



Jaime Nomen
Odontólogo y
astrónomo reconocido



José Ignacio Zalba
Especialista en
programas preventivos



VI Simposio Internacional
AVANCES EN CÁNCER ORAL

San Sebastián - Donostia
País Vasco - Basque Country
21-22 julio - July 21th-22th



Marcela Romero

Mexicana,
Profesora Asistente
en la Universidad
de Nueva York

*“Necesitamos
más odontólogos
especializados en
Dolor Oro-Facial”*



MOZGRAU[®]

20 años han sido solo el principio.

La historia continúa...



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

www.mozo-grau.com  www.ticareimplants.com

6 Tribuna

10 Actualidad

10 NOTICIAS

Inidress recibe el respaldo de sus socios en la Asamblea General · II Colegio Europeo de Historia de la Odontología · AMA sitúa su beneficio bruto sobre los 20 millones de euros.

22 REPORTAJE

SEPA Valencia 2016 reúne más de 4.000 profesionales · I Simposio de Implantología en Atrofas Maxilares · La SEOP celebra su XXXVIII edición con un intenso programa · Fundación Hanan · El autismo, un trastorno poco conocido.

38 Entrevista

38 Marcela Romero Reyes.
Profesora Asistente en la Universidad de Nueva York.

46 Jaime Nomen.
Odontólogo y astrónomo reconocido.

50 José Ignacio Zalba Elizari.
Especialista en programas preventivos.

54 Ciencia y salud

54 CASO CLÍNICO
Odontoma Complejo Sinfisiario Mandibular.

62 La Odontología en El Quijote.

66 Mejora tu gestión

66 Obligaciones económicas con la Administración.
Marta Domínguez de Buzón Benito.

68 La obligada prevención de delitos en la empresa.
Javier Relinque Rodríguez.

70 Ocio y deporte

70 DESTINOS
Menorca, una isla que vive de "cara al mar".

74 Agenda cultural

76 Empresas

80 Formación



11



18



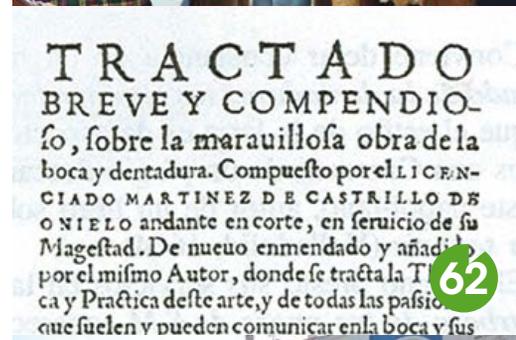
20



22



26



62



70

ODONTÓLOGOS DE HOY

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 ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer
social@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENT IN UNITED STATES OF AMERICA (USA)

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

CORRESPONSAL EN MÉXICO

Rolando Peniche Marcín
correspondent.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:

Okllok
maquetacion@odontologosdehoy.com

IMPRESIÓN:

MSH Impresores

PUBLICIDAD:

Beatriz Rodríguez - Raúl del Mazo
607 795 672 - 640 296 925

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 Bucofacial 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.

José María Clemente Sala, Médico Odontólogo, Barcelona.

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

F. Javier Cortés Matincorena, Médico Estomatólogo, Responsable informes de la Sociedad Española de Salud Pública Oral, Pamplona.

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 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.

Adalberto Mosqueda Taylor, Profesor titular de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (México).

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 Clamagirand, 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 de número 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, Académico de Número de la RANM.

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.
Tel: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X



El autismo

Un trastorno poco conocido

32

La SEOP celebró su XXXVIII edición En Valencia del 26 al 28 de mayo



28



22

50º Reunión Anual SEPA Reúne a más de 4.000 profesionales



Fundación Hanan

Sonrisas andaluzés al otro lado del estrecho

30

SUSCRIPCIONES:

Si usted no tiene acceso a la revista y desea recibirla, por favor, enviémos 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



La necesidad de los datos

F. JAVIER CORTÉS MARTINCORENA
ESTOMATÓLOGO. DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Se atribuye a Lord Kelvin (William Thomson, 1824-1906), físico y matemático, la frase: “Suelo decir que cuando puedes medir aquello de lo que estás hablando, y expresarlo en números, es que sabes algo acerca de ello”. A Kelvin le debemos, entre otras cosas, la escala con la que medimos la temperatura, algo tan habitual y cotidiano.

La salud comunitaria se alimenta de disciplinas ajenas al campo biomédico como son las ciencias sociales. En el mundo en que vivimos, la medición de los parámetros de la actividad del hombre, en cualquiera de sus facetas, es algo que nace con la actividad misma. Hoy no podemos imaginar nuestra vida sin estadísticas de lo que producimos, de lo que ganamos, de lo que gastamos, de lo que vendemos; también de lo que fracasamos. Estamos familiarizados con las cifras, todo se mide: la actividad económica, la actividad social, la mortalidad, la morbilidad, el índice de acierto en una prueba, el fracaso escolar, la posesión del balón en un partido de fútbol. Miramos hacia donde miremos, todo tiene su expresión en números. Y la salud no podía escapar a esta necesidad. El campo de conocimiento de la salud pública se ocupa, entre otras cosas, de expresar en números todo lo que rodea a la salud de los individuos y las comunidades. Ese conocimiento es imprescindible para delimitar el terreno de

juego en el que nos movemos. Las encuestas de salud oral dibujan el mapa nacional de las enfermedades bucodentales en España, pero necesitamos que sean las comunidades autónomas las que realicen sus propias encuestas en su propio terre-

“*Solo el 8% de los hombres y mujeres que acudieron al dentista en el último año, lo hicieron a una clínica marquista, aunque su presencia en la calle y en los medios ofrece la impresión de que pudiera ser la opción mayoritaria.*”

no, porque es ahí donde se toman las decisiones sobre programas y servicios para la población. Y esto es así porque la asistencia sanitaria está transferida a las comunidades autónomas.

El Libro Blanco de la Salud Oral en España 2015, recientemente publicado y editado por el Consejo General de Colegios de Dentistas de España, desvela cómo nos com-

portamos los españoles respecto a la salud oral y descubre, por ejemplo, que solo el 8% de los hombres y mujeres que acudieron al dentista en el último año, lo hicieron a una clínica marquista, a alguna de estas franquicias que han mercantilizado una actividad tan importante como es la asistencia sanitaria, y lo que de ello se deriva en términos de salud. Un dato que quizás nos alivia un poco, porque su presencia en la calle y en los medios ofrece la falsa impresión de que pudiera ser la opción mayoritaria. A propósito de los escándalos recientes me permito un inciso: sólo cuando a la Hacienda del estado le han tocado el bolsillo ha abierto los ojos, ¿cuándo lo hará el Ministerio de Sanidad?

Bienvenida sea también la iniciativa del Observatorio de la Sa-



lud Oral en España, siguiendo las recomendaciones de la Unión Europea. Al parecer nuestro país es el primero en ponerlo en marcha. Este observatorio nos va a permitir conocer, por ejemplo, cómo es la actividad asistencial de las clínicas dentales en España. Otro ejemplo es el documento de la Federación Dental Internacional titulado *El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. 2ª ed.*, que tiene por objetivo, según su propia declaración, “dibujar el mapa del abandono de la salud bucodental”.

Todo esto puede parecer pesado y alejado de nosotros. Desde una perspectiva del clínico que asiste a sus pacientes, se puede ver la salud comunitaria, sus cifras y debates, como algo que queda fuera de sus competencias. Pero nada

más falso. Los pacientes, como los clínicos, nos movemos en el seno de una comunidad. Atendemos a

“ *España es el primer país donde se pone en marcha el Observatorio de la Salud Oral, y nos permitirá conocer cómo es la actividad en las clínicas dentales.* ”

individuos que pertenecen a una población y, entre unos y otros, hay evidentes vasos comunican-

tes. Porque lo que ocurre a nivel poblacional tiene una concreción en los individuos. Una epidemia no son cifras en un informe: son personas enfermas que buscan asistencia; una moda, como la estética dental por ejemplo, no es solo un debate social: son sujetos acudiendo a nuestras consultas solicitando sustituir amalgamas, blanqueamientos o carillas. Una publicidad engañosa, con los tratamientos todo a cien como protagonistas, son pacientes solicitando –y recibiendo– tratamientos que, probablemente, no necesitan. Las cifras de salud, y todo su entorno, sirven para ayudar a planificar los servicios necesarios para atender las necesidades de salud y de tratamiento, y para evaluar la eficacia de nuestras acciones. Así pues, necesitamos datos •



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy



Hay que levantarse y recobrar la dignidad de nuestra profesión

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Hoy me contaron una historia que me hizo reflexionar y quiero compartirla con vosotros:

Érase una vez un gran elefante amarrado con una cuerda a una pequeña estaca clavada en el suelo. La estaca era tan pequeña y frágil que, si el elefante quisiera, la rompería con facilidad, pero el elefante permanecía sentado a pocos metros de la estaca, sin ninguna intención de escapar.

Al elefante lo ataron a esa pequeña estaca pocas horas después de nacer, era débil y un poco torpe puesto que era solo un bebé. Intentó escapar durante un tiempo, hasta que un día se rindió y dejó de intentarlo, sin darse cuenta de que había crecido y se había hecho fuerte, pero había perdido las esperanzas de ser libre...

Esto me ha hecho pensar en los jóvenes odontólogos. Salimos débiles, con miedo a cometer errores, con miedo a no tener suficiente experiencia, y eso hace a muchos caer en manos de comerciales que les explotan y les mangonean, algunos aceptan trabajar gratis, otros aceptan trabajar más horas de las que deberían, y llega un día en que crecen pero, al igual que el elefante, ya parece que es demasiado tarde para escapar.

Reflexionemos... ¿Necesitamos trabajar para franquicias, seguros y cadenas? ¿O son ellas las que necesitan a los dentistas para existir?

Creo que en España estamos dando un mensaje muy equivocado a los jóvenes, les estamos diciendo básicamente que tienen que tra-

“

En España le estamos diciendo a los jóvenes que tienen que tragarse sus derechos y aguantar para tener un futuro mejor algún día, cuando lo que sucederá será todo lo contrario.

”

garse sus derechos y aguantar, para tener un futuro mejor algún día, cuando lo que sucederá será todo lo contrario.

Soy consciente de la dura crisis que tenemos en el país, sé que vivimos con el miedo a no tener trabajo, a fracasar, a nunca crecer como profesionales... Son miedos que nos atormentan a todos, incluso a los dentistas veteranos.

Ellos tienen miedo a dejar de trabajar para las aseguradoras, aún sabiendo que lo que han hecho ha sido darles pacientes durante años para acabar montando sus propias clínicas y prescindir del profesional de toda la vida. Los hemos alimentado, y ellos han ido bajando los honorarios a los profesionales, hasta niveles en los cuales ya no merece la pena el riesgo que supone el tratamiento. Pero, como el elefante, los dentistas veteranos también tienen miedo a perder pacientes.

La situación que vive la profesión tiene solución, no digo que sea fácil, pero implica ser valientes.

Supone una unión fuerte entre profesionales, y el empezar a decir en bloque “no” a todos los abusos.

“No a trabajar gratis para aprender”, “no a trabajar con seguros”, “no a ser presionados por empresarios para facturar más”, “no a la mercantilización de la profesión”.

Sé que es una visión muy idealista, pero estoy convencida de que es la única manera que tenemos de recobrar la dignidad de nuestra profesión.

A los jóvenes hay que decirles la verdad, si cedes ahora te convertirás en ese elefantito que nunca pudo escapar, porque si tú cedes, el día que crezcas, si quieres cambiar

las cosas, te despedirán y atarán a otro joven odontólogo, tú te quedarás sin trabajo por no haber sido valiente en su día, por alimentar ese sistema, porque alguien tiene que ser el primero en decir “no, por aquí no paso” y dar ejemplo al resto.

A los veteranos hay que decirles que en su momento no sabían los planes de los seguros pero que a día de hoy ya todos sabemos que fue pan para hoy y hambre para mañana.

Los seguros han traicionado a los profesionales para montar ahora sus propias clínicas en las que contratan jóvenes odontólogos más manejables. Ahora es el momento de cortarles el grifo y que nadie trabaje con ellos.

“
*Lo más difícil es luchar
 contra las ideas que nos
 han instaurado poco
 a poco durante años
 y cambiar de actitud,
 porque no necesitamos a
 los seguros, son ellos los
 que nos necesitan
 a nosotros.*
 ”

Porque lo más difícil es luchar contra las ideas que nos han instaurado poco a poco durante años y cambiar de actitud, porque no necesitamos a los seguros, son ellos los que nos necesitan a nosotros para existir, son puros intermediarios y nos tienen que tratar bien, porque sino dejaremos de trabajar con ellos. Ese es el mensaje que se nos tiene que grabar a fuego.

Igual que las franquicias necesitan a los odontólogos jóvenes para que su sistema de odontología *low cost* sea viable.

Podemos cambiar las cosas, solo hace falta recapacitar sobre el rumbo que llevamos, porque si continuamos así desapareceremos como profesión sanitaria liberal, y los primeros que van a sufrir son nuestros pacientes, a los que les hemos dedicado tanto cariño y esfuerzo.

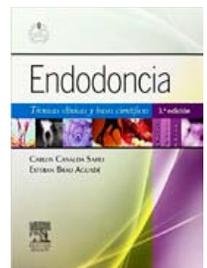
Es el momento de levantarse y romper la cuerda que nos une a esa pequeña estaca, porque juntos somos mucho más fuertes, porque nosotros somos los imprescindibles •



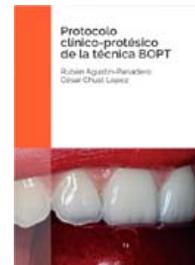
Manual de restauración del diente endodonciado
 Mallat



Estética & Función Metodología para clínicos y técnicos dentales
 Nannini



Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas
 Canales



Protocolo clínico-protésico de la técnica BOPT
 Agustín/Chust



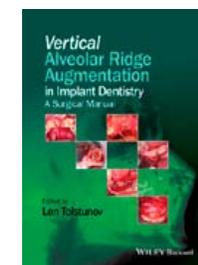
Ortodoncia para el niño y el adolescente
 Boileau



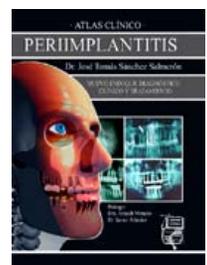
Manual de trastornos temporomandibulares
 Wright



Prótesis dental sobre implantes
 Misch



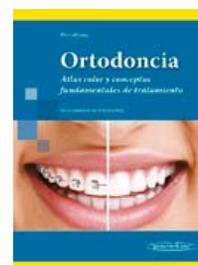
Vertical Alveolar Ridge Augmentation in Implant Dentistry
 Tolstunov



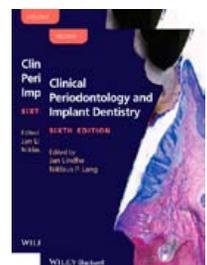
Atlas Clínico de periimplantitis
 Sánchez Salmerón



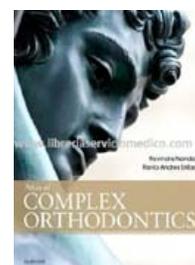
Tips Claves en odontología estética
 Hirata



Ortodoncia: Conceptos fundamentales
 Wichelhaus



Clinical Periodontology and Implant Dentistry
 Lindhe



Atlas of complex orthodontics
 Nanda



BAKER Colgajos locales en la reconstrucción facial
 Shah



Morfología Dental
 Miller



CAMPAÑA DE DENUNCIA

HIDES exige a la Administración respuesta ante el intrusismo

La Federación Española de Higienistas Bucoentales (HIDES) ha puesto en marcha una campaña de denuncia contra el intrusismo profesional que prolifera en el sector y que perjudica gravemente a este colectivo de trabajadores, además de poner en riesgo la salud de los ciudadanos, que en muchas ocasiones están siendo atendidos por personal que no cuenta con la formación exigida legalmente para trabajar como higienista.

HIDES, que representa a un importante colectivo de profesionales en toda España, recuerda que según los criterios establecidos por la Administración, todas las unidades de Salud Bucodental deben contar con “una plaza de odontología y una de higienista dependientes de Atención Primaria”, aunque la realidad es que se estima que hay más de 360 auxiliares ocupando plazas de higienistas, según datos de 2013.

Además, en las unidades de Salud Bucodental del País Vasco, Cataluña y Andalucía no hay ningún higienista, lo que supone una clara desigualdad respecto a la asistencia que se presta en otras regiones. Ante esta situación, la Federación exige la inmediata reconversión de las plazas ocupadas irregularmente por auxiliares en plazas de higienistas, así como la incorporación urgente de estos profesionales a los servicios de aquellas comunidades autónomas donde no están presentes en la actualidad.

HIDES pide a la Administración que proceda a realizar las inspecciones necesarias en clínicas dentales para comprobar la titulación de todos sus trabajadores, cumplien-

do así con su deber de proteger a los profesionales que ejercen debidamente y a todos los ciudadanos que acuden a estos centros de salud dental.

“

Todas las unidades de Salud Bucodental deben contar con una plaza de odontología y una de higienista dependientes de Atención Primaria.

”

La federación, además, solicita a los odontólogos que sólo contraten a higienistas titulados para desempeñar las funciones que les corresponden, evitando amparar a intrusos y el riesgo para los pacientes.

Supresión de cursos dirigidos a auxiliares e higienistas

HIDES también reclama a la Administración que suprima los cursos de formación dirigidos indistintamente a auxiliares e higienistas, ya que son diferentes categorías profesionales, con diferente formación académica, currículo y competencias profesionales. Actualmente existen Centros de Estudios y Academias que ofertan e imparten cursos de “Higienista Dental” en los que aseguran que el alumno recibirá impreso un Diploma del Curso Profesional de Higienista Dental y un certificado de aprovechamiento



del mismo. Esta práctica supone una actividad constitutiva de publicidad ilícita, competencia desleal e intrusismo profesional, ya que la profesión de Higienista Bucodental está regulada por la Ley 10/1986, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, desarrollada por el Real Decreto 1594/1994. Del mismo modo, la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, reconoce a los Higienistas en su artículo 3, dentro de los profesionales del área sanitaria de formación profesional, así como el Real Decreto 769/2014, por el que se establece el título de Técnico Superior en Higiene Bucodental y se fijan sus enseñanzas mínimas. El propio Real Decreto 769/2014 identifica en su artículo 2 el título profesional de la siguiente manera:

Denominación:

Higiene Bucodental.

Nivel:

Formación Profesional de Grado Superior.

Duración:

2.000 horas.

Familia profesional:

Sanidad.

Referente en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación:

CINE-5b.

Nivel del Marco Español de Cualificaciones para la educación superior:

Nivel 1 Técnico Superior •

CELEBRADA EL PASADO MAYO

Inidress recibe el respaldo de sus socios en su Asamblea General

El Instituto de Innovación y Desarrollo de la Responsabilidad Social Socio-Sanitaria (Inidress), celebró su Asamblea General Ordinaria el pasado mes de mayo, en la que se tomó la decisión de reforzar su proyecto fundacional gracias al apoyo unánime de los quince socios que forman parte de su estructura: Grupo Barceló, Fresenius Medical Care, Halcón Viajes, Janssen, Industrial Farmacéutica Cantabria (IFC), Pfizer, Sanofi Pasteur MSD, Air Liquide Healthcare, DKV, Grupo Cofares, Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Medtronic, Philips y Sanitaria 2000.

Virginia Donado, Presidenta de Inidress, subrayó ante los socios que gracias al apoyo de todos sus socios “Inidress renueva la vigencia de su misión fundacional, que consiste en conseguir que la mayor parte de acciones sociales realizadas en el sector socio-sanitario se dirijan al paciente/ciudadano y que, por extensión, contribuyan a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”.

“*Gracias al apoyo de todos los socios, Inidress renueva la vigencia de su misión fundacional.*”

Durante el transcurso de la reunión, se informó a los socios de los detalles de la estructura definitiva del Instituto, que ha quedado organizada en cuatro áreas de trabajo (Investigación y Promoción de la Salud, Desarrollo de la Responsabilidad Social Socio-sanitaria, Cooperación Institucional y Humanización e Igualdad), que se ocupan a su vez de los diferentes proyectos en los que Inidress está involucrado durante su segundo año de vida como instituto.

La Memoria de Actividades relativa a 2015 ha sido, igualmente,



aprobada. En este documento se recogen importantes logros como el I Foro de Responsabilidad Social Socio-sanitaria, el curso “Responsabilidad Social: compromiso y liderazgo” en el marco de los cursos de verano de la Universidad Autónoma de Madrid, el II Reconocimiento Oficial al Cuidador Principal, el Programa de Salud para la detección precoz de la EPOC en la Comunidad de Madrid, el Programa Paciente Experto, o las gestiones para crear una norma que acredite las buenas prácticas en Responsabilidad Social Socio-sanitaria •



OBTIENEN UNA BAJA PUNTUACIÓN

Los Colegios Profesionales suspenden en transparencia

En el último estudio del Consejo de Transparencia y Buen Gobierno sobre la aplicación de la Ley 19/2013, que aborda temáticas de Transparencia, Acceso a la Información y Buen Gobierno, se han puesto en evidencia las lagunas existentes en la implementación de la normativa en los colegios profesionales, que forman parte del sector sanitario.

Estas instituciones han obtenido una de las puntuaciones más bajas en el ámbito de los portales de transparencia, donde han obtenido un total de 1,8 de los 10 puntos que se han evaluado. En este sentido, quedan por debajo de otras instituciones como son las sociedades mercantiles (4,1 puntos), fundaciones públicas (3,7) y consorcios (2,1), un resultado que ha sido impulsado por un elevado porcentaje de incumplimiento en 28 de los 31 puntos evaluados.

Este informe ha revelado aspectos como son la presencia y la elabora-

ción de gráficos o ilustraciones con los datos de interés, el uso de los formatos reutilizables, y la presencia de planes y programas. Tampoco están presentes informes e indicadores de evaluación, así como la información de las encomiendas de gestión, indemnizaciones de abandonos de cargos y autorización de los servicios prestados.

Con un porcentaje superior al 90% de incumplimiento también están presentes las ausencias de un portal o sección específica de transparencia y publicación de todos los contratos realizados (8% de cumplimiento), uso de textos introductorios y estado de ejecución de los presupuestos, procedimientos de contratación (5%), tablas, subvenciones y ayudas públicas, y ejercicio online del derecho (3%).

Por otro lado, sí aparece la publicación de la normativa relevante (cumplido en el 73% de los casos) y del organigrama (36%). Sin em-

bargo, hay otros puntos como la revelación de la identidad y perfil de los responsables, que es cumplido de forma parcial por el 65% de los colegios profesionales. Las conclusiones del informe destacan por lo anteriormente expuesto, que aún quedan muchos aspectos por mejorar dentro de la transparencia y el acceso a la información dentro de estas organizaciones •



Cuadro evaluativo de los portales de transparencia de los colegios profesionales

	INDICADOR	NO CUMPLE (%)	CUMPLIMIENTO PARCIAL (%)	CUMPLE (%)
01.01	Portal o sección específica	92%	0%	8%
01.02	Textos introductorios	95%	3%	3%
01.03	Gráficos o ilustraciones	100%	0%	0%
01.04	Tablas	97%	3%	0%
01.05	Actualización suficiente de la información	77%	18%	5%
01.06	Publicación de la información histórica	74%	21%	5%
01.07	Accesibilidad para personas con discapacidad	74%	0%	26%
01.08	Protección de datos de carácter personal	0%	0%	100%
01.09	Uso de formatos reutilizables	100%	0%	0%
02.01	Funciones	42%	22%	36%
02.02	Normativa relevante	11%	16%	73%
02.03	Organigrama	28%	36%	36%
02.04	Identidad y perfil de responsables	16%	65%	19%
02.05	Planes y programas	100%	0%	0%

	INDICADOR	NO CUMPLE (%)	CUMPLIMIENTO PARCIAL (%)	CUMPLE (%)
02.06	Informes e indicadores de evaluación	100%	0%	0%
03.01	Contratos realizados	92%	0%	8%
03.02	Procedimientos de contratación	95%	0%	5%
03.03	Convenios suscritos	72%	15%	13%
03.04	Encomiendas de gestión	100%	0%	0%
03.05	Subvenciones y ayudas públicas concedidas	97%	3%	0%
03.06	Presupuestos	69%	13%	18%
03.07	Estado de ejecución de los presupuestos	95%	3%	3%
03.08	Cuentas anuales	67%	3%	31%
03.09	Informes de auditoría y fiscalización	79%	0%	21%
03.10	Retribuciones de altos cargos	79%	8%	13%
03.11	Indemnizaciones abandono del cargo	100%	0%	0%
03.12	Autorización de compatibilidad	100%	0%	0%
03.13	Calidad de los servicios prestados	100%	0%	0%
04.01	Ejercicio on-line del derecho	97%	0%	3%
04.02	Información sobre límites del derecho	85%	13%	3%
04.03	Información sobre ejercicio presencial	56%	41%	3%

ASISTIRÁN CERCA DE 1000 PEQUEÑOS

El COEM organiza cursos de ayuda para que los niños pierdan el miedo al dentista

El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (COEM), a través de su fundación (FCOEM) organiza talleres dirigidos a niños entre 5 y 8 años para ayudar a los que tienen miedo al dentista a superar sus temores y a conocer el mundo de los dientes de una forma divertida. Esta iniciativa se enmarca en la campaña “Mamá, papá, vamos al dentista”, y tiene como objetivo principal familiarizar a los niños con la figura del “dentista amigo”, así como fomentar unos hábitos saludables en los escolares.

Del 30 de mayo al 3 de junio, cerca de 1.000 niños asistieron a esos talleres que se desarrollaron en los Colegios Gredos San Diego de Madrid.



Un viaje al mundo de los dientes de la mano de Drakulín

El taller acerca de forma amena el mundo de la Odontología a los niños a través de la figura de “Drakulín”, un simpático vampiro que en-



seña a los pequeños a conocer sus propios dientes a través de su maleta con forma de dentadura que guarda numerosas sorpresas.

Además, y como complemento a esta campaña el COEM también organizará un nuevo curso gratuito de odontofobia infantil, que tendrá lugar próximamente en la sede del colegio (C/ Mauricio Legendre, 38) •

LEY DE COLEGIOS PROFESIONALES

Una prioridad para Ciudadanos y Podemos que no comparten PP y PSOE



En el Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid (COAM) se celebró el encuentro ‘El futuro de las profesiones’, una cita organizada por Unión Profesional en la que PP y PSOE reconocieron que la Ley de Servicios y Colegios Profesionales no es una prioridad, mientras que las fuerzas políticas emergentes representadas por Ciudadanos y Unidos Podemos sí lo ven así.

El encuentro contó con la participación de estos partidos políticos representados por el vicesecretario sectorial del PP, Javier Maroto; el secretario de Economía del PSOE, Manuel de la Rocha; el delegado de Ciudadanos en Madrid, Miguel Gutiérrez; y el miembro de la Secretaría de Economía de Podemos, Iván Ayala. Como moderador, participó el presidente de Unión Profesional, Jordi Ludevid.

Todos los representantes políticos coincidieron en considerar que la obligación o no de colegiación dependa de cada profesión, mientras que los miembros de Unión Profesional dejaron bien clara que ésta debe conservarse para garantizar la calidad y la seguridad.

A juicio de Iván Ayala, el sector en cuestión “merece un marco jurídico específico”, el cual “debe garantizar la posibilidad de acceso y el control de la actividad”. “Necesita adaptarse a la actualidad”, sostuvo en relación con la ley que “necesitan los Colegios”, y destacó que “hay que

“*Los representantes políticos coinciden en que la colegiación debe depender de cada profesión, mientras que Unión Profesional cree que debe conservarse para garantizar calidad y seguridad.*”

respetar el interés general y la seguridad para el consumidor”.

El representante de Unidos Podemos argumentó que se tomará como punto de partida el anteproyecto de ley que data de noviembre de 2014 si así lo quieren los profesionales, algo que compartió Miguel Gutiérrez, que se mostró en la misma línea al declarar que la reforma en cuanto a los Colegios profesionales “es obligada, no se puede esconder por más tiempo”, para lo que también aseguró que se aportará “diálogo”.

La necesidad de “equilibrio” en la ley fue argumentada por el miembro de Ciudadanos, que concretó que éste debe darse entre los “beneficios” que aportan los Colegios a “consumidores, profesionales, Ad-

ministración y el empleo universitario” y sus “riesgos”.

“Ésta no era ni es la prioridad, regular el sector no es la principal solución para la creación de empleo”, manifestó Javier Maroto, que sostuvo, no obstante, que es tiempo de pactos.

Manuel de la Rocha del PSOE, fue contestado por Jordi Ludevid y el resto de la audiencia, a colación de sus “tópicos economicistas” que “no responden a la realidad”. También afirmó que la Ley de Colegios “no es la prioridad.

“Pretende potenciar la movilidad y ampliar las oportunidades laborales”, prosiguió el socialista en relación con la norma, tras lo que indicó que se pretende “fortalecer la capacidad para competir”, mediante la reducción “de las barreras de entrada a la actividad”.

Una vez planteados estos argumentos, diferentes intervinientes en la jornada insistieron en que “el intrusismo se soluciona con más colegiación”, por lo que “ahora debería ser más obligatoria”. “Hay sectores que no entendemos la competencia, hay profesiones con otros valores”, manifestó Juan José Rodríguez Sendín, Presidente del Consejo de Médicos, en su defensa de la colegiación •

“*Una vez planteados los argumentos, diferentes intervinientes insistieron en que el intrusismo se soluciona con más colegiación, por lo que debería ser más obligatoria.*”

NSK



CREATE IT.

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

CON LA PARTICIPACIÓN DE MÁS DE 3.000 ADOLESCENTES

El COENA participa en el Día Mundial contra el tabaco

Más de 3.000 adolescentes de 30 centros educativos de Navarra han participado en este curso en las actividades que tienen como objetivo la prevención del tabaquismo y el retraso del inicio de su consumo. Estas actividades han sido organizadas por el Departamento de Salud y Educación del Gobierno de Navarra, el Colegio de Dentistas (pionero en el concurso de vídeos contra el tabaco), los colegios de Médicos y Enfermería, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT).

fue entregado por el Dr. Luis Apezetxea, miembro de la Junta del COENA. A su vez, el trabajo "Collage" resultó ganador en el concurso de carteles.

Día Mundial Sin Tabaco

El COENA se suma, de esta forma, a la celebración del Día Mundial sin Tabaco, que este año tiene como objetivo lograr el empaquetado neutro o genérico de las cajetillas de tabaco y reducir así su atractivo, especialmente entre los más jóvenes. Y es que según la "Encuesta de Juventud Navarra 2013-2014", para la población joven de 14-29 años, la edad de

COENA 

Colegio Oficial de Odontólogos
y Estomatólogos de Navarra

El Dr. Apezetxea, en el momento de la entrega de premios, hizo especial hincapié en las consecuencias que tiene el consumo de tabaco en la boca con el fin de sensibilizar a los jóvenes. Así, les explicó que, además del mal aliento y la tinción de los dientes, disminuye la percepción de los sabores



“
El COENA (Colegio de Odontólogos de Navarra) se suma a la celebración del Día Mundial sin Tabaco, que este año tiene como objetivo el empaquetado genérico de las cajetillas.
”

Las propuestas informativas y educacionales para la prevención del tabaquismo incluían, además de materiales para el aula y el centro (carteles, folletos) un concurso de vídeos y carteles dirigidos a alumnos de ESO, Bachiller y FP.

De los 14 montajes audiovisuales presentados al concurso, resultaron ganadores "Papel" y "Quién consume a quién", cuyo premio

inicio del consumo de tabaco es de 15,3 años y la edad media a la que se comienza a fumar a diario es de 16,5 años. De cada 10 jóvenes, 6 nunca han fumado, 2 fuman ocasionalmente y 2 a diario, con una media de 8,7 cigarrillos/día, cifra que aumenta con la edad. En el grupo de 14 a 17 años, el porcentaje de chicas duplica al de chicos (10,2 y 5,3 respectivamente).

y puede acarrear problemas de encías e incluso retrasar un tratamiento de ortodoncia, además de problemas más serios como el cáncer de labios y lengua o el fracaso de los implantes. Asimismo, manifestó estar convencido de que a través del proyecto y del concurso se ha logrado estimular a los jóvenes para convertirse en embajadores anti tabaco ●

Premium ^{3°} Day

Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada

30 junio 1-2 julio 2016

Valencia, Palacio de Congresos



30 junio 2016, taller pre-congresual:
Sidney Kina: Restauraciones estéticas cerámicas
Ignazio Loi: B.O.P.T., del diente natural al implante PRAMA

Viernes 01 de julio

Moderador Maximino González-Jaranay Ruiz

- 09:30 **Eusebio Torres Carranza**
Relación implantes-prótesis en caso de déficit del tejido óseo
- 10:00 **Joan Faus López**
Implantología estética con Prama: aspectos quirúrgicos y protésicos en el sector anterosuperior
- 10:30 **Alfredo Machin Muñiz**
Manejo de los tejidos blandos en implantología
- 11:00 **José Carlos Moreno Vázquez**
Crecimiento sostenible en implantología

12:00 Bienvenida: **Sandro Martina, Miguel Peñarrocha Diago, Ugo Covani**

Moderador João Caramês

- 12:10 **Fabio Vignoletti**
Biología y clínica de los sistemas Sweden & Martina tras 5 años de investigación
- 13:00 **Alberto Sicilia Felechosa**
Estética predecible y mínima invasividad. Preservación y reconstrucción alveolar en el sector anterior
- 13:40 **Juan Carlos De Vicente Rodríguez**
Cirugía del seno maxilar en implantología

Moderador Santiago Llorente Pendás

- 15:30 **Enrico Gherlone**
Utilización de un implante nuevo con conexión conométrica en las rehabilitaciones protésicas realizadas tanto con técnicas tradicionales como sobre implantes angulados
- 16:15 **Ugo Covani**
El área del peri-implante: consideraciones biológicas y clínicas

Moderador Eugenio Velasco Ortega

- 17:30 **Salvador Albalat Estela**
Aplicaciones en implantología del escáner intraoral, de la cirugía a la prótesis
- 18:15 **Giuseppe Vignato**
La gestión del ansia y del dolor en el paciente: técnicas conductuales y farmacológicas
- 18:45 **Gioacchino Cannizzaro, Vittorio Ferri**
"Fixed-on-two", implantes súper-cortos, carga inmediata y restauración final en un día, cirugía sin colgajo... Rotura del dogma como horizonte desafiador y visiones clínicas reales
- 21:30 Cena de Gala

Sábado 02 de julio

La técnica B.O.P.T. sobre dientes e implantes

Moderador Julio Galván Guerrero

- 09:30 **Ignazio Loi**
Desde la técnica B.O.P.T. hasta el implante Prama: la historia
- 10:30 **Rubén Agustín Panadero**
Piensa, planifica y ejecuta en vertical
- 11:00 **Guillermo Pradies Ramiro**
Preguntas y respuestas: ¿Es indiferente la longitud y el tipo de conexión de las coronas que colocamos? ¿Podemos realizar restauraciones CEREC con Sweden & Martina? ¿B.O.P.T., Premium o Prama?

Moderador Nacho Rodríguez Ruiz

- 12:00 **Xavier Rodríguez Ciurana, Xavier Vela Nebot**
The conical evolution/revolution
- 13:00 **Marco Csonka**
Ventajas clínicas de los implantes Prama: implantes angulados, All-on-Prama, post-extracción inmediatos y alternativa a las ROG vestibulares
- 13:30 **Berta García Mira**
Cirugía guiada en implantología bucal. Estado actual
- 14:00 **Guillermo Cabanes Gumbau**
Prama y B.O.P.T.: una pareja cuanto menos interesante

EN MADRID, LOS DÍAS 15 Y 16 DE ABRIL

II Congreso Europeo de Historia de la Odontología

Presidido por el Prof. Javier Sanz, a su vez presidente de la Sociedad Española de Historia de la Odontología (SEHO), y junto a las sociedades homónimas Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire (SFHAD) y Società Italiana di Storia della OdontoStomatologia (SISOS), presididas respectivamente por los profesores Pierre Baron y Paolo Zampetti, se celebró en Madrid, en el salón de actos de la Real Academia Nacional de Medicina, el II Congreso Europeo de Historia de la Odontología, durante los días 15 y 16 de abril. Asistieron representantes de varios países europeos: Portugal, España, Italia, Francia, Bélgica y Turquía, y también historiadores de otros países como Argentina, Guatemala o la República del Congo.

Con la ponencia “La importancia de las Humanidades en los profesionales de ciencias de la salud”, abrió el congreso el Prof. Antonio López Vega, de la Facultad de Geografía e Historia de la UCM y ex presidente de la Fundación Ortega-Marañón, remontándose quinientos años para revisar la evolución del humanismo y dejar patente la necesidad de que se incluyan las humanidades en el currículo de los profesionales sanitarios. La Prof^a. María José Solera, coordinadora del “Proyecto Epónimos Odontológicos” de la SEHO, fue la segunda conferenciante, exponiendo las líneas de dicho proyecto, presentándose varias comunicaciones sobre el mismo, entre las 43 comunicaciones libres, que fueron dictadas por los cerca de 80 historiadores que acudieron a la cita.

La idea de un congreso que agrupara a los historiadores europeos, surgió en Turín en el año 2010 y fue promovida por el Dr. Javier Sanz, el cual, como presidente de SEHO, animó a sus homólogos Baron y Zampetti a celebrar estos encuentros, teniendo lugar el primero de ellos en Lyon en el año 2013,

“*La idea de un congreso que agrupara a los historiadores europeos surgió en Turín en 2010 y fue promovida por el Dr. Javier Sanz, que animó a sus homólogos Baron y Zampetti a celebrarlos.*”

correspondiendo el turno siguiente en Italia.

Estas sociedades no cesan su actividad de dar razón sobre el recuerdo histórico de la odontología para poder entender mejor el presente y proyectarse en el futuro, trabajando en diversas líneas de investigación que surgen de sus miembros. Asimismo es parte im-

portante la celebración de congresos nacionales e internacionales.

SEHO celebró el año pasado su XIV Congreso Nacional y IX Internacional. Ahora, felizmente, ha organizado y dirigido este congreso europeo de alto nivel científico en el que se hermanan y hacen puesta en común los historiadores del viejo continente •





DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**

PENSADAS
PARA USTED
Y SU HOGAR

Hasta un

25%*
dto.

en su Seguro de Hogar

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

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

A.M.A. MADRID

Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com

Síguenos en     

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 30 de junio de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

POR CUARTO AÑO CONSECUTIVO

AMA sitúa su beneficio bruto por encima de los 20 millones de euros

La Mutua de los Profesionales Sanitarios, AMA, ha aprobado sus cuentas del pasado ejercicio en su Asamblea. Diego Murillo, Presidente de la entidad, destacó que la compañía obtuvo unos fondos propios de 196,8 millones de euros al cierre del año pasado, lo que representa un superávit de más de cien millones de euros.

“ *La Mutua es la única compañía nacional especializada en ofrecer todo tipo de seguros para los profesionales sanitarios y sus familiares.* ”

AMA obtuvo 20,6 millones de euros de beneficio antes de impuestos en 2015, con un volumen de primas de 161 millones de euros en el ejercicio.

La compañía incrementó un 1,3% sus pólizas y casi un 2% su número de asegurados el ejercicio pasado, hasta un total de 556.290. La Mutua también elevó un 4% su volumen de negocio sobre los

cerca de novecientos mil productos contratados activos al cierre de 2015.

La Mutua es la única compañía nacional especializada en ofrecer todo tipo de seguros para los profesionales sanitarios y sus familiares. Lleva 51 años fiel a esa especialización en España, y en ese tiempo, con unos 600.000 asegurados, se ha consolidado entre las grandes mutuas de seguros nacionales.

Primer Aniversario en Ecuador

El Doctor Murillo informó también de que A.M.A. ha cumplido su primer aniversario en Ecuador, donde ya ha suscrito acuerdos de colaboración con varias entidades de referencia, como la Federación Odontológica Ecuatoriana, el Hospital Vozandes o la Universidad Católica de Ecuador.

Por segmentos, la compañía elevó un 9% su cartera de pólizas de Responsabilidad Civil profesional, hasta casi 58.000 pólizas y más de 300.000 profesionales sanitarios asegurados. En automóvil redujo sus productos contratados un 1,65%, si bien siguen significando un 54% de las pólizas contratadas totales y el 65,6% de las primas emitidas por la Mutua.



Murillo matizó que la Mutua de Profesionales Sanitarios ha sabido resistir frente a la política “temeraria” de descuentos seguida por otras compañías en el ramo de automóvil, y que empieza a diluirse ante las mayores indemnizaciones reconocidas en el nuevo baremo por daños en accidentes de tráfico. En un entorno económico más favorable, que está permitiendo la recuperación de precios, considera que AMA está en condiciones de recuperar cuota de mercado, y recordó que los seguros de automóvil de la Mutua se sitúan entre los tres mejores de España y los segundos mejores por precio según el Informe Stiga 2015, principal estudio independiente nacional sobre percepción de productos de gran consumo •





Elige
CALIDAD,



Elige
SONREÍR

Abrimos
en
Agosto

PROMOCIÓN EN
PRÓTESIS FIJA,
INFÓRMESE

2.0mm
1.5mm 1.5mm
1.0mm 1.0mm
24 horas
LEDUR



 **DURAMITE**[®]
by LEDUR

La resina Duramite es la solución para las sobredentaduras tipo Locator

ICECROWN[®]
by LEDUR

- Zirconio
- Carillas
- Disilicato de litio
- ALTA CALIDAD
- ALTA ESTÉTICA



Especialistas en todo tipo de prótesis sobre implantes

Pioneros en CAD CAM e impresoras 3D

INFÓRMESE

91 173 15 18 / 91 172 68 06 / info@ledur24h.com / www.ledur24h.com

Laboratorio de estética dental urgente

FIRMA DE LA DECLARACIÓN DE VALENCIA

SEPA reúne más de 4.000 profesionales

La 50ª Reunión Anual SEPA y la 6ª Reunión de Higiene Bucodental se celebró del 12 al 14 del pasado mes de mayo en Valencia. Durante el transcurso del evento, en el que se dieron cita más de 4.000 profesionales de la salud bucodental, se presentaron unas 250 comunicaciones científicas, participaron más de 100 ponentes nacionales e internacionales, y contó con la presencia de 80 empresas que expusieron sus productos y novedades en ExpoPerio.

En el marco de este encuentro profesional se presentó la denominada “Declaración de Valencia”, un manifiesto que ya cuenta con la adhesión de autoridades sanitarias, sociedades de odontología, sociedades médicas, universidades y colegios profesionales de odontólogos y de higienistas dentales, entre otros muchos, y que espera ir recabando nuevas incorporaciones próximamente.

Esta alianza, que pretende impulsar la promoción de la salud

“ *La Declaración de Valencia es un manifiesto que cuenta con el apoyo de autoridades sanitarias y sociedades médicas, universidades y colegios profesionales.* ”





periodontal y general, está promovida por la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA), en colaboración con la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Sociedad Española de Diabetes (SED).

Es una iniciativa abierta y de cooperación entre profesionales sanitarios, entidades científicas e instituciones públicas que tienen la salud y el bienestar de las personas en el centro de su actividad.

SEPA VALENCIA 2016

REUNIÓN ANUAL
NÚMERO 50



El objetivo de este acuerdo es avanzar en tres ámbitos esenciales: la información, la integración multidisciplinar y la investigación, poniendo el acento en la importancia que puede desempeñar la consulta dental como centro colaborador en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El acto de firma y presentación de la “Declaración de Valencia”, se realizó el 12 de mayo y se acompañó de distintos actos divulgativos y formativos en varios países europeos ●



Entrega en
24 horas
Garantizado



OsteoBiol[®]
by Tecnos

Utilizado en más de 500.000 cirugías - Distribuido en más de 40 países - Excelente documentación científica

OFERTAS VÁLIDAS PARA MAYO JUNIO Y JULIO DE 2016

Mp3 Granulado mix prehidratado

Prehidratado y listo para su uso

- ▶ Gran similitud con el hueso humano. ⁽¹⁾
- 1 | FIGUEIREDO ET AL.; JOURNAL OF BIOMEDICAL MATERIALS RESEARCH; 2010
- ▶ Composición dual: mineral + colágeno. ⁽²⁾
- 2 | NANNMARK SENNERBY; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2008
- ▶ **Se reabsorbe gradualmente.** ⁽³⁾
- 3 | BARONE ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2010
- ▶ Ideal para elevación de seno ⁽³⁻⁴⁾ y preservación de la cresta. ⁽⁵⁾
- 4 | PALACCI, NANNMARK; L'INFORMATION DENTAIRE; 2011
- 5 | BARONE ET AL.; JOURNAL OF PERIODONTOLOGY; 2008

3+1
Jeringa Mp3
1 c.c.



MP3 1 C.C. X 3 JERINGAS
REF. A3030FS 375 €.

Evolution 100% pericardio

Máxima adaptabilidad al tejido óseo

- ▶ La mejor interfaz membrana / hueso y membrana / periostio.
- ▶ Fácil y segura a la hora de suturar.
- ▶ Estabilidad y protección prolongada.

4+1
Evolution Fina
20x20 ó 30x30 mm



EVOLUTION FINA 20X20MM
REF. EV02LLE 109 €.
EVOLUTION FINA 30X30MM
REF. EV03LLE 126 €.

Apatos 100% mix de hueso

Consistencia natural y microporosa

- ▶ Mix de hueso porcino esponjoso y cortical.
- ▶ Facilita la formación de nuevo tejido óseo.
- ▶ Acelera el proceso fisiológico.
- ▶ Ideal para elevación de seno, defectos a dos paredes, defectos infraóseos, aumento del seno maxilar...

4 Apatos
Viales de 0,5gr
+ REGALO
1 Duo-Teck
20x20 mm



APATOS 0,5 GR
REF. A1005FS 61 €.



DUO-TECK 20X20 MM
REF. DT020 52 €.


Osteogenos
Dental Surgical Devices

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 daría lugar a indemnización alguna en caso de no poder cumplir con el plazo de entrega.

CELEBRADO EN VALENCIA

I^{er} Simposio de Implantología en Atrofias Maxilares

El pasado 29 de abril, se celebró el I^{er} Simposio de implantología en atrofias maxilares en Valencia, bajo la organización del Servicio de Odontostomatología del Hospital Universitario Doctor Peset y de BEGO.

El evento, al que acudieron un centenar de profesionales, estuvo presidido por el Dr. Francisco Javier Silvestre Donat y fue inaugurado por el Gerente del Departamento de Salud de Valencia – Doctor Peset, el Dr. Francisco M. Dolz Sinisterra y la Directora Territorial de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Publica, la Sra. Maria Teresa Cardona.

“*El evento estuvo presidido por el Dr. Francisco Javier Silvestre Donat y fue inaugurado por el Gerente del Departamento de Salud de Valencia.*”

El Dr. Isidoro Cortell inició la Jornada con su presentación titulada “Elevación de seno maxilar. Puesta al día”. Realizó una puesta al día de las diferentes técnicas asociadas a este procedimiento, indicando las directrices a seguir para elegir la técnica más apropiada en cada caso.

A continuación, el Dr. Artur Díaz Carandell pronunció la conferencia “Injertos óseos en el maxilar atrófico”, en la que se abordaron las diferentes opciones reconstructivas frente al problema del maxilar atrófico, con una presentación de casos clínicos muy interesantes.





Después de un animado coffee break, siguieron las presentaciones con la ponencia del Dr. Pablo Galindo Moreno titulada “Claves en el desarrollo y progresión de la periimplantitis”. El ponente realizó una magnífica revisión de los factores de riesgo en este tipo de infecciones y su relación con un nuevo concepto de microbióta y con la inflamación, describiendo los mecanismos que actualmente se consideran en el avance de la enfermedad, y los criterios más actuales para detener su progresión. Además, también mencionó los factores clínicos que pueden evitar

estas situaciones en la actualidad. La última ponencia fue presentada por el Dr. Miguel Peñarrocha Diago, que dictó sobre “Implantes palatinizados”. Describió las posibilidades para colocar implantes en pacientes con grandes atrofas óseas, explicando la base científica de estos tratamientos y sus resultados a largo plazo.

La jornada finalizó con una mesa redonda en la que participaron todos los ponentes, con la respuesta de un público entusiasta que participó activamente con sus preguntas y dudas sobre todo lo expuesto durante la interesante e intensa jornada ●

“
La jornada finalizó con una mesa redonda en la que participaron todos los ponentes, con la respuesta de un público entusiasta.
 ”



IMPORTANTE REVISIÓN DE TEMAS DE GRAN ACTUALIDAD

La SEOP celebra su XXXVIII edición con un intenso programa

La XXXVIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría se celebró del pasado 26 al 28 de mayo, en el Palacio de Exposiciones y Congresos de La Coruña, una céntrica ubicación en el corazón de la ciudad.

El completo programa de este encuentro profesional se centró en diversas sub-especialidades del mundo de la odontología, lo que representó una ocasión única para la puesta al día en diversos aspectos de la profesión. Entre otros temas tratados destacamos las pre-

sentaciones sobre la utilidad de los programas de desensibilización en pacientes con TEA, las manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas en niños y el manejo de los problemas periodontales en niños y adolescentes, entre otras. La conferencia magistral, **“La revolución genómica y su impacto en odontopediatría”**, congregó a un numeroso público.

El nivel científico de los casos expuestos y los ponentes participantes fue excelente, así como la asistencia de destacadísimos profe-



“ El completo programa de este encuentro representó una ocasión única para la puesta al día en diversos aspectos de la profesión. ”



sionales del mundo de la periodoncia, ortodoncia, endodoncia, de los pacientes especiales, de operatoria dental o de las patologías de la mucosa oral, logopedas y rehabilitadores médicos.

La reunión supuso, igualmente, una gran oportunidad para disfrutar de la ciudad gallega, y el emplazamiento del Congreso permitió a los asistentes disfrutar del placer de perderse por las callejuelas de la ciudad vieja y caminar junto al mar ●



FUNDACIÓN HANAN

Sonrisas andalusíes al otro lado del estrecho

Hablar de Tetuán evoca a cualquier madrileño la imagen de uno de sus distritos más señeros. Los lectores de María Dueñas la ubicarán en su imprescindible texto “Un tiempo entre costuras”. Un sevillano pensará en una de sus calles más céntricas y vitales. Los amantes de la historia retrocederán en el tiempo y recordarán la Guerra de África y la capitalidad del Protectorado Español en la primera mitad del siglo XX. Para los miembros de la Fundación Odontología Social decir Tetuán es sonrisas, afecto de

“*La Fundación Hanan ha atendido durante los últimos 40 años a miles de niños con limitaciones físicas y/o psíquicas del norte de Marruecos.*”

niños con especial encanto y uno de los lugares donde nos convenimos que la odontología puede hacer más felices a los que más lo necesitan.

La Fundación Hanan ha atendido durante los últimos cuarenta años a miles de niños con limitaciones físicas y/o psíquicas del norte de Marruecos. Con el Dr. Abdeslam Bakouri al frente como Presidente de la Fundación movilizan a la sociedad tetuaní para formar y capacitar a esta población infantil con necesidades



diferentes. Buscan su autonomía, luchan por su integración laboral y social, intentan que sean más libres, más independientes y por ende, más felices. Para ello cuentan con profesores, fisioterapeutas, monitores deportivos, tutores ocupacionales, pediatras, foniatras, logopedas, etc. En definitiva se trata de una Fundación modélica que constituye un referente solidario en el norte de Marruecos. De hecho, el Rey Mohamed VI visita sus instalaciones periódicamente y la Casa Real ayuda a su mantenimiento.

La Fundación Hanan cubría y cubre distintas necesidades del colectivo infantil pero hasta el año 2010 no llevó a cabo ningún tipo de programa de salud oral. Esto provocaba visitas a dentistas externos para atender de urgencia procesos infecciosos, odontalgias, fracturas, etc. En definitiva dolor, ansiedad y noches de insomnio. En aquel año la Fundación Hanan y la Fundación Odontología Social deciden crear la primera clínica dental solidaria del norte de Marruecos. Y la primera clínica para población infantil dis-



“ *En 2010 la Fundación Hanan y la Fundación Odontología Social decidieron crear la primera clínica dental solidaria del norte de Marruecos.* ”



capacitada del norte de África. La Fundación Odontología Social dotó íntegramente las instalaciones: unidad dental Kavo, dos unidades móviles, material quirúrgico, autoclave, fungible. Ya se podía atender odontológicamente en la clínica dental de la Fundación Hanan.

Desde febrero de 2010 han sido centenares de niños/as los atendidos por nosotros. Se han realizado programas de formación de monitores, talleres de higiene oral, multitud de terapias. Cualquier acción desarrollada en estos años venía a

paliar la inacción existente previamente. Actualmente, asistimos a una encrucijada en la que debemos ser imaginativos para superar los obstáculos que encuentra el proyecto para su continuidad y consolidación. Fuimos pioneros, atendimos y educamos. Dimos lo mejor de nosotros. Todo lo aportado es mínimo en relación a las sensaciones que recibimos de esos agradecidos niños. Ellos se lo merecen todo. Ojalá la clínica dental solidaria de Hanan-Tetuán continúe regalando sonrisas ●

Prof. Antonio Castaño Seiquer.
Presidente Fundación
Odontología Social.

El autismo, UN TRASTORNO POCO CONOCIDO

Hace unas semanas nos llegó la noticia de que el Servicio de Odontología del Hospital Gregorio Marañón había recibido un premio de la Federación de Autismo de Madrid por su contribución a la mejora de la atención bucodental a personas con Trastorno del Espectro Autista. Esta información nos animó a reservar un espacio en nuestra publicación para hablar del autismo, un trastorno poco conocido, difícil de definir, con una

sintomatología que, en ocasiones, puede confundir su diagnóstico. Para poder profundizar en el tema nos hemos puesto en contacto con la **Federación de Autismo de Madrid** que, a través de la psicóloga **Laura Hijosa**, nos ha contado detalles sobre estos trastornos, las terapias y tratamientos, y lo que representan esas entidades y asociaciones que prestan ayuda a estos pacientes y sus familias.

¿Qué es el autismo?

Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) son un grupo de alteraciones de origen neurobiológico, aún desconocido, que afectan al desarrollo de la persona y que van a estar presentes a lo largo de su vida, produciendo unos cambios cualitativos y cuantitativos en su proceso cognitivo, modificando su manera de estar y de relacionarse con su entorno.

Hablamos de espectro porque los TEA comprenden un grupo de manifestaciones clínicas que, aunque comparten un núcleo común, muestran una gran variabilidad de conductas y expresiones.

La idea de tomar el autismo como un continuo, más que como una categoría única, nos ayuda a entender que, cuando hablamos de autismo estamos hablando de personas muy diferentes entre sí.

Dentro de las características comunes encontramos alteraciones en las siguientes áreas:

- **Relación social:** hay personas con TEA que no muestran interés en relacionarse y hay otras que se relacionan mostrando alguna dificultad en sus habilidades sociales.
- **Comunicación:** que puede darse a nivel expresivo y/o a nivel comprensivo. Encontramos personas con TEA que no llegan a alcanzar destrezas comunicativas, otras que se comunican mediante el uso de sistemas aumentativos o alternativos de comunicación, y otras que tienen habilidades lingüísticas fluidas, pero que tienen dificultades para utilizarlas de manera funcional.
- **Comportamiento:** suelen presentar intereses y conductas repetitivas e inflexibles, dificultad para afrontar cambios, también a diferentes niveles.
- **Imaginación.**

Aunque estas alteraciones no tienen cura, pues el autismo no es una enfermedad, sí son susceptibles de mejora con los apoyos, recursos, servicios y tratamientos adecuados.

¿Cuáles son las terapias y tratamientos para el autismo?

El objetivo de todo tratamiento, intervención o terapia debe ser siempre el desarrollar las máximas capacidades de la persona con TEA, de modo que en su vida logre ser lo más autónoma y lo más feliz posible, a la vez que alcance la máxima integración en la sociedad.

Además, toda intervención terapéutica debe siempre adaptarse a las características particulares de cada persona con TEA y a su entorno familiar y social. Debe presentar una programación de objetivos individualizada y mantener una continuidad tanto del personal como de los lugares y los tiempos, de modo que se aseguren los aprendizajes.

En caso de que intervengan varios profesionales en un tratamiento, o de que se apliquen varios tratamientos complementarios, la coordinación entre todos los profesionales y la familia es fundamental.

El tratamiento a utilizar debe también estar contrastado científicamente, de modo que sus beneficios estén comprobados, no dejándose estafar por terapias que prometen la cura del autismo o que ofrecen tratamientos sospechosos y no fundamentados.

Por otro lado, es importante destacar que el grado de incidencia de los TEA ha aumentado a lo largo de los últimos años. Actualmente las cifras que se manejan en los estudios epidemiológicos realizados en

Europa, apuntan a una prevalencia de aproximadamente 1 caso de TEA por cada 100 nacimientos (Autism Europe 2015); Además, el autismo se presenta cuatro veces más en hombres que en mujeres.

Teniendo en cuenta toda esta realidad se hace imprescindible que la sociedad en general conozca que son los TEA, se eliminen mitos y malas informaciones sobre ellos, de cara a favorecer una verdadera inclusión de este colectivo, inclusión que debe darse en todos los ámbitos de la vida: sanidad, educación, empleo, ocio, etc.

Si bien es cierto que, a lo largo de los últimos años, se han logrado avances en todos los sentidos, llegando a estar posicionada España como uno de los países más punte-

ros en el campo de los TEA, es fundamental seguir alcanzado mejoras que son urgentes.

Desde la Federación Autismo de Madrid y sus entidades federadas, se trabaja para que estas necesidades y estos derechos se cubran, ofreciendo información, formación, asesoramiento, campañas de sensibilización social, labor institucional, comisiones de trabajo, defensa de derechos y un largo etcétera.

A las familias de las personas con TEA siempre les recomendamos que se informen y que se asesoren. Desde Autismo Madrid siempre estamos a su disposición y pueden contactar con nosotros cuando consideren, igual recomendación hacemos a los profesionales que estén interesados en este ámbito.

Asociaciones y entidades de apoyo a pacientes con autismo

Existen diversas asociaciones y entidades que proporcionan toda la información y apoyo necesario para poder ayudar a mejorar la calidad de estas personas y sus familias.

En la Comunidad de Madrid la Federación de Autismo está compuesta por varias asociaciones:

Antares, Cepri, Araya, Afanya TGD, ProTGD, Nuevo Horizonte, Sumate+A, IPP Quintero Lumbreras, AUCAVI.

Todas estas organizaciones tienen como punto común su vocación de movilización de la sociedad hacia estados de mayor tolerancia, aceptación de la diversidad, y afianzamiento de las ideas de la solidaridad, al cuidado de los más débiles y la justicia social.



Atención Bucodental en Araya

La atención bucodental de este tipo de pacientes no es tarea sencilla, requiere una sensibilidad y dedicación especial. Araya, un colegio de educación especial concertado que escolariza a personas con trastornos del espectro autista, cuenta con un servicio de atención odontológica que presta servicio una vez por semana en sus instalaciones. **Inmaculada Izquierdo**, Directora del Colegio, nos ha contado los detalles de esta interesante iniciativa que se lleva a cabo gracias a la colaboración de la Coordinadora del Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid, **Paola Beltri**, y sus alumnos, que

participan como voluntarios en esta actividad.

Inmaculada Izquierdo nos comenta que “hace bastante años empezamos un plan de mejora de la salud, a nivel general, para poder hacer una desensibilización a todos los aspectos médicos. En una primera fase hacemos una desensibilización dentro del cole, montamos una consulta médica, con todo el instrumental que podemos reunir, semanalmente, y en cada aula se hace simulación de una consulta. Se tumba al niño en un sofá, abre la boca, se le ausculta, etc..., en un segundo paso, vamos a la consulta real de pediatría y de enfermería al ambulatorio que tenemos aquí al lado”.

En estas actividades de simulación de consultas se trata de “mostrarles de una forma didáctica todo este procedimiento, e ir informándoles, para que estén tranquilos. Tenemos unos pictogramas que les vamos mostrando, para que estén informados de todas las acciones que se van a hacer y no se asusten”.

Consulta de Odontología

“Con la consulta de odontología llevamos dos años, cuando una profesora del cole conoció a Paola, la Coordinadora del máster de Odontopediatría de la Universidad Europea. Ella y su equipo vienen una vez a la semana, y se ocupan de atender a



los niños, les hacen exploraciones bucales, limpiezas de boca, les dan flúor. Previamente, al igual que he comentado antes, se sientan con el paciente, que está acompañado por su monitor, y van explicándoles con pictogramas, y paso a paso, todas las acciones que van a realizar. Con ello generan un clima de tranquilidad y confianza en el paciente”.

El equipo y el material empleado en esta “consulta” ha sido cedido por la Universidad Europea, que apoya esta iniciativa, aunque es una actividad extracurricular del Máster, voluntaria.

Inmaculada Izquierdo también nos comenta cómo llevan a cabo la “formación” del equipo de odontólogos para tratar a estos pacientes. “Al iniciar esta actividad en el Colegio Araya, Paola Beltri, coordinadora del Máster de Odontopediatría, y su equipo de voluntarias, recibieron una serie de pautas por parte de los profesores del colegio para poder tratar a estos pacientes. Ellas están acompañadas por su tutor en todo momento., ya que si tienen un día

malo, ellos advierten a las odontólogas cómo tratarlos”.

Tanto Inmaculada Izquierdo como Paola Beltri comentan que “si hubiera mucha más prevención no habría problemas para desarrollar estos tratamientos. No obstante, nos hemos sorprendido al ver cómo tienen la boca muchos de los niños de este colegio porque, en general, la tienen bastante bien. Se nota que sus familias se han tomado muy en serio el tema de la prevención, de la limpieza bucal, las tienen muy bien cuidadas”.

Añaden que, “aquí en Araya les hacemos mucho hincapié en el lavado de dientes tras comer, ya que, en muchos casos, la medicación que toman tiene mucho azúcar y por eso tienen que extremar esas medidas de limpieza”.

Araya es un colegio financiado por la Comunidad Autónoma de Madrid. Según las responsables de esta actividad “sería necesario más apoyo económico, para que la gente no tenga que trabajar siempre como voluntaria. Este programa no forma parte de un procedimiento

de la comunidad, es a título particular de este centro y con apoyo de voluntarios. Necesitaríamos ayuda, que nos financiaran gastos de quirófanos, gastos médicos para poder llevar a cabo operaciones, extracciones, y todo tipo de acciones. Si nos cubrieran los gastos hospitalarios nosotras podríamos ir a prestar servicio a los hospitales de forma voluntaria, pero eso no sucede”.

Paola Beltri, coordinadora del Máster de Odontopediatría, comenta por su parte que “se podría hacer mucho más sobre este tipo de pacientes. Nosotras estamos realizando esta actividad gracias al apoyo de la Universidad Europea de Madrid. No obstante, necesitaríamos ayuda para poder financiar más tratamientos.”

Pero, según Beltri, ésta “es una experiencia súper gratificante, todas las voluntarias creen que hemos conseguido muchas cosas y están encantadas de poder participar en esta iniciativa. La intención es continuar el año que viene con este programa. Personal humano no nos falta, y en cuanto a los recursos, tendremos que buscarlos”.

Paola Beltri, coordinadora del Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid, con su equipo de voluntarias en Araya.





Málaga SECIB 2016

17-19 de noviembre

XIV Congreso de la Sociedad
Española de Cirugía Bucal
Palacio de congresos de Málaga

PONENTES:

José Manuel Aguirre
Orlando Álvarez
Gustavo Ávila
Tord Berglundh
Rogerio Castilho
Juan Alberto Fernández
William Giannobile
Xavier Gil
Ramón Gómez
Oscar González
Miguel Peñarrocha
José Manuel Somoza
Cristiane Squarize
Marius Steigmann
Agurne Uribarri
Milko Villarroel
Carlos Araujo
Lior Shapira
Frank Schwarz

TALLERES:

Óscar Arias
Gustavo Cabello
José Javier Cabrera
Octavi Camps
José María Delgado
Oscar González
Guillermo Machuca
Norberto Manzanares
Héctor Rodríguez
Sergio Spinato
Marius Steigmann

CURSO PROTÉSICOS

Andrés de la Rosa
Iñaki Olano
Javier Suárez

CURSO HIGIENISTAS:

Ignacio Fernández
Aida Gutiérrez
Lourdes Gutiérrez



Testimonio de Eugenio Amores

"Sabemos que nuestro hijo es feliz en su mundo y eso nos tranquiliza como padres"

La calidad de vida de las personas que padecen estos trastornos es fundamental, y por supuesto, el día a día de sus familiares está absolutamente condicionado por ello. Hemos mantenido un encuentro con Eugenio Amores, padre de un joven que acude a Antares, una de las asociaciones que pertenece a la Federación de Autismo de Madrid que, desde una visión no profesional, sino familiar, nos ha dado testimonio de su experiencia.

En su caso, ellos empezaron a advertir que algo no iba bien cuando Jacobo tenía 6 meses. "Mi mujer me llamó alarmada para decirme que el niño no sujetaba la cabeza, que se le caía y en ese momento, es cuando nos dimos cuenta de que había problemas. Nos pusimos en manos de un neurólogo para que tratara a nuestro hijo".

Uno de los momentos más duros fue la primera crisis epiléptica de Jacobo. No obstante, aunque la situación de su hijo era preocupante "cada vez que íbamos a consulta lo pasábamos francamente mal y, en ocasiones, viendo los casos de niños que allí había dábamos gracias a Dios por lo que nos pasaba a nosotros".

Desde entonces su hijo siempre ha estado en tratamiento neurológico, muy supervisado, y con medicación.

La vida de la familia Amores se ha visto afectada por esta situación que, en el caso de Eugenio Amores, Subdirector General de Bomberos de Madrid, al ocupar un cargo de gran responsabilidad con una intensa agenda, ha recaído en su mujer. "Ella es psicóloga, una profesional muy bien preparada que trabajaba en temas infantiles pero tuvo que abandonar su carrera para consagrar su vida a mi hijo. Gracias a ella, yo he podido desempeñar mi cargo y ocu-

parme plenamente de todas mis responsabilidades profesionales".

En la actualidad, y ya con 29 años, su hijo empieza a hacer actividades fuera del hogar familiar. "Ahora mismo está a prueba para ver si le acogen en pisos tutelados, donde suelen pasar toda la semana, aunque el fin de semana vendría a casa. Mi mujer ahora empieza a vivir sin tanta atadura, imagínate, está algo desorientada sobre cómo ocupar su vida tras 29 años volcada en mi hijo. Por eso, yo ahora intento quedarme al cuidado de Jacobo cuando ella sale".

A la pregunta de cómo describiría a su hijo, Eugenio nos contesta que "Jacobo es muy arisco, poco cariñoso con nosotros, quizá porque siempre estamos ahí, sobre todo su madre. Sin embargo, es muy entrañable y divertido y tiene una gran memoria, es como una cámara de fotos, recuerda todos los nombres, apellidos, cumpleaños de todos los monitores y compañeros de Antares. Allí se siente feliz, le encanta asistir y participar en las actividades de relajación, nadar, hacer deporte. Además, le gusta llamar por teléfono a sus compañeros, hablar con sus monitores... Con ellos es muy comunicativo pero con nosotros no. En parte, tiene algo de lógica puesto que nosotros no tenemos la paciencia de sus monitores".

Nos comenta, asimismo, que "se nota que ya se va haciendo mayor, ya que no le apetece venir de vacaciones con nosotros, pero sí ir de acampada de fin de semana, ir al cine con sus amigos, y disfrutar en su mundo, que es su cuarto, con sus puzzles, sus juegos, su televisor..."

Eugenio valora muy positivamente la existencia de asociaciones, como es el caso de Antares, ya que "el hecho de que Jacobo pertenezca a Antares nos ha dado



“*Eugenio valora muy positivamente la existencia de asociaciones, como es el caso de Antares. El hecho de que Jacobo pertenezca a esta entidad les ha dado la vida, saben que se encuentra como en casa.*”

la vida, sabemos que nuestro hijo se encuentra allí como en casa, es muy feliz con sus compañeros y monitores. Nuestra vida cambió completamente el día que nuestro hijo empezó a ir a Antares. Siempre nos ha dado respiro el tiempo que él pasa allí y nosotros estamos muy contentos porque sabemos que él está feliz y deseoso de estar con sus compañeros, ya que su vida gira alrededor de lo que hace con ellos".

En lo que respecta al cuidado de la salud bucodental de su hijo, Eugenio nos comentó que "siempre hemos estado muy pendientes de la salud bucodental de Jacobo. Vamos a un odontólogo que le trata muy bien, porque es especialista en tratar a niños con estas patologías. Sus higienistas son de gran ayuda, ya que son encantadoras y juegan con él a las películas, que es una actividad que le encanta" •

"Odontólogos de Hoy" agradece a la **Federación de Autismo de Madrid, al Colegio Araya y a Eugenio Amores** su colaboración para la realización de este reportaje.



sonría X favor

Equipamiento Clínico · Suministros Dentales

porque tenemos absolutamente
todo lo que necesita tu clínica

Tú pide,
aquí estoy

www.sonriaxfavor.es



Equipamiento Clínico · Suministros Dentales

+34 946 076 521

www.sonriaxfavor.es

Estartetxe, 5 3º dpto. 14 · 48940 Leioa (Bizkaia)

946076521 · info@sonriaxfavor.es

y sonríe, porque es la hora de la
exclusividad de la innovación:



Distribución Oficial Stern Weber

MARCELA ROMERO REYES

“Necesitamos urgentemente más odontólogos interesados en la rama de Dolor Oro-Facial”



Pese a su juventud, la Doctora Marcela Romero Reyes es poseedora de una importante trayectoria profesional como docente. Profesora Asistente en la Facultad de Odontología de la Universidad de Nueva York, es la Directora del Programa Avanzado de Medicina Oral y Dolor Oro-Facial de la misma universidad, y una de las grandes especialistas mundiales en la materia. De hecho, asistirá como ponente al IV Simposium Internacional de Cáncer Oral, que se celebrará en San Sebastián los días 21 y 22 del próximo mes de julio.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *¿Qué le motivó a realizar los estudios de odontología?*

Marcela Romero: Desde muy pequeña me interesaron las ciencias de la salud, al igual que la bioquímica, la química y la física. Quizá fue la mística del servicio que conlleva ejercer todas las ramas médicas. La salud bucal es la puerta de entrada a la salud, ya que sin un adecuado proceso masticatorio, todo nuestro organismo sufre. Si no podemos sonreír porque no nos gusta nuestra sonrisa o no podemos hablar o comer porque duele, afecta a nuestro cuerpo, mente y espíritu.

ODH: *¿Durante su pregrado pensó ya en dedicarse a algo tan específico como el dolor oro-facial?*

MR: Durante mis estudios de odontología, siempre tuve más inclinación por el tronco médico y científico que el puramente odontológico. En los primeros años de la carrera mi inclinación fue hacia la cirugía maxilofacial y también la patología bucal. Me intrigaba mucho el dolor neurálgico y saber los porqués del dolor dental, más allá de los conceptos de endodoncia. Además, en México no existía la especialidad en dolor oro-facial como tal. Al terminar el cuarto año de la carrera tuve la fortuna de visitar el

“

La salud bucal es vital, ya que sin un adecuado proceso masticatorio, si no podemos sonreír o no podemos hablar o comer, afecta a nuestro organismo, cuerpo, mente y espíritu.

”

Center of Orofacial Pain en la University of California, San Francisco (UCSF) con el Dr. Charles McNeill, Director del Centro y el Dr. Robert Gear (fallecido). Esta experiencia fue determinante para mí, ya que pude ver casos, no solo de disfunción temporomandibular, sino de neuropatías trigeminales y otros tipos de dolores crónicos. Gracias a esta experiencia, tomé la decisión de que quería dedicarme al cuidado de estos pacientes. Sin embargo, mi curiosidad no solo era por entender el proceso de diagnóstico y manejo, iba más allá de eso; yo quería entender la neurobiología de los mecanismos dolorosos, qué pasaba con el proceso inflamatorio, qué es lo que pasa en el sistema nervioso qué hace que el dolor pierda su cualidad adaptativa y protectora.

Entonces, el Dr. Robert Gear, que en aquel momento era el co-director del centro, además de atender pacientes en el servicio clínico con el Dr. McNeill, hacía investigación de ciencia básica en su laboratorio con otros investigadores. Él sabía que yo tenía este interés, y me dijo que yo tenía todas las aptitudes para hacer un doctorado y tener éxito en ello, así que decidí también llevar a cabo estudios de doctorado en ciencias.

ODH: *Antes de convertirse en profesora en la New York University College of Dentistry. ¿Cuáles fueron los estudios que cursó en su país?*

MR: En México terminé la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la UNAM. También en el quinto año, tuve la fortuna de hacer mi servicio social y tesis (*Exploración Clínica y Fisiológica de los Desordenes Temporomandibulares*) en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, bajo la dirección del Dr. Fernando Ángeles Medina, que es ahora Jefe de Investigación de la misma. Actualmente hacemos proyectos colaborativos.

En Estados Unidos, hice el programa de Dolor Orofacial bajo la tutoría del Dr. Robert Merrill, y el Doctorado en Biología Oral con enfoque en inmunología bajo la tutoría de la Dra. Anahid Jewett, en la escuela de Odontología de la Uni-

“
Los mecanismos dolorosos evolucionaron en el reino animal como un proceso de alerta de protección de un daño inminente. Es procesado en el sistema nervioso.
”

versidad de California, Los Angeles (UCLA). Mis estudios de postdoctorado los hice sobre cefaleas primarias en el UCLA Headache Research and Treatment Program, ahora conocido como "UCLA Goldberg Migraine Program", bajo la tutoría del Dr. Andrew Charles, en el Departamento de Neurología de la David Geffen School of Medicine, de UCLA.

ODH: *¿Tiene alguna frase para definir el dolor? ¿Cree que el ser humano cuenta con dispositivos que le ayudan a controlar el dolor?*

MR: La International Association for the Study of Pain (IASP Press, 1994), define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real, potencial o descrita en términos de dicho daño.

Los mecanismos dolorosos evolucionaron en el reino animal como un proceso de alerta de protección de un daño inminente. En una manera simplista, el dolor es esencialmente procesado en el sistema nervioso, por lo que si no hay cere-



bro, no hay dolor. Aunque las vías fisiológicas dolorosas son cruciales para el procesamiento de señales dolorosas, centros cerebrales que procesan esta información también están enlazados con vías involucradas con procesamientos de emociones, como el miedo y motivaciones como el hambre y la sed. La combinación de estos estados nociceptivos y emocionales es lo que genera como resultado la experiencia dolorosa en humanos. Ésta puede ser considerada como la suma de *inputs* (entradas) que vienen de la médula espinal hacia el cerebro, así como la información que es mandada de regreso desde el cerebro a la médula espinal de lo que él (cerebro) quiere percibir como doloroso/nocivo, basado en estos estados emocionales y motivacionales. Este sistema de modulación o control

“
Si no hay cerebro, no hay dolor.
”

descendente (*descending modulation*) que involucra regiones en el tallo cerebral, como la rostral ventromedial medulla y la sustancia periacueductal gris en el sistema nervioso central, nos indica claramente que no todas las señales nocivas/*noxious* son procesadas como dolorosas y que el cerebro actúa como una compuerta (*gate*) donde puede decidir/filtrar qué estímulos nociceptivos serán procesados. Esto se basa en la teoría de la compuerta del dolor propuesta por Melzack y Wall en 1965, y aunque nuestro entendimiento de los mecanismos dolorosos ha avanzado enormemente desde esta teoría, no estaríamos donde estamos ahora sin sus ideas de control de procesamiento. De hecho, ahora se sabe que varios analgésicos, como la morfina, actúan en este sistema de control central para aliviar el dolor alterando la señal dolorosa que es procesada dentro de la corteza cerebral, por lo que así el dolor no es percibido.

“

El reconocimiento de dolor orofacial como especialidad es de suma importancia, se necesita un entrenamiento especial que no se da completamente durante la carrera.

”

Lo que es muy interesante sobre estos centros involucrados en esta “compuerta” de control doloroso, es que, como mencioné antes, están enlazados con áreas cerebrales involucradas con emociones y motivaciones, por lo que pueden ser afectadas por estos estímulos. Un incremento de éstos, por ejemplo



Con dos estudiantes del Programa Internacional del Dolor Orofacial y Medicina Oral

estrés y estados motivacionales (hambre, sed, cansancio y sexo) hacen que el *input* doloroso sea percibido de una manera diferente y, por lo tanto, el cerebro está filtrando (*gating*) cómo nosotros percibimos un *input* dependiendo del ambiente o circunstancias. También, es muy interesante que cuando estos mecanismos homeostáticos son llevados al límite, pueden incrementar la probabilidad de sentir dolor. Por ejemplo, no dormir bien y periodos largos sin comer son considerados como *triggers* en pacientes con migraña. La privación de sueño está asociada con la liberación de mediadores de inflamación que pudieran aumentar la señal dolorosa. Esto sugiere claramente una relación bidireccional de la relación de los procesos homeostáticos y la experiencia dolorosa.

ODH: *Usted se dedica a la docencia, a la clínica y a la investigación, ¿Cuál es su disciplina preferida?*

MR: Soy un académico y seré académico toda mi vida. Es muy difícil separar las tres en la vida académica y tengo la fortuna de que las puedo combinar, pero me considero más clínico-científico que docente. Es necesario enseñar a las nuevas generaciones esta ciencia y arte, porque es muy necesaria y podemos ayudar a mucha gente. Durante nuestras sesiones clínicas, les enseño a los alumnos

“

Espero que con nuestro trabajo de ciencia básica podamos entender más de la experiencia dolorosa y descubrir nuevos targets de manejo en dolores oro-faciales, como las neuropatías o dolores de cabeza migrañosos.

”

de pregrado y posgrado cuando están con el paciente, de una manera más didáctica y me gusta. Además, como directora del programa internacional he tenido la oportunidad de enseñar, entrenar y ser mentora de varios odontólogos de todo el mundo. El servicio al paciente con dolor ha sido mi cometido y es muy importante para mí saber que en ese instante estoy siendo de ayuda y que puedo ayudarlo en su calidad de vida. Con la investigación, la gratificación puede llegar más tarde, pero el trabajo es de vital importancia. Lo que vemos en la clínica tratamos de trasladarlo al laboratorio y del laboratorio a la práctica clínica (*translational research*).

BRÅNEMARK

MEMORIAL SYMPOSIUM

MADRID 2016

PALACIO MUNICIPAL DE CONGRESOS

11 / 12 NOVIEMBRE

www.memorialbranemark2016.com

¡APUNTA ESTAS
FECHAS EN
TU AGENDA!

Per-Ingvar Brånemark
3 MAYO, 1929 - 20 DICIEMBRE, 2014



COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Laercio W. Vasconcelos
Dr. Yataro Komiyama
Dr. Nikos Krompas
Dr. Ali Mirkarimi
Dr. Jorge Huamani
Dra. Helena Francisco
Dr. José Manuel Navarro Martínez
Dr. Jaime Jiménez
Dr. Alexander Volchonok
Dr. Víctor Méndez Blanco
Dr. José Sanz Casado

COMITÉ ORGANIZADOR

Mrs. Barbro K. Brånemark
Dr. Ramón Martínez Corría
Dra. Belén Martínez Salmerón
Dra. Begoña Fernández Ateca
Dr. Ramesh Chowdhary
Dr. Costa Nicolopoulos
Dr. Abid Faqir
Dra. Vanessa Ruiz Magaz
Dr. Ramón Lorenzo Vignau
Dr. Alberto Rico Cardenal
Dr. Guillermo Madriz Domínguez
Sra. Teresa Boronat Olivart

PONENTES

Dr. Tomas Albrektsson
Dr. Nitzan Bichacho
Dr. Rino Burkhardt
Dr. Joao Carames
Dr. James Chow
Dr. Pablo Galindo
Dr. Federico Hernández-Alfaro
Dr. Peter K. Moy
Dr. Patrick Palacci
Dr. Joan Pi Urgel
Dr. Mariano Sanz
Dr. Albeto Sicilia
Dr. Istvan Urban
Dr. Eric Van Dooren
Dr. Ion Zabalegui

SEDE DEL SIMPOSIO

PALACIO MUNICIPAL DE CONGRESOS DE MADRID
Campo de las Naciones, Avenida de la Capital de España, 7
28042 Madrid

INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

Todas las inscripciones y reservas de hotel, deben formalizarse a través del formulario online que encontrará en la página web de la reunión: www.memorialbranemark2016.com. Los precios de las inscripciones son los siguientes:

	Hasta el 30 Sept. 2016	Desde el 1 Oct. 2016
Doctores	300 €	380 €
Estudiantes (*)	120 €	150 €

La inscripción incluye: Acceso a las sesiones científicas, documentación del simposio, Pausa café y Certificado de asistencia. Todos los precios incluyen IVA.

SECRETARÍA TÉCNICA

GRUPOPACIFICO
The power of meeting

C/ Marià Cubí 4, 08.006 Barcelona
Tel. 93 238 87 77 - Fax: 93.238.74.88
branemark2016@pacifico-meetings.com

Yo espero que, con nuestro trabajo de ciencia básica, podamos entender más de la experiencia dolorosa en el sistema trigeminal, y poder descubrir nuevos *targets* de manejo doloroso en dolores orofaciales, como las neuropatías, así como en dolores de cabeza migrañosos, y cuando este tipo de cefaleas se encuentra en co-morbilidad con disfunción temporomandibular.

ODH: *En España, lograr el reconocimiento de las especialidades en odontología se ha convertido en una aspiración de una buena parte del colectivo profesional. ¿Cree que el área en la que usted trabaja, de dolor temporomandibular y orofacial, tiene relevancia para constituirse en especialidad de la odontología?*

MR: Desafortunadamente aquí en Estados Unidos, el Dolor Orofacial no está reconocido todavía dentro de las especialidades odontológicas, y gracias a los esfuerzos de la American Academy of Orofacial Pain actualmente está acreditado como estudio avanzado en odontología general, pero seguimos en la lucha.

El reconocimiento del dolor orofacial como especialidad es de suma importancia. Se necesita un entrenamiento especial que no se da completamente durante el estudio de la carrera odontológica, y realmente no está dentro de la odontología general. Somos como los “neurólogos” o “especialistas de medicina del dolor” en Odontología. Este tipo de dolores no se resuelven con procedimientos odontológicos, por lo que un prosthodontista, endodontista o cirujano maxilofacial no contará con el entrenamiento y conocimiento necesario. Especialistas en neurología y/o la medicina del dolor pueden tener conocimiento sobre cómo manejar estas dolencias, sin embargo carecen del conocimiento odontológico. Con esto quiero

recalcar la gran necesidad de una especialidad en dolor orofacial.

ODH: *El próximo 22 de julio usted estará en la ciudad de San Sebastián presentando una ponencia en el Simposio Internacional de Cáncer Oral que organiza el Departamento del Dr. Aguirre Urizar de la UPV. ¿Nos puede adelantar algo de lo que allí contará?*

MR: Hablaré de Dolor Orofacial y Cáncer. También se me ha invitado a dar una ponencia en el Pre-

“ *A los jóvenes les recomiendo que nunca olviden que la odontología es una rama de la medicina, y que siempre tengan presente que están tratando a un paciente, no solo a un diente.* ”

Symposium sobre Cefaleas como dolores no odontogénicos y su relación con los desórdenes temporomandibulares.

ODH: *En cuanto al cuidado de la salud bucodental, ¿cuál es el nivel de preocupación de los pacientes en Estados Unidos? ¿Existen programas de prevención para evitar el cáncer oral?*

MR: Hay varias campañas de prevención y de *screening* a nivel nacional. El NYU College of Dentistry organiza campañas de *screening* para prevención. También se organiza una marcha anual “Oral Cancer walk”, para crear conciencia sobre el cáncer oral.

ODH: *Usted es Profesora asistente en la Universidad de Odontología de Nueva York. ¿Cómo valora, desde el punto de vista profesional, esta experiencia docente lejos de su país? ¿Tiene intención de regresar a México y ejercer en su país?*

MR: Soy Assistant Professor, Directora del Programa de Dolor Orofacial en NYUCD y Directo-



En su laboratorio con dos de sus estudiantes del Programa Internacional del Dolor Orofacial y Medicina Oral y con su estudiante de postdoctorado

OBTURATION
INNOVATION

BioRoot™ RCS

Root Canal Sealer

Óptimo sellado y mucho más



Sabemos que un fracaso en el tratamiento de un conducto radicular puede tener graves consecuencias para el profesional y el paciente. Con BioRoot™ RCS, pasa a una nueva generación de obturación mineral que ofrece una combinación innovadora de beneficios:

- Óptimo sellado
- Propiedades anti-microbianas
- Promueve la curación periapical
- Obturación y fácil seguimiento

**ACTIVE
BIOSILICATE
TECHNOLOGY**

BioRoot™ RCS. Funciona.





En la clínica, con un paciente y un estudiante



En la clínica, con estudiantes del Programa Internacional del Dolor Orofacial y Medicina Oral

ra del Programa para Odontólogos Internacionales en Dolor Orofacial y Medicina Oral. Continuamente, además de las colaboraciones científicas que llevo a cabo en Estados Unidos, tengo consultorías, tutorías, proyectos y colaboraciones científicas con la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM. Actualmente estoy trabajando con el Dr. Fernando Ángeles Medina en la segunda edición de nuestro libro de texto titulado “Dolor Orofacial y Desórdenes de la Articulación Temporomandibular”, de la Editorial Trillas.

ODH: *¿Nos puede trasladar una recomendación para los jóvenes que empiezan ahora su ejercicio profesional?*

MR: Yo les aconsejaría lo mismo que les aconsejo a mis estudiantes de pregrado y posgrado. Que nunca se olviden de que la Odontología es rama de la Medicina y que siempre tengan presente que están tratando a un paciente y no solo a un diente o dientes. La salud bucal es de suma importancia y fundamental para la salud general del paciente y es un privilegio muy hermoso el poder brindar servicio de salud al paciente.

Sobre problemas dolorosos, que nunca se olviden de hacer cuida-

dosamente una historia clínica detallada para evaluar si es dolor odontogénico o no odontogénico. Si todo indica que el dolor es odontogénico, que se proceda al tratamiento adecuado, ya sea endodoncia, cirugía, etc., y que este tratamiento se realice cuidadosa-

“ *Es una oportunidad increíble poder estudiar la naturaleza humana en salud y enfermedad con los ojos del científico. Es un camino difícil pero lleva muchas satisfacciones.* ”

mente. Si el dolor después del tratamiento persiste, antes de realizar otro procedimiento se debe evaluar la posibilidad de dolor no odontogénico SIEMPRE, y recordar que este tipo de dolor no se resuelve con procedimientos dentales que, además de ser irreversibles, los pueden exacerbar. En casos de duda, siempre preguntar. Las segundas

opiniones son muy valiosas y es importante que nunca se interponga el ego en estos casos. También es muy importante tener un mentor o mentores durante toda su carrera profesional. Para mí esto fue determinante.

Si su cometido es estudiar dolor orofacial como fue el mío, ¡háganlo! Necesitamos urgentemente más odontólogos interesados en esta rama. Hay muchos pacientes que sufren de dolores orofaciales que necesitan una voz, ser oídos y entendidos. Que su objetivo sea dar una mejor calidad de vida a estos pacientes. Si su orientación también es como la mía hacia las ciencias, que realicen una maestría o doctorado. Es una oportunidad increíble poder estudiar la naturaleza humana en salud y enfermedad con los ojos del científico. Es un camino difícil pero lleva muchas satisfacciones y la esperanza de que lo que descubramos quizá un día cercano o lejano resuelva los problemas de la salud humana, en mi caso, entender mejor la neurobiología y patofisiología dolorosa y encontrar *targets* más viables para *drug discovery* y nuevos medicamentos sin tantos efectos secundarios, y que quizá algún día podamos no solo manejar el dolor de una mejor manera, sino curarlo de manera definitiva •

La fotografía aplicada a profesionales de la Odontología

FOTOLANDIA *dental*

Cursos técnico-prácticos de fotografía dental

- ▶ Curso de iniciación + Práctica
- ▶ Curso de Photoshop dental Básico
- ▶ Curso de Photoshop dental Avanzado
- ▶ Curso Experto en fotografía dental

Curso de iniciación + Práctica + Photoshop

- **16 de Julio**
en el COEC (Barcelona)
- **24 de Septiembre**
en el Hotel Chamartín (Madrid)

Duración del curso*: 8 horas
Plazas limitadas

DIPLOMA ACREDITATIVO



INFORMACIÓN - INSCRIPCIONES:

Tels. 93 330 51 62 - 93 330 29 69

www.fotolandia.cat



* Para asistir al curso, es imprescindible disponer de un ordenador portátil con el programa Photoshop

JAIME NOMEN

“La probabilidad de impacto de un gran asteroide es baja, sucede cada millones de años ”



Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona, licenciado en Odontología por UNIBE (Sto Domingo), post-graduado en materiales dentales por la Universidad de Barcelona, Jaime Nomen es, asimismo, ex profesor asociado de Odontología de la misma entidad.

Nomen se inició en la astronomía a través de la Agrupación Astronómica de Barcelona, integrándose poco después en el Grup d'Estudis Astronòmics, dedicado a estudios de Atmósferas Planetarias y estrellas variables, mediante la utilización de las primeras cámaras CCD astronómicas.

Su pasión por la actividad astronómica le ha llevado a ejercer cada vez con menor intensidad su profesión médica y académica.

Ha descubierto más de 7000 asteroides del Sistema Solar, de ellos 95 asteroides cercanos con riesgo de impacto. Actualmente está integrado en la plantilla de Elecnor-Deimos, empresa de ingeniería del sector aeroespacial, de la cual es Director del Proyecto "Deimos Sky Survey".

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Usted es astrónomo, aunque su formación académica es como licenciado en Medicina y en Odontología. ¿Cómo puede explicar su decisión de ser dentista, y su “reconversión” en astrónomo?*

Jaime Nomen: Debería ser muy sincero a mí mismo y a quienes nos lean aquí, mi vocación me impulsó a estudiar Medicina en primer lugar. Las circunstancias de aquellos momentos, con miles de médicos recién licenciados, en parte debido al “boom” provocado por un precursor del Dr. House en las series televisivas, como era el Dr. Gannon, y sin fácil acceso a las pocas plazas de especialidad MIR disponibles, siendo un estudiante

bastante normalito, me impidió acceder a una especialidad médica, lo que me movió a buscarme otra salida profesional que pudiese pro-

“ *De haber podido estudiar una especialidad clínica, con guardias y horarios establecidos, no hubiera tenido la oportunidad ni el tiempo para desarrollar mi faceta astronómica.* ”

porcionarme más pronto cierta independencia económica. Quería ir a vivir con mi chica, aunque tampoco pude, por la misma razón, acceder a una plaza de Estomatología en España.

Mi afición por las estrellas venía de antes, de veranos en la playa y en el mar entre los 13 y 15 años, mirando el cielo, intentando reconocer planetas, constelaciones y estrellas.

Hay un tema interesante en todo eso. Ahora estoy convencido de que de haber obtenido la posibilidad de estudiar una especialidad clínica, con guardias hospitalarias y horarios establecidos, no me hubiese brindado la oportunidad ni el tiempo disponible para desarrollar paralelamente esa faceta “astronómica” con la intensidad con la que



“

Soy el que ha descubierto o co-descubierto más asteroides fuera de EEUU, donde cuentan con medios excepcionales. Han sido unos 7.000 y 8 cometas del Sistema Solar.

”

me he dedicado estos años y que, finalmente, me ha llevado a vivir y disfrutar de ella.

ODH: *Durante sus estudios pasó una etapa en la República Dominicana, ¿qué nos puede contar de aquella experiencia?*

JM: Para mí fue inaudita, no tenía una visión del mundo más allá de unos pocos viajes organizados, el buscarme la vida, comprender otra cultura, a esa edad me “marcó” como “la otra mili”. Con sinceridad, fui a buscar la manera de resolver mi falta de especialidad, pero fue una experiencia vital y además aprendí mucho más de lo que inicialmente pensé. En otro orden de cosas más divertidas, estoy convencido de que los españoles que estudiamos en República Dominicana en esa época, fuimos, equiparando a los primeros navegantes al nuevo mundo, los que importamos de manera decisiva en España el merengue y la invasión de cotorras en los parques españoles y, a su vez, influimos en el turismo caribeño y los viajes de novios a Playa Bávaro.

ODH: *¿Cuándo empezó a sentir la “llamada de las estrellas”?*

JM: Fue muy temprana como menciono anteriormente. Debo decir también que la lectura de COSMOS de Carl Sagan, fue para mí

como “una biblia” que, por su visión científica, histórica, humanista y de principios éticos al margen de cualquier creencia, de nuevo me dejó “marcado”. Otro recuerdo es el de devorar artículos e imágenes de otros mundos de las sondas Viking, Pioneer y Voyager que visitaron Marte y Júpiter en los años 70 bajo los efectos de la “Centramina”. Sí, eso suena horrible hoy en día, pero en esa época los estudiantes de Medicina teníamos acceso fácil a farmacias, y muchos empleábamos de manera bastante inconsciente en pequeñas dosis anfetaminas para estudiar mejor...

Lo que ocurría es que, si dejabas los apuntes un momento y centrabas la atención en cualquier otro tema que te apasionaba..., fue así como perdí noches y noches fascinado pensando que mis ojos verían algún día un amanecer en Marte con un cielo rosa en vez de azul.

ODH: *Usted ha descubierto varios asteroides, a los que ha “bautizado” con nombres como “Pedro-duque”, o “Verdaguer”. ¿Con qué medios cuenta para descubrir esas “estrellas”?*

JM: Permitidme que “presuma” un poco en esta respuesta, pero es que soy el que ha descubierto o co-descubierto más asteroides en Europa y en el resto del mundo fuera de

EE.UU., idonde cuentan con medios excepcionales!

Han sido unos 7.000, aunque debo reconocer en contra que el cinturón principal de asteroides entre Marte y Júpiter está plagado de ellos. También he descubierto 8 cometas del Sistema Solar. Como en todas las cosas, creo que tuvimos los medios adecuados, las ideas acertadas y desarrollé un software extremadamente potente en el momento oportuno y así fuimos tremendamente competitivos. Los medios fueron tres telescopios que no sirven para hacer astrofísica en general, sino que están optimizados para barrer cientos de grados de cielo cada noche, junto a ese software capaz de analizar más de 15.000 imágenes por noche plagadas de estrellas, en tiempo real para detectar, medir e identificar todo lo que “se movía” entre ellas. En principio, esos equipos estuvieron en la Sierra de la Sagra, en Granada, ahora están ubicados en Sierra Morena, y tras una transformación profunda, buscan otro tipo de objetos que se acercan a la Tierra: los artificiales: satélites y basura espacial, con un objetivo mucho más comercial y estratégico, para eso fui contratado por Elecnor-Deimos, la rama tecnológica y aeronáutica del Grupo Elecnor, para dirigir un reto apasionante que me lleva a dejar mi profesión definitivamente este año.

ODH: *¿Cuáles son las tipologías de asteroides, por tamaño, peso, lejanía con respecto a la Tierra?*

JM: Como toda clasificación puede responder a diversos principios, sin considerar composiciones, ni orígenes, sino desde un punto de vista orbital, que es el que más interesa, por el riesgo que se deriva de una posible colisión con nuestro planeta, los hay de Cinturón Prin-

colisionar. Tenemos descubierto el 90% de los mayores de 1 km y, afortunadamente, de ellos parece que ninguno va a chocar con nosotros en los próximos 100 años, aunque tendremos pasos próximos como Apophis en 2029, pero aparte del revuelo en los medios sensacionalistas, que los habrá con seguridad en su momento, no va a chocar contra nosotros.

ODH: *¿Cómo detectan las posibilidades de impacto de un asteroide contra la Tierra?*

JM: Todo el procedimiento es una cadena. Los que nos dedicamos a detección, estamos en la primera etapa, rastreando el cielo para detectarlos, evidentemente con medios automáticos y muy sofisticados, inada de mirarlos con el ojo por un telescopio! Si se detectan, se hace un seguimiento selectivo de ellos, y conforme se dispone de un mayor número de observaciones se va computando una órbita cada vez más precisa que permite a equipos, preferentemente de matemáticos, jugar a probabilidades de reencuentros futuros entre el asteroide y nuestro planeta. En la actualidad existen dos centros,

uno en Estados Unidos: Sentry; y otro en Europa: NEODYS, ambos tienen que converger en resultados y de existir una alta probabilidad o riesgo está establecido un protocolo de actuación que sería coordinado por el Jet Propulsion Laboratory y Naciones Unidas.

ODH: *En 2012 usted descubrió el asteroide que ha pasado más cerca de la Tierra en los últimos años, ¿ha existido peligro real de que alguno de los asteroides que pasa cerca de la Tierra produzca importantes daños?*

JM: Fuimos muy afortunados con ese descubrimiento, de hecho el 96% de los asteroides que se aproximaban a la Tierra en estos últimos años eran detectados por los sofisticados equipos de Estados Unidos de la NASA y USAF. Pero nosotros, con nuestro escaso 3% de aportación, dimos por suerte con el más próximo con poder destructor y, sin duda, el más mediático hasta la fecha, aunque solo es cuestión de tiempo que ese record se pulverice. Por Internet anda todavía el *Doodle* internacional de Google de la segunda letra “g” apartándose del paso del asteroide que descubrimos

“
La clasificación de asteroides desde un punto de vista orbital es la que más interesa, por el riesgo que se deriva de una posible colisión con nuestro planeta.
 ”

cipal, que son lejanos e inofensivos y los Near Earth Objects (acrónimo NEO) que, a su vez, se dividen en subtipos. Ésos son los que deben ser vigilados y conocer bien sus órbitas pues pueden eventualmente



“

El impacto es uno de los pocos grandes desastres naturales que podrían predecirse con exactitud y evitarse con la tecnología adecuada.

”



y todas las entrevistas en cadenas internacionales, CNN, ABC News, etc. y locuras que vivimos esos días, fue como algo totalmente irreal.

Han existido algunas crisis en el pasado, y volverán a ocurrir, el impacto es un tema secular, parece que se llevó a los dinosaurios por delante y ha sido clave en la evolución de la vida en nuestro planeta, pero la probabilidad de un gran impacto que pueda borrar la civilización se da cada muchos millones de años. Además, podríamos intentar poner ya los medios para tratar de evitarlo, aunque impactos menores como el de 2013 en Chelyabinsk, con más de 900 heridos, sí puede llegar a suceder uno cada 30 años o, al ser un tema probabilístico, en cualquier momento.

ODH: *El cine ha tocado en varias ocasiones este tema, siempre con tintes apocalípticos, ¿cree que el análisis y estudio de los asteroides es un asunto que debe ser tomado más en serio por los gobiernos?*

JM: ¡Sin duda!, corre por ahí una divertida viñeta de un congreso de científicos dinosaurios en sus tiempos en la que uno de ellos concluye su estudio en que el impacto de un gran asteroide con la Tierra ocurre de promedio cada 30 millones de años y que, ipor ello, no tienen por qué preocuparse!

Hoy en día el impacto es uno de los pocos grandes desastres naturales que podrían predecirse con exactitud y evitarse con la tecnología adecuada, además no solo es un tema catastrófico, está la explotación minera de asteroides, parece ser que los hay con altísimas concentraciones de paladio, más que el obtenido en todo nuestro planeta. Diría que ese metal nos es muy familiar a todos en la profesión, ¿verdad?

ODH: *¿Hay afición en España por este tema? ¿Son buenas las condiciones de los observatorios españoles?*

JM: Sí, la observación de asteroides y también basura artificial y satélites se basa en parte en medios ópticos, y los sensores ópticos necesitan de buenos cielos. Somos muy afortunados y las instituciones en España están comprendiendo y luchando esta baza en la Comisión Europea para posicionarnos como base óptica en el próximo despliegue del Sistema Europeo de “Space Surveillance”. Recordemos que Europa apenas tuvo que desarrollar medios de detección en el espacio próximo a la Tierra para vigilar tecnología militar enemiga durante la Guerra Fría, basamos parte de nuestro conocimiento en catálogos americanos y rusos.

Europa necesita su plena independencia para acceder al conocimiento, el control y la seguridad del entorno espacial con fines comerciales y estratégicos, cientos de satélites se van a enviar estos próximos años, existe cantidad de basura artificial que necesita de norma-

“

Somos afortunados y las instituciones en España están comprendiendo y luchando en la Comisión Europea para posicionarnos como base óptica en el próximo despliegue.

”

tiva para evitar su producción y que debe controlarse para evitar colisiones con satélites operativos.

Por otro lado, en la actualidad existe una burbuja mundial en temas espaciales comerciales, lanzadores privados, etc., haciendo una similitud al control de la aviación comercial, va a necesitarse el control y regulación de la utilización del espacio próximo alrededor de la Tierra •

JOSÉ IGNACIO ZALBA ELIZARI

“Hoy nos enfrentamos a enfermedades orales de alta prevalencia, debido a este ambiente modificado culturalmente en que vivimos”



Hablamos con José Ignacio Zalba Elizari. Odontólogo navarro. Con un amplio currículum: Doctor en Odontología por la Universidad Eugenio María de Hostos (R. D.), Especialista Universitario en programas preventivos a nivel individual y comunitario por la U.C.M.. Experto universitario en odontología conservadora y endodoncia por la Universidad de Sevilla, y diversas estancias en Estados Unidos y Reino Unido, entre otras muchas actividades académicas. Defensor de la odontología mínimamente invasiva.

En este número le entrevistamos para hablar del “Origen de la Salud Dental”, tema del que será ponente el próximo día 25 de junio junto a otros destacados profesionales en el Museo de la Evolución Humana (Fundación Atapuerca), en Burgos.

REDACCIÓN

Odontólogos de hoy: *¿Son los dientes una fuente de información?*

José Ignacio Zalba: Los dientes son el elemento más duro de nuestro organismo, y se mantiene a lo largo de miles de años. Cuando se forman, no cambian por la acción propia como sucede con el hueso, que se remodela, con lo que van marcándose todas las actividades que desarrollamos con ellos. Así casi toda la información que tenemos de nuestros antecesores, cómo vivían, es a través de ellos y los podemos comparar con los actuales en los que también se va grabando nuestro estilo de vida.

ODH: *¿Existen diferencias entre nuestros dientes y los del hombre de la prehistoria?*

JIZ: El sistema dental homínido es pequeño en relación a los monos y se ha reducido en tamaño, número y estructura con el tiempo evolutivo. La dentadura de nuestros antepasados se redujo coincidiendo con la bipedestación, el desarrollo de herramientas de piedra, el dominio del fuego...

Pero los cambios genéticos evolutivos aparecen de forma muy lenta, en términos de decenas de miles de años, es decir, los *homo sapiens sapiens* tenemos los genes casi idénticos a los que teníamos hace 160.000

“

En el Paleolítico perder dientes reducía la posibilidad de sobrevivir, por lo que la selección natural no permitía fallos en ese sistema. El Neolítico fue el comienzo de la degeneración genética y del desarrollo de las enfermedades dentales.

”

años. Nuestra anatomía dental, incluyendo nuestra oclusión, es estable y podemos decir que no ha cambiado significativamente.

ODH: *¿Por qué entonces el estudio de los dientes de nuestros antepasados?*

JIZ: El estudio de la salud dental desde una perspectiva evolucionista, está fundamentado no solamente en nuestra historia evolutiva, sino en la revisión de culturas que han alcanzado la salud de la boca general a través de vivir de una manera natural. Este enfoque evolutivo considera que muchas de las enfermedades dentales actuales, incluidas en las llamadas de la civilización, son consecuencia de la incompatibilidad entre el diseño evolutivo de nuestro organismo, que se ha ido moldeando a lo largo de millones de años de evolución, y las condiciones ambientales modificadas culturalmente a las que hoy estamos expuestos.

ODH: *¿Cuándo empezó todo el problema?*

JIZ: Sabemos que en el Paleolítico la vida era brutal y corta, perder demasiados dientes reducía las posibilidades de sobrevivir, por ello no se encuentran cráneos desdentados, ya que, la selección natural no permitía fallos en este sistema. Había poca enfermedad dental, apenas caries, poca enfermedad periodontal, y maloclusiones, pero mucho desgaste dental.

En el Neolítico desaparece la presión selectiva sobre la eficacia masticatoria, la cultura nos ha permitido superar muchas de las limitaciones que encontrábamos en el entorno natural. Se desarrolla la agricultura, la ganadería, pero es la transformación de la alimentación humana, con la invención del horno la que permitió la cocción de los alimentos ablandándolos, ello permitió la supervivencia de humanos desdentados. Este fue el comienzo



de la degeneración genética y funcional de nuestra dentición, y el desarrollo de las enfermedades dentales como hoy las conocemos.

ODH: *¿Qué más causas produjeron los cambios más importantes en salud oral?*

JIZ: En el Neolítico además se producen cambios demográficos, al desarrollarse la agricultura, los recursos alimentarios eran más abundantes y constantes, la especie humana ha aumentado su número de habitantes con una tasa de crecimiento

“

La cantidad de azúcar que consumíamos en el pasado a través de frutas o grasas era mínima en comparación con los actuales dulces o refrescos. ”

anual extraordinaria del 0,1% y se alarga la vida. Desde el punto de vista de los patógenos bacterianos, los seres humanos se convirtieron en anfitriones atractivos; se concentraron en poblaciones grandes de áreas

limitadas, lo que maximiza la oportunidad para la transmisión entre individuos, originando las primeras lesiones de caries.

Tras el descubrimiento de América, se expandió por todo el mundo el consumo de la patata y, sobre todo, del alimento de los dioses, el cacao, en principio como bebida medicinal. Algunos decidieron más tarde incorporar otro gran producto de la época como fue el azúcar de caña, si bien ya se conocía desde época musulmana, para hacerlo más agradable. Irremediablemente, la introducción del azúcar de caña en la dieta de la mano de los productores de cacao extendió rápidamente su uso a otros ámbitos de la alimentación.

Pero no es hasta la revolución industrial, en el siglo XVIII, donde surgieron las primeras plantaciones de remolacha azucarera en Inglaterra, desde entonces a casi todos los alimentos se les empieza a añadir azúcar, para llegar a los índices de enfermedad de la actualidad.

ODH: *¿Dónde estamos hoy?*

JIZ: Hoy nos enfrentamos a enfermedades de alta prevalencia: el 99% de la población va a sufrir algún tipo de problema en la boca, con lo que podemos decir que el aceleramiento de los cambios en nuestra forma de vida provoca en



muchos casos una ecuación negativa entre nuestra biología –dientes– y su entorno, que se traduce en una mala respuesta del organismo –enfermedades orales–, lo que nos convierte en algunos aspectos víctimas de nuestro propio desarrollo.

Un ejemplo es que nuestro cuerpo está diseñado para comer mucho azúcar y grasa para así almacenar en épocas de abundancia para las épocas de carencia, esto significaba supervivencia. Además en un medio natural lo dulce significa saludable, ya que, si como una fruta y está ácida significa que está verde; si está amarga, es que está mala; y si está dulce es que está buena. Pero si a esto le sumamos que en el pasado la cantidad de azúcar que consumíamos a través de frutas o de grasas era mínima en comparación con los actuales dulces, refrescos...

ODH: *¿Por qué hace miles de años apenas había caries, enfermedad periodontal y ahora están tan extendidas?*

JIZ: Las características de las especies evolucionan en base a una función y una necesidad adecuada a un medio ambiente, el ser humano desarrolló sus capacidades durante su evolución en el paleolítico en un ambiente muy diferente del actual. El cerebro ha desarrollado una alta capacidad de aprendizaje y razonamiento después de la evolución cultural, pero no de nuestro físico, esto cambiará la forma de vida de los seres humanos. Como hemos dicho los dientes se diseñaron para soportar un desgaste dental fuerte pero

no para defenderse de las bacterias como la caries o la enfermedad periodontal. Ahora, casi toda la dieta es blanda, muy nutritiva, y además desde el cereal del desayuno hasta el jamón de la cena, contienen una cantidad extra de azúcar. Las bacterias alojadas en nuestros dientes deben sentirse afortunadas de vivir en el siglo XXI, porque tienen una provisión prácticamente ilimitada de comida gratis.

ODH: *¿Y la maloclusión?*

JIZ: No solo la mal-oclusión sino también la llamada enfermedad de la evolución del aparato masticatorio que provoca el compromiso articular temporomandibular (CAT) y la retención de los 3º molares.

Nuestros dientes y estructuras de soporte fueron programados genéticamente para funcionar en un entorno de dieta dura, que por lo general provocaba desgaste interproximal y aplanado en la oclusión. La comida blanda no abrasiva era rara, y la esperanza de vida esencialmente se determinó por la capacidad de masticar suficiente comida adecuadamente para extraer una nutrición suficiente para sobrevivir. La masticación era una actividad importante que se realizaba durante todo el día.

Pero en este nuevo entorno de dieta blanda poco o nada abrasiva y mínimo esfuerzo masticatorio existe poco desgaste dental y poco estímulo funcional de los maxilares, lo que genera una desarmonía entre ese diente que no se desgasta (similar tamaño) y esa base ósea que no se desarrolla adecuadamente (menor tamaño).

“
La función hace la forma y los usos de los dientes se han limitado, lo que puede estar provocando un cambio incluso en nuestra cara.
”

ODH: *¿Qué es el compromiso articular temporomandibular (CAT)?*

JIZ: Es un desequilibrio oclusal funcional provocado por nuestro estilo de vida moderno descrito por el Dr. José Larena-Avellaneda Mesa, que se manifiesta con una serie de síntomas cráneo-mandibulares, como dolores de cabeza, acúfenos...

ODH: *¿Cuándo empezó a importar la estética de los dientes?*

JIZ: "Nuestra capacidad para apreciar lo bello no depende tanto de los cánones culturales sino de la biología" (Nancy Etcoff, psicóloga del Harvard Medical School).

“
Una sonrisa simétrica es uno de los elementos faciales que usamos para mostrar nuestro nivel de salud y bienestar, eso puede hacer a una persona más atractiva.
”

En la naturaleza, el hombre es una criatura social que necesita de su grupo para sobrevivir y perpetuar la especie. A través de la teoría de la evolución se explica nuestra inclinación por la belleza. Las leyes de la Selección Natural escogen los genes más saludables.

La belleza corporal cumple una importante función para las culturas en cuanto medio para identificar la salud que supone una ventaja para la descendencia y el futuro de la especie.

En la sociedad occidental contemporánea, los dientes no son determinantes para nuestra supervivencia. Una sonrisa simétrica es uno de los elementos faciales que más utilizamos para mostrar nuestro nivel de salud y bienestar, por ello las personas con bocas más bonitas se consideran más atractivas, y hasta más inteligentes, esto los convierte en un objeto de deseo. En algunos casos la falta de sentido común puede llevar a un sobre-tratamiento por motivos

estéticos que llega a ser perjudicial para la salud.

ODH: *¿Estamos condenados a tener enfermedades de la boca?*

JIZ: No, aunque es verdad que la cultura nos defiende de la naturaleza, también nos aleja de ella. Hoy la prevención moderna nos ayuda comprender nuestra biología –la resistencia de nuestros dientes– y el estilo de vida –cargas y protecciones– para encontrar puentes de unión y convivencia, y así ajustar, lo más que podamos, nuestro diseño evolutivo a nuestra forma de vida actual con el fin de prolongar el periodo de vida sana de las personas.

ODH: *¿Cómo crees que podría ser la dentadura del hombre del futuro?*

JIZ: En nuestra propia boca podemos observar una reducción de tamaño que va del molar 1º, mayor, al molar 3º, menor, incluso en muchas personas nos encontramos que no tienen éste, lo que se considera un signo de evolución. Podemos decir que la función hace la forma, no solo de los dientes sino también de la cara, las dietas cada vez son más blandas y los usos se han limitado, ello puede estar provocando un cambio incluso en nuestra cara, con perfiles cada vez más planos, alargados y dientes que se irán reduciendo ●




Viaje al Origen de la Salud Dental

25 Junio 2016

9:00 a 14:00 h

INSCRIPCIONES VÍA E-MAIL:
salud.dental@gbtspain.com

Lugar del evento: Museo de la Evolución Humana
Sala Polivalente
Paseo sierra de atapuerca s/n
09002 (Burgos)





<p>DOCTORES PARTICIPANTES:</p> <p>José Larena-Avellaneda Mesa</p> <p>José Ignacio Zalba Elizari</p> <p>Susana Siemens Barreto</p> <p>Salvador Fernández Paniagua</p>	<p>PROGRAMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presentación ● Caries: Perspectiva Evolucionista ● Enfermedad de la Evolución del Aparato Masticatorio Humano <p><i>Origen Mecanismos Etiopatogénicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desequilibrio Oclusal y Funcional - Compromiso Articular Temporo-Mandibular - Signos, síntomas, y diagnóstico <p>● Mesa Redonda</p>
---	--

GSK no patrocina la visita al museo



Caso clínico: Odontoma complejo sinfisario mandibular

RESUMEN

Los odontomas son tumores benignos de origen odontogénico, siendo los tumores benignos más frecuentes de los maxilares. Existen dos tipos: compuestos y complejos. Su etiología es desconocida y suelen ser asintomáticos. Radiológicamente estas tumoraciones son radiodensas y aparecen rodeadas por un halo radiotransparente bien definido; en los odontomas complejos los elementos radiodensos aparecen como masas irregulares y desorganizadas, mientras que en los compuestos se aprecian muchas formaciones foliculares donde los dentículos se distinguen perfectamente.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 32 años remitido por su ortodoncista, para valorar una lesión ósea radiodensa en región sinfisaria mandibular izquierda, observada de forma casual tras estudio radiográfico. En la exploración clínica intraoral, la coloración de la mucosa era normal, no existía abombamiento de las corticales y no había ninguna ausencia dentaria. A la palpación no se apreciaba ningún signo anormal. Radiográficamente, en el TAC, se observó una imagen radiodensa con bordes radiotransparentes irregulares y bien definidos; localizada a nivel del sector anterior mandibular izquierdo bajo los ápices de incisivos, canino y premolares. Se realizó la exéresis de la lesión y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de presunción de odontoma mandibular complejo. En los controles posteriores se apreció una adecuada regeneración ósea, sin signos de recidiva.

CONCLUSIONES

Los odontomas son los tumores de naturaleza odontogénica más frecuentes, que suelen diagnosticarse de forma casual. Tras un tratamiento adecuado no suelen aparecer recidivas.

PALABRAS CLAVE

odontoma complejo, mandíbula, tratamiento.

AUTORES:

FERNÁNDEZ CÁLIZ, FERNANDO.

PROFESOR ASOCIADO CIRUGÍA BUCAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM. PROFESOR MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, LUCÍA.

PROFESORA MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA. MADRIDVALME (SEVILLA).

RUBIO ALONSO, LUIS.

PROFESOR COLABORADOR HONORÍFICO CIRUGÍA BUCAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM. PROFESOR MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

BARONA DORADO, CRISTINA.

PROFESOR ASOCIADO CIRUGÍA BUCAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM. SUBDIRECTORA MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

LECO BERROCAL, ISABEL.

PROFESOR ASOCIADO CIRUGÍA BUCAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM. PROFESOR MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, JOSÉ MARÍA.

PROFESOR TITULAR DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL. UCM.

ABSTRACT

Odontomas are the most prevalent of all odontogenic tumors. These tumors are made up of epithelial and mesenchymal tissue. The latest (2005) WHO classification acknowledges two types of odontomas: compound odontomas, which are masses of well-organized tooth-like structures, and complex odontomas, which are malformations compound of a disorganized combination of enamel, dentin and a variable amount cementum. Both types of tumors are surrounded by a thin connective tissue capsule, similar to the follicle around a normal tooth.

CASE REPORT

This case documents a male 30-year-old patient who was referred to our surgery department by his orthodontist to analyze a bone lesion incidentally detected in his left mandible through an orthopantomography (OPG) carried out prior to orthodontic treatment. The patient did not report any known drug allergies or medical-surgical history of interest. On intra-oral examination, the mucous membrane was found to have normal color and no expansion of any of the cortices was seen. All the teeth were in the mouth. The OPG showed a radiopaque mass at the level of the bicuspid of the third quadrant. The radiological study was completed with a CT of the mandible, where the size and extent of the tumor were identified. The neoplasm involved virtually the entire thickness of the mandible in a buccolingual direction. With a presumed diagnosis of complex odontoma of the mandible, a decision was made to operate. The procedure began as soon as the patient signed the informed consent form. First of all, the patient was anesthetized. A partial Neumann incision was performed, with releasing incision at the level of the distal central incisor. After a careful mucoperiosteal detachment osteotomy was carried out with a tungsten carbide bur, using profuse irrigation to access the lesion. Also with the help of the bur, a space was created between the tumor and the surrounding bone so as to permit introduction of a root elevator to complete the luxation and full resection of

“ *Los odontomas son los tumores más frecuentes de los maxilares y representan entre un 22% y un 6% de todos los tumores odontogénicos de los maxilares.* ”

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son tumores benignos de origen odontogénico de carácter mixto, formados por células de naturaleza dentaria epiteliales y mesenquimales, y que se caracterizan por su crecimiento lento e indoloro⁽¹⁾. Fueron descritos por primera vez en 1867 por Paul Broca. Histológicamente se componen de diferentes tejidos dentales, como el esmalte, la dentina, el cemento, y en ocasiones, el tejido pulpar, pudiendo presentar estos tejidos una relación normal o anormal entre sí. Estos tejidos y células se encuentran en el área del cuerpo donde se presenta su crecimiento, razón por la cual se les considera como hamartomas y no como neoplasias.

La última clasificación de la OMS del año 2005 reconoce dos tipos de

odontomas: los compuestos, en los que los tejidos dentarios aparecen con un patrón bastante ordenado de manera que forman piezas múltiples en forma de dientes pequeños denominados denticulos; y los complejos: donde los tejidos dentarios aparecen igual que en los compuestos, pero con un patrón amorfo y desordenado, de manera que se observan tumoraciones amorfas con contornos irregulares. Ambos tipos de tumores poseen una cápsula de tejido conectivo a su alrededor, que es similar a la de un folículo que rodea a un diente normal.

Los odontomas son los tumores más frecuentes de los maxilares y representan, según diversas fuentes, entre un 22% y un 6% de todos los tumores odontogénicos de los maxilares. En general, los odontomas compuestos son más frecuentes que los complejos⁽¹⁻⁴⁾. No tienen predilección por ningún sexo, y suelen aparecer entre la segunda y la tercera década de la vida. Respecto a la localización, es más frecuente la zona de premolares y molares mandibulares para los complejos, mientras que los compuestos se presentan con mayor frecuencia en la zona de incisivos y caninos del maxilar.

Su etiología es desconocida, aunque existen diferentes autores que apoyan teorías como déficit nutricionales, traumatismos o factores genéticos que pueden favorecer la aparición de este tipo de patología.

Suelen ser lesiones clínicamente asintomáticas, ya que son indoloras y su crecimiento es muy lento, siendo por tanto su hallazgo generalmente casual en revisiones radiográficas rutinarias⁽³⁻⁶⁾. En ocasiones, pueden provocar retraso en la erupción, persistencia de los dientes temporales, o presencia de una tumoración local, presencia de grandes diastemas y/o malposiciones dentarias^(1,3,5). En casos severos pueden aparecer infección y adenopatías regionales.

Radiológicamente, los odontomas compuestos aparecen como lesiones bien delimitadas con un halo radiotransparente y con zonas radiodensas. Se ven muchas formaciones foliculares, separadas por un septo fibroso, y los denticulos se distinguen perfectamente^(2,7). En los odontomas

the bone tumor. Subsequently, the residual cavity was curetted in order to remove any remaining tumor cells. The sutures were applied and the resected lesion was sent to pathology for testing. The immediate post-op period was uneventful. Anti-inflammatory and analgesic treatment was prescribed. The patient was requested to report to the clinic every 48 hours for follow-up. The sutures were removed at one week. Histopathological examination of the excised mass showed irregularly arranged dental hard tissues with areas of cell rich pulpal tissue. Clear spaces and clefts representing the mature enamel that is lost in the process of decalcification are often seen confirming the diagnosis of a complex odontoma. Few islands of odontogenic epithelium along with thin fibrous capsule surrounding the lesion are evident. A follow-up OPG was carried out at 6 months, which showed signs of significant.

CONCLUSIONS

Odontomas are the most frequent odontogenic tumors in clinical practice. Symptoms are either scarce or inexistent although on some occasions they may erupt into the oral cavity, causing pain, inflammation and infection. Odontomas are usually discovered incidentally during routine radiographic examination. Treatment of choice is surgical resection of the neoplasm. If an included tooth is associated with the odontoma, the tooth may be extracted during the same procedure. With an appropriate treatment, odontomas have a favorable prognosis with a very low recurrence rate.

KEY WORDS

complex odontoma, mandible, treatment.

complejos, los elementos radiodensos aparecen como masas irregulares y desorganizadas que no tienen similitud con estructuras dentarias. La imagen típica es en haz de rayos solares ^(1,3). En ambas situaciones, la tumoraciones se encuentran rodeadas por un halo radiotransparente, bien definido, y están rodeados por hueso sin afectar.

El diagnóstico diferencial se debe de establecer principalmente con el fibroma ameloblástico, fibroodontoma ameloblástico y odontameloblastoma.

El tratamiento es la enucleación quirúrgica, que constituye una herramienta tanto terapéutica como diagnóstica, ya que el diagnóstico de confirmación se realiza mediante el estudio histopatológico de la lesión extirpada. Con el tratamiento quirúrgico adecuado correcto las recidivas son poco frecuentes.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 32 años, que fue remitido a nuestro Servicio de Cirugía Bucal por su ortodoncista, para valorar una lesión ósea radiodensa en región mandibular izquierda. Se trataba de un hallazgo casual en una ortopantomografía realizada para el estudio ortodóntico.

Los antecedentes médico-quirúrgicos personales no fueron relevantes; el paciente no recibía tratamiento médico de ningún tipo ni refería alergias medicamentosas conocidas.

En la exploración clínica intraoral, la coloración de la mucosa era normal, no existía abombamiento de las corticales y no había ninguna ausencia dentaria. A la palpación no se apreciaba ningún signo anormal (Figura 1).

Radiográficamente en la ortopantomografía se observó una imagen radiodensa con bordes radiotransparentes irregulares y bien definidos; localizada a nivel del sector anterior mandibular izquierdo bajo los ápices de incisivos, canino y premolares (Figura 2). El estudio radiológico se completó con un TAC mandibular, en el que se comprobó el tamaño y la extensión de la tumoración, que afectaba a la práctica totalidad del espesor mandibular en sentido vestibulo-lingual, parte de la lesión se situaba a nivel lingual

por detrás de los ápices de incisivos y del canino (Figura 3).

Con el diagnóstico de presunción de odontoma mandibular complejo, se le explicó al paciente que el tratamiento idóneo sería la exéresis de la lesión. Tras la entrega del consentimiento informado al paciente, se procedió a realizar el acto quirúrgico. En primer lugar, llevamos a cabo desinfección extraoral con povidona yodada e intraoral con enjuague de clorhexidina durante un minuto; a continuación, realizamos un bloqueo mandibular (lidocaína al 2% con epinefrina 1:80000) mediante una técnica de anestesia troncular, en el lado contralateral se realizó anestesia infiltrativa suprapariosteal a fondo de vestibulo. El abordaje fue intraoral, y realizamos una incisión de Newman parcial, con incisión intrasulcular desde segundo premolar inferior izquierdo hasta distal de incisivo central inferior derecho, donde se continuó con la línea de descarga. Se realizó despegamiento mucoperióstico, protegiendo las estructuras nerviosas que emergen por el agujero mentoniano (Figura 4). Realizamos una osteotomía con fresa redonda de carburo de tungsteno e irrigación abundante para exponer la lesión tumoral tratando de respetar una cantidad mínima de hueso alrededor de los ápices de los dientes vecinos. Se procedió a la enucleación de la lesión, puesto que la ventana es ligeramente menor que el tamaño de la lesión, ésta se extrae en varios fragmentos ayudándonos ligeramente con un botador recto (Figuras 5 y 6). A continuación se legró la cavidad residual, con objeto de eliminar cualquier resto de tumoración o de cápsula de tejido conectivo y así prevenir posibles recidivas (Figura 7). Por último, se reposicionó el colgajo y suturamos, con sutura no reabsorbible –seda de 3/0– mediante puntos simples interpapilares y puntos sueltos en la línea de descarga. Se prescribió antibiótico (amoxicilina 750 mg cada 8 horas durante 7 días), antiinflamatorios no esteroideos (diclofenaco 50 mg cada 8 horas durante 5 días) y analgésicos (metamizol 575 mg cada 6-8 horas durante 3-4 días) vía oral, así como instrucciones de cuidados postoperatorios. El postoperatorio inmedia-



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8

“ La mayoría de los casos se diagnostican antes de los treinta años, y aún no hay consenso sobre cuál de los dos géneros es el más afectado. ”

to cursó sin incidencias retirándose la sutura a la semana.

La lesión tumoral fue enviada al anatomopatólogo para su análisis histológico. Macroscópicamente se observaron cuatro fragmentos de consistencia pétrea, amorfos y con aspecto de tejidos dentarios de unos 2 cm de tamaño (Figura 8). Microscópicamente se confirmó el diagnóstico de odontoma complejo.

Realizamos una OPG de control a los 18 meses en la que se aprecia una adecuada regeneración ósea, sin signos de recidiva (Figura 9).

DISCUSIÓN

La etiología de los odontomas complejos es de origen desconocido. Se han propuesto diferentes teorías, incluyendo trauma local, infecciones, antecedentes familiares y mutación genética (2).

Los odontomas son los tumores odontogénicos más frecuentes, siendo el odontoma compuesto el de mayor incidencia.

En relación a su localización, la mayoría de los estudios describen una mayor afectación del maxilar; si bien hay estudios que correlacionan la localización en función del tipo de odontoma, de tal forma que los odontomas compuestos mostrarían una mayor predilección por el sector anterior del maxilar, mientras que los odontomas complejos serían más frecuentes en la zona posterior mandibular.

En lo que al género se refiere, no hay consenso sobre cuál de los dos géneros es el más afectado. Algunos autores hablan de una mayor incidencia en el género femenino (2,8-10), mientras que otros refieren una mayor incidencia en el masculino (11-14). Otro grupo de autores no encuentran diferencias significativas entre ambos géneros (3,4,15-17). Existen autores que hablan de la predilección por género en función del odontoma, y refieren que los odontomas compuestos son más frecuentes en hombres, mientras que los complejos son más frecuentes en mujeres (2, 8,9,13,16), lo que difiere de nuestro caso clínico.

Pueden diagnosticarse a cualquier edad, pero la mayoría de los casos (84%) se diagnostican antes de los treinta años, con un pico de incidencia en la segunda década de la vida;

solamente un 10% son diagnosticados en pacientes de más de cuarenta años de edad (4,10,11,14,16,17). Según la mayoría de los autores, los odontomas complejos se diagnostican de manera más tardía que los compuestos (3,4,8,10,17).

A pesar de que suelen ser asintomáticos y se diagnostican en exámenes radiológicos rutinarios (2), existen una serie de indicadores de presencia de odontoma, como son: persistencia de dientes temporales, no erupción de dientes permanentes, expansión de las corticales óseas (principalmente los de tipo complejo) y desplazamiento de dientes. Algunos artículos describen casos de parestesia del labio inferior, dolor de cabeza en el lóbulo frontal y supuración de la zona en la que está localizado el odontoma (1,6). Es raro encontrar dolor asociado a la presencia de un odontoma (3-6). Los odontomas complejos llevan asociados dientes no erupcionados entre el 10-44 % de los casos, y dientes con retraso eruptivo de al menos un diente definitivo, generalmente caninos, en el 74% de los casos. En el caso clínico presentado, no existe ningún diente retenido ni retrasado en la erupción.

El aspecto radiológico de los odontomas complejos va a depender del estadio de desarrollo y del grado de mineralización. El estadio inicial se caracteriza por una radiolucidez marcada, debida a la falta de calcificación. En estadios intermedios, se observa una calcificación parcial, mientras que en el tercer estadio la lesión aparece como una masa radiopaca con estructuras dentales amorfas, rodeadas por una capa fina, radiolúcida, que histológicamente se corresponde con tejido conectivo (2). Son características las imágenes en haz de rayos solares (1,3). Nuestro caso se encontraba en un estadio tres.

Debemos hacer el diagnóstico diferencial con fibroma ameloblástico, fibroodontoma y odontameloblastoma (4,6,19).

El manejo terapéutico es quirúrgico siendo el tratamiento de elección la exéresis quirúrgica total de la lesión, con posterior examen histopatológico para confirmar el diagnóstico (1,3). En ocasiones, si hay un diente no erupcionado asociado al odontoma, siempre y cuando el diagnóstico

se haga de forma temprana, debemos de tener en cuenta que existe un alto porcentaje de casos en los que se produce una erupción espontánea del diente retenido después de la exéresis de la lesión principalmente en aquellos dientes en los que el ápice dentario no está cerrado. Si no tuviese lugar la erupción espontánea, sería necesaria la tracción ortodóncica y, en aquellos casos en los que el diente no terminase de erupcionar,

sería necesario realizar una segunda cirugía para su exodoncia⁽²⁰⁾. En nuestro caso, esto no fue necesario, ya que no existía ningún diente incluido asociado a la lesión.

CONCLUSIONES

Los odontomas son los tumores de naturaleza odontogénica más frecuentes, que suelen diagnosticarse de forma casual. Tras un tratamiento adecuado no suelen aparecer recidivas •



Figura 9

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer Ramírez MJ, Silvestre Donat FJ, Estelles Ferriol E, Grau García Moreno D, López Martínez R. Recurrent infection of a complex odontoma following eruption in the mouth. *Med Oral* 2001; 6(4): 269-75.
2. García-Consuegra L, Junquera LM, Albertos JM, Rodríguez O. Odontomas. A clinical-histological and retrospective epidemiological study of 46 cases. *Med Oral* 2000; 5(5):367-372.
3. Amado Cuesta S, Gargallo Albiol J, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of unerupted complex odontoma. *Med Oral* 2003; 8(5):366-73.
4. Patiño Illa C, Berini Aytés L, Sánchez Garcés MA, Gay Escoda C. Odontomas complejos y compuestos: análisis de 47 casos. *Arch Odont Estomatol* 1995; 11(8):423-30.
5. Fernández López RG, López Buendía MC, Ruiz González E. Plasma rico en factores de crecimiento en cirugía bucal. Presentación de caso clínico. *Rev Odont Mex* 2005; 9(3):141-6.
5. Mupparapu M, Singer SR, Rinaggio J. Complex odontoma of unusual size involving the maxillary sinus: report of a case and review of CT and histopathologic features. *Quintessence Int* 2004; 35(8):641-5.
6. Martín-Granizo López R, López-García Asenjo J, De Pedro Marina M, Domínguez Cuadrado L. Odontoameloblastoma: a case report and a review of the literature. *Med Oral* 2004; 9(4):340-4.
7. Sada García-Lomas JM, López-Quiles Martínez J, Pozuelo Pinilla A, Silva Baginha M. Odontoma compuesto: clasificación actual, diagnóstico y tratamiento. *Prof Dent* 2000; 3(7):433-6.
8. Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med* 2002; 31(7): 415-20.
9. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol* 1997; 33(2): 86-99.
10. Hisatomi M, Asaumi JI, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. *Oral Dis* 2002; 8(2):100-5.
11. Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15(1):37-43.
12. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64(9):1343-52.
13. Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO. A review of 318 odontogenic tumors in Kaduna, Nigeria. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63(6):811-9.
14. Miki Y, Oda Y, Iwaya N, Hirota M, Yamada N, Aisaki K. Clinicopathological studies of odontoma in 47 patients. *J Oral Sci* 1999; 41(4):173-6.
15. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruíz-Godoy Rivera LM, Menezes-García A. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84(6):672-5.
16. Fernandes AM, Duarte EC, Pimenta FJ, Souza LN, Santos VR, Mesquita RA, et al. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. *J Oral Pathol Med* 2005; 34(10):583-7.
17. Hidalgo O, Leco I, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13(11):E:7230-4.
18. Serrano de Haro Martínez B, Martínez González JM, Baca Pérez- Bryan R, Donado Rodríguez M. Estudio clínico epidemiológico de los odontomas. *Av Odontostomatol* 1992; 8:689-98.
19. Furst I, Pharoah M, Phillips J. Recurrence of an ameloblastic fibro-odontoma in a 9-year-old boy. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57(5):620-3.
20. Ledesma-Montes C, Perez-Bache A, Garcés- Ortíz M. Gingival compound odontoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996; 25(4):296-7.

SEPES BILBAO 2016

46 Congreso Anual de la
Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

13, 14 y 15 de octubre Palacio Euskalduna

TRAMOS DE TARIFA REDUCIDA:

+ ANTES DEL 30 DE JUNIO

+ ANTES DEL
30 DE SEPTIEMBRE

**CURSO
INTRACONGRESO
FRANK SPEAR**

POSIBILIDAD DE INSCRIPCIÓN INDEPENDIENTE

ANTES DEL **30 DE JUNIO:**

- + Inscríbete con tarifa reducida
- + Envía tu comunicación
- + Solicita plaza en alguno de los talleres

FLUJO DEL
TRABAJO DIGITAL



NUEVOS MATERIALES



TÉCNICAS ADHESIVAS



ASPECTOS TÉCNICOS, ESTÉTICOS Y QUIRÚRGICOS DE
LAS RESTAURACIONES IMPLANTOSOPORTADAS



GESTIÓN DE LAS CLÍNICAS DENTALES...

INSCRÍBETE YA EN: www.sepesbilbao2016.sepes.org

Secretaría Técnica: TISA - Tel.: 94 423 53 36

ORGANIZA TU VIAJE CON
LOS DESCUENTOS EN



www.sepes.org



SEPES

Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

VI Simposio Internacional / VI International Symposium

AVANCES EN CANCER ORAL

ADVANCES IN ORAL CANCER

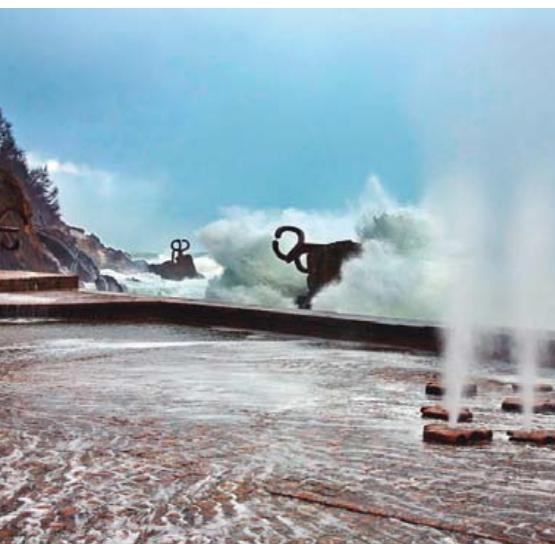


NAZIOARTEKO
BIKAINTASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL



San Sebastián - Donostia
País Vasco - Basque Country

Departamento de Estomatología II
Servicio Clínica Odontológica. UFI 11/25



PREMIO MEJOR PÓSTER CLÍNICO

El Comité Científico del Simposio seleccionará entre los pósters clínicos presentados, tres para su presentación oral y de ellos uno recibirá el PREMIO AL MEJOR PÓSTER CLÍNICO 2016.

Los pósters clínicos deberán ser de un caso o de varios casos clínicos de una patología oral/maxilofacial neoplásica maligna o precancerosa. Los tres pósters seleccionados serán publicados en la revista *Odontólogos de hoy*.

PREMIO MEJOR PÓSTER DE INVESTIGACIÓN

El Comité Científico del Simposio seleccionará entre los pósters de investigación presentados, tres para su presentación oral y de ellos uno recibirá el PREMIO AL MEJOR PÓSTER DE INVESTIGACIÓN 2016.

Los pósters de investigación deberán tratar aspectos relativos a la patología neoplásica maligna oral/maxilofacial o precancerosa. Los tres pósters seleccionados serán publicados en la revista *Odontólogos de hoy*.

AWARD FOR THE BEST CLINICAL POSTER

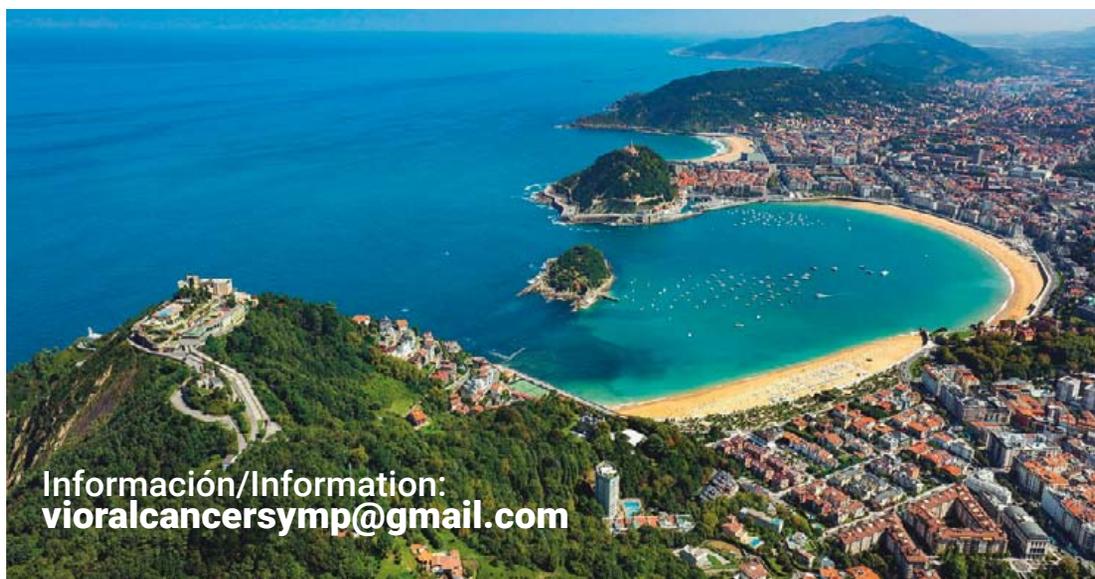
The Scientific Committee of Symposium will select from among the clinical posters, three for its oral presentation and one of them will receive the AWARD FOR THE BEST CLINICAL POSTER 2016.

Clinical posters must present one case or several clinical cases of oral/maxilofacial malignant or pre-malignant pathology. The three selected posters will be published in the magazine *Odontólogos de hoy*.

AWARD FOR BEST RESEARCH POSTER

The Scientific Committee of Symposium will select from among the research posters presented, three for oral presentation and one of them will receive the AWARD FOR THE BEST RESEARCH POSTER 2016.

The research posters should address aspects of oral/maxilofacial or pre-cancerous malignant neoplastic disease. The three selected posters will be published in the magazine *Odontólogos de hoy*.



Información/Information:
vioralcancersymp@gmail.com

MOUTH SELF-EXAMINATION IN A POPULATION AT RISK FOR ORAL CANCER

López-Jornet P (1), Gomez García F(2), Lucero Berdugo M, Parra Pérez F, Aznar Cayuela C

1. Departamento de Medicina Bucal . Facultad de Medicina y Odontología .Universidad de Murcia.
2. Departamento Anatomía Patológica . Facultad de Medicina y Odontología .Universidad de Murcia

INTRODUCCION

El cáncer de la cavidad oral es un problema de salud pública. Alrededor del 70% de los pacientes con cáncer oral se diagnostican en las etapas avanzadas. Se indica que la falta de conocimiento entre la población sobre el cáncer oral son las razones principales para la presentación tardía de cáncer. Teniendo en cuenta que el diagnóstico precoz es un paso importante para reducir la mortalidad por cáncer, se recomienda que este debe ser una prioridad para los programas de cribado diseñados para detectarla enfermedad durante sus fases asintomáticas. Las intervenciones educativas en la población, especialmente enfocado en los grupos de riesgo (auto- exploración) y sobre los profesionales (índice de sospecha del médico) deben incluir un buen conocimiento de la presentación de la enfermedad.



OBJETIVO

El objetivo es la realización de un programa educativo en autoexploración oral en un grupo de pacientes con riesgo de cáncer oral.



MATERIAL - METODOS

Se realizó un programa educativo de autoexploración oral en pacientes de riesgo y a los 3 meses fueron evaluados. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 40 años y fumador/o bebedor y dar su consentimiento y que nunca hubieran participado un programa de educación en autoexploración oral hasta la fecha del estudio. Pacientes con historia previa de cáncer o presencia de cáncer o que no dieran su consentimiento fueron excluidos. El instrumento utilizado fue el cuestionario modelo de creencia en salud susceptibilidad (3 ítem), severidad (8 ítem) beneficios (4 ítem) barreras (8 ítem), eficacia de la autoexploración (6 ítem). Las respuestas fueron puntuadas mediante escala Likert (1 a 5). A los 3 meses de la intervención educativa los pacientes fueron evaluados, se realizó una entrevista telefónica y se le preguntó a los pacientes si habían realizado la autoexploración oral en casa. El instrumento para medir utilizado fue el cuestionario modelo de creencia en salud

RESULTADOS

En total se analizaron 86 pacientes edad media 58.60±10.7; de los cuales 37 mujeres (43%) y 49 hombres (56,9%).

Item	Health Belief Model oral self-examination items			
	Oral self-examination mean±DT Score range: 1-5			
	Yes	No	t*	p
Susceptibility				
1 Possibility of suffering oral cancer	4.06±0.71	2.71±0.51	8.18	0.001
2. The chance that I might develop oral cancer in years to come are high.	1.88±0.51	1.76±0.43	-0.90	0.37
3. I could develop cancer at any moment.	1.86±0.43	1.65±0.66	-1.33	0.19
Perceived severity				
4. Oral cancer is a serious health problem.	4.65±0.49	4.58±0.49	0.501	0.618
5. I am afraid of developing oral cancer.	4.82±0.39	4.30±0.49	4.33	0.001
6. Oral cancer can be a cause of death.	4.35±0.49	3.97±0.56	2.54	0.013
7. Oral cancer could disfigure my face.	4.18±0.52	3.74±0.65	2.54	0.013
8. When I think of oral cancer, my heart beats faster.	4.94±0.24	4.01±0.55	6.69	0.001
9. Oral cancer can last for a long time.	4.76±0.43	4.03±0.87	3.35	0.001
10. It could change my relationship with my family and friends.	4.53±0.51	3.93±0.82	2.85	0.005
11. Oral cancer could change my life for the worse.	4.59±0.51	3.81±0.06	4.34	0.001

Barriers to self-examination				
16. I am afraid of finding something bad.	4.24±0.43	4.22±0.43	-0.44	0.65
17. It takes too much time.	1.17±0.47	1.62±0.57	0.60	0.510
18. Oral self-examination is difficult to do.	1.17±0.43	1.62±0.47	0.60	0.550
19. You need privacy to carry out self-examination.	1.41±0.52	2.07±0.42	-3.60	0.001
20. I see a doctor/dentist, so I do not need to self-examine.	4.71±0.42	4.52±0.60	1.30	0.20
21. It would make me worry needlessly.	2.45±0.66	2.41±0.70	-1.25	0.21
22. It's not convenient for me to self-examine.	2.61±0.47	3.25±0.60	-3.44	0.001
23. Self-examination interferes with my other activities.	1.16±0.43	1.64±0.45	0.59	0.550
Self-efficacy				
24. I know how to carry out self-examination.	4.8±0.43	4.43±0.70	3.57	0.01
25. I can carry out self-examination correctly with just my fingers.	4.06±0.66	3.13±0.39	3.45	0.002
26 I can recognize a white lesion.	3.53±0.47	3.75±0.91	-0.90	0.37
27. I can recognize a red lesion	3.24±0.56	3.24±0.56	0.19	0.98
28. I can recognize an ulcer in my mouth.	3.24±0.66	3.23±0.65	0.94	0.34
29. I can identify a lump in my mouth.	3.35±0.60	3.03±0.66	-2.15	0.34



Sub-scales	Yes (regularly / irregularly)		t	p*
	Mean (SD)	No (never) (n=)		
Susceptibility	2.49±0.37	2.14±0.30	3.93	0.001
Seriousness	4.60±0.22	4.04±0.25	8.22	0.001
Self-examination benefits	4.61±0.266	3.55±0.39	10.55	0.001
Barriers	2.74±0.18	2.99±0.38	-2.53	0.014
Self-efficacy	3.71±0.35	3.44±0.40	2.49	0.015

CONCLUSIONES

Los programas de entrenamiento de exploración son necesarios enfatizar el autoexamen y conseguir disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer oral

BIBLIOGRAFÍA

Sommer L, Sommer DD, Goldstein DP, Irish JC. Patient perception of risk factors in head and neck cancer Head Neck. 2009 ;31:355-60.
Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, Ramaier SK, Kuriakose MA. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population Oral Oncol. 2011 ;47:620-4.
Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. Oral Oncol 2010; 46 : 407-410.

En el IV Centenario de la muerte de Cervantes (II)

La Odontología en El Quijote

En este año, en el que se cumple y celebra el IV Centenario de la muerte de Miguel de Cervantes Saavedra, hacemos desde el palco de la Medicina y de la Odontología una reflexión sobre la época que vivió el genial escritor español. En el próximo número nos centraremos en el asunto odontológico que aparece en “El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha.”

AUTOR: JAVIER SANZ SERRULLA, ACADÉMICO DE NÚMERO DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA



El llamado “arte dental”, aunque ni arte era, fue por siglos un oficio de bravos. Así que las Facultades de Medicina de las universidades españolas, mayores y menores, cumplían bien que mal sus programas y surtían al país de médicos de toda ralea, pero algunos tan excelsos como lo atestiguarían las obras que iban dando a la imprenta, no había quien se dedicara con alguna ilustración a este menester. Si los médicos dejaban el asunto en manos de los cirujanos, estos hacían lo propio con los sacamuelas, gentes sin otro oficio que el de su experiencia y con el poco beneficio que dan los empleos que se juegan en el aire. El caso era librarse del dolor infligido de cada día, extracción tras extracción, pues no había con qué calmarlo en regla. El pueblo padecía las enfermedades de la boca y sufría sobre todo de los dientes, de sus dolores, de tal modo que arrancándolos, muerto el perro y se acabó la rabia. Así se revolvía el propio Quevedo:

*Quitarnos el dolor, quitando el diente
es quitar el dolor de la cabeza
quitando la cabeza que le siente.*

A día primero de abril de 1500 los Reyes Católicos habían promulgado una pragmática que pedía para el ejercicio de la barbería, y en lo sucesivo, algún conocimiento validado ante tribunal de cierto prestigio. Decía así:

*Mandamos que los Barberos i Examinadores Mayores de aquí adelante no consientan ni den lugar que ningun Barbero, ni otra persona alguna pueda poner tienda para saxar, ni sangrar, ni echar sanguijuelas, ni ventosas, **ni sacar dientes ni muelas**, sin ser examinado primeramente por los dichos nuestros Barberos Mayores.*

“ *El caso era librarse del dolor infligido de cada día, extracción tras extracción, pues no había con qué calmarlo. Por ello, los Reyes Católicos promulgaron una pragmática que pedía algún conocimiento validado ante tribunal.* ”

La ley, como tantas, era un aviso a navegantes: ay de aquel que, en lo sucesivo, no mostrara la correspondiente carta de examen, la autorización firmada por los Barberos y Examinadores Mayores, pues pagaría la multa y perdería la tienda, o lo que es igual, el modo y lugar donde ganarse el pan.

En manos de estos barberos quedaban las tareas de la cirugía menor como las que dicta la ley: sajar, sangrar, poner sanguijuelas y ventosas, y también quitar dientes y muelas, como si esto último fuera cosa de cualquiera. Cirujano, acaso menor, entregado a estos menesteres fue el padre de Miguel de Cervantes, don Rodrigo. Y poco avezado hay que ser para darse cuenta de que la pluma del genio corre con alegría del que bien sabe la lección por experiencia: la soltura con la que Cervantes habla del barbero, de su bacía elevada a yelmo de Mambrino, de unguentos milagrosos como el eficaz bálsamo de Fierabrás y de otras prolijidades de este oficio se corresponde con lo vivido y hablado en casa y pronto. Así leemos:

Señor barbero, o quien sois, sabed que yo también soy de vuestro oficio, y tengo más ha de veinte años carta de examen y conozco muy bien de todos los instrumentos de la barbería, sin que le falte uno.

(I parte, cap. XLV),

En esta luz se recorta la sombra del alcaláino don Rodrigo de Cervantes.

El aprecio a los dientes está de suyo en el “Ingenioso Hidalgo”. El autor que, según investigaciones tan recientes en el convento madrileño de las Trinitarias, debió morir con los menos en su lugar, lo tiene presente tal que en aquella señora vestida de negro que desfila en la aventura de la cueva de Montesinos:

Era cejjunta; y la nariz algo chata; la boca grande, pero colorados los labios; los dientes, que tal vez los descubría, mostraban ser ralos y no bien puestos, aunque eran blancos como unas peladas almendras.

(II parte, cap. XXIII).

Aun apiñados, parecen de mejor ver que los de la pretendida novia del hijo del viudo labrador de Miguel Turra que se entrevista con el gobernador Sancho:

...Con todo esto, parece bien por extremo, porque tiene la boca grande, y a no faltarle diez o doce dientes y muelas, pudiera pasar y echar raya entre las más bien formadas.

(II parte, cap. XLVII).

Con todo, Sancho, en la pelea con el barbero que quería recobrar la bacía que ahora lucía su amo, se las tuvo con aquél en la venta *y con la una mano asió de la albarda y con la otra dio un mojicón al barbero, que le bañó los dientes en sangre* (I parte, cap. XLIV).

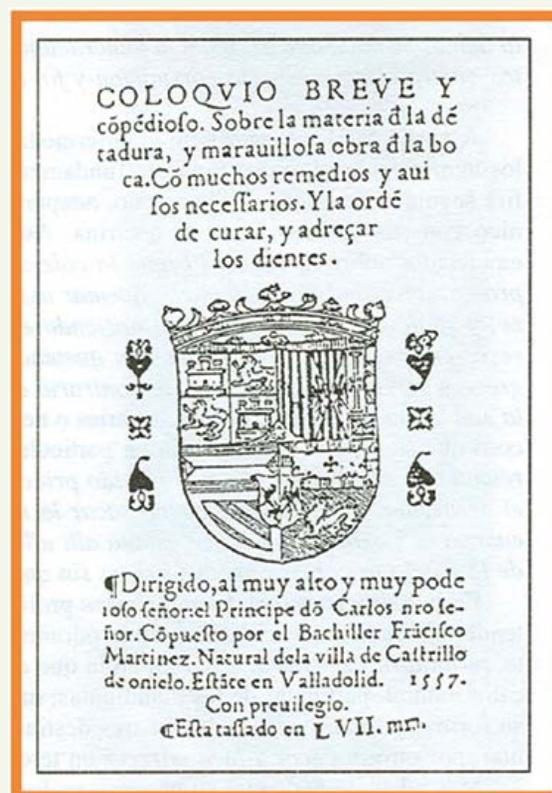
A éste, cornudo y apaleado, no le hubiera quedado otra que rezar a Santa Apolonia, patrona de los dentistas, sí, pero antes de los enfermos de los dientes y las muelas. La santa de Alejandría aparece también en el mejor de los libros:

-Pues no tenga pena –respondió el bachiller–, sino váyase enhorabuena a su casa y téngame aderezado de almorzar alguna cosa caliente, y de camino vaya rezando la oración de Santa Apolonia, si es que sabe, que yo iré luego allá y verá maravillas.

-¡Cuitada de mí! –replicó el ama–. ¿La oración de Santa Apolonia dice vuestra merced que rece? Eso fuera si mi amo lo hubiera de las muelas, pero no lo ha sino de los cascós.
(II parte, cap. VII).

“Te hago saber, Sancho, que en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante.”

Andaba don Quijote, coaligado en su imaginación con las tropas del valeroso Pentapolín del Arremangado Brazo y metido en lucha contra el enemigo de éste, don Alifanfaron de la Trapobana. O sea, haciendo oídos sordos a su escudero que le advertía de que esos ejércitos contra los que había decidido combatir no eran sino rebaños de



Portada del Coloquio breve y compendioso... (Valladolid, 1557).

ovejas y carneros, e importunando a sus pastores que decidieron parar “la batalla” con sus hondas a fin de que el estropicio ya cometido con algunas reses no pasase adelante. A la flamante dentadura del caballero, íntegra aún a su edad, pues ni neguijón (caries) ni reuma (ésta era la creencia de los clásicos en el origen del enfermar de estos huesos) la habían afectado, le quedaba pocos minutos de permanecer en su sitio y por su orden.

Silbábanle al hidalgo las cercanas pedradas pero no le llevaban a cejar en su empeño, hasta que una de ellas frenó en seco su bravura, según narra Cervantes:

Llegó en esto una peladilla de arroyo y, dándole en un lado, le sepultó dos costillas en el cuerpo. Viéndose tan maltrecho creyó, sin duda, que estaba muerto o malferido, y acordándose de su licor, sacó su alcuza y púsose a la boca, y comenzó a echar licor en el estómago; mas, antes que acabase de envasar lo que a él le parecía que era bastante, llegó otra almendra y dióle en la mano y en el alcuza tan de lleno, que se la hizo pedazos, llevándole de camino tres o cuatro dientes y muelas de la boca...

(I parte, cap. XVIII).

Don Quijote, tras el socorro sempiterno de Sancho, intentaba recomponer su estampa y, puesta la mano izquierda en la boca (dirá más adelante: “con la mano en la mejilla, a guisa de hombre pensativo”), porque no se le acabasen de salir los dientes... Iba a dejar este nuevo campo de fracasada batalla, no sin que antes quisiera ser reconocido por Panza:

...Pero dame acá la mano, y atíentame con el dedo y mira bien cuántos dientes y muelas me faltan deste lado derecho de la quijada alta, que allí siento el dolor.

Metió Sancho los dedos, y estándole tentando, le dijo:

-¿Cuántas muelas solía vuestra merced tener en esta parte?

-Cuatro –respondió don Quijote–, fuera de la cordal, todas enteras y muy sanas.

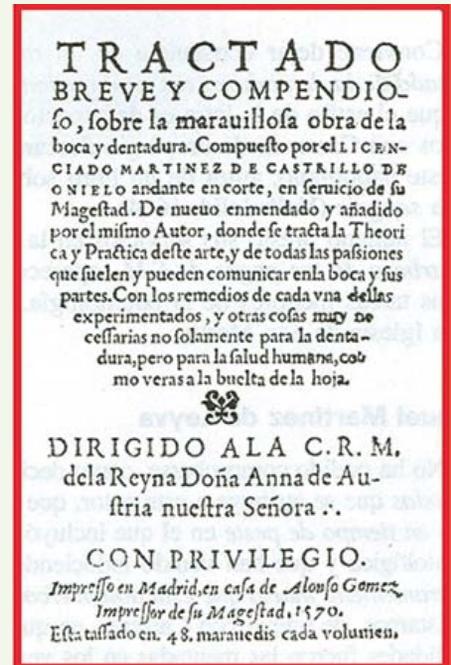
-Mire vuestra merced bien lo que dice, señor –respondió Sancho.

-Digo cuatro, si no eran cinco –respondió don Quijote–, porque en toda mi vida me han sacado diente ni muela de la boca, ni se me ha caído, ni comido de neguijón ni de reuma alguna.

-Pues en esta parte de abajo –dijo Sancho– no tiene vuestra merced más de dos muelas y media; y en la de arriba, ni media ni ninguna; que toda está rasa como la palma de la mano.

-¡Sin ventura yo! –dijo don Quijote oyendo las tristes nuevas que su escudero le daba–; que más quisiera que me hubieran derribado un brazo, como no fuera el de la espada; porque te hago saber, Sancho, que la boca sin muelas es como molino sin piedra, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante...

(I parte, cap. XVIII).



Portada del Tratado breve y compendioso... (Madrid, 1570)

Don Quijote quedará más adelante bautizado como “El Caballero de la Triste Figura” por ingenio de su escudero, apelativo que al señor de La Mancha le pareció de perlas: *y así digo que el sabio ya dicho te habrá puesto en la lengua y en el pensamiento ahora que me llamas el Caballero de la Triste Figura, como pienso llamarme desde hoy en adelante; y para que mejor me cuadre tal nombre, determino de hacer pintar, cuando haya lugar, en mi escudo una muy triste figura.* Sancho, a poco discurrir y algo observar, había atinado con el calificativo a la vista de la pobre facha que lucía su señor después de batallas y consecuencias: *y débelo haber causado, o ya el cansancio*

“

Los barberos del Renacimiento y Barroco apenas tenían un libro donde estudiar, si es que sabían de letras. Pero era un libro magnífico, un Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca que daba gusto leer.

”

deste combate, o ya la falta de las muelas y los dientes. (I parte, cap. XIX).

Ni siquiera había tenido cita el de la triste figura con el barbero para que, con su pobre utillaje, tirara de sus dientes y muelas bailantes, los honderos habían estado finos y certeros haciendo diana en el más inmortal de los caballeros andantes. El que saliera a la hora del alba a administrar justicia a diestro y siniestro había perdido tantos diamantes como número de dientes.

El "Coloquio breve y compendioso", para ilustración de dentistas.

Ahora bien, ¿dónde aprendieron aquellos barberos de los siglos del Renacimiento y del Barroco? Principalmente a pie de obra, en la calle, viendo a otros, empíricos como lo serían ellos. Apenas tenían un libro donde estudiar, si es que sabían las letras. Pero era un libro magnífico. El capellán Francisco Martínez de Castrillo, que a su señor don Felipe II acompañara en sus viajes a Europa había regresado a la Corte y allí, en Valladolid, había dado a la imprenta, año de 1557, un *Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca* que daba gusto leer, tanto por el cuánto como por el cómo. En un delicioso lenguaje, cervantino, a modo de teatro entraban y salían los personajes a escena con un repertorio de males dentales para los que Valerio (el propio autor) tenía explicación y remedio, también desengaño, y advertía por vez primera en la historia que la causa del negujión (la caries dental) no era ningún gusano. Y que si algún dentista viniese con esa copla, tanto mejor dejarle pasar.

El libro iba acompañado de imágenes de los instrumentos necesarios para poder ejercer con algún decoro el arte dental y así con él acudirían futuros dentistas a orfebres y plateros para encargar su utillaje, guarecerlo en una bolsa de cuero y encomendarse a Dios y a Santa Apolonia. Quien tuvo ese libro, en sus manos tuvo un tesoro.

La Corte instalada en Madrid nueve años antes, y en 1570 Martínez de Castrillo, se llega a la imprenta de

Alonso Gómez para que tire otra edición de su libro de dientes, pero trocando la primera palabra. Ahora sale como *Tratado breve y compendioso...* y está armado a la manera académica, como cumpliendo los mínimos

“ *El de dentista, mejor el de sacamuelas, se coronaba entre los oficios como el más maldito del mundo en la tintaleche agria de don Francisco de Quevedo y Villegas.* ”

para sujetarse con dignidad en la biblioteca de los médicos junto a los tratados de medicina y cirugía. Sobre este libro podría crecer con fundamento la poca razonada dentistería de la época, cosa que era tanto de esperar como de desear. Pues no, España dejaba pasar la mano y la pobre literatura dental se iba por los desagües de las cartillas de flebotomía de Alonso Muñoz y Diego Pérez de Bustos. El de dentista, mejor el de sacamuelas, se coronaba entre los oficios como *el más maldito del mundo* en la tintaleche agria de don Francisco de Quevedo y Villegas.

Al menos, quedaba el regusto de que la cuestión dental estaba en el mejor libro de todos los tiempos. A día hoy. Cuatro siglos de por medio ●

ODONTÓLOGOS
de hoy
Compromiso
RIGOR Y CIENCIA



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com



Obligaciones económicas con la Administración. ¿Ante quién estamos?

MARTA DOMÍNGUEZ DE BUZÓN BENITO.
ABOGADA. SOCIA EN GALENDE&DEBUZÓN

Dentro del mundo empresarial es necesario cumplir con las múltiples obligaciones formales que se imponen a las sociedades desde su nacimiento y las empresas deben conocer los mecanismos que ofrece la legislación para cumplir esas obligaciones y evitar posibles sanciones.

Hablar de mecanismo supone, en primer lugar, ser conscientes de que el correcto funcionamiento de una sociedad mercantil implica conocer y aceptar la existencia de una compleja serie de obligaciones administrativas: tramitación de licencias, pago de impuestos, emisión de facturas, registro de la marca, trato adecuado de datos personales, alta en el Régimen Especial de Empleados Autónomos, contrataciones laborales, pago de cotizaciones, y un largo etcétera que, en ocasiones, nos hace plantearnos si es posible ser un “empresario ejemplar” y dar cumplimiento a todos y cada uno de los quehaceres jurídicos que la legislación impone.

Por otra parte, es necesario analizar cada una de estas obligaciones y distinguir dentro de ellas cómo hacerlas efectivas y, lo que es igual o más importante, las consecuencias que sufriremos si no las llevamos a cabo de una forma impecable desde el punto de vista jurídico.

En este sentido, la Administración se sabe poseedora de mecanismos que se activan de manera automática si nuestra “ejemplaridad” no se ha llevado a cabo por determinadas circunstancias (que pueden ir desde una mala situación económica hasta un error o, incluso, un olvido). Es lo que ocurre si no se da un correcto cumplimiento a las obligaciones tributarias y de Seguridad Social.

En concreto, debemos tener en cuenta que la contratación de cualquier trabajador implica la necesidad de cotizar mensualmente, ingresando en la Tesorería General de la Seguridad Social

aproximadamente un 33% del importe del salario bruto del trabajador (correspondiente a la cuota empresarial) y, por otra parte, aproximadamente un 7% del importe del salario bruto del trabajador (correspondiente a la cuota obrera –o cotización del trabajador si no queremos utilizar esta expresión un tanto arcaica). Todo ello supone ser conscientes de que al salario neto o líquido que el trabajador perciba cada mes (en otras palabras, la cifra que aparecerá en su cuenta bancaria) debemos añadir casi un 40% más que irá destinado directamente a las arcas de la Seguridad Social en forma de cotizaciones.

Al margen de cualquier valoración personal sobre la adecuación o la desproporción de este porcentaje, es importante considerar que, si esta obligación no se cumple regularmente, las consecuencias son importantes. Y caras.

Para empezar, la Tesorería generará un recargo del 20% o del 35% (es decir, una u otra opción, y no de forma escalonada) en función de si la empresa ha generado los boletines de cotización y el momento del pago. Estos boletines son unos documentos telemáticos que a mes vencido la empresa debe enviar a la Tesorería comunicando los datos económicos y laborales de sus trabajadores.

Pues bien, si una empresa envía estos documentos pero no ingresa la deuda, el recargo será del 20%. No obstante, en el caso de que estos boletines no se hayan llegado a emitir, el recargo podrá incrementarse del 20% al 35% si el ingreso no se hace en el plazo fijado en la reclamación de deuda.

Quizás habría sido más acorde con el espíritu de la ley establecer un sistema de recargos en función del

día en el que se satisfaga la deuda. Lo correcto, en nuestra opinión, sería que la Administración valorara qué día se ha saldado la deuda y, en consecuencia, en qué

“ *Dentro del mundo empresarial, es necesario cumplir con múltiples obligaciones formales, analizar cada una de ellas, tener en cuenta las consecuencias que sufriremos si no las llevamos a cabo y conocer los mecanismos para cumplirlas.* ”

momento se ha dejado de causar un perjuicio a las arcas públicas, independientemente de si se han enviado o no los boletines de cotización. Carece de toda lógica que si una empresa ingresa los importes correspondientes a las cotizaciones un día después de finalizar el plazo, el recargo que se le impondrá de forma automática sea del 20% y si lo hace un mes después sea, también, del 20%.

Sorprendentemente, el asunto de los recargos ha sido recientemente modificado (en julio de 2015), eliminando el recargo del 3% que se generaba si la empresa presentaba los boletines de cotización pero no pagaba la deuda y elevando este importe al 20%. Parecía más lógica la solución anterior, donde las empresas sufrían un recargo progresivo (del 3% al 20%) en función del momento del pago. Ello permitía moderar la sanción legal en función de cuánto tiempo tardaba el empresario en regularizar la situación.

Las consecuencias para un empresario deudor no finalizan en este punto. En caso de que exista cualquier tipo de bonificación, ésta se pierde automáticamente, incrementándose la deuda en el importe bonificado.

El Reglamento General de Recaudación ofrece la posibilidad de efectuar el pago por transferencia bancaria.

Sin embargo, es necesario realizar una advertencia en este sentido: la fecha que la Tesorería tendrá en cuenta no será la fecha de realización de la transferencia, sino aquella en la que el dinero llegue a la Administración. Mucho cuidado, por tanto, con los problemas (por desgracia) cotidianos con las herramientas informáticas de las entidades bancarias

que a menudo se bloquean o retienen determinados pagos antes de hacerlos llegar a su destinatario.

Otra cuestión con la que debemos estar muy alerta: por regla general, las Administraciones Públicas entienden (puesto que así lo recoge su normativa básica –Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común) que si el último día para efectuar un ingreso es inhábil, éste se entenderá el siguiente hábil. Como en toda regla general, existe una excepción, que en este caso se aplica (por si fuera poco) a la normativa recaudadora de Seguridad Social. De esta forma, si el último día del plazo de ingreso de cotizaciones coincide con un día inhábil, nuestro plazo finalizará el día anterior (y no el siguiente).

No obstante, existe una posibilidad de paliar las consecuencias económicas del error: solicitar un aplazamiento. Si bien es cierto que cuando se trata de negociar con la Tesorería General de la Seguridad Social el margen es menor al que ofrece la Agencia Tributaria (que permite solicitar un aplazamiento antes de que se genere la deu-

da y se concede de manera automática si el importe es inferior a 30.000 euros), siempre podremos intentarlo ofreciendo a la Administración determinadas garantías en función de la cuantía debida. A pesar de que el aplazamiento no se concede de forma automática (puesto que ni siquiera se recoge en el Reglamento General de Recaudación como un derecho, sino como una potestad discrecional de cada Administración), una vez concedido se considera a la empresa al corriente de deudas, suspendiéndose la ejecución. Llegados a este punto, las facilidades de pago permitirán a la empresa, previsiblemente, poder hacer frente a la deuda sin dañar de una forma tan drástica su liquidez.

No resulta extraño, dadas las circunstancias, pensar en sociedades que obligadas a hacer frente a las deudas y recargos generados hayan visto reducida su liquidez y la posibilidad de cumplir con obligaciones igual de importantes, como son el pago de salarios, a proveedores o incluso a otras Administraciones.

Para tranquilidad de los empresarios, el panorama es más alentador cuando se trata de dar cumplimiento a las obligaciones fiscales. La Agencia Tributaria parece actuar de una forma más razonable en estos casos,

concediendo, como se ha señalado, un aplazamiento automático de deudas que no estén vencidas (sin dar, por tanto lugar a recargos) y no superen los 30.000 euros. Además, si la deuda finalmente se genera, el recargo variará de un 5% a un 20% en función del momento en el que la deuda se haga efectiva. De esta forma, la sanción será mayor cuanto mayor sea el

tiempo transcurrido para saldar la deuda.

Envidiable resulta desde el punto de vista laboral la actuación de la Administración tributaria, que parece ponerse en la piel de los empresarios que en un momento determinado no pueden hacer frente a sus obligaciones fiscales, ofreciéndoles facilidades de pago y velando por la liquidez (y por tanto, por la viabilidad) de las empresas.

Valorando todas y cada una de estas prescripciones legales, y teniendo una visión global del escenario obligacional de una empresa, lo más práctico es que ante la existencia de problemas de liquidez (cualquiera que sea la causa), las empresas opten por elegir quién es el mejor acreedor, puesto que de ello dependerá, no sólo el momento de hacer frente al pago, sino, además, la cuantía que en concepto de sanción saldrá del bolsillo empresarial para ingresarse en las arcas públicas. No debemos desperdiciar, por tanto, una opción que nos permita cumplir con las dos caras de la moneda: saldar las deudas existentes y ahorrar liquidez en materia de recargos •

“
Lo más práctico es que, ante problemas de liquidez, las empresas opten por elegir quién es el mejor acreedor, puesto que de ello dependerán el momento de hacer frente al pago y la cuantía en concepto de sanción.
 ”



La obligada prevención de delitos en la empresa

El “*compliance officer*”: una nueva imposición legal para todas las personas jurídicas

FCO. JAVIER RELINQUE RODRÍGUEZ
ABOGADO, SOCIO RESPONSABLE DPTO. JURÍDICO
DE IVB ABOGADOS Y ECONOMISTAS SL

Pues sí, estamos ante una nueva imposición legal del legislador. De esas que, si no la cumples, puede hundirte la empresa y tu patrimonio familiar.

Es el llamado programa de cumplimiento normativo para la evitación y prevención de delitos en la empresa, más conocido como “**programa de compliance**”.

¿Y esa obligación afecta a la clínicas odontológicas? Rotundamente sí.

Efectivamente, el artículo 31.bis del Código Penal (CP) dispone que las personas jurídicas son penalmente responsables de los delitos cometidos en ellas por los representantes legales de las sociedades y sus administradores. Hasta aquí –además de lógico– estaba ya previsto en la reforma del código penal de 2010.

Sin embargo, tras la última reforma del CP, en vigor desde 1 de julio de 2015, la empresa tendrá toda la responsabilidad penal por los delitos cometidos por cualquier persona que actúa en el ámbito de decisión, control y organización de la empresa (por ejemplo, los apoderados y altos directivos).

Pero además, también es responsable penalmente la empresa cuando quien comete el delito es un trabajador de la misma, siempre que actúe en el ámbito de ésta, por cuenta de ella y lo haga en beneficio –directo o indirecto– de la empresa.

Así, en caso de se que produzca el delito, la responsabilidad penal recaerá sobre la persona jurídica salvo que ésta acredite que, antes de la comisión del delito, se ha adoptado y ejecutado eficazmente un modelo de organización y gestión que resulta adecuado para prevenir delitos de la naturaleza del que se haya cometido, o bien para reducir de forma significativa el riesgo de su comisión. Es decir, la imputación de la empresa es inmediata, es siempre exigible, y será objeto de condena salvo que se acredite el programa de “*compliance*” implantado en el artículo 31.bis del CP.

Vemos por ello que ahora el administrador debe ampliar su ámbito de deberes inherentes a su cargo, es decir, debe implantar un modelo de organización y gestión de control eficaz para la prevención de la comisión

de delitos en su empresa so pena de que ésta sea condenada, pudiendo “arrastrar” al mismo administrador. Esa suma de delito individual y déficit de control, es lo que hace que el hecho delictivo adquiera una mayor dimensión que excede de la responsabilidad estrictamente individual de quien comete el delito.

Pero, ¿qué delitos pueden darse en una clínica dental?

El Código Penal establece un catálogo determinado y cerrado de delitos susceptibles de generar responsabilidad de todas las personas jurídicas, y por ello, en primer lugar, deben analizarse los riesgos inherentes a un sector determinado y así mitigarlos mediante el programa de prevención o *compliance*.

Los delitos que, en mi opinión, pueden afectar al ámbito o sector de las clínicas dentales, resaltando los de mayor riesgo, son:

- a. Delitos contra la **intimidad** y allanamiento informático.
- b. Delitos de insolvencias punibles, alzamiento de bienes o frustración de la ejecución para el pago a acreedores.
- c. Delitos relativos a la propiedad intelectual e industrial.
- d. Delitos de descubrimiento y revelación de secretos empresariales.
- e. Delitos de **publicidad engañosa y contra los consumidores**.
- f. Delitos de **corrupción entre particulares** y corrupción en los negocios.
- g. Delitos de **blanqueo de capitales**, especialmente procedente del delito fiscal.
- h. Delitos **contra la Hacienda Pública y contra la Seguridad Social**.
- i. Delitos de falsificación de medios de pago.
- j. Delitos relativos a la exposición de personas a **radiaciones ionizantes**.
- k. Delito de cohecho.

Como vemos, hay figuras que son catalogadas por el legislador como delitos, pero a su vez son desconocidas por un administrador ordinario, por lo que pue-



den darse con más probabilidad si no es previamente detectado su riesgo.

Las penas aplicables van desde la multa, que es lo más común, hasta la disolución de la empresa, pasando por la intervención judicial y cierre de los establecimientos o prohibición para el ejercicio de la actividad.

¿Cómo se organiza e implanta el programa de cumplimiento normativo para eximirse de la responsabilidad penal de la empresa?

En primer lugar, en la empresa debe existir una mentalidad de cumplimiento de las normas y un **código ético definido**. Los administradores de la compañía deben tomar conciencia de que existen unos principios éticos que deben respetarse y ser respetados, junto a una cultura de control.

Además, entre otras condiciones, debe existir un responsable interno efectivo que realice las labores de control, previsión, supervisión, formación, y de verificación de los procedimientos internos creados a este fin. Es el llamado “*compliance officer*”.

Por último, el programa de “*compliance*” debe cumplir unos requisitos básicos, que resumimos grosso modo:

1. Deben constar identificadas las actividades y el **mapa de riesgos** inherentes a ellas.
2. Se deben establecer los **protocolos** que concreten los procesos de la formación de la voluntad de la empresa, sus decisiones y su ejecución.
3. Debe disponer de modelos de gestión de los recursos financieros adecuados y destinados a la prevención delictiva.
4. Debe incluirse la obligación de información a las autoridades.
5. Debe establecer un sistema disciplinario que sancione adecuadamente las conductas contrarias al código ético y al procedimiento de la compañía.
6. Debe incluir una verificación periódica del modelo y adecuación a la normativa en vigor.

Y ahora, viene lo mejor de la norma: la obligación del programa de *compliance* es imperativa a todas las personas jurídicas, pero no para la propia Administración Pública.

En mi opinión, toda prevención frente a la comisión de delitos en las empresas es necesaria y aporta valor a la compañía. Y esta previsión –importada de los países anglosajones– constituye una línea de defensa más frente a los delincuentes.

“ *Este programa de prevención de delitos no es aplicable a la mismísima Administración Pública y Organismos Públicos, cuando un gran porcentaje de los delitos que se cometen en España tiene su origen en la propia Administración.* ”

Pero lo que no se acaba de entender –salvo desde el prisma de la misma caradura habitual– es cómo este programa de prevención de delitos no es aplicable a la mismísima Administración Pública y Organismos Públicos, cuando en realidad, un gran porcentaje de los delitos que se cometen en España por personas físicas y jurídicas tiene su origen en la propia Administración.

Si a los empresarios se les obliga a destinar recursos –ya muy mermados– a implantar un programa de prevención de delitos, ¿por qué se exime a una de las principales fuentes del delito de ese programa de prevención? Es razonable no condenar a la Administración a una sanción penal, pero eximirle de un sistema de prevención de tanta importancia sólo tiene causas y razones inconfesables para la impunidad de los de siempre.

De esta manera, la Administración Pública –tal y como está configurada– seguirá siendo el mismo lastre endogámico para los emprendedores ●



Menorca, una isla que vive de “cara al mar”

Menorca es la isla más oriental y septentrional de las Islas Baleares (España). Es la segunda en extensión y tercera en población del archipiélago mediterráneo. Su nombre proviene del latín Minorica, ya que los romanos la bautizaron así por tener menor tamaño que la isla de Mallorca.

Con una extensión de 701 km², es casi equidistante de tierras argelinas y francesas, así como de la isla de Cerdeña y de la península Ibérica. De hecho, es el territorio español más oriental y el primer lugar donde amanece en España. La isla de Menorca y los islotes que la rodean constituyen un resumen del Mediterráneo Occidental, en el que se pueden encontrar la mayor parte de los ecosistemas característicos de esta región, excepto los fluviales y los de montaña. Menorca tiene numerosas especies endémicas o tirrénicas, es decir, exclusivas de esta isla o bien compartidas solo con otras tierras cercanas como Mallorca, Córcega y Cerdeña. Esta mezcla de generalidades y singularidades hace especialmente atractivo el patrimonio natural de este territorio, que fue declarado Reserva de Biosfera el 8 de octubre de 1993 por la Unesco.

Menorca ha sido, desde la prehistoria hasta tiempos muy recientes, un lugar de paso de distintas culturas gracias a su situación estratégica en el centro del Mediterráneo occidental. Precisamente esa excelente ubicación provocó diversas invasiones, ya que desde los albores de los tiempos diferentes pueblos codiciaron la isla como puerto de escala y refugio. El paso de diferentes pueblos y culturas ha dejado un rico legado histórico en la isla, lo que convierte a Menorca



en una tierra con un importante patrimonio de gran atractivo para sus numerosos visitantes.

Menorca tiene una población de 96.000 habitantes, concentrados en los ocho municipios en que se divide: Maó (capital administrativa de la isla), Ciutadella (la antigua capital), Alaior, Ferreries, Es Mercadal, Es Castell, Sant Lluís y Es Migjorn

Gran. Existen otros tres núcleos urbanos, Sant Climent, Lluçmaçanes y Fornells, los dos primeros en el término municipal de Maó y el último en Es Mercadal. Maó al este y Ciutadella al oeste, son los dos pueblos más habitados de la isla. Con un clima típicamente mediterráneo, las temperaturas medias anuales se sitúan en una media de 16,7 °C.





Un paraíso para el visitante

Con 216 kilómetros de costa, Menorca cuenta con más de 70 playas, de fina arena blanca en el sur y de rojizos tonos en las más agrestes calas del norte. Su variedad geológica la convierte en un paraje de indudable belleza en el que contrastan salvajes acantilados con suaves arenales. Sus puertos siguen mostrando gran tradición marinera, y la vida volcada en el mar sigue siendo el medio de vida para muchos de sus habitantes. Asimismo, su carácter isleño, sus maravillosas calas, sus pueblos blancos y totalmente orientados al mar hacen de la isla un punto de obligada visita para avezados navegantes. Menorca vive de cara al mar.

La isla es uno de los paraísos del Mediterráneo occidental, una perla bañada por un mar apacible y pro-

tegida por un clima amable. Una banda cromática infinita permite ver cómo se confunden el azul de su cielo con el turquesa de sus aguas, el verde oscuro de sus bosques, el marrón de sus rocas y el blanco de sus playas.

En Menorca las lenguas oficiales son el castellano y el catalán. Como en el resto de las Islas Baleares.

Existen en la isla gran cantidad de monumentos megalíticos (navetas, talayotes y taulas), pero junto con ellos se encuentran también galerías, salas hipóstilas, recintos cubiertos, cuevas, etc.

En el Monte Toro, en el centro de la isla, se encuentra el Santuario de la Virgen del Monte Toro (patrona de Menorca). En Ciudadela de Menorca destaca la Catedral-Basílica de Santa María de Ciudadela, construida entre

1300 y 1365, que combina estilos góticos y neoclásicos.

La economía menorquina se basa en la industria agrícola y la del calzado, el turismo es igualmente una gran fuente de riqueza pero, históricamente, no ha sido el pilar de su economía, lo que ha beneficiado al estado de conservación de sus playas y paisajes naturales, mucho más cuidados que en las otras Islas Baleares.

El turismo británico, que procede de la influencia heredada del paso de los ingleses por la isla, y el peninsular son los puntos de origen de la mayor parte de sus visitantes, aunque otras nacionalidades europeas como alemanes, holandeses, escandinavos y franceses encuentran en este remanso de paz y descanso su punto favorito para el disfrute vacacional ●

Este verano,
refresca la imagen
de tu clínica



Tu agencia de diseño y publicidad
www.oklok.es / +34 91 366 55 24

Oklok[®]

EN EL MUSEO DEL PRADO

FESTEJO EN EL V CENTENARIO DE LA MUERTE DE "EL BOSCO" CON UNA MUESTRA DE SU OBRA

En el V centenario de su muerte, El Bosco está más vivo que nunca. El Museo del Prado alberga una exposición –del 31 de mayo al 11 de septiembre– única e irrepetible.

La muestra está compuesta por el repertorio más completo del Bosco, uno de los artistas más enigmáticos e influyentes del Renacimiento, que invita al público a adentrarse en su personal visión del mundo a través de un montaje expositivo espectacular que presenta exentos sus trípticos más relevantes para que se puedan contemplar tanto el anverso como el reverso. “El Bosco. La exposición del V Centenario” se centra en las obras originales de este artista y se articula en siete secciones. La primera: El Bosco y ‘s-Hertogenbosch, nos sitúa en la ciudad donde transcurrió su vida. Dado el carácter monográfico de la muestra, y ante la dificultad que plantea fijar su cronología, se ha distribuido su producción en seis secciones temáticas: Infancia y vida pública de Cristo, Los santos, Del Paraíso al Infierno, El jardín de las delicias, El mundo y el hombre: Pecados Capitales y obras profanas, y La Pasión de Cristo.



Tríptico *El jardín de las delicias*

Cuándo	Del 31 de mayo al 11 de septiembre
Lugar	Museo del Prado
Web	https://www.museodelprado.es/

La exposición incluye, asimismo, obras realizadas en el taller de El Bosco o por seguidores a partir de originales perdidos. Otro grupo de obras, entre las que figuran pinturas, miniaturas, grabados a buril de Alart du Hameel, relieves de Adrien van Wesel y el manuscrito del Comentario de la pintura de Felipe de Guevara, permitirá entender mejor el ambiente en el que se gestaron las pinturas de El Bosco, la personalidad de alguno de sus patronos, como Engelbert II de Nassau, o la valoración que se hacía de la pintura en el siglo XVI. Nuestro país conserva el mayor conjunto de originales suyos gracias al interés que mostró el monarca Felipe II, apasionado de las pinturas del genio flamenco. El Prado, heredero de la Colección Real junto con Patrimonio Nacional, custodia seis obras, entre las que des-

tacan los trípticos de *El jardín de las delicias*, *Adoración de los magos* y *Carro de heno*. A ellas se suman *Camino del Calvario de El Escorial* –una obra que, gracias a la generosidad de Patrimonio Nacional, se traslada desde la muestra “El Bosco en El Escorial” para unirse a la magna exposición del Museo del Prado– y *San Juan Bautista*, de la Fundación Lázaro Galdiano, uno de los mejores frutos del afán coleccionista de don José Lázaro. Junto a estas obras, se podrán contemplar otras obras como los préstamos procedentes de Lisboa, Londres, Berlín, Viena, Venecia, Rotterdam, París, Nueva York, Filadelfia o Washington, entre otras ciudades, que convierten esta muestra en un acontecimiento único para sumergirse en el imaginario de uno de los pintores más fascinantes del arte universal ●



Mesa de los Pecados Capitales

QUIERE
**FINANCIACIÓN
FÁCIL**
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIK'S**
FINANCIACIÓN CLÍNICA

NSK LANZA NUEVOS PRODUCTOS

iClave, serie de autoclaves de NSK

NSK

CREATE IT.

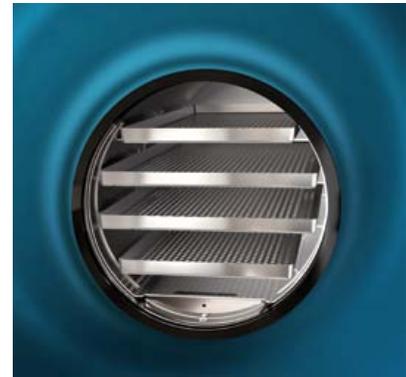
NSK lanza al mercado unos autoclaves especialmente concebidos para piezas de mano, para un proceso de esterilización más seguro y eficiente. NSK incluye en su vigente catálogo de ofertas especiales, hasta el 31 de julio de 2016, iClave plus e iClave mini.

iClave plus, autoclave de clase B con tecnología de vanguardia, en el que se reúnen, en un diseño elegante y compacto, prestaciones avanzadas. Su cámara de 18 litros de capacidad cuenta con un volumen útil equivalente a un autoclave de 24 litros. El sistema de bandejas especiales permite introducir un mayor número de piezas. Su cámara de cobre recubierta de níquel realiza un exclusivo sistema de calentamiento de tipo "calor

adaptativo" que permite alcanzar una temperatura uniforme en todo el interior de la cámara evitando dañar los instrumentos.

NSK asegura que la cámara de cobre posee una conductividad térmica superior al 25% frente a las cámaras de acero. iClave mini, autoclave portátil –de reducido tamaño y peso–, es rápido y tiene una gran capacidad, además de cumplir con los estándares europeos de esterilización.

Totalmente portátil (altura: 360 mm - peso: 15,5 kg). Con ciclos rápidos muy eficaces (tiempo de esterilización: 14 minutos). Realiza varias fases de vacío para esterilizar correctamente incluso el interior de las piezas de mano. Tiene un diseño cómodo y fácil de manejar. Cuenta con superficies lisas sin soldaduras tanto



en el interior como en el exterior. La nueva tecnología de calentamiento que rodea la cámara de 2,5 litros funciona igual que la combinación de la cámara de cobre y el sistema de "calor adaptativo". iClave mini aumenta la fiabilidad de la esterilización y cabe en cualquier parte •

OSTEÓGENOS

Cánulas flexibles Magic Needle



Osteógenos incorpora a su catálogo las **innovadoras cánulas flexibles Magic Needle**.

Estas cánulas destacan por su **ausencia de efecto memoria**, regresando a su posición inicial después de ser dobladas, y por su **apertura lateral**, permitiendo una colocación homogénea del pro-

ducto, sin riesgo de granulomas. **La flexibilidad y el largo** de las cánulas, en combinación con el ácido hialurónico Apriline, permiten trabajar con un **perfecto control** del nivel de inyección, evitando penetrar en capas profundas del tejido y haciendo los abordajes con los mínimos puntos de entrada •

PRODUCTOS MOZOGRAU

Nuevas conexiones en los Tornillos Biocam

MOZOGRAU  ticare

Los nuevos tornillos prótesis BioCAM de **Mozograu**, están fabricados de tal manera que los parámetros de diseño favorezcan la robustez del tornillo (zonas de fractura fortalecidas, roscas más

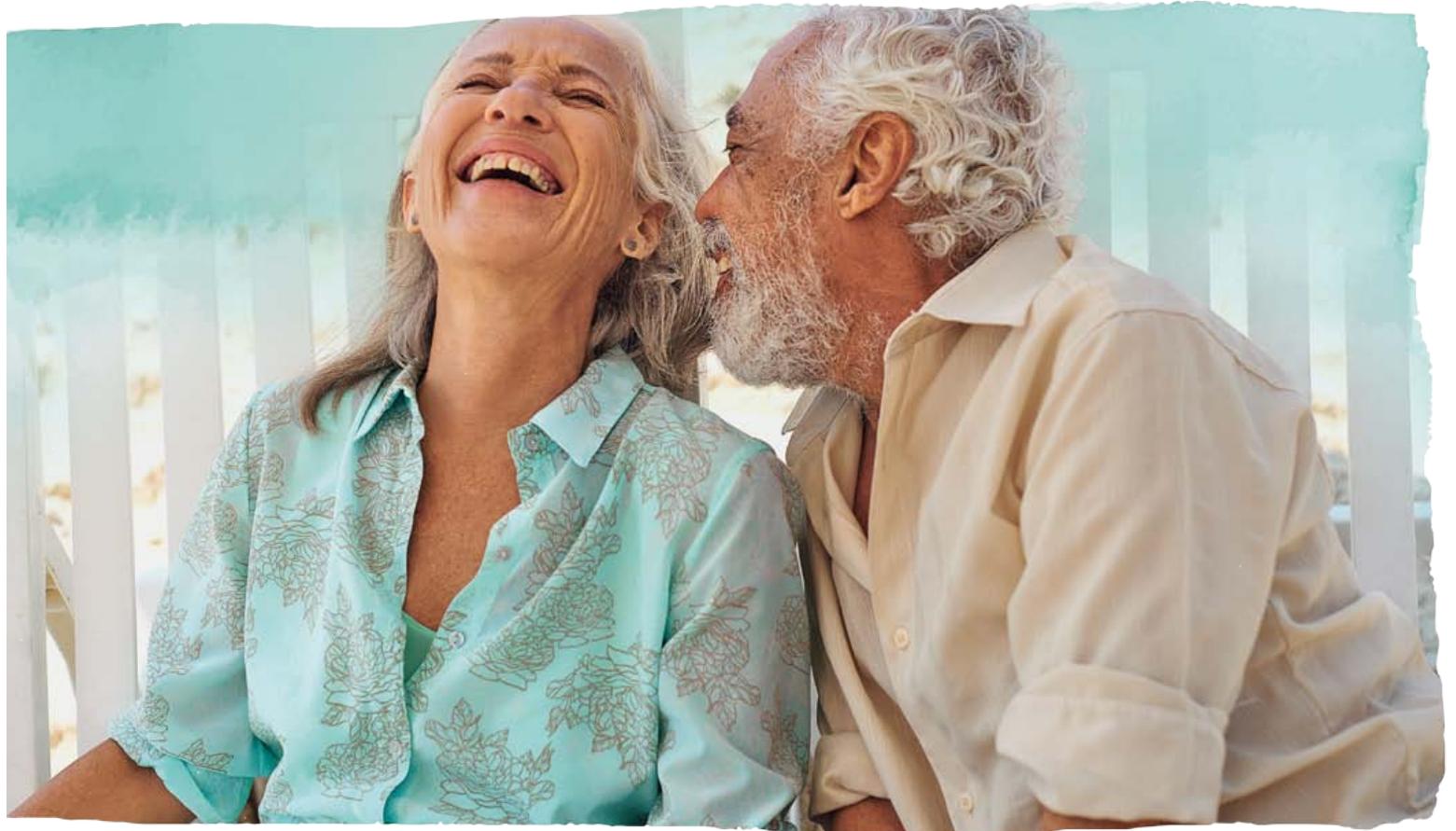
ajustadas al implante, más longitud para tener más roscas en contacto, etc).

De esta forma, los conjuntos Prótesis BioCAM + Tornillo BioCAM que Mozograu fabrica para las

principales marcas de implantes del mercado, aseguran un resultado final óptimo, incluso mejor que con el uso de los tornillos originales al conseguir un mayor asentamiento del tornillo en la prótesis BioCAM •



Su mejor recomendación
para la prótesis dental...
...tenerlo siempre cerca



El Limpiador Corega®
elimina el
99.9%[†]
de las bacterias^{1*}

Recomiende limpieza y protección
diaria con Corega®



¹ Elimina el 99,9% de las bacterias causantes del mal olor en 3 minutos. [†]En pruebas de laboratorio. ^{*}Datos de archivo, GSK. MD#012-12, Febrero 2012. Corega es una marca comercial registrada del grupo de compañías GSK. CHESP/CHPLD/0001/16

Postes de impresión doble T

Ticare-MozoGrau lanza al mercado un nuevo diseño de poste de impresión anti-rotatorio para asegurar la perfecta toma de las impresiones.

Su diseño, con una doble "T", permite que con dicho poste se re-

duzca al mínimo la posibilidad de rotación dentro de la silicona de la toma de impresión, y se garantice de esta manera un resultado óptimo a la hora de confeccionar la corona •

LA NUEVA IMAGEN DE PERIO-AID

DENTAID en la 50ª Reunión Anual de SEPA

Las enfermedades periodontales, tales como la gingivitis y la periodontitis, son generalmente crónicas y de tipo infeccioso-inflamatorio que se localizan en los tejidos de soporte del diente y que, en el caso de la periodontitis, acaban por destruir esos tejidos y causar la pérdida de los dientes. La causa principal es el acúmulo de biofilm bucal (placa bacteriana) tanto en el exterior como en el interior de las encías. Las propias bacterias y la respuesta inflamatoria que desencadenan son las responsables del daño que

se ejerce en los tejidos que rodean los dientes.

Ante una enfermedad periodontal se recomienda el uso de **Clorhexidina (CHX)**, el antiséptico gold standard con mayor eficacia en el control químico del biofilm bucal. **La gama Perio-Aid ha presentado su nueva imagen, fundamentada en la clarificación de las 2 formulaciones de las que se compone la marca: Perio-Aid 0,12 Tratamiento** (formulado con Clorhexidina 0,12% + CPC 0,05%) y **Perio-Aid 0,05**

Mantenimiento y Control (formulado con Clorhexidina 0,05% + CPC 0,05%). Se trata de distintas soluciones, ambas garantizando la máxima eficacia y seguridad.

Conferencias científicas

DENTAID participó en el mencionado evento con conferencias científicas, de la mano del Dr. Jan Derks, destacando la prevalencia de las enfermedades periimplantarias en un amplio segmento de la población sueca, el Dr. Xavier Calvo, centrado en las nuevas herramientas para mejorar la higiene dental y la Dra. Silvia Roldán, focalizada en el diagnóstico de la halitosis. El uso profesional de las redes sociales en odontología también tuvo cabida, de la mano de Marc Costa.

Además del lanzamiento de la nueva imagen de Perio-Aid, DENTAID a través de un stand en la zona expositora transmitió **la importancia de la limpieza interproximal** con productos específicamente diseñados, como **Interprox o sedas y cintas VITIS o Waterpik** •



SWEDEN & MARTINA

El nuevo implante con conexión cónica patentada

Resultado de la experiencia del equipo de implantología del Departamento de Odontología del Hospital San Raffaele de Milán, en colaboración con el Departamento de Investigación y Desarrollo de Sweden&Martina, el implante CSR-DAT ha sido diseñado a partir de un concepto de sencillez. La idea inicial era de un implante que permitiera hacer frente a cualquier situación clínica, optimizando el tiempo y los resultados, que garantizara una buena estabilidad primaria en cualquier

tipo de hueso, y que permitiera una fase quirúrgica con el uso de pocos y específicos instrumentos.

El implante CSR-DAT es propiamente esto: su morfología tronco-cónica permite obtener una estabilidad óptima también en hueso escasamente mineralizado, su ápice con geometría cónica es favorable también para la inserción en hueso sumamente compacto y permite aprovechar cuando es posible, el anclaje bicortical.

La conexión DAT (Double Action Tight) representa la característica más innovadora del implante CSR: una doble interfaz cónica interior garantiza una excelente imperme-

meabilidad al ataque bacteriano, preservando el hueso de los riesgos de peri-implantitis. El tornillo DAT está caracterizado por un perfil cónico que tiene una angulación diferente respecto a la de la conexión DAT: esta diferencia en la angulación permite una mejor dispersión de las cargas masticatorias, en favor de una excelente resistencia del conjunto implante-tornillo-pilar.

El tratamiento superficial ZirTi, documentado por más de 20 años de éxitos clínicos y la excelencia de los implantes Sweden & Martina, completan las características ganadoras del implante CSR-DAT●



IMPULSO A LA FEDERACIÓN DE EMPRESAS DE TECNOLOGÍA SANITARIA

Juan M. Molina, nuevo Presidente de Fenin, sector dental



El director general de Henry Schein para España y Portugal, Juan Manuel Molina, fue elegido por unanimidad nuevo presidente del Sector Dental de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin).

La nueva Junta del Sector Dental, que se renueva después de diez años del mandato de Federico Schmidt como presidente, tiene como objetivo prioritario continuar con el excelente trabajo realizado por la Junta anterior

que ha contribuido al impulso que ha experimentado el sector en los últimos años.

En su discurso, Molina dio la bienvenida a los nuevos vocales y agradeció a los miembros de la Junta y de la Asamblea, su apoyo, confianza y colaboración. Asimismo, solicitó la máxima implicación al nuevo equipo para avanzar en la resolución de los problemas y las iniciativas de futuro, y reafirmó su compromiso con su nuevo cometido ●

EL 29 DE OCTUBRE

Open Day OsteoBiol en Vigo

Osteógenos llevará a cabo una **jornada abierta totalmente gratuita** el 29 de octubre en Vigo, en la que los Dres. Antonio Murillo Rodríguez, Antonio Armijo Salto y Guillermo Pardo Zamora, impartirán diferentes conferencias relacionadas con las membranas dérmicas, el abordaje de atrofas maxilares y los fundamentos en el manejo de sustitutos óseos.

CONFERENCIAS:

Antonio Murillo Rodríguez “Membranas dérmicas: Análisis científico y experiencia de una década”

Antonio Armijo Salto “Abordaje de atrofas maxilares: lámina cortical como elemento barrera”

Guillermo Pardo Zamora “Fundamentos en el manejo de sustitutos óseos” •



FORMACIÓN TICARE-MOZOGRAU

Cómo construir una clínica dental de éxito hoy en día



En el marco de su programa de formación continua, Ticare-MozoGrau celebrará el día 8 de julio el curso “Cómo construir una clínica dental de éxito hoy en día”. En esta ocasión dicho evento se celebrará en Tenerife.

Este curso exclusivo para clientes de implantes Ticare-MozoGrau ten-

drá una duración de 4 horas (una tarde) y dispone de plazas limitadas que se asignarán por riguroso orden de inscripción.

Los clientes de la firma pueden inscribirse a través de la siguiente dirección web:

www.mozo-grau.com/cursos •



MozoGrau sigue desarrollando una intensa actividad docente por todas las provincias de España

ESCRITO POR LA DRA. ESTHER HERNÁNDEZ PACHECO

Manual de rellenos estéticos

La Dra. Esther Hernández Pacheco, junto con el Dr. Gonzalo Ruiz de León, ha presentado el libro titulado *Manual de rellenos Estéticos – Tercio inferior*, en el que muestra las técnicas a seguir para un adecuado y correcto manejo de las técnicas estéticas utilizando ácido hialurónico. Una excelente obra prologada por el Prof. José Luis

Gutiérrez Pérez, de la Universidad de Sevilla.

La Dra. Pacheco, con una amplia experiencia docente, dirige en la actualidad los cursos de postgrado de la Universidad Católica de Murcia sobre esta materia.

Nuestra felicitación a la Dra. Pacheco y al Dr. Ruiz por esta obra que tanto ayudará a la buena praxis en este área •



2º CAMPUS SEPES

Nuevo documento divulgativo



SEPES reunirá del 8 al 10 de julio en Bilbao y Vitoria en una actividad divulgativa a una veintena de expertos coordinados por los doctores Jon Gurrea y Beatriz Giménez en torno al tema del

alvéolo postextracción en el frente anterior: del inicio a la prótesis final. SEPES enviará el documento de consenso a todos sus asociados de forma gratuita •

DURANTE EL TRANSCURSO DEL CONGRESO

SEPES Bilbao acogerá espacios solidarios

El congreso de SEPES BILBAO, acogerá un espacio solidario en el que las ONGs y entidades solidarias dedicadas a la promoción de la salud bucodental entre los sectores más desfavorecidos de la sociedad puedan dar a conocer sus proyectos entre los

asistentes al congreso. Esta acción se engloba dentro del sello SEPES SOLIDARIA el cual alberga la beca solidaria que SEPES convoca anualmente con una dotación de 6.000 €. Hasta el 1 de octubre está abierto el plazo para enviar proyectos •



CURSO INTRACONGRESO FRANK SPEAR



DE 9:00 a 19:30

Comparte de la mano de uno de los grandes su evolución personal en la forma de rehabilitar de una forma mínimamente invasiva.



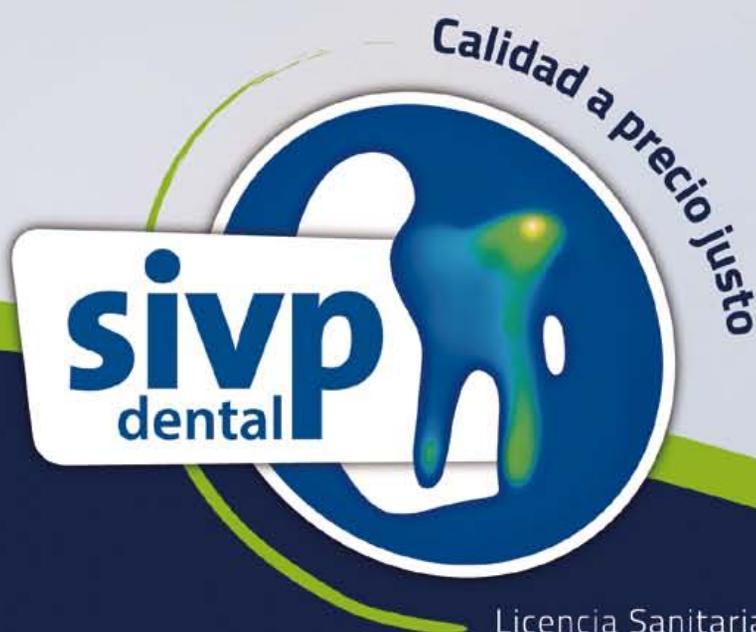
- + Diagnóstico y plan de tratamiento
- + Aspectos fundamentales para la rehabilitación de casos complejos

Sábado
15 de octubre

Posibilidad de inscripción independiente

Devolvemos juntos la sonrisa a sus pacientes

- Calidad certificada
- Sus trabajos entregados en 5 días laborables
- Un equipo de profesionales a su disposición
- El 100% de sus trabajos fabricados en nuestro laboratorio
- Los mejores precios del mercado



Licencia Sanitaria - FMD650CAT

**LA MEJOR FORMA
DE CONOCERNOS**

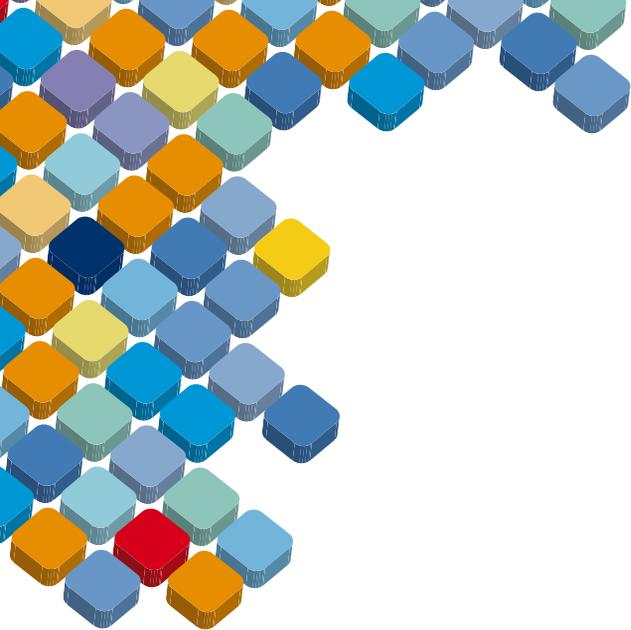
Descuento de
50%
con su primer trabajo



 **932 504 795**

www.sivpdental.es

Laboratorio de prótesis dental - Doble certificación ISO 9001 y 13485



Normoimplant system en buenas manos



Soluciones simples para un mundo complicado

 Versatilidad

 Variedad

 Eficacia



Implantes

Normoimplant **HE**
Normoimplant **HI**

Instrumental



Prótesis



www.normon.es



NORMON
DENTAL