

Florencio Monje Gil

“La sociedad española vuelve a valorar la calidad de los profesionales de la odontología”



José Arturo Fernández Pedrero
Dir. de la Fac. de Odontología de la UNAM (México)

V JORNADAS

de Actualización en Implantología

Implantología en estado puro

PROGRAMA GENERAL

- Estética sector anterior
- Cirugía regenerativa
- Preservación alveolar
- Periodoncia

PROGRAMA PARA PROTÉSICOS DENTALES

VALENCIA

3 de Febrero de 2017

MOZOGRAU®



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

Ya puede inscribirse en: www.ticareimplants.com

C/ Santiago López González, 7 · 47197 Valladolid (España) T: 902 423 523 F: 983 304 021 · info@mozo-grau.com



- 6 Tribuna**
- 10 Opinión**
- 12 Actualidad**
- 26 REPORTAJE**
3^{er} Simposio Internacional de Expertos IvoClar Vivadent · Jornada Científica MozoGrau - Ticare · "Aviación para la salud", un gran proyecto solidario
- 34 Entrevista**
 - 34 **Florencio Monje Gil**
Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz
 - 38 **José Arturo Fernández Pedrero**
Director de la Facultad de Odontología de la UNAM
 - 40 **José Luis Sambeat**
Licenciado en Medicina y Cirugía, experto en nutrición
- 44 Ciencia y salud**
 - 44 **CASO CLÍNICO**
Diferencias terapéuticas para rehabilitar maxilar y mandíbula en paciente edéntulo
 - 50 **CASO CLÍNICO**
Toma de decisiones en gerodontología
 - 52 Especialistas en cáncer de cabeza y cuello achacan su difícil diagnóstico a síntomas "banales"
 - 54 La ONU firma un acuerdo para hacer frente a la resistencia a los antibióticos
- 56 Mejora tu gestión**
 - 56 Ideas de inversión de cara al último cuatrimestre
Jesús Aguirre Díaz
 - 58 Gestión de una clínica odontológica
Eduard Martín
 - 60 El engaño de la multitarea
Javier Relinque Rodríguez.
 - 62 Tributación familiar colaborador
Ignacio Gutiérrez Galende
- 64 Cultura**
 - 64 Gioconda, extracto del libro *El rostro Enfermo*
- 68 Ocio y deporte**
 - 68 **DESTINOS**
Málaga, la capital de la Costa del Sol
- 70 Empresas**
- 72 Formación**

Dientes Retenidos I
(terceros molares)

Dientes Retenidos I
(terceros molares)



14

GRANDES LÍDE
MEJORES PERS



15



16



18



40



64



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

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba

FOTOGRAFÍA

Fotolandia

DESEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok

WEB:

Amaya Pérez Echeveste
web@odontologosdehoy.com

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).

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

Francisco Cardona Tortajada. Jefe Sección Salud Bucodental. Sistema 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. Universidad de Granada.

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

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

Laura Díaz Guzmán. Catedrática de la Facultad de Odontología de la Universidad la Salle. México

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

Cristina García Durán. Odontóloga 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 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.

Carlos Larrucea Verdugo. Director Programa de Especialización en rehabilitación Oral Universidad de Talca. Chile.

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

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

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

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

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

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

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.

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

Francisco Javier Sanz Serrulla. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5º Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X

3er Simposio Internacional de Expertos Ivoclar-Vivadent

La calidad
de la estética

28



Jornada científica MozoGrau - Ticare 9ª Edición, en Quintanilla (Valladolid)

30



"Aviación para la salud", un gran proyecto solidario

32

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



Y, al volver la vista atrás, vi a otro que estaba peor... Era dentista

F. G. G.

Las mayores empresas de servicios españolas mantienen una abusiva y continuada situación de precariedad laboral. Esto de por sí ya debería ser un escándalo, pero el asunto es mucho más grave: esas empresas son la propia Administración Pública, son los Servicios de Salud de nuestras diferentes Autonomías.

La Justicia Europea ha sido rotunda, “La renovación de nombramientos de duración determinada para cubrir puestos permanentes alimenta la precariedad laboral permanente”.

“

La clase política debería recapacitar, nos marean cada día con que si la Ley que aprobó el otro es injusta y hay que derogarla, mientras todos ellos se comportan como los más despiadados empleadores.

”

Las sentencias aluden a contratos de la Comunidad de Madrid y del Servicio Vasco de Salud, pero es en todas las administraciones autonómicas. Contratos que terminan un viernes y se renuevan un lunes se han convertido en algo normal.

¿Se imaginan que nuestros diputados, hasta la formación de Gobierno, solo cobren por asistir al pleno de investidura? Pues sería algo parecido, se diferenciaría en que su sueldo por día es superior al del facultativo mejor pagado de la sanidad pública.

La clase política debería recapacitar, nos marean cada día con que si la Ley que aprobó el otro es injusta y hay que derogarla, mientras todos ellos (salvo los que aún no han gobernado) se comportan como los más despiadados empleadores. El mismo que elegimos con nuestro voto, se convierte al día siguiente en nuestro empresario explotador.

Y en este panorama, los dentistas, acostumbrados a ser los profesionales permanentemente ignorados de la sanidad española, que con frecuencia sentimos envidia de los que trabajan para la sanidad pública, empezamos a entender que nadie se tome en serio las formulas de contratación, tan reiteradamente denunciadas, de tantas empresas de servicios odontológicos.

Solo importa si pagas al fisco lo que debes, porque hasta ahora las mayores actuaciones que hemos visto desarrollarse en nuestro sector no han sido por de-

fender la salud de los pacientes o de los empleados, es por atender a la avidez recaudatoria de la Administración Pública, que me parece muy bien que así se haga, pero también, y por encima de todo, hay que pensar en los seres humanos que hay detrás de estas actuaciones.

Me llama la atención que ninguno de los que piden la derogación de las Leyes porque llevan a la precariedad, haya denunciado públicamente un caso de explotación, tal vez sea porque lo de la autodenuncia, como la auto-crítica, no encaja en un país donde estamos acostumbrados a oír negar lo más evidente.

Triste pero cierto, a pesar de lo dicho por la Justicia Europea, y de no afectarnos, los dentistas son los que peor están y razonablemente menos esperanzas tienen de ver atendidas sus justas peticiones, dependen de la voluntad política de sus propios gobernantes •

NSK

CREATE IT.



Ti-Max Z

Contra-Ángulos & Turbinas

Z25L

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

Z95L

- Contra-Ángulo Con Luz
- Multiplicador 1:5
- 3 AÑOS de Garantía

Z45L

- Contra-Ángulo Con Luz
- Multiplicador 1:4,2
- 3 AÑOS de Garantía

Z900L

- Turbina Con Luz
- Potencia: 26W
- 2 AÑOS de Garantía

Z800L

- Turbina Con Luz
- Cabezal aún más pequeño: $\varnothing 10,8 \times \text{Al } 12,1 \text{ mm}$
- 2 AÑOS de Garantía



DynaLED M205LG

Micromotor Neumático Con Luz



M40XS

Micromotor Eléctrico Con Luz



PTL-CL-LED

Acoplamiento para instrumentos NSK



S-Max M205

Micromotor Neumático

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es



¿Qué es un mercado de *commodities* y por qué es tan importante que lo conozcamos?

DR. ALBERTO MANZANO
CEO DE PLAN SYNERGIA, CONSULTORÍA DENTAL ÉTICA.

Es un hecho que los precios de los servicios odontológicos han ido a la baja durante los últimos años y, aunque no lo crean, no ha sido un hecho casual de la tendencia del mercado o de la crisis económica, sino un efecto provocado, y astutamente premeditado, por aquellos a los que más les interesa esta situación.

Cuando las grandes corporaciones decidieron entrar en el sector dental y comerse la mayor parte posible del pastel, sabían que no iban a poder competir mejorando el nivel de atención buco-sanitario de las clínicas existentes, ya que la mano de obra con la que contaban inicialmente eran profesionales sin mucha experiencia y poco especializados. Pero sí había algo en lo que eran buenos: en ser competitivos en precio, consiguiendo acuerdos con proveedores para bajar el coste final del tratamiento, lo que se conoce como economía de escala.

“

Un commodity es un producto o mercancía con bajo nivel de diferenciación, de modo que el producto a escoger se elige en base al precio.

”

El problema era cómo convencer a la población para escoger un tratamiento médico en base fundamentalmente al precio... Es de sobra conocido que la salud es uno de los bienes más preciados y, hasta la fecha, ningún sector de la Medicina había entrado en España a competir por precio. Y es entonces cuando nos imaginamos a una serie de personas en un despacho, con las ventanas opacas, elucubrando cómo conseguir eso...

Al final decidieron que iban a transformar el sector servicios de la odontología en un mercado de *commodities*. ¿Por qué?

Para los que no lo sepan, un *commodity* es un producto o mercancía con un bajo nivel de diferenciación, como, por ejemplo, las pilas o las cremas solares. Si tenemos en cuenta que en este tipo de mercado se venden objetos a priori con características muy similares ¿en base a qué factor decidirá el cliente qué producto escoger? Efectivamente, por precio. Pero claro, los tratamientos médicos no son objetos, sino servicios... ¿o no? Quizás últimamente los pacientes le hablen más de cuánto vale un implante que de cuánto cuesta la operación de colocarlo, o de si le cobras la radiografía en lugar de hablar del diagnóstico, o de si el producto (puente, implante, etc...) tiene garantía. Así de perverso ha sido el proceso de cambio.

Las imágenes de implantes en los folletos publicitarios o frases como “te regalamos la ortopantomografía” o “te garantizamos la prótesis” han ido calando en las mentes de los usuarios para hacerles creer que lo que realmente compran en una clínica dental son objetos en lugar de servicios médicos (acto quirúrgico, diagnóstico médico o rehabilitación de un diente perdido, respectivamente). Supongo que, al principio, ver una foto de un implante sería tan extraño y desagradable como ver hoy en día una prótesis de cadera anunciada en un folleto, pero fueron perseverantes, y nosotros, a veces, imitando esas mismas acciones de marketing, hemos caído y contribuido al engaño, o simplemente no hicimos nada.

En este sector de mercancías, los márgenes de beneficios son minúsculos, y en este ambiente, las grandes corporaciones se sienten más poderosas ya que pueden gestionar mejor sus activos para seguir teniendo ganancias aún con márgenes tan exiguos. Pero es tan complicado que incluso, a veces, algunas de estas ma-

¿POR QUÉ SÓLO NOS ESCANDALIZAN LAS 2 PRIMERAS?

	PRÓTESIS DE CADERA desde 250 € *
	<i>* No incluye colocación</i>
	VÁLVULA CARDÍACA desde 300 € *
	<i>* No incluye colocación</i>
	IMPLANTE DENTAL desde 222 € *
	<i>* No incluye colocación</i>



croempresas del diente no calculan bien sus costes y se acaban arruinando, dejando un poco más sucio el nombre de nuestra profesión, que muchos estudiamos en su día por vocación.

Esto es tan paradójico, que mientras todas las empresas que venden *commodities* se esfuerzan e invierten millones y millones de dólares en publicidad para salir de ese mercado y pasarse a un mercado de diferenciación, como el de servicios, nosotros hemos seguido el peor camino posible, el inverso. Los móviles y las zapatillas son *commodities*, pero ni Apple ni Nike se han conformado con vender móviles o zapatillas, han sabido vender “algo” más, y así dormir tranquilos respecto a la competencia, ideo es lo complicado! Nosotros “sólo” tenemos que recuperar lo que realmente vendemos a nuestros pacientes ya que, queramos o no, ahora, para una buena parte de la población estamos dentro de un mercado de *commodities*, por lo que decidirán casi únicamente por una cuestión de precio, comparando así presupuestos entre varias clínicas. Dejemos de culpar a esos pacientes porque son el resultado de un malvado ejercicio de (des)información.

¿Existe una solución al respecto? Por supuesto, pero debemos remar todos en la misma dirección, aquella que beneficia al sector de las clínicas propiedad de dentistas: **diferenciarnos** del resto a través del servicio. Transmitir a la sociedad que no todo es lo mismo y que los dentistas no somos vendedores de tornillos. Para empezar, no estaría mal dejar de repartir folletos con la foto del “objeto” (implante), es más, deberíamos dejar de repartir panfletos en general, pero esta recomendación es por otro motivo que podemos tratar en otro artículo. Mientras no haya una comunicación correcta y unificada por parte del Consejo de Dentistas o los Colegios Profesionales, lo cual parece que es complicado, deberemos centrar todos nuestros esfuerzos en cada

clínica individualmente, cuidando la comunicación hacia el paciente, no sólo con sentido común e intuición sino con los conocimientos adecuados. Nuestra experiencia ayudando a clínicas tradicionales corrobora que la comunicación con los pacientes es lo que más suele fallar. Todo el equipo, no solamente los doctores, tiene que estar entrenado para transmitir siempre el mismo mensaje diferenciador a nuestros pacientes. La forma de presentarle nuestra opción de tratamiento al paciente es un momento crucial dentro de la visita del mismo a nuestra clínica. Aunque no es el único: la decoración, la publicidad, la página web, el olor de la clínica, el lenguaje no verbal del equipo, etc... todo cuenta para hacer cambiar la percepción que tiene el paciente de un tratamiento dental, y no es tarea fácil, itenemos a Jesús Vázquez diciendo lo contrario por la tele!

“

Debemos diferenciarnos del resto a través del servicio, transmitir que no todo es lo mismo y que los dentistas no somos vendedores de tornillos.

”

Un último consejo, si se me permite, es dejar de pensar que esto es una crisis del sector pasajera que se solucionará sola cuando se termine la crisis económica. La resistencia al cambio es devastadora y nos hacer pensar cosas que no son lógicas con tal de no cambiar ni movernos de nuestra zona de confort. Hay que empezar a dirigir bien nuestras consultas, con una línea de gestión clara que diferencie (y sobre todo **que el paciente diferencie**) a nuestra clínica del resto •



¿Quién debe promover y financiar las encuestas nacionales de salud oral?

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

Hace poco fue presentada a los medios la Encuesta de Salud Oral España 2015, cuya publicación en RCOE (Junio 2016 Vol. 21 Supl. 1) hemos recibido todos los colegiados españoles. Es una magnífica encuesta, un trabajo sólido y riguroso dirigido por el Prof. Manuel Bravo, de la Universidad de Granada, que ha sido promovido y financiado por el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España.

En España se han realizado ya nueve estudios epidemiológicos a escala nacional desde el primero, publicado en el año 1971 y que ya es referencia histórica. De estos nueve estudios, seis han sido financiados por la organización colegial de Dentistas de España (1993, 2000, 2005, 2007–solo infantil, 2010 y 2015) y sólo dos por el Ministerio de Sanidad (1971 y 1983). Es muy loable esta iniciativa del Consejo y denota una clara preocupación por conocer cómo es la salud dental de los españoles al tiempo que cubre una necesidad dejada de la mano por el Ministerio de Sanidad. La pregunta surge cuando uno se da cuenta de que ésta es una responsabilidad de la Administración Pública, que debe ser la garante de los servicios de salud del país. Una encuesta de salud como la arriba mencionada, con una dispersión geográfica importante y la implicación de muchos equipos encuestadores tiene un coste que ronda los 70.000 euros, que no es poco dinero. Y digo esto porque debemos ser conscientes de que somos nosotros, los dentistas españoles, los que pagamos este servicio y no la Administración, que es a quien corresponde.

Como co-autor que he sido en varias de estas encuestas debo decir que son estudios muy necesarios aunque, en mi opinión, es hora de variar el enfoque a futuro. Primero, porque debe ser el Ministerio de Sanidad (o el Instituto Nacional de Estadística) quien las promueva y financie, como hace con las encuestas de salud general, y hay que reclamar que así sea. Segundo, porque es necesario que sean las comunidades autónomas las que

realicen sus propias encuestas porque importan más que los datos globales nacionales, aunque éstos también sean necesarios. Los datos a escala nacional –tal y como están diseñadas estas encuestas– no son representativos a nivel local y, sin embargo, es ahí donde se toman las decisiones sobre los servicios dentales públicos que se dan a la población. El ejemplo más claro lo tenemos en la población infantil donde, en base a un decreto de prestaciones mínimas amparadas a nivel estatal, son los gobiernos autónomos quienes planifican, proveen y financian las prestaciones en salud bucodental y éstas difieren mucho de una comunidad a otra. Por tanto, las comunidades necesitan sus propios datos precisamente por la gran variabilidad que existe entre ellas, tanto en nivel de salud como en los tratamientos cubiertos y realizados (Ver: RCOE, Octubre 2014 Vol. 19 Supl.1).

Y, tercero, porque las encuestas nacionales, con el nivel de representatividad que tienen en base a su diseño actual, bastaría con hacerlas cada 10 años en lugar de cada 5, como se hacen actualmente. El ahorro sería importante, y en estos tiempos (como en todos), el criterio de eficiencia del gasto debe presidir la toma de decisiones. Los datos a escala nacional son necesarios para observar la tendencia como país –siendo ésta la principal función de la monitorización epidemiológica–, pero sería suficiente hacerlas con una periodicidad mayor. Seamos claros, los nuevos datos nos confirman una tendencia ya conocida, respaldada por las encuestas regionales de las comunidades que sí las hacen (pocas), pero que, repito, no sirven para la toma de decisiones en el único campo en el que la asistencia dental está financiada por la administración pública, que es la atención dental infantil. Otra cosa será que esto sirva para que los responsables del Ministerio espabilen, que debería causarles sonrojo que seamos los dentistas privados los que cumplimos un papel que ellos han abandonado •

“
Somos nosotros, los dentistas españoles, quienes pagamos este servicio y no la Administración, que es a quien corresponde.
 ”



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

Síganos en     

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.



La Edad de Piedra

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Los odontólogos hemos pasado por la Edad de Oro, Plata, Bronce y ahora estamos en la Edad de Piedra.

Hubo una época paternalista en la que los profesionales sanitarios cuidaban de sus pacientes como si fueran sus hijos, y ellos confiaban ciegamente, se dejaban aconsejar, puesto que se entendía que el médico o el dentista era quien velaba por su salud.

Después pasamos a la época en la que el paciente tenía que entender los procedimientos y el paciente debía elegir entre las opciones que se le presentaban, se seguía respetando la opinión del profesional y, a la vez, se respetaban los derechos de los pacientes. En esta época se nos seguía considerando profesionales sanitarios, no había ofertas 2x1, no había clínicas en grandes superficies comerciales entre los pasillos de ropa interior, los bancos no vendían seguros dentales, las franquicias no existían, y la explotación a los recién graduados era prácticamente inexistente. Pero un día nos despertamos y, sin darnos cuenta, estábamos en la Época de Bronce.

Pero la situación no se detuvo, y acabamos en la Edad de Piedra, recién graduados en manos de comerciales, dentistas teniendo que emigrar, intrusismo salvaje y, peor aún, los pacientes ya no buscan confianza, van buscando el "presupuesto más barato", van amenazando con demandas si algo no es de su agrado. Nos convertimos en súbditos de los pacientes o de las empresas.

Yo creo que tenemos que hacer un profundo examen de conciencia, porque, como dijo el famoso neurólogo austriaco Viktor Emil Frankl, "cuando no eres capaz de cambiar una situación, estás destinado a cambiarte a ti mismo".

Si no defendemos la profesión ahora, si todos los dentistas que son la mayoría, que defienden una odontología ética, que no se venden, que no ceden a presiones, todos esos dentistas que están en sus clínicas luchando a contracorriente, si no nos manifestamos, si no entramos en los colegios, esos dentistas se extinguirán antes o después.

Ahora es el momento, porque si queremos que el futuro de la profesión mejore, tenemos que mirar el presente que estamos construyendo.

Y yo me pregunto, ¿por qué nos cuesta tanto acudir a las reuniones que organizan los colegios? ¿Acaso no nos estamos jugando el futuro? ¿No somos conscientes del peligro de ser indiferentes?

Somos débiles porque nos hemos acostumbrado a no interactuar con otros colegas, hemos aprendido a vivir en la soledad de nuestras clínicas, sin unirnos en sindicatos, sin hacer reuniones entre dentistas vecinos para apoyarnos en mantener el buen nombre y la dignidad de la profesión, hemos sido una presa fácil.

“

Si no defendemos la profesión ahora, esos dentistas que promueven una odontología ética se extinguirán antes o después.

”

Solo espero que despertemos de este letargo, de esta apatía, del "hoy no me afecta a mí". Porque quizá a esos dentistas veteranos bien establecidos que soñaron que sus hijos siguieran sus pasos, no están dejando un buen futuro a las siguientes generaciones, porque esos jóvenes dentistas que no salen a la calle a manifestarse, que no se afilian a sindicatos, esos están hipotecando su vida.

Pero yo creo que podemos cambiar. El foro de Salvemos la Odontología en Facebook, en el que miles de compañeros interactúan unos con otros, desde puntos opuestos de España, incluso dentistas españoles que viven en otros países preocupados por la situación, comentan, hablan, discuten... es un germen de esperanza •



13, 14 y 15 de octubre
Palacio Euskalduna

12
NOVIEMBRE 2016
MADRID

BTI DAY SEPESES
CIENCIA PARA CONSTRUIR
EL FUTURO

BTI DAY SEPESES
CIENCIA PARA CONSTRUIR EL FUTURO

27
ENERO 2017
MADRID

III AULA INVESTIGACIÓN SEPESES
I CONGRESO IBEROAMERICANO DE ODONTOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA
Director del Aula: Dr. Antonio de la Plaza • Coordinadora: Dra. Beatriz Giménez

4
FEBRERO 2017
BARCELONA

SIMPOSIO VALORES SEPESES
ODONTOLOGÍA INTERDISCIPLINAR
Evento conjunto con el Junior Committee de la
Coordinadores: Dr. José M^a Barrachina y
Dr. José M. Navarro



15-17
MARZO 2017
BAQUEIRA-BERET

REUNIÓN DE INVIERNO
TRATAMIENTOS INTERDISCIPLINARES
Coordinador: Dr. José Bahillo

**31 MARZO
Y 1 ABRIL**
2017
MADRID

SEPESES PRIMAVERA
PLANIFICACIÓN Y TRATAMIENTO
MODERNO DE LA SONRISA

Dr. Federico FERRARIS Dr. Andrea RICCI



22
ABRIL 2017
SEVILLA

REUNIÓN CONJUNTA SEPESES-COLEGIO SEVILLA
REHABILITACIÓN ADHESIVA Y OCLUSIÓN FUNCIONAL. COMBINANDO AVANCE Y TRADICIÓN.
Ponente: Dr. Álvaro Ferrando

FORMACIÓN online 2016



27 OCTUBRE



Dr. Jesús Creagh

Predecibilidad estética y métodos para evitar periimplantitis.

24 NOVIEMBRE



Dr. Jesús Peláez Rico

Carillas de mínima preparación ¿Qué son? ¿Cuándo las utilizo? ¿Cómo las utilizo?

15 DICIEMBRE



Dra. Victoria Sánchez

Grandes rehabilitaciones sobre implantes.



Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

EN LA SEDE DEL COEM

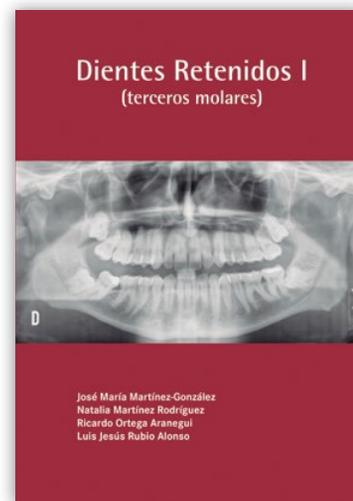
Presentación del libro *Dientes Retenidos I (terceros molares)*, del Profesor José María Martínez

El pasado día 5 de julio la sede del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid acogió la presentación del libro *Dientes retenidos I (terceros molares)*, del Profesor de la U.C.M. D. José M^a Martínez González, Natalia Martínez Rodríguez, Ricardo Ortega Arregui, Luis Jesús Alonso y Colaboradores.

La obra, que ha contado con el patrocinio de Laboratorios Normon, pretende, en palabras de sus autores, ser un libro de consulta preferente que, ante cualquier problema que le pueda surgir al lector, encuentre respuesta al mismo.

La obra está dedicada a la memoria del Profesor Manuel Donado Rodríguez, gran maestro de la Medicina y persona de innumerables cualidades humanas, cuyo legado académico y personal queda patente en los autores de esta obra.

El acto, presidido por el Presidente del COEM, contó con la presencia de numerosos profesionales y amigos, entre ellos destacó la presencia del Dr. Martínez Carrasco, cabeza de una amplia y prestigiosa saga de dentistas ya en tercera generación, profesional muy querido y respetado por la profesión •



“ El acto contó con la presencia de numerosos profesionales y amigos, destacando el Dr. Martínez Carrasco. ”



EN MÉRIDA, YUCATÁN

Antonio Castaño Seiquer recibe la Medalla Anáhuac en Odontología

El pasado 27 de junio el Dr. Antonio Castaño Seiquer recibió en Mérida, Yucatán, la “Medalla Anáhuac en Odontología”, reconociendo la labor y entrega de un hombre visionario y comprometido con su profesión a través del amor al prójimo. Con este máximo galardón, la casa de estudios distingue a personas que por sus valores humanos y profesionales así como su contribución a la sociedad, representan el ideal formativo institucional.

El Dr. Antonio Castaño, es profesor titular de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Sevilla. Desde el año 2009, preside la Fundación Odontología Social, Luis Séiquer (FOS), cuyo objetivo es acercar la odontología social a la mayoría de la población y formar en valores solidarios a los futuros odontólogos, contribuyendo a la mejora de la salud bucal y calidad de vida de miles de niños y adultos. Este doble fin docente-asistencial se aplica en tres continentes: América, Europa y África, atendiendo cada año a más de 7.000 personas.

A través de su Fundación, ha obtenido diversos premios, como el Premio AFA (Asociación de Fundaciones Andaluzas) en el año 2014, galardonado en la categoría de “Cooperación”. Además, es autor de numerosos libros, capítulos de libros, publicaciones y ponencias, y poseedor en sociedad de la patente: Caja de Retrovisión Múltiple.

Una gran labor solidaria

En esta ceremonia se contó con la presencia del **P. Rafael Pardo Hervás, L.C.**, Rector de la Universidad Anáhuac Mayab, quien hizo entrega de la distinción; **Dr. Narciso Acuña González**, Vicerrector Académico; **P. Ulises Peñúñuri Munguía,**

L.C., Vicerrector de Administración y Finanzas; además del **Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mézquita**, Secretario de Salud de Yucatán, así como autoridades y directores, miembros de la Secretaría de Salud y Asociación Dental, alumnos, empresarios, licenciados y miembros del consejo consultivo.

Al finalizar, el catedrático presentó la conferencia “Regalando sonrisas en 3 continentes”, donde destacó que con su fundación ha buscado regalar sonrisas a quien más lo necesita, bajo el lema “Ayudar aprendiendo, aprender ayudando”, un proyecto que además de brindar atención odontológica, permite el crecimiento humano y profesional entre los alumnos que participan.

“*Con este galardón, la casa de estudios distingue a personas que, por sus valores, representan el ideal formativo institucional.*”

En su discurso explicó que desde 2012 trabajan en México en alianza con la Universidad Anáhuac Mayab, la Secretaría de Salud de Yucatán y con el DIF, beneficiando hasta la fecha a un promedio de ocho mil personas, alrededor de dos mil por año •



INCUMPLE LA NORMATIVA DE LA UE

La excesiva temporalidad, un mal endémico de la sanidad española

El Tribunal de Justicia Europeo ha emitido sendas sentencias sobre la normativa española referente a la renovación sucesiva de contratos temporales que atienden a necesidades permanentes sin ser reconocidos como tal, una de ellas dirigida al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y otra al Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), ya que según dicho tribunal ambos estamentos "contribuyen a la precariedad".

El **Tribunal de Justicia de la Unión Europea** (TUE) ha sido claro y conciso: la sanidad española no puede abusar de la contratación temporal para cubrir puestos que deben ser permanentes. En una rotunda sentencia, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea concluyó

“

La sanidad española no puede abusar de la contratación temporal para cubrir puestos que deben ser permanentes.

”

que el Derecho de la UE se opone a la norma de personal estatutario de los servicios sanitarios, "que permite la renovación de nombramientos temporales para atender necesidades temporales en materia de personal, cuando estas necesidades son en realidad permanentes". El sistema de la Administración pública Española, dice la mencionada sentencia, provoca que "la situación de precariedad de los trabajadores se convierta en permanente", porque no limita la duración de los contratos temporales a interinos ni el número de renovaciones.

Esta sentencia llega a raíz de la denuncia que interpuso la enfermera María Elena Pérez. Fue contratada en el Hospital Universitario de Ma-



drid entre el 5 de febrero y el 31 de julio de 2009. "Su nombramiento indicaba como causa justificativa la realización de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria", recuerda el Tribunal. Sin embargo, su contrato fue renovado hasta siete veces, siempre de forma temporal. Cuando la enfermera fue cesada, interpuso recurso contencioso-administrativo en un juzgado de Madrid. A su juicio, sus sucesivos nombramientos no tenían por objeto responder a necesidades coyunturales o extraordinarias de los servicios de salud, "sino que en realidad correspondían a una actividad permanente".

Llegado a este punto, el Juzgado de lo Contencioso-Administrati-

vo número 4 de Madrid, acudió a la justicia europea porque, en el sector de los servicios de salud, la norma española permite la renovación de nombramientos de duración determinada. El juez solicitó asistencia para determinar si esta regulación es contraria a la normativa europea, que establece que los países deben poner límites para evitar abusos en la contratación temporal. Y el Tribunal de Justicia de la UE se ha pronunciado con claridad: el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que permite encadenar acuerdos temporales que se acaban usando para cubrir necesidades habituales, no respeta el Derecho comunitario.

El Tribunal da la razón a la denunciante

El Tribunal de Justicia reconoce que la sustitución temporal de trabajadores para atender necesidades de duración limitada puede constituir una razón objetiva. En cambio, considera que los nombramientos de duración determinada no pueden renovarse para desempeñar funciones permanentes y estables incluidas en la actividad normal del personal estatutario fijo. La razón objetiva debe poder justificar concretamente la necesidad de atender necesidades provisionales y no necesidades permanentes", sentencia.

De esta forma, la sentencia da la razón a la enfermera que denunció su situación. Asimismo, el Tribunal aprovecha para lanzar un mensaje a la Comunidad de Madrid por el exceso de precariedad laboral en su sanidad. "En el caso de la Sra. Pérez, sus sucesivos nombramientos no parecen responder a

meras necesidades temporales del empleador. Tal renovación de nombramientos de duración determinada genera una situación de precariedad que la Sra. Pérez no es la única en sufrir, habida cuenta del déficit de personal estatutario fijo en el sector sanitario de la Comunidad de Madrid".

“

Se deben establecer medidas efectivas para prevenir y sancionar los abusos en relación a contratos temporales.

”

El Tribunal de Justicia señala que la Administración pública española no tiene obligación de crear puestos estructurales y que le está permitido proveer los puestos mediante el

nombramiento de personal estatutario temporal interino, sin que exista una limitación en cuanto a la duración de los nombramientos ni en cuanto al número de sus renovaciones. "De ello se desprende que la situación de precariedad de los trabajadores se convierte en permanente", concluye la Curia, que sentencia de igual manera el recurso interpuesto contra el Servicio Vasco de Salud.

El Tribunal de Justicia comunitario también ha dictaminado que las autoridades españolas deben establecer medidas adecuadas "suficientemente efectivas y disuasorias" para prevenir y sancionar los abusos "constatados" en relación a contratos temporales regulados por el derecho laboral y administrativo en otra sentencia sobre el uso de contratos temporales en España, en relación a los casos de una trabajadora del Servicio Vasco de Salud y de un empleado del Ayuntamiento de Vitoria •

"TENEMOS LA LLAVE PARA CUIDAR DE SU SALUD BUCODENTAL"

El Colegio de Dentistas de Córdoba lanza nueva campaña para el cuidado de la salud bucodental

La nueva campaña del Colegio de Dentistas de Córdoba, "Tenemos la llave para cuidar de su salud bucodental", tiene como objetivo transmitir a la población la importancia que tiene mantener una buena salud e higiene bucodental, ya que de esa forma también se cuida el estado de salud general de nuestro cuerpo.

La campaña se basa en la difusión de una serie de dípticos que los colegiados cordobeses entregarán a todos los pacientes que acudan a su consulta, para que se conciencien sobre los diversos aspectos del cuidado bucodental, y puedan seguir los consejos de salud que marca la institución colegial.

Rafael Roldán, presidente de la misma, ha alertado, asimismo, de la necesidad de inculcar hábitos

de cuidado e higiene a los más pequeños y defiende que la salud es el bien más preciado que tienen las personas, por lo que hay que desvincularlo por completo de fines mercantilistas.

La campaña, que tendrá una duración de un año, se centrará, además, en otros aspectos como los cuidados especiales a embarazadas, prevención y detección del cáncer oral y la lucha contra el intrusismo.

El doctor Roldán matizó que esta iniciativa es de vital importancia, ya que la crisis económica ha motivado que las visitas al dentista se espacien en el tiempo y la falta de concienciación en materia de prevención ha hecho que aparezcan o se agraven enfermedades bucales o generales en muchos pacientes •



“

La campaña se centrará en los cuidados a embarazadas, prevención del cáncer oral y la lucha contra el intrusismo.

”

EN SAN SEBASTIÁN, EL PASADO JULIO

VI Simposio 'Avances en Cáncer Oral'

San Sebastián acogió el IV Simposio “Avances en Cáncer Oral” los días 21 y 22 del pasado mes de julio, un importante evento organizado por el Departamento de Estomatología II de la U.P.V.

Relevantes profesionales del sector acudieron a la cita para disertar sobre lo último en la materia.

El Dr. Flavio Ramos, de Brasil, habló sobre las claves clinicopatológicas en neoplasia de glándulas salivares; la Dra. Rocío Cerero, de España, sobre los enigmas de la “leucoplasia verrugosa proliferativa”; los Doctores Wilson Delgado (Perú), Germán Esparza (España), Oslei Paes Almeida (Brasil) y Francisco Cardona (España) protagonizaron una excelente sesión clinicopatológica.

Por otro lado, y como representantes de reputados equipos norteamericanos, el Dr. Jeremi Richmon (U.S.A.) presentó una auténtica

exhibición sobre cirugía robótica y la Dra. Marcela Romero Reyes (NYU, College of Dentistry, Nueva York), expuso una interesantísima ponencia sobre “Dolor orofacial y cáncer”.

“*Relevantes profesionales del sector acudieron a la cita en San Sebastián para disertar sobre las novedades en la materia.*”

También cabe destacar la intervención del Dr. Adalberto Mosquera (México) que, como es habitual en él, sorprendió al público asistente con su ponencia *¿existen las neoplasias odontogénicas malignas?*.



Fue sentida la ausencia del Profesor Vicente Vagan que por motivos familiares de última hora tuvo que suspender su presencia en el evento. Desde “Odontólogos de Hoy” le felicitamos por el nacimiento de su nieto ●





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 AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 2016

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.**



APATOS 0,5 GR
REF. A1005FS **61 €.**
APATOS 1GR
REF. A1010FS **96 €.**

Duo-Teck felt Colágeno liofilizado

Filtro de colágeno equino

- ▶ Packs de 6 unidades/caja.
- ▶ Biocompatible y con una rápida reabsorción.
- ▶ Para aquellos casos que necesite una separación de tejidos con una consistencia diferente y por un corto espacio de tiempo.



6 UDS DUO-TECK FELT
REF. DTN625 **205 €.**
REGALO: GEN-OS 0,25 GR
VALORADO EN 51 €.

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



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



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. Osteógenos no se hace responsable de posibles roturas de stock por parte del fabricante, no dará lugar a indemnización alguna en caso de no poder cumplir con el plazo de entrega.

NUEVA APP DE LA ASEGURADORA

A.M.A. potencia la comunicación con los mutualistas

A.M.A. ha incluido una nueva utilidad en su aplicación para móviles. La gestión de partes se puede realizar de forma cómoda y sencilla. Por ejemplo, si hay que gestionar el arreglo de una luna basta con clicar en la aplicación, elegir el número de teléfono y el momento idóneo en el que desea ser atendido. En esa llamada telefónica, la Mutua realizará todos los trámites necesarios para resolver su incidencia.

La utilidad de clicar y recibir una llamada (*click to call*) permite concertar cita para arreglar la luna del vehículo, bien sea en el taller o en el lugar que el mutualista elija cuando la luna es reparable, o bien en el taller de su elección cuando la luna debe ser sustituida. La aseguradora adapta siempre su servicio a su preferencia concreta, y además le evita cualquier coste de llamada.

Además de este nuevo servicio, la App móvil permite comunicar en tiempo real y en unos pocos pasos,

los siniestros de coche y su asistencia en carretera.

Solo con actualizar o descargar-se la aplicación, y registrarse una única vez como usuario, se pueden resolver con el móvil las diferentes gestiones de asistencia en carretera, solicitar una grúa, gestionar la comunicación inicial de siniestro o simplemente recordar dónde ha aparcado. La versión supone un importante paso en la cualificación de los seguros de automóvil de A.M.A., también mediante la simplificación online de sus gestiones más habituales.

Desde su teléfono móvil, cualquier mutualista puede realizar fácilmente la comunicación inicial de los posibles siniestros (con contrato o sin él), los de lunas y los robos parciales o total de su vehículo, así como solicitar asistencia técnica y grúa cuando sean necesarias. La gestión a través del móvil también permite adjuntar hasta un

máximo de nueve fotografías del siniestro, precisar los daños desde las distintas vistas del coche (perfiles izquierdo y derecho, frontal, trasero y cenital), e incluir descripción y observaciones sobre lo sucedido.

La aplicación valida cada uno de los pasos en un proceso que se completa en pocos minutos •



SENTENCIA CONFIRMADA

Villa Vigil gana la demanda interpuesta por Vitaldent

El Tribunal Supremo ha confirmado la Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid y desestima el Recurso de Casación presentado por Vitaldent en su demanda contra el ex Presidente del Consejo General de Dentistas, Alfonso Villa Vigil, por supuesta vulneración del derecho al honor, y condena a la mercantil en costas.

En su momento, en unas declaraciones, el ex Presidente del Consejo General de Dentistas apuntó que la campaña publicitaria "Haz las paces con el dentista" era engañosa, al entender que la rehabilitación protésica sobre implantes de carga inmediata se realizaba en un solo día.

Asimismo, señaló que también era denigrante para los dentistas particulares que ejercen de manera tradicional, por considerar que se menospreciaba y ridiculizaba a todos aquellos profesionales que no trabajaban en clínicas de Vitaldent, además de considerar la campaña discriminatoria y xenófoba con los dentistas hispanoamericanos.

El Tribunal Supremo confirma las resoluciones anteriores, ya que considera que la polémica suscitada por la campaña publicitaria iniciada por Vitaldent justificó los términos utilizados por el demandado en el ejercicio legítimo de su libertad de expresión, en su vertiente de dere-



Alfonso Villa Vigil

cho de réplica, teniendo en cuenta su condición de Presidente del Consejo General de Dentistas y el interés público objetivo en el contenido del programa radiofónico •

PIDE TODO
LO QUE QUIERAS



TODAS LAS VECES
QUE QUIERAS



antón^{s.l.}
asistencia
técnica

Y recibe asistencia todas las veces que lo necesites



Servicio Integral de
Suministros Dentales
Antón, s.l.

+34 944 53 06 22
www.antonsl.es



IMPORTANTE PROYECTO

Inidress crea el Observatorio de la Responsabilidad Social Sociosanitaria

Inidress (Instituto de Innovación y Desarrollo de la Responsabilidad Social Sociosanitaria) ha puesto en marcha un importante proyecto: el Observatorio de la Responsabilidad Social Sociosanitaria.

Su función será dar mayor visibilidad y legitimidad a los actores que realicen buenas prácticas de responsabilidad social en el sector sociosanitario.

Entre las tareas específicas de este Observatorio se encuentran las actividades para recabar acciones e iniciativas en esta área, además de identificar a los agentes que las ejecutan, ya sean administraciones sanitarias, servicios públicos de salud, hospitales y centros sanitarios, colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, sindicatos o empresas.

El primer gran objetivo del nuevo observatorio será crear un mar-

co certificable para hospitales y centros sanitarios que recoja las cuestiones económicas, sociales, éticas y medioambientales a atender en la implantación de planes y políticas de responsabilidad social sociosanitaria.

Además, otros de los puntos más importantes se centra en iniciar un proceso de diálogo con los diferentes actores para crear un decálogo de consenso sobre los puntos esenciales que debe articular el sector, fijar sus principales cometidos y concretar su alcance.

Este marco será el punto de partida en la enunciación de los principales asuntos e indicadores económicos, sociales y medioambientales, que quedarán incluidos en un modelo de memoria de responsabilidad social sociosanitaria. Este modelo, que estará disponible para todas las entidades que deseen utilizarlo a la

hora de realizar sus informes anuales de actividad, contribuirá a que las instituciones sanitarias sigan las recomendaciones europeas sobre información no financiera, como la directiva UE 2014/95.

Excelente acogida en siete CCAA

La propuesta de Inidress ha tenido una excelente acogida y podemos destacar el apoyo de las consejerías de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, las Islas Baleares, La Rioja, Cantabria, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Consejo General de Dentistas.

Además, este Observatorio creará un consejo asesor formado por expertos del ámbito de la gestión y la asistencia sanitaria, la industria y el mundo académico •

SE CELEBRARÁ EN SAN SEBASTIÁN

XXXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodencia

Con motivo del XXXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodencia, su presidenta nos dirige una carta para animarnos a visitar este importante evento profesional:

Estimados compañeros y colaboradores:

Será un placer recibirnos los días 28, 29 y 30 de octubre de 2016 en San Sebastián (Donostia), con motivo de la celebración del XXXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodencia.

Hemos diseñado un atractivo y variado programa científico gracias al cual reconocidos ponentes nacionales e internacionales nos pondrán al día de los últimos avances en todos los campos de la Endodencia.

La sede elegida es el Centro Kursaal, un moderno palacio de congresos ubicado en el centro de la ciudad de San Sebastián que ofrece las condiciones ideales de ubicación, tamaño, equipamiento e instalaciones para dar cumplida respuesta a nuestras necesidades

de intercambio científico y de relaciones personales entre colegas de diferentes ámbitos y culturas.

Nuestro objetivo es celebrar un congreso inolvidable, tanto desde el punto de vista científico como humano, social y cultural.

A la espera de poder saludaros personalmente, recibid de antemano nuestro agradecimiento por vuestra atención y colaboración,

*Dra. Nina Camborda
Presidenta del Congreso •*



nuevo REPARACIÓN
REFORZADA

SENSODYNE®



"Mis dientes sensibles hacen que no disfrute de algunas comidas y bebidas".

Enrique ha tenido problemas con el reflujo ácido y la dentina expuesta durante muchos años



Un **70,4%** de quienes padecen sensibilidad dental, como muchos de sus pacientes, afirman experimentar limitaciones funcionales diarias¹ similares a las de Enrique

Recomiende Sensodyne Repair & Protect con tecnología NovaMin®: crea una capa reparadora más resistente similar a la hidroxiapatita^{*2-8} sobre las áreas sensibles de los dientes. El alivio de la sensibilidad comienza desde la primera semana⁹ y, tras 6 meses de uso diario, continua cambiando la vida de los pacientes.^{**10}



"UNA SONRISA PARA UN NIÑO CEUTÍ"

Convenio histórico en Ceuta para la atención bucodental integral de la población infantil vulnerable

El acuerdo alcanzado entre el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Ceuta y la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (FOS) permitirá la atención bucodental integral de 50 niños/as ceutíes. Esta población infantil procede de colectivos desfavorecidos en situación de exclusión social o riesgo de ella. El programa se inicia en septiembre de 2016 y está previsto que finalice antes de 2017.

La Consejería de Asuntos Sociales e Igualdad realizará la captación y selección de la población beneficiada por el proyecto. La Consejería de Sanidad, Consumo y Menores aporta apoyo organizati-

vo y logístico a esta iniciativa. Las acciones preventivas y asistencia-

“*Este acuerdo permitirá la atención bucodental integral de 50 niños ceutíes de colectivos desfavorecidos.*”

les serán asumidas íntegramente por la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (FOS).

La atención bucodental se llevará a cabo en la unidad móvil odontológica de la FOS. Este centro móvil sanitario se ha financiado gracias a la ayuda de la Obra Social La Caixa, que también financia el proyecto.

Desde el año 2009, Obra Social La Caixa se ha convertido en la entidad que más ayuda ha aportado a la Fundación Odontología Social, colaborando en la puesta en marcha de sus Centros Dentales de Sevilla, Gibraltor (Huelva), CETI Melilla, unidad móvil odontológica y en el proyecto “Una sonrisa para un niño ceutí” •



Fundación Odontología Social
Luis Seiquer

OBTURACION
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.



LA CALIDAD DE LA ESTÉTICA

3^{er} Simposio Internacional de Expertos – Ivoclar Vivadent

Cerca de un millar de odontólogos y técnicos dentales de 47 países asistieron al 3^{er} Simposio Internacional de Expertos organizado por Ivoclar Vivadent en Madrid. Los últimos avances en el campo de la "Odontología restauradora de vanguardia" fueron objeto de análisis por un reconocido equipo de expertos internacionales.

Robert Ganley, CEO de Ivoclar Vivadent AG, y Sonia Gómara, Directora General de la compañía subsidiaria de la Península Ibérica recibieron a los asistentes y contaron con la colaboración del

Profesor Jaime Gil como Director Científico del evento.

Varios discursos giraron en torno a las opciones de tratamientos mínimamente invasivos y métodos para toma de impresión con el uso de férulas y dispositivos de escaneo intraoral. La cementación adhesiva pasó a un primer plano en relación a la colocación de restauraciones de cerámica sin metal. Los técnicos dentales expusieron la importancia de la limitación del espacio oral a la hora de la elección del material y procedimientos.





Una de las cuestiones más consensuadas entre los ponentes fue que el futuro de la odontología se caracterizará por una estética digital eficiente y de alta calidad, quedando las técnicas manuales asociadas a alcanzar el grado de naturalidad más alto.

Las conferencias fueron ofrecidas por el Prof. Dr. Sidney Kina (Brasil), el Prof. Dr. Florian Beuer,

el Prof. Dr. Daniel Edelhoff, el Dr. Andreas Kurbad y Oliver Brix (Alemania), el Dr. Mauro Fradeani y Michele Temperani (Italia), el Dr. Marko Jakovac (Croacia), el Dr. João Fonseca (Portugal), el Dr. Rafael Piñeiro Sande y August Bruguera (España) y el Dr. Ronaldo Hirata and Lee Culp (EE.UU.).

La cita para el siguiente Simposio será en Roma ●



THE QUALITY OF THE AESTHETIC

3rd International Symposium of Experts – Ivoclar Vivadent

A thousand dentists and dental technicians from 47 countries attended the 3rd International Symposium of Experts organized by Ivoclar Vivadent in the capital of Spain. Recent advances in the field of "cutting-edge restorative dentistry" were analyzed by a renowned team of international experts.

Robert Ganley, CEO of Ivoclar Vivadent AG and Sonia Gómara, Director General of the subsidiary company of the Iberian Peninsula, welcomed the attendees and had the collaboration of Professor Jaime Gil as Scientific Director of the event.

Several speeches focused on the minimally invasive treatment options and methods for making printing with splinting and intraoral scanning devices. The adhesive cementation happened to the fore in relation to the placement of ceramic

restorations. Dental technicians exposed the importance of the limitation of oral space in the moment to choice material and procedures.

One of the most consensual issues among the speakers was that the future of dentistry will be characterized by an efficient and high quality digital aesthetics, being associated with manual techniques to achieve the highest degree of naturalness .

The lectures were given by Prof. Dr. Sidney Kina (Brazil), Prof. Dr. Florian Beuer, Prof. Dr. Daniel Edelhoff , Dr. Andreas Kurbad and Oliver Brix (Germany), Dr. Mauro Fradeani and Michele (Italy) Dr. Marko Jakovac (Croatia) , Dr. João Fonseca (Portugal) , Dr. Rafael Pineiro Sande and August Bruguera (Spain) and Dr. Ronaldo Hirata and Lee Culp (USA).

The next Symposium will take place in Rome ●



9ª EDICIÓN

Jornada científica MozoGrau - Ticare

El pasado 16 de julio tuvo lugar la conocida como **Reunión de Quintanilla**, Jornada Científica organizada y patrocinada por la empresa MozoGrau, que en este caso cumplió su 9ª edición y con la que esta empresa materializa, en un acto más, su compromiso con la calidad y el rigor científico que les distingue.

En esta reunión se congregaron un grupo de reconocidos profesionales, bajo la Dirección y Coordinación científica del Profesor Peñarrocha Diago que, en una intensa jornada de trabajo, elaboraron unos documentos de consenso que próximamente serán publicados. En esta ocasión los temas tratados fueron el "All-on-four" y la "Patología periapical al implante".

“

Los temas tratados fueron el "All-on-four" y la "Patología periapical al implante".

Se elaboraron unos documentos de consenso que serán publicados próximamente.

”





“
MozoGrau - Ticare materializa, una vez más, el compromiso con la calidad y el rigor científico que les distingue.”

La larga jornada, de la que ha sido testigo “Odontólogos de hoy” se inició con una presentación por parte de Ángel Mozo Grau, en la que explicó las actividades de la empresa en el último año y los retos marcados para el futuro. Tras esta presentación se realizó una puesta en común de los temas a tratar para, a continuación, desarrollar un interesante debate en comisiones hasta la comida. Tras la misma se pusieron en común los temas tratados para elaborar el documento consensuado para su publicación.

Terminada la sesión científica y como es ya habitual se impartió una charla sobre una cuestión ajena a la implantología, contando este año con el conocido periodista D. Manuel Campo Vidal que disertó sobre comunicación, charla que fue recibida con gran interés por los asistentes. Podemos destacar, como punto destacado de su intervención, su insistencia en la necesidad de saber escuchar para comunicar.

Terminada la Jornada, Fernando Mozo agradeció su asistencia y colaboración a todos los presentes •





**"Aviación para la salud",
un gran proyecto solidario**



Desde el año 2009, un gran equipo humano, conformado por médicos, odontólogos y pilotos, se dedica a volar miles de kilómetros a través del territorio venezolano para llegar a comunidades indígenas remotas de la Amazonia venezolana llevando asistencia médica/odontológica especializada a más de 10.000 indígenas de la etnia Pemón.

Estas comunidades tienen la particularidad de estar ubicadas en regiones sumamente apartadas rodeadas por selva, sabana y grandes elevaciones geográficas. La principal alternativa de enlace con centros urbanos es la vía aérea, lo cual es una forma de transporte limitada, arriesgada y costosa que determina que las condiciones de vida de los pobladores sean muy particulares. El acceso a los servicios básicos como agua corriente, electricidad, gas, telefonía fija y móvil es restringido y, en ocasiones, inexistente.

Alas ha logrado desarrollar una red de aviación civil voluntaria con la finalidad de transportar oportunamente personal médico y consumos hacia las comunidades indígenas. En esta red participan pilotos y dueños de aeronaves que voluntariamente apoyan las labores de la asociación civil. De otra manera, resultaría prácticamente imposible costear la operación en la zona.

Uno de los principales objetivos de la asociación civil es mantener centros de prestación de salud dotados con equipos y personal humano perfectamente cualificados. A través de convenios con prestigiosas instituciones y universidades nacionales e internacionales, estudiantes y profesionales de la salud viven a lo largo del año en las diferentes comunidades ofreciendo servicios médicos y odontológicos con un alto nivel de excelencia.



La autora, Carolina Hernández, con su marido

Para Alas, la atención odontológica tiene un especial interés, y es por eso que cada uno de los centros está perfectamente dotado con los mejores materiales y equipos para ofrecer todas las especialidades de la odontología. Los pasantes y odontólogos que hacen vida en los ambulatorios tienen el respaldo *in situ* o vía telemedicina de especialistas en las áreas de endodoncia, prótesis, periodoncia, cirugía maxilofacial y odontopediatría que garantizan la excelencia en los tratamientos realizados.

Otra actividad fundamental en Alas son los operativos médico odontológicos anuales, que se llevan a cabo con la finalidad de trasladar a la zona a especialistas

en diferentes áreas de salud para complementar la atención prestada durante todo el año y resolver aquellos casos de mayor complejidad. De esta manera, los indígenas cuentan con atención en las áreas de cardiología, medicina interna, traumatología, oftalmología, ginecología y en odontología los especialistas realizan prótesis fija y removible, endodoncia, atención de pacientes con hendidura labio-palatina, tratamientos complejos de odontopediatría, entre otros. Esta interacción, contribuye a generar mayor conocimiento científico en la zona, lo cual se ha evidenciado a través de premios y reconocimientos internacionales.

“

Alas ha desarrollado una red de aviación civil voluntaria con la finalidad de transportar personal médico y recursos hacia las comunidades indígenas.

”





Finalmente, otro pilar muy valioso en las actividades de Alas, es la participación comunitaria en las actividades de promoción de la salud, invitando a los pobladores a ser parte activa del equipo de trabajo. Se busca capacitar al personal local a través de programas educativos y técnicos con el objetivo de que en un futuro cercano sean los mismos pobladores indígenas quienes lideren su atención en salud y así mejoren su calidad de vida.

Definitivamente, la solidaridad y el trabajo en equipo con la convicción de ser mejores personas es la energía que mueve a Alas, Aviación para la salud ●

Dra. Carolina Hernández Ponce
Presidenta ALAS

FLORENCIO MONJE GIL

“La sociedad española vuelve a valorar la calidad de los profesionales de la odontología”



Florencio Monje es Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz. Además, es el Director de CICOM (Centro de Implantología, Cirugía Oral y Maxilofacial), Presidente de FEDICOM (Fundación para el Estudio y Desarrollo de la Implantología, Cirugía Oral y Maxilofacial) y Miembro de la EAO (European Association for Osseointegration). Pero, por encima de todo, además de un gran profesional de la odontología y de la medicina, es un humanista y un polifacético personaje. Ávido lector, corredor “amateur”, músico en potencia, casi podríamos definirlo como un “renacentista” de los tiempos modernos.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Recientemente has publicado el interesante libro El Rostro Enfermo en el que, a través de 50 pinturas universales, tratáis de desvelar la intención de los artistas a la hora de representar en sus obras la enfermedad, la deformidad, la fealdad, para así despertar la compasión, la ternura, y la indulgencia de los seres humanos que, a través de los siglos han contemplado estas obras. ¿Cómo y por qué surgió la idea de escribir este libro que has publicado conjuntamente con tu hermano?*

Florencio Monje Gil: La idea surge ya que hace 6 años publiqué

un libro, también con mi hermano Isidoro, titulado *La pintura de*

“

Tras el éxito de La pintura de Goya y las deformidades faciales, Javier Sierra nos sugirió hacer lo mismo con la pintura universal.

”

Goya y las Deformidades Faciales, donde abordábamos, a través de la pintura del gran maestro, distin-

tas deformidades dentofaciales. La tirada se agotó y fue precisamente Javier Sierra, el prestigioso autor de El maestro del Prado el que en una comida me dijo que por qué no hacia lo mismo con toda la pintura universal. Por entonces teníamos 148 obras con un amplio abanico de deformidades faciales y pensamos que podíamos hacer una selección de las 50 más representativas.

ODH: *¿Por qué recomendarías su lectura?*

FMG: Es un libro donde se lee un poquito pero que, sobre todo, es muy gráfico. Se disfruta fundamentalmente por las imágenes de los



detalles de las obras. La calidad de impresión ha sido un aspecto donde la Editorial Art Duomo (la cual publica revistas como *Descubrir el Arte*) ha echado el resto. El libro está dividido en 20 patologías faciales de todo tipo y el lector, además de la obra, encontrará una reseña artística y otra patológica muy concreta y simple. La edición es bilingüe. En el mismo libro se puede encontrar todo el texto en castellano e inglés.

ODH: *El libro está dedicado a tu padre, Antonio. ¿Qué papel ha representado en tu vida personal y en tu orientación profesional?*

FMG: Mi padre no tenía nada que ver con la profesión médica o dental, pero nos dejó hace 3 años y siempre fue una persona ejemplar. Ha sido y es un modelo para todos. Siempre discreto, humilde, con un sentido del humor muy personal y sacrificado por el futuro de sus hijos. Todo giraba en torno al futuro

de su familia. En fin, un tipo honesto y decente, de lo que es difícil encontrar. Es curioso cómo su figura, a pesar de pasar el tiempo de su desaparición, se proyecta cada vez más sobre todos nosotros.

ODH: *Esta obra desvela una gran pasión por el arte e interés por conocer las motivaciones del artista al realizar su trabajo. ¿Cómo surgió en tu vida esa "atracción" por el arte y, en concreto, por la pintura?*

FMG: Bueno, es una cuestión de necesidad. Siempre he viajado mucho, por temas profesionales o personales, y tanto a mi esposa, Pilar, como a mí la primera visita de la ciudad correspondiente la dedicábamos y la dedicamos a cualquier museo de Arte, con pinturas o sin ellas, hasta que llegó un momento en que, aparte de leer y estudiar, me planteé la posibilidad de hacer Historia del Arte por la UNED, y en esas estamos.

ODH: *En tu vida profesional has desarrollado una extensa labor científica, que incluye la publicación de varios libros, como el Tratado de la patología quirúrgica de la ATM o Las Pinturas de Goya y las Deformidades Dentofaciales, además de diversos artículos científicos. ¿Qué representa la ciencia en tu vida?*

FMG: Yo creo que el concepto de la profesión médica siempre debería llevar un porcentaje científico va-

riable según cada persona. Indudablemente, el día a día en el desarrollo de la profesión debe ser la parte más importante, pero se pueden sacar conclusiones de cuáles son los resultados de tu quehacer profesional o iniciar de alguna manera un camino paralelo donde la actividad tuya y de tus colegas pueda facilitarse a través de determinado tipo de adelantos o protocolos.

El dichoso I+D no es más que aplicar un poquito de tiempo al día a preguntarse cómo puedo mejorar lo que estoy haciendo hoy y ponerlo al servicio de la sociedad.

ODH: *¿Siempre tuviste claro que querías convertirte en cirujano maxilofacial o surgió sobre la marcha, tras finalizar tus estudios de Medicina?*

FMG: Fue todo un cúmulo de coincidencias. En primer lugar, obtuve una puntuación suficiente para escoger cualquier tipo de especialidad. Y como el MIR lo preparé durante el servicio militar me influyeron mucho dos anécdotas.

La primera es que estaba en el servicio de la UCI del Hospital Militar de Ceuta y veía frecuentemente traumatismos faciales. Pero lo que ya me decidió a hacerme cirujano maxilofacial es que tuve un problema con un cordal y, después de una exodoncia tortuosa y terrorífica, estuve 15 días ingresado en el mismo hospital debido a una osteomielitis. Todo ello fue lo que me despertó el interés por esta especialidad, que es la cirugía maxilofacial.

“
El dichoso I+D no es más que aplicar un poco de tiempo al día a preguntarse cómo mejorar lo que se hace y ponerlo al servicio de la sociedad.”



“

Es decepcionante que, tanto la sociedad como el mundo sanitario confundan cirugía maxilofacial con cirugía estética facial.

”

ODH: *¿Si tuvieras la oportunidad de elegir otro camino profesional por cuál te decantarías?*

FMG: Te voy a dar dos ideas que siempre me han encantado. Por un lado las ingenierías me apasionan. Eso de hacer cualquier cosa desde la nada y orientado a alguna necesidad humana me parece prodigioso. Y el otro camino profesional que siempre me ha encantado es el arte y, en concreto, el de la música.

ODH: *¿De qué forma se convierte la cirugía maxilofacial en una vía que mejora la calidad de vida de las personas a nivel físico y emocional?*

FMG: Es a veces decepcionante la idea que tiene la sociedad, o incluso el mundo sanitario, de la cirugía maxilofacial. No tienen muy claro si nos dedicamos al mundo dental o al mundo de la cirugía estética facial. Y lo que es espectacular es la riqueza de patologías que tratamos, que van desde la oncología de cabeza y cuello hasta la traumatología facial, pasando por la cirugía oral o patología de glándulas salivares, sin olvidar la cirugía ortognática con su componente funcional y estético. Es curioso cómo los estudiantes de medicina pasan por nuestro servicio con una idea y semanas después marchan absolutamente maravillados por la riqueza de patologías

que pueden tratarse en un servicio de cirugía maxilofacial.

ODH: *¿Qué porcentaje de pacientes acuden a la cirugía maxilofacial por razones estéticas?*

FMG: Es un porcentaje importante. En algunos casos el paciente es claro, por ejemplo cuando va buscando algún tipo de técnica como por ejemplo rinoplastia, blefaroplastia o mentoplastia. Y, en otras ocasiones, el paciente no lo reconoce claramente pero busca en la cirugía ortognática un perfecto aliado para mejorar su problema estético.

ODH: *Hace un par de años recibiste el Premio Nacional de Investigación en Dolor Orofacial, ¿qué ha significado para ti esta distinción?*

FMG: Pues mira, nunca había pensado en obtenerlo pero de alguna manera compensó las horas que le he dedicado a este tema, tanto desde el punto de vista clínico como científico. Me hizo una ilusión tremenda y es uno de los puntos de los que me siento más orgulloso en mi currículum.

ODH: *¿Tienes alguna investigación o proyecto en curso en el área del Dolor Orofacial?*

FMG: Recientemente acabé la primera obra para formato iPad, que

se publicó en el campo de la Cirugía Maxilofacial (*Surgical Treatment of the Temporomandibular Joint Pathology*, alojado en iTunes Store). Por otro lado, terminamos recientemente un proyecto que fue el Simulador Facial. Se trata de un simulador, no hay descrito ninguno, muy útil en el aprendizaje y entrenamiento de técnicas endoscópicas. Pero seguimos desarrollando investigaciones, sobre todo en relación a la cirugía mínimamente invasiva de la articulación temporomandibular, ahora orientado al 3D.

ODH: *¿Tienes algún hobby o afición, además de la ya mencionada pasión por el arte?*

FMG: Tengo muchos pero, sin duda, el primero es estar con mi familia. Me encanta disfrutar de la compañía de mi mujer y reunirme con mis hijos, Alberto y Gonzalo, los cuales están apartados de nosotros por estar estudiando fuera. Ya he mencionado mi afición a viajar. Me encanta hacer deporte y, en concreto, estoy enganchado al mundo del *running* (suelo hacer seis medias maratones por año en distintas ciudades del mundo), me encanta la cultura de la cocina y del vino y, por supuesto, me encanta leer. Soy un lector enfermizo de la novela histórica y no descarto algún día explorar ese campo.



Aunque Dios no me ha dotado con un oído decente, soy ferviente aficionado a la ópera, y estoy con mis clases de saxofón desde hace siete años.

ODH: *¿Cómo ves el futuro de la odontología y, en concreto, de la cirugía maxilofacial en nuestro país?*

FMG: Yo veo que todo se va aclarando poco a poco. El hecho de no haber una limitación de estudiantes de odontología sólo ha tenido desde mi punto de vista efectos ne-

gativos. Y lo digo porque tengo un hijo odontólogo. Pero creo que ya la sociedad española vuelve a valorar la calidad y la antepone por encima del precio y de la publicidad engañosa.

En cuanto a la cirugía maxilofacial, es una especialidad ampliamente implantada en la sanidad pública española, y con una serie de escuelas muy afianzadas. En los últimos años, el prestigio internacional de varios compañeros ha sido muy positivo para el conocimiento de esta especialidad.

ODH: *De todos los cuadros analizados en tu libro, ¿cuál te ha fascinado más? Y, si pudieras escoger uno para colgar en tu despacho, ¿cuál cogería?*

FMG: Es un secreto a voces, ya que me lo han preguntado varias veces. *El descendimiento*, de Rogier Van der Weyden (Museo del Prado) me tiene absolutamente atrapado. Las lágrimas, la textura de la piel, los colores, los pliegues, la composición. Es una barbaridad de obra de arte ●



Florencio Monje, apasionado del running.



En uno de los viajes con su familia.

JOSÉ ARTURO FERNÁNDEZ PEDRERO

“El perfil profesional que surge de las especialidades es indispensable”



José Arturo Fernández Pedrero acaba de ser reelegido Director de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México para el período 2014-2018. Con amplia experiencia como docente, además de como gestor, Fernández Pedrero tiene una visión general de la situación de la profesión en su país, México, donde poco a poco se avanza en nuevos programas de formación y en servicios a comunidades con alto grado de marginación. Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la UNAM; cursó la maestría en Odontología (prótesis bucal) y el doctorado en Ciencias Odontológicas (oclusión) en la misma entidad. Asimismo, el Doctor Fernández Pedrero es un experimentado organizador de congresos nacionales e internacionales y ha publicado numerosos artículos científicos en prestigiosas publicaciones.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Usted ocupa la Dirección de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México desde el año 2010. ¿Cuáles son los principales proyectos que están desarrollando. ¿De cuáles se siente más orgulloso y satisfecho?*

José Arturo Fernández Pedrero: Efectivamente tengo la satisfacción de haber sido re-elegido para un segundo periodo como Director de la Facultad de Odontología UNAM 2014/2018, y las tareas que nos hemos propuesto son: creación de un nuevo plan de estudios por competencias, y que al

día de hoy es vigente, fortalecimiento de la planta académica con la participación de jóvenes académicos, actualización del plan único de especialidades odontológicas UNAM (a día de hoy contamos con once especialidades y una alta especialidad), la consolidación del programa de Maestría y Doctorado de carácter Internacional, seguir impulsando la educación continua permanente con Congresos, Diplomados, Cursos de Actualización, Programas Semipresenciales etc., así como también continuar trabajando con el servicio social para comunidades marginadas realizando 52 briga-

das anuales con alumnos y académicos de licenciatura y posgrado.

ODH: *En febrero de este año fue usted elegido Presidente de la FMFEO (Federación de Escuelas y Facultades de Odontología de México) y es también Presidente de la FIEFO (Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología). ¿Qué proyectos tiene para tan importantes instituciones?*

JAFP: Considero que la apertura y disposición de colaborar en el fortalecimiento de la academia es una obligación, el poder conocer y entablar lazos de comunicación



y establecer estrategias de movilidad estudiantil y académica, lograr residencias cortas en los postgrados, compartir experiencias en el quehacer académico cotidiano, el poder entablar programas con escudos compartidos, son algunos de los aspectos que consideramos en las asambleas que se llevan a efecto.

ODH: *¿Cree que tenemos en este momento un exceso de facultades de odontología, en México y España en particular y en nuestro entorno Iberoamericano?*

JAFP: Sí, así lo considero en México, las instancias de Gobierno en el rubro de la Educación no cumplen con su cometido, ya que muchas escuelas no cuentan con los requisitos mínimos de regulación académica ni sanitaria, por consecuencia los egresados no cuentan con las capacidades suficientes para un mercado laboral tan competitivo.

ODH: *¿Cómo valora el nivel académico y profesional de los odontólogos de su país?*

JAFP: Me gustaría responder pensando en dos Méxicos, el primero de ellos es el que representa a los

profesionistas egresados de Escuelas, Facultades Universidades certificadas, un 60% de alta competencia, con estudios especializados.

El segundo porcentaje restante, debe de orientar sus actividades hacia el fortalecimiento académico, infraestructura, equipamiento y actualización.

ODH: *Usted es un gran impulsor de iniciativas que completen la formación de los estudiantes a través de seminarios, congresos, cursos de post-grado. ¿Cuáles han sido las actividades que ha impulsado en este sentido desde su cargo en la Universidad?*

JAFP: El poder lograr convencer al sector empresarial de que juntos funcionamos mejor, me ha permitido becar anualmente a más de 12.000 participantes a congresos, cursos, diplomados y creo que éste es el punto a destacar, por ejemplo en nuestra Facultad participan activamente 42 empresas que apoyan por medio de Fundación UNAM con donativos que convertimos en becas.

ODH: *En España hay en este momento un movimiento profesional en defensa de la instauración de especialidades en odontología, ¿cuál es su opinión a este respecto?*

JAFP: En nuestra Universidad desde hace más de 40 años existen programas de especialidades en Odontología, al día de hoy contamos con 12 y, como ejemplo, el Área Médica cuenta con más de 78 especialidades. Es un perfil profesional necesario, indispensable en un mundo revolucionado por la tecnología donde tenemos que contar con profesionales cada vez

más informados y con capacidades clínicas de excelencia.

ODH: *También es fiel impulsor de formación continua para el profesorado. ¿Cuál es el plan de trabajo que usted ha planteado en este sentido?*

JAFP: La estrategia es actualmente el contar con cursos desde 20 horas de duración en adelante para académicos, en periodos interanuales o en programas sabatinos. Existe una gran diversidad de temas, desde desarrollo de plataforma moodle, hasta la creación de reactivos, solo por citar un ejemplo.

ODH: *Por otro lado, uno de sus proyectos en la Dirección de la Facultad de Odontología ha sido la participación en la creación de un Plan Nacional de Salud Bucal y la ampliación de servicios a las comunidades marginales. ¿Ha logrado sus objetivos?*

JAFP: Participamos en reuniones del sector salud de nuestro país para compartir experiencias y poder conformar un plan nacional efectivo de salud bucal, esperamos a mediano plazo poder implementarlo.

ODH: *¿Puede ofrecernos una valoración del nivel de la odontología en nuestro país, España?*

JAFP: Afortunadamente con las Universidades de España que tenemos convenios la experiencia es muy buena, no podría hablar de la odontología de todo el país, pero siéntanse orgullosos, porque tengo el gusto de conocer varios Directores, Profesores y alumnos de alta calidad •



JOSÉ LUIS SAMBEAT

“Los trastornos alimenticios tienen un trasfondo mental mucho más importante que el endocrino o metabólico”



José Luis Sambeat Vicien es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, Experto universitario en Diagnóstico y tratamiento de la obesidad por la UNED y Experto universitario en Coaching personal ejecutivo por la Universidad de Salamanca. Desde el año 1989 ha tratado a más de 9.000 pacientes en temas de nutrición y sobrepeso. Se ha dedicado a este campo de la medicina porque desde siempre se ha considerado un comedor compulsivo, y ha querido investigar todas las posibilidades para afrontar su propio problema.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Tras licenciarse en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza decidió especializarse en temas de nutrición y sobrepeso. ¿Por qué eligió dedicar su actividad profesional a estas disciplinas?*

José Luis Sambeat: Realmente fueron las circunstancias personales las que me fueron llevando a ello. Cuando abrí mi consulta, ésta estaba orientada hacia la medicina General, pero el hecho de convertirme en emprendedor me sometió a una ansiedad que derivó en un aumento de mis ingestas. Siempre he sido un comedor compulsivo que he calmado mis

momentos de intranquilidad comiendo. En aquellos años, el uso de la comida como un ansiolítico me provocó un aumento importante en el peso. Aquello trajo como consecuencia que me dedicase a estudiar más profundamente el metabolismo, para intentar encontrar una solución a mí, por aquel entonces, acuciante problema de sobrepeso. En la carrera de medicina, durante los seis años que duran los estudios generales, recibimos muy poca información sobre nutrición y alimentación. Básicamente ésta se limita a mostrarnos que para perder peso tiene que haber un balance negativo entre las calorías que se ingieren

y las calorías que se queman. En la mayor parte de los casos esto se traduce en tener que pasar ham-

“
Hemos ido progresivamente abandonando la alimentación tradicional y sana por la prefabricada.

”

bre. Yo, como comedor compulsivo, me veía incapaz de solucio-



nar mi problema con las teorías clásicas, por lo que decidí buscar alguna alternativa menos “dura” para perder los kilos que había incorporado a mi cuerpo. Fue esta circunstancia la que me hizo dedicarme de lleno al estudio del metabolismo y la nutrición.

ODH: *¿Cuál es la raíz del sobrepeso y la obesidad?*

JLS: Evidentemente el problema, mejor dicho el origen del problema, está en un mal balance energético dentro del organismo. Si consideramos al cuerpo humano como un sistema únicamente metabólico, la raíz del problema es clara: comemos más calorías de las que quemamos. Pero quizás el principal error de la medicina, por lo menos hasta ahora, es que ha considerado, en este aspecto, al ser humano como una máquina energética; desdeñando la vertiente emocional. En una gran parte de los casos el trasfondo mental es mucho más importante que el trasfondo endocrino o metabólico. Si a eso le unimos el progresivo deterioro en los hábitos y costumbres de alimentación que en estas últimas generaciones estamos adquiriendo tendremos como resultado un desgraciado aumento de sobrepeso y de la obesidad.

ODH: *¿Cómo valora los hábitos alimenticios de los españoles?*

JLS: Yo tengo ahora 55 años. En mi infancia mis meriendas habituales eran bocadillos de queso, de chorizo, de jamón, y alguna vez de chocolate. Si me quedaba

con hambre comía alguna pieza de fruta. Hoy en día es rara la madre que cuando acude a la consulta y le pregunto qué le da de merendar a sus hijos me responde con alguno de esos alimentos. Lo general es que les den bollería industrial o galletas. Cuando no algunas golosinas o chucherías. Por otro lado, el aumento del nivel de vida en todos estos años en la sociedad española, junto con la menor disponibilidad de tiempo de los padres y de las madres para dedicarse a planificar y preparar las comidas, ha traído como consecuencia, en la alimentación, el acceso a comidas más caras, pero no por ello más sanas. Es raro que se sigan comiendo de forma habitual legumbres y verduras en las familias. Estos alimentos han sido relegados por la pasta y las comidas pre-cocinadas, mucho más cómodas y rápidas. Hemos ido progresivamente abandonando la alimentación tradicional y sana, por otra más prefabricada y generalmente más insana.

ODH: *¿Es la famosa “dieta mediterránea” tan equilibrada como proponen en todos los medios?*

JLS: Cuando me hablan de la dieta mediterránea me rebelo. Francia es un país mediterráneo y cocina con grasas animales como la mantequilla, Italia es un país mediterráneo y su alimentación está sobresaturada de hidratos de carbono de absorción rápida como son la pasta y las pizzas. La dieta española, rica en aceite de oliva y pescados no tiene que ver nada con la de estos países ribereños de

la cuenca mediterránea. Por eso, yo reivindico llamar a nuestra alimentación “Dieta española”, que es mucho más sana y natural que la de cualquiera de estos países mencionados. Hay que recordar también que los países del norte de África están bañados por este mar y en ellos, por cuestiones religiosas, no se utiliza el cerdo y sí el cordero que es una carne con grasas diferentes. Hablemos pues mejor de la “Dieta española”. Vamos a propagar al mundo realmente las

“

La alimentación entre los países de la cuenca mediterránea es diferente. Por eso deberíamos llamar a nuestra alimentación "Dieta española", que es mucho más sana que la de estos países.

”

bondades y beneficios de nuestros productos y de la forma de elaborarlos. Y ya, aclarado esto, tengo que manifestar que efectivamente sí, la dieta española tradicional, es una dieta muy equilibrada, muy saludable y muy adecuada. Pero también, desgraciadamente, he de decir que está en claro retroceso.

ODH: *¿Cree que los desajustes alimenticios están vinculados con problemas psicológicos? ¿Cómo deben tratarse?*

JLS: En la mayoría de los casos, sí. Aunque sean problemas psicológicos muy leves como el estrés de la vida diaria o la ansiedad del trabajo, la mente es un gran inductor de nuestra alimentación. Al margen de los tan conocidos y publicita-

dos casos de bulimia y anorexia, que serían los problemas psicológicos llevados a su máxima expresión, nos encontramos en el día a día situaciones que acaban condicionando un comportamiento alimenticio incorrecto. Utilizamos los alimentos como un ansiolítico de fácil consecución. Muchos de los malos hábitos de alimentación ocurren por la noche, o por la tarde cuando llegamos a casa después de una jornada de estrés y de duro trabajo. Necesitamos darnos una satisfacción que compense todos los sinsabores del día que hemos vivido, y qué mejor recompensa que una comida que nos gratifique en el paladar. Es el momento en el que nos dirigimos a la nevera y elegimos los productos generalmente menos adecuados para una buena alimentación. Una cervecita, un bocadillo de queso, una rajas de chorizo, una tableta de chocolate... Todos estos alimentos nos hacen sentir mejor desde el punto de vista emocional, calman nuestra ansiedad, nos recompensan, nos hacen olvidar, aunque solo sea por un instante, lo duro de la jornada. La forma en que deberíamos tratar estas crisis de ansiedad, o estos malos hábitos, es ahondando en las causas que las han generado y buscando alternativas, psicológicas, mentales o emocionales, que nos ayuden a derivar ese deseo de gratificación a otras vertientes o actividades que nos alejen de la comida. El *Coaching* nutricional es una técnica altamente indicada para la corrección de estas situaciones.

ODH: *Además de nutricionista es Experto en Coaching personal ejecutivo por la Universidad de Salamanca, ¿de qué manera vincula su actividad como nutricionista con la de Coach?*

JLS: La relación entre ambas vertientes, la metabólica y la mental es vital para mí. Durante mucho tiempo estuve tratando a mis pacientes de sobrepeso solo con dietas. Conseguí desarrollar un sistema realmente cómodo. Es fácil de seguir porque en ellas se puede comer toda la cantidad que se quiera de la comida que indicamos

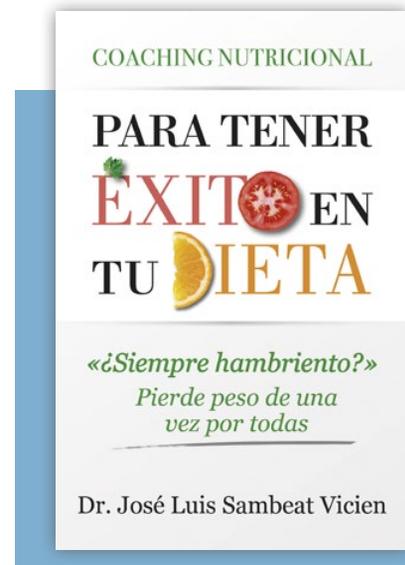
en ella, con lo que huimos de pasar hambre. También se puede cocinar como se quiera –menos rebozado–, intentamos evitar de esta forma el aburrimiento y la monotonía de comer siempre a la plancha. Pero a pesar de ser un método muy, muy asequible y muy fácil de llevar, muchos pacientes no eran capaces de concluirlo al cien por cien. A mi método le faltaba algo, y ese algo no era otra cosa que brindar un recurso mental y de motivación que ayudase a vencer los impedimentos psicológicos que a mis pacientes le bloqueaba. Tenía que encontrar alguna técnica po-

“ *En el día a día encontramos situaciones que condicionan un mal comportamiento alimenticio. Usamos los alimentos como un ansiolítico de fácil consecución.* ”

tente que terminase de dar redondez a mi sistema. Y es ahí cuando descubrí el *Coaching*. La verdad es que fue toda una revelación, y tras realizar el posgrado universitario en esta disciplina, la estoy incorporando con gran éxito y con unos resultados, que yo a veces califico de mágicos, en mis programas de pérdida de peso.

ODH: *Lleva más de 20 años al frente de la Clínica San Pablo, donde a través de su método de nutrición consiguen mejorías en pacientes con patologías médicas previas. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que presentan esos pacientes?*

JLS: Al margen de los problemas de sobrepeso, las principales patologías que encontramos en los pacientes que acuden a nuestra clínica son las de tipo metabólico, como hipercolesterolemias, diabetes e hiperuricemias. En segundo



lugar, es muy acusado el índice de hipertensión arterial que vemos; además en este caso es tremendamente gratificante objetivar cómo los niveles de tensión arterial disminuyen significativamente una vez que se ha conseguido una importante pérdida de peso. Y, por último, también aparecen muchos problemas del aparato digestivo: hernias de hiato, reflujo gastroesofágico, meteorismo y flatulencia, y alteraciones en los hábitos intestinales, sobre todo el estreñimiento.

ODH: *¿Cuáles son las bases del Método San Pablo de Nutrición?*

JLS: El método San Pablo de nutrición descansa sobre tres pilares fundamentales e innegociables: El primero es el de que todas las dietas que pongamos tienen que ser nutricionalmente equilibradas y sanas. Debemos comer todo tipo de alimentos. El cuerpo necesita todos los nutrientes para poder desarrollar una actividad vital y orgánica sana. Huimos de las dietas que privan de comer frutas, o lácteos, o carne, o verduras, o pescados, o pastas... Durante nuestro método nuestros pacientes comerán en sus momentos adecuados todos estos alimentos.

El segundo es el que ya he comentado antes, que podamos comer toda la cantidad que queramos de los alimentos que están marcados en la dieta; que no tengamos que pesar y medir lo que vamos a ingerir. Esto significa que si, por ejemplo, pone verdura podamos comer toda la que queramos; los días que nos toque pasta ingeriremos la ne-

cesaria para quedarnos satisfechos; de la misma forma que la carne, el pescado, la fruta, etc.

Y la tercera es que una vez concluido el periodo de adelgazamiento, el paciente pueda volver a comer todo tipo de alimentos, como cerveza, chocolate, pan, pizzas, dulces; y además que se lleve de nuestra clínica las enseñanzas de cómo tiene que hacerlo para que no recupere el peso que ha perdido. Básicamente nuestro mantenimiento no es nada más –y nada menos– que una reeducación alimentaria con la que brindamos a nuestros clientes los recursos para que ellos mismos sepan ya cómo organizar y controlar su metabolismo según las circunstancias de su vida.

Cuando un paciente se pone a dieta, o cuando una clínica de adelgazamiento se publicita como método de pérdida de peso, en la mayoría de las ocasiones su preocupación fundamental es ésa, perder peso; pero uno no debe ponerse a dieta para perder los kilos; debe ponerse a dieta para perder-

los, pero sobre todo para no volver a recuperarlos.

ODH: *¿Tratan casos de obesidad infantil? ¿Qué tipo de tratamientos prescriben para los niños?*

JLS: Sí, tratamos a niños desde los siete años. Las dietas que ponemos a los niños son básicamente las mismas que a los mayores. Hay que recordar que nuestras dietas son completamente equilibradas. En cualquier caso siempre hacemos más hincapié en que coman más elementos que aporten nutrientes estructurales como calcio y proteínas.

ODH: *Publica un nuevo libro titulado "Coaching Nutricional Para tener éxito en tu dieta", ¿qué valor añadido aporta este nuevo título a un tema de tanta actualidad como es el de la alimentación?*

JLS: En este libro he querido plasmar toda mi experiencia de más de 25 años en el campo de la nu-

trición, primero como sufridor del problema y comedor compulsivo que soy, y segundo como médico que ha tratado a más de 9.000 pacientes con problemas de obesidad. Éste no es un libro de dietas; no incluyo pautas de alimentación, es más bien un libro de ejercicios; no de ejercicios físicos. Cuando comento a mis pacientes que he escrito un libro de ejercicios para adelgazar, todos se echan un poco hacia atrás y muchos me dicen que no les gusta el deporte. ¡Ojo!, no es un libro de ejercicios físicos, es un libro de ejercicios mentales, de motivación. Sirve para realizar con él cualquier dieta, porque realmente lo que hace es forzarte a tener éxito en ella, elijas la que elijas. Está estructurado en dos partes, una primera introductoria en la que te hace ser consciente de cuál es y cuál ha sido tu situación hasta ahora en tu determinación de perder peso. Y una segunda en la que a través de unas dinámicas específicas te guía y te obliga a que consigas tu objetivo •



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy

AUTORES:**MARÍA ANDRÉS VEIGA.**

DOCTORA EN ODONTOLOGÍA. PROFESORA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ.

DOCTORA EN ODONTOLOGÍA. PROFESORA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

M^a JOSÉ SANDRA MARTÍNEZ GONZÁLEZ.

DOCTORA EN ODONTOLOGÍA. PROFESORA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

CÉSAR MARTÍNEZ RODRÍGUEZ.

ODONTÓLOGO. COLABORADOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

JOSÉ M^a MARTÍNEZ-GONZÁLEZ.

PROFESOR TITULAR DE CIRUGÍA. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM.

Caso clínico:**Diferencias terapéuticas para rehabilitar maxilar y mandíbula en paciente edéntulo****INTRODUCCIÓN**

La implantología oral ha revolucionado la práctica clínica odontológica habitual al incorporar diferentes técnicas predecibles para la rehabilitación oral de los pacientes que por diferentes causas han perdido sus dientes naturales ⁽¹⁾.

Tradicionalmente, el éxito de los implantes ha sido evaluado en base a la osteointegración, funcionalidad y ausencia de infección. Sin embargo, en la actualidad, además de la obtención de unos óptimos resultados estéticos, se busca en la medida de lo posible la disminución del tiempo transcurrido desde la extracción dentaria hasta su rehabilitación protésica.

La evolución de la implantología mediante la investigación experimental y clínica ha hecho posible el desarrollo de técnicas quirúrgicas y protodóncicas que han mejorado las expectativas de éxito entre los pacientes ⁽²⁾. En este sentido, se ha incorporado como técnica quirúrgica la inserción de implantes de forma inmediata tras la extracción dentaria, lo que permite disminuir el tiempo de tratamiento además de preservar las estructuras alveolares ⁽³⁾.

Por otro lado, el desarrollo de los implantes con un diseño que favorece su inserción y su conexión con los pi-

lares mejorando los resultados protodóncicos, además del tratamiento de nuevas superficies que sugieren una mayor y más rápida unión del hueso alveolar al implante, ha favorecido el desarrollo de protocolos de carga inmediata ⁽⁴⁻⁷⁾.

Sin embargo, mientras que a nivel mandibular existen numerosas evidencias científicas que sugieren unos elevados índices de supervivencia, a nivel maxilar los resultados son menores, por lo que se cuestiona su realización de manera rutinaria ^(8,9).

El objetivo de este trabajo es describir las diferencias y similitudes terapéuticas a la hora de rehabilitar el maxilar y la mandíbula, en los que se van a realizar la extracción de todos los dientes, desde un punto de vista quirúrgico y protodóncico.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 59 años que acudió a nuestro Servicio por presentar movilidad dentaria generalizada. Entre sus antecedentes médicos, refería estar bajo tratamiento para la hipertensión arterial (Enalapril, Atenolol), e hipercolesterinemia (Sinvastatina), así como alergia a los β-lactámicos. Entre sus hábitos destacaba ser fumadora de 20 cigarrillos diarios.

En la exploración clínica se observó presencia de diastemas, retracción gingival y movilidad en dientes superiores 13, 12, 11, 21, 22 y dientes inferiores 44, 45, 33, 34, 35, restos radiculares en 36 y 37 (Figuras 1 y 2).

Se solicitó un estudio radiográfico mediante TAC para evaluar la morfología ósea a nivel maxilar y mandibular, que confirmó la pérdida ósea generalizada (Figuras 3, 4, 5 y 6).

Ante estos hallazgos, se planteó a la paciente como alternativa de tratamiento la colocación de 6 implantes postextracción y una prótesis inmediata removible provisional a nivel maxilar, y la colocación de una posterior sobredentadura a los 3 meses. Así mismo, 4 implantes postextracción y una sobredentadura con carga inmediata a nivel mandibular.

Una vez firmado el consentimiento, se procedió a la toma de impresiones para disponer de la prótesis inmediata provisional a nivel maxilar, mientras que para la confección de la prótesis inmediata definitiva a nivel mandibular se tomaron impresiones para el diseño de las planchas base y el rodillo de cera. Posteriormente, se hicieron los registros y montaje de dientes para control de la oclusión y altura protética.

Inscripción
reducida
hasta el 20
de octubre
¡APÚNTATE YA!

Actualiza tus conocimientos
en Endodoncia
3 días • 30 ponentes • 6 talleres

2016

**Donostia
San Sebastián**



XXXVII Congreso
Nacional de Endodoncia

28 - 30 Octubre
Kursaal

www.endodoncia2016.org



Figura 1. Aspecto clínico extrabucal de la paciente.



Figura 2. Aspecto clínico intrabucal de la paciente.



Figura 3. Corte panorámico maxilar del TAC.



Figura 4. Corte panorámico mandibular del TAC.

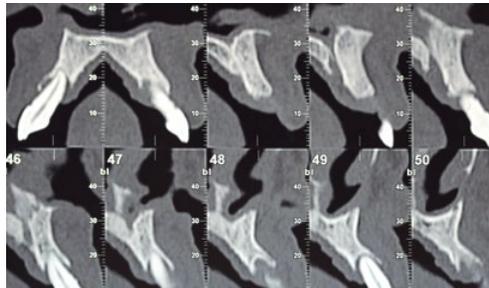


Figura 5. Cortes ortorradiales del maxilar.

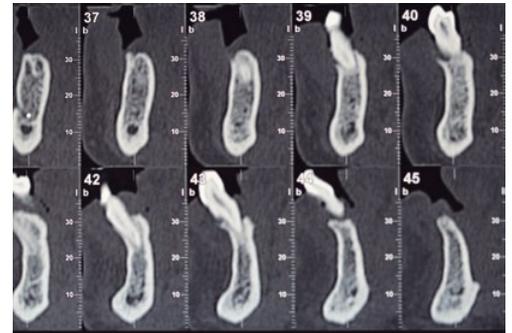


Figura 6. Cortes ortorradiales de la mandíbula.

Realizados los pasos anteriores, se realizó el tratamiento quirúrgico que consistió en la extracción dentaria que se realizó de forma atraumática; posteriormente se colocaron 6 implantes superiores (Normoimplant HI[®], 4.25 de diámetro y 13 mm de longitud), y 4 implantes inferiores (Normoimplant HI[®], 4.25 de diámetro y 13 mm de longitud), siguiendo la secuencia de fresado propia del sistema. Todos ellos se colocaron 3-5 mm sobrepasando la base del alveolo postextracción.

Una vez colocados, se inició un protocolo diferente a nivel maxilar y mandibular.

A nivel maxilar, tras la sutura de la incisión, se colocó la prótesis inmediata y se comprobó la oclusión. Se le indicó a la paciente que la debía usar durante 24 horas para que la cicatrización ocurra de acuerdo a la forma de la base de la prótesis y se informó con minuciosidad de su mantenimiento.

A nivel mandibular, una vez colocados los implantes se retiraron los transportadores de los mismos y se procedió a la toma de impresión con silicona pesada y fluida. Tras la retirada de los pilares de impresión se colocaron las cabezas de cicatrización para que no se colapsasen los tejidos blandos.

Finalmente, se le prescribió tratamiento farmacológico consistente en Clindamicina 300 mg (v.o / 8 horas) durante siete días, Ibuprofeno 600 mg (v-o / 8 horas) durante cuatro días y Metamizol magnésico como analgésico de rescate.

Al día siguiente el laboratorio Prótesis S.A. envió la barra de metal precioso y se procedió a su inserción verificándose radiográficamente el ajuste de la misma. A las 48 horas se colocó la prótesis terminada, y se le dieron instrucciones para la higiene de la prótesis y se le aconsejó que fuera incrementando la consistencia de los alimentos.

Se llevaron a cabo controles clínicos periódicos durante 3 meses, momento en el cual se realizó una radiografía de control. En ella se observó la óptima integración de los implantes a nivel maxilar y la ausencia de pérdida ósea alrededor de los implantes inferiores sometidos a carga inmediata (Figura 7).

En este momento se inició la confección de la sobredentadura superior definitiva. Primeramente, se realizó la cirugía de 2^a fase, en la que se comprobó el correcto nivel óseo de los implantes, procediéndose a la colocación de las cabezas de cicatrización (Figura 8).

A los 15 días se colocaron los transfers de impresión (Figura 9), y se tomó la impresión con silicona pesada y fluida (Figura 10), a la vez que se sobreimpresionó en alginato la prótesis superior. A los 7 días el laboratorio envió la barra de metal precioso verificándose radiográfica y clínicamente, el ajuste de la misma (Figura 11). A la semana se colocó la prótesis definitiva y se verificó su oclusión (Figura 12).

Finalmente, se le recordaron las normas de mantenimiento de ambas prótesis, así como el seguimiento clínico durante el primer año con visitas cada 3 meses y un primer control radiográfico a los nueve meses en el que se observa una adecuada respuesta de los tejidos blandos y del soporte óseo (Figuras 13 y 14).

DISCUSIÓN

En la actualidad, los implantes postextracción y la carga inmediata son alternativas terapéuticas en auge, puesto que permiten mejorar la situación del paciente evitando los inconvenientes, la incomodidad y los problemas psicológicos relacionados con el tiempo de espera del tratamiento implantológico clásico⁽¹⁰⁾. Sin embargo es crítico para el éxito del tratamiento un correcto diagnóstico, planificación y la realiza-



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 Castiho
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 Manzares
Héctor Rodríguez
Sergio Spinato
Marius Steigmann

CURSO PROTÉSICOS

Andrés de la Rosa
Iñaki Olano
Javier Suárez

CURSO HIGIENISTAS

Ignacio Fernández
Aida Gutiérrez
Lourdes Gutiérrez

Cuota con
descuento hasta
31 de Octubre
inscripción abierta
talleres SECIB
¡Pensando en ti!

www.secibonline.com



Figura 7. Radiografía panorámica a los 3 meses.



Figura 8. Cirugía de segunda fase en maxilar.



Figura 9. Colocación de transfers de impresión.

ción de un estricto protocolo quirúrgico y protésico.

Los implantes inmediatos son aquellos que se insertan en el mismo acto quirúrgico en el cual se extrae el diente a sustituir. Su porcentaje de éxito varía según diferentes autores, entre un 92,7% ⁽¹¹⁾ y 98% ⁽¹²⁾. Entre sus ventajas se encuentran disminuir la reabsorción ósea del alveolo postextracción, el acortar el tiempo de tratamiento rehabilitador y evitar una segunda cirugía de implantación ⁽²⁾. Los requisitos quirúrgicos incluyen una exodoncia con el menor trauma posible, respetar las paredes alveolares y un curetaje alveolar minucioso, siendo la estabilidad primaria un requisito fundamental.

La carga inmediata a nivel mandibular debido a sus características óseas presenta unos elevados índices de supervivencia, de manera que se realiza de forma protocolizada ^(8, 9). Sin embargo a nivel maxilar no hay evidencia científica para realizarla de manera habitual. Ello es debido a que generalmente el hueso maxilar es de menor densidad, además por las características anatómicas del maxilar (reabsorción labiopalatina) el alineamiento axial es asumible, pero, sin embargo, el paralelismo de los implantes es difícil ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

De tal manera que, actualmente, la técnica debe aplicarse sólo en aquellas situaciones muy favorables y desde un punto de vista oclusal se

recomienda una relación casi un implante por diente. Más riesgo supone la realización en una sola sesión clínica de las exodoncias, la inserción de los implantes y la carga inmediata ⁽¹⁵⁾.

Por tanto, podemos concluir que la selección del paciente, un correcto diagnóstico y planificación, y la realización de una técnica quirúrgica y protodóncia minuciosa, es fundamental para que la colocación de implantes postextracción y la realización de un protocolo de carga inmediata sean predecibles, siendo el maxilar, debido a sus características morfológicas e histológicas, de mayor riesgo a la hora de realizar un protocolo de carga inmediata •



Figura 10. Registro de la impresión con silicona.



Figura 11. Barra superior terminada.



Figura 12. Tratamiento finalizado con ambas sobredentaduras.



Figura 13. Aspecto clínico a los 9 meses de la colocación de la prótesis.

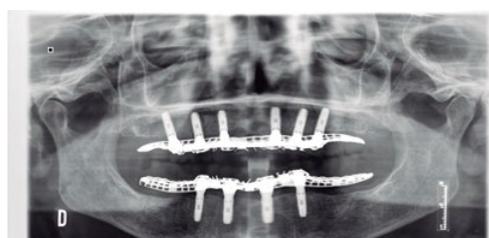


Figura 14. Radiografía panorámica de control, a los 9 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco Ortega E, Pato Mourelo J, Lorrio Castro JM, Cruz Valiño JM, Poyato Ferrera M. El tratamiento con implantes postextracción. Av Periodoncia 2007; 19 (Supl 1): 35-42

2. Peñarrocha M, Uribe R, Balaguer J. Implantes inmediatos a la exodoncia. Situación actual. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9(3): 234-5

3. Lazzara RJ. Immediate implant placement into extraction sites: surgical and restorative advantages. Int J Periodontol Rest Dent 1989; 9: 333-43

4. Sykaras N, Lacopino M, Marker VA, Triplett RG, Woody RD. Implant materials, designs, and surface topographies: their effect on osseointegration. A literature review. Int J Oral Maxillofac Implants 2000; 15: 675-90.

5. Marinho VC, Celleti R, Bracchetti G, Petrone G Minkin C, Piatelli A. Sanblasted and acid-etched dental implants: a histologic study in rats. Int J Oral Maxillofac Implants 2003; 18: 75-81.

6. Khang W, Feldman S, Hawley CE, Gunsolley J. A multicenter study comparing dual acid-etched and machines-sur-

363 faced implants in various bone qualities. J Periodontol 2001; 72: 1384-90.

7. Kim YH, Koak JY, Chang IT, Wenerberg A, Heo SJ. A histomorphometric analysis of the effects of various surface treatment methods on osseointegration. Int J Oral Maxillofac Implants 2003; 18: 349-56.

8. Esposito M, Grusovin MG, Coulthard P, Worthingtonh V. Different loading strategies of dental implants: a Cochrane systematic review of randomised controlled clinical trials. Eur J Oral Implantol. 2008; 1(4): 259-76.

9. Martínez-González JM, Barona Dorado C, Cano Sánchez J, Fernández Cáliz F, Sánchez Turrión A. Evaluation of 80 implants subjected to immediate loading in edentulous mandibles after two years of follow-up. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11: E165-70

10. Gapski R, Wang HL, Mascarenhas P, Lang NP. Critical review of immediate implant loading. Clin Oral Impl Res 2003; 14: 515-27.

11. Grunder U, Polizzi G, Goene R, Hatoro R, Henry P, Jackson WJ et al. A

three year multicenter study follow up report on the immediate placement of implants. Int J Oral Maxillofac Implants 1999; 14:210-6

12. Tolman DE, Keller EF. Endosseous implant placement immediately following implant dental extraction and alveoloplasty: Preliminary report within 6 year follow up. Int J Oral Maxillofac Implants 1991; 6: 24-8

13. Barbier L, Scheper Z. Adaptive bone remodeling around oral implant under axial and non axial loading conditions in the dog mandible. Int J Oral Maxillofac Implants 1997;12 : 215-23

14. Barona-Dorado C, Martínez-Rodríguez N, Torres-Lear F, Martínez-González JM. Observational study of 67 wide platform implants treated with avantblast surface. Results at three year. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009 Apr 1;14(4):E183-7.

15. Jaffin RA, Kumar A, Berman CL. Immediate loading of dental implants in the completely edentulous maxillar: a clinica report. Int J Oral Maxillofac Implants 2004;19:721-30.

ODONTÓLOGOS
de hoy
Compromiso
RIGOR Y CIENCIA



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com

AUTOR:

DR. MANUEL RIBERA URIBE
 PROFESOR DE GERODONTOLOGÍA.
 UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE
 CATALUNYA

Caso clínico:

Toma de decisiones en gerodontología

INTRODUCCIÓN

Acude a la consulta una paciente de 72 años sin antecedentes médicos familiares ni personales de trascendencia. Su intención es "arreglarse la boca pero sobre todo resolver la molestia del único molar que le queda en la arcada inferior". De hecho, esto último es lo único que le preocupa y, por razones económicas, lo único que puede permitirse solucionar en estos momentos.

La paciente nos aporta una ortopantomografía reciente que le han efectuado en la seguridad social. Allí le han propuesto la exodoncia de la pieza, pero la paciente quiere estar

segura de que no se puede salvar, puesto que en el futuro querría ponerse una prótesis esquelética y la han informado del interés de mantener la pieza como elemento de retención de la prótesis.

A la exploración inicial constatamos la presencia de placa, una cierta hiperplasia gingival y bolsas de 4-5 mm en algunas de las piezas. Fuera de su afectación periodontal, de la falta de un correcto cepillado, y de la ausencia de dientes, el resto de la boca no presenta alteraciones patológicas susceptibles de tratamiento.

En la anamnesis la paciente solo refiere un fácil sangrado de las encías



al cepillarse y las molestias referidas al molar 37 que describe como una molestia continua que se acentúa en el momento de la masticación.

¿Cuál sería el enfoque del caso?

Proponemos a la paciente el siguiente plan de tratamiento:

1. Solucionar el problema inicial del molar 37 que le genera el dolor.
2. Una vez resuelto, efectuar una evaluación periodontal y el tratamiento correspondiente que, obviamente, se iniciará en la fase higiénica con una profilaxis.
3. Una reevaluación posterior para decidir posibles exodoncias y tratamiento rehabilitador mediante implantes, prótesis, etc..

En odontología geriátrica, la fragmentación del plan de tratamiento de manera que se tenga en cuenta la necesidad inmediata del paciente, sus limitaciones económicas y en muchos casos psicológicas, permite una mayor adherencia al tratamiento y el establecimiento de un nivel

de relación y de confianza, especialmente necesario en los pacientes mayores.

Resolviendo el problema inicial

Como la paciente muestra interés en la conservación del molar, exploramos la pieza que está reconstruida y endodonciada aunque con una falta de condensación y unos conductos insuficientemente obturados. En principio no presenta ninguna lesión apical ni imagen radiolúcida.

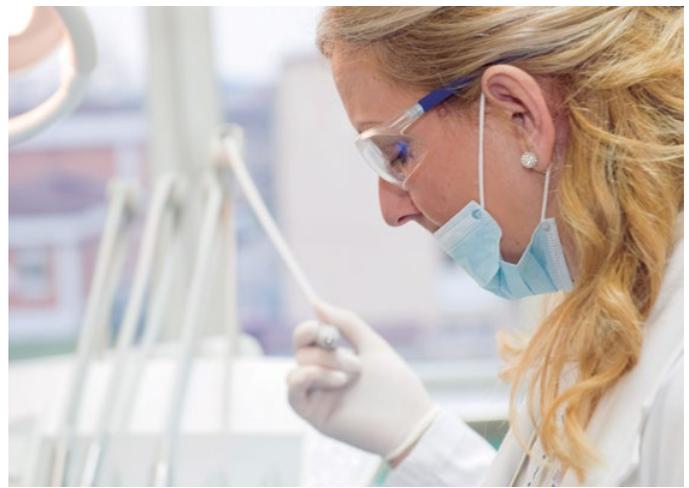
Así pues, proponemos a la paciente la apertura de la cámara pulpar con la idea de reendodonciar la pieza y, posteriormente, reconstruirla mediante una incrustación o una corona, en función del material dental remanente. Tras la eliminación de la reconstrucción, observamos una línea de fisura profunda que abarca el borde del esmalte y el suelo de la cámara pulpar.

De común acuerdo con la paciente, efectuamos la exodoncia de la pieza cuyo pronóstico nos parece infausto.



Durante la solución del problema inicial

Efectuamos la exodoncia de la pieza de la manera más atraumática posible, legando el alveolo, utilizando surgicel y suturando. Mantenemos compresión con gasas empapadas en amchafibrin, porque la paciente



presenta un sangrado profuso que intentamos controlar cambiando las gasas y manteniendo más tiempo la compresión.

Sin embargo, la paciente sigue sangrando de manera llamativa a los 30 minutos sin que la hemorragia disminuya. Refiere ahora encontrarse algo mareada y al registrarle la tensión presenta una cifra de 10/6.

Aconsejamos a la paciente que acuda al servicio de urgencias, a donde la acompañamos.

En el servicio de urgencias

Constatan el ingreso de una mujer de 72 años sin antecedentes médicos familiares ni personales de trascendencia que, como consecuencia de una exodoncia dental, acude con una profusa hemorragia, mareos, taquicardia e hipotensión.

En urgencias instalan una vía con expansores y le efectúan una analítica que demuestra una leucocitosis con desviación a la izquierda (un aumento del número de leucocitos con aumento de neutrófilos inmaduros, formas blásticas) y una trombocitosis. Del mismo modo la paciente, al ser reinterrogada, explica una astenia y anorexia durante el último año, a la cual no da demasiada importancia. En la exploración general, se constata una esplenomegalia no dolorosa a la palpación. El mismo servicio de urgencias etiqueta el caso como una leucemia mieloide crónica que confirman con la analítica y una ecografía que define una esplenomegalia.

En la actuación odontológica

La leucemia mieloide crónica, más frecuente en personas mayores, es una patología mieloproliferativa que desde el punto de vista odontológico genera una facilidad de infecciones y de sangrado en los tratamientos, fruto de las

alteraciones hematológicas: anemia, leucocitosis y trombocitopenia progresiva. Del mismo modo, los pacientes pueden presentar dolores y lesiones destructivas óseas. En general, las manifestaciones orales son escasas más allá de la presencia de úlceras, hiperplasia parotídea, hemorragias gingivales y petequias en mucosas.

Descripción del tratamiento médico – hospitalario

A la paciente le prescriben Busulfán 2mg / 48 horas, le aconsejan un trasplante medular, pero sus familiares directos no son HLA compatibles así que continúa su tratamiento con busulfán. En el curso de la evolución le propondrán el uso de interferón, con el que conseguirá mejorar la leucocitosis. Añadirán hidroxiurea mientras efectúan el estudio del cromosoma Ph, que define un peor pronóstico. Por último, incorporarán el tratamiento con Glivec en tanto siguen buscando un donante compatible.

Siguiendo con el tratamiento odontológico

La paciente vuelve al odontólogo para proseguir el tratamiento una vez estabilizada su situación. Aporta un informe de su médico que refiere el diagnóstico, la situación estable pese a una hematología propia de la enfermedad y refiriendo que acaba de iniciar el tratamiento con Busulfán. Así pues, continuamos con el plan de tratamiento inicial e iniciamos la fase higiénica del tratamiento periodontal.

Prescribimos antibioticoterapia preventiva, enseñanza higiene oral, colutorio de clorhexidina previo al tratamiento, y la citamos para una sesión de profilaxis. La paciente refiere que siempre que se ha hecho una profilaxis presenta sensibilidad y molestias tras la sesión, con lo que

además de prescribir colutorio de clorhexidina después de la higiene, le aconsejamos que se tome un paracetamol cada 8 horas durante unos días, mientras le duren las molestias. Citamos a la paciente para evaluación periodontal en 15 días.

Nuevo episodio de ingreso hospitalario

En la siguiente cita, la paciente informa al dentista de que ha estado ingresada por empeoramiento del estado general y una neumonía. Cuando vino a vernos la vez anterior ya llevaba unos días resfriada.

Valoración del odontólogo

El odontólogo valora la mejora en el índice de placa y en la higiene oral, y decide iniciar la restauración mediante una prótesis removible.

Sin embargo, toma conciencia de que el reingreso y la neumonía de la paciente puede guardar relación con la prescripción y uso del paracetamol tras la profilaxis que efectuó. Ciertamente el uso de paracetamol antes (<72 horas) o al mismo tiempo que el Busulfán puede dar lugar a una disminución del aclaramiento de busulfán debido a la disminución de los niveles de glutatión.

Conclusión

En odontología geriátrica hay que prestar una especial atención a la presencia de signos relacionados con patologías sistémicas de relativa prevalencia, al mismo tiempo que valorar las consecuencias de la prescripción farmacológica.

Son frecuentes los pacientes ancianos que utilizan fármacos que como el Busulfán requieren una estrecha vigilancia sobre el hemograma debido a la supresión de la médula ósea que incluye neutropenia y trombocitopenia •

Especialistas en cáncer de cabeza y cuello achacan su difícil diagnóstico a síntomas 'banales'

La Fundación Merck combate la desinformación con una campaña

El cáncer de cabeza y cuello, patología que padecen unas 11.000 personas al año en España y causando de 350.000 muertes anuales en el mundo, ha sido elegido como protagonista de la nueva campaña de concienciación Make Sense, de la Fundación Merck, pensada para informar a la población del papel que cada persona tiene en el diagnóstico temprano de dicha enfermedad y lo "banales" de sus síntomas, lo que dificulta dicho diagnóstico.

"Educación, comprensión de los signos de esta enfermedad y la importancia de un diagnóstico temprano abordado por un equipo multidisciplinar" serían las condiciones que propiciarían una reducción de los casos y, por tanto, de las muertes que se producen hoy en día debido al cáncer de cuello y cabeza.

La campaña, en la que participan varios países de Europa comandados por la Sociedad Europea de Cáncer de Cabeza y Cuello (EHNS), se desarrolló del 19 al 23 de septiembre y contó con la asistencia del presidente del Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello (TTCC) y jefe de servicio de Oncología Médica del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Juan Jesús Cruz, y la responsable de tumores de cabeza y cuello del Servicio de Oncología Médica del Hospital Gregorio Marañón, Yolanda Escobar.

El Doctor Cruz incidió en la descripción del cáncer de cabeza y cuello, "como un cajón de sastre en el que se meten muchos tumores", pero que a su juicio "son tumores lo suficientemente frecuentes como para que nos preocupemos de ellos". Este es el sexto cáncer con ma-

yor incidencia, con más de 600.000 diagnósticos al año; en España es más difícil establecer una cifra exacta, por la inexistencia de registros fiables, aunque Cruz calcula que son entre 10.000 y 11.000 casos al año los que se diagnostican.

En cuanto a los factores de riesgo, destacó el tabaco y el alcohol e incidió en la necesidad de evitar el deterioro de ciertas funciones de los pacientes. Este tipo de cánceres afectan al aparato fonador —y por tanto al habla—, al gusto, a algunas zonas faciales... lo que dificulta las relaciones sociales de los pacientes dependiendo del grado de afección y el tratamiento recibido, que en ocasiones es mutilante.

Por su parte, la doctora Yolanda Escobar señaló lo "banal" de los síntomas, que pueden ser una molestia en la garganta o una herida en la boca que no termina de curar y que muchas veces se asocia a dolencias mucho menos graves. Esto provoca que, una vez se

diagnostique el cáncer, haya pasado demasiado tiempo y la enfermedad ya esté en fase muy avanzada. "Todos los profesionales deberían estar formados para diagnosticarlo o para derivar al paciente al servicio correspondiente", destacó Escobar.

La doctora destacó, además, que otra de las causas de la alta incidencia de esta dolencia es la desinformación de los pacientes acerca de este cáncer y a la poca formación existente en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Y resaltó, en contraposición, los avances en el tratamiento que se han producido los últimos años, en cuanto a cirugía, quimioterapia, fármacos e inmunoterapia •

“
Educación, comprensión de los signos de la enfermedad y un diagnóstico temprano serían las condiciones para reducir los casos.

”

QUIERE
**FINANCIACIÓN
FÁCIL?**
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIK'S**
FINANCIACIÓN CLÍNICA

Declaración histórica

La ONU firma un acuerdo para hacer frente a la resistencia a los antibióticos

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha firmado un acuerdo histórico, ya que los 193 países miembros han cerrado un documento global para hacer frente a la resistencia a los antibióticos.

Esta es la cuarta vez en su historia que la Asamblea General de las Naciones Unidas da tal relieve a un tema de salud. Antes, únicamente el VIH, las enfermedades no transmisibles y el ébola merecieron la misma atención, lo que refleja la magnitud del problema.

"Pone al nivel que le corresponde la realidad de las resistencias bacterianas, que están poniendo en riesgo a la medicina moderna", informan desde la Sociedad Española de En-

fermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

“

Este acuerdo pone al nivel que le corresponde la realidad de las resistencias bacterianas.

”

"Si no se ponen los medios para atacar el problema, en unas décadas podríamos volver a la era anterior al descubrimiento de los antibióticos. No se podrán realizar trasplantes o cirugías complejas porque no se podrá hacer

frente a las bacterias", añade el especialista, que espera que la lucha contra la amenaza de los patógenos resistentes reciba el mismo impulso que la inclusión en la agenda de la ONU dio a la lucha contra el sida en 1996.

En concreto, el acuerdo recoge tres compromisos fundamentales que deberían cumplirse en un plazo de dos años. En primer lugar, se insta al desarrollo de sistemas regulatorios y de vigilancia para el uso de estos fármacos en humanos y animales. También se fomenta el desarrollo de nuevos productos [la innovación en este campo ha sido escasa en las últimas décadas] y, por último, se pretende mejorar la formación, tanto de profesionales sanitarios como de la población en general.



Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)

1. Convertir el uso adecuado de los antibióticos en la medicina, en la ganadería y en la agricultura, en un estándar de calidad prioritario.
2. Hacer obligatorios los Programas de Optimización de uso de Antibióticos (PROA) como programas de calidad asistencial basados en la formación, en los hospitales y en atención primaria, y dotarlos de los medios necesarios.
3. Dotar con los recursos necesarios a los servicios/laboratorios de microbiología para la detección de las resistencias bacterianas, creando pruebas de diagnóstico rápido y estudios de sensibilidad.
4. Disponer de información en tiempo real de los indicadores clave en consumo de antibióticos, resistencias bacterianas y en sus consecuencias clínicas.
5. Impulsar los programas multidisciplinares de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria junto a los de uso apropiado de los antimicrobianos, a semejanza del Programa PIRASOA de Andalucía y de programas similares en Cataluña.
6. Crear la especialidad de enfermedades infecciosas y mantener la formación actual de los microbiólogos.
7. Educar a los ciudadanos, desde la escuela a la universidad, en el buen uso de los antibióticos.
8. Impulsar el desarrollo de nuevos antibióticos, participando en los ensayos clínicos y agilizando su incorporación a la práctica clínica. Investigar con los antibióticos disponibles para mejorar su eficacia y seguridad.
9. Investigar en otras medidas, no antibióticas, para la prevención, control y tratamiento de las infecciones por bacterias multirresistentes.
10. Optimizar las tasas de vacunación, particularmente frente a la gripe, de los profesionales sanitarios y de los ciudadanos •

BRÅNEMARK

MEMORIAL SYMPOSIUM

¡JUNTOS POR BAURU!

MADRID 2016

11 / 12 NOVIEMBRE

FERIA DE MADRID - IFEMA



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

¡ENTRE TODOS LO
HAREMOS POSIBLE!

¡INSCRÍBETE!

PONENTES



Dr. Nitzan Bichacho



Dr. Rino Burkhardt



Dr. Joao Caramés



Dr. James Chow Kwok Fai



Prof. Ugo Covani



Dr. Pablo Galindo



Dr. Federico Hernández-Alfaro



Dr. Peter K. Moy



Dr. Patrick Palacci



Dr. Joan Pi Urgell



Dr. Nelson Pinto



Dr. Mariano Sanz



Dr. Alberto Sicilia



Dr. Istvan Urban



Dr. Eric Van Dooren



Dr. Xavier Vela



Dr. Ion Zabalegui

COMITÉS

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Nikos Krompas
Dr. Ali Mirkarimi
Dr. Jorge Huamani
Dr. Ramesh Chowdhary
Dr. Costa Nicolopoulos
Dr. Abid Faqir
Dr. Sergio Trapote Mateo
Dr. José Manuel Navarro Martínez
Dr. Jaime Jiménez García
Dr. Víctor Méndez Blanco
Dr. José Sanz Casado

COMITÉ ORGANIZADOR

Sra. Barbro K. Brånemark
Dr. Ramón Martínez Corriá
Dra. Belén Martínez Salmerón
Dra. Begoña Fernández Ateca
Dra. Vanessa Ruiz Magaz
Dr. Ramón Lorenzo Vignau
Dra. Lourdes Gutiérrez Garrido
Dr. José Manuel Reuss Rodríguez-Vilaboa
Dr. Alberto Rico Cardenal
Dr. Guillermo Madriz Domínguez
Sra. Teresa Boronat Olivart

MODERADORES

Dr. José Manuel Navarro Martínez
Dr. Juan Blanco Carrión
Dr. Jaime A. Gil Lozano
Dra. Helena Francisco

INFORMACIÓN

SEDE DEL SIMPOSIO

FERIA DE MADRID - IFEMA
Centro de Convenciones Norte 1º planta
Avda. del Partenón, 5
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 €

*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

www.memorialbranemark2016.com



Algunas ideas de inversión de cara al último cuatrimestre

JESÚS AGUIRRE DÍAZ
E.F.A DIRECTOR SAN SEBASTIÁN
ANDBANK

Aprovechando la Invitación de *Odontólogos de hoy*, trataré de exponer los aspectos más relevantes que pueden afectar a los mercados y aquellas posibilidades de inversión que, desde mi punto de vista, pueden aportar cierto valor de cara a los próximos meses.

A la hora de preparar este artículo tengo muy presente que los mercados se mueven diariamente a velocidad de vértigo, por lo que mis apreciaciones son un poco más genéricas de cara a evitar contradicciones en la fecha de su publicación.

Un repaso general a la situación económica

Por un lado las economías mundiales están creciendo a un ritmo relativamente lento. Lejos de aquellos crecimientos mundiales cercanos al 5%, el mundo se mueve ahora a ritmo de algo menos del 3%. EEUU con crecimiento peor de lo esperado y rondando el 1,2%. Europa, mejorando, pero rondando el 1,5%. Japón en su tónica de debilidad, y China desacelerándose, aunque con datos esperados que rondan el 6,5%. No es un dato preocupante —es crecimiento en definitiva— pero desde luego no es un entorno idílico, sobre todo si pensamos la cantidad de liquidez que se está inyectando al mercado a través de los paquetes de estímulos de los distintos Bancos Centrales. Las economías no están terminando de reaccionar suficientemente a semejante esfuerzo que ha llevado a los tipos a una situación totalmente desconocida hasta ahora.

Fuentes de volatilidad

- **Mercados en calma y con volatilidad muy baja.** Estamos viendo que, lejos de los temores a los sustos que suele deparar agosto, los mercados han pasado ese mes con cierta tranquilidad y en estos momentos se encuentran en un tono positivo, yo diría un poco anestesiados, con el Índice SP500 que no ha visto una variación superior al 1% en cualquier dirección en un periodo cercano a 40 sesiones. Lo mismo ocurre con el Bono a 10 años del Tesoro Americano, negociándose en un rango pequeño cercano al 1,5%, y algo parecido con el \$.
- **La principal preocupación en estos momentos es la posible subida de tipos en USA.** El

último dato de empleo recibido ha generado sentimientos encontrados entre analistas e inversores. Aunque el mercado está un poco más preparado para esta posible subida, se trata siempre de una decisión que implica unos desajustes de cierta importancia en los mercados. **Las apuestas de los operadores apuntan a una probabilidad de un 32% de una posible subida en septiembre.** Un poco menor del sentimiento del mes anterior, debido a que el último dato de empleo no ha sido lo suficientemente satisfactorio y se junta con unos datos de fabricación un poco peores de lo esperado y un entorno político económico de cierta debilidad, sobre todo después del Brexit. Las probabilidades de subidas más elevadas se sitúan por el mes de diciembre (60% de probabilidad) o ya principios del 2017. Yo me inclino por este último escenario. **Por lo que, por esta parte, siendo así, podríamos tener un periodo de tranquilidad por delante.**

- **El crudo**, posible fuente de volatilidad, se recuperó un 7,5 por ciento en agosto en medio de especulaciones de que a finales de septiembre puede llegar a un acuerdo para gestionar el mercado y reducir el exceso de producción. Los últimos encuentros entre Rusia y Arabia Saudí apuntan en la misma dirección. **Luego parece ser que, por este lado, podríamos tener una cierta tranquilidad por un tiempo.**
- **China**, para muchos analistas, sigue siendo una gran incógnita. Es verdad que después de la sacudida del mercado hace cerca de un año, con motivo del inicio de la devaluación del Yuan, el mercado ha recuperado gran parte de su valor, gracias a ciertas aperturas al exterior por parte del Gobierno Chino, y, sobre todo, a un gran paquete de estímulos puesto en marcha por el mismo a principios de año, tendente a sostener la economía, generar actividad por medio de la inversión en infraestructuras y seguir apoyando la transición hacia una economía de servicios, estímulos que de momento están obteniendo frutos a la vista de datos recientes. Pero, desde mi punto de vista, hay grandes frentes



de preocupación que tarde o temprano tendrán sus efectos negativos. Hemos visto en el 2015 el rescate de algunas entidades financieras. Según economistas de UBS, es el primer año desde 2000 en el que se han rescatado Bancos de gran tamaño en China. El crecimiento del crédito lo está haciendo a ritmos de 2 a 3 veces superior al PIB, lo que podría generar una situación problemática para atender posibles futuros activos dudosos. Si el montante de la deuda china es preocupante, lo es mucho más la velocidad a la que está creciendo. En general cualquier país que haya tenido un crecimiento tan rápido de su deuda, ha terminado pagándolo con una crisis financiera o con una reducción significativa del PIB.

- **Brexit.** No parece que en estos momentos la salida de Reino Unido de Europa vaya a generar excesiva preocupación. Los datos en ambos lados arrojan una cierta desaceleración, pero que a corto plazo, una vez pasado el gran susto, no parece vaya a generar volatilidad en el mercado.
- **La Renta Fija.** Es, para muchos, en estos momentos una importante fuente de preocupación. Producto de la actuación de los Bancos Centrales en su compra masiva de deuda se ha generado una situación que muchos califican de Burbuja. Mi opinión es que no merece la pena acometer un riesgo importante para obtener unos retornos mínimos. Aunque sabemos que Dragui tiene la intención de actuar en defensa de los mercados, no descartaría, tal como ha pasado en otros momentos, ciertos conatos de volatilidad que generarán un tensionamiento de los tipos (subidas) en los mercados. Puede ser una buena estrategia mantener una buena parte en liquidez, a la espera de un escenario de *stress* de mercado que propicie mejores precios de entrada.
- **La Renta Variable** americana está cerca de máximos con una valoración PER (precio en relación con el beneficio de 18 veces aproximadamente), claramente por encima de la media histórica. El precio relacionado con los beneficios de los 10 últimos años (PER-SHILLER) todavía está mucho más sobrevalorado en términos de su media histó-

rica. Aunque su ritmo y ciclo económico están en buen tono, los beneficios de las empresas llevan 5 trimestres seguidos a la baja. A pesar de que a corto plazo y con elecciones de por medio no parece que vaya a haber problemas, después de 7 años sin una corrección importante, y ante esas valoraciones me inclino por la prudencia. Creo que Europa se ha quedado mucho más ajustada en precio y valoración, fruto del mal comportamiento del mercado desde abril de 2015. Mercado que anticipó una importante caída de los beneficios —con el sector energía, materias primas y financiero como exponentes— y, probablemente, debido a la delicada situación del sector financiero. Siendo el epicentro de la economía y la cadena transmisora de los Bancos Centrales, todavía le quedan al sector en general dos o tres años de esfuerzos para terminar de sanearse del todo. Todo esto, a medio plazo, será una fuente de valor.

En definitiva, liquidez en espera de un momento de entrada más adecuado, sobre todo para la renta fija, menor exposición de la apropiada a cada perfil inversor y una visión estratégica de medio y largo plazo a la hora de acometer cualquier inversión. De aprovechar algo, R. Variable Europea, sector inmobiliario español, bien seleccionadas las Socimis pueden ser una solución, y quizás, ligeramente, el Dólar Americano. Mercados emergentes tanto Renta fija como Variable. Creo que, con un criterio de largo plazo, estos mercados han empezado a recuperarse de una gran crisis y la correspondiente caída de cotizaciones y devaluaciones de sus monedas. Rusia parece iniciar la recuperación tanto económica como geopolítica, y las materias primas, igualmente, parece que inician el ciclo expansivo de largo plazo, pero lo más fácil y aconsejable: enfocarlo a través de fondos mixtos multi-activos, con criterio patrimonialista, con una volatilidad ajustada y que hayan aportado un excelente comportamiento en términos de rentabilidad/riesgo en años pasados. Algunos de ellos han demostrado a lo largo del tiempo saber adaptarse aceptablemente a los momentos del mercado y, en muchos casos, sacar provecho de ello ●



Gestión de una clínica odontológica

EDUARD MARTÍN
CEO DENTALCONSULTING

Hoy en día nadie del sector odontológico tiene ninguna duda que "esto ha cambiado" desde hace unos años. Antiguamente las clínicas odontológicas no necesitaban actuar como una empresa dedicando tiempos y recursos a gestión, recursos humanos, organización empresarial, marketing y publicidad, planes financieros, etc.. Era trabajo de empresas y nada tenía que ver con el odontólogo.

Ahora todos en el sector cuando oímos hablar de gestión de clínica y marketing dental es algo muy habitual, pero ¿lo realizamos adecuadamente? Ante este cambio tan rápido y que sigue acelerándose estamos observando diferentes perfiles de doctores:

Los estáticos que no realizan ningún cambio en su forma de trabajar y ven cómo pierden pacientes que hasta ahora consideraba fieles, bajan sus primeras visitas y rentabilidad de la clínica, la mayoría lo achaca a la dura competencia de las cadenas, franquicias y mutuas pero, mientras su frustración crece, el resto les arrebató cuota de mercado.

Los alarmados que realizan planteamientos habituales de cualquier empresa acechada por la crisis y ante el miedo e incertidumbre: reducen precios de los servicios y costes de los materiales a consecuencia de calidad y publicidad, dos factores intocables para la buena gestión y poder hacer frente a los cambios.

Los recaudadores, estos piensan en trabajar y poder ganar lo máximo para posibles consecuencias venideras, amplían horarios, saturan agendas y a la vez se sobrecargan de estrés y, sin duda, ofrecen una imagen desorganizada a sus pacientes, lo cual hace que el momento temido llegue mucho más rápido.

Todos ellos hacen cambios a su modo aunque, sin duda, no cambian la perspectiva de trabajo, no se adaptan a la situación y continúan de la misma manera pero con pequeños cambios que para ellos son gigantes, pero no suficientes para las exigencias. ¿Quién pensaba hace unos años que los videoclubs desaparecerían? ¿Las tiendas de revelado de fotografía? Es una clara muestra de que el futuro es incierto, pero tampoco hay que ser derrotista porque siempre hay una solución, por ello hay que cambiar la mentalidad para poder cambiar nuestra forma de trabajar.



Ante esta situación, vamos a recomendar lo fundamental para hacerle frente. Sin duda será difícil, porque en situaciones de cambio en un sector que, durante muchos años, no ha tenido que competir de esta manera, cuando llegan estos temidos momentos lo que debemos es detenernos y tener **CALMA**, analizar mi situación, la de mi competencia y definir un **PLAN**, de nada servirá quejarnos y echar la culpa al resto mientras veo cómo voy reduciendo cada día. En el momento en el que el cambio se nos echa encima y no sabemos cómo actuar, sin duda nos sentimos como si tuviéramos cemento en los pies que no nos deja dirigirnos hacia ningún camino alternativo, pero siempre hay uno que nos devuelve al juego, utilizando los recursos disponibles y asesoramiento de profesionales, si se necesitase, para adaptar la organización de mi clínica al contexto actual.

Utilizando estos consejos, y aplicando las medidas oportunas después de un estudio, aparecen **los Flexibles o adaptados**, los cuales son los que sobrevivirán a los cambios de escenarios que hay y habrá en el futuro, porque vivimos en un entorno constantemente cambiante.

Ahora es cuando el odontólogo tiene que adaptarse y actuar como empresario, esto no quiere decir perder la ética y la razón de su profesión, ya que siempre deberá tener como valores su servicio al paciente y su salud bucodental, simplemente es adaptarse a los cambios, poder decidir y obtener la rentabilidad que su clínica se merece.

Todos los propietarios y gestores de clínica deben adaptarse al nuevo escenario definiendo su consulta y organizándola para poder sobrevivir y disfrutar en este sector tan apasionante ●

NUEVO SCANNER 3D

¡ Único en prestaciones !

ÚNICO CON 3 CAPTADORES
(Independientes para Pano, tac y tele)

ÚNICO EN DISEÑO (Patentado)
Solo 1,88 Cm con tele

ÚNICO CON 12 CAMPOS DE VISIÓN EN UN SOLO EQUIPO
(Desde 4x5 hasta 14 x 14)

MÁXIMA RESOLUCIÓN TECNOLÓGICAMENTE DISPONIBLE



MÁS DE 80 UNIDADES INSTALADAS EN SU PRIMER AÑO DE LANZAMIENTO

INFORMACIÓN
681 31 43 74



El engaño de la multitarea

FCO. JAVIER RELINQUE RODRÍGUEZ

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

jrr@ivb.es

Hasta no hace mucho, pensaba que la multitarea era una habilidad en el rendimiento profesional y hasta personal. Siempre me ha parecido algo envidiable.

Atender una consulta por teléfono mientras enviaba a otro cliente un mail, y de paso daba una instrucción a un compañero mediante señas y, cómo no, firmar un cheque que me presentaba otra compañera que a la vez me indicaba el color de las nuevas cortinas, lo he contemplado como propio del éxito de rendimiento. Trataba de hacer y ejecutar a la vez cuantas más cosas mejor. Una especie de malabarista profesional.

“

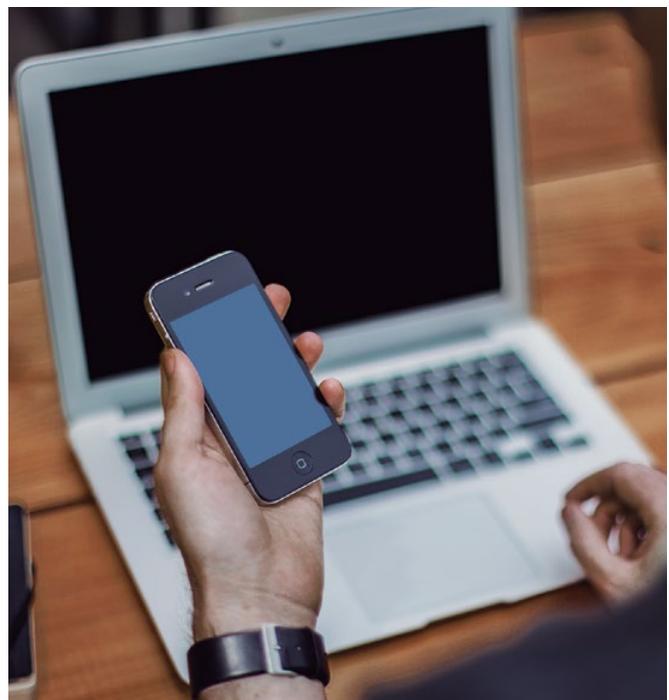
La multitarea es una manera eficaz de hacer menos cosas correctamente.

”

Pero los resultados me indicaban lo contrario. Además de que el nivel de estrés no me conducía a ningún lado, la memoria se resentía y el despiste afloraba; la evidencia era tumbativa: la multitarea no es eficiente ni efectiva. En el mundo de los resultados te hará fracasar siempre. La multitarea es una manera eficaz de hacer menos cosas correctamente.

Mientras hablamos con un amigo o nuestra pareja, tenemos la manía de andar mirando el móvil, lo que en no pocas ocasiones irrita a la otra persona. El reproche es claro y cargado de razón: “No puedes estar realmente escuchándome si estás mirando el móvil o viendo la televisión”.

Los jóvenes envían mensajes por el móvil mientras estudian, escuchan música o ven la televisión. Los adultos conducen y a la vez hablan por teléfono, se maquillan e incluso se afeitan. Sentimos la necesidad de hacer demasiadas cosas en el tiempo que tenemos, así que redoblamos y triplicamos los esfuerzos con la esperanza de hacerlas todas en un corto periodo de tiempo, y por ello recurrimos a la multitarea. Vivimos en una



máxima que nos quieren imponer y a veces imponemos nosotros a los demás: lo quiero TODO y lo quiero YA.

La oficina moderna la hemos convertido en un circo de 7 pistas, y para colmo las fuentes de distracción son continuas. Y así, mientras tratamos de concentrarnos en la terminación de esa hoja de cálculo de gestión, o ese proyecto, aparece alguien que no puede resistirse a interrumpirte abruptamente por esa duda laboral. Ello nos obliga a suspender la tarea que estábamos haciendo y dedicarle tiempo a atender su duda. El problema está en que, al volver a nuestro trabajo anterior, nos vemos obligados a reconstruir las reglas mentales y de razonamiento que nos habían llevado al punto en que lo dejamos. Y ese tiempo de desconexión y vuelta a conectar se va a la basura. Luego llegan los sonidos de los correos electrónicos o móvil que nos indican un mensaje que nos machaca mentalmente “si no me lees, te puedes estar perdiendo algo vital” o bien “desde ahora hay una persona que está esperando tu contestación. Si no le contestas ya, no eres competitivo”.

“

Dividimos la atención, reducimos la eficacia y desarrollamos un sentido distorsionado de lo que se tarda en hacer las cosas.

”

De esta manera, centrarse en una tarea para hacerla bien resulta estresante y agotador. Ya hay investigaciones que nos indican que un trabajador es interrumpido cada once minutos de media y que dedican un tercio de su jornada a recuperarse de esas distracciones.

Como dice Gary Keller, la multitarea es un timo. No sólo no hacemos bien las tareas, sino que tiramos a la basura un tercio de nuestra jornada laboral tratando de desconcentrarnos y volvernos a concentrar, en hacer de nuevo eso que no hicimos correctamente, en solucionar un problema generado porque alguien no prestó atención a la hora de hacerla por culpa de las distracciones. La merma de nuestra vida personal es arrolladora.

Mientras hacemos una cosa estamos a unos diez segundos de pensar en otra cosa que podríamos hacer.

Y con esa forma de trabajar no conseguimos ser ni eficaces ni resolutivos, sencillamente porque en realidad no alcanzamos el objetivo de prestar la atención necesaria para hacer las cosas bien. Dividimos la atención y reducimos la eficacia de los resultados. La capacidad de concentración se va deteriorando, la atención se vuelve inconstante y desarrollamos además un sentido distorsionado de lo que se tarda en hacer las cosas. Los “multitareístas” agudos son un imán para lo irrelevante. Rinden menos en todos los sentidos. Citando a Clifford Nass “los multitareístas son sencillamente malos en todo”.

Me llama poderosamente la atención esas personas que en una reunión de trabajo tienen el teléfono operativo, les suena infinidad de veces y cuelgan la llamada de forma malhumorada. Es absurdo: además de no atender la llamada, dispersan la atención y encima se estresan. La imagen ante el interlocutor es pésima y el resultado de la reunión —si es que se puede calificar así— es peor aún.

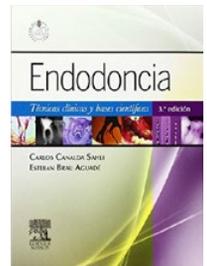
¿Se trata entonces de hacer dejar de lado las tareas importantes? No. Sólo de ejecutarlas una a una y sobre todo, una detrás de otra, no todas a la vez, sino cada cual a su tiempo, y evitando las distracciones o sonidos que nos distraigan. En tal caso, seremos capaces de ahorrar tiempo, casi un tercio de nuestro tiempo, seremos capaces de mejorar el rendimiento, nuestra eficacia, y sobre todo de que nuestro trabajo sea de mejor calidad y en los plazos comprometidos. Los demás nos lo agradecerán ●



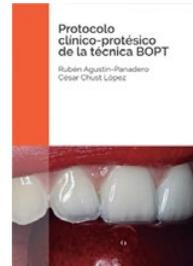
Manual de restauración del diente endodonciado
Mallat



Estética & Función Metodología para clínicos y técnicos dentales
Nannini



Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas
Candalá



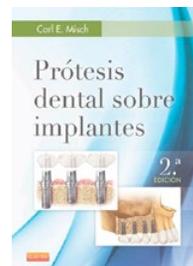
Protocolo clínico-protésico de la técnica de BOPT
Agustín/Chust



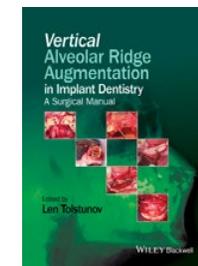
Ortodoncia para el niño y el adolescente
Boileau



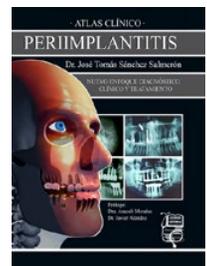
Manual de trastornos temporomandibulares
Wright



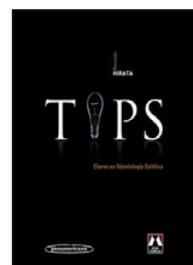
Prótesis dental sobre implantes
Misch



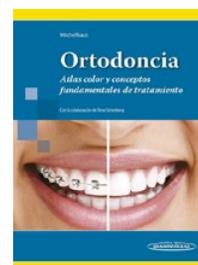
Vertical Alveolar Ridge Augmentation in Implant Dentistry
Tolstunov



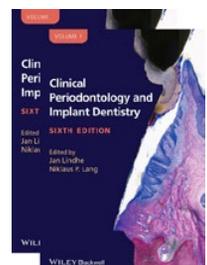
Atlas Clínico de periimplantitis
Sánchez Salmerón



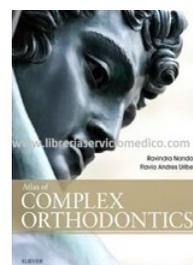
Tips Claves en odontología estética
Hirata



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





Tributación familiar "empleado"

IGNACIO GUTIÉRREZ GALENDE

ABOGADO.
SOCIO EN GALENDE & DE BUZON ABOGADOS
igutierrez@galendeydebuzon.com

En España más del 99% de los negocios son Pymes, de los que un gran número son negocios familiares, tanto si el titular de la explotación lo realiza como autónomo o a través de una sociedad. Esta estructura empresarial familiar es muy frecuente dentro de la odontología, donde no es extraño que los hijos o el cónyuge del odontólogo titular trabajen bajo su dirección.

La ley del IRPF fija que, en los Rendimientos de Actividades Económicas, las retribuciones al cónyuge o hijos serán deducibles cuando quede acreditado con el oportuno contrato laboral y afiliación al régimen correspondiente de la Seguridad Social que convivan con él, trabajan habitualmente y con continuidad, siempre que las retribuciones no sean superiores a las del mercado correspondientes a su cualificación profesional y trabajo desempeñado.

“

Las retribuciones al cónyuge o hijos serán deducibles al acreditar que conviven con él, trabajan habitualmente y con continuidad, y las retribuciones no sean superiores a las correspondientes en el mercado.

”

El problema surge con la acreditación del contrato laboral, la normativa de Seguridad Social prohíbe la contratación entre familiares que convivan bajo la modalidad de contrato laboral, es decir, en el régimen general de la Seguridad Social, debiendo cotizar bajo la modalidad de autónomo familiar colaborador. La razón de esta prohibición está, entre otras, en la imposibilidad de realizar fraudes fingiendo despidos para el cobro de indemnizaciones que están exentas para el perceptor pero son deducibles para el pagador.

Ante esta cuestión, la Dirección General de Tributos (Consultas 1204-09 y 2865-11) así como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 799/2007, han fijado que si el titular de la actividad puede probar que el cónyuge o los hijos menores trabajan en la actividad en régimen de dependencia laboral y se cumplen los restantes requisitos del mencionado artículo 30, en tales casos las retribuciones al cónyuge o hijos menores tendrían la consideración de gasto deducible.

Pese a la rotundidad de ambas consultas a la DGT y la sentencia del TSJ de Galicia, algunas Delegaciones de la Agencia Tributaria siguen abriendo comprobaciones limitadas discutiendo la deducibilidad de estos gastos. En este caso, aconsejamos se defienda el criterio aquí expuesto llegando a la vía contencioso-administrativa en caso de ser necesario.

En consecuencia si el titular del negocio se deduce como gasto tanto la retribución con las cuotas de autónomos de su familiar, las retribuciones obtenidas por el cónyuge o hijos menores tendrán para éstos la consideración de rendimientos del trabajo, rendimientos que estarán sometidos a la retención por el titular de la actividad económica.

Por lo que si se tiene contratado al cónyuge o algún hijo con el que se conviva los requisitos para poder deducir este gasto son:

- Relación de dependencia.
- Habitualidad.
- Continuidad.
- Remuneración acorde el mercado, según su cualificación y funciones.
- Pago de sus seguros sociales, en la modalidad de autónomo por trabajo como familiar colaborador.

Esta excepción a la inclusión de un trabajador en el Régimen General sólo se aplica cuando el hijo conviva en el mismo domicilio que el titular de la explotación. En caso de darse los requisitos de dependencia y habitualidad y residiera en un domicilio distinto, deberá ser dado de alta en el Régimen General ●

Actualiza la comunicación con tus pacientes



Tu agencia de diseño y publicidad

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

Oklok^o

¡Síguenos!



CULTURA



El análisis del rostro de *La Gioconda*

Extracto del libro *El Rostro Enfermo*,
de Florencio Monje

RESEÑA ARTÍSTICA

La Gioconda o *Mona Lisa*, el retrato de la esposa de Francesco Bartolomeo de Giocondo, llamada Lisa Gherardini, fue una obra muy retocada por Leonardo da Vinci (1452-1519) y, sin duda, supone el ejemplo más logrado de *sfumato*, técnica que consiste en prescindir de los contornos netos y precisos típicos y envolverlo todo en una niebla que difumina los perfiles y produce una impresión de inmersión total en la atmósfera, lo que da a la figura una sensación tridimensional. La protagonista está sentada, el brazo izquierdo descansa sobre el de la butaca y la mano derecha se posa sobre la izquierda, carece de cejas y pestañas (puede que debido a restauraciones demasiado agresivas en siglos pasados) y dirige la mirada ligeramente a su izquierda, mostrando su archiconocida y enigmática sonrisa. Sobre la cabeza lleva un velo, signo de castidad y atributo frecuente en los retratos de esposas. La galería se abre a un paisaje montañoso.

ARTISTIC REVIEW

La Gioconda or *Mona Lisa*, wife of Francesco Bartolomeo de Giocondo, called Lisa Gherardini, was a very retouched work by Leonardo (1452-1519) and, undoubtedly, the most accomplished example of *sfumato*, a technique consisting of avoiding the net and precise typical contours and wrapping it all in a fog that blurs the profiles and produces an impression of total immersion in the atmosphere, giving the figure a three - dimensional feeling. The protagonist is sitting, her left arm resting on the armchair and her right hand on the left, lacks eyebrows and eyelashes (Maybe because of too aggressive restorations in past centuries) her gaze slightly to the left showing her well-known, enigmatic smile. On her head, she is wearing a veil, sign of chastity and frequent attribute in the pictures of wives. The gallery opens onto a mountainous landscape.

RESEÑA PATOLÓGICA

El interés por parte de especialistas médicos por este retrato es parejo a su fama. Algunos diagnósticos descritos en la literatura son: embarazo (al identificar en cara, cuello y manos algunos de los cambios externos originados por las típicas alteraciones hormonales de la gestación); parálisis facial; sincinesia secundaria; contracción levemente tetanizada de los músculos risorios de Santorini y el cigomático mayor; tic distónico perioral; pseudosonrisa (como consecuencia del gesto forzado por la disnea); mujer achispada o etílica; oligofrenia o debilidad mental; lesión cicatricial posiblemente secundaria a un traumatismo bucal con pérdida de piezas dentales; bruxismo por estrés; ennegrecimiento de las piezas dentales por el tratamiento con mercuriales de la sífilis que padecía la modelo; esclerodermia y *defluvium capillorum* (una alopecia universal por estrés emocional mantenido, por lo que debemos suponer que la cabellera de la modelo

PATHOLOGICAL REVIEW

The interest from various medical specialists in this picture is even to its fame. Some diagnoses described in the literature are: pregnancy (since some external changes caused by hormonal changes typical of pregnancy can be identified in her face, neck and hands); facial paralysis; secondary synkinesis; slightly tetanic contraction of the risorius muscles of Santorini and of the zygomaticus major; oromandibular dystonia tic; pseudo-smile (as a consequence of a forced gesture due to dyspnoea); somewhat drunken woman; oligofrenia or mental weakness; scar lesion possibly secondary to a dental trauma with loss of teeth; bruxism due to stress; blackening of teeth because of mercurial treatment of the syphilis suffered by the model; Scleroderma, and *defluvium capillorum* (a alopecia universalis due to maintained emotional stress, so we must assume that the hair of the

“

Existen numerosos diagnósticos sobre la modelo, dado el interés que suscita.

”

sería una cuidada peluca). Es cierto que parece que faltan cejas y pestañas, lo cual dificulta entre otras cosas hallar la proporción áurea o dorada. Sin embargo, la falta de cejas no parece tener relación con ninguna patología, solo es el gusto estético de la época. Dequeker, en relación con un posible xantelasma situado en la proximidad del lagrimal izquierdo y un lipoma de unos tres centímetros de largo en el dorso de la mano derecha por debajo del dedo índice, diagnostica una hiperlipemia esencial o hipercolesterolemia familiar o secundaria a diabetes tan severa como para ocasionarle la muerte con treinta y siete años •

“

The interest from various medical specialist is even to its fame.

”

model would be a neat wig). It is true that eyebrows and eyelashes seem to be missing, which among other things makes it difficult to find the “aurea” or golden ratio. However, lack of eyebrows does not seem to be related to any pathology, it is only the aesthetic taste of the time. Dequeker, in relation to a possible xantelasma next to the left lacrimal and a lipoma of about three centimeters long on the back of the right hand below the index finger, diagnoses essential hyperlipidemia or hypercholesterolemia familiar or secondary to severe diabetes, enough to have caused death at only thirty-seven years of age •

EN LA FUNDACIÓN ESPACIO TELEFÓNICA "HITCHCOCK, MÁS ALLÁ DEL SUSPENSE"

Hitchcock fue uno de los cineastas más exitosos de su época pero, al mismo tiempo, supo combinar las exigencias comerciales con el desarrollo de una obra marcada por su propio estilo basado en un espíritu y unas formas repetidas película tras película. La muestra que se expondrá en la Fundación Espacio Telefónica se centra en la figura del genio como creador y autor total. Un personaje, controvertido en su momento, y difícil de clasificar.

Hitchcock, (1899-1980) más conocido como el maestro del suspense, fue el creador de una obra que va más allá del estereotipo. Considerado uno de los creadores más geniales del siglo XX y, aunque varias décadas después de su muerte, su figura sigue siendo difícil de clasificar. Hay que destacar la gran fascinación visual que desprenden películas como *La ventana indiscreta*, *Vértigo* o *Psicosis* y la potencia de sus imágenes, que se han

convertido en verdaderos iconos modernos. Para desarrollar este estilo fue clave su idea sobre el papel que debía jugar el director, controlando todas las etapas del proceso, desde la elección del argumento hasta la promoción de la película. No obstante, el reconocimiento de Hitchcock como autor no comenzó a suceder hasta la década de 1950, por parte de la crítica francesa. Desde ese momento las interpretaciones sobre su obra no han



Fotograma de *Psicosis*, 1960.



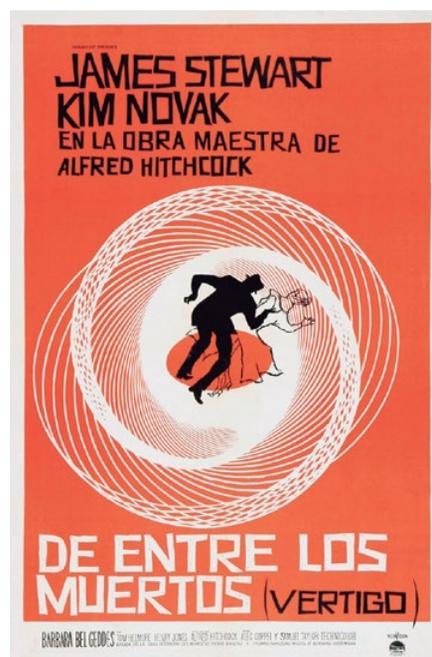
Fotograma de *La ventana indiscreta*, 1954.

dejado de sucederse: precursor del cine no narrativo, realizador de historias centradas en lo psicológico, cineasta que de manera voluntaria describió las distintas épocas en las que vivió...

La exposición presenta algunos de las claves del estilo de Hitchcock: su dominio de recursos del arte y el cine de vanguardia; su destreza para rodearse de grandes colaboradores,

desde técnicos y actores a diseñadores y guionistas, sobre los que ejercía un control férreo; el papel fundamental que tuvieron en sus obras los personajes femeninos y las relaciones complejas entre los dos sexos. Y, por supuesto, la capacidad de sus películas para reflejar el tiempo en que fueron creadas y para evocar la atmósfera de cada época •

Cuándo	Del 5 de octubre al 5 de febrero
Lugar	Fundación Espacio Telefónica (Fuencarral, 3. 28004 Madrid)
Web	https://espacio.fundaciontelefonica.com/



Cartel de *Vertigo*, 1958, por Saul Bass.



DESCUBRIR EL

ARTE

Año XVIII n.º 299
Julio 2016 + 4,50 €
Con LIBRO 12,45 €

Jardines renacentistas en España

Paraísos privados para reyes y nobles

VALENCIA
SAN NICOLÁS
RECUPERA LA LUZ
DEL BARROCO

EL TIEMPO
DETENIDO

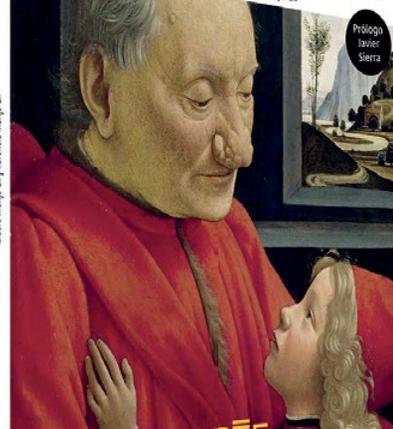
DEL ROMANTICISMO AL IMPRESIONISMO
ENTRE LA EMOCIÓN, LA RAZÓN Y LA APARIENCIA

STORIA DEL ARTE Concha Lombas Serrano

El rostro enfermo

El rostro enfermo

50 pinturas universales para comprender las enfermedades de cara y cuello
Isidoro Monje Gil y Florencia Monje Gil



NUEVA ENTREGA DE LA COLECCIÓN
DESCUBRIR LA HISTORIA DEL ARTE

Y DE REGALO EL LIBRO: EL ROSTRO ENFERMO*

50 pinturas universales para comprender las enfermedades de cara y cuello

Málaga, la capital de la Costa del Sol

Málaga es la sexta ciudad más poblada de España y la segunda de Andalucía. Situada en el extremo oeste del mar Mediterráneo y en el sur de la península ibérica, disfruta de una ubicación envidiable a unos 100 km al este del estrecho de Gibraltar, la ciudad es en la actualidad un importante centro económico, cultural y turístico, y un nudo de comunicaciones clave en el litoral mediterráneo. La capital malagueña fue la gran protagonista del *boom* turístico de la costa española en los años 70.



Paseando por Málaga

En el centro ciudad, la Alameda Principal, es la principal arteria del centro histórico, que posee varios puntos de interés, como la taberna Antigua Casa de Guardia, establecimiento con siglo y medio de historia donde se sirven los típicos vinos malagueños, el edificio Edipsa, o la casa donde se alojó durante su estancia en la ciudad el escritor danés Hans Christian Andersen, que cuenta con una estatua en su memoria.

La calle más conocida de la ciudad es la de Marqués de Larios, legado de la planificación urbanística de la ciudad decimonónica, es una vía abierta que comunica la plaza Mayor (hoy plaza de la Constitución) con el Puerto de Málaga. En ella se celebran los grandes acontecimientos de la ciudad.

La ciudad es también conocida por ser el lugar de nacimiento del famoso pintor Pablo Ruiz Picasso y cuenta con dos espacios dedicados al artista en el centro histórico: la Casa Natal de Picasso, 87, situada en la Plaza de la Merced, que alberga la fundación del mismo nombre y donde se conservan objetos de su infancia, y uno de los tres museos de mayor importancia sobre el artista, el Museo Picasso Málaga.

Entre la Plaza de la Merced y la Plaza de la Aduana se encuentra la

calle Alcazabilla. Un recorrido por esta calle es un viaje por los últimos 3.000 años de la historia de la ciudad, ya que concentra en sus 250 metros el neoclásico Palacio de la Aduana, el acceso a la Alcazaba, el Teatro Romano, que se puede contemplar en su totalidad desde un balcón mirador, parte de la Judería de la ciudad y el jardín arbolado de la trasera del Museo Picasso, en el renacentista Palacio de los Condes de Buenavista, cuyo sótano contiene restos de la antigua muralla fenicia de la ciudad.

“
Málaga cuenta con una gran oferta cultural, con algunos de los mejores museos del país.
”

Por otro lado, la ciudad cuenta con 14 kilómetros de playas, perfectamente comunicadas y dotadas con todo tipo de servicios de gran calidad. En general, las playas están separadas del tráfico urbano por una red de estupendos paseos marítimos, que las convierten en auténticos remansos de paz, oasis de tranquilidad.

Un importante espacio para la cultura

Otro de los grandes atractivos de la capital malagueña es la gran oferta cultural que ofrece a sus visitantes ya que cuenta con algunos de los mejores museos de nuestro país. Casi todos ellos, hasta 36, se ubican en el centro urbano de la ciudad. Además del ya mencionado Museo Picasso, podemos destacar el Centre Pompidou Málaga, el Centro de Arte Contemporáneo, el Museo Carmen Thyssen, el Museo del Patrimonio Municipal (MUPAM), el Museo Taurino de Málaga, el Museo del Vino (donde se pueden conocer los detalles de la historia de los vinos de la provincia), el Museo de Arte Flamenco, la Casa de Gerald Brenan (hogar del famoso hispanista británico que se ha convertido en un importante centro cultural)...

Además, la ciudad se ha convertido en un magnífico punto de partida para conocer maravillosos rincones de la provincia: la serranía de Ronda, la comarca de Antequera, la Axarquía, la Vega del Guadalhorce, y las numerosas y turísticas ciudades de la costa del Sol Occidental: Benalmádena, Fuengirola, Estepona y, sobre todo, Marbella y Puerto Banús.



MEJORA CONTINUA

Ticare - MozoGrau presenta interesantes novedades

Buscando la mejora continua y en el marco de la filosofía TiCare pro-cuidado Mozo Grau lanza su nueva avellanadora Osseous.

Se han realizado modificaciones con respecto a su diseño anterior; ya que ha pasado de tener una forma cónica a una más recta, adecuando el diámetro de su cuerpo al diámetro del cajeado del implante. De esta

forma se facilita la visibilidad durante el avellanado. Además, la longitud del vástago se ha aumentado con el objetivo de facilitar su manejo •



MOZOGRAU®  ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

NUEVO PRODUCTO

Set de Expansores Autorroscantes

Por otro lado, el set de expansores autorroscantes que Ticare - MozoGrau ya comercializaba en el extranjero, sale a la venta en territorio nacional.

Este set permite practicar un alveolo para la posterior inserción de un implante endo-óseo por medio

de la técnica de expansión o compactación ósea. Está especialmente indicado para crestas finas o para compactar el hueso en crestas de hueso tipo IV. También es apropiado para realizar la técnica del cortical Split.

Su uso está recomendado solo en

maxilar superior. Su diseño y marcado permite profundizar progresivamente y favorece un máximo control de la profundidad y del eje de inserción.

El kit incluye una llave manual para expansores, un vástago para la llave manual y seis expansores •

SUS PRODUCTOS MÁS REPRESENTATIVOS

NSK lanza el nuevo catálogo de Ofertas Especiales



NSK Dental Spain ofrece un nuevo catálogo con los productos más representativos de la marca. Dentro de los diversos apartados profesionales de instrumentación odontológica destacan:

- Instrumental rotatorio, turbinas y contra-ángulos, de gran fiabilidad y potencia.
- Mantenimiento: sistemas automáticos iCare para limpieza y lubricación del instrumental rotatorio.
- Higiene bucal: varios Combi Pro, para limpieza por ultrasonidos y aeropolidores.

- Endodoncia: kit especial compuesto por el localizador de ápice iPexII, el micromotor Endo-Mate DT y la conexión MPAS-F20R.
- Cirugía e Implantología: el micromotor Surgic Pro combinable con el sistema quirúrgico ultrasónico Vario-Surg3.
- Autoclaves: iClave, la serie de autoclaves de NSK -Equipo móvil dental Dentalone.
- Laboratorio dental: gama de micromotores y turbinas neumáticas •



Una prótesis sobre
implantes tan
estética como sobre
dientes naturales.
Es posible.



Prama es el implante nacido de los principios de la **técnica B.O.P.T.** para simplificar también la implantoprótesis. La libertad de elección entre **morfología endo-ósea cilíndrica** o **cónica** y dos diferentes tratamientos de superficie hacen que la colocación quirúrgica sea sencilla y segura. El perfil de emergencia con **geometría hiperbólica** permite una verdadera continuidad entre el implante y el pilar; el **tratamiento anódico** permite un perfecto mimetismo con los tejidos blandos.

Prama es el implante para lograr la excelencia protésica.

Dr. Ignazio Loi

sweden-martina.com


sweden & martina
I M P L A N T O L O G Y

GSK EN BURGOS

Viaje al origen de la Salud Dental

El pasado 25 de junio en el Museo de la Evolución Humana de la ciudad de Burgos tuvo lugar una interesante mesa redonda sobre la evolución humana y la salud dental.

El acto fue presentado por Alicia Grossocordone de GSK, empresa patrocinadora del evento e inaugurado por el Presidente del Colegio de Dentistas de Burgos, Alfredo Aragüés González.

Los ponentes que participaron en este encuentro fueron: José Larena-Avellaneda Mesa, José Ignacio Zalba Elizari, Susana Siemens Barreto y Salvador Fernández Paniagua.

Tras finalizar las ponencias se entabló un largo y animado coloquio entre los conferenciantes y el numeroso público asistente. Al finalizar el acto todos los asistentes tuvieron la oportunidad de visitar el Museo •



Open Day OsteoBiol
Jornadas abiertas de Regeneración tisular
Vigo - 29 de Octubre de 2016

11ª Edición

#OpenDayVigo

Open Day OsteoBiol
Jornadas abiertas de Regeneración tisular
Granada - 17 de Diciembre de 2016

12ª Edición

#OpenDayGranada

JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS Open Day OsteoBiol

Osteógenos desarrollará dentro de su plan de formación del último trimestre del año dos **Jornadas abiertas totalmente gratuitas**: el 29 de octubre en Vigo, y el 17 de Diciembre en Granada.

La Jornada de Vigo contará con la presencia de los Dres. Antonio Murillo Rodríguez, Antonio Armijo Salto y Guillermo Pardo Zamora, que impartirán diferentes conferencias relacionadas con las membranas

dérmicas, el abordaje de atrofas maxilares y los fundamentos en el manejo de sustitutos óseos.

En cuanto a la Jornada que se celebrará en Granada, los Dres. Antonio Murillo Rodríguez, Antonio Armijo Salto y Antonio Fernández-Coppel, impartirán diferentes conferencias relacionadas con el espacio biológico en implantología oral, las membranas dérmicas y el abordaje de atrofas maxilares •

EL 3 DE FEBRERO

Ticare - MozoGrau desarrollará en Valencia las V Jornadas de Actualización en Implantología

Tras el éxito de su IV Jornada de Actualización en Implantología, acontecimiento que se celebra durante los años impares y que tiene una duración de un día, Ticare Mozo-Grau ya prepara sus próximas Jornadas de "Actualización en Implantología". La quinta edición de esta cita se desarrollará el día 3 de febrero de 2017,

en la ciudad de Valencia. Se tratarán temas como cirugía regenerativa, preservación alveolar, estética sector anterior, entre otras.

En su anterior edición, celebrada en Bilbao en el Auditorio Mítxelena de la Universidad del País Vasco, este evento de intercambio científico atrajo a más de 300 personas •

MOZOGRAU  **ticare**

TISSUE CARE PHILOSOPHY

ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2016

Nueva edición del programa de Formación en DVD

DVD retoma su proyecto DVD formación y presenta un nuevo programa de cursos para el último trimestre. Los cursos ofrecen un programa orientado a las necesidades y problemáticas de estas disciplinas: endodoncia, radiología 3D, láser y marketing dental.

Calendario de formación:

Estrategias para una endodoncia previsible

- Taller teórico-práctico dirigido a odontólogos y estomatólogos.
- Impartido por la Dra. Ángeles Salamanca Ibáñez.
- Barcelona. 02/12/2016.

Uso del láser de diodo en la práctica dental

- Taller teórico-práctico
- Impartido por el Dr. Alejandro Otero Ávila.
- Madrid: 07/10/2016.
- Valladolid: 21/10/2016.
- Valencia: 18/11/2016.
- Jaén (25/11/2016).

Utilización del Cone Beam en la práctica diaria

- Conferencia y taller práctico.
- Impartido por la Dra. Araceli Martínez Miravé.
- A Coruña: 14/10/2016.
- Zaragoza: 18/11/2016.

Aplicaciones de las imágenes 3D en la práctica diaria

- Conferencia
- Impartida por el Dr. Darío Ulman.
- Madrid: 04/11/2016.

5 claves para potenciar su clínica dental

- Conferencia dirigida a personal de la clínica dental.
- Impartida por Hugo Lobato Palazón.
- Barcelona: 21/10/2016.
- Madrid: 07/11/2016 •

DVD

Developing Value in Dentistry

DURANTE 2017 Y 2017

IV Edición del Curso Modular de Cirugía Plástica Periodontal y Periimplantaria

Osteógenos llevará a cabo la IV Edición del Curso Modular de especialización en cirugía plástica periodontal y periimplantaria, que impartirá el Dr. Antonio Murillo Rodríguez durante 2016 y 2017.

Se abordarán todos los tratamientos en cirugía plástica enfocados al entorno clínico: injerto epitelio-conectivo, roll flap, colgajo pediculado palatino,

membranas dérmicas, colgajo de reposición coronal múltiple, técnica en túnel, en sobre, de Langer, Sanctis, Raetzeke, Nelson...

El 5º módulo se completará con 2 cirugías retransmitidas en directo, con la colaboración del Dr. Paulo Fernando Mesquita de Carvalho, del Instituto ImplantePerio, Brasil •



ORGANIZADO POR SWEDEN & MARTINA

La 3ª edición del Congreso Internacional de Implanto - Prótesis Integrada - 3er Premium Day se celebró en Valencia

La tercera edición del Congreso Internacional de Implanto-Prótesis Integrada - 3er Premium Day, principal evento de la implantoprótesis que pivota de manera anual entre Italia y España, se celebró en Valencia del 30 de junio al 2 de julio pasados en el Palacio de Congresos de Valencia.

La cita, organizada por Sweden & Martina, reunió a más de 1.000 implanto-protésicos de todo el mundo atraídos por el carácter innovador y tecnológico que caracteriza el congreso, contó con el apoyo y patrocinio de SEPES (Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

SEPES) y SEPA (Sociedad Española de Periodoncia).

Este importante evento es una gran oportunidad para todos sus asistentes, ya que favorece la formación e intercambio de experiencias de todos los operadores del sector dental, con sesiones científicas dedicadas a higienistas, técnicos y profesionales dentales.

El programa, bajo la presidencia del Prof. Miguel Peñarrocha, de la Universidad de Valencia y del Prof. Ugo Covani, de la Universidad de Pisa, contó con ponencias de importantes personalidades internacionales como las del **Prof. Alberto Sicilia, presidente electo de**

la Asociación Europea de Osteointegración (EAO); los doctores Xavier Vela y Xavier Rodríguez, creadores del Grupo Borg de Barcelona, que con sus investigaciones están revolucionando los conceptos de rehabilitación sobre implantes y de cómo conseguir la estabilidad de los tejidos periimplantarios; el doctor Alfredo Machín, o los doctores Fabio Vignoletti y el Prof. Guillermo Pradies de la Universidad Complutense de Madrid. Además, las nuevas tecnologías tuvieron un importante espacio y se puso énfasis en las **técnicas de cirugía guiadas por imagen.**





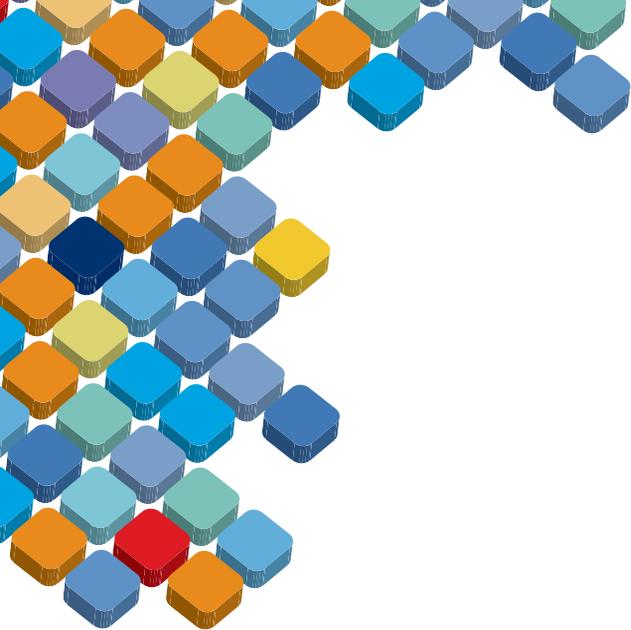

sweden&martina

También fueron tratados otros aspectos como la práctica clínica, la revolucionaria **técnica B.O.P.T. (biologically oriented preparation technique)** del Dr. **Ignazio Loi, la morfología de los nuevos implantes y abordajes novedosos** en cuanto a los protocolos a seguir en los distintos tratamientos. Todo ello alineado con la innovación que guía la investigación y el desarrollo de nuevos productos de Sweden & Martina, cuyas últimas novedades presentadas han sido desarrolladas por el equipo de investigación de la entidad en colaboración con el pro-

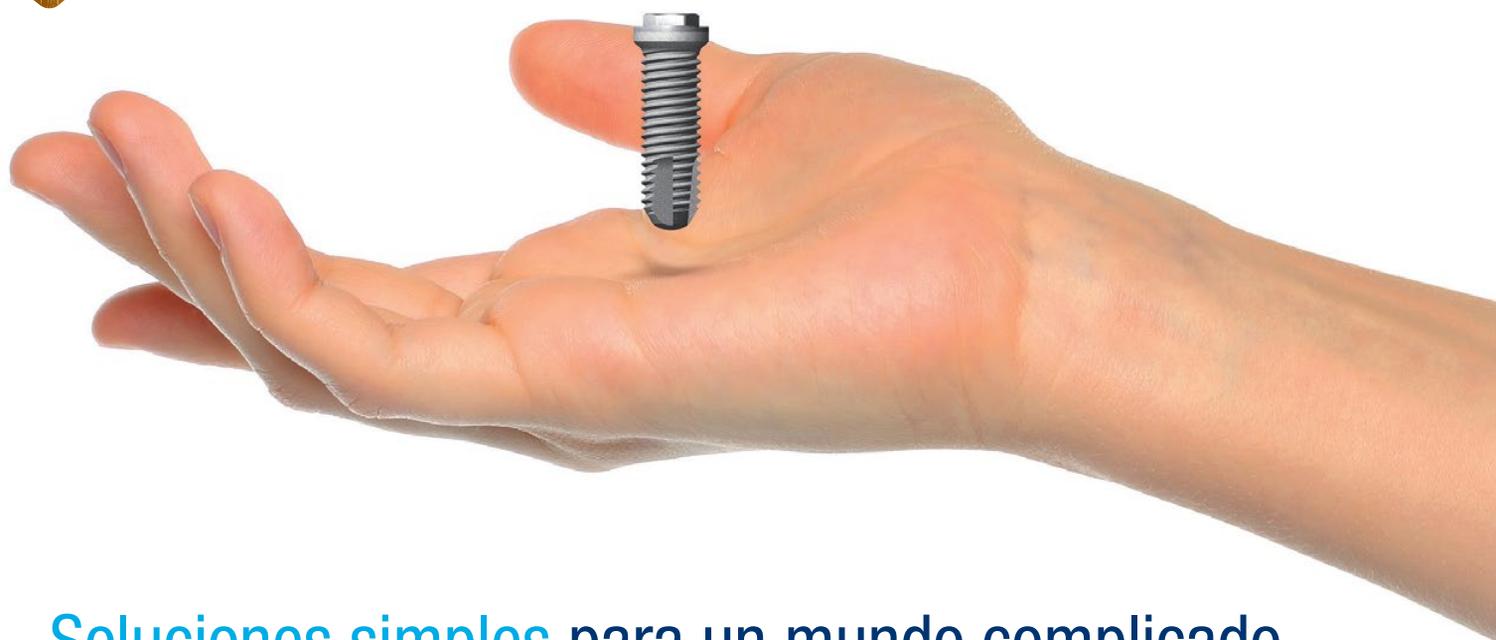
fesor Enrico Gherlone y ACRIS (Associazione Culturale di Ricerche Implantari dell'Università Vita-Salute San Raffaele de Milán).

Una de estas novedades presentadas fue el **implante CSR-DAT** que, proyectado en base al concepto de **simplicidad**, permite encarar cualquier situación clínica optimizando tiempos y resultados, garantizando una **elevada estabilidad primaria en cualquier tipo de hueso y haciendo posible pasar a la fase quirúrgica con el uso de pocos y muy concretos instrumentos** •





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