ODONTÓLOGOS de hoy
PUBLICACIÓN BIMESTRAL
Volumen 5
Nº 25 NOV/DIC 2016

Javier Sanz Serrulla

"La odontología está muy bien representada en la Real Academia Nacional de Medicina"

V JORNADAS
De Actualización En Implantología

Valencia 3 de Febrero 2017
implantología en estado puro

ticare
TISSUE CARE PHILOSOPHY
MOZOGRAU

Inscríbete en: www.ticareimplants.com

Valencia, 3 de febrero 2017
V Jornadas de Actualización en Implantología Ticare

Manuel Campo Vidal
Experto en Comunicación Empresarial

Agustín Moreda
Presidente del CODE

¿QUÉ ES ticare?

TISSUE CARE PHILOSOPHY

¿QUÉ INTEGRA LA FILOSOFIA TICARE?

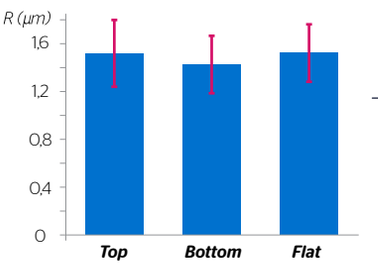
1. AJUSTE IMPLANTE- PRÓTESIS
2. **SUPERFICIE INTEGRADORA**
3. DELICADEZA EN LA SECUENCIA DE FRESADO
4. CUIDAMOS LA VIDA DE CADA IMPLANTE

SUPERFICIE RBM TC ⟶ HOMOGÉNEA EN TODO EL IMPLANTE

La rugosidad de la superficie se obtiene mediante el bombardeo con partículas de fosfato de calcio. El proceso de limpieza se realiza mediante disolventes ácidos y orgánicos que eliminan todos los contaminantes inorgánicos y orgánicos.

RUGOSIDAD

Tras el bombardeo de partículas y posterior proceso de limpieza el resultado es una superficie ***microrrugosa y homogénea*** en todas las partes del implante.



Rugosidad de la superficie RBM TC en las diferentes partes del implante

Superficie microrrugosa y homogénea en todas las partes del implante

Fuente: Minnesota University. Análisis realizado por el MDRCBB (Minnesota Dental Research Center for Biomaterials and Biomechanics) de la Universidad de Minnesota.

TASA DE ÉXITO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Desde 1996 en adelante hemos utilizado 771 implantes Mozo-grau [...]. La tasa de éxito en esta muestra fue un 94,25% [...].

Fuente: Osseointegrated implant rehabilitation of irradiated oral cancer patients. Naval Gías, Luis et al. Journal of Oral Maxillofacial Surgery, Vol. 70, Issue 5, 2012.

TASA DE ÉXITO

ARTÍCULO	AUTORES	PUBLICACIÓN	TASA DE ÉXITO
Mandibular Reconstruction With Iliac Crest Free Flap, Nasolabial Flap, and Osseointegrated Implants	Dr. Carlos Navarro Vila et al.	Journal of Oral and Maxillofacial Surgery	95,2%
Influence of implant neck design and implant-abutment connection type on peri-implant health. Radiological study	Dr. Miguel Peñarrocha et al.	Clinical Oral Implants Research	98,6%
Changes in General and Oral Health-Related Quality of Life in Immediate or Conventionally Loaded Dental Implants: A Nonrandomized Clinical Trial	Dr. Javier Dolz et al.	JOMI	98,0%
A 12 year Retrospective Analytic Study of the Implant Survival Rate in 177 Consecutive Maxillary Sinus Augmentation Procedures	Dr. Luis Naval et al.	JOMI	93,0%
Predictability of the resonance frequency analysis in the survival of dental implants placed in the anterior non-atrophied edentulous mandible	Dr. Florencio Monje et al.	Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal	97,1%
Los implantes MG Osseous. Estudio multicéntrico prospectivo	Dr. Rafael Martín Granizo et al.	Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial	98,2%

6 Editorial

10 Opinión

12 Actualidad

22 **REPORTAJE**
Gran asistencia de profesionales al XXXVII Congreso Nacional de Endodoncia · Congreso Anual SEPES · La SEI celebra su XXVIII Congreso Nacional y el XXI Internacional · Éxito del 1er Branemark Memorial Symposium en Madrid

32 Entrevista

32 **Javier Sanz Serrulla**
Académico de Número de la RANM

36 **Agustín Moreda**
Presidente del CODE

40 **Manuel Campo Vidal**
Experto en Comunicación Empresarial

44 Ciencia y salud

44 **CASO CLÍNICO**
Patología Oral en imágenes

46 Pósters ganadores del VI Simposio Internacional de Avances en Cáncer Oral

50 El condicionante oclusal en implantología

56 Mejora tu gestión

56 **Falso Valor Añadido, ¿lo estás usando tú también?**
Dr. Alberto Manzano

58 **¿Es rentable mi clínica dental?**
Eduard Martín

60 **La reducción de jornada por cuidado de menores: claves para entenderla**
Marta Domínguez de Buzón Benito

64 **Los servicios profesionales y el impuesto sobre sociedades**
Fco. Javier Relinque Rodríguez

66 **Fuerte corrección en el mercado global de deuda. ¿Y ahora qué?**
Alex Fusté

70 Cultura

70 *Las Meninas*, extracto del libro *El rostro Enfermo*

76 Destinos

76 Cuenca, ciudad Patrimonio de la Humanidad

78 Empresas

80 Formación

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 ODONTOLOGÍA 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

CORRESPONSAL EN VENEZUELA
Carolina Hernández Ponce

FOTOGRAFÍA
Fotolandia

DISEÑO 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.

Julián Campo Trapero. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Odontología. UCM. Madrid.

Jorge Cano Sánchez. Odontólogo. Especialista en Cirugía Oral (Reino Unido). Madrid.

João Caramês. Catedrático Facultad de Medicina Dentária Universidad de Lisboa. Director Instituto de Implantología. Lisboa. Portugal.

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 Matinicorena. 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.

Manuel Ribera Uribe. Profesor de Gerodontología. U. I.C. Barcelona.

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, 5° Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X

22

46 Congreso Anual SEPES
Innovación y avances tecnológicos al servicio de la profesión

Celebrado en Bilbao, del 13 al 15 de octubre

MozoGrau presenta la marca Ticare en el mercado chino

Con una gran presencia de público profesional

16

20

Gran asistencia de profesionales al XXXVII Congreso Nacional de Endodoncia

Celebrado el pasado mes de octubre en San Sebastián

SUSCRIPCIONES:

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

El conocimiento y el respeto a quienes lo trasmiten

FERNANDO GUTIÉRREZ DE GUZMÁN
EDITOR

En estos días he tenido la oportunidad de asistir a dos eventos, aparentemente muy diferentes pero, a mi entender, con un elemento esencial en común del que nuestra sociedad, en general, y nuestra profesión también anda escasa, ya que en ambos se rinde tributo al conocimiento, al estudio y a la generosidad de trasmitirlo a los demás.

El 25 de octubre en la Real Academia Nacional de Medicina, tuvo lugar la solemne sesión de lectura del discurso de ingreso como Académico de Número del Dr. Javier Sanz Serrulla. Acto emotivo y, como digo, solemne que, como todos los actos de la Real Academia, fue un compartir el conocimiento que fruto del esfuerzo y el estudio tuvo a bien Javier obsequiarnos a todos los asistentes, y a quienes sin asistir tienen ahora la oportunidad de leer su discurso o escucharlo en la web de la RANM, actividad que desde aquí recomiendo a los inquietos por saber. Fue contestado en su discurso, conforme marca el protocolo, por el Dr. Diego Gracia Guillén, discurso que también recomiendo leer o escuchar y del que me permito entresacar unas líneas que no trasmitió como propias sino recordando lo que otro Académico dijo nada menos que en 1906, saco yo a colación esta pequeña parte de su discurso para aquellos, que me consta que los hay, que por desconocimiento de la realidad piensen que hablamos de instituciones obsoletas: "*En la Memoria de los Actos Académicos en 1906 el secretario comentaba que todos los actos habidos en ese año habían pretendido reflejar fielmente el estado actual de la ciencia y el arte que profesamos, fundiendo lo viejo y lo nuevo en síntesis fecundas comprensivas de las verdades que forman el orgullo de la generación presente*".

Entre los fines de la Real Academia Nacional de Medicina están, entre otros, contribuir, fomentar y velar por el progreso, la investigación, la docencia, el mejor y mayor conocimiento de la ciencia médica. Como bien dijo el Dr. Gracia Guillén en su discurso de contestación "*La Academia tiene la doble misión de rescatar el pasado y proyectar el futuro*".

La R.A.N.M. cuenta con el Sillón de Estomatología que ocupa el Profesor Lucas Tomás, y el hecho de que un Odontólogo ocupe el Sillón de Historia refuerza la presencia de la odontología en esta institución, que cuenta también con otros odontólogos y estomatólogos como Académicos Correspondientes.

En el acto tuvimos ocasión de ver al Dr. José M. Lara Sanz, ex presidente del Consejo General de Odontólogos, no así a los actuales miembros del Consejo General, pena que se lo perdieran, a poco algo se aprende y no viene nunca de más el ilustrarse.

El pasado 11 de noviembre tenía lugar, también en Madrid, el Memorial Branemark, un Simposio sobre Implantología organizado por el Dr. Ramón Martínez Corría con un doble fin, homenajear al Profesor Branemark y servir como fuente de recaudación para la clínica que en Bauru (Brasil) fundó el Profesor Branemark para atender a personas sin recursos. Loable iniciativa de quien se siente agradecido a su maestro y que contó con la presencia de notables profesionales de la implantología, que acudieron a ofrecer su conocimiento a los asistentes de forma desinteresada, el mayor homenaje que se puede hacer a quien fue un maestro para ellos es reforzar su legado. A pesar de la coincidencia de numerosos actos docentes, fue un éxito tanto en calidad de las ponencias como en asistencia, y ejemplar la presencia de profesionales venidos de diversas partes del mundo, Europa, América e incluso Asia que participaron para testimoniar el respeto a una de las personas que más ha influido en nuestra profesión. Todas las Sociedades Científicas invitadas prestaron su apoyo a este acto, con la incomprensible ausencia de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, lástima que no hayan sido capaces de mirar más alto sus dirigentes.

Una reunión que se inicia en España y que se repetirá anualmente en cada ocasión en un país diferente. La próxima, en 2017, será en Hong Kong, la primera edición ha sido en España y por ello felicitamos doblemente al Dr. Martínez Corría y a sus colaboradores •

THE 3RD INTERNATIONAL SYMPOSIUM
ESTHETIC, RESTORATIVE & IMPLANT DENTISTRY

16 y 17 DE JUNIO DE 2017 / BARCELONA

PALAU DE CONGRESSOS DE CATALUNYA

PRECIOS

- General antes del 30 de abril de 2017 **450 €**
- General a partir del 1 de mayo de 2017 **495 €**
- Estudiante antes del 30 de abril de 2017 **180 €**
- Estudiante a partir del 1 de mayo de 2017 **200 €**

Precios con IVA incluido. Programa sujeto a posibles cambios.

OFERTA 350€
SOCIOS SEPES
INSCRIPCIONES REALIZADAS
antes del 30 de abril de 2017

Información e inscripciones:
Tel. + 34 91 517 87 88
www.symposiumquintessence2017.com

QUINTESSENCE
& Advanced Esthetic Seminars

Primera visita gratis, o errar el tiro

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

En este panorama, a veces tan desolador, en que se ha convertido la práctica de la odontología y la estomatología en España, la palma se la lleva el rutilante anuncio de "primera visita gratis". Esta estrella que pretende –y lo consigue muchas veces– invitar a los pacientes a entrar en una clínica dental, se disfraza a veces de "estudio sin compromiso". Pero es obvio que el paciente no adquiere ningún compromiso una vez ha pagado al profesional por su diagnóstico; podrá o no confiar en ese profesional, nadie le obliga. Pero quien así actúa, ya ha empezado errando el tiro.

Desgraciadamente, una buena parte de los servicios odontológicos que se ofrecen en nuestro país han perdido su condición de servicios médicos para convertirse, como apuntaba Alberto Manzano en esta misma revista (Núm. 24), en vendedores de objetos. Y, claro, si lo que algunos hacen es vender objetos –con los implantes como producto estrella– el factor decisivo ya no es la necesidad médica de tratamiento, sino la supuesta bondad del precio.

La primera visita gratis es la perversión primordial de nuestro quehacer (y perdónenme la dureza de la palabra), síntoma de la decadencia y la pérdida de identidad de cierto sector de la odontología, como servicio médico que somos. Dice el Harrison (Mc. Graw-Hill Panamericana, 2002) en su capítulo sobre la toma de decisiones en medicina, "La actividad clínica más importante no corresponde a los procedimientos o prescripciones sino a los juicios a partir de los cuales fluyen todos los demás aspectos de la medicina clínica." Es decir, que la actividad más importante en medicina –y en odontología– es el diagnóstico, porque de ahí se van a derivar todas las demás acciones. Frases como ésta, deberían figurar en el frontispicio de nuestras clínicas.

> *"El diagnóstico es el cuerpo central de nuestra actividad médica. Si devaluamos este acto, y lo hace quien lo ofrece gratis, estamos devaluando nuestra actividad."*

Los dentistas somos asesores de salud en primer lugar y, a continuación, somos clínicos que prescribimos y ejecutamos tratamientos. Ningún tratamiento puede ser beneficioso para la salud de las personas si no va precedido de un correcto diagnóstico y un plan de tratamiento meditado a la luz de los conocimientos actuales y la habilidad de cada clínico para resolverlos con los medios de que dispone. En ningún caso podemos olvidar que el diagnóstico es el cuerpo central de nuestra actividad médica. Si devaluamos este acto, y lo hace quien lo ofrece gratis, estamos devaluando nuestra actividad. Porque es ahí donde el profesional pone en valor sus conocimientos, su preparación y su capacidad para aconsejar a cada persona en cada situación.

Hace ya mucho tiempo que la medicina pasó de ser el "arte" de curar enfermos a ser la "ciencia y el arte" que se ocupa de la salud de las personas (y de las poblaciones). Ofrecer estudios sin compromiso, es decir, a coste cero, es retroceder todo ese tiempo y venderse por unas monedas futuras. Hoy en día, en sociedades avanzadas como la nuestra, la principal riqueza no reside en los medios materiales sino en el conocimiento •

Seguro **Multirriesgo de Hogar**

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

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síganos en

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

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

Niños y dentistas

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

La llamaremos Olivia, para no desvelar su nombre real. La primera vez que la vi tenía dos años, era una niña rubita, con sus gafitas, con cara de pilla y esas dos trenzas un poco despeinadas.

Aunque nos parezca increíble, también en los países ricos y evolucionados existen muchos niños que acaban en orfanatos o con padres de acogida hasta que son adoptados.

Venía con una asistente social, se había caído hacía unos meses y tenía un incisivo central superior completamente negro y con una pequeña infección. Se sentó en el sillón y con su lenguaje de niña de dos años me explicó, como dirían en España, que ese diente "le hacía pupa". Yo le dije: "Bueno Olivia, tendremos que llamar al Hada de los dientes". Expectante pero tranquila se le iluminaban los ojos escuchando la historia del Hada, cuándo, cómo y por qué vendría a buscar el diente a su casa. Los ingleses no conocen a nuestro famoso Ratoncito Pérez. Me quedé con ganas de contarle el cuento de nuestro divertido roedor, pero Pérez vive en España y probablemente no llegaría a tiempo.

> *Se ha creado el tópico de que los dentistas hacemos daño, y eso se va sintiendo y transmitiendo de padres a hijos. Muchas veces sin ser una experiencia vivida.*

Olivia fue muy buena. Sólo dijo una vez que quería que viniera su mamá después de ponerle la anestesia. La asistente social y yo nos miramos compungidas pero seguimos adelante.

Se fue con su diente metido en una bolsita azul con estrellas, muy contenta, y yo me quedé pensando en cómo podía estar sin familia. ¿Por qué había sucedido eso? ¿Quién podía no quererla? ¿Habrían muerto sus padres en un accidente o algo así? Nunca sabremos por qué Olivia acabó en una casa de acogida. Yo me quedé con un sentimiento de preocupación.

En general, los dentistas tenemos peor fama que los médicos. Se ha creado el tópico de que hacemos daño, y eso se va sintiendo y transmitiendo de padres a hijos, la mayoría de las veces sin ser una experiencia vivida, algo que le pasó a la abuela, a la tía o a aquella vecina hace al menos treinta años. Yo creo que la gente no es consciente de que, detrás de nuestros tratamientos, está ese sentimiento de protección y de preocupación por nuestros pacientes, exactamente igual que el de los médicos y, en el caso de Olivia, al ser tan pequeña y sin padres, ese sentimiento me tocó un poco más a fondo. Todos sus tratamientos eran decisión mía al cien por cien, no había padres a los que pedir opinión o dar opciones.

Mi dulce Olivia volvió muchas más veces a verme. Tenía varios dientes con caries y poco a poco fuimos haciendo guapos como decía ella a todos esos dientes. Para mi alegría, un buen día vino a su cita y me presentó a su nueva mamá.

En Inglaterra, cuando se adopta un niño, les piden que el niño no cambie de ambiente en dos años para que el cambio no sea tan brusco.

Ya tenía tres años y medio y hablaba por los codos. Cuando le iba a revisar la boca a su madre, Olivia, que era muy cotilla, me vino por detrás y me preguntó que si podía ver si su mamá tenía algún diente feo. Yo la senté en mis rodillas y nada más que su madre abrió la boca dijo: "si hay alguno feo hay que arreglarlo". Yo no pude contener la risa y después de asegurarle que su mamá tenía unos dientes muy bonitos, ella se quedó tranquila.

Era increíble cómo Olivia, que a los dos años pasó por una extracción y, aunque la tratamos con mucho cariño, no nos conocía, no sólo no nos tenía ningún miedo, sino que solo quería que le pusiéramos a su madre los dientes bonitos. Ella no le habló de dolor, simplemente nos imitó.

Había desarrollado ese mismo sentimiento de protección que yo sentí por ella •

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

EN UN ILUSTRE ACTO CELEBRADO EL 25 DE OCTUBRE

Javier Sanz Serrulla tomó posesión como Académico de Número de la RANM

El pasado 25 de octubre, el Profesor Javier Sanz Serrulla, Doctor en Odontología, Estomatología e Historia, tomó posesión como Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) en un acto celebrado en la sede de la institución. Sanz Serrulla ocupará el sillón número 24 de 'Historia de la Medicina', especialidad que está integrada en la Sección IV dedicada a la Medicina Social y Salud Pública.

Sanz Serrulla desempeña el cargo de director técnico del Museo de Medicina Infanta Margarita (MMIM), es fundador y presidente de la Sociedad Española de Historia de la Odontología y autor de 22 libros de la especialidad.

El emotivo acto, que contó con la presencia de familiares, amigos, y numerosos paisanos del profesor Sanz Serrulla, tuvo como eje central el discurso pronunciado por el protagonista que eligió el tema '*Elogio de la vieja cirugía*', contestado en nombre de la RANM por el profesor Diego Gracia Guillén, también académico de Número, en el que repasó las grandes figuras que han ocupado este sillón, como los profesores Pedro Laín Entralgo y Luis Sánchez Granjel.

Durante el transcurso de su conferencia, Javier Sanz Serrrulla hizo un recorrido de todo lo que ha supuesto a lo largo de la historia la cirugía, ya que, "a pesar de la gran estima que disfruta esta especialidad en la actualidad, en épocas pasadas, el cirujano fue un 'profesional sanitario' de segunda categoría, cuando no de baja estofa, desdeñado a menudo por los médicos", señaló.

Felicitamos una vez más al Doctor Sanz Serrulla, ya que su presencia en la Real Academia es motivo de orgullo para nuestra profesión •

> *"Sanz Serrulla ocupará el sillón número 24 de 'Historia de la Medicina'."*

NSK

CREATE IT.

iCare+

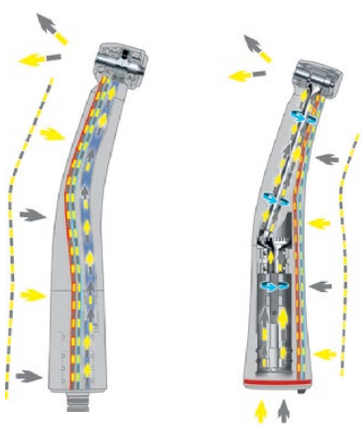
Sistema automático de limpieza desinfección y lubricación para instrumental rotatorio

- Capacidad para cuatro instrumentos: 2 turbinas y 2 conexiones Intra
- Apto para instrumental con spray interno y/o externo
- Tres tipos de programas: Limpieza · Desinfección · Lubricación

Certificado ISO 15883 y 15883-5

5.250 €* ~~8.358 €*~~

+ iCare+ C2
n.clean
n.cid
aceite de mantenimiento
2 adaptadores turbina a elegir



MODELO **n.clean**
Solución de limpieza y aclarado con efecto detergente, bacteriostático y fungistático

135 €* ~~180 €*~~

MODELO **n.cid**
Solución bactericida, fungicida y virucida

135 €* ~~191 €*~~

* IVA no incluído • Ofertas válidas hasta el 31 de diciembre de 2016

NSK Dental Spain SA *www.nsk-spain.es*

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

SE CELEBRARÁ EN ENERO DE 2017

Jornada de AEDE sobre control de infecciones y regeneración pulpar en endodoncia

La Asociación Española de Endodoncia (AEDE) ha convocado para el próximo 21 de enero de 2017 su Curso de Invierno, que este año estará dedicado al control de la infección en endodoncia y la regeneración pulpar. Este encuentro de carácter bienal se enmarca en las acciones de formación continua de la Asociación y reúne cada dos años a ponentes de reconocido prestigio internacional en el ámbito de la Endodoncia que exponen su experiencia durante una jornada completa. La Jornada se celebrará en el Museo Reina Sofía.

La Jornada será coordinada por el secretario-tesorero de AEDE, el D. Roberto C. Aza, y contará con la presencia de los dos expertos más importantes en sus respectivas áreas: el profesor José F. Siqueira Jr., de Brasil, autor de más de 340 artículos científicos, y el profesor Aníbal R. Diógenes, director del programa de postgrado en Endodoncia de la *University of Texas Health Science Center at San Antonio* (Estados Unidos), que mostrará su amplia experiencia en regeneración pulpar.

Durante la sesión de la mañana, la temática se centrará en las infecciones. La periodontitis apical es una infección causada por bacterias en el sistema radicular. En estos casos, el éxito del tratamiento de endodoncia depende de la efectividad que tenga el clínico en controlar dicha infección intrarradicular. El profesor Siqueira presentará las estrategias disponibles actualmente para eliminar las bacterias y asegurar un resultado positivo del tratamiento.

En dicha ponencia se explicará también la importancia del 'biofilm bacteriano' y su papel en la enfermedad endodóntica, los objetivos microbiológicos en el tratamiento endodóntico, los efectos de los procedimientos químico-mecánicos usando diferentes sistemas y sustancias para la eliminación bacteriana, y los métodos para optimizar la desinfección endodóntica después de la preparación químico-mecánica.

AEDE Asociación Española de ENDODONCIA

El uso de células madre

Por su parte, el profesor Diógenes dedicará parte de la tarde a la presentación de los avances en regeneración pulpar. Se han encontrado células madre mesenquimales con aplicación en endodoncia que están involucradas en la respuesta biológica a las terapias tanto en tejidos vitales como no vitales, y en los procesos de la patogénesis de la periodontitis apical y la curación. Además, la gran cantidad de investigación traslacional ha sido crucial para estos avances en el campo emergente de la endodoncia regenerativa.

La jornada científica se cerrará con una mesa redonda en la que participarán los dos ponentes, para, a continuación, dar paso a la Asamblea General de AEDE. Todo ello tendrá lugar en el Auditorio 400 del Edificio Nouvel, ubicado en el Museo de Arte Reina Sofía de Madrid •

EN MILÁN, EL PASADO MES DE JULIO

61ª Reunión del "International College of Dentists"

El pasado mes de julio se celebró en Milán la 61ª Reunión del International College of Dentists con la participación de 250 delegados de toda Europa.

El "International College of Dentists", comenzó su andadura en 1920, siendo la Organización Dental más antigua y la más numerosa del mundo, con más de 12.000 miembros repartidos en 122 países.

El College tiene como principales objetivos la financiación de programas de odontología solidaria en todo el mundo a través de la "Philip Dear Fund", cuyos fondos provienen de las cuotas anuales de sus miembros y de donaciones de casas comerciales.

Solo se puede pertenecer a este prestigioso College por invitación de los miembros, y ésta se cursa al profesional candidato en reconocimiento a sus valores personales, y por su excepcional dedicación al continuo progreso y mejora de la profesión •

De izquierda a derecha y de abajo arriba, el Dr. Guillermo Galván, Dra. Pilar Lobo, Dr. Santiago Jané, Dra. Gloria Calsina, Dr. Vicente Lozano, Dr. Jordi Ferre y su esposa, Dr. Gaspar Serra, Dr. Manuel Toledano y Dra. Raquel Osorio.

Equipos fotográficos

Formación

Accesorios

Producción Foto Vídeo Corporativo

www.fotografiadental.cat
fotolandia@fotolandia.cat
933 305 162
933 302 969

FOTOLANDIA dental

ANTE UN AUDITORIO DE 200 PERSONAS

MozoGrau presenta la marca Ticare en el mercado chino

El acontecimiento tuvo lugar el pasado lunes 26 de septiembre, durante una gala celebrada en Shangai, organizada con motivo de la feria dental "China Dental Show" y que es, junto con las ferias de Beijing y Guangdong, de las más importantes del país.

La ceremonia de lanzamiento fue apadrinada por el Prof. Carlos Navarro Vila, Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid y Jefe de Servicio del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, el Prof. Wang Huiming, Catedrático de la Universidad de Zhejiang, Decano de la Facultad de Odontología, Vicepresidente de la Sociedad China de Cirugía Maxilofacial y Vicepresidente de la Sociedad China de Implantologia, y el Dr. Li, Presidente saliente de la Sociedad China de Implantología.

> *"MozoGrau lleva varios años trabajando en este mercado y la evolución a Ticare está teniendo una gran acogida."*

Durante la ceremonia, el Profesor Navarro Vila impartió una charla magistral sobre "*Implantes en Pacientes Oncológicos*". Posteriormente, el Prof. Wang y el Dr. Li dieron charlas sobre "*Estética*" e "*Implantología Digital*", respectivamente.

MozoGrau lleva varios años trabajando en este mercado y la acogida de la evolución a Ticare está siendo recibida con gran entusiasmo por los resultados de los estudios de investigación avalados científicamente •

SEGÚN ANUNCIÓ LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA

La Campaña sobre el uso de Antibióticos de La Paz se extenderá al resto de Comunidades

El pasado 18 de noviembre, con motivo del acto conmemorativo del Día Europeo del Uso Prudente de los Antibióticos, la Directora General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Yolanda Fuentes, anunció que la campaña para el uso correcto de los antibióticos, organizada por el Hospital La Paz de Madrid, se extenderá a todas las Comunidades Autónomas, dado su éxito, ya que ha sido elogiada por otros centros hospitalarios nacionales e internacionales.

La campaña, que tendrá un año y medio de duración, está dirigida a los profesionales sanitarios prescriptores de antimicrobianos con el objetivo de transmitir el papel activo que los especialistas deben tener haciendo uso responsable del antibiótico. Ahora, la Comunidad de Madrid, cederá la misma al Plan Nacional coordinado desde la Agencia Española de Medicamentos, para su difusión a nivel nacional.

La incidencia de bacterias multirresistentes no deja de crecer, y es una seria amenaza a la que se enfrenta la sociedad actual que, por otro lado, debe impedir la utilización indebida y en ocasiones indiscriminada de antimicrobianos, que está teniendo graves consecuencias en el medio ambiente, y en los pacientes.

Este es el origen de las numerosas campañas que se están llevando a cabo en todo el mundo, que tienen como objetivo mejorar el uso de estos medicamentos. La Paz ha sido un centro pionero en promover diferentes iniciativas con este fin ya que, en los últimos años ha realizado

diversos estudios sobre la calidad de las prescripciones antibióticas, actividades educativas mediante sesiones clínicas en diferentes servicios, cursos para residentes, protocolos antibióticos, auditorías sobre el uso de antimicrobianos, optimización de medicamentos que interesan desde el punto de vista ecológico y campañas informativas •

EL PASADO MES DE SEPTIEMBRE

AECAD Cataluña eligió nueva Junta Directiva

El pasado 5 de septiembre la Asociación Empresarial de Centros de Asistencia Dental (AECAD©) en Cataluña eligió nueva Junta Directiva para los próximos cinco años.

El nuevo órgano de gobierno de la AECAD© Catalunya está compuesto por el Dr. Juan José Guarro Miquel, como Presidente, Dr. Francisco Javier Güerri Ripol, como Vice-Presidente, Dr. Cristian Paeckel Pascual, como Tesorero, y los Dres. Oscar Ballester Palacios, María Dolores Marzoa Jansana, Juan Malagrida Matons y Manuel Ribera Uribe, como vocales.

En esta etapa los objetivos de la nueva junta pasan por consolidar y ampliar los servicios logísticos que ofrecen a sus socios, tanto desde el punto de vista comercial, con los acuerdos preferenciales con múltiples empresas, como desde el punto de vista asistencial, ofreciendo soluciones integrales para la captación y recaptación de nuevos pacientes.

Desde un punto de vista patronal se seguirán estableciendo las bases de un convenio colectivo propio que establezca y se ajuste a la propia idiosincrasia de las empresas dentales miembros de la Asociación. Todo ello, consolidando su posición líder en Cataluña, como Patronal de las Empresas Dentales en la Comunidad Autónoma Catalana.

Por último, se están estableciendo los contactos necesarios para la federación con otras asociaciones patronales del país, de manera que esos acuerdos consigan crear un tejido empresarial de clínicas dentales tradicionales, agrupadas en estructuras que ayuden en la faceta empresarial de las clínicas pertenecientes a la Asociación. Todo ello tiene como objetivo lograr que AECAD© pueda ser una realidad en otras zonas del país en los próximos años •

AECAD®
CATALUNYA
ASSOCIACIÓ EMPRESARIAL CLÍNIQUES DENTALS DE CATALUNYA

PARA PROMOVER ACCIONES CONJUNTAS DE RSS

Convenio entre Inidress y la Consejería de Sanidad de la CAM

Inidress (Instituto de Innovación y Desarrollo de la Responsabilidad Social Sociosanitaria) ha firmado un convenio marco con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para promover acciones conjuntas en materia de Responsabilidad Social Sociosanitaria (RSS).

Con la firma se formaliza una colaboración y un apoyo que Inidress ha encontrado en la Consejería desde el inicio de su actividad. "Este acuerdo representa un verdadero espaldarazo a la difusión del concepto de la RSS, del que Inidress es su principal abanderado y promotor", señalo Virginia Donado-Mazarrón, Presidenta del Instituto.

Jesús Sánchez Martos, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, constató que "la responsabilidad social corporativa tiene un hueco cada vez mayor en las estrategias empresariales" y, por tanto, pide que parte de la financiación que sustentan estos programas se dediquen expresamente a la responsabilidad social sociosanitaria (RSS).

Este convenio establece el desarrollo de actividades para la difusión de la RSS, la colaboración en la presentación de actividades informativas y educativas en relación a los fines del convenio, la celebración de reuniones de carácter técnico e intercambio de información para el desarrollo de los fines y objetos del convenio y, por último, pondrá en marcha proyectos o actividades en esta línea.

"La RSS necesita divulgación y concienciación, pero también necesita financiación", aseguró Sánchez Martos. En este sentido, el consejero elogió la labor de Inidress "desde el punto de vista de la innovación, entendida ésta como la promoción de un nuevo concepto como es la RSS".

Junto al Consejero de Sanidad y a la Presidenta de Inidress acudieron al acto, por parte de la Consejería de Sanidad, Julio Zarco, Director General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria; Luis Fernández, Secretario General Técnico; Alberto Pardo, Subdirector de Calidad; y por parte de Inidress, Julio Ancochea, vocal de la junta directiva, e Ismael Sánchez, director ejecutivo de Inidress •

VALORADAS EN 233.000€

La Fundación A.M.A. convoca 106 becas de posgrado en Sanidad

El patronato de la Fundación A.M.A. ha abierto el plazo de su undécima campaña nacional de becas para 50 médicos, 20 enfermeros, 15 farmacéuticos y 10 psicólogos. Las ayudas se conceden por sorteo entre todos los inscritos y se abonan para pagar los cursos de preparación a las respectivas especialidades de internos residentes. Además, la Fundación también ha abierto el plazo de su quinta convocatoria de 11 becas veterinarias, concedidas para sufragar cursos de posgrado realizados por licenciados y graduados en Veterinaria. En total, la Fundación destinará un máximo de 233.000 euros a la dotación de las becas.

El sorteo para designar a los 106 ganadores finales se efectuará ante notario el 15 de febrero, y se hará público el 17 del mismo mes.

En la convocatoria para residentes se entregan 50 becas para médicos de hasta 3.000 euros cada una para gastos de docencia; 15 becas de hasta 2.000 euros para farmacéuticos; 20 becas más de hasta 1.600 euros para enfermeros, y otras 10 becas de hasta mil euros cada una para psicólogos. En las diez temporadas convocadas hasta ahora, han optado a estas categorías de becas más de 23.000 aspirantes.

Además, la Fundación ha convocado la quinta edición de sus becas veterinarias, que comprenden once ayudas de formación de Posgrado, por un máximo de mil euros cada una, destinadas a cubrir gastos de docencia para cualquier estudio de posgrado, máster, doctorado o preparación de Oposiciones en Veterinaria realizado entre los cursos de 2012 y 2017 •

SEGÚN UN ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

La gripe A afecta a los jóvenes con factores de riesgo

Un interesante estudio sobre la incidencia de la gripe A ha sido publicado por la revista científica Plos One. El trabajo, realizado por profesionales del Servicio de Neumología y de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, determina que esta enfermedad afecta en mayor medida a jóvenes con factores de riesgo.

Uno de los autores de la investigación, jefe del servicio de Neumología del HUMS, el doctor Salvador Bello, matiza que "este segmento de población más joven se vacuna en menor medida a pesar de contar con indicación de la administración de la dosis antigripal por problemas previos, como patologías crónicas".

Sin embargo, "los mayores de 65 años tienen tradición de vacunarse de la gripe, pero hay gente por debajo de esa edad que a pesar de tener problemas (embarazo, diabetes, asma, inmunodeficiencias, problemas cardiacos, obesidad mórbida...) no se inmuniza y debería hacerlo", afirma Bello.

Campañas de vacunación

Las estadísticas son claras, entre los pacientes más jóvenes afectados por el virus H1N1, había 48 vacunados y 70 no vacunados. De estos últimos, hasta un 40% tuvo una enfermedad grave frente al 20% de los que sí estaban inmunizados.

Según Bello, este segmento de población más joven y con mejor respuesta a las vacunas teóricamente está asumiendo, a largo plazo, un riesgo más alto de tener enfermedades graves relacionadas con la gripe A y seguirá padeciendo estas complicaciones si no opta por la vacunación. El profesional aboga por la promoción de la inmunización entre jóvenes con factores de riesgo y campañas informativas de difusión que contrarresten las opiniones en contra del uso de las vacunas •

NINGÚN ESTUDIO AVALA QUE EL HUMO NO SEA TÓXICO

Los neumólogos rechazan el nuevo dispositivo que calienta el tabaco

Las compañías tabaqueras han lanzado al mercado un nuevo dispositivo que **calienta el tabaco**, pero no lo quema. De esta manera, el humo que se produce tiene **menos sustancias tóxicas** que el de la combustión. Sin embargo, el Doctor Carlos A. Jiménez Ruiz, Director de la **Unidad Especializada en Tabaquismo** de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, explica que "las tabacaleras lo anuncian como menos tóxico que el cigarrillo tradicional y aseguran que da más satisfacción que un cigarrillo electrónico, ya que la cantidad de nicotina que se puede inhalar es mucho mayor".

Las tabacaleras no se marcan como objetivo que los consumidores dejen de fumar sino que el fumador persista en su hábito con la tranquilidad de que está consumiendo un tabaco menos tóxico. Pero, según el Doctor Jiménez Ruiz "**no hay ningún estudio independiente** que avale que el humo que se produce cuando el tabaco se calienta, en lugar de quemarse, no sea tóxico".

Estos nuevos productos responden a una estrategia de las compañías multinacionales que conocen la mala imagen del tabaco por las campañas de sensibilización realizadas por las Autoridades y son conscientes de que deben vender "alternativas" al tabaco.

"Por eso están tratando de comercializar productos que dicen que son menos tóxicos, como ya hicieron con las variedades light, que eran tan tóxicas como las normales", explica el especialista en tabaquismo.

Ante este nuevo producto la posición de los neumólogos es clara: "Aunque el dispositivo elimine algunas sustancias, como profesionales de la salud **rechazamos cualquier producto que siga siendo tóxico**", afirma el Doctor Jiménez Ruiz •

SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

El Zika sigue siendo un grave problema

Oganización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), tras la Vª Reunión de la Comisión de Emergencia del Zika y la microcefalia, ha declarado el fin de la emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional pero ha matizado que éste sigue siendo "un grave problema para la salud global que requiere de una acción intensa y permanente".

Los datos que aporta la comisión explican que, además, aún hay muchas consecuencias del contagio de virus del Zika que se desconocen o no se comprenden, por lo que es necesario seguir con las actividades de investigación de la misma. Asimismo, la comisión considera que se deben establecer procedimientos sólidos y a largo plazo para luchar contra esta pandemia mundial porque los estudios han demostrado "la relación entre la infección por el virus Zika y la microcefalia".

No obstante, la OMS declaró el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional, que fue declarada en febrero de 2016. Las recomendaciones temporales que ha venido haciendo hasta el momento la OMS servirán para conformar el mecanismo de respuesta contra este virus a largo plazo, que está previsto que se ponga en marcha próximamente •

FUNDACIÓN ODONTOLOGÍA SOCIAL

"Sonrisas en lugar de fusiles"

"Todo conflicto bélico es demoledor. Más aún cuando se trata de una guerra civil. Ucrania ha sufrido una guerra de estas características. La solidaridad existe y, como prueba de ello, la Asociación Obras Cristianas de Gibraleón, (Huelva), ha recibido a 39 damnificados de la guerra de Donest, procedentes de la región de Crimea, en Ucrania. La mayoría, 28 de ellos, son niños. La mitad de ellos, huérfanos. Todos han perdido su referente familiar. Tampoco reciben apoyo de ningún Estado. Gracias a Obras Cristianas estos niños han cambiado nieve por playa, desamparo por cariño, orfandad por atenciones.

En este contexto la Fundación Odontología Social está desarrollando un programa de odontología integral para este colectivo vulnerable. Educamos, motivamos y mejoramos su salud oral. Pero sobre todo damos y recibimos mucho cariño. Estos niños han sufrido mucho y agradecen infinitamente las muestras de afecto. El ejercicio de la odontología alcanza su máximo sentido cuando nos permite hacer felices a los que más lo necesitan. Ojalá podamos seguir trabajando con ellos en el futuro" •

> *"La Fundación Odontología Social está desarrollando un programa de odontología integral para niños damnificados por la guerra de Donest."*

Antonio Castaño.
(Presidente de la Fundación Odontología Social)

Fundación Odontología Social
Luis Seiquer

ORALTHBCN
FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL

Fira Barcelona

11-13 MAYO 2017
RECINTO GRAN VIA

WWW.ORALTHBCN.COM

LA RED MÁS COMPLETA DE EXPERTOS EN SALUD ORAL

FDM FORUM DENTAL Internacional **EVOLUCIONA Y SE TRANSFORMA EN ORALTHBCN**
FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL

CELEBRADO EN SAN SEBASTIÁN DEL 28 AL 30 DE OCTUBRE

Gran asistencia de profesionales al XXXVII Congreso Nacional de Endodoncia

La Asociación Española de Endodoncia (AEDE) celebró en San Sebastián su XXXVII Congreso Nacional de Endodoncia, evento que reunió a más de 500 profesionales y estudiantes de Odontología especializados o interesados en la Endodoncia. El Centro Kursaal de la capital donostiarra acogió a 30 ponentes de reconocido prestigio nacional e internacional, que presentaron las últimas novedades de este campo.

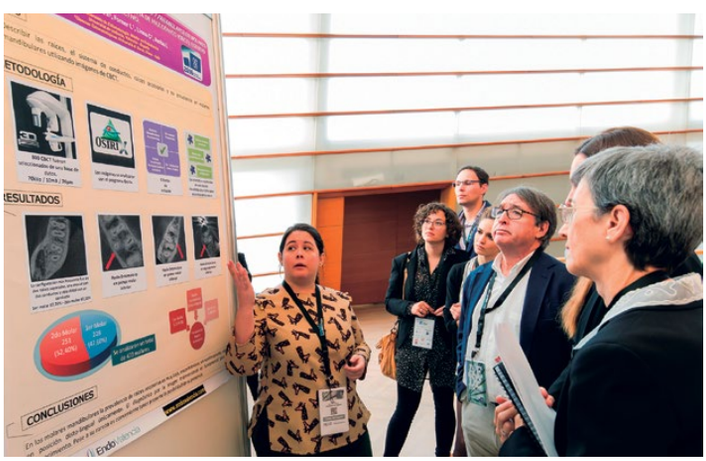
Este evento ha supuesto la presentación de los más novedosos y sobresalientes avances relacionados con la endodoncia, desde las últimas aleaciones y diseños disponibles en el ámbito de la instrumentación, hasta los diferentes protocolos y equipamientos disponibles para la desinfección e irrigación del sistema de conductos.

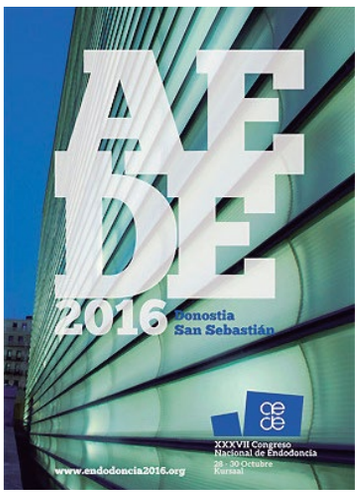
Las nuevas tecnologías también tan tenido cabida en el programa científico, con varias ponencias sobre las bases y utilización del CBCT en Endodoncia, una tecnología que gana peso de cara al diagnóstico y el plan de tratamiento.

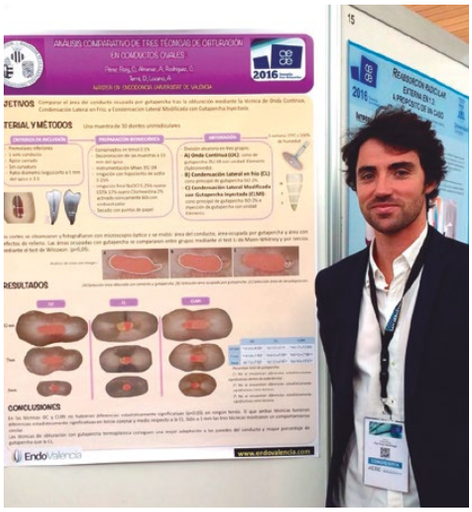
Asimismo, se han debatido cuestiones vinculadas a la relación de la Endodoncia con otros campos de la Odontología como la Periodoncia o la Odontología Restauradora.

Por otra parte, el encuentro contó con 'AEDE Promesas', un escaparate dentro del panorama científico de nuestro país a siete jóvenes endodoncistas.

> *"Este evento, presidido por la Dra. Nina Camborda, ha supuesto la presentación de los más novedosos y sobresalientes avances relacionados con la endodoncia."*







Los talleres prácticos también han tenido su espacio en esta importante cita profesional. En ellos se ofreció a los asistentes la posibilidad de trabajar con el microscopio operatorio, aprender el manejo y uso del CBCT y la preparación y obturación de conductos complejos con una técnica sencilla y predecible, además de aprender técnicas para la conformación de conductos con seguridad.

Los asistentes tuvieron la oportunidad, como no podía ser de otra manera, de disfrutar de las maravillas gastronómicas de la ciudad, de estupendos paseos por la bella ciudad de San Sebastián y de una visita guiada a Bilbao, para completar con una estupenda cena de congreso muy especial, celebrada en una sidrería vasca.

La industria dental también estuvo presente en esta importante cita, con la presencia, entre otros de Carestream, Dentsply, FKG-Endovations, Zeiss y, de manera destacada, con VDW como patrocinador principal •

> *El encuentro contó con 'AEDE Promesas', un escaparate dentro del panorama científico de nuestro país a siete jóvenes endodoncistas.*

CELEBRADO EN BILBAO DEL 13 AL 15 DE OCTUBRE

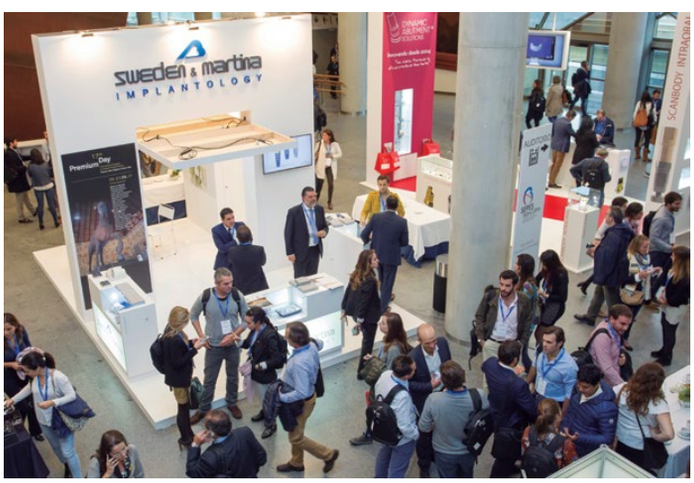
46 Congreso Anual SEPES: innovación y avances tecnológicos al servicio de la profesión

La Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES) congregó a más de 2.500 profesionales para abordar las últimas innovaciones y los avances tecnológicos más recientes en tratamientos odontológicos.

Este importante evento de la Sociedad Científica contó con un interesantísimo programa científico, con novedosos contenidos, y la presencia del prestigioso Dr. Frank Spear, así como la de destacados equipos nacionales e internacionales formados por periodoncistas, prostodoncistas y técnicos dentales.

Este congreso es, anualmente, la reunión científica de SEPES de mayor envergadura, tanto por el número de inscritos como por el número de conferenciantes que participan y la importancia científica del programa de sesiones. En los últimos 5 años, SEPES ha registrado un incremento del 270% en el número de asistentes a su congreso anual.

> *"Este congreso es, anualmente, la reunión científica SEPES de mayor envergadura, tanto por número de inscritos como de conferenciantes."*



Becas SEPES

En el contexto del 46º Congreso SEPES se anunciaron los ganadores de las tres becas anuales que la Sociedad concede y que están dotadas con 6.000 euros cada una. Las dos becas SEPES de Investigación en Prótesis Estomatológica y Estética 2016 fueron otorgadas a la Dra. Sara García Serdio y al Dr. Borja Baldrich por sus trabajos "Evaluación clínica de puentes de circonia monolítica" y "Fracture resistance and behaviour of CAD-CAM composite ultra-thin overlay restorations. Influence of material thickness and bonding tooth substrate", respectivamente.

Por su parte, la beca SEPES Solidaria 2016 recayó en la entidad sin ánimo de lucro "**Odontología Solidaria**", cuyo objetivo es mejorar la salud oral de las comunidades más desfavorecidas a través del compromiso de profesionales de la salud bucodental, que destinan un tiempo de trabajo voluntario para atender a personas que lo necesitan y que, por situación socioeconómica precaria vienen derivadas por los servicios sociales municipales.

Concretamente el galardón ha sido otorgado por su proyecto "**Sillón Solidario en la Clínica Odontología Solidaria Burgos**". La clínica está promovida por el Colegio Oficial de Dentistas de Burgos y la Fundación Odontología Solidaria Hospital San Juan de Dios.

Premios 46 Congreso Anual SEPES

En esta edición la Dra. Natalia Álvarez-Maldonado, con su ponencia "Carga inmediata. Protocolo clínico e importancia de la planificación estética en una rehabilitación completa sobre implantes", se ha hecho con el Premio a la Mejor Comunicación Oral Clínica. En la categoría de Comunicación Oral de Investigación, el galardón fue para la Dra. Paula López-Jarana por su "Estudio anatómico descriptivo de la angulación del proceso alveolar vs. eje axial del diente en maxilar superior: influencia de la selección del pilar protésico en implantes inmediatos". Por su parte, el Dr. Pablo Urbán Izquierdo logró el Premio a la mejor Comunicación Póster de Investigación bajo el título "Análisis comparativo volumétrico entre preparación para doble carillas vs. corona Full Veneer". En la categoría de mejor Comunicación Póster Clínico, el premio ha sido para la Dra. Sonia Liste Grerla con "Técnica indirecta para la reparación de la fractura en cerámica: a propósito de un caso". Los cuatro premios están dotados con 1.000 euros y han sido patrocinados por Dentsply Sirona (en las dos primeras categorías), 3M y Howden, respectivamente.

Asimismo, la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética ha fallado el Premio Sepes Junior a la mejor Comunicación Oral que en esta ocasión ha recaído en el Dr. Antonio Meaños Somoza por su trabajo "Predictibilidad para tratamientos de alta demanda estética cuando el tiempo apremia: a propósito de un caso". SEPES dota este galardón con 6.000 € para gastos de formación •

SEPES
Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

SEPES
Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

VALORES

EAO
EUROPEAN ASSOCIATION FOR OSSEOINTEGRATION

JUNIOR COMMITTEE

ODONTOLOGÍA INTERDISCIPLINAR

BARCELONA
4 de febrero 2017

Tarifa reducida antes del 20 de enero

COORDINADORES:
Dr. José Mª BARRACHINA y
Dr. José Manuel NAVARRO

Ferruccio TORSELLO
Abordaje multidisciplinar para mejorar los resultados en implanto-prótesis.

José BAHILLO
Rehabilitaciones adhesivas. Paso a paso para el éxito funcional y estético.

Andre CHEN
Integración digital completa en rehabilitación sobre implantes.

Álvaro BLASI
Manejo de tratamientos interdisciplinares: cómo afecta la secuencia en el resultado final.

Stefan VANDEWEGHE
Soluciones digitales en implantología.

Manuel SANCHO PUCHADES
Tratar el problema de raíz.

Sven MÜHLEMANN
Restauraciones sobre implantes. Cómo la tecnología CAD/CAM cambia el juego.

Juanjo ITURRALDE
Sencillez y predictibilidad en tus tratamiento de blanqueamiento.

Luca DE STAVOLA
Lo que un prostodoncista puede esperar de la reconstrucción de la cresta alveolar.

Herminio GARCÍA
Manejo del tejido blando mediante prótesis provisional.

Tommie Van de VELDE
Predictibilidad en procedimientos dentales estéticos: abordaje multidisciplinar.

Carlota SUÁREZ
Manejo de la función en dilemas estéticos.

Síguenos en Facebook y Twitter

SEDE: Col·legi d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya (COEC) | **HORARIO: 9:30-18:00**

TARIFAS

Hasta el 20 de enero:

- Socio SEPES y EAO: 50 €
- SEPES Jr*-EAO Jr: 30 €
- Amigos SEPES**: 75 €
- No socios: 100 €
- Estudiantes de Máster en Universidades españolas***: 75 €

*Se considera SEPES Jr. a los socios de SEPES menores de 30 años
** Consulta entidades amigas en: www.sepes.org
*** Imprescindible enviar justificante a inscripciones@sepes.org

Traducción simultánea

SEPES
Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

EN MADRID, LOS DÍAS 21 Y 22 DE OCTUBRE

La SEI celebra su XXVIII Congreso Nacional y el XXI Internacional

Los pasados días 21 y 22 de octubre se celebró en Madrid el XXVIII Congreso Nacional y la edición XXI del Congreso Internacional de la Sociedad Española de Implantes, que contó con más de 500 asistentes. El Teatro Goya Multiespacio acogió este evento, un espacio único que permitió satisfacer las necesidades de los Conferenciantes, Congresistas, Casas Comerciales, y de todos los asistentes.

El Comité Organizador, dirigido por el Dr. Juan Carlos Vara, cuidó todos los detalles y eligió como alojamiento para los visitantes el Hotel NH Ribera del Manzanares, muy cercano al Estadio del Atlético de Madrid, otra de las sedes de las actividades del Congreso, para que de esta forma, se permitiera la reducción de gastos de transporte y molestias de los asistentes, con el fin de ofrecerles la mayor comodidad.

El acto inaugural fue presidido por Dª Paloma Adrados, Presidenta de la Asamblea de la Comunidad de Madrid, el Dr. Antonio Bowen Antolín, Presidente de SEI, el Dr. Antonio Montero, Presidente del COEM, el Dr. D. Miguel Ángel López-Andrade, Vocal del Consejo de Dentistas de España y el Dr. Juan Carlos Vara, Presidente del Comité Organizador.

El Comité científico dirigido por el Dr. Eugenio Velasco, aportó 16 reconocidos y prestigiosos conferenciantes, nacionales e internacionales, que actualizaron cada uno de los aspectos más importantes de la Implantología actual a lo largo de las 20 horas de duración de la reunión.

Sociedad Española de Implantes

> *“El comité científico aportó 16 reconocidos y prestigiosos conferenciantes que actualizaron cada uno de los aspectos más importantes de la Implantología actual.”*

Por otra parte, se presentaron 52 pósters y más de 38 comunicaciones científicas y se contó con la participación de 10 Universidades y Postgrados de Implantología. Las comunicaciones premiadas correspondieron a:

- María José Bisch y colaboradores, póster nº 48, tema: carga precoz mediante sobredentadura mandibular retenida sobre dos implantes en paciente geriátrico edéntulo total.
- Iria González Regueiro y colaboradores, póster nº 34, tema: efecto del tabaco sobre el éxito y supervivencia de los implantes dentales. Revisión sistemática.
- Carmen Fernández Lorenzo y colaboradores, póster nº 30, tema: determinación del remodelado ósea periimplantario en implantes insertados a alto torque. Protocolo de medición.
- Soledad Suero González y colaboradores; comunicación oral nº 1, tema: resultados clínicos a 5 años de la rehabilitación oral fija sobre implantes en el maxilar superior.
- Silvia Puente Fernández y colaboradores; comunicación oral nº 18, tema: eficacia y seguridad en la cicatrización del alveolo postextracción: estudio observacional prospectivo.

Desde el punto de vista social, la noche del viernes 21 de octubre, estuvo enmarcada dentro un escenario inigualable: el Estadio Vicente Calderón, sede del Club Atlético de Madrid. Una noche madrileña, en la cual Congresistas, Conferenciantes, Socios de SEI y Casas Comerciales pudieron disfrutar y departir en un ambiente festivo que fue un éxito por la afluencia y las atenciones que se recibieron del Club y de la organización del evento.

Durante el transcurso de la Cena de Clausura del sábado 22 de octubre, en el Salón Ribera del Manzanares, se homenajeó a insignes doctores de la Implantología Nacional e Internacional, dentro de un ambiente fraternal y de amistad con todos los congresistas y casas comerciales.

Como conclusión, hay que destacar la importancia de este Congreso como un foro de encuentro para los especialistas del mundo del implante, centrado en presentar las últimas novedades de manera especializada.

La industria aportó, como viene siendo habitual, su granito de arena y 33 casas comerciales estuvieron presentes durante el Congreso ●

CON GRAN ASISTENCIA DE PROFESIONALES Y UN PROGRAMA DE GRAN CALIDAD

Éxito del 1er Branemark Memorial Symposium en Madrid

El 1er Branemark Memorial Symposium se celebró en Madrid los días 11 y 12 de noviembre. Este Congreso, organizado por el Doctor Ramón Martínez Corría, rindió homenaje al profesor Per-Ingvar Branemark, la persona que cambió de manera radical la profesión.

Este evento, que contó con la presencia de importantes especialistas nacionales e internacionales de la implantología, quiso destacar la importancia de la oseointegración en la odontología y, sobre todo, a la persona que la descubrió.

Per-Invar Branemark era un profesional extraordinariamente generoso, prueba de ello es que dedicó toda su vida a intentar mejorar la calidad de vida de las personas. Por esa razón todos los beneficios recaudados en este encuentro irán destinados al centro Branemark de Bauru que, con carácter benéfico, fundó Branemark para ayudar a personas con defectos y deformaciones maxilofaciales en Bauru, Brasil.

"Odontólogos de Hoy" estuvo presente en este evento y queremos, desde estas páginas, felicitar a los promotores de este importante acontecimiento, por el elevadísimo nivel de los ponentes y por la causa social a la que se destinarán los beneficios •

> *"La recaudación de este congresó se destinará al centro Branemark de Bauru, Brasil."*

ALL TOGETHER FOR SMILES

ODONTÓLOGOS

JAVIER SANZ SERRULLA

"La odontología está muy bien representada en la Real Academia Nacional de Medicina"

Poseedor de un triple doctorado en Medicina y Cirugía (UCM), en Odontología (UCM), y en Historia de la Odontología (UCM), Javier Sanz Serrulla es el primer odontólogo español nombrado Académico de Número en la Real Academia Nacional de Medicina. Aunque le hubiera encantado convertirse en guardameta del Athletic de Bilbao, su gran capacidad para involucrarse en múltiples actividades le ha compensado con creces. Escritor, docente, fundador y presidente de la Sociedad Española de Historia de la Odontología, Sanz Serrulla se confiesa un apasionado de la lectura, el cine, y sobre todo, de "ver pasar la vida" mientras pasea.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *¿Qué significa para usted su reciente nombramiento como Académico de Número en la Real Academia Nacional de Medicina?*

Javier Sanz Serrulla: Una gran satisfacción, por supuesto, aunque las grandilocuencias no me gustan. Don Pedro Laín Entralgo recibió un homenaje a los 90 años y dijo algo así como "a nadie le amarga un dulce", y él representaba la historia viva de España, con lo cual yo también considero un honor el nombramiento, aunque más que yo, creo que las grandes favorecidas han de ser la historia de la Medicina y de la Odontología.

ODH: *Posee un triple doctorado en Medicina, Odontología e Historia, ¿con cuál de estas disciplinas se siente más cómodo?*

JSS: En realidad no creo que tenga mucho mérito. Cuando me licencié en Medicina, me especialicé en Estomatología, y luego di clases de historia de la odontología y de la medicina, y una cosa fue llevando a la otra. Al final, yo me he especializado en la Historia de la Odontología, dentro del amplio campo de la historiografía médica. Estoy contento con mi actividad como profesor de Historia de la Odontología, pero todo va unido.

ODH: *¿Cree que la estomatología y la odontología están suficientemente representadas en la Real Academia de la Medicina?*

JSS: Sí, creo que la Odontología está muy bien representada en la Real Academia de la Medicina. Ésta es una institución nacional que tiene tantos sillones de Académicos de número como especialidades médicas hay. Una de ellas es la Estomatología, cuyo sillón ocupa el Prof. Miguel Lucas Tomás, de quien fui alumno, de superior prestigio profesional, docente y, lo que es más importante, personal. Como Académicos correspondientes hay varios compañeros, de un altísimo nivel.

ODH: *Además de sus obligaciones como Académico es un personaje muy activo, ya que son muy destacadas sus iniciativas como la organización de exposiciones o el Congreso Europeo de Historia de la Odontología, que ya lleva dos ediciones. ¿Cómo consigue el equilibrio entre todas sus actividades y su vida familiar?*

JSS: Seguramente, restando horas a alguna de ellas, aunque luego se compensan. La historia de la odontología había que hacerla en serio, teníamos la muy respetable historia de la medicina como referencia, por lo cual pensamos que había que pasar de esa historia "anecdótica" a construir una digna historia de la odontología. Hoy en día, la informática y sus avances nos han facilitado mucho este trabajo. Tengo la ventaja de que no tengo actividad privada, asistencial, y eso, con un buen método que con el tiempo vas depurando, te deja mucho tiempo para poder trabajar con comodidad.

ODH: *¿Cuál es su valoración de la situación actual de la odontología en nuestro país?*

JSS: Es un momento muy duro que, a corto plazo, creo no tiene solución. Hemos llegado a una situación de plétora profesional que yo creo que es lo peor que le puede pasar a una profesión, porque creo que en los próximos veinte o treinta años, o quizá más, se va a ejercer de una manera muy poco equilibrada entre la oferta y la demanda. Hay un exceso de profesionales tratando las enfermedades bucodentales, cuando la realidad es que además se ha producido una caída importante de las enfermedades gracias al nivel de vida y a los programas de prevención que se han venido desarrollando durante más de veinticinco años. La Sociedad Española de Historia de la Odontología elaboró un documento, que todavía se puede consultar en la portada de nuestra página web: estudiando lo ocurrido en los últimos 25 años, los años de la etapa "odontológica", alertaba sobre lo que ya vivimos ahora.

Hay muchos profesionales mientras que las enfermedades bucodentales han disminuido, aunque es cierto que algunas especialidades, sobre todo las relativas a la estética dental, son muy solicitadas. Pero es algo muy grave que le ocurre a nuestra profesión, ese gran desequilibrio entre pacientes y número de odontólogos. La sensación es que, con la apertura constante de universidades privadas y alguna pública, esto no se va a corregir. Con lo cual, se va a ejercer de una manera muy tensa, con el peligro del "sobre-tratamiento", que suele darse en situaciones de este tipo. Es difícil sobrevivir laboralmente porque, además, no hay un aumento de plazas en el sistema público, es más, los servicios de estomatología han sido sustituidos en los hospitales por servicios de cirugía maxilofacial. Esta cuestión es también muy importante, y creo que desde el Ministerio correspondiente se debería tratar con urgencia, el Estomatólogo, o el Odontólogo ahora, con iguales competencias, debe formar parte del equipo que trata a los pacientes de nuestra área en el hospital. Sin ninguna duda.

> *"El gran desequilibrio entre pacientes y número de odontólogos es algo muy grave que le ocurre a nuestra profesión."*

ODH: *¿Cuando era estudiante, cuáles eran sus sueños?*

JSS: La vocación es algo muy complejo, porque saber qué quieres ser cuando tienes 15 o 16 años es muy difícil. En mi caso, empecé la carrera de Medicina con 16 años, con una España en blanco y negro, cuando aún vivía el General Franco.

Yo venía de mi pequeña ciudad, Sigüenza, siendo casi un niño, y empecé tan joven porque iba un curso adelantado y en aquel momento se permitía acceder a la Universidad con esa edad. Yo quería ser médico, lo tenía claro. Mi padre trabajaba en una farmacia y veía entrar los médicos, me llamaban la atención, intentaban solucionar problemas muy humanos, quizá el más humano, sanar al hombre enfermo o acompañarle en sus últimos días. Me hubiera gustado ser médico rural.

Y no digamos, en otro orden, ser guardameta. Lo que hubiera dado yo por jugar con mi Atlhetic Club de Bilbao. De hecho, hace poco publiqué un libro que titulado "Héroes bajo los palos", que es un ensayo sobre la vida del guardameta. Creo que el fútbol es un deporte de épica.

ODH: *Es autor de 24 libros, ¿de cuál de ellos se siente más satisfecho?*

JSS: En realidad soy autor de 24 libros de la especialidad, pero luego he escrito sobre otros temas diversos como los toros, alguna guía local, etc. Sin embargo no me atrevería a decir de cuál me siento más satisfecho porque no creo haber escrito nada grande, como los grandes escritores. Quizá los que me hacen sentirme más orgulloso son los de la profesión, los de historia de la odontología, de los hospitales, las universidades, la farmacia...

ODH: *¿Qué consejo le daría a los nuevos profesionales de la Odontología que, ante la masificación de propuestas formativas, tratan de elegir la mejor opción?*

JSS: Es muy difícil dar un consejo, sobre todo a esta generación que tiene una gran formación. Es muy duro decirles que quizá tendrían

que dedicarse a otra cosa. Creo que lo habría que hacer es un pacto a nivel estatal de *numerus clausus*, pero es difícil que las universidades privadas lo acepten. Al final, aunque ofrecen calidad educativa, sin duda, también son empresas, o sea, enfocadas muy principalmente al negocio.

El gran problema es que hay muchos jóvenes, y muy especializados, que siguen sin acceder al mercado laboral, o lo que no es mejor, perciben unos sueldos injustos, que no se corresponden con un país europeo, son casi de esclavitud.

Lo que no tengo tan claro, aunque esto no sea muy popular, es si todo el mundo tiene que acceder a estudios universitarios porque sí, sin más, porque luego no van a poder ejercer. Nuestro país viene arrastrando una falta de planteamiento serio. Hoy en día hay trabajos con formación especializada que no son vistos como de segunda categoría, ni mucho menos. Todos conocemos amigos que han optado por trabajos de formación profesional que viven mejor que nosotros y se sienten perfectamente realizados. Creo que hay que orientar a los alumnos preuniversitarios en función de sus habilidades, y liberarnos ya de ese ineludible paso por la universidad como si lo contrario fuera un fracaso. ¿Realmente puede absorber el mercado laboral tantos odontólogos, abogados, periodistas, etc., como produce anualmente?

ODH: *¿Qué funciones tiene la Real Academia Nacional de Medicina?*

JSS: Es una entidad pública de asesoramiento al Rey, al Gobierno, y a las autoridades que lo requieran, es una corporación altamente especializada en el campo de la Medicina. Por poner un ejemplo reciente, ante un asunto puntual de salud pública como pudo ser la alarma creada por posible infección del virus del Ébola, el Estado, a través del Ministerio de Sanidad, puede solicitar que se le informe de cuál es la repercusión en la sociedad y qué medidas hay que tomar, siempre desde un punto de vista científico.

Es una institución de casi tres siglos de historia que durante todo este tiempo ha sido una referencia cultural, y ha tenido que ir adaptándose a los tiempos. Ahora mismo tiene un calendario muy intenso de actividades, todos los martes hay conferencias al más alto nivel impartidas por académicos; hay cursos, reuniones específicas, foros de actualización, por ejemplo en este trimestre sobre la problemática del adolescente, de la embarazada, de problemas genéticos, el agua, etc.

Es muy interesante lo que allí se vive, la actividad es permanente. Quizá en lo que debamos profundizar es en hacer una inmersión social importante. En primer lugar tenemos que llegar a todo el estamento médico y sanitario, y después al resto de la población para que nos tengan como referencia, ya que, como digo, se trata de una institución de servicio público al ciudadano.

ODH: *La odontología vive tiempos difíciles, ¿cree que tiene solución esta situación?*

JSS: Ciertamente soy realista, por tanto, pesimista en este asunto. Muchos de los nuevos profesionales están saliendo de España hacia países de nuestro entorno, pero en Portugal, o Inglaterra, por poner un ejemplo empiezan a estar saturados. En el caso del Reino Unido, con el "Brexit" aprobado, el futuro se ha vuelto de súbito incierto ya que allí hay muchos dentistas jóvenes que habían encontrado su lugar, mal que bien. Gran parte de culpa, no toda, la tiene, la tenemos, el propio colectivo, que no ha sabido evitar o paliar esta situación. Creo que a corto plazo, la solución es muy difícil. Estoy en contacto con antiguos alumnos y lo peor es que muchos de ellos no tienen esperanza de llegar a poder trabajar como dentistas, en condiciones dignas. Algunos ya se dedican a otras profesiones, y con éxito pues potencialmente son muy válidos.

La odontología española nunca ha tenido un número de profesionales tan bien formados como en la actualidad, pero no tienen expectativas reales de trabajo. Vaya situación. Lamentablemente, la culpa no es suya, ya que son admirables, humana y profesionalmente

ODH: *¿Nos puede contar cómo es su día a día?*

JSS: Estoy en comisión de servicio como Director Técnico en el Museo de Medicina Infanta Margarita, donde me ocupo de las actividades que genera, por ejemplo las exposiciones temporales. También me encargo de las labores propias del sillón de historia de la Medicina, que implica investigar el pasado de la medicina española y darlo a conocer.

Por las tardes prosigo con mi labor como docente en la Universidad Complutense, donde llevo ya más de 25 años. Aunque parezca que tengo una jornada muy intensa, debo decir que las nuevas tecnologías, y el extraordinario avance de la informática nos ayudan enormemente en el trabajo diario. Creo que deberíamos reconocer la gran revolución que ha significado en nuestras vidas y en nuestro trabajo la irrupción de internet, no digamos ya en el campo de la investigación. Aún me sigo sorprendiendo de leer al final de la mañana en la red un artículo interesante y poder comentarlo a primera hora de la tarde con los alumnos.

ODH: *Le queda tiempo para disfrutar del tiempo libre, ¿cuáles son sus* hobbies*?*

JSS: La lectura, también me gusta el cine, por ejemplo lo más reciente que he visto y me ha gustado es la última película de Clint Eastwood, "Sully". El arte, y en esto Madrid es un lugar fascinante con un calendario completo, me llena, como también la música. Me gusta pasear, ver la vida alrededor. Cuando visito una nueva ciudad me encanta sentarme en una terraza y ver pasar la gente, ver pasar la vida •

sonría x favor

Equipamiento Clínico · Suministros Dentales

porque tenemos absolutamente
todo lo que necesita tu clínica

www.sonriaxfavor.es

sonría x favor
Equipamiento Clínico · Suministros Dentales

+34 946 076 521
www.sonriaxfavor.es
Estartetxe, 5 3º dpto. 14 · 48940 Leioa (Bizkaia)
946076521 · info@sonriaxfavor.es

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

STERN WEBER

Distribución Oficial Stern Weber

AGUSTÍN MOREDA

"Nuestros ejes para el ejercicio profesional son la formación científica, la experiencia y la ética sanitaria"

Agustín Moreda, Presidente del Colegio de Odontólogos de Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora, Presidente del Consejo de Colegios de Dentistas de Castilla y León, doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid y especialista en Estomatología por la Universidad de Oviedo. Combina su gestión al frente de la institución colegial con la docencia, como profesor de prótesis dental en el Grado de Odontología de la Universidad Europea Miguel de Cervantes de Valladolid.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *¿Cuál es la situación actual del CODE?*

Agustín Moreda: Desde la actualización de los estatutos colegiales se ha modificado el organigrama del Colegio. Actualmente existen 5 Juntas Provinciales y una Comisión Ejecutiva formada por 4 personas que son el Presidente, Vicepresidente, Secretario y Tesorero, que no pertenecemos a ninguna Junta Provincial. La labor de estas cuatro personas es la de integrar el trabajo de esas Juntas Provinciales y ocuparnos de las cuestiones que implican a la totalidad del Colegio.

ODH: *Ustedes han conseguido aprobar unos estatutos colegiales realmente novedosos con la integración de varias provincias. ¿Cómo ha sido este proceso?*

AM: El proceso de implantación de estos estatutos ha sido perfecto. Los cambios lo realizan las personas, no las instituciones, y cuando todos estamos en sintonía para su realización no existen problemas. La Junta Provincial nueva es la de Valladolid y actualmente solo se dedica a asuntos provinciales. Debemos tener en cuenta que el Presidente de la actual Junta Provincial de Valladolid es el Dr. J. J. Rodríguez Ortega, antiguo Presidente del Colegio, y bajo cuya presidencia se inició la tramitación de los nuevos Estatutos, con lo cual estaba claro que no debía existir ningún problema.

ODH: *¿Cuál es su próximo reto colegial?*

AM: El Colegio de la Octava Región, CODE como nos gusta llamarlo, así como el resto de Colegios de Castilla y León, estamos inmersos en la reciente creación del Consejo Autonómico.

En estos momentos me honro en ser el primer Presidente de este Consejo, pero en breve el cargo pa-

> *Estamos muy orgullosos de poder anunciar la creación de una clínica solidaria en la ciudad de Burgos con la ONG Odontología Solidaria.*

será a otro compañero y así sucesivamente de forma rotatoria.

Los principales retos del CODE en la actualidad son regionales, pues muchos de ellos son legislativos o de relación con la Junta de Castilla y León.

En la primavera de este año se produjo en nuestro Colegio la primera reunión de Consejos Sanitarios de nuestra Región. Fruto de aquel encuentro estamos tramitando con los partidos políticos integrantes de las Cortes Autonómicas la creación de una Ley de publicidad sanitaria, básica para nuestra profesión y el resto de las profesiones sanitarias.

A mayores debo decir que también hemos tenido implicación directa en la tramitación a nivel del Congreso de los Diputados de la primera propuesta realizada en el tema de publicidad sanitaria gracias a la actuación del Dr. Angel Argüello, Presidente de la Junta de Palencia.

En otro nivel de cuestiones, estamos muy orgullosos de poder anunciar la creación de una clínica solidaria en la ciudad de Burgos en unión con la ONG Odontología Solidaria, gracias a los esfuerzos del Dr. J. M. Díaz López-Dóriga, Vicepresidente del Colegio y del Dr. Alfredo Aragües, Presidente de la Junta de Burgos.

ODH: *¿Qué proyectos formativos está desarrollando el CODE en la actualidad?*

AM: Uno de los retos de nuestro Colegio es prestar a los colegiados el mayor número de servicios para facilitarles la tarea diaria y, dentro de este afán, está el de promover la formación continuada. En CODE estamos tratando de implantar, aparte de las ya existentes, una línea de cursos dedicados a la formación de los colegiados más jóvenes y ello gracias a la creación de la Comisión de Jóvenes Odontólogos de nuestro colegio que en estos momentos se está tramitando. Será misión de esa comisión el promover los temas que a ellos más les interesen.

ODH: *Desde su posición de Presidente de un Colegio Profesional como el CODE, ¿de qué logro o proyecto está más satisfecho?*

AM: Sin lugar a dudas, la unión de todos los Colegios de Dentistas de Castilla y León. Históricamente las relaciones entre los Colegios fueron manifiestamente mejorables. Sin embargo, desde hace tiempo y gracias a los esfuerzos de todos los integrantes, nuestra unión es modélica y la relación de los cuatro Colegios que formamos el Consejo no puede ser mejor. Lo que necesitamos en este momento es tiempo para desarrollar el Consejo, pero no dude de que con mis compañeros, los Dres. Alejandro de Blas, José Rubio y José Sevilla, solucionaremos todos los retos.

No quiero dejar pasar esta oportunidad para pedir a la provincia de Ávila que se una a este Consejo pues a día de hoy sigue formando parte del Colegio de la primera Región.

ODH: *¿Qué tipo de dificultades afrontan los colegiados en su Comunidad Autónoma?*

AM: No existe una dificultad específica de nuestra comunidad. La dispersión de la población es suplida con la movilidad de los profesionales, como ocurre en todas las regiones, si bien esta movilidad está interiorizada por nuestro colectivo.

La actual situación de nuestra profesión obliga, sobre todo a los nuevos colegiados, a la movilidad y a aceptar contratos por parte de algunas empresas que hace pocos años eran impensables. En nuestro Colegio se han realizado decenas de actuaciones de los inspectores de trabajo.

ODH: *Desde su puesto de dirigente colegial. ¿Cuáles cree que son los principales retos que afrontan los profesionales de hoy?*

AM: Son muchos, pero mi principal preocupación son los jóvenes. No deben fijarse ni aprender las formas en que hacen las cosas las empresas mercantilistas.

> *Uno de nuestros principales retos son los jóvenes. No deben fijarse ni aprender las formas en que hacen las cosas las empresas mercantilistas.*

Nuestros ejes para el ejercicio profesional son la formación científica, la experiencia y la ética sanitaria.

Uno de los problemas de nuestra profesión es que tenemos jóvenes compañeros trabajando para personas que no tienen conocimientos científicos ni experiencia en nuestro sector pues no son en su mayor parte odontólogos y la ética sanitaria ni la conocen, ni les interesa.

Todas las empresas que primen el mercantilismo a la ética sanitaria deben tener al resto de profesionales en contra suyo.

Una de las misiones de los Colegios profesionales es ayudar a la población a no caer en manos de estos empresarios sin escrúpulos.

ODH: *¿Cuál es su opinión sobre la implantación de especialidades en Odontología?*

AM: Todos los jóvenes odontólogos quieren tener una especialidad, pensando que con ella se les van a acabar sus problemas laborales. Nada más lejos de la realidad.

Las especialidades deben ser regladas desde el Ministerio y el Consejo General. Hasta que no se termine la implantación, no sirven la mayor parte de los cursillos que existen con este fin incluyendo los realizados por empresas mercantilistas con el aval de Universidades que no tienen estudios de Odontología.

ODH: *Tan presente o más que el debate sobre especialidades está el de los números* clausus *para la oferta de plazas para la formación de nuevos odontólogos. ¿Cuál es su postura en este asunto?*

AM: Claramente el número de dentistas en España es excesivo y debe ser regulado por el Gobierno.

Sin embargo, también es cierto que anteriormente los estudiantes se iban a otros países y en la actualidad hay en España montones de estudiantes extranjeros, principalmente italianos, ya que en Italia sí hay *numerus clausus*. Si ponemos en España ese *numerus clausus*, ¿alguien piensa que el que realmente quiera estudiar Odontología y no tenga plaza, no se va a ir a Portugal, Francia o cualquier otro sitio?.

ODH: *Usted lleva años ya en la profesión ¿Cuál ha sido el cambio más notable en los últimos tiempos?*

AM: Todo lo relacionado con el mundo digital. No digo que no sea parte del futuro, pero las casas comerciales nos están metiendo por los ojos montones de maquinas que al cabo de poco tiempo son superadas por otras nuevas. Decía mi profesor y amigo, el Dr. Joaquín de Juan, que nunca hay que ser el primero ni el último en realizar una técnica en medicina. Apliquémonos el cuento en Odontología, donde parece que si no tienes la última máquina, no tienes una buena consulta. Las personas somos imprescindibles, no las máquinas, que son solo una ayuda.

> *Parece que si no tienes la última máquina, no tienes una buena consulta. Las personas somos imprescindibles, no las máquinas.*

ODH: *¿Cómo son las relaciones del Colegio con la Consejería de Sanidad?*

AM: Al tener nuestro Colegio varias provincias el principal caballo de batalla con la Consejería es la unificación de criterios y requisitos en cuestiones de expedientes, licencias, etc. Los requisitos que se piden en una provincia son claramente diferentes a otra y eso nos crea dificultades con la Consejería. Por el contrario, el entendimiento en otras cuestiones es correcto, y máxime en la actualidad con la creación del Consejo Autonómico.

ODH: *Una recomendación para los profesionales recién graduados que se incorporan a la profesión. Y para los que están a las puertas de la Universidad y piensan en la odontología como opción profesional.*

AM: A lo largo de la entrevista creo que he dado suficientes pautas de actuación a los jóvenes odontólogos. Soy consciente de que el mercado laboral en la actualidad es muy difícil pero la defensa de los pacientes debe estar por encima de un contrato laboral.

En cuanto a los estudiantes que deseen estudiar Odontología deben de saber cómo estará su futuro profesional, las dificultades que van a tener y que muchos estarán en el paro, pero si realmente quieren y tienen vocación de Odontólogos deben intentar lo que su corazón les indique.

ODH: *¿Cómo logra el equilibrio entre su vida personal y una actividad profesional tan intensa como la suya?*

AM: Pues con esfuerzo y alegría. En broma, cuando alguien me pide una cita le respondo que me queda libre el martes de la semana próxima de 2 a 3 de la madrugada. Y ya más en serio puedo comentarle que cuando alguien hace un trabajo pensando que es importante para los demás, ve que da resultados y lo hace con entusiasmo e ilusión, como siempre me dijeron mis padres, es fácil y gratificante. El problema es el número de horas que, como yo, todos los que nos dedicamos al Colegio, quitamos a nuestras familias. Desde aquí mi cariño y agradecimiento a todas ellas y en especial a Henar, mi mujer •

nuevo
REPARACIÓN REFORZADA

SENSODYNE®

gsk

Una realidad que puede cambiar

Esteban es un exitoso emprendedor que ha luchado durante muchos años contra el reflujo gastroesofágico, lo cual le ha llevado a tener dentina expuesta. Ahora siente que no puede beber y comer lo que quiere debido a su sensibilidad dental.^

Con los colaboradores académicos[1-4], Sensodyne ha descubierto que el 70,4% de las personas que sufren Sensibilidad dental dicen que tienen restricciones diarias similares a las de Esteban.[5] Ayude a pacientes como Esteban recomendándoles el Nuevo Sensodyne Repair & Protect con NovaMin(R) y 1450 ppm de Fluoruro sódico, creando sobre la dentina expuesta[6-12] una capa reparadora† similar a la hidroxiapatita aun más dura*.

El alivio de la sensibilidad dental puede comenzar desde la primera semana[13] y la mejora continúa tras 6 meses de uso diario.**[14]

Ayude a sus pacientes a reducir el impacto de la Sensibilidad dental en su vida diaria recomendándoles el Nuevo Sensodyne Repair & Protect.**

^La historia de este paciente es únicamente ilustrativa. †Forma una capa protectora sobre la zona sensible del diente. Cepíllese los dientes dos veces al día para obtener una protección duradera contra la sensibilidad. *frente a la formulación previamente comercializada. **Con el cepillado dos veces al día. References: 1. Gibson B et al. Soc Sci Dent 2010; 1: 11-21. 2. Boiko OV et al. J Clin Periodontol 2010; 37: 973-980. 3. Baker SR et al. J Clin Periodontol 2014; 41: 60-69. 4. Machuca C et al. J Clin Periodontol 2014; 41: 46-51. 5. GSK Data on File, RH02026. 6. Greenspan DC et al. J Clin Dent 2010; 21: 61-65. 7. La Torre G and Greenspan DC. J Clin Dent; 21(3): 72-76. 8. Earl JS et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 62-67(A). 9. Parkinson CR et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 74-81. 10. GSK Data on File, ML498. 11. GSK Data on File, ML584. 12. GSK Data on File, ML589. 13. GSK Data on File, RH01422. 14. GSK Data on File, RH01897. Elaborado en Octubre de 2015. CHESP/CHSEN/0008/16.

MANUEL CAMPO VIDAL

"La capacidad de escucha es fundamental para ser un buen comunicador"

Manuel Campo Vidal es un polifacético profesional con una larga trayectoria en los medios de comunicación de nuestro país desde hace más de tres décadas. Periodista, escritor, presentador de televisión, sociólogo, presidente de la Academia de las Ciencias y las Artes de Televisión de España y del Instituto de la Comunicación Empresarial es muy conocido por el gran público por su faceta como moderador de los debates políticos entre los candidatos a la Presidencia del Gobierno de las últimas convocatorias electorales. Como experto en Comunicación es un apasionado de la formación en esa área dirigida a directivos del mundo empresarial.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Usted desarrolla parte de su actividad dando conferencias sobre comunicación a empresas. ¿Cómo valora el nivel que tiene la empresa española a la hora de afrontar sus planes de comunicación?*

Manuel Campo Vidal: Creo que durante años la empresa española no se tomó demasiado en serio la comunicación. Ahora esa situación ha cambiado porque todo el mundo ha visto que la comunicación es básica, los profesionales cada vez acuden más a cursos de comunicación porque saben que no solamente tienen que ser excelentes en su trabajo, sino que también tienen que saber contar bien, se trata de un proceso de aceptación de la comunicación y aprendizaje.

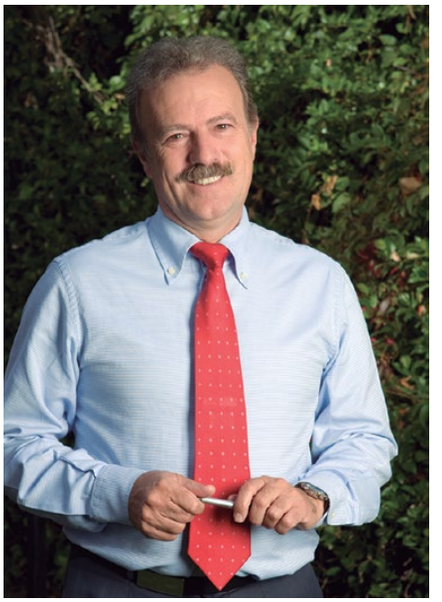
> *"Durante años la empresa española no se tomó demasiado en serio la comunicación. Ahora todo el mundo ha visto que es básica."*

Si tú no cuentas bien lo que ocurre en tu empresa no se va a tener la percepción de que es una empresa que vale la pena. Una mala "puesta en escena" de tu empresa puede ser aprovechada por la competencia, con lo cual este tema se convierte en vital, estratégico.

ODH: *Usted es un profesional polifacético: periodista, docente, escritor,... ¿con cuál de esas actividades disfruta más?*

MCV: Me gusta la comunicación en todos sus ámbitos, dar conferencias, hacer programas de televisión, de radio, y todos los fines de semana escribo una crónica.

Me gustan todas las formas de comunicación. También me gus-



ta mucho organizar, planificar, ver cómo se pasa de la idea a una realidad. En nuestro Instituto de Comunicación Empresarial ofrecemos formación a profesionales de todo tipo: directivos, emprendedores, gente joven que empieza su carrera, etc., y disfruto mucho organizando los cursos que luego impartimos.

ODH: *¿Cómo se comunica en España? ¿Cómo se aprende a comunicar?*

MCV: Todo el mundo cree que en España los políticos no comunican bien, pero si los ponemos en relación a cómo se comunica en Europa creo que están en la media. En nuestro país hay comunicadores francamente buenos porque se han preocupado de progresar en comunicación o porque han tenido un microclima familiar en el que la comunicación era importante.

Por ejemplo, Gabriel García Márquez siempre ha contado que su madre siempre le relataba historias a la hora de comer y él, posteriormente, a la hora de escribir sus novelas bebió de esa capacidad narrativa de su madre. Por eso, personajes que han crecido con familiares con una buena capacidad narrativa, han tenido ventaja y seguro que eso les habrá servido mucho en su desarrollo posterior y se habrán convertido en buenos comunicadores.

Creo que Felipe González o Adolfo Suárez tenían una inteligencia comunicativa alta, pero por poner otro ejemplo, José María Aznar en sus inicios no era un buen comunicador al principio, pero años más tarde colocaba magníficamente sus mensajes. Detrás de ello había una gran preocupación por la comunicación, una perseverancia por aprenderla y muchos cursos de comunicación que formaban parte de la convicción de que para su trabajo era fundamental.

Hay que prepararse, asistir a cursos, porque la técnica para estar más cómodo comunicando se puede practicar y es fundamental para que el orador se encuentre más tranquilo y confiado.

ODH: *¿Qué cualidades debe tener un buen comunicador? Muchos de nuestros lectores son profesionales de la odontología que, a menudo, participan en congresos, seminarios, jornadas científicas, etc., ¿Qué consejos puede ofrecer a nuestros lectores para "hablar en público" de forma eficaz?*

MCV: La pasión es fundamental en el mundo profesional y apasionarse por la comunicación es tan importante como por cualquier otra disciplina. Si uno es una persona atenta que sigue los telediarios, observa las conferencias que se dan en los congresos o eventos a los que asiste, esa persona tiene

> *"Hay que prepararse, asistir a cursos, porque la técnica para estar más cómodo y confiado comunicando se puede practicar."*

mucho ganado. Esto, unido al entrenamiento y a una importante capacidad de escucha, es vital para la formación de un buen comunicador. Vivimos en una sociedad que escucha poco, aquí hay mucha gente que viene a "hablar de su libro" y no se para a escuchar a los demás. Seguramente, los odontólogos tendrán que escuchar más a sus pacientes, los periodistas a los que nos leen o nos siguen a través de la televisión, los políticos a quienes les votan y a los que no les votan y, en el caso de las empresas, deben escuchar mucho más a los clientes. Allí donde la escucha se emplea como "bandera" se comunica mucho mejor, es clave.

ODH: *¿Qué consejos le darías a los odontólogos para convertirse en buenos comunicadores?*

MCV: Creo que hay muchos cursos de formación en las empresas, en

todos los ámbitos, pero pocos en comunicación. Me parece importante que haya formación de seguridad en el trabajo, informática, pero creo que la comunicación hay que normalizarla, hay que enseñar a comunicar y enseñar a escuchar. En el área de los lectores de vuestra revista, los odontólogos, y para todos los profesionales de la sanidad en general es clave saber escuchar al paciente.

ODH: *En los últimos años España ha atravesado una gravísima crisis económica de la que aún nos estamos recuperando. Muchas empresas han prescindido de sus profesionales de comunicación y marketing para ajustar sus costes. ¿Qué opinión le merece esta estrategia empresarial?*

MCV: La crisis nos ha traído demasiados recortes que han incidido mucho más en nuestras insuficiencias. Como se da la circunstancia de que la comunicación era importante para muchas empresas pero no era algo asignado, no se promovía desde el convencimiento, ha sido fácil suprimirla y ahí han encontrado muchos problemas algunas empresas.

ODH: *¿Qué recomendaciones daría para superar el miedo escénico?*

MCV: Lo ideal hubiera sido que el sistema educativo español hubiera contado con actividades obligatorias como el teatro o el debate para poder tener suficientes herramientas desde pequeños para superar ese "miedo escénico", pero al igual que se supera el miedo a volar, ese cosquilleo que sentimos al hablar en público también se puede "trabajar", se puede vencer con una relativa facilidad. No comunicar bien dentro de las empresas, aunque sean muy pequeñas, limita a todos los efectos las posibilidades empresariales.

> *"Lo ideal sería que el sistema educativo español contara con actividades obligatorias como teatro o debate, y así tener herramientas para superar el "miedo escénico" desde pequeños."*

ODH: *¿Qué proyectos está desarrollando en estos momentos?*

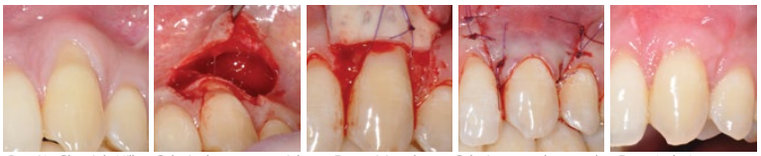
MCV: Estoy impulsando una escuela de negocios que se llama Next, la estamos desarrollando en el Instituto de Comunicación Empresarial y estamos muy contentos, ya que ya tenemos 200 matrículas de personas que vienen de 10 países diferentes, para hacer cosas diferentes. Por supuesto, haremos comunicación, *Big Data*, ciberseguridad, estudios que nos conducen a las profesiones del futuro. Estoy apasionado con esto. Vamos a cumplir 10 años en el Instituto por el que han pasado 10.000 personas •

Entrega en
24 horas
Garantizado

OsteoBiol® Derma
by Tecnoss

Injerto heterólogo para aumento de tejidos blandos

Cortesía del Dr. Magda Mensi



Recesión Clase I de Miller | Colgajo de espesor parcial | Derma injertada | Colgajo avanzado coronal | Después de 4 semanas

1 | Fickl S, Nannmark U, Schlagenhauf U, Hürzeler M, Kebschull M. Porcine dermal matrix in the treatment of dehiscence-type defects - an experimental split-mouth animal trial. Clinical Oral Implants Research, 2014 Feb 19. Epub ahead of print

2 | Fickl S, Jockel-Schneider Y, Lincke T, Bechtold M, Fischer KR, Schlagenhauf U Porcine dermal matrix for covering of recession type defects: A case series Quintessence International, 2013;44(3):243-6

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

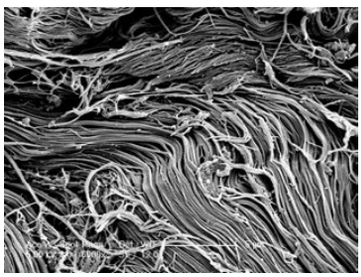
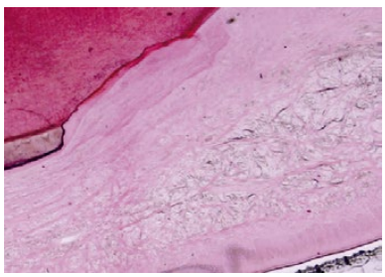


Imagen SEM de las fibras de colágeno Derma. *Cortesía del Dr. Kai R. Fischer. Departamento de Periodoncia. Universidad Witten/Herdecke, Alemania*



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

ED25FS | 1 Derma FINA | 25 x 25 x (0,8-1) mm | 105 €	ED03SS | 1 Derma STD | 30 x 30 x (2) mm | 100 €	ED75SS | 1 Derma STD | 7 x 5 x (2) mm | 75 €
ED05FS | 1 Derma FINA | 50 x 50 x (1) mm | 210 €	ED05SS | 1 Derma STD | 50 x 50 x (2) mm | 210 €	ED15SS | 1 Derma STD | 15 x 5 x (2) mm | 75 €
ED02LS | 1 Derma X-FINA | 20 x 20 x (0,6) mm | 95 €		

Osteògenos Dental Surgical Devices

PRODUCTOS PARA IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL

info@osteogenos.com I www.osteogenos.com I 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 daría lugar a indemnización alguna en caso de no poder cumplir con el plazo de entrega.

AUTORES:
DR. JULIÁN CAMPO.
Odontólogo. **jcampo@ucm.es**
DR. JORGE CANO.
Odontólogo. Especialista en Cirugía Oral (Reino Unido).
DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO.
Patólogo. Especialista en Patología de Cabeza y Cuello.
jmontans@anatomia.e.telefonica.net

Caso clínico:
Patología oral en imágenes

INTRODUCCIÓN

Mujer de 38 años que presenta en la exploración lesiones blancas extensas en paladar y labios superior e inferior **(figs. 1 y 2)**. Además presenta lesiones en piel **(fig. 3)**. La paciente refiere que tiene las lesiones desde hace varios meses y han ido a más. No refiere hábitos nocivos, ni fuma ni bebe ni toma ninguna medicación. Se decide realizar biopsia incisional para confirmar el diagnóstico de presunción de Liquen Plano Oral (LPO), o de Lupus Eritematoso Discoide (LED).

El **estudio histopatológico** de la biopsia realizada, reveló un epitelio escamoso estratificado, con hiperqueratosis, paraqueratosis con degeneración vacuolar de la capa basal y un infiltrado linfocítico subepitelial y en algunas zonas con distribución perivascular y con depósitos de mucina intersticial en el colágeno **(figs. 5-7)**. También puede observarse dilatación vascular con edema en la submucosa o subepidérmico. En muchos aspectos histopatológicos y clínicos esta lesión de LED puede confundirse con el Liquen Plano Oral (LPO), con el que hay que establecer el diagnóstico diferencial.

En estos casos asintomáticos de LED se debe realizar seguimiento y solamente tratarlos con corticoides tópicos cuando el paciente tiene sintomatología dolorosa. En este caso, debido a la extensión de las lesiones en labios y por motivos estéticos, se decidió la aplicación de corticoides tópicos en orabase, en este caso acetónido de triamcinolona al 0,3% **(fig. 4)**.

A pesar de que el paciente no parece tener afectación sistémica de la enfermedad se le recomienda se realice pruebas serológicas para anticuerpos antinucleares ANA, y otros menos específicos como anticuerpos a Ro y La (SS-A y SS-B) para descartar un Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

FIGURA 1: Lesión blanca lineal con retículas en labio inferior (Foto inicial)

FIGURA 2: Lesiones blancas que no se desprenden al raspado en paladar superior muy extensas con patrón reticular e incluso en forma "radial" o "rayos de sol" desde la zona central más eritematosa. Obsérvese que en zona central de paladar y encía de premolares superiores, estas lesiones blancas alternan con algunas zonas eritematosas que no le molestan al paciente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente las lesiones de LED se parecen mucho a lesiones de LPO erosivo pero tienden a tener una distribución menos simétrica. Las estrías queratósicas en LED son más delicadas y sutiles que las estrías de Wickham en el LPO, y suelen mostrar un patrón radial característico desde un foco central (como sucede en la lesión del paladar de este caso en la **Figura 2**).

RESUMEN

El lupus eritematoso puede presentarse en dos variantes clínicas; el LES (Lupus Eritematoso Sistémico) y la forma más crónica de LED (Lupus Eritematoso Discoide), como el caso aquí descrito. El LED es menos agresivo y afecta predominantemente a la piel y raramente evoluciona a LES, que es más grave por su posible afectación a múltiples órganos entre los que se encuentran los riñones, articulaciones, corazón y pulmones. Ambos tipos pueden presentar lesiones orales. La etiología exacta del LED es desconocida; pero se piensa que se trata de una enfermedad autoinmune afectando ambas ramas del sistema inmunológico (humoral y la mediada por células). Se han identificado auto-anticuerpos dirigidos contra antígenos celulares en núcleo y citoplasma. Estos anticuerpos pueden ser detectados en suero y ser responsable de las reacciones positivas a los anticuerpos antinucleares (ANA) que pueden ayudar al diagnóstico, especialmente en casos de LES. En los casos de LED el mejor método diagnóstico sigue siendo la biopsia cutánea y/o intraoral. Clínicamente las lesiones de LED afectan especialmente a mujeres de mediana edad y estas aparecen frecuentemente en piel (de la cara y cuero cabelludo), así como en labio e intraoralmente (especialmente en encía y mucosa bucal). La afectación de la piel de la cara en patrón de "alas de mariposa" o rash malar está frecuentemente asociado a los casos de LES. Estas lesiones de LED son muy similares a las del LPO, con el que habría que establecer el diagnóstico diferencial. El tratamiento del LED suele realizarse mediante corticoides tópicos. En casos refractarios al tratamiento se pueden utilizar antimaláricos y sulfonas. Los corticoides sistémicos se reservan para el tratamiento de las formas sistémicas (LES). En muchas ocasiones la primera manifestación de la enfermedad es a nivel de la cavidad oral por lo que el Odontólogo puede contribuir al diagnóstico precoz de esta entidad clínica, que en el caso del LES puede tener importantes implicaciones sistémicas •

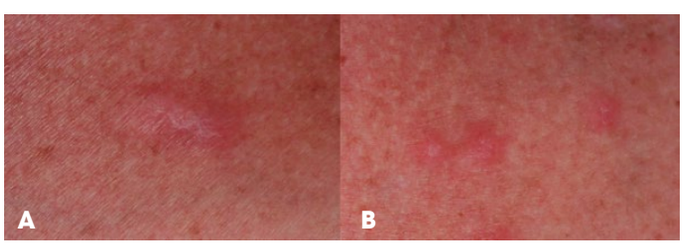


FIGURA 3:
A) Lesiones en piel. Obsérvese que también se reconocen zonas hiperqueratosis.
B) Zonas también de hipopigmentación central.

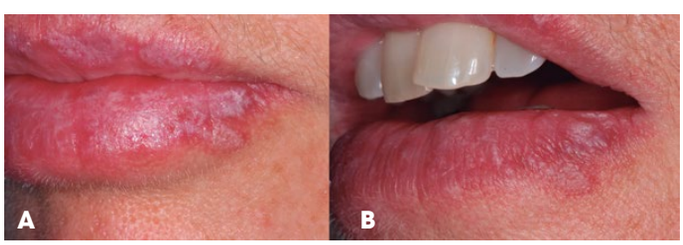


FIGURA 4:
A) Lesiones iniciales de LED en labios (izda)
B) Lesiones de LED en labio tras 15 dias con tratamiento de Acetónido de Triamcinolona al 0,3% en orabase

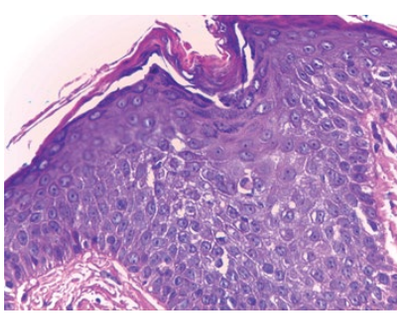


FIGURA 5: Microfotografia 100x H/E. Epitelio escamoso estratificado hiperqueratósico y paraquerátósico con una zona de tapones córneos foliculares típica en algunos casos de LED en piel (ya que están asociados a folículos pilosos).

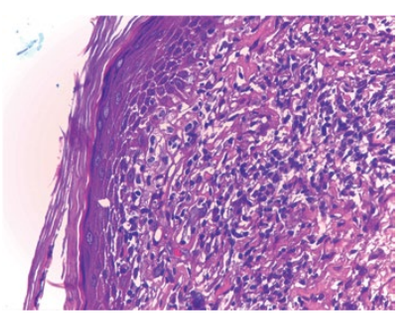


FIGURA 6: Microfotografía 400x H/E. Lupus eritematoso discoide (LED). Esta imagen muestra una zona de atrofia epitelial asociada a degeneración vacuolar de la capa basal junto con un infiltrado linfocítico perivascular superficial y profundo.

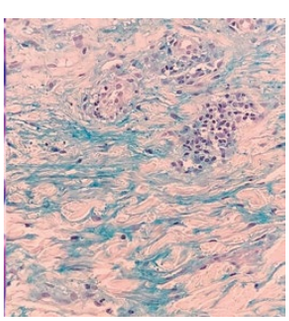
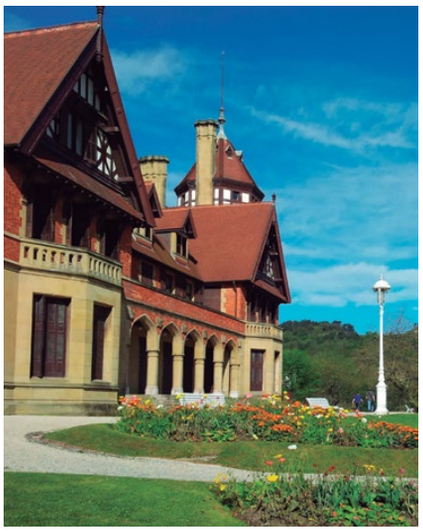


FIGURA 7: Microfotografía 400x H/E. LED. Tinción con hierro coloidal: Depósitos intersticiales de mucina e infiltrados perivasculares.

VI Simposio Internacional Avances en Cáncer Oral

Los pósters ganadores

Presentamos en esta edición los pósters ganadores del concurso celebrado en San Sebastián el pasado mes de julio, con motivo del VI Simposio Internacional Avances en Cáncer Oral.



PÓSTER 1: La prótesis obturadora en el paciente. Tratado de cáncer oral: serie de casos

Arteaga Losada L. França Vieira da Silva I, Huaman Choque U, Motilva Astorga J,López López J. Jané Salas E.
Universidad de Barcelona.

PÓSTER 2: Estudio de pérdida de heterocigocidad en carcinoma de células escamosas oral único y múltiple en marcadores microsatélites asociados a la cancerización de campo.

Sánchez-Alfaro J.1*, Martin-Salvago D.2, Ruiz-Ávila I.3, Ramos-García P.4, González-Ruiz I.5, Navarro-Treviño F.6, Gil-Montoya, J.A.5, González-Moles M.A.5

1. Escuela Odontología, Universidad de Granada, España.
2. Hospital de Jaén, Jaén, España.6 Hospital de Ciudad Real, Ciudad Real, España.
3. Departamento de Patología, Hospital de San Cecilio, España.
4. Escuela de Doctorado de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.
5. Departamento de Patología, Hospital de San Cecilio, España
6. Hospital de Ciudad Real, Ciudad Real, España.
7. Departamento de Estomatología, Universidad de Granada, España.

También presentamos un póster presentado en el Congreso de la Asociación Española de Endodoncia, celebrado en la misma ciudad de San Sebastián en octubre.

PÓSTER 3: Manejo clínico endodoncico de las fracturas radiculares horizontales (FRH)

Manzano Saiz A, Micó Muñoz P, Escribano Escribá B, Micó Martínez P, Albero Monteagudo A.
Universidad Europea de Valencia.

PÓSTER 1

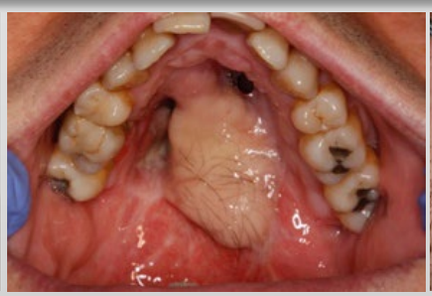
La prótesis obturadora en el paciente. Tratado de cáncer oral: serie de casos

Arteaga Losada L. França Vieira da Silva I, Huaman Choque U, Montilva Astorga J,López López J. Jané Salas E.

Introducción: Los defectos maxilares pueden ser de causa congénita o adquirida. El 2,8% de los tumores malignos de cabeza y cuello causan defectos maxilofaciales. La maxilectomia puede dejar graves deficiencias en la función masticatoria, deglutoria, fonatoria y como consecuencia deficiencias en la calidad de vida. El obturador es una prótesis removible que ejerce efecto de barrera en los defectos quirúrgicos ocasionados

Objetivo: Presentar nuestra experiencia de prótesis obturadora en pacientes con comunicación oro-nasal y oro-faríngea, secundaria a cirugía oncológica y como segundo objetivo, realizar un revisión bibliográfica sobre cáncer oral y prótesis obturadora a fin de evaluar el restablecimiento de las funciones perdidas y la calidad de vida del paciente

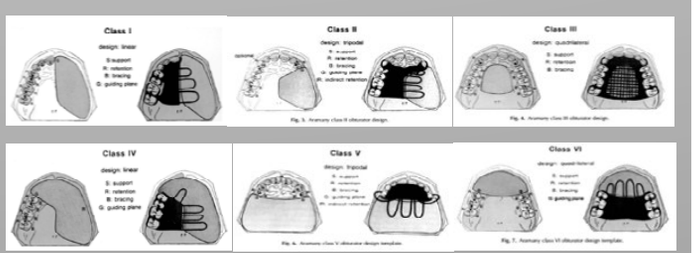
Caso 1



Materiales y métodos: Seleccionamos los casos que hacen referencia a las prótesis obturadoras realizadas en nuestro Máster. Asimismo una búsqueda sistemática en la base de datos Pubmed de los últimos 5 años con las palabras claves "*oral cancer" y "obturator prosthesis*"

Caso 5

Caso	Sexo	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Clasificación Aramany	Apertura
1	M	45	Carcinoma oral de células escamosas del paladar	Cirugía + injerto cutáneo	V	30 mm
2	M	77	Carcinoma laringe	Cirugía + RDT	V	30mm
3	M	47	Hemangiopericitoma orbitario	Cirugia	III	12mm
4	F	61	Carcinoma adenoide quístico del paladar	Cirugía + IMRT	III	22mm
5	M	57	Adenocarcinoma polimorfo Del paladar	Cirugía + RDT	IV	10mm



Parr, Gregory R. et al.Prosthodontic principles in the framework design of maxillary obturator prostheses.Journal of Prosthetic Dent Issue 5 , 405 - 411

Resultados: Se encuentran 25 artículos de los cuales se seleccionan 12, descartando los que no se centran en el propósito de la revisión. La literatura coincide con nuestra casuística en que los pacientes rehabilitados con prótesis obturadora, tienen una mejoría en sus funciones perdidas y una mejora en su calidad de vida

Conclusión: Es una buena solución provisional en casos de comunicación, que en ocasiones por la situación clínica del paciente puede ser definitiva. Requiere de una evaluación particular valorando factores tan dispares como la apertura bucal o la estética

PÓSTER 2

Estudio de pérdida de heterocigocidad en carcinoma de células escamosas oral único y múltiple en marcadores microsatélites asociados a la cancerización de campo.

Sánchez-Alfaro J.[1]*, Martin-Salvago D.[2], Ruiz-Ávila I.[3], Ramos-García P.[4], González-Ruiz I.[5], Navarro-Treviño F.[6], Gil-Montoya J.A.[5], González-Moles M.A.[5].

[1] Escuela Odontología, Universidad de Granada, España.
[2] Hospital de Jaén, Jaén, España. [6] Hospital de Ciudad Real, Ciudad Real, España.
[3] Departamento de Patología, Hospital de San Cecilio, España.
[4] Escuela de Doctorado de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.
[5] Departamento de Patología, Hospital de San Cecilio, España
[6] Hospital de Ciudad Real, Ciudad Real, España.
[7] Departamento de Estomatología, Universidad de Granada, España.

INTRODUCCIÓN

La cancerización de campo se ha definido como un proceso en el cual existe evidencia concluyente de que las lesiones premalignas y los carcinomas múltiples surgen de un precursor clonal común.[1-5]

El concepto de pérdida de heterocigosidad (LOH) hace referencia a la pérdida de material genético. Su trascendencia radica en que las fracciones del genoma perdidas, albergan genes supresores tumorales (GST) que por tal motivo pierden su función, generando células con inestabilidad genómica y, por lo tanto con riesgo elevado de adquirir nuevos eventos oncogénicos.[1,6,7,9]

La mayor parte de los estudios concuerdan que la aberración molecular ligada a la LOH en diferentes regiones cromosómicas es un evento oncogénico habitual y precoz en la carcinogénesis de cabeza y cuello.[4,5,7]

Se ha demostrado la existencia de una asociación entre las pérdidas alélicas en determinados loci cromosómicos, particularmente las ubicadas en los loci cromosómicos 3p, 9p y 17p, y el riesgo de progresión de lesiones premalignas a cáncer.[2,3,5]

A su vez, el análisis de LOH en tejido tumoral ha sido utilizado para evaluar el pronóstico de los pacientes con carcinoma de células escamosas oral (OSCC) y de cabeza y cuello (HNSCC) evidenciando que las lesiones que presentan LOH en 3p, y 9p poseen mayor riesgo de desarrollo tumoral múltiple.[1,4,6]

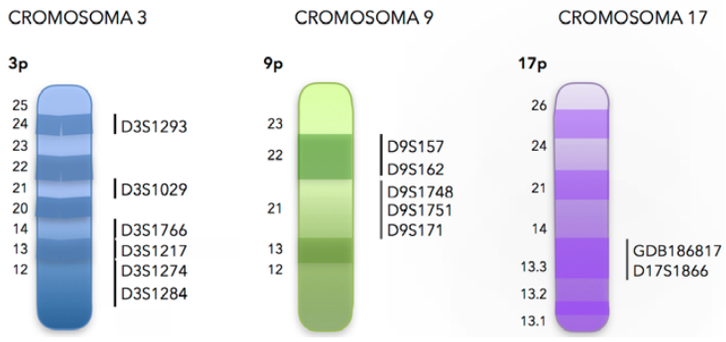
OBJETIVO

Encontrar marcadores específicos que puedan comportarse como marcadores de campo premaligno y de riesgo de desarrollo tumoral múltiple.

MATERIALES Y MÉTODOS

A través de disección tisular de bloques parafinados se obtuvieron muestras correspondientes a tejido tumoral (OSCC), epitelio no tumoral (NTE); adyacente al tumor (NTAE) y lejano al tumor (NTDE) de 25 pacientes, siendo 16 tumores únicos y 9 tumores múltiples. Se estudió la presencia de LOH en ciertos marcadores al compararse con tejido no tumoral coriónico (fibroblastos) el cual también fue obtenido por disección. Los marcadores de microsatélites utilizados fueron: D3S1029, D3S1274, D3S1284, D9S157, D9S1748, D9S1751, D3S1217, D3S1293, D9S162, GDB186817, GDB191095, GDB196683, D17S1866, D3S1766, D9S171.

MARCADORES UTILIZADOS EN ESTUDIO



RESULTADOS

En tumores únicos, el 62% de los pacientes mostró LOH en al menos un marcador común entre OSCC y tejido no tumoral (NTE). El marcador D17S1866 exhibió la mayor frecuencia de LOH.

En tumores múltiples, seis de los nueve pacientes poseían en común LOH de algún marcador. D9S162 presentó la mayor frecuencia de LOH, presentándose en un caso en dos de sus OSCC junto con sus NTE y, en otro paciente, en NTAE y NTDE pero no en OSCC.

CASOS TUMORES ÚNICOS

	LOH EN MUESTRAS	TEJIDOS INVOLUCRADOS	MARCADOR INVOLUCRADO
CASO 2	POSITIVO	OSCC- NTDE	D17S1866
CASO 5	POSITIVO	OSCC- NTDE- NTAE	GDB186817
CASO 6	POSITIVO	OSCC- NTDE	D3S1766
CASO 7	POSITIVO	OSCC- NTAE	D17S1866
		OSCC- NTDE	D9S1751
CASO 10	POSITIVO	OSCC- NTAE	GDB191095
			GDB196683
			D17S1866
CASO 11	POSITIVO	OSCC- NTAE	D9S171
CASO 12	POSITIVO	NTAE- NTDE	D3S1284
		NTAE- NTDE	D9S162
CASO 14	POSITIVO	OSCC- NTAE	D3S1217
			GDB191095
			D17S1866
			D3S1766
CASO 15	POSITIVO	OSCC- NTDE- NTAE	D3S1293
CASO 16	POSITIVO	OSCC- NTAE	D3S1284
			GDB196683
			D17S1866

CASOS TUMORES MÚLTIPLES

	LOH EN MUESTRAS	TEJIDOS INVOLUCRADOS	MARCADOR INVOLUCRADO
CASO 1	POSITIVO	OSCC1- NTDE1-NTAE1	D3S1217
		OSCC1- NTAE1	D17S1866
CASO 3	POSITIVO	OSCC3- OSCC1	D3S1217
		OSCC1 - OSCC2	D3S1293
		OSCC1- NTDE1- OSCC2-NTAE2	D9S162
CASO 4	POSITIVO	OSCC1- NTAE1	GDB186817
CASO 5	POSITIVO	NTAE- NTDE	D9S162
CASO 7	POSITIVO	OSCC1- NTDE1	GDB186817
CASO 8	POSITIVO	OSCC1- NTDE1	D9S1751

CONCLUSIONES

Existen marcadores específicos que se presentan tanto en el tejido tumoral como en el epitelio no tumoral adyacente y distante por lo que ellos podrían servir como marcadores de de existencia de campo premaligno y desarrollo tumoral múltiple.

REFERENCIAS

1. Partridge M, Pateromichelakis S, Phillips E, Emilion GG, A'Hern RP, Langdon JD. A case-control study confirms that microsatellite assay can identify patients at risk of developing oral squamous cell carcinoma within a field of cancerization. Cancer Res. 2000 Jul 15;60(14):3893-8.
2. Rosin 2000 5: Rosin MP, Cheng X, Poh C, Lam WL, Huang Y, Lovas J, Berean K, Epstein JB, Priddy R, Le ND, Zhang L. Use of allelic loss to predict malignant risk for low-grade oral epithelial dysplasia. Clin Cancer Res. 2000 Feb;6(2):357-62.
3. Califano J, Westra WH, Meininger G, Corio R, Koch WM, Sidransky D. Genetic progression and clonal relationship of recurrent premalignant head and necklesions. Clin Cancer Res. 2000 Feb;6(2):347-52.
4. Partridge M, Pateromichelakis S, Phillips E, Emilion G, Langdon J. Profiling clonality and progression in multiple premalignant and malignant oral lesions identifies a subgroup of cases with a distinct presentation of squamous cell carcinoma. Clin Cancer Res. 2001 Jul;7(7):1860-6.
5. Rosin MP, Lam WL, Poh C, Le ND, Li RJ, Zeng T, Priddy R, Zhang L. 3p14 and 9p21 loss is a simple tool for predicting second oral malignancy at previously treated oral cancer sites. Cancer Res. 2002 Nov 15;62(22):6447-50.
6. Sabharwal R, Mahendra A, Moon NJ, Gupta P, Jain A, Gupta S. Genetically altered fields in head and neck cancer and second field tumor. South Asian J Cancer. 2014 Jul;3(3):151-3.
7. Simple M, Suresh A, Das D, Kuriakose MA. Cancer stem cells and field cancerization of oral squamous cell carcinoma. Oral Oncol. 2015 Jul;51(7): 643-51.

PÓSTER 3

Manejo clínico endodóncico de las fracturas radiculares horizontales (FRH)

Manzano Saiz A, Micó Muñoz P, Escribano Escrivá B, Micó Martínez P, Albero Monteagudo A.

Universidad Europea de Valencia. Departamento de Odontología.
Área Docente de Endodoncia y Odontología Restauradora

INTRODUCCIÓN

Las fracturas radiculares ocurren en el 0,5-7% de los traumatismos en dentición permanente[1]. Las fracturas en ⅓ medio de la raíz son las más frecuentes[2]. Existen 4 tipos de reparación (por tejido calcificado, conectivo, óseo o por tejido de granulación) que dependerá fundamentalmente de la localización de la fractura y del estado de vitalidad pulpar[3].
El objetivo de este trabajo es informar sobre el manejo clínico de las FRH y sus diferentes resultados.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

1) FRH ⅓ MEDIO Hallazgo **casual** en 2.4 por dolor en 2.5. **No tratamiento.**

Diagnóstico

Rev. 15 días

2) FRH ⅓ MEDIO Fractura en 1.1 con **luxación lateral** hacia lingual. Se reposicionó el diente y se **ferulizó** con composite durante **4 semanas. Controles sin hallazgos patológicos.**

Diagnóstico

Ferulización

Rev. 6 m

Rev. 12 m

3) FRH ⅓ CERVICAL Fractura radicular conminuta cervical en 1.3 sin desplazamiento. **Ferulización** con alambre de acero trenzado durante **4 meses**. **Controles sin hallazgos patológicos.**

Foto inicial

Diagnóstico

Ferulización

Ferulización 4 m

Rev. 12 m

Rev. 12 m

4) FRH ⅓ CERVICAL Fractura radicular cervical en 2.1 inmaduro con **luxación lateral** hacia palatino. **Ferulización** con composite tras reposicionamiento. A los 2 meses aparece un **absceso**, que tratamos con $Ca(OH)_2$ en porción coronal. Al mes aparece **fístula** y recambiamos el $Ca(OH)_2$. Se finaliza el caso con la endodoncia, **manteniendo la porción apical sin tratar**. **Controles sin hallazgos patológicos.**

Diagnóstico

Rev. 2 m

Rev. 3 m

Rev. 4 m

Rev. 6 m

Rev. 12 m

DISCUSIÓN

Los principales factores pronósticos de estas fracturas son: tiempo desde fractura a inicio de tratamiento, grado de movilidad, localización de la fractura, vitalidad pulpar y grado de desarrollo radicular[4, 5].
Hay que tener en cuenta que las FRH pueden pasar inadvertidas y no suelen necesitar tratamiento pulpar, solo control[6]; el fragmento apical también suele permanecer vital; en caso de necrosis (25% casos), habría que extraerlo quirúrgicamente[7].

El condicionante oclusal en implantología

FÉLIX-MANUEL NIETO BAYÓN
Académico correspondiente, Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid
Clínica Estomatológica medico - quirúrgica, Dr. Nieto Bayón - Valladolid.
fmnietobayon@hotmail.com

RESUMEN
La pérdida de cualquier miembro u órgano de nuestro cuerpo, por pequeño que éste sea, siempre ha merecido consideración especial y ha despertado el interés para tratar de reponerlo a la mayor brevedad posible. Esto es y ha sido una constante tan antigua como la humanidad misma.
Dentro del tema que nos ocupa, que es la **reposición dental** a través de **implantes**, trataremos de realizar una **revisión histórica** desde el momento en que tenemos testimonios fidedignos implantológicos, año 7000 A.C., hasta nuestros días; valorando su evolución a través de la historia y remarcando cómo las ausencias dentales siempre fueron motivo de estudio crítico por escritores y artistas.
Describiremos los tipos y características de diferentes implantes dentales, definiendo el concepto de **osteointegración** con el metal **Titanio** (TI), descubrimiento aportado por el sueco Per–Ingvar Branemark, así como las enfermedades periimplantarias y los factores determinantes del fracaso de los mismos.
Finalizaremos comentando el tratamiento protésico sobre implantes y cómo **la Oclusión Dentaria (OD) fisiológica** es el fundamento para el éxito implantológico.

PALABRAS CLAVE:
Implantes, Osteointegración, Oclusión dentaria.

ABSTRACT
The loss of any limb or organ of our body, however small it may be, has always deserved special consideration and triggered the initiative to replace it as soon as possible. This has been a constant in human history.

In this paper, we conduct a historical review of dental replacement through implants, starting from the moment we have reliable testimonies of implantology —7000 b. C. — and moving on up to the present. We assess the evolution of implantology through history and analyze the critical study of dental absences by writers and artists.

We describe the types and characteristics of different dental implants and define the concept of osseointegration with the metal titanium (Ti), discovered by the Swede Ingvar Branemark. We further define the peri-implant diseases and describe the factors determining the failure of dental implants.

In the final part of the paper, we comment on the prosthetic treatment on implants and put forward that physiological DO is the foundation for implant success.

KEY WORDS:
Implants, osseointegration, dental occlusion

1. INTRODUCCIÓN

Los **dientes**, siempre han sido objeto de una consideración especial dentro de las partes de nuestro cuerpo. Habiendo proyectado su influjo de tal suerte que han merecido una atención superlativa, tanto en las personas como en la sociedad, y no digamos entre escritores y artistas.

El tener dientes o no, se ha interpretado invariablemente cual símbolo y paradigma de **belleza o fealdad**, o como hecho diferenciador entre **el bien y el mal**. En distintas otras ocasiones fueron utilizados para caricaturizar situaciones ridículas, de sarcástica mofa o desgarradora crítica. Así, tanto escultores, escritores, imagineros, pintores, fotógrafos. etc., encontraron en los dientes un filón donde expresar sus intenciones, deseos y matices, a fin de poder describir y definir con exactitud las características más representativas de sus personajes, tal como: la bonhomía, la maldad, lo hermoso y bello, lo disforme, lo aterrador...

Para nuestro más universal escritor, **D. Miguel de Cervantes Saavedra**, que en este año conmemoramos el 400 aniversario de su muerte, tampoco pasó desapercibido el órgano dental en su obra maestra *Don Quijote de la Mancha* y, de estas maneras se dirige El Caballero de la Triste Figura a su escudero:

"Porque te hago saber, Sancho, que la boca sin muelas es como molino sin piedra, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante". Volviendo a referenciar los dientes en otro pasaje:

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

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

¿Cuántas muelas solía vuestra merced tener en esta parte?

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

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

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

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

2. CONDICIONANTE OCLUSAL EN IMPLANTOLOGÍA

La íntima relación existente entre el Implante Dental **(ID)** y la Oclusión Dentaria **(OD)** hace de ésta el condicionante imprescindible para el éxito en los tratamientos protéticos implanto soportados.

Es por ello complicado hablar de implantes sin mencionar la (OD), ya que de ella dependerá en gran medida la fijación, duración y oseointegración de los implantes, en definitiva el éxito del tratamiento.

3. IMPLANTES DENTALES.

3.1 Historia de la implantología

Como sabemos, el deseo de reponer miembros perdidos, siempre ha sido una constante en la humanidad.

Implante y diente

En la mitología egipcia observamos como Osiris (dios del bien), es descuartizado en su lucha contra su hermano Seth (dios del mal) y sus restos esparcidos por el universo. La diosa Isis (esposa y hermana de Osiris) y su hijo adoptivo Anubis, recuperarán sus despojos y le recompondrán para devolverle la vida, quedando embarazada de él, y así nacerá Horus.

En la **prehistoria** (año 7.500 a.C), se han encontrado un Maxilar Superior con un implante dental a nivel del 25, realizado con el hueso de la falange de un dedo y en Mandíbula unos implantes incisales confeccionados con concha de molusco, que datan del año 6.000 a.C. Igualmente del año 3.000 a.C se conservan arcadas dentarias adornadas con tallados y piedras preciosas supuestamente para embellecer la sonrisa.

En **Egipto** se encuentra testimonio de Hesy-Ra como cirujano dentista en el año 3.000 a.C y dientes transplantados sujetos entre sí, por hilos y cintas de cobre.

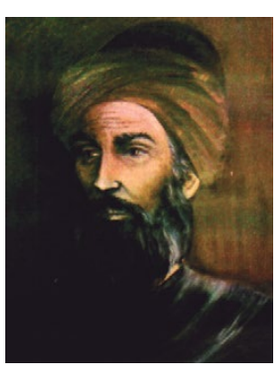
Ya en el **Medievo** (año 1.000-1.799), nos encontramos con **Albucasis**, quien describe el reimplante dental, siendo considerado como el **padre de la Cirugía**.

Ambroise Paré (1530), padre de la cirugía moderna, nos comenta en su libro *Obras completas* el primer transplante y reimplante dental. Siendo posteriormente los cirujanos barberos, quienes realizaban transplantes dentales, con plebeyos como donantes.

El francés **Pierre Fauchard** (1678-1761), realiza también transplantes dentales y, está considerado el "padre" de la Odontología moderna.

Francisco Martínez Castrillo, 1557, escribe *Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca*. Considerado el segundo libro mundial de Odontología.

John Hunter (Long Calderwood, 1728 - Londres, 16 de octubre de 1793) fue cirujano y anatomista, implantó un diente humano que no había completado su apicoformiación en la cresta de un gallo.



Abulcasis

Ambroise Paré

Implantología premoderna, destacamos a :

- **Maggiolo** (1809): Diseña un implante de oro.
- **Harris** (1887): Implante con raíz de platino revestida de plomo.
- **Berry** (1888): Recomendó el plomo.
- **Wright**: Patentó una estructura de platino.
- **Friel**: Hizo agujeros en la raíz del implante.
- **Payne** (1901): Cápsula de plata en alvéolo y corona sobre la estructura.
- **Algarve** (1909): Demostró el fracaso de Payne por su toxicidad.
- **Greenfield** (1911): Utiliza cesta de iridio y oro de 24 quilates.
- **Venable** (1937): Desarrolló la aleación de Co-Cr-Mb, denominada Vitallium.

Implantología moderna:

Tenemos dos escuelas clásicas:

1. **Subperióstica de Dahl** que utiliza implantes yuxta-óseos en el año 1940.
2. **Intraósea de Formiggini**, con implantes endoóseos en 1947.

Se comienza utilizando agujas y tornillos endoóseos de acero inoxidable, que también se oxidan, y se compone además de hierro, de un 14% de níquel, un 18% de cromo, un 2% de manganeso y un 3% de molibdeno.

Pero fue **Formiggini**, padre de la implantología **endoósea**, quien en 1947 crea el Implante espiral de tantalio. Posteriormente **Linkow,** en 1960, presenta el implante de lámina. Y **Chercheve,** en 1962, el implante espiral en doble hélice (Cr-Co).

Implantología en España:

- **Pascual Vallespín:** Modifica la técnica subperióstica.
- En los años 60, **Feliciano Salagaray, Baldomero Sol y Manuel Irigoyen** fueron los pioneros de los ID en España.
- **A. Perrón**, en 1967 publica el primer libro sobre Implantología en España.

Oseointegración

El suizo Armand Dumond con el italiano Stefano Tramonte fueron los primeros en fabricar un implante dental autorroscante en Ti (1959) y colocarlo en boca. Pero fue el sueco Per–Ingvar Branemark quien por serendipia, (palabra de origen inglés que se utiliza, principalmente, para casos de descubrimientos científicos que se producen por casualidad y que se encuentran sin buscarlos). Así fue como, experimentando en el Laboratorio de Microscopia Vital de la Universidad de Lund (Suecia), intentando grabar las trasformaciones óseas en una tibia de conejo a través de una microcámara fotográfica de Titanio (Ti) sujeta por un tornillo de tantalio, al intentar retirarla del hueso no pudo, por encontrarse integrada en el mismo. Desde entonces este fenómeno es conocido con el nombre de Oseointegración u Osteointegración y el Ti considerado material biocompatible.

El Ti como metal no se encuentra libre en la naturaleza, pero es el noveno en abundancia en la corteza terrestre, y está presente en la mayoría de las rocas ígneas y sedimentos derivados de ellas. Su número atómico es 22 y su peso atómico 47. 867. Existen 27 grados de Ti, considerándose puros del 1 al 4.

Para los componentes protésicos (tornillos y pilares), se utiliza Ti de grado 5, que llevan aleación de Aluminio y Vanadio. Es un metal que en contacto con la atmósfera se oxida en milisegundos, transformándose su superficie en Óxido de Titanio, dicho óxido se comporta como un material bio-inerte.

Per–Ingvar Brånemark en 1977 definió la Oseointegración como la "Conexión íntima, directa, funcional y mantenida en el tiempo, entre el hueso vivo y un implante, sometido o no a carga".

Per–Ingvar Brånemark

3.2. Implantes dentales endoóseos

Tipos:

Podemos realizar clasificaciones de implantes según su forma, su naturaleza y su situación en los maxilares. Así tendremos:

- Según forma: atornillados, impactados, autorroscantes y de lámina.
- Según naturaleza: Titanio, Circonio y aleaciones cerámicas de Hidroxiapatita.
- Y de acuerdo a su situación: alveolares, zigomáticos y pterigoideos.

Componentes de un implante dental

1. El ID propiamente dicho: con forma de tornillo o lámina, que hará de raíz y se integra en el hueso.
2. El pilar transmucoso: es la pieza que unirá el implante con la corona y va conectado al implante por un tornillo. Los pilares se fabrican con diferentes diseños (dependiendo de su uso) y longitudes. Para las restauraciones de dientes individuales es muy importante disponer de un dispositivo antirrotación que impida el movimiento del pilar y la corona sobre el implante. Dicho dispositivo de conexión implante-pilar puede ser atornillado con

OBTURATION INNOVATION

BioRoot™ RCS

Root Canal Sealer

Óptimo sellado y mucho más

ACTIVE BIOSILICATE TECHNOLOGY

Sabemos que un fracaso en el tratamieno de un conducto radicular puede tener graves consecuencias para el profecional y el paciente.

Con BioRoot™ RCS, pasa a una nueva generación de obturación mineral que ofrece una combinación inovadora de beneficios:

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

BioRoot™ RCS. Funciona.

septodont

hexágono u octógono interno, externo, de conexión conométrica y de conexión con pilar cementado.

3. La Corona: es la prótesis que imita al diente natural. Pudiendo ser de circonio, porcelana o de porcelana sobre metal, y colocada de forma atornillada o cementada.

Criterios para el éxito en implantología:

Según Albrektsson :

- ID inmóvil clínicamente.
- No existe radiolucencia periimplantaria a R.X.
- Pérdida ósea vertical menor de 0,2 mm por año.
- No dolor.
- Que el implante permita la colocación de una prótesis.

Estadísticamente, se dice que el éxito de los ID es superior al 95%, quince años después de su colocación. Puede existir una pérdida primaria, por acto quirúrgico inadecuado e infecciones, en un 5,3% de los casos y, una pérdida tardía, en la mayoría de los casos de origen oclusal, de un 4,7%.

Con el fin de valorar el grado de fijación (osteointegración) de un implante, realizamos el análisis de la frecuencia de resonancia, con un instrumento denominado Osstell, el cual mide a través de ondas, el coeficiente de estabilidad implantaria (ISQ). Si el ISQ es superior a 49, tendremos una posibilidad alta de éxito y si es igual o mayor de 60, podremos realizar carga inmediata.

Osstell

Principales causas de fracaso en ID

1. Tratamiento inadecuado por hueso deficiente, implante impropio, prótesis con cantilevers, defectuosa OD, etc..
2. Mala higiene bucal.
3. Infecciones: periimplantitis y mucositis.
4. Hábitos nocivos: bruxismo, tabaquismo... etc..
5. Enfermedades sistémicas: SIDA, diabetes, osteoporosis.

Periimplantitis: Enfermedad inflamatoria alrededor del hueso de un ID. Está provocado por una infección bacteriana. Las enfermedades sistémicas que se asocian a esta enfermedad son, la leucemia, el SIDA y alteraciones endocrinas y metabólicas como diabetes, embarazo y osteoporosis.

Mucositis: Reacción inflamatoria alrededor de los tejidos blandos que rodean al implante dental. Sus síntomas son enrojecimiento, sangrado y dolor entre otros.

Prótesis Implantosoportadas

Los ID se asemejan a unas raíces artificiales, para poder colocar sobre ellas prótesis semejantes a nuestros dientes, a fin de restituir los espacios edéntulos.

En la actualidad, lo más novedoso son los registros por ordenador, a través de imágenes en 3D de las arcadas dentarias, para la confección de prótesis, con el denominado Sistema CAD/CAM (Diseño Asistido por Computadora / Fabricación asistida por Computadora). Las secuencias de este sistema son: escaneado, diseño mediante software tridimensional, fresado, sinterizado (tratamiento térmico de un material, a una temperatura inferior a la de fusión, para aumentar su resistencia) y recubrimiento de cerámica.

Prótesis implantosoportada

4. OCLUSIÓN DENTARIA COMO BASE DEL ÉXITO IMPLANTOLÓGICO

Definimos OD como la relación morfológica y funcional dinámica entre todos los componentes del Aparato Estomatognático (AE).

El AE está conformado por los dientes, tejidos de soporte, articulaciones y, todo ello engranado por un sistema Neuro-Muscular.

La OD es la dovela, la piedra angular en la que nos fundamentamos para cualquier tipo de rehabilitación dental, incluida la rehabilitación con implantes (RI).

Rehabilitación

Factores Oclusales en la RI

- La relación Implante-Hueso es una anquilosis funcional, sin amortiguador periodontal y sin sensación propioceptiva.
- Las cargas sobre implantes deben ser axiales.
- Los implantes han de ser lo más largos y anchos posibles, sin comprometer tejidos adyacentes.
- Fijar el número necesario de implantes.
- Conseguir un buen ajuste pasivo de las prótesis.

El tipo de OD que realizaremos en prótesis sobre implantes guardará las mismas normas que cualquier tipo de rehabilitación:

Función fisiológica de las articulaciones del AE.

Oclusión funcional mutuamente protegida, guía canina, guía anterior y el mayor número de contactos entre ambas arcadas dentarias.

No prematuridades ni interferencias, ni trauma oclusal primario en lado de trabajo y secundario en lado de balanceo. Consiguiendo una correcta dimensión vertical, tanto en reposo, como oclusal ●

BIBLIOGRAFÍA:

1. ALBREKTSSON T, JANSSON T, LEKHOLM U. “Osseointegrated implants”. Dent Clin N Am, 30: 151-177. 1986
2. ALONSO A. ALBERTINI A. BECHELLI A. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Ed. Panamericacana. Buenos Aires. 1999
3. ASH, MAJOR M.-Oclusión. 1996
4. BERT, MARC, MISSIKA, PATRICK. “Implantes Osteointegrados”. Masson, 1ªEdición. 1994
5. CAMPOS ORTEGA, AGUSTÍN, Rehabilitación oral y oclusal. 2000
6. CARDA C, PEYDRÓ A. “Aspectos estructurales del periodonto de inserción: estudio del tejido óseo”. Labor dental-Vol. 9- nº6; 12/2008. Formación continuada ESORIB.
7. CARL E. MISCH. “Implantología Contemporánea”. Elsevier Mosby, 3ª Edición.
8. CARL E. MISCH. “Prótesis Dental sobre Implantes”. Elsevier Mosby.
9. DAWSON, P.E., "Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales". Ed. Salvat. Barcelona. 1991
10. DAWSON, P.E., Oclusión funcional: Diseño de la sonrisa a partir de la ATM". Ed. Quintessence. 2009
11. DE LEEUW R. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and Management. 4th Ed. Quintessence. 2008
12. DOS SANTOS J.- Gnatología. Principios y conceptos. Ed. Impreandes. Caracas. 1992
13. ECHEVERRI GUZMÁN, ENRIQUE, Neurofisiología de la oclusión / Enrique Echeverri Guzmán, Gisela Sencherman Kovalski. 1993
14. FERNANDO P. “Implantología Oral. Alternativas para una prótesis exitosa”. Amolca. 2008
15. HOBO S., ICHIDA E., GARCÍA L. “Osteointegración y Rehabilitación Oclusal”. Marban, Edición española. 1997
16. HOBO, SUMIYA, Osteointegración y rehabilitación oclusal / Sumiya Hobo, Eiji Ichida, Lily T. García. 1996
17. KORNFELD, M : Rehabilitación bucal. 1972
18. LAURITZEN, ARNE G.-Atlas de análisis oclusal. 1977
19. MCNEILL. Fundamentos científicos y aplicaciones prácticas de la oclusión. Quintessence. Barcelona. 2005
20. NORMAN CRANIN A. “Atlas en color de implantología oral”. Mosby, 2ª Edición
21. OKESON J.- Oclusión y afecciones temporomandibulares. Ed. Elsevier. Barcelona. 2008
22. PESSINA E, BOSSO M y VINCI AM.- Articuladores y arcos faciales en prótesis odontológica y gnatológica . Ed..Masson. Barcelona. 1995
23. POSSELT, Ulf-Fisiología de la oclusión y rehabilitación. 1981
24. RAMFJORD S.P., ASH M. Oclusión. Ed. Interamericana. México. 1996
25. ROSENSTIEL, S.F., LAND, M.F. y FUJIMOTO, J., "Prótesis Fija Contemporánea". Ed.Elsevier. Barcelona. 2009
26. SCHILLINGBURG H.T., et al. "Fundamentos esenciales en prostodoncia fija". Ed. Quintessence.Barcelona. 2000
27. SCOTTI R. Pernos de fibra: Bases teóricas y aplicaciones prácticas. Ed Masson. Barcelona. 2004
28. THOMAS, PK : Rehabilitación oral. 1969
29. WEISS C. “Tissue integration of dental endosseous implant: Description and comparative analysis of the fibro-osseous integration and osseous integration systems”. J Oral Implant, 12:169-214. 1986
30. ZARB G. “Introduction to osseointegration in clinical dentistry”. J Prosthet Dent, 49:824. 1983

ODONTOLOGOS de hoy

Compromiso
RIGOR Y CIENCIA

Suscríbase

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com

Falso Valor Añadido, ¿lo estás usando tú también?

DR. ALBERTO MANZANO
CEO DE PLAN SYNERGIA. CONSULTORÍA DENTAL ÉTICA.
alberto@plansynergia.com

Parece que todo el mundo está de acuerdo en que hay que aportar un valor añadido a sus pacientes para así conseguir diferenciarse del resto y que lo acaben eligiendo como su dentista. Sirve también para tomar distancia con ese otro tipo de clínicas que buscan captar a su público con precios bajos. Y es que, aunque la batalla de precios es una estrategia perfectamente válida en el mundo de los negocios, es muy complicada de llevar a cabo en clínicas privadas.

Lo que está claro es que *todas las clínicas que no se diferencien por un valor añadido están condenadas a competir por precio*. Y aún si elegimos la opción de la guerra de precios como estrategia, no estaría mal desarrollar alguna otra ventaja competitiva para estar preparado para cuando una clínica entre en nuestra zona de influencia con precios más económicos, ya que tarde o temprano, pasará.

Pese a la concienciación en mostrar ese valor añadido en nuestro trabajo diario, nos encontramos constantemente con clínicas que confunden lo que es un valor añadido real, publicitando por ejemplo una nueva lámpara para hacer blanqueamientos, un nuevo implante dental, o un mejor ajuste de las prótesis al usar tecnología CAD-CAM. Todo esto son cosas que mejoran la calidad del tratamiento, pero no son valores añadidos para nuestros pacientes. Resumiendo mucho podríamos decir que *un valor añadido real serían todas aquellas mejoras que se agregan a la consulta sin que tengan que ver con la Odontología*. Y la suma de valores añadidos percibidos constituye lo que llamamos la "experiencia de usuario" de nuestros pacientes.

Debemos saber que todo producto o servicio tiene dos dimensiones bien diferenciadas: la dimensión nuclear y la dimensión ampliada. En el caso de una clínica dental, la dimensión nuclear sería el diagnóstico, el tratamiento, el ajuste marginal de nuestras prótesis, la estabilidad primaria del implante, etc.. La mayoría de los pacientes no lo pueden valorar suficientemente porque no tienen la formación específica que lo permite, y cuando decimos "suficientemente" nos referimos a "suficientemente como para pagar más por ello". La dimensión ampliada sería el cómo le reciben, el tiempo de espera, la amabilidad del personal, la claridad de las explicaciones, la sensación de higiene, tener prensa diaria en la sala de espera, una sala de relax tras la cirugía, etc.. Éstas son las cosas que el paciente sabe y puede valorar, tanto positiva como negativamente si no se cumplen, y cuantos más valores añadidos percibidos, más fácil será que el paciente se quede con nosotros, ya que relativizará mucho más el precio.

> *"Un valor añadido real serían todas aquellas mejoras que se agregan a la consulta sin que tengan que ver con la odontología."*

Toda la dimensión nuclear de nuestros servicios es importante, es sumamente importante para la satisfacción final de los tratamientos, pero no sirve tanto para la toma de decisión del paciente. Además, el paciente, cada vez más exigente, da por supuesto que usamos los mejores implantes, la última tecnología, y el mejor ajuste de nuestras prótesis. Tenemos que entender de una vez que *el mercado no premia el esfuerzo, premia el valor añadido*, y además, únicamente el valor añadido que percibe el usuario, y ahí es de vital importancia que nuestro equipo esté bien formado en temas de comunicación efectiva con nuestros pacientes. Debemos tener presente también que la calidad en la atención dental no debe limitarse únicamente al nivel de ejecución técnica de nuestros tratamientos sino también complementarlo con una atención personal adecuada según la tipología de paciente •

GENORAY

Dental Radiology High Quality

NUEVO SCANNER 3D

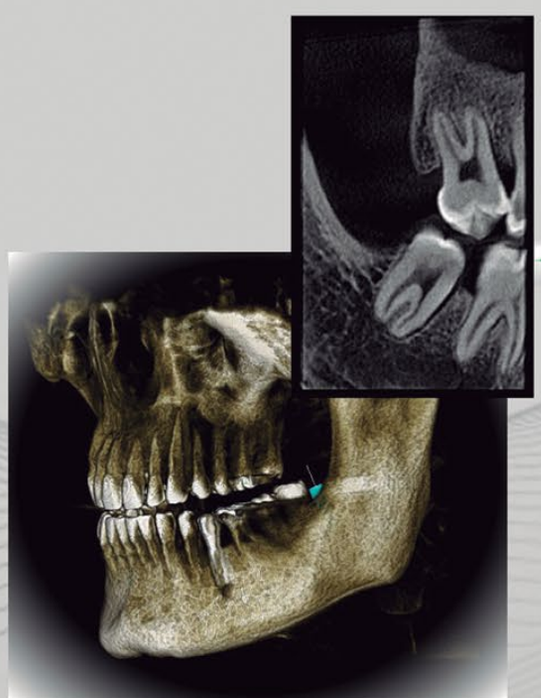
¡ Único en prestaciones !

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

¿Es rentable mi clínica dental?

EDUARD MARTÍN
CEO ASESORÍA DENTAL CONSULTING

Esta pregunta la debemos hacer una vez a la semana, mes, trimestre, semestre y año, pero ¿sabemos obtener la respuesta correcta?

En ADC siempre hablamos de los conceptos que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar la **rentabilidad de nuestra clínica** como negocio, como por ejemplo saber interpretar las diferencias entre facturación y producción, pero hay un sinfín de parámetros que indican y ofrecen la **información** adecuada para obtener una respuesta correcta y proporcionar una guía para corregir los posibles problemas y dar lugar a un cambio en la tendencia del resultado y obtener beneficios de nuestro trabajo.

Por este motivo todos los datos son importantes y debemos saber en todo momento **qué está pasando en nuestra clínica dental** en cualquiera de sus áreas de trabajo, y cuando algo se desvíe de los parámetros establecidos como estándar corregirlo de manera inmediata. Pero para ello debemos tener unos controles hechos a medida donde conoceremos nuestras fortalezas y debilidades. Sin duda, una de las características en que coinciden las grandes empresas de cualquier sector está basada en sus métricas de control y herramientas de autoanálisis.

Primero de todo, debemos tener claro qué información deseamos conocer de nuestra clínica y desarrollar unas plantillas de control.

Por ejemplo: ¿cuántas visitas tengo al mes?

En este artículo desarrollaremos brevemente este ejemplo, siguiendo los pasos que debemos realizar en el proceso de control para obtener la información y datos de nuestra clínica. El conjunto de controles da lugar a una auditoria interna y su información nos da ventaja respecto a la competencia, al disponer de información sobre la tendencia de nuestra clínica en el sector, dándonos rapidez en la capacidad de respuesta para solucionar posibles debilidades y potenciar las fortalezas.

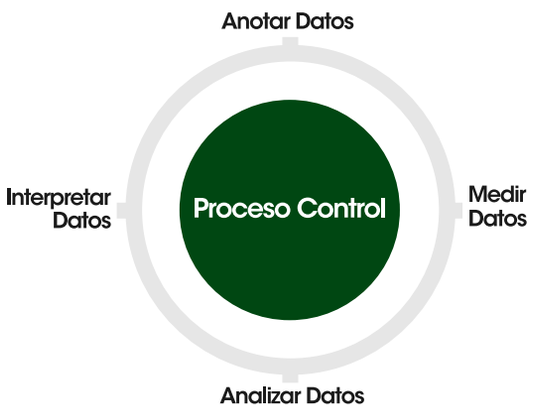
> *Una de las características en que coinciden las grandes empresas de cualquier sector es en tener controles a medida para conocer sus fortalezas y debilidades.*

Los controles de la auditoría interna deben realizarse de todos los datos que deseemos conocer y nos sean de utilidad, dividiéndolos en controles individuales (recepcion, ventas, compras, etc.) y controles globales (satisfacción del paciente, rentabilidad, etc.).

1. **Anotar los datos:** Nuestro responsable de recepción será el encargado de anotar todas las citas nuevas, *Old Contacts*, revisiones, etc. que soliciten hora con nosotros y desglosarlos en la plantilla. La adecuada recogida de datos es muy importante en el proceso, ya que de ello dependerá el resultado y la información obtenida, por este motivo debemos establecer un protocolo de lo que necesitamos conocer.
2. **Medirlos:** Tendremos unos datos finales que nos orientarán acerca de cuál es nuestro potencial como clínica y podré tener una previsión de los tra-

tamientos que puedo realizar, la efectividad de mi equipo, así como una buena experiencia del paciente. Una vez tenemos todos los datos, debemos seleccionarlos estableciendo criterios que nos sirvan para obtener las diferentes informaciones.

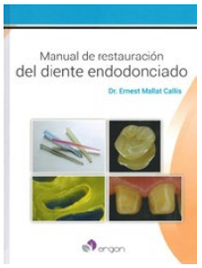
3. **Canalizarlos:** Haremos un análisis del resultado final, comparándolo con la información histórica de años anteriores, días y semanas que hay más acogida, meses con menos afluencia, etc. para ver la tendencia normal durante el año y poder realizar acciones, anticipándonos a los resultados que ya conocemos.
4. **Interpretarlos:** Esta es la parte más importante para poder ver si estamos en una tendencia positiva, estable o negativa. Una vez realizada la lectura de la herramienta de control deberemos tomar una decisión para corregir y mejorar o mantener y mejorar (siempre hay que mejorar). Para poder interpretar debemos conocer cuáles son los parámetros que nos indicarán que nuestra estrategia y nuestra gestión es adecuada o que necesitamos modificarla.



Este ejemplo es muy sencillo, pero con una plantilla elaborada a medida podríamos saber la cantidad de primeras que tenemos al mes y la cantidad de antiguos pacientes que vuelven a nuestra clínica, así como la facturación media de un antiguo paciente, donde valoraremos la importancia de la **fidelización** y la necesidad-capacidad de inversión de la clínica para su captación, qué día de la semana tiene una tendencia de más solicitud de primeras y, por consiguiente, podríamos adecuar nuestras agendas para que se quedaran y atenderles ese mismo día (siempre dar cita en 24 horas), etc.. Una vez obtengamos los resultados, nuestra estrategia de **marketing dental** empezará a trabajar conociendo qué debe hacer mi clínica, ya que todas las clínicas dentales no son iguales, y por ello los controles deben adaptarse de forma individualizada y a la medida de cada una.

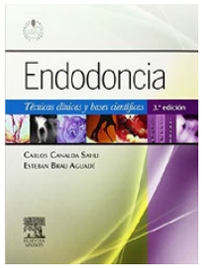
Los controles pueden ser infinitos en nuestra clínica dental, y con información bien recogida y medida podemos ver y corregir nuestras debilidades en un sector donde la competencia nunca duerme.

Si no se mide lo que se hace, no se puede controlar. Si no se puede controlar, no se puede dirigir. Y si no se puede dirigir, no se puede mejorar ●

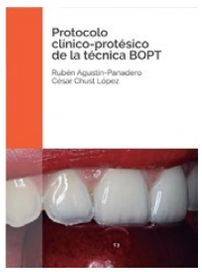


Manual de restauración del diente endodonciado
Mallat

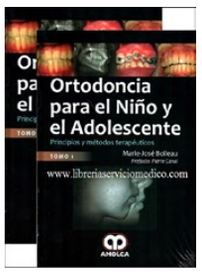
Estética & Función Metodología para clínicos y técnicos dentales
Nannini



Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas
Canalda

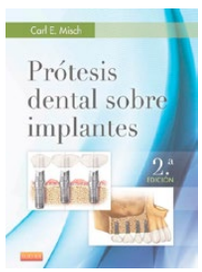


Protocolo clínico-protésico de la técnica de BOPT
Agustín/Chust

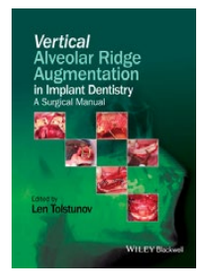


Ortodoncia para el niño y el adolescente
Boileau

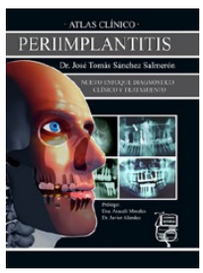
Manual de trastornos temporomandibulares
Wright



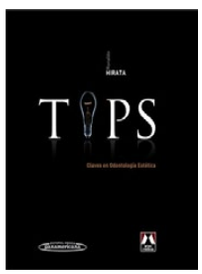
Prótesis dental sobre implantes
Misch



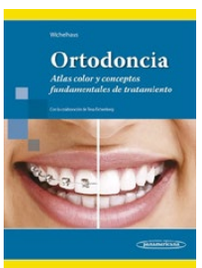
Vertical Alveolar Ridge Augmentation in Implant Dentistry
Tolstunov



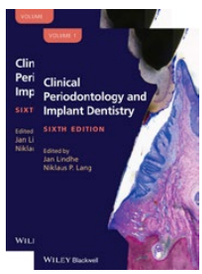
Atlas Clínico de periimplantitis
Sánchez Salmerón



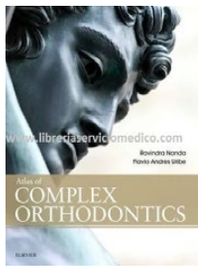
Tips Claves en odontología estética
Hirata



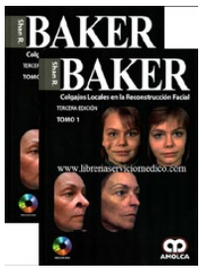
Ortodoncia: Conceptos fundamentales
Wichelhaus



Clinical Periodontology and Implant Dentistry
Lindhe



Atlas of complex orthodontics
Nanda



BAKER Colgajos locales en la reconstrucción facial
Shah

Morfología Dental
Miller

Librería Servicio Médico (Odontología & Medicina)
C/Juan de Garay nº18 Bajo Izq · 46017 Valencia · Tlf +0034 963 573 026
www.libreriaserviciomedico.com · @ info@libreriaserviciomedico.com

La reducción de jornada por cuidado de menores: claves para entenderla

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

La conciliación de la vida personal, familiar y laboral es un tema que desde hace años se trata frecuentemente y que habitualmente genera debates y diversidad de opiniones. Y con razón. Aceptar la responsabilidad que supone el nacimiento de un hijo y formar una familia y conjugar esto, a su vez, con el sentido de la responsabilidad laboral y el compromiso profesional en una empresa no siempre es fácil.

Por ello, el Estatuto de los Trabajadores reconoce en su artículo 37 el derecho de todos los trabajadores a solicitar la reducción de jornada para el cuidado de hijos menores hasta 12 años (edad límite ampliada recientemente, puesto que en su redacción original se contemplaba la edad de 8 años), derecho que la práctica totalidad de los convenios colectivos reconocen y regulan.

En líneas generales, el derecho a la reducción de jornada por cuidado de menores permite al trabajador reducir su jornada entre un octavo y la mitad de la jornada desempeñada, con la consiguiente reducción del salario, pudiendo así destinar ese tiempo al cuidado del menor. Esto es, lógicamente, un punto a favor de la conciliación familiar, pero en la mayoría de las ocasiones supone un perjuicio para las empresas, que ven como la jornada del trabajador se reduce, con los consiguientes perjuicios organizativos y productivos.

> *“La concesión del derecho a la reducción de jornada es obligatoria para la empresa. Sin embargo, no es oro todo lo que reluce y suelen existir diferencias entre empresa y trabajador.”*

El dato que la mayoría de las empresas y de los trabajadores desconocen es que la concesión de este derecho es obligatoria, es decir, la empresa no puede, bajo ningún concepto, denegar esta reducción de jornada. Partiendo de esta evidencia, las discrepancias surgen a la hora de articular el derecho, principalmente en la determinación del horario.

Como punto de partida debe tenerse en cuenta la redacción del artículo 37.6 ET que establece que “la concreción horaria y la determinación del periodo de disfrute del permiso de lactancia y de la reducción de jornada (…) corresponderán al trabajador, dentro de su jornada ordinaria”.

Sin embargo, no es oro todo lo que reluce y en la mayoría de los casos existen diferencias entre empresa y trabajador en el momento de negociar cómo se llevará a cabo la reducción de jornada y qué horario será el que disfrute el trabajador una vez concedida la reducción de jornada. Y ello es así puesto que este derecho no es absoluto, sino que deberá ejercitarse teniendo presente las necesidades de la organización empresarial.

Lo más adecuado para no minar la relación “empresa – trabajador” es que ambas partes se sienten a negociar qué horario será el que mejor compagine el interés productivo y organizativo de la empresa y la necesidad de conciliación del trabajador. Gráficamente podemos entender esta situación si pensamos en una balanza: ésta tiene que equilibrarse sin perjudicar los intereses de ninguna de las partes y sin beneficiar a ninguna de ellas sobre la otra.

Para ello es importante que la dirección de la empresa y el trabajador valoren la situación teniendo en cuenta no sólo sus intereses, sino también los de la otra parte. Por ejemplo, sobre la base de que la elección de horario corresponde, a priori, al trabajador, éste deberá, en la medida de sus posibilidades, elegir un horario que sin descuidar el cuidado del menor perjudique lo menos posible a la empresa teniendo en cuenta factores como las funciones realizadas, la categoría o la afluencia de público en el horario solicitado.

Los tribunales se han pronunciado en multitud de ocasiones acerca de la problemática que supone el ejercicio de este derecho y de tales pronunciamientos pueden obtenerse determinados criterios generales que servirán como orientación.

PRAMA

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
IMPLANTOLOGY

En primer lugar, el trabajador debe tener en cuenta que la solicitud de este derecho deberá hacerse en cualquier caso conforme a las exigencias derivadas del principio de buena fe. Ello supone valorar, como decimos, las necesidades organizativas de la empresa, y no solicitar un horario que de forma clara e inequívoca ponga en riesgo la viabilidad de la empresa, afecte a la producción gravemente o exista la posibilidad de satisfacer el derecho del trabajador en otro horario compatible con el proceso productivo. Este es el punto de partida que determinará la intención del trabajador para con la empresa y, por lo tanto, la posibilidad de alcanzar una solución favorable para ambas partes.

Ante una situación de bloqueo, donde la empresa no puede contemplar la opción planteada por el trabajador por cuestiones organizativas, y el trabajador no puede ofrecer otra alternativa que le permita conciliar la vida personal y familiar, ambas partes pueden estudiar la posibilidad de llevar a cabo un cambio del centro de trabajo y trasladar al trabajador a un centro donde sí pueda trabajar en el horario propuesto. Lógicamente, esta opción no puede suponer un perjuicio al trabajador y, por ello, el cambio deberá ser a un centro de trabajo equidistante del centro de trabajo donde el trabajador realice su actividad hasta el momento.

> *Los casos más problemáticos son aquellos en los que el trabajador tiene un régimen a turnos y solicita la reducción con un horario fijo.*

Los casos más problemáticos son aquellos en los que el trabajador tiene un régimen de trabajo a turnos que incluye el fin de semana y solicita la reducción de jornada con un horario fijo (y compatible, por otra parte, con las necesidades de los centros educativos). En estos casos, la empresa concede la reducción de la jornada, pero deniega el horario propuesto, por entender que se ha modificado la jornada pasando de un régimen de trabajo a turnos a un turno fijo.

Es en estas situaciones cuando ambas partes tienen que demostrar por todos los medios admitidos en derecho sus pretensiones: la empresa, que las necesidades organizativas impiden ofrecer al trabajador el horario solicitado y, el trabajador, por su parte, que sus circunstancias requieren ese horario para atender al menor.

Será, por lo tanto, en vía judicial donde ambas partes en caso de no haber llegado a un acuerdo previamente, situarán, de nuevo, sus pretensiones en la balanza. Así, por parte del trabajador se examinarán, entre otros extremos, la edad de los hijos, el horario del centro escolar, la distancia del hogar al centro de trabajo y la situación familiar (principalmente la situación laboral del otro cónyuge, en caso de que exista). En relación con las circunstancias de la empresa se examinarán la necesidad de contratar a otra persona, el posible perjuicio causado a otros trabajadores, o el hecho de que el horario que pretende el trabajador sea el que más afluencia de clientes recibe.

La decisión judicial será estimatoria para aquella parte que haya conseguido probar sus necesidades. De esta forma, si el trabajador no consigue acreditar que el horario solicitado es el único viable para llevar a cabo la conciliación y, en su defecto, la empresa sí consigue acreditar las dificultades organizativas o productivas en tal horario, la sentencia será, con toda seguridad, desestimatoria.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que a pesar de que tradicionalmente los tribunales han declarado la primacía del derecho a la conciliación familiar sobre las necesidades organizativas de la empresa, cuando se trata de negociar un cambio del régimen de trabajo a turnos a un turno fijo solicitado por el trabajador, son numerosos los pronunciamientos en contra de admitir que sea éste quien modifique unilateralmente su sistema de trabajo, e instando al trabajador a reducir tanto el turno de la mañana como el turno de la tarde, pero manteniendo el sistema de trabajo a turnos originario.

En otro orden de cosas, no se ha previsto la posibilidad de modificar el horario establecido sin reducir la jornada. Es decir, salvo acuerdo con la empresa, no se reconoce el derecho del trabajador a cambiar su horario si éste no va acompañado de trabajar menos horas. En nuestra opinión, esto se opone al espíritu de todas y cada una de las leyes que fomentan la conciliación familiar, entre otras, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, que buscan favorecer la igualdad y la conciliación familiar y laboral por encima de requisitos formales que carezcan de toda lógica: si existe el derecho a la reducción de jornada por cuidado de menores y, en consecuencia, el horario puede modificarse disminuyendo la jornada ¿por qué el derecho al cuidado de menores no abarca la modificación del horario sin reducirla?

En cualquier caso, la piedra angular del ejercicio del derecho a la reducción de jornada es, para ambas partes, como decimos, justificar sus posturas. Por ello, habrá que atender al caso concreto, ya que no existe una única solución correcta.

Para solventar las posibles discrepancias existentes, la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social habilita un procedimiento especial preferente y urgente, lo que supone como resultado que la sentencia recaída deviene firme, amén de los plazos, que son notablemente inferiores a los existentes en otros tipos de procedimientos ●

CONÓCENOS
ODONTO GRUP®
GRUPO GLOBAL DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS
GS OG®
G
¿QUIERES MÁS PACIENTES?
S
Financiamos a tus pacientes
O
Fidelizamos tu cartera de pacientes
G
Mejoramos tu gestión de compras
TODO ESTO GRATIS*
*Exento de cuotas
ODONTOGRUP™ es el mayor grupo español de clínicas dentales. Desde sus orígenes en el año 2006, se benefician de la captación de nuevos pacientes para sus consultorios, así como de servicios logísticos y operativos destinados a grandes grupos, adaptados al pequeño consumidor. Lo cual implica obtener precios especiales desde el primer momento de la utilización del servicio.
Distribuidores de materiales, protésicos dentales, centros de fresado CAD-CAM, financieras a pacientes y demás prestaciones forman parte de la oferta de ODONTOGRUP™ a sus socios. Todo ello sin pagar ningún tipo de cuota.
Con ODONTOGRUP™ siempre ganas. Infórmate.
SOLICITUD INFORMACIÓN
Nombre Clínica
Nombre
Dirección
Código postal
Ciudad
Teléfono
Móvil
Email
Enviar solicitud por fax o email
AD+
AYZA ORTODONCIA S.L.
DKL SPAIN
Elysee dental
ENSA DENTAL
euro teknika Iberia
FraCCiona
GLASSDENT
G·U·M
image·and·health
KLOCKNER implant system
Pastor Serfin
phibo
onlyorto
tlf.: 902 998 275 fax: 902998375 www.odontogrup.com info@odontogrup.com

Los servicios profesionales y el impuesto sobre sociedades

FCO. JAVIER RELINQUE RODRÍGUEZ

ABOGADO, SOCIO RESPONSABLE DPTO. JURÍDICO DE IVB ABOGADOS Y ECONOMISTAS SL
jrr@ivb.es

Se acerca el final del año y, tras la reforma de la Ley del Impuesto sobre Sociedades, tenemos que hacer una tarea de cálculo tributario de suma importancia para el bolsillo: ¿Cuánto tengo que facturar a mi sociedad si soy socio de ella? Es decir, ¿cuánto me obliga Hacienda a facturar –como mínimo– a mi sociedad en el ejercicio 2016?

Me refiero, claro, a las sociedades mercantiles con actividades profesionales (como los dentistas), porque el resto de sociedades no tienen este grave problema.

Les explico. Comienza el artículo 18 de la Ley del Impuesto sobre Sociedades exigiendo que "*las operaciones efectuadas entre personas o entidades vinculadas se valorarán por su valor de mercado*". Son las llamadas "operaciones vinculadas".

El "valor de mercado" lo define como "*aquel que se habría acordado por personas o entidades independientes en condiciones que respeten el principio de libre competencia*".

Y, según el Impuesto sobre Sociedades, la relación entre un socio profesional que posea más de un 25% y su sociedad profesional, es una "operación vinculada".

Es decir, que los trabajos de índole profesional que un socio profesional realice en su sociedad profesional deben tributar por su valor de mercado. De esta manera se pretende evitar el ilícito tributario que supondría prestar servicios a un precio inferior al del mercado. Y es que el legislador quiere evitar que un profesional preste servicios a terceros a través de una sociedad mercantil interpuesta, de forma que en vez de tributar por IRPF, tribute por el Impuesto sobre Sociedades, siendo éste bastante más económico a partir de un nivel de ingresos. Y claro, una forma de sortear la ley del IRPF sería facturar a la sociedad los servicios profesionales, y que sea la sociedad quien facture a que a los clientes, quedando el beneficio en la sociedad. El profesional tributaría en IRPF por lo facturado oficialmente a la sociedad a un precio menor de mercado, y la sociedad tributaría por el Impuesto sobre Sociedades por el beneficio. Pero este fraude está sólo en la mente desviada y patológica del legislador tributario hacia el profesional, porque en realidad todos los negocios se nutren de todo su equipo de trabajo, incluidos los socios directivos, quienes ponen al servicio de la empresa su saber, entender y estudios, y cobran en función de los pactos internos societarios y, sobre todo, de lo que se pueda cobrar según lo permita la tesorería, a veces más... y a veces menos. Ése es el verdadero mercado.

Por otro lado ¿acaso no puede cometer el mismo fraude un socio que tenga un 24%? ¿qué sentido tiene que la norma imponga ese límite? ¿acaso el peso y posición dominante del socio que tiene un 24% varía del que tiene un 25%?

Continuemos con la norma.

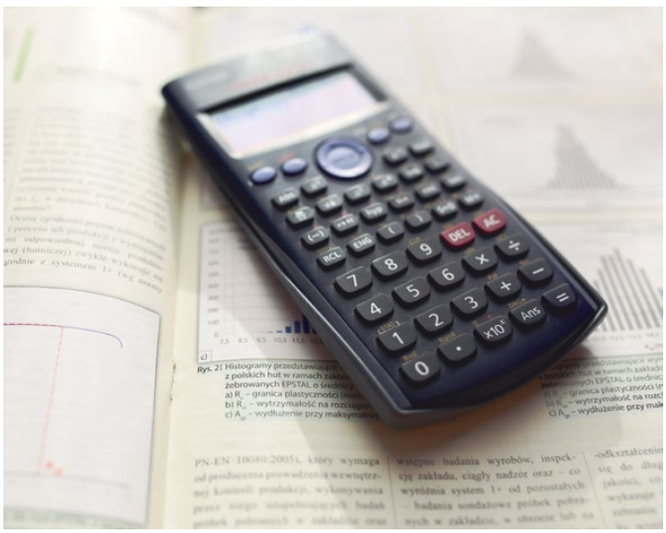
¿Cómo se calcula ese "valor de mercado"?

Para las sociedades en general, la norma tributaria indica una serie de métodos, pero son fórmulas razonables pensadas para operaciones de sociedades no profesionales donde se compran bienes y, transformados o no, se revenden.

Sin embargo, en la prestación de los servicios profesionales a través de la sociedad profesional en una clínica dental, ¿cuál es el valor de mercado de mi trabajo en la sociedad?

He aquí la norma devoradora, absurda e injusta hasta la saciedad: el profesional podrá considerar –de cara a Hacienda– que la retribución de los servicios que presta a la sociedad se ajustan al valor de mercado cuando la cuantía de las retribuciones de todos los socios profesionales por la prestación de servicios a la sociedad no sea inferior al 75% del resultado de la sociedad, sin contar como gasto esas retribuciones. Es decir, que los socios profesionales tienen que facturar a la sociedad, sí o sí, un importe que al menos sea el 75% de los resultados económicos de aquella.

De esta forma, si la sociedad, sin contar las retribuciones a los socios profesionales, tiene un resultado de 100.000€, dichos socios profesionales tienen que facturar por sus servicios al menos 75.000 € e incluirlo en su IRPF.



¿Y si la sociedad tiene pendiente de cobro 80.000€ de clientes y los socios no han podido cobrar apenas retribuciones por sus servicios? Da igual. Los socios deben imputarse esos 75.000€ como ingresos por facturación.

> *Según la última deforma de la Ley del Impuesto de Sociedades, los socios profesionales tienen que facturar a la sociedad, sí o sí, un importe que al menos sea el 75% de los resultados económicos de aquella.*

¿Y si la sociedad tiene un resultado en 2016 de 500.000 € y los socios ya han cobrado sus servicios por 200.000 € y ese beneficio restante deciden no repartirlos para llevar a cabo inversiones o dejarlas para reservas de la sociedad? Hacienda no tendrá piedad, pues imputará a los socios en su IRPF como si hubieran facturado 375.000€. La sociedad tributará en el Impuesto Sobre Sociedades por los 300.000€ (500.000 € - 200.000€) del resultado neto, y los socios tributarán en su IRPF por 375.000 € (75% de 500.000€), lo cobren o no lo cobren; y si no lo pueden retirar de la cuenta corriente porque tienen que hacer frente a algún préstamo, la regla no varía. A Hacienda eso le da igual, sólo le interesa recaudar… como sea.

Así es de injusto y temerario. A las sociedades profesionales las condenan a no reservar más del 25% de sus beneficios, como sí hacen todas las demás. Hacienda obliga a facturar al socio profesional mucho más allá del valor de mercado y generar una tributación que es muy superior a la realidad de las operaciones; eso sí, si la sociedad va la quiebra, ¿de quién es la responsabilidad? Ya lo saben: del profesional que ha retirado demasiado dinero.

Supongamos que esa sociedad que tiene esos beneficios de 500.000 € necesita ampliar la clínica en 2017, o adquirir un nuevo aparato de RX, o hacer una reforma importante, o pagar un préstamo vencido que asciende a 400.000 €. Con la regla que nos impone la Ley, sólo cabe pagar doblemente impuestos por una retribución que no se ha percibido ni devengado por el profesional.

Y la cuestión reviste más gravedad por dos razones más:

1. Porque si la sociedad carece de liquidez, la regla no varía y se destroza la economía de los socios y de la sociedad.
2. Porque la citada norma marcada en la Ley (artículo 18.6) está planteada como una forma de acreditar el valor de mercado del trabajo del socio-profesional en su sociedad, y sin embargo Hacienda, de forma perversa, la ha tomado como fórmula de liquidación; esto es, si el profesional no se imputa el 75% de los resultados de la sociedad en su IRPF, la Agencia Tributaria, que está revisando expresamente a las sociedades profesionales, comprobará esas retribuciones y girará liquidaciones, sanciones e intereses de demora, que no son precisamente los intereses a valor de mercado. Lo que es una fórmula de acreditación del socio profesional, se ha convertido en una fórmula-trampa de la Hacienda más sectaria.

Pero ¿no está acaso permitido el ejercicio de la profesión a través de la sociedad mercantil y seguirse por sus reglas? ¿acaso no es obligatorio constituir una sociedad mercantil "profesional" cuando dos o más profesionales se asocian para el ejercicio de su profesión por imposición de la Ley de Sociedades Profesionales? ¿Por qué se quiere hacer tributar por IRPF el resultado de la sociedad de profesionales y no el resultado de la sociedad de otros emprendedores?

¿Qué le hemos hecho los profesionales a Hacienda para que nos obligue a tributar con desventaja respecto a los empresarios no profesionales?

Por ejemplo, si en vez de ser dentista, o abogado, me dedico con mi socio a la venta de productos de ropa o de reparación de bicicletas, ¿por qué no se me aplica la regla del 75% antes referida?

Me parece bien que se evite el fraude en todos los ámbitos, especialmente a los cargos políticos –que es donde está la cantera más fraudulenta–, pero no podemos llegar a los resultados tan absurdos y sectarios ya dichos. El legislador tributario quiere una cosa, y la contraria, porque en realidad nunca ha sido un emprendedor.

Está claro que, para el legislador tributario y para Hacienda no hay contribuyentes sino "presuntos defraudadores". El problema es que el político legislador cree que todos son de su propia condición ●

Fuerte corrección en el mercado global de deuda. ¿Y ahora qué?

ALEX FUSTÉ

CHIEF GLOBAL ECONOMIST
ANDBANK
alex.fuste@andbank.com
@AlexfusteAlex

El nuevo liderazgo en los EUA ha provocado una fuerte corrección en el mercado global de deuda, resultando en fuertes pérdidas en todas las carteras conservadoras. Me inclino a pensar que el complejo análisis del resultado electoral, así como sus posibles implicaciones, han estado muy cargados de emociones, y podría darse el caso, tal y como ha ocurrido en la mayoría de los episodios electorales en el pasado, que la reacción inmediata del mercado se demuestre, una vez mas, equivocada con el paso del tiempo.

Veamos. El pensar general descansa hoy en un razonamiento convincente: La aplastante victoria republicana en las elecciones de los EUA acrecienta el aumento en las expectativas de inflación, de ahí la fuerte corrección del mercado de deuda. Debo admitir que las intenciones programáticas del Sr. Trump destilan un cierto aroma inflacionista. Veamos: estímulo fiscal con gasto en infraestructura, salarios más altos, proteccionismo, menores impuestos, etc. No hace falta ser Hércules Poirot para intuir que todas estas ideas sugieren presiones alcistas en precios.

Sobre los aumentos salariales, ciertamente Trump tiene que entregar lo que prometió, especialmente después de lograr la hegemonía absoluta del partido republicano en ambas cámaras, lo que de facto le deja sin ninguna excusa para no cumplir las promesas. En cuanto al proteccionismo, una vez consultados algunos colegas mas veteranos en estos asuntos, parece poco creíble (según me dicen) que Trump imponga una tarifa del 45% a las importacines chinas, o un 35% a las importaciones de coches desde México, así como el requerimiento de componentes nacionales en los productos de electrónica y tecnología. Sin embargo, la retórica observada y el hecho de que la estructura de tarifas es una prerogativa presidencial que no requiere de aprobación del congreso, me hace pensar que la política de tarifas comerciales sí sufrirá algún cambio. Hasta aquí, todo normal y, por lo tanto, se justifica una corrección del mercado de deuda. Sin embargo, permítanme hacerles una observación.

El aumento en las TIRs globales (y especialmente en los EUA), es en sí un riesgo de tal magnitud que me permite afirmar lo siguiente: cuanto más suban las TIRs, más intensamente bajarán después. De la misma manera, me atrevería a decir que, cuanto más suban las TIRs, más bajarán las bolsas después. ¿Por qué alguien puede pensar en estos términos?

> *Cuanto más suban las TIRs, más intensamente bajarán después.*

Cuando trato de analizar la salud de una economía, y su probable desarrollo, lo que hago es mirar la relación entre Coste del Capital (CC) y Retorno del Capital (ROIC). Cuando esta relación se deteriora de manera que el CC aumenta hasta alcanzar el ROIC, entonces los emprendedores dejarán de hacer uso del capital (dejarán de invertir), haciendo que la economía entre en recesión. La pregunta incómoda de hoy es simple: ¿representa la fuerte subida de TIRs un aumento en el coste del capital? La respuesta obvia es que sí.

En el grafico adjunto encontrarán la relación histórica entre estas dos variables (CC y ROIC), así como el spread entre ambas variables –parte inferior del gráfico–. La línea roja representa el coste del capital (uso como proxy el índice Corporate bond Yield Moody's BBB), y la marca roja el nivel actual de ese coste del capital una vez incluido el fuerte aumento de las TIRs. La línea azul representa el retorno del capital, que viene bajando desde 2015. En la parte inferior del gráfico, la línea naranja representa el diferencial entre ambas magnitudes. Se puede observar como este diferencial se ha ampliado (deteriorado), lo que apunta a que el coste del capital de las empresas BBB ha subido

3er CONGRESO BIENAL coem

Actualización Multidisciplinar en Odontología

10 y 11 de febrero de 2017 Kinépolis - Madrid

Dr. Maurice Salama > Prótesis

Dr. Christian Coachman > Odontología Digital

Dr. William Arnett > Cirugía Ortognática y Ortodoncia

Dr. Federico Ferraris > Estética

Dr. Giovanni Zucchelli > Implantes y Periodoncia

Dr. Ove Peters > Endodoncia

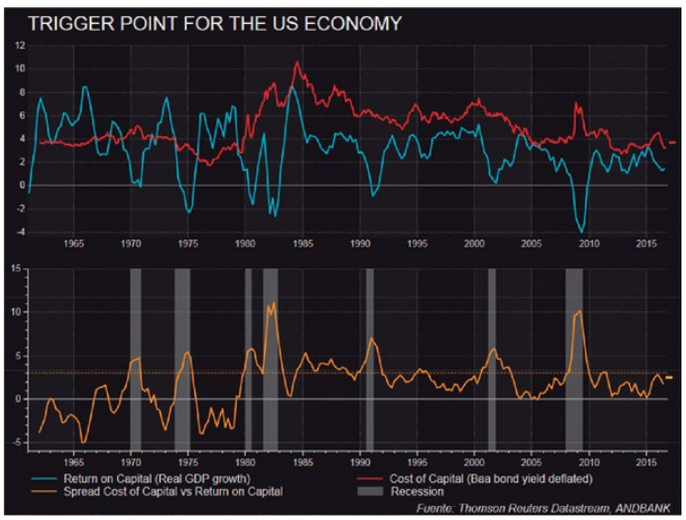
Dr. Stéphane Simon > Endodoncia y Odontopediatría

Y además... PROGRAMA DE EVENTOS PARALELOS

ⓘ Más información en:
www.coem.org.es/congreso2017

coem
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Iª Región

mucho en relación al retorno del capital a nivel nacional. La marca naranja define el nivel actual de ese diferencial (una vez recogido el aumento en las TIRs). La lectura es simple. Cada vez que esta línea naranja (diferencial entre Coste de Capital y Retorno de Capital) se sitúa cerca del 3 (o 300 pbs), la economía entra en recesión. Es por ello que el nivel actual, cercano a 3, me invita a pensar que si las TIRs siguen subiendo (50 p.b más desde los niveles actuales), la economía USA entrará en recesión, y las TIRs empezarán a bajar de forma pronunciada.



Visión Renta Fija USD: A corto plazo pueden subir algo más las TIRs en dólares. A largo plazo, la visión es mucho más tranquilizadora. Cuanto más suban las TIRs, más intensamente bajarán después.

US Dólar: El billete verde puede entrar en un nuevo ciclo alcista si Trump experimenta con el proteccionismo (algo que resultaría en una mejoría de la balanza por cuenta corriente y, de facto, en una mayor escasez de dólares en el mundo). Eso sin mencionar que la Fed se desplaza hacia políticas de normalización en respuesta a las expectativas inflacionistas por las políticas de Trump. En los primeros cuatro años de Reagan, la combinación de un repunte en los ritmos de actividad en USA, la escasez de dólares, y problemas en algunas economías emergentes, originó un fortalecimiento del dólar que acabó derivando en una tendencia que se auto-alimentaba.

Mercados Emergentes: En el mundo emergente los bonos hubieran sido el activo estrella de 2017 con una victoria de Hillary Clinton (y políticas monetarias globales continuistas). Ahora la visión es diferente. Recomendaría mantener sólo aquellos bonos de países emergentes fiscalmente responsables (y que lo señalicen muy claramente con hechos y reformas. No bastan las palabras). Aquellos que tengan un problema de elevado endeudamiento en dólares sufrirán con un dólar

> *"El billete verde puede entrar en un nuevo ciclo alcista si Trump experimenta con el proteccionismo."*

alto (debido a la escasez del billete verde). Si a esto añadimos el nuevo paradigma de proteccionismo, el resultado es una visión negativa para estas economías y sus mercados financieros. Los mejores posicionados son aquellos con economías cerradas o mercados domésticos suficientemente grandes y que no sufren una gran dependencia de financiación en dólares (India, Rusia y Brasil). No obstante, y siendo honesto con ustedes, dada la estrecha correlación entre todos los mercados emergentes se me hace difícil ver que puedan escapar a las correcciones iniciales.

Europa: El viejo continente no tiene un problema de endeudamiento en dólares, más bien, los problemas en esta región son "made in Europe", y valga decir que son significativos. Tengo la desagradable impresión de que, de igual modo que el Brexit resultó ser un elemento asombrosamente predictivo en la disruptiva victoria de Trump, ésta pueda ser el anuncio de algún shock político en Europa. Al fin y al cabo el Brexit legitimó a los políticos europeos que proponen la desintegración de la UE; y no nos engañemos, la victoria de Trump fortalece a estos mismos políticos rupturistas, que sin duda van a esgrimir el argumento de que la realidad está de su lado. Sin pretender ser derrotista (pero piénsenlo bien), tenemos a la vista en Europa cuatro pruebas de fuego: referéndum en Italia el 4 de diciembre, elecciones en Holanda en marzo, elecciones en Francia en mayo y elecciones en Alemania en septiembre. Un susto en uno sólo de estos eventos puede resultar letal para el proyecto de la UE y del Euro, y mucho me temo que sus efectos no puedan ser compensados por el BCE. En resumen, es muy probable que la UE se convierta en el próximo foco de tensiones políticas. Tensiones que pudieran ser críticas para el propio proyecto de la UE, o de la euro área.

Mercados de Renta Variable: Parece que la mejor opción a corto plazo es USA. Valores apalancados al crecimiento doméstico. Sin embargo, con los índices en máximos, márgenes en máximos, ciclo en su séptimo año, salarios arriba (menos márgenes), costes de funding al alza (menos márgenes), las multinacionales sin poner en precio la amenaza del proteccionismo, etc. tengo la impresión de que Wall Street está poniendo en precio la perfección. A medio y largo plazo, la visión no es tan buena ●

¿QUIERE FINANCIACIÓN FÁCIL?

PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en

918 291 241

FINCLINIKS

FINANCIACIÓN CLÍNICA

Las Meninas

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

Publicado por la Editorial de la revista *Descubrir el Arte*.

RESEÑA ARTÍSTICA

Enfrentarse a *Las meninas* constituye todo un desafío para quienes creen dominar la totalidad de los adjetivos que definen la admiración ante una magna obra de arte. Compleja, creíble, real, son algunos de estos interminables calificativos. Se pintó en el Cuarto del Príncipe del Alcázar de Madrid. Doña María Agustina Sarmiento y doña Isabel de Velasco, meninas de la reina, atienden a la infanta Margarita, a la que entretien los enanos Mari Bárbola y Nicolasito Pertusato, que azuza a un mastín, mientras la dama de honor doña Marcela de Ulloa, junto a un guardadamas, y José Nieto, el aposentador, al fondo, contemplan la escena. En el espejo se ven reflejados los rostros de Felipe IV y Mariana de Austria, padres de la infanta, pintados por el último de los protagonistas, Diego Velázquez (1599-1660). La perspectiva se despliega mediante la multiplicación de fuentes de luz, creando un ilusionismo característico de los artistas de la época, introduciendo al espectador no solo en lo que se aprecia de la escena, sino en lo que no, pero se sugiere.

La interpretación más común sostiene que los reyes, que están siendo retratados por Velázquez y se reflejan en un espejo en segundo plano, ocuparían el lugar del espectador, mientras que el pintor, la infanta Margarita y sus asistentes componen la escena que el artista nos presenta. El maestro le ha dado la vuelta a la pintura, también en sentido literal, pues el hecho pictórico en sí se convierte en motivo principal, en consonancia con las aspiraciones de arte liberal que los pintores reclamaron durante el siglo XVII.

Pero la excepcionalidad de *Las meninas* no se agota en este original planteamiento compositivo. Las generosas dimensiones del cuadro, que dependen de una ejecución necesariamente ajustada a la mano del artista, nos permiten reconstruir pincelada a pincelada la gestación visual de los detalles, el pelo, las vestiduras y las impresiones de color. Esta conciencia del arte de la pintura como tema y como acto, no estorba sino que acompaña la verosímil sugerencia de las más mínimas cualidades creadas por un pincel, como la luz que rompe la escena e, incluso, el aire que se interpone ante el espectador.

RESEÑA PATOLÓGICA

Margarita de Austria muestra un síndrome de Albright al concurrir pubertad precoz, palidez por posible anemia ferropénica por las menstruaciones y telarquia (desarrollo precoz de las mamas). Las lesiones óseas (displasia fibrosa poliostótica) no se pueden determinar en la historia pictórica. Falleció en 1673, a los veintidós años de edad, posiblemente por una malignización del bocio hipertiroideo. Sin embargo, la opinión más difundida hasta hoy es que fue a consecuencia del difícil parto de su cuarta hija.

La enfermedad de Albright se caracteriza por manchas de color café en la piel y pubertad prematura (menarquia en la niñez y desarrollo prematuro de los caracteres sexuales secundarios). Además, en raras ocasiones este síndrome se puede asociar a una forma de gigantismo.

También es característica una alteración ósea denominada displasia fibrosa poliostótica, que incrementa el riesgo de fracturas. *Las meninas* serían asimismo imágenes especulares (se cree que Velázquez pintó el cuadro mirando a un supuesto espejo que abarcara toda la escena). Por fortuna, el rostro mismo de la infanta Margarita presenta un rasgo asimétrico. Se trata de una mancha muy característica, con una parte de forma alargada, como de bumerán, y más oscura, dispuesta sobre otra parte más irregular, de tono menos oscuro, que se extiende por la sien, la cual aparece a la izquierda (en la parte derecha del rostro) en *Las meninas* y a la derecha (en la parte izquierda del rostro) en otros retratos de la infanta. Estas manchas no pudieron interpretarse de manera correcta hasta época reciente, después de la limpieza del cuadro. El doctor Vito Franco afirma que el tipo de mancha que la infanta presenta podría ser un café au lait spot, un tipo de mancha con una morfología diferente de otras manchas comunes, característica del síndrome de McCune-Albright (displasia fibrosa del esqueleto, pseudopubertad precoz, manchas "café con leche" de la piel), que algunos especialistas en pediatría han diagnosticado para la infanta. Normalmente, en esta enfermedad, dichas manchas aparecen solo en una mitad del cuerpo, no atravesando la línea media. Por tanto, si se acepta la hipótesis de que la infanta hubiera padecido realmente la enfermedad referida, la mancha aparecería solo en un lado de su cuerpo, es decir, la mancha no podría haber sido simétrica. Las manchas se distinguen al menos en otro de los retratos en el lado opuesto al de Las meninas; aparecen en la sien izquierda de la infanta en el retrato con traje blanco del Kunsthistorisches Museum (1656) y en el de 1659, también del mismo museo. Igualmente, en la obra del Prado, vestida de rojo y en el de luto de Martínez del Mazo encontramos de nuevo la mancha completa, con la misma forma, en la parte izquierda de la cara, con la ventaja de que en este caso se trata de un retrato prácticamente frontal, lo que permite comprobar que por lo menos la mancha en forma de bumerán aparecía solo en la parte izquierda de la cara de la infanta ●

ARTISTIC REVIEW

Facing *Las meninas* is a challenge for those who believe they master all the adjectives that define admiration when placed before a great work of art. Complex, believable, real, are some of these endless epithets. It was painted in the Chamber of the Prince in the Alcazar de Madrid. Lady Mary Agustina Sarmiento and Elizabeth de Velasco, "meninas" of the Queen, assist the Infant Margaret, which is being entertained by the dwarfs Mari Bárbola and Nicolasito Pertusato, who is somehow trying to bother a mastiff, while the lady-in-waiting Dona Marcela de Ulloa, together with a lady's assistant and José Nieto, at the background, contemplate the scene. In the mirror, the faces of Philip IV and Marian of Austria, parents of the Infant are reflected, painted by the last of the protagonists, Diego Velázquez (1599-1660). The perspective is deployed by multiplying light sources, creating the distinctive magic of the artists of the time, introducing the viewer not only in what is seen in the scene, but in what is not, although it is suggested.

The most common interpretation holds that the monarchs, who are being portrayed by Velázquez, would take the place of the viewer, and are reflected in a mirror in the background, while the painter, the Infant Margaret and her assistants make up the scene Velázquez introduces to us. Velázquez has also literally, turned the painted around, as the pictorial fact itself becomes the main reason, in line with the aspirations of liberal art that painters claimed during that century. But the exceptional nature of *Las meninas* is not exhausted in this original compositional approach. The generous dimensions of the painting, which depend on a necessarily adjusted execution to the artist's hand, allow us to reconstruct stroke by stroke the visual creation of the details, hair, clothes and color prints.

This awareness of the art of painting as a subject and as an act, does not hinder but accompanies the plausible suggestion of the slightest qualities created by a brush, such as the light that breaks the scene and even the air that stands between viewer and the painting.

PATHOLOGICAL REVIEW

Margaret of Austria shows a syndrome of Albright since precocious puberty, pallor caused by a possible iron deficiency anemia due to menstruations and thelarche (early breast development) concur. Bone lesions (polyostotic fibrous dysplasia) cannot be determined in the pictorial story. Margaret died in 1673, when she was twenty, possibly due to a malignant disruption of the hyperthyroid goiter.

However, the most widespread opinion to this day is that it was a result of the difficult birth of her fourth child. Therefore, Margaret presents the world almost painted Albright disease, nearly three centuries before its description. This ailment is characterized by coffee colored spots on the skin, premature puberty (menarche in childhood and early development of secondary sexual characteristics) and, on rare occasions, this syndrome can be associated to a form of gigantism. It is also characteristic a bone condition called polyostotic fibrous dysplasia, which increases the risk of fractures in these patients Las meninas would also be mirror images (Velázquez is believed to have painted this work looking into a supposed mirror that reflected the whole scene).

Fortunately, the face of the Infanta Margaret has an asymmetric feature. It is a very characteristic spot, with an elongated shaped part, like a boomerang, and darker, over another more irregular part, less dark in tone, extending at the temple, appearing to the left (in the right side of the face) in *Las meninas* and to the right (on the left side of the face) in other portraits of the Infanta. These spots were not properly interpreted until recently, after cleaning the painting.

Dr. Vito Franco states that the type of spot that the Infanta presents could be a cafe au lait spot, a type of spot with a different morphology from other common spots, characteristic of McCune-Albright syndrome (fibrous dysplasia of the skeleton, early pseudopuberty, "latte" spots on the skin), which some pediatric specialists have diagnosed for the Infanta. Typically, in this condition, such spots appear only on one half of the body, not surpassing the mid line. Therefore, if the hypothesis that the Infant had actually suffered the referred disease is accepted, the spot would appear only on one side of her body, that is, the stain could not have been symmetrical. The spots appear in at least another one of the portraits, on the opposite side to that of the *Las meninas*. It can be seen, in fact, that these spots appear on the left temple of portrait of the princess in white ouffit at the Kunsthistorisches Museum (1656) or in the one of 1659, also in the same museum. Similarly, in the work of El Prado, dressed in red and in the one in mourning of Martínez del Mazo we can find again the full spot, with the same shape, on the left side of the face, with the advantage that in this case it is a nearly totally frontal portrait, which lets us see that at least the boomerang shaped spot appears only on the left side of the face of the Infant ●

EL PASADO NOVIEMBRE EN BADAJOZ

LA PRESENTACIÓN DE "EL ROSTRO ENFERMO" CONGREGÓ A NUMEROSAS PERSONALIDADES

El pasado 17 de noviembre se celebró la presentación del nuevo libro de los hermanos Monje Gil, "El Rostro Enfermo", nuevo proyecto de ambos profesionales, del que "Odontólogos de Hoy" está publicando algunos destacados capítulos.

La obra es un ensayo en el que se analizan 50 obras de arte de la pintura de todas las épocas, desde el punto de vista histórico, artístico, y desde el prisma de las patologías de la cirugía maxilofacial.

Florencio Monje Gil es cirujano maxilofacial, actualmente Jefe de Servicio del Infanta Cristina de Badajoz, Director de CICOM, y Presidente de FEDICOM. Su hermano y coautor, Isidoro Monje Gil, es Licenciado en Geografía e Historia, y en la actualidad es profesor del Colegio Español Juan Ramón Jiménez, de Casablanca, Marruecos.

Presentación multitudinaria

La presentación se celebró en el edificio Siglo XXI, Torre Caja Badajoz, un espacio emblemático de la ciudad. El evento contó con la asistencia de unas 300 personas, y tuvo como invitados de honor al Presidente de la Junta de Extremadura, Guillermo Fernández de Vara, y al Alcalde de la ciudad, Francisco Javier Fragoso. El acto fue presentado por el Presidente del Colegio de Farmacéuticos, Cecilio Venegas, y por el Presidente de la Fundación Caja Badajoz, Emilio Vázquez, entidad colaboradora en la edición del libro. Asistieron también el Consejero de Sanidad de Extremadura, el Sr. Verjeles, y el Presidente del Colegio de Médicos de Badajoz, el Sr. Hidalgo.

Los autores disfrutaron de una maravillosa velada, mágica y entrañable, rodeados de familiares y amigos en la que desvelaron que ya están pensando en una nueva obra●

Suscríbase

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy

EN EL CÍRCULO DE BELLAS ARTES

EXPOSICIÓN A COLOR DE ROBERT CAPA

Pese a ser conocido casi exclusivamente por su obra en blanco y negro, el trabajo de Robert Capa también incluye abundantes imágenes en color. Muestra de ello son las 150 imágenes que, bajo el título Capa en color, se reúnen en el Círculo de Bellas Artes en una exposición que, desde el 20 de octubre hasta el 15 de enero de 2017, muestra los trabajos de este genial reportero de guerra en color.

De nombre real **Endre Ernő Friedmann**, Robert Capa fue uno de los más notables fotoperiodistas del siglo XX. Junto a su pareja sentimental, la fotógrafa **Gerda Taro**, consolidó su reputación con las fotografías de la Guerra Civil española —donde la periodista gráfica falleció en 1937— y ambos firmaban con el pseudónimo **Robert Capa**.

En 1941, Capa comenzó a trabajar regularmente con película en color y continuó, más adelante, con imágenes para revistas como Holiday (EEUU), Ladies' Home Journal (EEUU), Illustrated (UK) y Epoca (Italia). Estas imágenes muestran la vida cotidiana, de gente corriente e insólita de todas partes del mundo a los lectores europeos y americanos, y marcaron un punto de inflexión respecto al reportaje de guerra que dominó su temprana carrera.

Robert Capa es mundialmente conocido por sus fotografías de guerra. Una de sus imágenes más famosas la tomó en Córdoba durante la Guerra Civil Española y se llama "**Muerte de un miliciano**".

Capa murió en 1954 tras pisar una mina en Vietnam mientras acompañaba a un destacamento francés ●

Género	**Fotografía**
Cuándo	**Del 20 de octubre al 15 de enero de 2017**
Lugar	**Círculo de Bellas Artes (Marqués de Casa Riera, 2)**
Web	**http://www.circulobellasartes.com/exposiciones/capa-en-color/**

EN MADRID

CICLO DE JAZZ EN EL AUDITORIO NACIONAL

Regresa el jazz al Auditorio Nacional, en un ciclo que vuelve a mirar a los ojos al género.

Así, la nueva temporada jazzística del Centro Nacional de Difusión Musical propone un año más un recorrido por el corazón de esta música y sus márgenes, así como en algunos casos desnudarlo de todo criterio fronterizo e invitarnos a asomarnos a los lenguajes que nos aguardan mañana. Más allá de los nombres propios, la programación incluye todos los valores musicales asociados al género, dando visibilidad tanto a figuras veteranas como a talentos emergentes.

Brad Mehldau, Joe Lovano, Pat Metheny, Chano Domínguez & Javier Colina, Avishai Cohen, Bill Frisell y San Francisco Jazz Collective forman el cartel del Ciclo de Jazz en el Auditorio 2016.

Un año más el Auditorio Nacional de Música de Madrid abrirá sus puertas al mejor jazz, convirtiéndose en el centro neurálgico de la temporada jazzística de la capital ●

Género	**Jazz-Blues**
Festival	**Ciclo de Jazz en el Auditorio 2016**
Cuándo	**Desde el 27 de octubre de 2016 hasta el 6 de abril de 2017**
Dónde	**Auditorio Nacional de Música (Príncipe de Vergara, 146)**

OKLOK

¿Tienes ya tu campaña de Navidad?

Origen: **Tu clínica**

Destino: Navidad

Elige lo que deseas

- Felicitaciones
- Regalos corporativos
- **Christma digital**
- Eventos de Navidad
- Y lo que necesites...

25 / 12 / 2016

¡Contacta con nosotros!

Oklok

Tu agencia de diseño y publicidad

+34 913 66 55 24

¡Síguenos!

www.oklok.es

Cuenca,
ciudad Patrimonio de la Humanidad

Cuenca es una de las ciudades más emblemáticas de la Comunidad de Castilla—La Mancha. Su importante patrimonio histórico y arquitectónico, que se extiende por toda la ciudad antigua, aunque focalizado en edificios como la Catedral o las *Casas Colgadas*, se ha convertido en el símbolo de la ciudad.

La ciudad de Cuenca se divide en dos zonas bien diferenciadas: la ciudad antigua y la ciudad nueva. La primera está situada sobre un cerro rocoso bordeado por las hoces del río Júcar al norte y su afluente el río Huécar al sur. Este último río desemboca en la parte baja de la ciudad antigua, poco antes del llamado Puente de San Antón. Al oeste y sur de la ciudad antigua, y separada por el río Huécar, se extiende la ciudad nueva, con su centro neurálgico en la calle de Carretería.

> *Gran parte del casco histórico es, en sí, un mirador sobre las hoces del río Júcar o del Huécar.*

Cuenca conserva en su casco antiguo un patrimonio arquitectónico rico y bien conservado, entre cuyas características destaca su marcada integración en el marco físico. De hecho, gran parte del casco histórico es, en sí, un mirador sobre las hoces del río Júcar o del Huécar, un entorno natural de gran valor. Todo su conjunto arquitectónico la convierten en un importante núcleo de atracción turística para el visitante nacional e internacional.

Las Casas Colgadas de Cuenca

Las Casas Colgadas, también conocidas como **Casas Voladas** o **Casas del Rey**, son un conjunto de edificios civiles, señas de identidad de la ciudad manchega. En el pasado era frecuente este elemento arquitectónico en el borde este de la ciudad antigua, situado frente a la hoz del río Huécar, aunque hoy sólo perdura una pequeña parte de ellas. De todas, las más conocidas son un conjunto de tres de estas estructuras con balcones de madera.

Estas viviendas se denominan así por poseer una parte de ellas, los balcones, en voladizo, es decir, sin material sólido bajo ellas, sólo vacío o aire, aunque están fijadas a la pared de abajo hacia adentro por soportes diagonales para no derrumbarse.

De origen incierto, se tiene constancia de su existencia ya en el siglo XV. A lo largo de su historia han pasado por diversas remodelaciones, siendo la más reciente la realizada durante la década de 1920.

Han sido utilizadas como viviendas de uso particular y Casa Consistorial. Actualmente alojan el Museo de Arte Abstracto Español de Cuenca, de la Fundación Juan March.

La **Catedral de Cuenca** es otro de los atractivos turísticos de la ciudad. Se empezó a construir en el siglo XII en el mismo emplazamiento en que se levantaba la mezquita aljama y

representa uno de los ejemplos más tempranos del gótico en España. Se trata de un edificio excepcional con elementos de la transición del románico al gótico y otros del siglo XIII y del XV. Tiene planta de cruz latina, con tres naves y transepto. Muestra reminiscencias del Císter en sus bóvedas, mientras que la linterna cuadrada tiene inspiración inglesa de la escuela anglo-normanda •

ACUERDO CERRADO EN SEPTIEMBRE

DVD suministrará los equipos dentales y de radiología del ServeiCatalà de la Salut

DVD ha sido seleccionada recientemente por el ServeiCatalà de la Salut (CatSalut) para suministrar los lotes de odontología y protecciones radiológicas a centros de atención primaria y otros centros asistenciales dependientes de CatSalut.

El ServeiCatalà de la Salut publicó el pasado mes de septiembre la adjudicación correspondiente al acuerdo, marco para el suministro de aparatos médicos, mobiliario clínico y otro equipamiento diverso para los centros mencionados. Esta resolución adjudica a DVD el suministro anual de los lotes de odontología y protecciones radiológicas, que incluyen: equipos dentales, piezas de mano, turbinas, contra-ángulos, emisores de rayos X, detectores digitales de rayos X, juegos de fantomas y espejos, instrumental de odontología, instrumental de cordales, jeringas tipo Uniject, delantales de protección radiológica para pacientes y otros accesorios y elementos de protección radiológica para el personal de clínica •

NUEVO PRODUCTO DE OSTEÓGENOS

Derma X-Fina OsteoBiol

Osteógenos presenta una gran novedad, la membrana Derma X-Fina Osteobiol.

Obtenida de la dermis de origen porcino mediante un procedimiento exclusivo de Tecnoss®, la membrana Derma es completamente reabsorbible. Su fuerte consistencia y resistencia permiten una estabilización perfecta y una protección prolongada del injerto subyacente en los procedimientos de grandes regeneraciones, junto con una acción de fuerte barrera para guiar el crecimiento del tejido epitelial y previniendo su invaginación.

La membrana Derma X-Fina se caracteriza por tener un grosor de 0,6 mm, lo que facilita su manipulación, y por tener un tiempo de reabsorción de aproximadamente 2 o 3 meses, más corto que el resto de membranas Derma.

La membrana Derma puede ser modelada con tijeras estériles hasta alcanzar las dimensiones deseadas, tiene que ser hidratada durante 15 minutos con solución fisiológica estéril tibia. Una vez conseguida la plasticidad deseada puede ser adaptada a la morfología de la zona del injerto •

EN SU CLARA APUESTA POR LA TECNOLOGÍA

NSK: Surgic Pro y VarioSurg3, doble rendimiento y potencia en Implantología

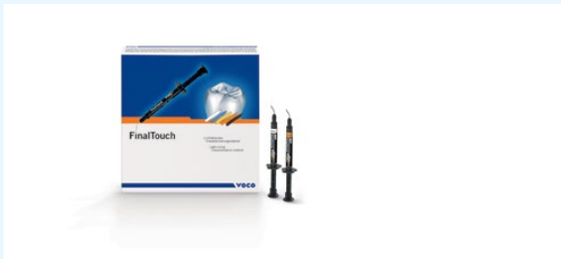
NSK presenta dos sistemas quirúrgicos conectados que se manejan con un único pedal de control. La función de conexión permite alternar el manejo del sistema de micromotor para cirugía oral e implantes Surgic Pro y el sistema quirúrgico ultrasónico VarioSurg3.

La interfaz común controla ambos aparatos, potencia la eficacia en los diversos procedimientos quirúrgicos y simplifica al máximo el tratamiento.

Los dos sistemas pueden instalarse juntos en el soporte compacto iCart Duo especialmente diseñado para tal fin. El pedal de control único permite manejar ambos sistemas sin usar las manos en funciones tales como el encendido y apagado del ultrasonidos, selección del sentido de rotación (avance/retroceso), ajuste del volumen de flujo de la solución refrigerante y selección de programas •

PRODUCTOS DIRIGIDOS AL ODONTÓLOGO Y A LOS PROFESIONALES DE LA CONSULTA

VOCO presenta sus últimas novedades



FinalTouch es un composite fotopolimerizable diseñado para la caracterización cromática de restauraciones de composite directas e indirectas, así como para el recubrimiento de pigmentaciones de la substancia dental dura, y se aplica bajo el material de restauración de composite/ORMOCER® o entre las capas de éste.

Con FinalTouch, disponible en cinco tonos (blanco, azul, amarillo, naranja y marrón), se pueden obtener características individuales de aspecto natural como fisuras o manchas blancas, y perfeccionar así hasta el mínimo detalle las restauraciones. FinalTouch permite también realizar el resaltado de cúspides y crestas, la reproducción de áreas de esmalte translúcidas y zonas opalescentes, el realzado del núcleo de dentina, así como la imitación de pigmentaciones de la zona cervical o de grietas del esmalte. De esta forma, FinalTouch constituye el complemento perfecto de los composites punteros de VOCO, tales como, por ejemplo **GrandioSO, Amaris o Admira Fusion**.

FinalTouch se puede incorporar tanto durante la aplicación del material de restauración como posteriormente, en el material ya polimerizado. Así pues, FinalTouch es apto para su uso tanto en el consultorio como en el laboratorio.

Set de profilaxis: fluoración, protección, conservación, sellado

En el nuevo set de profilaxis de VOCO se encuentran, por primera vez, todos los productos necesarios para una higiene dental profesional. Gracias a la disposición del set, todos los preparados se pueden alcanzar rápidamente. Además, el set permite a todos los profesionales del consultorio, probar numerosos productos diferentes y hacerse una idea de su versatilidad y eficacia.

El set incluye también el sellador de fisuras **Grandio Seal** que, gracias a sus extraordinarias propiedades, ha acreditado su eficacia especialmente en el ámbito de la odontología pediátrica. Además se incluyen cuatro variantes de deliciosos sabores (melón, caramelo, menta y cereza) de **VOCO Profluorid Varnish**, el barniz de fluoruro diseñado para desensibilización.

El producto de higiene dental **Remin Pro**, con fluoruro e hidroxilapatita y, por supuesto, también **Remin Pro forte**, con el efecto antibacteriano de los extractos de jengibre y cúrcuma, completan este paquete. Los productos se pueden combinar entre sí, pero también son aptos para una aplicación profiláctica individual. Cada preparado puede ser solicitado por separado ●

DURANTE LAS PRÓXIMAS FIESTAS

W&H realizará acciones de compromiso social

W&H es una empresa comprometida no solo por ofrecer a sus clientes una calidad y servicio inmejorables, sino también por ser una compañía preocupada por el entorno que la rodea. Su lema PEOPLE HAVE PRIORITY!, que significa, LAS PERSONAS SON NUESTRA PRIORIDAD, muestra su intención de ser una empresa tan respetuosa con las personas como con el medio ambiente.

Por eso, este año, W&H colaborará con la asociación TJP especializada en ocio inclusivo para niños y niñas con discapacidad intelectual.

Además, y como cierre del año, W&H Ibérica convocará una campaña de recogida de alimentos para el Banco de Alimentos de Valencia, ciudad en la que tiene su sede. Con motivo de ese acto los empleados podrán disponer del día libre para poder participar en las tareas de recogida que se llevarán a cabo por los diferentes supermercados de la ciudad. W&H aprovechará las fiestas navideñas para donar el dinero que invertiría en realizar las tradicionales felicitaciones impresas a acciones sociales sin ánimo de lucro, que tienen como objetivo ayudar a personas necesitadas.

W&H quiere desear unas Felices Navidades y un Próspero Año Nuevo a todas las personas que forman parte del sector dental, y en especial a sus clientes y distribuidores, a los que quiere agradecer el apoyo demostrado a la compañía durante este año ●

EN EL HOSPITAL DE MENDARO (GUIPÚZCOA)

3ª Jornada de salud bucodental OSI Debabarrena

El pasado 21 de octubre se celebró en el Salón de Actos del Hospital de Mendaro (Guipúzcoa), la tercera edición de la Jornada de Salud Bucodental. El acto fue presentado por el gerente de OSI Debabarrena, Dr Eduardo Maíz. Los ponentes que participaron en este encuentro fueron: Reyes Jaramillo, Bernardo Perea, Santiago Pardo, Amaia Iturburu, Antonio de la Plaza, Jose Manuel Aguirre y Lourdes Herrasti.

La cita, organizada por Maitena Urberuaga, odontóloga OSI Debabarrena, reunió a más de 100 asistentes atraídos por el interesante, didáctico y actualizado programa científico que atiende la necesidad de Formación Continuada de odontólogos, médicos de familia, pediatras, matronas y auxiliares de enfermería. Este importante evento favorece la integración de la Odontología en la Atención Primaria y el intercambio de experiencias entre los profesionales, asistentes y ponentes.

La Jornada fue clausurada por el Director Médico de OSI Debabarrena, Dr Juan Manuel Sanzo Ollakarizketa ●

OSTEÓGENOS

Un intenso año repleto de acciones formativas

Osteógenos finaliza este año con la realización de más de 60 ponencias, más de 40 talleres prácticos, 4 cursos modulares, varios cursos prácticos sobre pacientes y la retransmisión de numerosas cirugías en directo, todos orientados a la formación en regeneración ósea y el manejo de tejidos blandos, situándose una vez más como empresa líder especializada en el campo de la regeneración de tejidos duros y blandos.

VI Jornada de cirugías en directo en Madrid

El 18 de febrero de 2017 tendrá lugar en el Hospital Dental de Madrid la VI **Jornada de Cirugías en Directo** titulada "Especialización en cirugía plástica periodontal y periimplantaria".

Previamente a las cirugías en directo, se impartirán cuatro conferencias ofrecidas por los Doctores Antonio Murillo Rodríguez (Univ. Alfonso X) y Paulo Fernando Mesquita de Carvalho (Univ. de São Paulo, Brasil).

Durante las cirugías los doctores explicarán paso a paso las técnicas aplicadas mientras responden a las consultas que surjan por parte de los asistentes.

Los casos clínicos serán seleccionados en función de su complejidad y con fines educativos ●

EL PRÓXIMO MES DE FEBRERO

Vª Jornada de Implantología MozoGrau-Ticare en Valencia

Tras el éxito de su IVª Jornada de Actualización en Implantología, acontecimiento que se celebra durante los años impares y que tienen una duración de un día, MozoGrau –Ticare ya prepara sus próximas Jornadas de "Actualización en Implantología".

La Vª Jornada se desarrollará el día 3 de febrero en Valencia; en el Palacio de Congresos, un emplazamiento idóneo por su proximidad al aeropuerto internacional de Manises y por su excelente conexión con la ciudad, con la que está comunicada por metro, autobús y tranvía.

El contenido de la Vª edición de las Jornadas se divide en un programa principal y un programa específico para protésicos. En el programa principal estarán presentes, entre otros, ponentes como el Dr. Carlos Larrucea que expondrá sobre "Ajuste de la interfase pilar/implante, la clave de la rehabilitación en implantología", el Dr. Miguel Peñarrocha, que hará una presentación sobre "Implantes palatinados en atrofias localizadas y en grandes atrofias"; o el Dr. Rui Figueiredo, que basará su intervención en el "Tratamiento de las enfermedades periimplantarias. Claves para el éxito".

Respecto al programa para protésicos se contará con la presencia de ponentes como Luis Miguel Vera; Agustín Ripoll, Javier Ortola y Carlos Plata ●

EL 24 Y 25 DE FEBRERO DE 2017

La XVª edición del Congreso SELO se celebrará en Granada

La XVª edición del Congreso de la Sociedad Española de Láser y Fototerapia en Odontología se celebrará en Granada los días 24 y 25 de febrero. El comité organizador está trabajando para que el programa científico y de actividades sea lo más atractivo posible a todos los asistentes.

Este evento contará con la presencia de profesionales de la Sociedad, de otras sociedades científicas y del ámbito universitario que hablarán de la introducción del láser en la práctica diaria de la consulta, de su aplicación en el campo de la periodoncia e implantes, y de su uso en el campo de la estética perioral. Podemos destacar a los Doctores Georgio Romanos, Giovanni Olivi, Antonio Bujaldón, Vanessa Ruíz, Georgio Tomov, Jesús Talón, Ignacio Rodríguez, Enrique Hita Villaverde, Ana Carrasco, y Pedro Ruíz Ávila, entre otros.

El Congreso también tendrá espacio para las comunicaciones científicas, tanto en formato oral como en póster. Además, habrá un curso precongreso dirigido a todos aquellos profesionales que quieran acercarse a los conceptos relacionados con el uso de dispositivos fotónicos, donde se revisarán los aspectos básicos de esta tecnología y sus aplicaciones en odontología.

Los Higienistas también tendrán un espacio destacado en esta cita. A ellos está destinado el "Curso básico de láser ¿cómo funciona? Normas de seguridad y principales aplicaciones en Odontología" y un taller sobre blanqueamiento con distintos dispositivos fotónicos ●

PROMOVIDA POR LA EMPRESA SUMINISTROS DENTALES ANTÓN

Conferencia sobre la Sedación Consciente

La sede del Colegio de Dentistas de Cantabria acogió una interesante y práctica conferencia sobre Sedación Consciente en la práctica dental impartida por el Dr. Víctor Gil Manich, con el patrocinio de la empresa vasca Suministros Dentales Antón ●

Servicio Integral de Suministros Dentales Antón, s.l.

Devolvemos juntos la sonrisa a sus pacientes

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

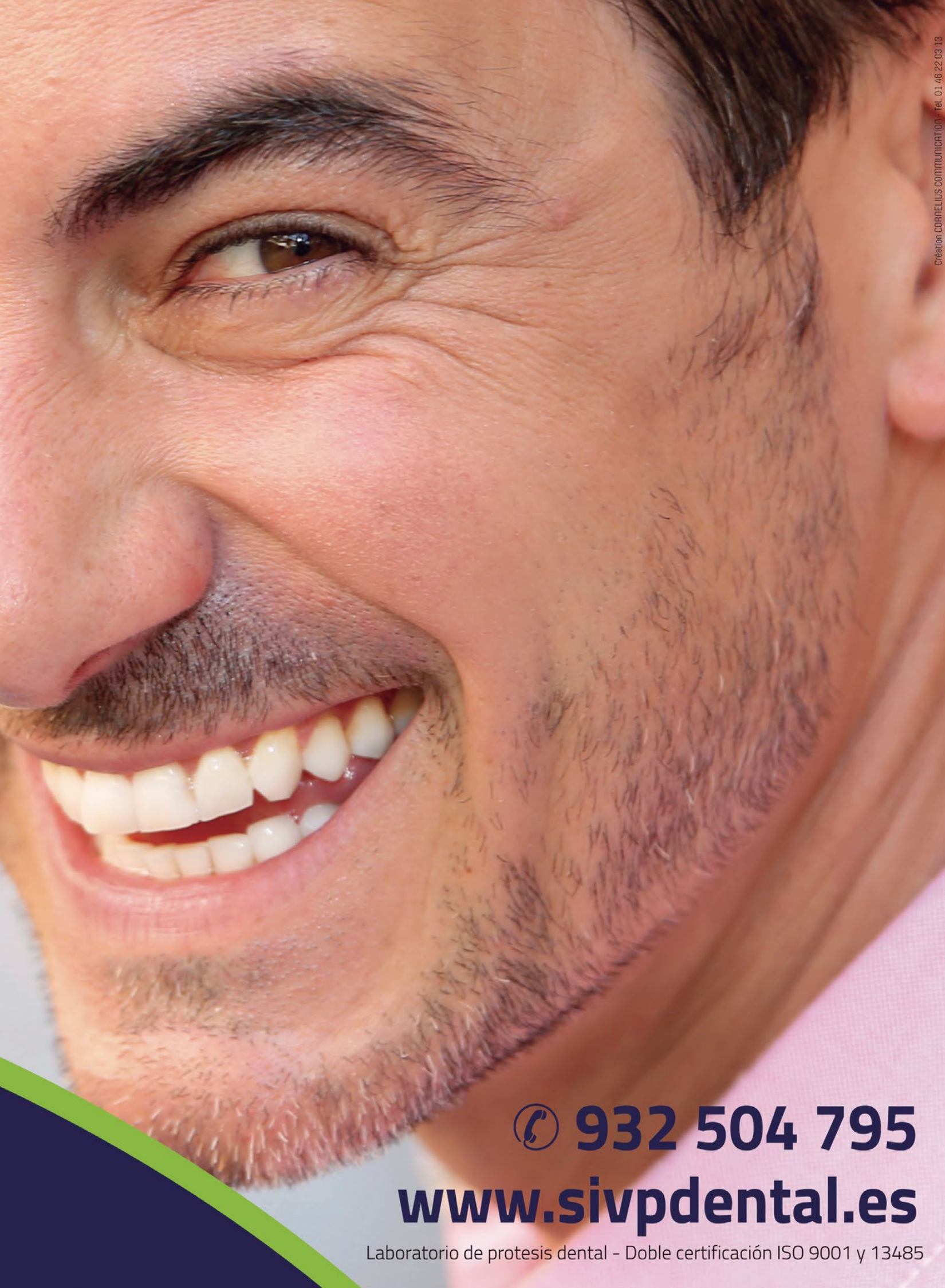
Calidad a precio justo

sivp dental

Licencia Sanitaria - FMD650CAT

LA MEJOR FORMA DE CONOCERNOS

Descuento de 50% con su primer trabajo


Création CORNELIUS COMMUNICATION - Tél. 01 46 22 03 13
932 504 795
www.sivpdental.es
Laboratorio de protesis dental - Doble certificación ISO 9001 y 13485

Normoimplant system

en buenas manos

Soluciones simples para un mundo complicado

- **Versatilidad**
- **Variedad**
- **Eficacia**

Implantes

Normoimplant HE

Normoimplant HI

Instrumental

Prótesis

www.normon.es

NORMON DENTAL