días en quitar el miedo a sufrir. Todos los días hay 6 ó 7 situaciones desagradables, molestas, que hacen sufrir. Hay que aprovecharlas para llevarlas con buen humor –poner buena cara al mal tiempo–, y así hacer callo o habituarse a sufrir para no sufrir tanto cuando llegan las situaciones de sufrimiento físico, por las enfermedades físicas y por los problemas de la vida.

Este saber sufrir se ha llamado en épocas anteriores resignación cristiana, tolerancia a la frustración. Ahora se llama "resiliencia". Y se consigue sufriendo sin quejas, lamentos, enfados ni tristezas interiores, cuando se sufre. Así pues, hay que tener una visión positiva del sufrimiento, que consiste en tomarlo como una oportunidad para hacerse fuerte psicológicamente •

Pide lo que quieras



Servicio integral de Suministros Dentales Antón, s.l. sencillamente, todo lo que necesites.



antón
suministros
dentales

944 53 06 22
www.antonsl.es

20 años
a tu lado

AUTOR:
 JOSÉ CARLOS VEA ORTE
 MÉDICO ESPECIALISTA EN ORL
 PROFESOR ASOCIADO EN LA UPV



DOCTOR, OIGO PERO NO ENTIENDO

Cuando después de tenerme un buen rato con la boca abierta para arreglar alguna de las averías de mi dentadura, Fernando Gutiérrez me pidió que le mandase algún trabajo para la revista “Odontólogos de Hoy” de la cual es Editor, no tuve ningún inconveniente en decirle que lo haría. Pero cuando me puse a ello, me entraron las dudas de qué contar a unos profesionales tan cercanos a mi especialidad que es la Otorrinolaringología.

Resolví el dilema en el momento en que salí de impartir mi última clase a los alumnos (cada vez más alumnas) de 4º curso en la Unidad Docente de Medicina que la Uni-

“ *En los pacientes en los cuales se utilice sedación profunda, el control de las constantes respiratorias y circulatorias debe ser riguroso.* ”

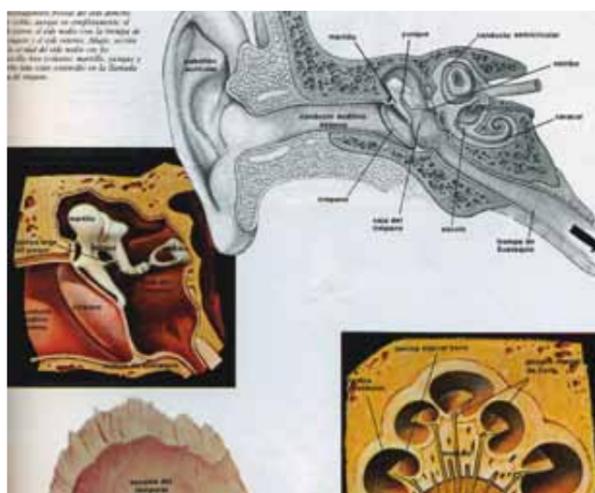
versidad del País Vasco tiene en San Sebastián. Habían pasado muchos años desde aquel lejano 1977 cuando se inauguró esta Unidad Docente. Los cambios no eran nada evidentes en ellos, que, aunque fueran nuevos rostros cada curso, siempre eran de la misma edad, mientras yo envejecía.

Pensé que aprovechando que uno de los temas que les había explicado esa mañana era la “Presbiacusia”, trataría de explicar a los odontólogos sobre esa experiencia por la que todos, si envejecemos, hemos de pasar.

Hoy, bien comenzado el siglo XXI, disfrutamos de una media de edad envidiable y ello es debido, sin duda, a los avances que la Medicina ha conseguido en las últimas décadas. También se debe a la concienciación de que hay que vivir en comunidad con nuestro medio ambiente y sobre todo a nuestra alimentación, basada, en gran medida, en la dieta llamada mediterránea y, por supuesto, a que tratamos de cuidar nuestro cuerpo lo mejor posible en todas sus facetas.

Pues bien, a pesar de todo, nuestro organismo envejece sin remisión y ese envejecimiento en lo referente a nuestra audición se llama “Presbiacusia”.

Podríamos, y de hecho lo hacemos, interpretar lo que sucede con los pacientes de una determinada edad, cuando llegan a la consulta y nos dicen: “Doctor, oigo pero no entiendo”. Entonces sabemos, con escaso margen de error, que la pérdida de audición que padece no se debe a ninguna patología especial. Es un problema natural del envejecimiento del organismo. Al realizar el interrogatorio para investigar sobre esa pérdida, comprobamos que los pacientes nos entienden bien al estar en un ambiente, más o menos silencioso y a una corta distancia. El problema surge cuando la distancia es mayor o hay más ruido en el ambiente. Pasa entre las parejas añosas que se lanzan mensajes desde una a otra habitación en el domicilio, o bien cuando se trata de establecer una conversación en cualquier ambiente con importante nivel de ruido, un restaurante o una cafetería. El ruido ambiental enmascara el mensaje que intentamos transmitir o escuchar.



Seguro **Multirisgo de Establecimientos Sanitarios**



Un seguro a la medida de su negocio



**25%
DESCUENTO**
 Hasta el 31 de marzo de 2015*

Nuevas **COBERTURAS EXCLUSIVAS A.M.A.**

- ✓ Servicio de Manitas para pequeñas reparaciones
- ✓ Servicio de Manitas Tecnológico
- ✓ Servicio de Asistencia Informática

Porque su negocio también es cosa nuestra

A.M.A. MADRID Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10



(* Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados hasta el 31 de marzo de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.)

Cualquier organismo en el que todo funcione correctamente es como un milagro y el hecho de oír, que representa una pequeña parte de ese milagro, es un mecanismo muy sofisticado del que somos muy poco conscientes. Oímos desde que nacemos, y aún antes. Pero es un proceso en el que ni siquiera pensamos y es tan importante que merced a ello aprendemos a hablar. Todos hablamos al imitar las palabras y los sonidos que escuchamos desde que nacemos. Repetimos todos los sonidos y también los acentos, y lo hacemos de forma natural. Nuestro cerebro integra todo lo que escucha y lo almacena. Así tenemos la posibilidad de aprender varios idiomas de forma simultánea mientras nuestro cerebro va madurando. Pero eso sería otro tema.

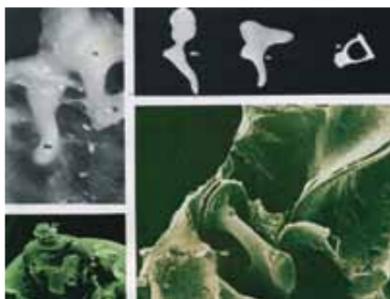
Oír es un proceso muy complejo que trataré de desmenuzar.

Cualquier ruido o cualquier sonido, por ejemplo la palabra, moviliza partículas moleculares de aire formando una onda sonora que será audible siempre que haya un organismo vivo que la reciba. Esa onda sonora entra por los conductos auditivos de los pabellones auriculares u orejas y choca, literalmente, contra la membrana timpánica. Esa onda sonora que está en un medio aéreo se encuentra, bruscamente, con un medio sólido como es la propia membrana y los huesos más pequeños de nuestro organismo.

El mango del martillo se encaja entre las capas del tímpano y su cuerpo se articula con el del yunque cuya apófisis larga conecta con el estribo que queda encajado en la ventana oval. Dicha ventana separa el oído medio del oído interno donde están los líquidos laberínticos o endolinfáticos que también se movilizan. Por tanto, hay que pensar que esa onda sonora llegando de un medio aéreo, ha movilizadado un medio sólido (tímpano y cadena de huesecillos) para llegar a movilizar un medio líquido.

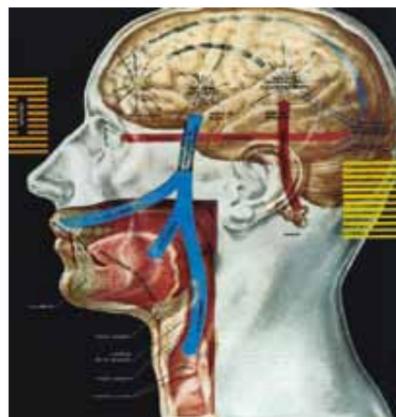
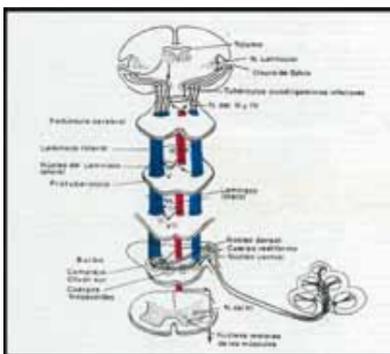
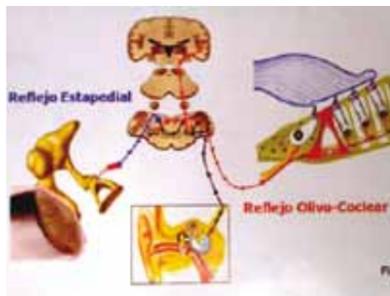
El oído interno tiene dos partes bien diferenciadas. El laberinto anterior o cóclea, y el laberinto posterior formado por los canales semicirculares que participarán en mantener nuestro equilibrio, junto con los ojos y las terminaciones osteotendinosas de todo nuestro organismo.

Es en la cóclea o caracol, llamado así por ser de la misma forma que



el molusco, donde está el laberinto membranoso, y dentro de él se produce un fenómeno sorprendente. En los cuerpos de las células ciliadas sucede el último fenómeno mecánico del proceso. Al contactar la membrana tectoria con los cilios de estas células y, dentro de ellas, se producen los prodigiosos intercambios químicos necesarios para originar una corriente eléctrica que saldrá por un axón situado en el polo opuesto a los cilios. Dicho impulso nervioso, uniéndose los axones de todas las células llegará, con varias paradas en el camino, llamadas sinapsis, hasta las áreas temporales del cerebro donde el sonido se hace consciente. De esa manera primero identificamos y después interpretamos los sonidos y los mensajes.

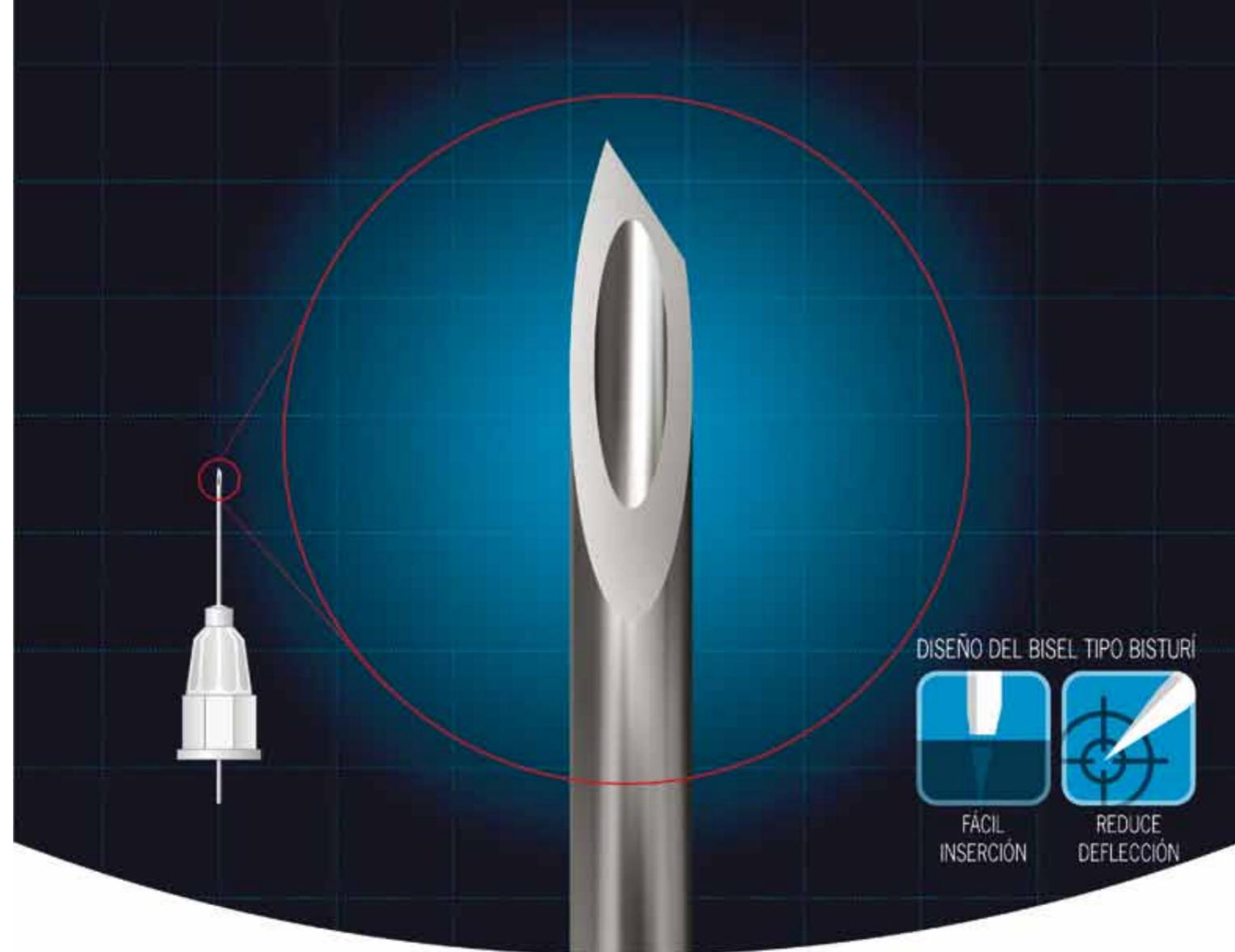
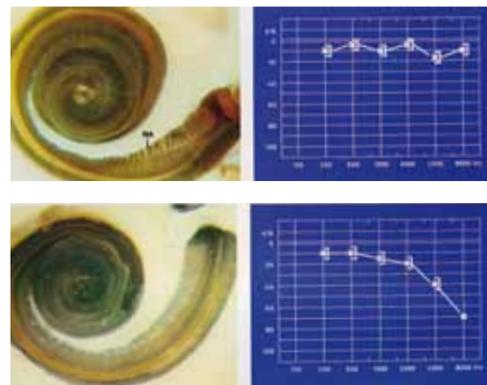
El cerebro es quien manda. Todo lo que somos, hacemos, pensamos, sucede en nuestro cerebro. Es el órgano rector, donde llegan todas las aferencias del organismo. Y existen muchas cuestiones que todavía son una incógnita por lo que, imagina-



tivamente, hay que situarlo entre ambos signos de interrogación. El de inicio (¿) que sería el perfil de la nariz y el del final (?) que sería el perfil del pabellón auricular.

El reto de descubrir todo lo que sucede entre esos signos de interrogación lo tienen las siguientes generaciones, cada vez mejor preparadas.

Así que oír parece sencillo porque lo realizamos sin ningún esfuerzo pero, sin embargo, es un mecanismo muy complejo. Es sorprendente que todo suceda sin ninguna alteración. Al envejecer por los sucesivos recambios celulares que se producen de forma regular en nuestro organismo, pues los telómeros de los cromosomas se encargan de ello, también envejecen las células ciliadas en la cóclea, aunque no sucede en toda ella al mismo tiempo, sino que las primeras que se pierden son las células ciliadas de la base del caracol, que corresponden a las frecuencias agudas.



Septodont, el líder mundial en control del dolor, presenta Septoject Evolution, una innovadora aguja con un sistema patentado de diseño de bisel tipo bisturí.

Septoject Evolution ha sido diseñada para una penetración más suave y con menos desplazamiento en el tejido. Esto proporciona menor molestia para sus pacientes, incluso cuando son necesarias múltiples inyecciones. Para usted, deberá aplicar menos fuerza, combinado con una significativa reducción de deflexión, lo que le proporcionará un mejor control y una mayor precisión.

Si piensa que una aguja es sólo una aguja, piénselo de nuevo! Septoject Evolution.

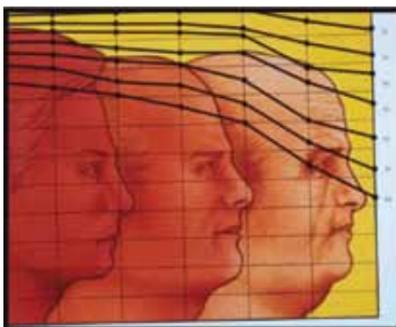


Pensar que, en números redondos, nacemos con 36 mil células ciliadas y al llegar a la novena década de la vida sólo tenemos 18 mil. Es por ello que al perder las frecuencias agudas, perdemos la discriminación del mensaje que nos quieren transmitir y llegamos donde empezamos. "Doctor, oír oigo, pero no entiendo".

La solución, evidenciado el problema, no es fácil. La pérdida neurosensorial debida a la senescencia es irreversible. No tiene ningún tipo de cura, ni médica ni quirúrgica. Solo se puede paliar por medio de audífonos que se adaptan según sea el impedimento auditivo. Pero en algunas personas no funciona. Sucede que mientras el umbral de la audición (lo mínimo que escuchamos en cada frecuencia) disminuye, también el umbral de molestia se eleva, por lo que el campo auditivo se estrecha. Son esas personas, que todos conocemos, las que teniendo un grado de hipoacusia o sordera importante, no soportan los sonidos de alta intensidad o, simplemente que les hablemos muy alto.

Es importante advertir bien sobre las expectativas que pueden ofrecer los audífonos ya que, sin querer, se tiende a comparar con las gafas que solucionan bien la presbicia, que es la falta de visión debida, también, al envejecimiento.

Siendo ambos (visión y audición) sentidos físicos, en contra del gusto y el olfato que son sentidos químicos, no tienen las mismas soluciones ante



sus carencias. Entre otras cosas el ojo tiene párpados que podemos cerrar cuando no queremos ver, pero el oído no tiene ninguna posibilidad de desconectar del ruido que nos rodea.

Es importante, a la hora de indicar un audífono, dejar claro que a diferencia de cuando no ves bien, te adaptan unas gafas, y ves. Cuando no oyes bien y te adaptan un audífono, no oyes como recordabas que oías cuando eras joven. Oyes, amplificado, lo que deseas y lo que no deseas... Y vivimos en un mundo muy ruidoso. Por ello, es preciso pensar en un tiempo de adaptación, sobre la nueva forma de oír, para aceptar e integrar las nuevas aferencias en el cerebro.

También en su trabajo, los odontólogos usan fresas y turbinas que producen un ruido desagradable que puede, con el tiempo, lesionar las células ciliadas y provocar un trauma acústico que ocasionaría una pérdida auditiva a añadir a la Presbiacusia.

Quisiera terminar con una pequeña historia real y una reflexión.

Hellen Adams Keller (1880-1968) cuenta al señor Bradley Smith, en una entrevista para la revista "Cosmopolitan" de diciembre de 1954, que quedó sorda y ciega a los 19 meses. Su tutora fue Anne Mansfield Sullivan. Esa historia fue llevada al cine en la película "El milagro de Ana Sullivan". De la entrevista deseo resaltar dos párrafos.

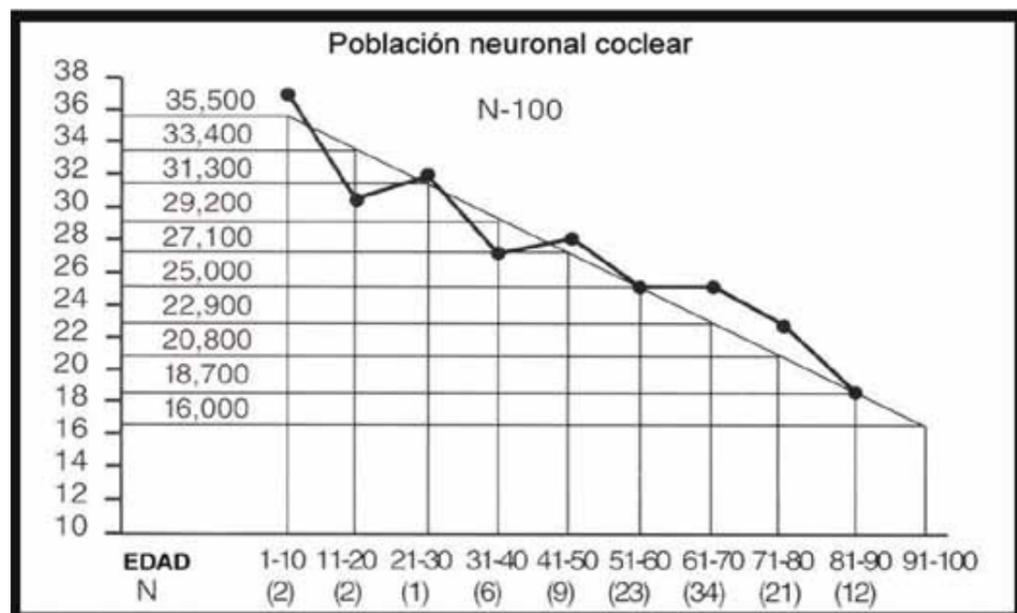
Sucedió cuando Hellen tenía siete años: "Un día Anne Sullivan me puso la mano bajo la bomba de agua. Mientras corría por la palma de mi mano, ella deletreó la palabra "AGUA" sobre la otra. De repente supe que las cosas tenían nombre y que jamás volvería a estar sola".

Esta singular mujer nacida en Estados Unidos se graduó en diversas universidades y escribió varios libros. Más adelante en la entrevista dice "La ceguera no ha significado un grave impedimento, pero no poder oír me ha causado mucho sufrimiento, mucho más que el no poder ver".

Por último la reflexión. Durante muchos años hice en clase una pregunta inquietante. Preguntaba a los alumnos que si tuvieran que elegir entre ser sordos o ciegos totales en el momento de su nacimiento ¿qué elegirían?

Todos, absolutamente todos, elegirían ser sordos...

Pero, yo creo, que se equivocaban... Les dejo con algo en qué pensar ●



XIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

SECIB
BILBAO2015
29~31 OCTUBRE



Palacio de Congresos y de la Música
Euskalduna Jauregia Bilbao

"EXIGE CIENCIA,
EXIGE RESPUESTAS"

Secretaría Técnica - Información

MdV-Organización y Protocolo
Bruc, 28, 2º • 08010 Barcelona
Tel. 607 499 365
secibbilbao2015@mededeuve.com



www.secibbilbao2015.com

PRÓTESIS PARCIAL IMPLANTOSOPORTADA

INDICACIONES

La realización de prótesis parciales sobre implantes constituyen una alternativa prioritaria para la restauración de espacios edéntulos intercalares o a extremo libre de más de dos piezas.

Se pueden llevar a cabo de dos formas diferentes:

1. Atornillada, cuando haya excesiva profundidad sulcular, escaso espacio protésico o por cuestiones estratégicas.

2. Cementada, para todas aquellas situaciones en que no existan ninguno de los condicionantes que hacen de atornillar la solución de elección, mejorando el ajuste pasivo de las restauraciones, así como reduciendo el estrés del tornillo del pilar; por otra parte, la ausencia de "chimeneas" supone un incremento sustancioso de la estética.

Se deben tener en cuenta, en caso de no poder colocar los implantes en los extremos de la brecha, las posibilidades de realizar ménsulas o cantilevers.

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

En aquellos casos en que existan contraindicaciones sistémicas o locales para la colocación de implantes osteointegrados, podremos acudir a las siguientes alternativas:

1. Prótesis fija dentosoportada: permite la realización de una prótesis fija cementada, siendo una opción terapéutica de elección cuando los dientes adyacentes a la brecha pre-

sentan deterioros estructurales que precisen la confección de coronas en los mismos, no suponiendo el tallado de ellos un sacrificio; por otra parte, debemos asumir que el hecho de tener que sustituir más de una pieza, deberemos soportar nuestra prótesis en más de dos dientes, por lo que el sacrificio será mayor.

2. Prótesis parcial removible: suponen un respeto completo por la estructura dentaria adyacente a la brecha, pero con los inconvenientes inherentes al volumen que ocupan (alteraciones del habla e incomodidad en la alimentación), así como al propio carácter removible de la misma; sin embargo, dicha posibilidad de remoción optimiza al máximo la higiene, tanto dentaria como de la propia prótesis.

PARCIAL ANTERIOR.

CASO 3:

Paciente de 40 años de edad, fumadora de 10 cigarrillos al día, sin más historia clínica de interés.



FIG. 1. PANORÁMICA. SITUACIÓN INICIAL.

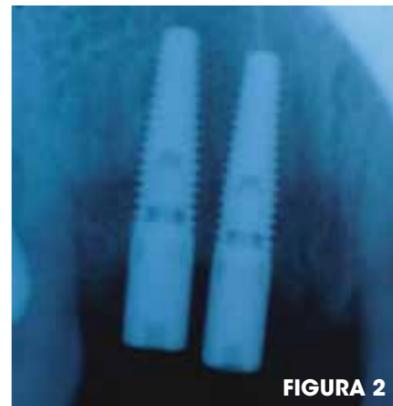


FIG. 2. SE COLOCARON 2 IOI EN 21 Y 22 DE 3.5 X 13MM NOBEL REPLACE®

PLAN DE TRATAMIENTO: CEMENTAREMOS: UNIÓN DIENTE-IMPLANTE.



FIG. 3A Y 3B. SITUACIÓN INICIAL. PILARES DE CICATRIZACIÓN (PERFILES DE EMERGENCIA). ESPACIO PROTÉSICO DISPONIBLE.



FIG. 4A Y 4B. OBSÉRVESE LA MALA DIRECCIÓN DEL IOI EN 22.



FIG. 5A Y 5B. SITUACIÓN INICIAL PROVISIONAL REMOVIBLE QUE PORTA LA PACIENTE.



FIG. 6A Y 6B. OTRA PRÓTESIS PROVISIONAL REMOVIBLE QUE PORTA LA PACIENTE, MENOS ESTÉTICA QUE LA ANTERIOR.



FIG. 7. REALIZAMOS PROTOCOLO PARA EVALUAR LA OSTEointegración. PROFUNDIDAD GINGIVAL.



FIG. 8. PROTOCOLO DE OSTEointegración, 10 PUNTOS. PARÁMETROS MAYORES, TRATABLES Y ORIENTATIVOS. OSSTELL®



FIG. 9 Y 10. PLANIFICAMOS UNA SOLUCIÓN MÁS ESTÉTICA, DEJANDO ENTERRADO IOI EN 22 Y HACIENDO UNIÓN DIENTE-IMPLANTE DEL IOI EN 21 AL 23 TALLADO.

SE LO PROPUSIMOS A LA PACIENTE Y ACEPTÓ. PROCEDIMOS AL TALLADO DE 23 CON MARGEN DESLIZANTE (CHAMFER). PREVIAMENTE REGULARIZAMOS EL PLANO INFERIOR.



FIG. 11 Y 12. DETALLE DEL TALLADO DEL 23.



FIG. 13. SELECCIONAMOS ADITAMENTOS. FIJADOR DE IMPRESIÓN PARA CUBETA CERRADA.



FIG. 14. TRAS ATORNILLAR EN BOCA LA COFIA DE IMPRESIÓN DE TRANSFERENCIA SOBRE EL IOI EN POSICIÓN DEL 21, REALIZAMOS RADIOGRAFÍA DE COMPROBACIÓN DEL AJUSTE DE LA MISMA EN BOCA. CONSTATAMOS LA AUSENCIA DE GAP.



FIG. 15 Y 16. IMPRESIÓN DE REPRODUCCIÓN SUPERIOR. DOBLE MEZCLA. CUBETA CERRADA. SILICONA DE ADICIÓN.



FIG. 17.

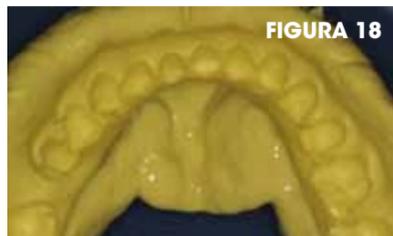


FIGURA 18

FIG. 17 Y 18. IMPRESIÓN Oponente. ALGINATO INFERIOR. CUBETA RÍGIDA.



FIGURA 19

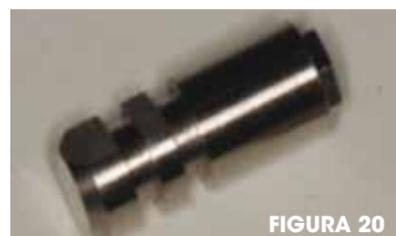


FIGURA 20

FIG. 19 Y 20. PEDIREMOS VACIADO DE LA IMPRESIÓN SUPERIOR; ESTRUCTURA DEL 23 A IOI EN 21 EN TILITE (CROMO-NÍQUEL-TITANIO).

ENVIAREMOS 2 IMPRESIONES MÁS ANTAGONISTA INFERIOR, RÉPLICA Y FIADOR AL LABORATORIO.



FIGURA 21



FIGURA 22

FIG. 21 Y 22. RECIBIMOS ESTRUCTURA PARA CEMENTAR (UNIÓN DIENTE-IMPLANTE) CONFECCIONADA EN TILITE (CROMO-NÍQUEL-TITANIO) SOBRE MODELO DE TRABAJO SUPERIOR MONTADO EN CHARNELA.



FIGURA 23

FIG. 23.



FIGURA 24

FIG. 23 Y 24. DETALLE DEL PILAR IMPLANTARIO MACIZO TALLABLE, Y DEL PILAR DENTARIO.



FIGURA 25



FIGURA 26

FIG. 25 Y 26. DETALLE DE LA ESTRUCTURA PARA CEMENTAR CONFECCIONADA EN TILITE.



FIGURA 27



FIGURA 28

FIG. 27 Y 28. TRAS ATORNILLAR EL PILAR SOBRE IOI EN BOCA Y CORROBORAR SU AJUSTE RADIOGRÁFICAMENTE, PROBAMOS LA ESTRUCTURA PARA CEMENTAR Y SU ADAPTACIÓN.

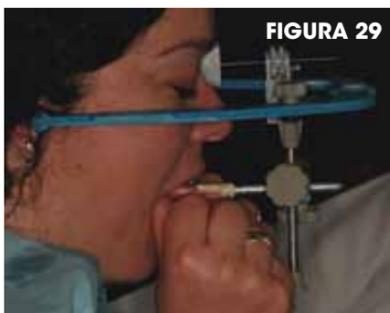


FIGURA 29

FIG. 29.

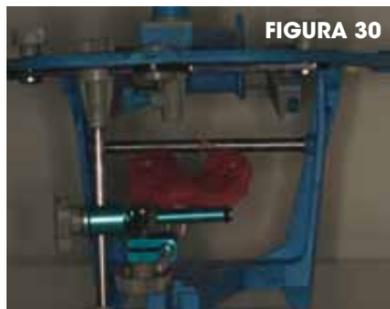


FIGURA 30

FIG. 29 Y 30. TRAS DESMONTAR LOS MODELOS DE LA CHARNELA, PROCEDIMOS A TRANSFERIR EL MODELO SUPERIOR AL ARTICULADOR SEMI-AJUSTABLE REALIZANDO LA TRANSFERENCIA CRÁNEO-MAXILAR.

EL MODELO INFERIOR SE PIDIÓ QUE SE MONTASE EN MÁXIMA INTERCUSPACIÓN PORQUE EXISTÍA Y NO ERA PATOLÓGICA.



FIGURA 31



FIGURA 32

FIG. 31 Y 32. SELECCIONAMOS COLOR (TINTE, VALOR E INTENSIDAD). PEDIMOS AL LABORATORIO QUE CARGUEN LA CERÁMICA Y ENVÍEN PRUEBA EN BIZCOCHO (POR OCLUSIÓN Y RAZONES ESTÉTICAS).



FIGURA 33



FIGURA 34



FIGURA 35

FIG. 33, 34 Y 35. CASO TERMINADO.



ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN 2015 - 2016

MÁS DEL 90% DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE PACIENTES

MÁSTERES PRESENCIALES

- MÁSTER UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA ESTÉTICA
- MÁSTER EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL
- MÁSTER INTERNACIONAL EN CIRUGÍA ORAL
- MÁSTER EN PERIODONCIA
- MÁSTER EUROPEO EN ENDODONCIA
- MÁSTER EN ODONTOPEDIATRÍA INTEGRAL

MÁSTERES ONLINE

- MÁSTER EN ENDODONCIA ONLINE
- MÁSTER EN ESTÉTICA DENTAL ONLINE
- MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN ODONTOLOGÍA ONLINE
- MÁSTER EN ODONTOPEDIATRÍA INTEGRAL ONLINE

POSTGRADOS

- RESIDENCIA CLÍNICA EN PERIODONCIA
- RESIDENCIA CLÍNICA EN PRÓTESIS BUCAL
- RESIDENCIA CLÍNICA EN IMPLANTOLOGÍA ORAL
- RESIDENCIA CLÍNICA EN TÉCNICAS QUIRÚRGICAS APLICADAS A LA CAVIDAD ORAL
- RESIDENCIA CLÍNICA EN ODONTOPEDIATRÍA
- RESIDENCIA CLÍNICA EN GERODONTOLOGÍA, PACIENTES ESPECIALES Y CON COMPROMISO MÉDICO
- DIPLOMATURA DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA
- POSTGRADO EN CREACIÓN Y GESTIÓN DE LA CLÍNICA DENTAL

¡NO TE QUEDES SIN PLAZA!

Infórmate sobre toda nuestra oferta educativa en: www.uic.es

INFORMACIÓN Y ADMISIONES
Sra. Patricia Pujol: infodonto@uic.es
www.uic.es

93 504 20 00
Plazo de inscripción hasta el 30 de abril

uic Universitat Internacional de Catalunya



FIGURA 36

FIG. 36. LLAVE DE LATÓN PARA FACILITAR LA UBICACIÓN DE LOS PILARES EN BOCA.



FIGURA 37



FIGURA 38

FIG. 37 Y 38. ATORNILLAMOS EL PILAR MACIZO TALLADO EN BOCA A CABEZA DE IOI.



FIGURA 39

FIG. 39. CORROBORAMOS RADIOGRÁFICAMENTE SU AJUSTE. AUSENCIA DE GAP.



FIGURA 40

FIG. 40.

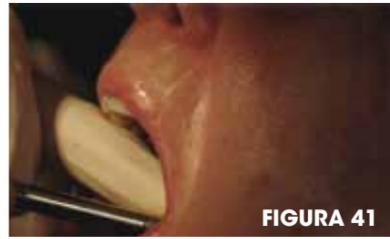


FIGURA 41

FIG. 40 Y 41. TRAS COMPROBAR CORRECTO AJUSTE DEL PILAR IMPLANTARIO. DIMOS TORQUE (32 NCM) AL TORNILLO DEL PILAR.



FIGURA 42

FIG. 42. COLOCAMOS CAVIT™ BLOQUEANDO EL TORNILLO DEL PILAR.



FIGURA 43

FIG. 43. CEMENTAMOS PUENTE DIENTE-IMPLANTE EN METAL PORCELANA CON CEMENTO DE VIDRIO-IONÓMERO.



FIGURA 44



FIGURA 45

FIG. 44 Y 45. PROCESO DE CEMENTADO.



FIGURA 46



FIGURA 47

FIG. 46 Y 47. PROCESO DE CEMENTADO. RESULTADO FINAL.



FIGURA 48



FIGURA 49



FIGURA 50



FIGURA 51

FIG. 50 Y 51. COMPROBACIÓN EN BOCA DE CONTACTOS EN PROTRUSIVA.

Cuando dimos instrucciones de uso e higiene a la paciente se puso énfasis sobre el hecho de que debía de esforzarse por adoptar un hábito de higiene diaria de al menos 3 veces al día, en la que limpiara la totalidad de la prótesis y los elementos de unión, con cepillos interproximales, seda tipo superfloss, e irrigadores bucales.

Establecimos un plan de seguimiento y revisiones con la paciente (régimen de visitas). La paciente estaba motivada a llevarlo a cabo para asegurar el éxito de su prótesis a lo largo en el tiempo •



FIGURA 52

FIG. 52 Y 53. COMPROBACIÓN EN BOCA DE CONTACTOS EN LATERALIDADES. FUNCIÓN DE GRUPO. VARIOS DIENTES DISCLUYEN.



FIGURA 53



FIGURA 54

FIG. 54 Y 55. CASO TERMINADO. DIMOS INSTRUCCIONES DE USO E HIGIENE.



FIGURA 55



FIGURA 56

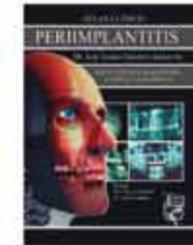
FIG. 56 Y 57. REVISIÓN A LOS 15 DÍAS. CRECIMIENTO DE PAPILA (SUCCIÓN).



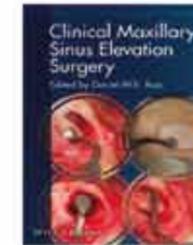
FIGURA 57



Cirugía Mucogingival asociada a las técnicas regen.
Carlo Tinti



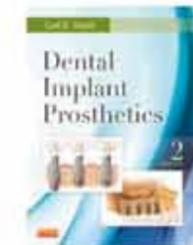
Atlas Clínico de Periimplantitis
J.T. Sánchez Salmerón



Clinical Maxillary Sinus Elevation Surgery
Daniel Kao



Ortodoncia con excelencia: Logro de la perfección
J.Barbosa



Dental Implant Prosthetics
Carl E. Misch



Periodontología Clínica de Carranza
Newman/Carranza



VENEERS: Reconstrucciones mínimamente invasivas
A. Sommella



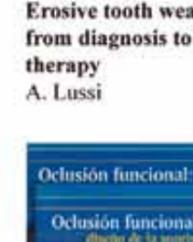
Erosive tooth wear from diagnosis to therapy
A. Lussi



Rehabilitación oral: Previsibilidad y longevidad
W. Baptista



PRÓTESIS COMPLETAS



Oclusión funcional: Oclusión funcional: diseño de la sonrisa a partir de la ATM
P. Dawson



PATOLOGÍA Y TERAPEUTICA DENTAL



Prótesis completas: Sobredentaduras y prótesis híbridas
J.M. Fonollosa



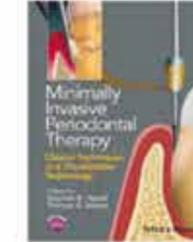
Oclusión funcional: Diseño de la Sonrisa a partir de la ATM
P. Dawson



Patología y terapéutica dental
J. García Barbero



Tto. temprano versus tardío
L. D'Escrivan



Minimally Invasive Periodontal Therapy



La fascinación de la cerámica integral - O. Brix





FÉLIX-MANUEL NIETO BAYÓN
ACADÉMICO CORRESPONDIENTE,
REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE VALLADOLID
FMNIETOBAYON@HOTMAIL.COM

TRATAMIENTO SINGULAR, ESTÉTICO-PROSTODÓNTICO A PROPÓSITO DE UN CASO DE PROGNATISMO MANDIBULAR

RESUMEN

Manejo del tratamiento rehabilitador prostodóntico, en un caso de síndrome de maloclusión clase III dental.

Se describe el caso clínico de un paciente de 67 años, quien presentaba: edentulismo parcial, prognatismo mandibular, retrusión del maxilar superior, clase III esquelética de Angle, hiperdivergencia, maloclusión clase III molar bilateral, clase III canina bilateral, falta de espacio a nivel de incisivos en maxilar superior e inferior, con malposición y apiñamiento dentario, mordida cruzada anterior y posterior bilateral, línea media dental inferior desviada 1mm a la izquierda, protrusión del labio inferior, perfil cóncavo y asimetrías faciales. Los dientes remanentes muestran obturaciones deficientes, desgastes, erosiones..., que habrá que tratar, antes de realizar el tratamiento rehabilitador oclusal prostodóntico.

La singularidad del tratamiento, considerando la edad del paciente, el estado de sus dientes, su prognatismo mandibular y la necesidad de una ágil ejecución, consistió en realizarle únicamente con medios protéticos, huyendo de tratamientos ortodónticos de larga duración, de agresivas técnicas quirúrgicas o de complejos tratamientos combinados.

PALABRAS CLAVE:

Síndrome de maloclusión clase III de Angle, tratamiento rehabilitador estético-prostodóntico.

INTRODUCCIÓN

El prognatismo mandibular o síndrome de maloclusión clase III, según la clasificación de Angle, se caracteriza por una posición mesial de la arcada dentaria inferior con respecto al maxilar superior en sentido antero-posterior, la podemos encontrar en la literatura bajo diferentes denominaciones, según sus autores: Retronaso o Promentonismo de Carrea, Mesioclusión de Lisher o Clase III de Angle (Figura 1).

Presentan protrusión del labio inferior, prominencia del mentón y una relación anómala de los incisivos con mordida cruzada anterior.



FIGURA 1. PARADIGMÁTICOS EJEMPLOS DEL SÍNDROME DE CLASE III: CASA DE AUSTRIA Y BORBONES.

Para los ortodontistas, las displasias más difíciles de tratar son las clase III, ya sea desde el punto de vista terapéutico como del pronóstico (Figura 2). La motivación principal de los pacientes a pedir ayuda al ortodontista es esencialmente de carácter estético. Sin duda, en un alto porcentaje de casos, es necesario un tratamiento combinado ortodóntico-quirúrgico. Por esta razón, resulta claro que los objetivos del tratamiento deben ser funcionales, estéticos, oclusales y psicológicos. El aspecto psicológico influye en gran parte para lograr el éxito, en cuanto al estímulo principal para el paciente, que debe someterse a molestias por un largo periodo de tiempo. Se dice que estos tratamientos son capaces de producir uno o más cambios, sin embargo, ninguno ha demostrado la capacidad de producirlos todos en forma simultánea. Por esta razón, la elección de uno u otro método depende, en última instancia, de los objetivos que el clínico, en virtud de cada caso, desee alcanzar.



FIGURA 2. CEFALOMETRÍA Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

La singularidad de nuestra rehabilitación, estriba en su realización únicamente con tratamiento odontológico-prostodóntico, sin ortodoncia ni cirugía de los maxilares, en un periodo corto de tiempo, hemos podido conseguir todos los fines apuntados anteriormente y que a continuación reiteramos: **1- Recuperar función masticatoria** y **2- Mejorar la estética dento-facial** (Figura 3), corrigiendo: a) La Dimensión Vertical (DV), b) La Guía Anterior (GA) y c) Reposicionando la mandíbula, en Relación Céntrica (RC).



FIGURA 3A Y 3B. RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA Y MEJORA LA ESTÉTICA FACIAL.

CASO CLÍNICO

En el año 2013 se presentó a consulta clínica un paciente de 67 años, refiriendo que deseaba mejorar su estado de salud bucal, su estética y capacidad masticatoria, a ser posible; pero sin largos tratamientos ortodónticos y mucho menos con técnicas quirúrgicas mandibulares que ya le habían sido ofrecidas en otras clínicas.

DIAGNÓSTICO

En los estudios de inicio, observamos con fotos extraorales de frente y perfil (Figura 4), un paciente dolicofacial con signos asimétricos; su perfil se puede observar cóncavo, con unos ángulos nasolabial disminuido y mentolabial aumentado; así como su maloclusión y estado dental.

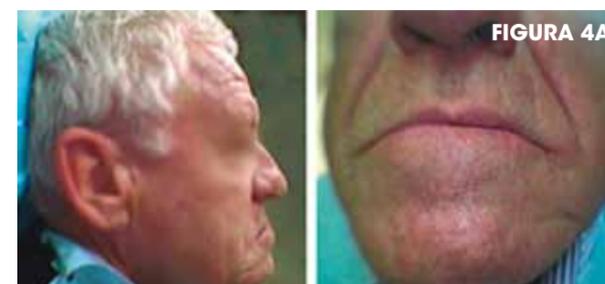
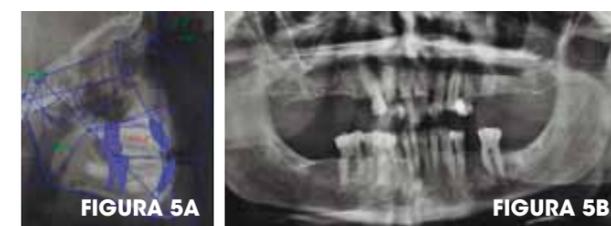


FIGURA 4A Y 4B. ESTADO INICIAL: FACIAL Y DENTAL.



FIGURAS 5A, 5B Y 5C. TELERRADIOGRAFÍA, ORTOPANTOMOGRAFÍA Y MODELOS DE ESTUDIO.



Se le catalogó como paciente con prognatismo o hiperplasia mandibular, retrognacia o hipoplasia maxilar, clase III esquelética hiperdivergente, presentando falta de espacio a nivel de incisivos en maxilar superior e inferior, con malposición y apiñamiento dentario, mordida cruzada anterior y posterior bilateral, línea media dental inferior desviada 1mm a la izquierda, protrusión del labio inferior, perfil cóncavo y asimetrías faciales. Edentulismo parcial, mostrando los dientes remanentes obturaciones deficientes, desgastes, erosiones..., que habrá que tratar antes de comenzar el tratamiento rehabilitador oclusal prostodóntico.

ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Habiendo sido descartado por el paciente, el enfoque multidisciplinar protocolario sistemático de tratamientos: **1º**- Ortodóntico, **2º**- Quirúrgico y **3º**- Protético. Optamos en base a la edad, a la inmediatez de ejecución y a la garantía que nos ofrece el método y técnicas que vamos a utilizar, por un tratamiento de Rehabilitación Prostodóntico Oclusal Estético (Figura 6).

TRATAMIENTO PROSTODÓNTICO

- * **En Maxilar Superior:** Prótesis Mixta.
 - Prótesis fija ferulizada de 13 a 24, con ataches en ambos y Prótesis parcial removible esquelética.
- * **En Maxilar Inferior:** Prótesis Fija.
 - Coronas sobre implantes en metal-cerámica para el 47, 35 y 37 y corona de recubrimiento total en el 34, por linguo-versión del mismo.



FIGURA 6A

FIGURAS 6A, 6B Y 6C. MAXILAR SUPERIOR, PRÓTESIS MIXTA. MAXILAR INFERIOR, PRÓTESIS FIJA.



FIGURA 6B



FIGURA 6C

SECUENCIA DEL TRATAMIENTO

Ejecutamos de forma consecutiva y en este orden: detartraje, profilaxis dental e higiene, colocación de implantes intraoseos con cirugía mínimamente invasiva, odontología conservadora con escultura dental, tallados dentales, rehabilitación oclusal prostodóntica provisional y rehabilitación prostodóntica definitiva.

tita), haciéndolos más resistentes a la corrosión ácida (al transformarse en cristales de fluorhidroxiapatita).

b) El flúor es el elemento más electronegativo de la tabla periódica. Cuando se fija a la superficie de los dientes negativiza ésta, impidiendo que las bacterias se fijen.

Los dientes han de estar perfectamente limpios, para que el flúor

periodo de tiempo que estarán durmientes (sin someterlos a carga) será aproximadamente de dos meses, durante los cuales seguiremos con el tratamiento rehabilitador.

6.3.- Continuamos con reconstrucciones estéticas, con material compuesto, en aquellas piezas dentarias afectadas de abrasiones (desgaste en las superficies oclusales



FIGURA 7A



FIGURA 7B



FIGURA 8A

FIGURAS 8A-8F. IMPLANTES DENTALES.

FIGURAS 7A Y 7B. DETARTRAJE O TARTRECTOMÍA.



FIGURA 8B



FIGURA 8C



FIGURA 8D

6.1.- Comenzamos higienizando y poniendo en estado de salud la boca, procediendo al detartraje o tartrectomía, retirando el tártaro o sarro dental tanto supragingival como el subgingival, con aparatología ultrasónica, continuamos cureteando, raspando las superficies radiculares y el pulido y alisado de las mismas (Figura 7), terminando con la aplicación en ambas arcadas dentarias, de cubetas con flúor, en forma de fluoruros, que favorecen la remineralización del diente. El flúor tiene dos acciones muy importantes:

a) Como mineral, refuerza la estructura de los cristales que forman el esmalte dental (cristales de hidroxiapa-

entre en contacto con la superficie dental inmaculada.

6.2.- Con el fin de ganar tiempo y, una vez higienizada la boca, llevamos a cabo inmediatamente la colocación de implantes osteointegrados, con técnica quirúrgica mínimamente invasiva; así evitamos levantar colgajos y la sutura de los mismos (Figura 8), minimizando en gran medida los síntomas postoperatorios y con ello favoreciendo la osteointegración del implante.

De esta manera, colocamos implantes en los espacios edéntulos mandibulares, correspondiente a los molares 37, 47 y premolar 35. El

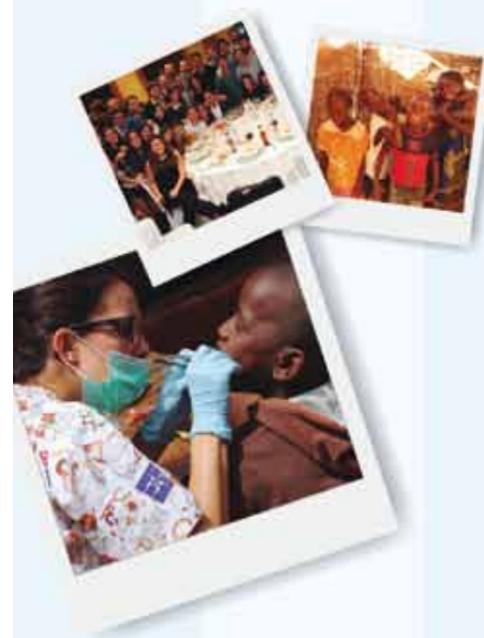


FIGURA 8E



FIGURA 8F

1^{er} Certamen Fotográfico de Odontología Social FDM



Dentro del marco "Comprometidos con la profesión", máxima de la revista **Odontólogos de hoy**, Publicaciones Siglo XXI, editora de las revistas **Odontólogos de hoy** e **Higienistas de hoy**; en colaboración con Fira de Barcelona (Salón FDM), convoca el 1^{er} Certamen Fotográfico de Odontología Social FDM.

El fin de este concurso es dar a conocer las múltiples actividades sociales en las que participan los profesionales de la salud y fomentar la colaboración de personas e instituciones en estas labores.

Podrán participar personas físicas, aficionadas o profesionales de la fotografía, mayores de edad.

El tema del concurso será **"Sin solidaridad no hay futuro"**, y deberá estar centrado en el ámbito de las actividades de salud no gubernamentales, dirigidas a poblaciones sin recursos. Las fotografías no pueden haber sido presentadas ni premiadas en otro concurso y deben ser originales e inéditas.

Las bases del concurso y todas sus normas, así como los premios, se publicarán en la web de **Odontólogos de hoy** www.odontologosdehoy.com a partir del día 20 de febrero de 2015.

¡Anímate y participa!

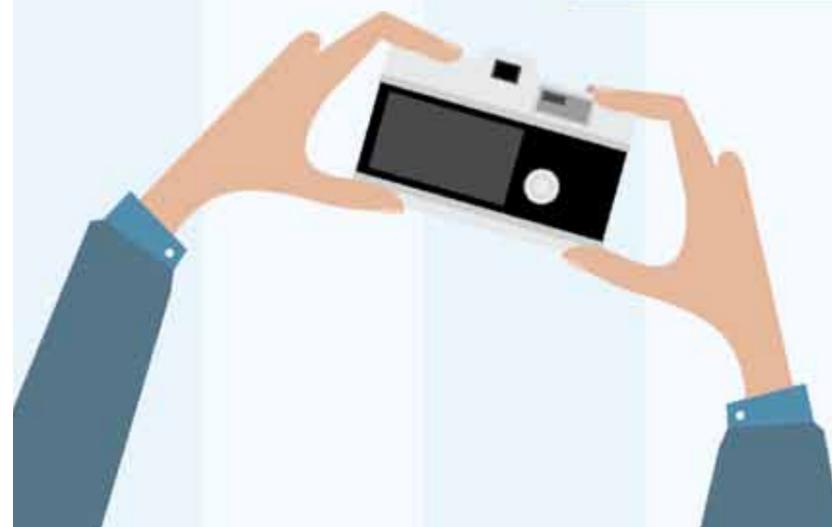




FIGURA 9A



FIGURA 9B

o incisales), abfracciones (pérdida microestructural del tejido dentario, en áreas de concentración de estrés: Cuello dental), erosiones (pérdida de tejido dentario por sustancias ácidas endógenas o exógenas), y atriciones (desgaste no fisiológico, producido por sobrecarga: malposiciones, Bruxismo...).

En aquellos dientes mal posicionados, hacemos escultura dental (Figura 9), modelando y situándoles favorablemente, de acuerdo al tratamiento proyectado.

6.4.- Tallado de todos los dientes subsidiarios de prótesis fija (de 14 a 23 y 34) y confeccionamos prótesis provisionales en Maxilar superior, que nos van a servir para predecir el resultado final (Figura 10), para ello: hemos avanzado y vestibulizamos la (GA) Maxilar (dientes del 14 a 23), aumentamos la (DV) (altura del tercio inferior de la cara) y retribuimos la



FIGURA 10A



FIGURA 10B



FIGURA 10C

FIGURA 10A, 10B Y 10C. TALLADO Y PRÓTESIS PROVISIONALES.

mandíbula llevándola a (RC) (posición mas superior, posterior y media del cóndilo mandibular en la cavidad glenoidea).

Con estas prótesis provisionales observamos el gran cambio estético (Figura 11), al haber aumentado el ángulo naso-labial, disminuido el ángulo labio-mentoniano y mejorado el perfil facial de acuerdo a la línea estética de Ricketts.

6.5.- Tomamos impresiones definitivas para la confección de modelos, en los que construiremos las prótesis definitivas. Con el arco fa-

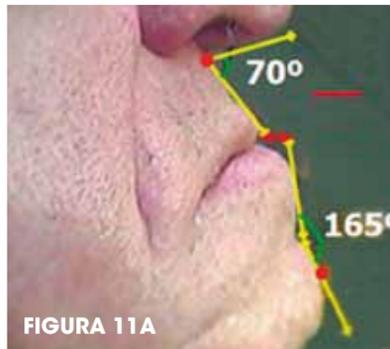


FIGURA 11A

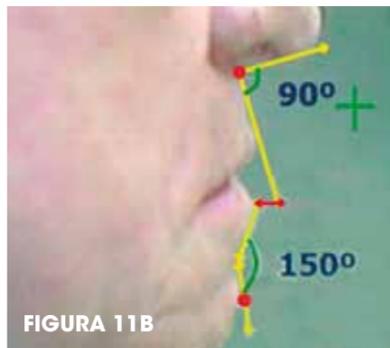


FIGURA 11B



FIGURA 11C

FIGURAS 11A, 11B Y 11C. CAMBIO ESTÉTICO: ÁNGULOS Y LÍNEA ESTÉTICA DE RICKETTS.

FIGURAS 9A Y 9B. RECONSTRUCCIONES ESTÉTICAS Y ESCULTURA DENTAL.

cial, registramos el plano de Francfort, para trasladar el modelo del maxilar superior, craneométricamente, al articulador funcional semiajustable (Figura 12). Y con ceras



FIGURA 12A



FIGURA 12C



FIGURA 12B



FIGURA 12D

FIGURA 12A, 12B, 12C Y 12D. IMPRESIONES, MODELOS Y ARTICULADOR.

European Dental Congress

En Forum Dental encontrará el mejor programa científico con los mayores exponentes de cada una de las disciplinas de la industria y sesiones específicas para las especialidades de: odontología, prótesis, higiene dental y logopedia. Contaremos, entre otros, con:



Sidney Kina

Estética Dental

Carles Torrecillas

Marketing Dental

Miquel Terrasa

Economía Fiscal

Rafael Calixto

Estética Dental

Enrico Steger

CAD/CAM para Odontólogos



Y todo esto con una amplia oferta expositiva y novedades para cada necesidad. Infórmese en www.forum-dental.es

de articulación en RC, relacionaremos los modelos de ambos maxilares, a una trayectoria condilea y un ángulo de Bennett predeterminado.

6.6.- Prueba de estructuras protéticas:

En Maxilar: Comprobamos el ajuste de ferulización en metal de 13 a 24 con ataches Roach (Figura 13), que son los elementos de retención resilientes (capacidad de deformarse elásticamente debido a una tensión aplicada), teniendo libertad de movimiento distal y vertical con cierre transversal. Los machos en forma de bola de la prótesis fija, conectan y retienen la prótesis parcial removible esquelética (PPR), que porta las hembras.

En Mandíbula: Confirmamos la inserción de las estructuras metálicas de 47, 35 y 37 en los implantes.

“ El éxito en el tratamiento protodóntico depende de un acertado diagnóstico. ”

La prueba siguiente será con las estructuras metálicas de las prótesis fijas, recubiertas de cerámica “prueba de bizcocho” y la estructura de la PPR con los dientes montados en cera. En este momento aceptamos la correcta oclusión y si fuera necesario, tallamos un preciso ajuste oclusal en todas y cada una de las posiciones mandibulares.

COLOCACIÓN Y TERMINACIÓN

Cementación de las prótesis fijas terminadas con el glaseado final, atornillamos las prótesis sobre implantes e insertamos la PPR (Figura 14).

Volvemos a comprobar la correcta función oclusal y confirmamos la mejora estética dental y facial.

Posteriormente, hacemos revisiones periódicas al mes, a tres meses, a seis y anualmente.

DISCUSIÓN

Autores como Méndez, Klempner, Amet, Waarren, Vego etc..., mencionan que las displasias más difíciles de tratar son las clase III, desde el punto de vista terapéutico, y que en un alto porcentaje de casos será necesario el tratamiento combinado ortodóntico-quirúrgico.



FIGURA 13A



FIGURA 13B

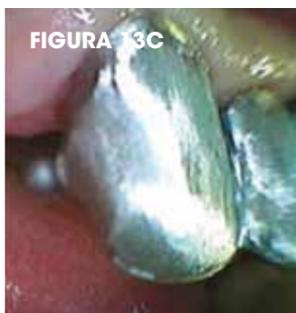


FIGURA 13C

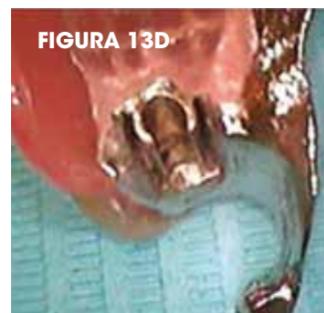


FIGURA 13D

FIGURAS 13A, 13B, 13C Y 13D. PRUEBA DE ESTRUCTURAS PROTÉTICAS Y ATACHE ROACH.



FIGURA 14A

FIGURA 14A, 14B, 14C, 14D Y 14E. FUNCIÓN OCLUSAL Y LÍNEA ESTÉTICA DE RICKETS.



FIGURA 14B



FIGURA 14C



FIGURA 14D



FIGURA 14E

En este caso no hubo necesidad de realizar ortodoncia ni cirugía, considerando todas las características y circunstancias que rodeaban al paciente. Habiendo sido resuelto de manera satisfactoria, únicamente con procedimientos protodónticos.

CONCLUSIÓN

Las maloclusiones Clase III de Angle, presentan un reto para su manejo clí-

nico; dichos casos deben ser diagnosticados de forma certera, para catalogar los problemas presentes y, poder alcanzar las metas oclusales y de estética dento-facial que nos hemos propuesto. El éxito en el tratamiento protodóntico del prognatismo mandibular, depende de un acertado diagnóstico y un adecuado plan de tratamiento •

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguado Santos A, Álvarez Arenal A, Barbería Leache E, Bermejo Fenoll A, Canut Brusola JA, Casado Llompart JR, del Río de las Heras F, Donado Rodríguez M, Harster Nadal P, Pi Urgell J, Villa Vigil MA. El manual de Odon-tología. Barcelona: Masson S.A; 1995.
2. Alonso-Albertini-Bechelli. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. Editorial Panamericana- Bs.As.-1999
3. Andrews LF. The six keys to normal occlusion. Am J Orthod 1972; 62: 296-309. Médica Panamericana; 1992
4. Araki A, Yokoyama T, Murakamu H, Ito Y, Maeda H, Kameyama Y. Effect of decreased vertical occlusion on mandibular condyle of senescence-acce-lerated mouse. J Dent Res. 1999; 3:78:194.
5. Asensi C. Características esqueléticas y dentarias de los prognatismos man-dibulares. Parte I: revisión bibliográfica. REO 1987;17:241-7.
6. Ceballos J. Tratamiento de una maloclusión de clase III de Angle esquelé-tica. Ortod Esp 2001;41:64-71.
7. Celenza F.W, Nadeskin J.F.,Oclusión.Situación actual. Chicago.Quintes-sence Publishing,1978.
8. Celic R, Jerolimoc V. A study of the influence of occlusal factors and para-function. Int J prosthodont. 2002; 15:43-48.
9. Chaqués J, Espinar E, Alfonso MV, Solano E. La pseudo-clase III. Consi-deraciones terapéuticas y casos clínicos (parte II). Ortod Esp 2002;42:3-14.
10. Chaqués J. Tratamiento no-quirúrgico de un «caso límite» de maloclusión de clase III esquelética en un paciente adulto. REO 2001; 31:21-7.
11. Dawson P.E. Problemas Oclusales.Ed.Mundi 1977.
12. Ellis E, McNamara JA. Components of adult class III malocclusion. J Oral Maxillofac Surg 1984, 42:295-305.
13. Harper R, Misch E, Svenson K: Consideraciones funcionales y biológicas para la reconstrucción de la oclusión dentaria. Quintessence Int. 2.000;4:34-35
14. Hobo S, Ichida E, García LT. Osteointegración y rehabilitación oclusal. Madrid; Marban; 1997.
15. Larriu Castro A, Palomero R. Reposición condilar: tratamiento multidisciplinar en una clase III esquelética. Ortod Esp 2002; 42:151-8.
16. Lucía V.O The Gnatological concept of articulation. Dent Clin North Am 1.962; 6:183-187.
17. Mafosky H. The influence of forward head posture on dental occlusion. J Craniomandib Pract. 2000; 1:30-31.
18. Manss A, Miralles R. Influence of vertical dimension in the treatment of myofascial pain dysfunction síndrome. J Prosthetic Dent. 1983; 5:700-709.
19. Martín D, Goenaga P, Canabaz A, Zabalegui I, Ochagavía JM. Trata-miento multidisciplinario de un caso complejo de clase III esquelética. REO 2002;32:241-52...
20. Mc Horris. Centric Relation.Journal of Gnatology 1984; 3:3.
21. Mc Horris. The Anterior Teeth.Journal of Gnatology 1983.
22. Moyers RE, Miralles R, Dodss C. Skeletal contributions to occlusal deve-lopment. J Craniomandib Pract.2001; 4:230.
23. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones témporomandibulares. Barcelona: Eiservier España S.A; 2003.
24. Pérez-Varela JC, Feliu-García JM, Mendez-Garrido C. Camuflaje en cla-ses III esqueléticas. REO 2001; 31:29-36.
25. Posselt U. Fisiología de la Oclusión y Rehabilitación.2º Ed.Barcelona :Jims, 1.973
26. Proffit W, Ackerman J. Rating the characteristics of maloclusión a syste-matic approach for planning treatment.. Am J Orthod 64:238,1973
27. Ricketts R. Lecture given before occlusion faculty. University of Southern California School of Dentistry. 1993.
28. Singh GD, McNamara JA, Lozanoff S. Morphometry of the cranial base in subjets with class III malocclusion. J Dent Res 1997; 76:694-703.

PROCOVEN
ODONTOLOGÍA



LA MARCA DE PRÓTESIS
NUEVA LÍNEA: PROTESIS EXPRES
(nuevo plazo de entrega. consulte condiciones)

LA PRÓTESIS PERFECTA POR



Licencia sanitaria Nº 5629-PS

CLÁSICOS DE LA ODONTOLOGÍA

Francisco Antonio Peláez

POR JAVIER SANZ SERRULLA

Probablemente sea el más célebre de los dentistas asturianos clásicos. Trasladado a Madrid, ejerció como cirujano y dentista de los Reales Hospitales de la corte y en la capital editó uno de los tratados de mayor utilidad para sus colegas en lengua española.

Francisco Antonio Peláez era bautizado el 13 de febrero de 1736 en la villa asturiana de Benia, fecha inmediata a la de su nacimiento, según la costumbre de cristianar a los niños en aquella época.

De su formación académica poco sabemos, pero podemos deducir a partir de nombrarse en el libro que le dio fama como “Cirujano” y “Dentista de los Reales Hospitales”, su posición dentro de la peculiar medicina española dieciochesca. Esta última titulación, la de “dentista”, no existía como tal sino que era desempeñada tradicionalmente por cirujanos menores, aunque aquellos que se dedicaban a esta parte con mayor intensidad se anunciaban como tales para su mejor identificación. Y así lo hará en la *Gazeta de Madrid*, como “célebre Dentista español”. No hay ninguna duda de que en esta actividad cumplió la mayor parte de su vida profesional pues cuando dé a la imprenta su tratado justificará su autoridad en la materia por la “observación y la experiencia de más de treinta años”.

Sobre la otra actividad, la de cirujano, lo fue “en esta Corte”, si bien no específica dónde. Discípulo y sucesor suyo en el cargo sería D. Pedro Fernández Rodríguez, que en 1805 residía en el domicilio de Peláez.

Igualmente sabemos de su actividad privada, en su domicilio particular de la calle de Juanelo, número 10, y allí ofrecía practicar extracciones dentales, limpiar la dentadura y “poner dientes artificiales con el mayor primor”, lo cual demuestra un cierto avance en la oferta odontológica del siglo de las luces, toda vez que sus protagonistas ya no eran simples sacamuelas sino que algunos,



como él, se habían instruido en la fabricación de dientes postizos.

No obstante sus trabajos y sus previsibles éxitos, pues atraería clientela en los anuncios de prensa, como tantos otros de su época –el mismo Félix Pérez Arroyo, glosado en el número anterior– se vio obligado a hacer declaración de pobre, en fecha 4 de junio de 1805, enfermo ya ocho meses y encamado, por ser “Pobre de solemnidad sin tener bienes de consideración de que poder testar.”

Ocho días después de otorgar este testamento, el 12 de junio de dicho año de 1805, fallecía en la capital del reino, en su domicilio de la calle de San Dámaso, recibiendo sepultura en la que fuera su parroquia, la de los santos Justo y Pastor.

EL “TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA”

Bajo el protectorado de su mecenas, D. Serafín Agustín Dávila, Marqués de Miravel, publicó en 1795 un libro de 258 páginas titulado “Tratado de las enfer-

medades de la boca. Sobre todas las partes del dentista.” Un prólogo y un índice preceden al texto, que se articula en cinco capítulos que tratan materias específicas.

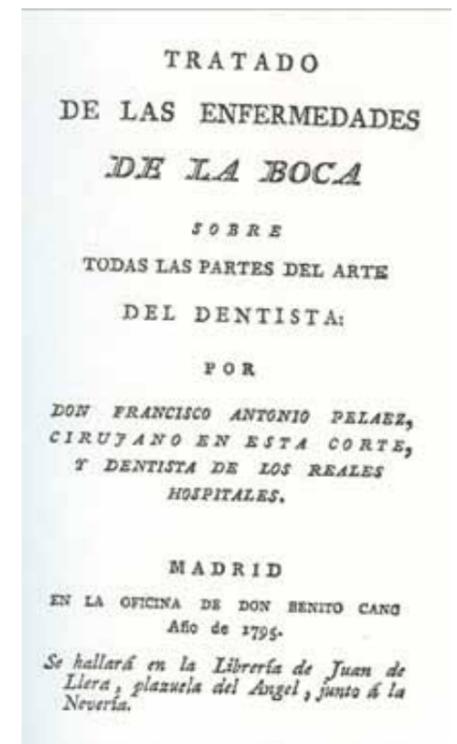
El primero lo dedica a la fisiología de los dientes, recomendando para una buena ordenación de los mismos la visita mensual a un dentista entre los siete y los catorce años. El segundo trata de las enfermedades de los dientes, especialmente caries y erosión, también la fractura, proponiendo su tratamiento conservador cauterizando la pulpa y emplomando la cavidad. Sobre las enfermedades que alteran la blancura de los dientes versa el tercero, especialmente el sarro, añadiendo varias fórmulas dentífricas. Se refiere el cuarto a las enfermedades de los alveolos y las encías, y pone remate a la obra un quinto capítulo titulado “Elección de composiciones para la conservación de los dientes y de las encías”.

Una lámina desplegable viene a ilustrar el tratado con la representación de algunos tipos de prótesis dentales y cuatro instrumentos dedicados a la extracción dental.

Este libro, antes que nada, es un útil repertorio puesto en castellano para los dentistas españoles coetáneos que viene a subsanar la precariedad de la literatura odontológica española, la cual, desde el Tratado breve y compendioso de Francisco Martínez de Castrillo, en 1557, no había conocido otro libro, salvo las cartillas de los sangradores, que el Tratado odontológico de Abadie, en 1764, un breve libro divulgativo. Aunque apoyado en otras autoridades, principalmente francesas, como reconoce al comienzo de la obra, incluye algunos testimonios de su experiencia, pero el sustrato principal de su obra es el célebre *Le chirurgien dentiste*,

de Pierre Fauchard con el que se inauguraba la odontología contemporánea, no faltando a la cita sus sucesores Bunnon, Mouton o Bourdet.

Esta obra, entre los escasos clásicos de la odontología española, fue publicada en forma facsimilar en el año 2005 por KRK Ediciones, con un estudio preliminar nuestro, con la intención de poner a disposición de los dentistas españoles la insustituible lectura original completa de una obra del siglo XVIII, que nos instala fielmente en el momento científico español de esta parcela sanitaria ●





Cuando crecer es un serio problema (II)

EN TRIBUNA: JAVIER RELINQUE

[ABOGADO, SOCIO RESPONSABLE DPTO. JURÍDICO DE IVB ABOGADOS Y ECONOMISTAS SL]

En el anterior número de diciembre esbozamos el problema del galimatías al que nos lleva el crecimiento de nuestra empresa. Básicamente, ¿cómo crecer sin morir en el intento? ¿Es obligatorio crecer? ¿Para crecer hay que incurrir en más costes?

Partiendo de la premisa elemental de que la empresa que no crece, decrece, apuntaremos desde aquí algunas líneas que pueden ayudarnos a tomar posiciones y adoptar decisiones.

Crecer no es sólo aumentar el beneficio. Es mejorar la calidad, elevar la rentabilidad, consolidar la solvencia, buscar la excelencia, optimizar los recursos, perfeccionar el funcionamiento interno y la gestión, fortalecer la posición en el mercado, diferenciar el producto, desarrollar nuevas líneas de negocio, aportar más y mejores soluciones a la demanda del mercado, generar riqueza. Eso y mucho más.

Pues bien, a nuestro juicio, la clave para afrontar el crecimiento está en el análisis de nuestro negocio y del entorno. Una decisión tomada sin un análisis profundo y serio está abocada al fracaso del alocado.

En primer lugar, hemos de analizar cuáles son nuestros procesos internos de funcionamiento, esto, es ¿qué pasos da nuestra empresa en cada momento? Desde que llama un paciente-cliente hasta que éste paga la factura se han producido múltiples pasos, micro-actuaciones, que precisan de impulsos. ¿Están protocolizados estos procesos o hemos de impulsarlos continuamente? ¿Están pensados, controlados y coordinados?

El funcionamiento de una consulta debe estar completamente protocolizado y, ni puede ser objeto de la improvisación, ni debe dejarse al arbitrio y buena voluntad de quien lo controla.

Muy importante, ¿están optimizados los procesos, o se superponen y arremolinan cual cola de personas al estrépito de las rebajas de enero?

Para entenderlo observemos el funcionamiento de las famosas cadenas de hamburgueserías. ¿Está así de coordinado nuestro negocio? ¿Vemos al dueño de la hamburguesería agobiado poniendo hamburguesas, o controlan-

do el ketchup de cada una ante la avalancha de un sábado noche?

La primera idea que debemos trabajar por tanto es la siguiente: análisis de nuestra cadena o mapa de procesos. Cómo se dan, cuáles son necesarios, cómo se controlan, cómo se impulsan, cuáles no aportan valor añadido, y si son comercialmente correctos.

Sólo así detectaremos cuán aturrullada tenemos realmente la consulta para luego eliminar y depurar los innumerables actos que sobran. Sólo así podemos convertir los centros de costes en puntos de venta.

Éste es el primer paso de la optimización de los recursos limitados: la organización del negocio reflejada en un documento escrito.

“ Una decisión tomada sin un análisis profundo y serio está abocada al fracaso del alocado. ”

El segundo objeto de análisis serio debe ser el procesamiento de la información. ¿Seguimos funcionando al cobijo de un programa obsoleto de gestión, facturación, administración, control e información del cliente?.

Teniendo en cuenta que la era de la electrónica ha impuesto su sello de rápida obsolescencia, ¿seguimos intentando dar un servicio moderno con los medios y programas informáticos de gestión de hace 7 u 8 años? Si es así, vamos ya retrasados y es urgente un salto a la edad moderna. Lo obsoleto huele a rancio.

Un tercer análisis lo merecen nuestras cuentas. ¿Qué rentabilidad tiene cada cliente? ¿Cuál es el ticket medio de cada uno? ¿Cuánto nos cuesta cada tratamiento sanitario que facturamos? ¿Qué precio es el más adecuado? ¿Qué tipo de financiación empleamos en la consulta? ¿Autofinanciación o financiación externa? ¿A qué precio financiero? ¿Cuánto tarda de media un cliente en pagarnos? ¿Quién soporta ese préstamo que le hacemos al cliente?



También en su Smartphone y Tablet

OnLine actualizadas

GUÍAS



PUNTEX



PUNTEX informa

sanidad



Newsletter Semanal +30.000 y GRATUITO

Portal Salud

Buscador único, temático y por guías

Contenido +135.000
Visitantes +20.000

TODO HOSPITAL

OnLine

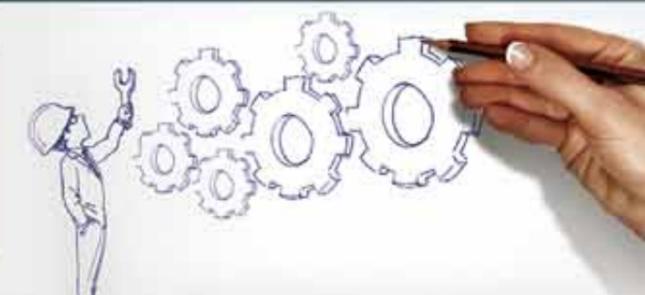


BBDD

+200.000 Direcciones

Proyectos a medida

Nacionales y Extranjeros



¿Es realmente rentable la consulta o en realidad damos pérdidas? ¿Hemos perdido ventaja competitiva? ¿Cuál es nuestro ratio de solvencia? ¿Y de liquidez? ¿Están contabilizadas las horas de trabajo? ¿Tengo optimizada mi situación fiscal? ¿Estamos al día con nuestros proveedores? ¿Qué línea de mi negocio no es rentable? ¿Puedo prescindir de ella?

Si no hacemos este análisis, es posible que ganemos dinero con la consulta, pero sin duda estaremos tirando por la basura mucho dinero por una mala praxis económica, y con ello ponemos en riesgo el negocio.

Otro pilar de nuestro análisis debe ser el producto que ofrezco, ¿está realmente diferenciado o es exactamente igual que el de la competencia? Si el producto ya ha sido copiado, ¿cómo puedo diferenciarlo de nuevo? ¿Trabajo mi marca? ¿Qué líneas comerciales estoy desarrollando?

Tengamos en cuenta una idea: si el servicio profesional odontológico tiene poco margen para la diferenciación —habría que debatirlo— la clave del éxito o la mera supervivencia está en la organización y en la gestión eficaz.

Empero lo anterior, no podemos dejar atrás una decisión que hay que aclarar antes de desarrollar un plan de negocio: ¿cuál es el modelo de negocio que quiero para mi consulta? ¿Es un modelo flexible frente a los cambios?

Esta respuesta debe ser clara. No vale con poner la consulta y a ver quién entra. No.

Debemos tener claro y estudiar, y decidir la dimensión de la consulta. ¿Queremos una pequeña consulta, o queremos orientar el negocio hacia una gran consulta?

Esta decisión es importante, ya que condicionará todo lo demás. Cada modelo tiene sus ventajas y sus desventajas.

Por ejemplo, una pequeña consulta es más “manejable” y fácil de gestionar, pero también concentra el riesgo en la capacidad y salud de su titular. El error económico, quizás, no se pague tan caro, pero desde luego puede ser barrida de un plumazo por una gran compañía que tire el precio.

Las grandes consultas tienen —en teoría— más fuerza económica al contar con fuertes inversiones que las protegen, pero su estructura es más costosa.

La idea que queremos transmitir pues, es la siguiente: para afrontar el crecimiento y no sufrir los problemas que genera es necesario, imprescindible, esencial, parar —al menos— dos veces al año para analizar, decidir y ejecutar. Las tres acciones son necesarias.

En la gestión eficaz está una de las principales claves del éxito de las pequeñas y grandes empresas. En el fracaso o en el éxito apenas interviene el azar.

Nos podremos equivocar, cual ensayo y error, pero el análisis sistemático y las herramientas de gestión nos permitirán hacer frente con solvencia a los problemas del crecimiento. Nuestro esfuerzo no merece otro resultado que el éxito profesional •

QUIERE FINANCIACIÓN FÁCIL? PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



FINCLINIK'S
FINANCIACIÓN CLÍNICA

Conecta con la creatividad



Servicios plenos para reforzar tu marca

Marketing on-offline
Comunicación
Identidad Corporativa
Diseño Editorial
Diseño Web
Eventos y Stands
Grabación/Edición de

Vídeo
Ilustración e Infografías
Animación
Redes Sociales
Merchandising
Corporativo
Newsletter y Blogs

Tu agencia de diseño y publicidad

www.oklok.es / +34 91 366 55 24
C/ Benito Gutiérrez, 33 Bajo B - 28008 Madrid

¡Síguenos!





Brand Experience, la importancia de los sentidos

EN TRIBUNA: DANIEL IZQUIERDO HÄNNI
 [DIRECTOR DE MARKETING Y ESPECIALISTA EN COMUNICACIONES.
 PARA MÁS INFORMACIÓN: WWW.SWISSDENTALMARKETING.COM]

LA SATURACIÓN MEDIÁTICA, CADA DÍA MÁS DOMINANTE EN NUESTRAS VIDAS, HA FORZADO UN CAMBIO DE PARÁMETROS EN EL MUNDO DEL MARKETING. YA NO CUENTA TANTO LA DIFUSIÓN AMPLIA, EN GENERAL ANÓNIMA E INDIFERENTE, MÁS BIEN SE BUSCA LA EXCELENCIA EN EL CONTACTO CON LOS (POSIBLES) CLIENTES. TRANSMITIR LOS VALORES DE LA MARCA ES, MÁS QUE NUNCA, SUMAMENTE IMPORTANTE EN LAS CLÍNICAS DENTALES.

No hace mucho eran tan solo unos cuantos centenares al día, hoy los mensajes a los que se enfrenta una persona diariamente son varios miles, así estiman los sociólogos y especialistas en publicidad. Puede que gracias a la selección involuntaria de nuestro cerebro no somos conscientes de dicha abundancia, pero no cabe duda ninguna que la saturación mediática es un hecho. Solo hace falta encender la televisión y ver cualquier canal privado como Calle 13 o Neox para saturarse de los spots publicitarios que se repiten por milésima vez. Y es prácticamente imposible entrar en Internet sin que aparezcan siempre los mismos anuncios online como Amazon o Booking.

Las sociedades modernas son todas mercados saturados, donde hay de todo, y en abundancia. La ANFAC por ejemplo, la Asociación Española de Fabricantes de Automóviles y Camiones, cuenta con casi cuarenta marcas que compiten en el mercado español, y ya tan solo Volkswagen ofrece veintiséis modelos diferentes, independiente de su motor, color y tapicería.

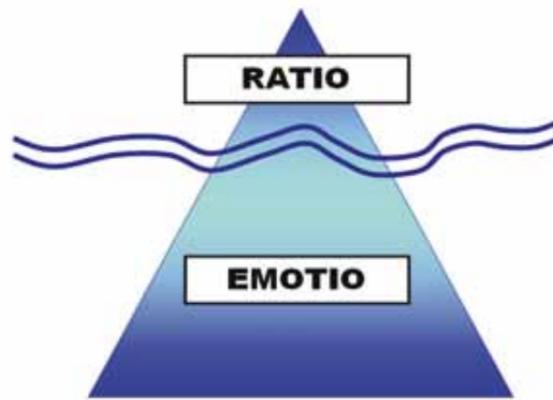
La altísima competencia, y más aún esta saturación absoluta, han forzado a los profesionales del marketing – o por lo menos a los más adelantados de ellos – a replantearse sus estrategias. Años atrás se buscaba la cantidad de los contactos, cuando más alta la difusión mejor. Hoy en día se sabe que dichas cifras no indican nada sobre su impacto. Igual que los buzoneos realizados por ciertas clínicas dentales, donde la gran mayoría – yo incluso diría que hasta un 99% - acaban en la basura sin ser leídos. O peor aún, en el suelo, pisoteados...

Por esta razón muchas empresas buscan hoy en día la calidad del contacto, gastándose mucho dinero por conseguir algo de exquisitez en la relación (comercial) con sus clientes. El objetivo consiste en vincular sensaciones personales, fuera de lo común, al nombre de una marca y cargarla así con valores emocionales. Ejemplos hay muchos: desde el estadio del Bayern München que ha sido

rebautizado como “Allianz Arena” o el Teatro Rialto Movistar en la madrileña Gran Vía pasando por las tiendas de Nespresso hasta los hipermercados como Carrefour, que están reformando sus grandes superficies, creando espacios de consumo más agradables y acogedores.

LOS SENTIDOS INFLUYEN EN CADA MOMENTO

El interés en adquirir algo, no importa si un coche nuevo, unas entradas al fútbol o un tratamiento dental, se basa siempre en el grado de la motivación del interesado. Por supuesto existen razones básicas, necesidades sin las cuales un comercial no puede trabajar (compra de un coche), o una persona no puede nutrirse debidamente (visita al dentista). Dejando aparte estas necesidades vitales existe un sinnúmero de razones y motivaciones para que una persona quiera hacer una cosa o deje de hacer otra.



LA TEORÍA DEL ICEBERG: LA GRAN MAYORÍA DE LOS MOTIVOS NO SON OBVIOS, SE ESCONDEN DEBAJO DE LA LÍNEA DE FLOTACIÓN, EN LOS SENTIMIENTOS Y LA SUBCONSCIENCIA DEL SER HUMANO.

Los psicólogos, así como los odontólogos con empatía hacia sus pacientes, saben que la gran mayoría de los motivos para un tratamiento odontológico, no importa si un blanqueamiento o unos implantes, no suelen ser al cien por cien aquellos que comenta el paciente durante su primera visita. A menudo existen razones muy personales, sumergidas en la subconsciencia del paciente, como querer mejorar sus posibilidades de ascenso laboral o rehacer su vida tras un divorcio. De hecho la denominada Teoría del Iceberg dice que la gran mayoría de los razonamientos se esconden, según los psicólogos, detrás de argumentos supuestamente razonables, que los motivos reales a menudo están escondidos detrás de explicaciones obviamente lógicas. ¿Por qué sino, volviendo al ejemplo de los coches, uno puede elegir entre diez diferentes colores cuando quiere comprar un Seat León? La pintura no influye para nada en la calidad mecánica del vehículo, pero sí en la emotio del comprador.

Existe un estudio realizado por la Facultad de Ciencias Aplicadas de Zurich y la agencia Brandpulse que analiza la importancia de los cinco sentidos en el ser humano, y las compara con la influencia que tienen éstos en la decisión de compra de una persona.

Aunque este estudio no se haya realizado expresamente para el mundo de las clínicas dentales me parece realmente interesante y, en consecuencia, digno de ser tomado en cuenta por los profesionales de la odontología.



IMPORTANCIA DE LOS SENTIDOS EN LA DECISIÓN DE COMPRA. ESTUDIO REALIZADO POR LA FACULTAD DE CIENCIAS APLICADAS DE ZURICH.

A raíz de la alta competencia y de la presión económica, el gran argumento a favor o en contra de la aceptación de un presupuesto odontológico parece ser el precio. Digo expresamente “parece”, porque sin ninguna duda los costes son importantes, más aún en tiempos de crisis. Sin embargo, los dos gráficos anteriores demuestran con contundencia científica que el precio no es el único argumento, y desde luego no la razón absoluta para la aceptación de los costes de un tratamiento dental.

No hace falta que explique aquí que es un puro suicidio querer competir con precios bajos, especialmente si se trata de una clínica dental individual, que no tiene ni

la estructura empresarial ni el volumen de compras de material para poder calcular como las grandes cadenas o franquicias.

La odontología siempre ha sido -y siempre será- un people business, un negocio que se basa en el trato personal y en la confianza. Optar por la calidad, no solo en el mismo tratamiento odontológico, sino también en el trato con el paciente, es la única opción para asegurarse unas perspectivas de futuro.

INFLUIR EN LOS SENTIDOS PARA CONTRARRESTAR EL ARGUMENTO DEL PRECIO

El Brand Experience, que tanta inversión requiere a las grandes compañías, es justamente uno de los aspectos que en el mundo de las clínicas dentales está al alcance de todo dentista y titular. Mas teniendo en cuenta que ante la incapacidad de poder juzgar un presupuesto y un tratamiento dental a través de argumentos puramente odontológicos, los pacientes suelen recurrir a criterios que estén a su alcance, aspectos que sean capaces de entender y valorar.

El precio es uno de estos aspectos fáciles de entender, una razón lógica para decidirse por una u otra clínica. Sin embargo, y según la Teoría del Iceberg, los costes como motivo racional son contrarrestados por los aspectos emocionales que se encuentran por debajo de la línea de flotación.

$$\begin{array}{c}
 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 \\
 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 \\
 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 \\
 \hline
 = \text{Brand Experience}
 \end{array}$$

ES POSIBLE CONTRARRESTAR EL PRECIO COMO ARGUMENTO ÚNICO CON LA SUMA DE DETALLES QUE INFLUYEN EN LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DEL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE SU VISITA A LA CLÍNICA.

La mejor publicidad en el mundo dental sigue siendo el boca a boca, y dicha forma de propaganda solo parte desde pacientes que están realmente contentos con su dentista, o sea de aquellos cuyas sensaciones y emociones hayan sido satisfechas.

Mejorar la experiencia subjetiva de sus pacientes es bastante más fácil de lograr que querer ganar nuevos pacientes, y mucho más económico. En vez de tirar el dinero por la ventana haciendo buzoneos indiferentes resulta mucho más efectivo invertirlo en detalles y aspectos que sirvan para mejorar esta satisfacción de los pacientes ya existentes. En darles una bienvenida más agradable, en recurrir a medios de comunicación que ayuden a explicar mejor el tratamiento propuesto, en un seguimiento más personalizado ●

LOS CINCO SENTIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL

El estudio de la Facultad de Ciencias Aplicadas de Zurich demuestra la influencia de los sentidos del ser humano en sus decisiones de compra. A continuación un par de reflexiones e ideas para su interpretación al mundo dental.

VISTA - VISUAL

Los tratamientos que ofrecen las clínicas dentales se rigen por las propiedades que definen el denominado marketing para prestaciones de servicios. Entre estas características destaca la falta de tangibilidad, el no recibir, al instante, algo palpable en mano por el dinero que uno se va a gastar. El hecho es que la gran mayoría de los pacientes es incapaz de entender y valorar un tratamiento bucodental, lo que complica aún más las cosas. Por esta razón es imprescindible recurrir a medios visuales para explicar mejor la odontología. Empezando con algo tan simple como un dibujo hecho a mano, pasando por tecnologías clásicas y contando con nuevos medios como la cámara intraoral o los programas de visualización odontológica.

Una imagen vale más que mil palabras, y en las clínicas dentales las imágenes ayudan al paciente a comprender la odontología, y a entender el porqué de un tratamiento. Es por esta razón que es recomendable siempre dar en mano al paciente dichas visualizaciones, de imprimir la radiografía digital o una imagen de la cámara intraoral. Simplemente se trata de compensar la falta de tangibilidad, de materializar y hacer así más concreta y entendible la odontología.

OÍR Y OLER

Como muestra el estudio gráfico, el olfato y el oído juegan papeles muy importantes en el momento de compra. Ciertos supermercados tienen sus hornos para la preparación del pan en el mismo espacio comercial y no en la trastienda, sabiendo muy bien que existen pocos olores tan agradables como un bollo recién hecho. Aunque uno no tenga hambre, es muy probable que dicho aroma aumente el ánimo al comprar comestibles. En este sentido, la pregunta es fácil: ¿A qué huele cuando sus pacientes entran en su clínica? Espero que no sea ni a desinfectante ni a chamuscado por una intervención de caries con unas evoluciones demasiadas altas.

Existen empresas que ofrecen ambientadores especialmente desarrollados para gabinetes médicos y clínicas dentales, sin embargo un simple ambientador o un ramo de flores frescas en la entrada pueden ser suficientes para que los pacientes se sientan a gusto al entrar.

En cuanto a la acústica no cabe duda que el mundo dental parte con una gran desventaja. El silbido del con-



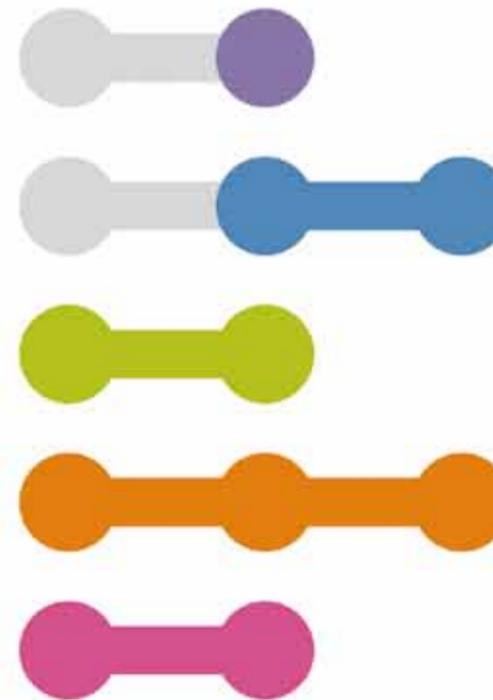
traángulo es probablemente el ruido más detestado en el mundo mundial, sin embargo es imprescindible. Por esta razón propongo adelantarse a esta sensación negativa y contrarrestarla ofreciendo al paciente la posibilidad de elegir la música que le gustaría oír durante la intervención. Estará algo más entretenido, y esto ayudará.

TACTO Y GUSTO

Estos dos aspectos son seguramente los más complicados, ya que no vendemos ni trajes de lana fina inglesa ni vinos de la Ribera del Duero. Sin embargo sí que creo que existen posibilidades de mejorar la experiencia táctil y del gusto de los pacientes.

Dar la mano cuando el dentista saluda a su paciente, sin guantes claro, no solo es de buena educación, sino que transmite un tacto personal, de confianza. Y ya que estamos hablando de manos: darle a los pacientes especialmente nerviosos una de estas pelotas anti-estrés ayuda a que se relajen, además de ofrecer un tacto agradable adicional.

El gusto es el sentido más difícil de influir en una clínica odontológica. Por esta razón es importante que el agua para enjuagarse durante y después de la intervención lleve un aditivo que le dé un sabor fresco, a limón o a menta, por ejemplo. El sabor de los guantes de Latex sobre la lengua no es nada agradable y empeora la sensación negativa ya existente. Por esta razón se comercializan guantes de Latex con sabor. Aunque sean más caros que los guantes normales es una buena inversión en la percepción subjetiva del paciente, en la Brand Experience de la clínica dental •



SEPA BCN'15

VISIÓN DE EQUIPO

más prevención,
mejores tratamientos,
más salud.

49ª REUNIÓN ANUAL SEPA

5ª SEPA HIGIENE BUCODENTAL

Del 26 al 28
de febrero de 2015

Barcelona

Pide tu cheque descuento a nuestras
empresas patrocinadoras y expositoras
Inscríbete ya en www.sepa.es



Patrocinadores Patitas:

Patrocinadores Oro:





5 maneras de ahuyentar a tus pacientes en la primera llamada



EN TRIBUNA: ROS MEGÍAS

[CONSULTORA EN MARKETING SANITARIO EN BRAND&HEALTH]

En la actualidad, la importancia de prestar un nivel de atención al cliente que vaya más allá de la imprescindible sonrisa al recibir el pago, se da por sobreentendido.

Sin embargo, la filosofía de atención al cliente que prima en la mayoría de comercios, no siempre se ha traducido a la salud y, más concretamente, a nuestras clínicas odontológicas. Atribuyámoslo al hecho de que la salud (dental o general) es una necesidad y no un bien, un producto ó un lujo.

Sea por la razón que sea, tradicionalmente, el enfoque del odontólogo se ha centrado más en otros aspectos de su clínica que en intentar destacarse por un servicio de atención al paciente superior.

Si tenemos en cuenta que el paciente que acude a nuestras clínicas es una persona que, dada la opción, preferiría no estar allí, que viene con miedo, confuso y con desgana, la importancia de un servicio de atención al cliente (paciente en nuestro caso) igual o mejor al de cualquier otra industria actual, se convierte en una obviedad.

Y es por ello que, ante un paciente mucho más informado y dispuesto a exigir, a cuestionar y a reclamar, el odontólogo que consigue desmarcarse por un excelente nivel de atención al paciente, es un odontólogo que le lleva mucha ventaja a los demás profesionales del sector.

Hoy, más que nunca, el paciente que salga satisfecho del trato recibido en tu clínica, va a ser un paciente leal que no dudará en recomendarte a su círculo familiar y de amistades. Y el que, por el contrario, no esté contento con tu servicio, además de no volver, no te recomendará a nadie, puede que publique comentarios negativos sobre ti en cualquier red social o, incluso, escriba un artículo en su blog titulado, “el pésimo estado de la atención al paciente en odontología: el caso de la clínica X”. Y eso, como puedes imaginarte, no ayuda a tu reputación profesional en absoluto.

ALGO TAN “SIMPLE” COMO LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

La primera llamada que el paciente efectúa a tu clínica para exponer su caso, recibir información y pedir una cita, es la que condiciona que ganes a un paciente o que le ahuyentes. Si sucede esto último, colgará el teléfono y llamará al siguiente odontólogo de su lista.

¿Qué es lo que va a ahuyentar a tu paciente?

1. Un primer contacto poco cordial (o un contestador automático!).

La persona a cargo de responder el teléfono en tu clínica es el primer punto de contacto entre el paciente y tú. Su responsabilidad es transmitir cómo es tu clínica, a través de un tono de voz cálido, con afabilidad y con interés por informar y atender.

Si esa persona no recibe la formación necesaria para llevar a cabo su labor adecuadamente, tu negocio va a sufrir las consecuencias.

Si a esa persona no se le enseña, ni se le recuerda, la fórmula para comunicarse con el paciente desde el primer momento que coge el teléfono, va a ser la reputación de tu clínica la que sufra.

¿A qué fórmula nos referimos? Eso depende de ti pero normalmente los elementos suelen ser los mismos: un saludo cordial, el nombre de la clínica, el lema (si lo hay y así se cree oportuno), el nombre de la persona que responde, y la pregunta: “¿En qué puedo ayudarte?”.

Es decir, contestar el teléfono con una secuencia como: “Buenos días, Clínica X, te atiende Laura, ¿en qué puedo ayudarte?”, te va a ayudar a ganar muchos más pacientes que un “¿Si, dígame?” desganado. El paciente quiere saber con quién habla y necesita saber que hay un ser humano dispuesto a escucharle y a hacerle sentir cómodo al otro lado del teléfono.



2. Un no saber escuchar.

Pocos empresarios valoran la importancia de “saber escuchar” en la estrategia de comunicación y de atención al cliente de sus empresas. En odontología, lamentablemente, sucede lo mismo.

Si el interlocutor percibe que la persona con la que habla tiene prisa, está atendiendo a otra persona, o pendiente de otro asunto, esa persona pierde su interés y desconecta. Y ya no vuelve.

Algunas de las maneras más eficaces de dar a entender al paciente que se le está escuchando incluyen:

- La repetición de algunas de las palabras dichas: “tiene un problema con el empaste que se hizo, vale...”
- El resumen claro de lo dicho: “entonces, prefieres pasarte mañana a las cinco de la tarde para hablar personalmente con el Dr. López”.
- La utilización de expresiones que afirmen que se está escuchando a la otra persona como “ajá”, “sí, entiendo”, “cómo no”, “de acuerdo”, etc.
- La introducción de pausas para dar tiempo al paciente a digerir la información y a efectuar las preguntas que considere relevantes.
- La repetición del nombre de la persona durante la conversación, de manera que se sienta cómoda y escuchada.

3. Una falta de información.

Como cualquier empleado de cualquier otra empresa, la persona que responde el teléfono debe estar informada sobre los productos y servicios que se ofrecen en tu clínica, los honorarios profesionales, las especialidades y horarios de cada odontólogo, etc.

Si tu recepcionista es incapaz de responder a las preguntas de tus pacientes, y desconoce el vocabulario básico de tu clínica, tú, el odontólogo, el empresario, estás dando muy mala imagen.

Tú eres el que está demostrando poco interés por asegurarte de que tenga las herramientas que necesita para hacer su trabajo correctamente, y por que tus pacientes estén bien atendidos.

Si en lugar de una respuesta firme y segura como: “Sí, yo te puedo ayudar con ese tema, me llamo Laura, ¿con quién hablo?”, ofrece un “pues lo siento pero eso yo no lo sé” o “ese asunto no lo llevo yo”, ahuyentas al paciente. Y

cuando ahuyentas a tu paciente, otro odontólogo lo incorpora a su cartera.

Sobre todo en casos de “crisis” debe existir un protocolo claro (y por escrito) para comunicarse con la persona que presenta la emergencia y/o reclamación, indicando problemas potenciales y soluciones.

Una emergencia mal resuelta multiplica exponencialmente las consecuencias negativas para tu clínica y para ti.

4. Un tratar al paciente como un número más.

El odontólogo de hoy en día es mucho más que un odontólogo: es un auténtico empresario. Eso implica hacer todo lo posible por minimizar costes y maximizar beneficios.

Al mantener los costes de operación al mínimo, mediante la optimización de la eficiencia, existe el riesgo de acabar tratando a los pacientes como meras transacciones.

Si el paciente informado o “empoderado” actual reconoce una falta de humanidad en el trato o una comunicación basada en un guión “enlatado”, ese paciente cerrará tu puerta sin mirar atrás.

Nunca olvides la importancia del contacto humano, la empatía y la interacción honesta con el paciente.

5. Un lenguaje excesivamente técnico y refinado

Cuenta el neurólogo norteamericano Dr. Richard Seneleck¹ que al acompañar a su esposa a una cita médica en una ocasión, quedó totalmente perplejo tras escuchar la explicación de su homólogo sobre el pH, el metabolismo del calcio, los ratios de oxalato y el efecto que el citrato tenía en su mujer. “Me di cuenta de que incluso yo no tenía ni idea de lo que estaba hablando. Por desgracia, al igual que la mayoría de los pacientes y sus familias, yo no quería mostrar mi ignorancia, así que asentí con la cabeza y me senté sin decir nada. Mientras caminábamos hacia nuestro coche, fuí incapaz de explicarle los resultados a mi esposa”, cuenta el Dr. Seneleck.

Es decir, que cualquier tipo de explicación que se dé durante esa primera llamada, debe ser clara y transmitida despacio para que la otra persona la entienda. Eso sí, hay que evitar el tono condescendiente.

Habla a tus pacientes con palabras técnicas y habrás ahuyentado a unos cuantos más.

Por muy insignificante que ese primer punto de contacto pueda parecer, lo cierto es que es crucial. Si dejas el teléfono en manos de la persona que lo va a contestar sin ofrecerle la formación y la supervisión adecuada, vas a transmitir una primera impresión pésima y, sin lugar a dudas, ahuyentarás a muchos más pacientes de los que atraes ●

Una de las ciudades más bellas de Andalucía, con las huellas del legado que dejó la presencia árabe durante más de siete siglos, increíble mezcla de climas, paisajes urbanos, costeros y montañosos.

Granada,

los vestigios de la presencia
musulmana en España

No existe población en el mundo occidental, sobre la cual se haya escrito, al mismo tiempo, con tanto rigor histórico y con tanta capacidad de fabulación como es Granada.

Fue capital del Reino Ziri de Granada, durante el siglo XI, y del Reino Nazarí de Granada entre los siglos XIII y XV. Tras la toma de la ciudad por los Reyes Católicos, se mantuvo como capital del Reino castellano de Granada, que ya era una simple jurisdicción territorial y que se mantuvo

hasta 1833, momento en que se produjo una nueva división provincial en España, todavía vigente.

Granada constituye un núcleo receptor de turismo, debido a sus monumentos y a la cercanía de su estación de esquí profesional, así como a la zona histórica conocida como La Alpujarra, y también a la parte de la costa granadina conocida como Costa Tropical. De entre sus construcciones históricas, la Alhambra es una de las más importantes del país, declarada Patrimonio de la Humanidad por la

Unesco en 1984, junto con el jardín del Generalife y el Albaicín. Su catedral está considerada como la primera iglesia renacentista de España.

La Universidad de Granada es la cuarta a nivel nacional por número de alumnos, y es uno de los destinos más populares por los universitarios europeos del programa Erasmus.

Granada es una ciudad turística que recibe un gran número de visitantes, tanto nacionales como internacionales, gracias a su extenso patrimonio artístico-monumental, cultural y



CATEDRAL DE LA ENCARNACIÓN.



IMAGEN TOMADA DESDE EL MIRADOR DE SAN NICOLÁS.



etnológico, incluidas sus Fiestas de Primavera (Semana Santa y Corpus Christi).

La estación de Sierra Nevada, con más de 100 kilómetros esquiables es otro de los grandes atractivos de Granada, y en la temporada invernal recibe gran cantidad de visitantes y aficionados al deporte blanco.

Pero, sin duda, es La Alhambra y su entorno, como los barrios del Albaicín y del Sacromonte, el enclave más visitado de la capital granadina. La Alhambra fue ciudad palatina, Casa Real cristiana, Capitanía General del Reino de Granada y fortaleza militar



LA MEJOR FORMA DE CONOCER LA CIUDAD ES PASEAR POR SUS EMBLEMÁTICOS BARRIOS.



JARDINES DE LA ALHAMBRA.

hasta llegar a su declaración como Monumento en 1870.

La Alhambra, la ciudadela árabe más espectacular del mundo y símbolo de Granada, se compone de distintas zonas a visitar: la Alcazaba, núcleo de la fortaleza dedicada a la vigilancia; el Palacio de Carlos V, de construcción cristiana que también alberga el Museo de Bellas Artes; el Generalife, lugar de descanso y jardines; y los Palacios Nazaríes, corazón de la Alhambra y sede de los sultanes.

Asimismo, merece la pena conocer el resto de monumentos y lugares de interés en la colina y el bosque de la Alhambra, como el Carmen de los Mártires, uno de los jardines más románticos de Granada, o la fundación Rodríguez-Acosta, declarada monumento nacional tanto por su valor arquitectónico como por sus jardines.

La UNESCO declaró al Albaicín Patrimonio Mundial de la Humanidad en 1994, pues sus callejuelas y casas típicas poseen una belleza y encanto sin igual y conservan desde hace más de mil años su carácter popular, íntimo y acogedor.

La mejor forma de conocerlo es comenzar la visita en el Centro de Interpretación de la Casa de Zafra, para después pasear y perderse por sus rincones. En el Albaicín se respira la esencia de un barrio que evoca tanto a la arquitectura árabe como a la de otras antiguas ciudades mediterráneas. Gran parte de su encanto reside en los muchos cármenes que pueblan el barrio (casas típicas con huerto y jardín), así como en las cuevas que conducen a sus impresionantes miradores, de entre los que destaca el Mirador de San Nicolás •



DALI/PICASSO, UNA MUESTRA DE DOS FIGURAS CLAVE DE LA HISTORIA DEL ARTE DEL SIGLO XX

Barcelona acogerá desde el próximo día 19 de marzo una de los eventos más esperados, la exposición Picasso/Dalí, Dalí/Picasso.

La muestra se realizará en el Museu Picasso, Barcelona y Dalí Museum de Florida con la colaboración de la Fundació Gala-Salvador Dalí de Figueres.

La exposición está compuesta por más de 70 obras de ambos artistas, pinturas, grabados y esculturas. Las creaciones proceden de más de 25 museos de arte y colecciones particulares que recogen las influencias que tuvieron en sus trabajos los encuentros entre los dos genios.



SALVADOR DALÍ. APARATO Y MANO. 1927
ÓLEO SOBRE MADERA; 62,2 X 47,6 CM PIC
SALVADOR DALÍ MUSEUM, INC., SAN PETERSBURGO,
©FUNDACIÓ GALA-SALVADOR DALÍ, FIGUERES 2014



PABLO PICASSO. MUJER EN UN SILLÓN ROJO. 1929
ÓLEO SOBRE LIENZO; 65 X 54 CM
THE MENIL COLLECTION, HOUSTON
©SUCESIÓN PABLO PICASSO, VEGAP, MADRID 2014

En su primer viaje a París, durante la primavera de 1926, Dalí visitó el estudio de Picasso y pudo contemplar las obras que el artista preparaba para su exposición de verano en la galería de Paul Rosenberg. A su regreso, la producción artística de Dalí fue un importante conjunto de pinturas que reflejaban este encuentro artístico y que marcarían la transición a su madurez artística.

En 1929, tanto Dalí como Picasso participaron en el proyecto surrealista de introducir el poder creativo y perturbador de las imágenes oníricas en sus obras. Con la llegada de la Guerra Civil Española en 1936, ambos respondieron de forma simultánea a los horrores de la contienda con potentes obras que escenificaban la angustia del drama humano.

La postguerra significó un distanciamiento en sus posturas políticas, uno se situó a la izquierda y otro a la derecha. Sin embargo, su obra convergía en sus respectivos compromisos con el gran arte del pasado, ya que además de afrontar sus propios anhelos de soberanía artística, se midieron con las máximas aspiraciones de la historia del arte •

IMÁGENES CEDIDAS POR FUNDACIÓ MUSEU PICASSO DE BARCELONA



ARRIBA: RETRATO DE HERNÁN CORTÉS.
ABAJO : DE ESPAÑOL E INDIA, MESTIZO.
ABAJO DERECHA: VIRREYES DE NUEVA ESPAÑA.



HERNÁN CORTÉS EN MADRID

Desde el pasado diciembre y hasta el próximo mes de mayo se expone en el Centro de Exposiciones Arte Canal de Madrid el "Itinerario de Hernán Cortés", una muestra del proceso de investigación ambicioso y extenso sobre la vida de uno de los personajes más cautivadores de nuestra historia. Canal de Isabel II Gestión, en colaboración con la Real Academia de la Historia y el Instituto Nacional de Antropología e Historia de México, ha reunido un valioso y variopinto material de ambos lados del Atlántico para mostrar las peripecias de Hernán Cortés y el encuentro entre culturas en su búsqueda de nuevos horizontes.

En total, la exposición incluirá unas 400 obras, entre las que destacan las piezas aztecas. Todas ellas proceden del Instituto Nacional de Antropología e Historia de México y de otros 46 centros, como la Real Academia de la Historia de España, el Museo del Prado, el de San Fernando, Patrimonio Nacional o la Catedral de Sevilla.

Los visitantes podrán contemplar una pirámide azteca a escala; el mapa de Juan de la Cosa, el primero en el que aparece el continente americano; o maniqués vestidos con el armamento de los conquistadores españoles junto a otros que lucirán el azteca. Estas piezas ayudarán a describir cómo fue el choque entre ambas culturas y cómo se desarrolló la guerra de la conquista.

La exposición también busca ir más allá de las andanzas bélicas de Cortés y mostrar de qué manera cambió el mundo a partir de este contacto entre civilizaciones. La conquista de México fue uno de los sucesos más relevantes de los inicios de la Edad Moderna. La Corona de Castilla se encontraba en plena expansión después de finalizar la reconquista de la Península Ibérica e iniciar el descubrimiento de América en 1492. Este episodio, según cuentan los historiadores, supuso un anticipo de lo que hoy llamamos globalización •

Repercusiones de la publicidad sanitaria en el ámbito de la Odontología

El próximo 19 de febrero se celebrará en el Salón de Actos del Consejo General de Dentistas de España la IX Jornada de Información Odontológica en la que se abordará las repercusiones de la publicidad sanitaria en el ámbito de la Odontología.

La Jornada estará especialmente dirigida a Presidentes, Asesores Jurídicos, Gerentes y personal laboral de

Colegios Oficiales y Juntas Provinciales de Dentistas de España, Sociedades Científicas adscritas a la Organización Colegial, así como a ciudadanos y pacientes interesados por estos temas de actualidad •

[CURSO JOAN SAMPOL]

Formación en técnica de inyección sobre óxido de zirconio



El curso consta de una parte teórica en el que los asistentes podrán conocer el dominio de la técnica y los protocolos de trabajo asociados principalmente a las grandes restauraciones. La parte práctica del curso incluye el desarrollo de una restauración de 8 unidades, sobreinyectando las piezas dentales y estratificando la parte de la encía.

Entre los materiales de los que dispondrá el alumno se encuentran las pastillas de cerámica de vidrio de fluorapatita, para la técnica de inyección sobre estructuras de óxido de circonio IPS e.max ZirPress, así como la cerámica de estratificación de alta estética IPS e.max Ceram •

[NOVIEMBRE 2014]

Consejos en Odontología Estética

El 28 y 29 de noviembre del pasado año se celebró en Santander el Curso de Consejos de Odontología Estética, impartido por el prestigioso odontólogo

Ronaldo Hirata, uno de los dictantes más renombrados en odontología estética a nivel mundial. Hirata, profesor de la Universidad de New York, es director de varios postgrados en estética en Brasil, así como autor de numerosos artículos y libros sobre estética dental.

Entre los temas más relevantes que se trataron en el programa del curso podemos destacar la ponencia sobre las cinco posibilidades restauradoras para restauraciones parciales, el blanqueamiento previo como pretratamiento, la técnica indirecta en composites en dientes anteriores y posteriores, la utilización de los colorantes y su importancia, y las técnicas de escultura •



MEDITERRANEAN PROSTHODONTICS INSTITUTE IV BIENNIAL INTERNATIONAL SYMPOSIUM

June 10, 16 - 2015 · Castellon, Spain

JUNE 2015	ACTIVITY	PLACE	FEES
10th - Wednesday 11th - Thursday	2-Days Advanced Surgical & Prosthetic Hands-on Workshop	MPI	1.800€ FULL
12th - Friday 13th - Saturday	IV BIENNIAL INTERNATIONAL SYMPOSIUM	Hotel El Palasiet	280€
14th - Sunday	Peri-implantitis Hands-on Workshop	MPI	400€
	Prosthetic Hands-on Workshop		800€
	Sinus Lift Hands-on Workshop		400€
15th - Monday 16th - Tuesday	Surgical & Prosthetic Cadaver Hands-on Workshop	Jaume I University	3.800€

Info: Arantxa Monlleó Ferrandis

arantxa@prosthodontics.es

www.prosthodontics.es

Mediterranean Prosthodontics Institute · Avenida Rey Don Jaime, 5 · 12001 Castellon · Spain

Hotel El Palasiet · Calle Pontazgo, 11-12 · 12560 Benicasim · Castellon · Spain

Jaume I University · School of Medicine · Av de Vicente Sos Baynat · 12071 Castellon · Spain

UPDATE IN ORAL IMPLANTOLOGY



Sr. Iñigo Casares Dental Technician Spain | Dr. Dina Dedi Prosthodontist UK | Dr. Rafael Del Castillo Prosthodontist Spain | Dr. Rui Figueiredo Oral Surgeon Spain | Dr. Pablo Galindo Oral Surgeon Spain | Dr. Anatolij Kulakov Maxillofacial Surgeon Russia | Dr. Joan Pi-Urgell Oral Surgeon Spain



Dr. F. Rojas-Vizcaya Prosthodontist & Oral Surgeon Spain | Dr. Mariano Sanz Periodontist Spain | Sr. Enrico Steger Dental Technician Italy | Dr. Andreas Thor Oral & Maxillofacial Surgeon Sweden | Dr. Alejandro Vivas Maxillofacial Surgeon Portugal | Dr. Paul Weigl Prosthodontist Germany | Sr. Hoiger Zipprich Engineer Germany

Gold sponsor



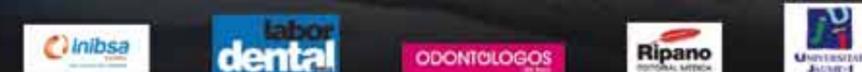
Silver sponsor



Bronze sponsor



Partner sponsor



V Congreso Internacional de OsteoBiol

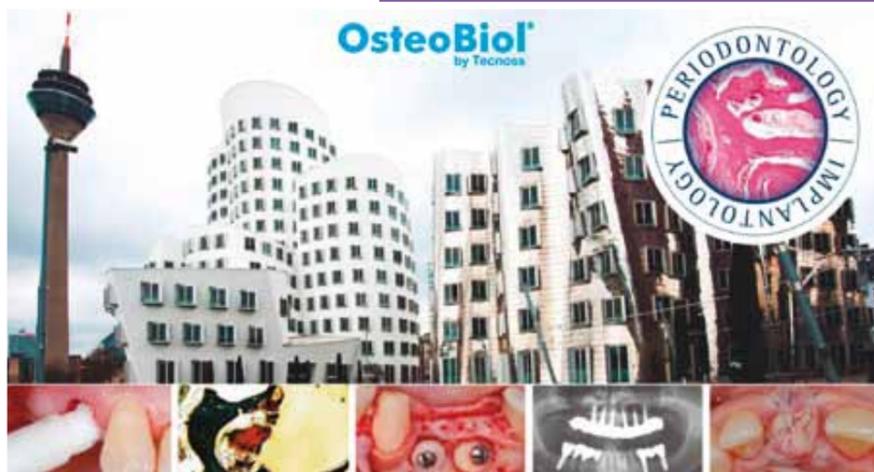
OsteoBiol celebrará su V Congreso Internacional de Regeneración Ósea en Dusseldorf, Alemania, el próximo 25 de abril de 2015.

Los tres temas más importantes en implantología serán tratados en este

congreso. Ponentes de reconocido prestigio procedentes de Alemania y Suiza presentarán y discutirán la situación actual de los aumentos de tejidos duros y blandos, la cirugía plástica periodontal, y la prevención y terapia de las complicaciones peri-implantarias de tejidos blandos e infecciones.

Ponentes :

- PD Dr. Stefan Fickl
- Dr. Gerd Körner
- Prof. Dr. Hannes Wachtel
- Prof. Dr. Anton Friedmann
- Dr. Andreas Meschenmoser
- Dr. Andreas Ziggel
- PD Dr. Arndt Happe
- Dr. Albino Triaca •



Webinario "Rehabilitación de la atrofia severa del maxilar superior: indicaciones actuales"

El próximo 9 de febrero Mozo-Grau realizará un Webinar (seminario on-line) a través de la plataforma www.implant-training.com a cargo del Dr. Jacinto Fernandez Sanroman, que tratará el tema "Rehabilitación de la atrofia severa del maxilar superior".

El programa formativo de webinarios a través de Implant-Training está teniendo muy buena aceptación. Los asistentes destacan la gran oportunidad de poder disfrutar de un curso de calidad, en directo y desde su propio ordenador (sin moverse de casa).

Además, el pasado 30 de enero de 2015 Mozo-Grau presentó su nueva línea de implantes "MTA®" en las IV Jornadas de Actualización en Implantología.

MTA es una propuesta que la marca ofrece como alternativa especialmente dirigida a los profesionales

que no realizan las restauraciones, ya que excluye el coste del aditamento.

Los gama de implantes presentados se agrupan en:

Línea Integral: Con esta denominación, a partir de 2015, los clientes de Mozo-Grau dispondrán, como hasta ahora, del sistema de implantes Gama Osseous (conexión externa) y Gama InHex (conexión interna), sustentada en la Calidad en los ajustes, ya que a través del Código Explorer puede elegir el aditamento Mozo-Grau que más se adecúe a su necesidad.

Línea MTA: Manteniendo la misma calidad que la Línea Integral, tiene como elemento diferenciador el diseño del transportador: un pilar de titanio cementable que servirá como pilar definitivo o como pilar provisional •

MOZOGRAU®
IMPLANTES DENTALES

it implant Training

Línea MTA®

“ Pensaba que reducir en más de un 50% la factura de laboratorio podía influir en la calidad del producto, me equivocaba ”

Dra. Sara Peña Ureña
Lic. En Odontología y Máster de Prótesis por la Universidad Internacional de Cataluña

Mi compromiso como odontóloga especialista en prótesis es ofrecer a mis pacientes **tratamientos de la más alta calidad** con los que garantizar un resultado profesional excelente que perdure en el tiempo; soy consciente que una parte importante de ese compromiso de calidad me lo aporta mi laboratorio de prótesis.

Sin embargo, y como todos sabemos, la calidad tiene un precio y en la coyuntura actual, muchos pacientes han tenido que renunciar a sus tratamientos bucales por falta de dinero.

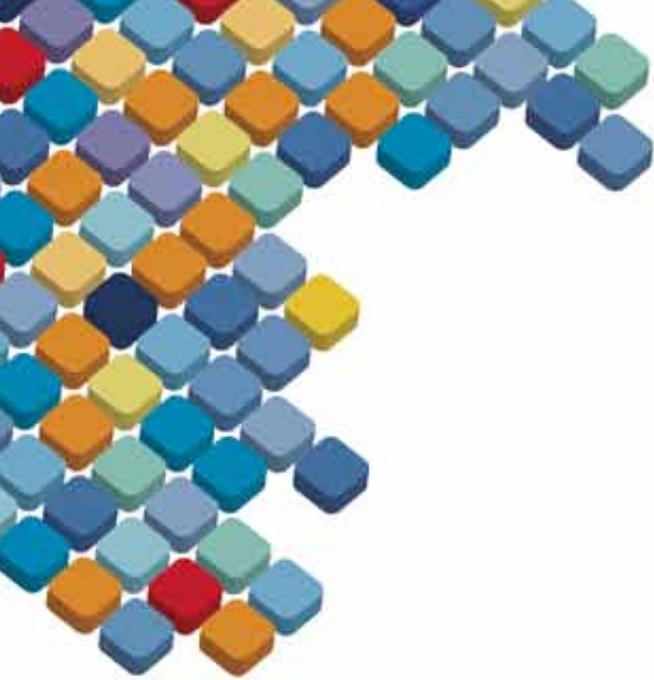
Gracias a las indicaciones de nuestro colega el Dr. Filpo Valentin he descubierto **Dental Lab**, mi nuevo laboratorio de prótesis dental. Un equipo de profesionales altamente preparados que además de ofrecer la excelencia en calidad y servicio, me han permitido reducir mi factura de Laboratorio en más de un 50%.

¿Cuál ha sido la mejor recompensa?, poder acercar a mis pacientes los tratamientos que necesitaban a precios competitivos sin erosionar mis márgenes. Todo un descubrimiento para la salud de mis pacientes y mi negocio.

Os recomiendo que los conozcáis para entender que *hay otra forma de hacer las cosas.*

DENTAL Lab

<http://www.dental-lab.fr/>
902 222 029
FRANCIA-ESPAÑA-PORTUGAL



Normoimplant system

en buenas manos



Soluciones simples para un mundo complicado.

◆ Versatilidad

◆ Variedad

◆ Eficacia



Implantes

Normoimplant HE
Normoimplant HI

Instrumental



Prótesis

