

Presidente electo de la
Federación Internacional
de Estética Dental
y Medalla de Oro
Sepes 2017

JAIME A. GIL

*“Por encima
de cualquier
disciplina está
la salud bucal”*



16 Y 17 DE FEBRERO DE 2018
guarda estas fechas

**X CONGRESO
de Actualización
en Implantología**

implantología en estado puro

Palacio Municipal de Congresos | Madrid (Campo de las Naciones) MADRID

ticare
TICARE CARE PHARMACY

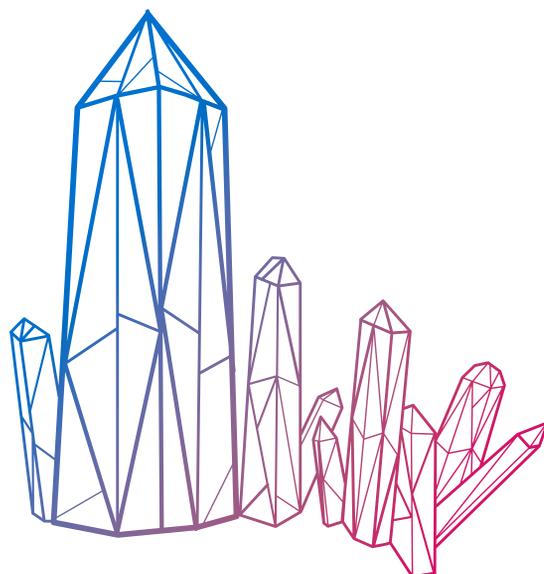


La Fundación Luís
Alcanyís da una respuesta
ordenada a la formación

Díaz Guzmán anima a los
odontólogos a mostrar
talento ante la inestabilidad

16 Y 17 DE FEBRERO DE 2018

guarda estas fechas



X CONGRESO de Actualización en Implantología

Implantología en estado puro

Palacio Municipal de Congresos | Madrid (Campo de las Naciones)  MADRID



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

6 Opinión

8 Actualidad

16 REPORTAJES

24 Entrevistas

24 Jaime A. Gil
Presidente electo de la Federación Internacional de Estética Dental. Medalla de Oro Sepes 2017

28 José Manuel Almerich
Director general de la Fundación Lluís Alcanyís

34 Ciencia y salud

34 Patología oral en imágenes
Tumor glándula salival-adenocarcinoma polimorfo bajo grado

36 Caso Clínico
Nuevo protocolo de descontaminación, implantoplastia y regeneración para el tratamiento de las periimplantitis. Sistema Implacure

40 Caso Clínico
Rehabilitación maxilar superior e inferior con implantes cigomáticos

46 Primer centenario del fallecimiento de José Martínez Sánchez, bibliógrafo de la odontología española

50 Mejora tu gestión

50 Consejos breves para un eficaz marketing dental
Daniel Izquierdo

52 Neuromarketing: el siguiente nivel
Alberto Manzano

54 Esos pequeños defectos que hacen tanto daño en el resultado de la empresa
Francisco Javier Relinque

56 Cultura



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

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 Dentaria 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 Matnicorena. Médico Estomatólogo. Responsable informes de la Sociedad Española de Salud Pública Oral. Pamplona.

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

Antonio Fons Font. Profesor Titular de Prosthodontia 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 Bucal facial U. C. M. Madrid.

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

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

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

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

**Más de 5.000 profesionales
asistieron al gran congreso
internacional conjunto
EAO & Sepes**

El pasado mes de octubre
en Madrid

16



**AEDE reúne a 700
profesionales de la
endodencia y estudiantes
en su Congreso Anual**

Celebrado del 1 al 3 de
noviembre en A Coruña

17

**Primeras Jornadas
Iberoamericanas y
Terceras Internacionales de
Odontología Social**

En La Rábida, 13 y 14
de octubre de 2017

18

SUSCRIPCIONES:

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

- Nombre
- Dirección Postal Completa
- Correo Electrónico

Revista de distribución
exclusiva a odontólogos,
estomatólogos y
cirujanos maxilofaciales.



Los dentistas y la política

MANUEL RIBERA URIBE
PROFESOR DE GERODONTOLOGÍA Y PACIENTES ESPECIALES
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA

Todos quisiéramos para nosotros y para nuestro entorno una vida llena de éxitos en lo personal y en lo profesional. Nuestro éxito profesional comúnmente se basa en sentir que, en general, se han cumplido las expectativas que nuestros pacientes esperaban, y que hemos contribuido a mejorar su salud oral de una manera digna y con un razonable beneficio. Ciertamente eso es algo de lo que muchos de nuestros colegas pueden enorgullecerse. Una perspectiva de mayor alcance por su extensión, es la aspiración a que, no solo nuestros pacientes, sino también la colectividad, toda la sociedad, se beneficie del impacto benefactor de nuestras actuaciones. Esto es realmente mucho más complicado de conseguir desde la soledad de nuestros gabinetes.

En nuestro mundo, el impacto de las decisiones en políticas sanitarias que afectan a la sociedad en su conjunto, es mucho más eficiente a la hora de mejorar el estado de salud de cada individuo que la suma de las acciones puntuales de cada profesional sobre el entorno que está bajo su influencia. Es cierto que ambos procedimientos requieren, muy por encima de una excelencia técnica, una enorme capacidad de trabajo, suficientemente contrastada en muchos dentistas. Sin embargo, cabe recordar que ya Aristóteles decía que la excelencia no es un don, sino un hábito, y un hábito no es más que la forma de conducta adquirida por la repetición de los mismos actos. En resumen: a Dios rogando y con el mazo dando.

En un momento en que la política está tan denostada quisiera hacer una defensa de la necesidad de adquisición de compromisos políticos, de la necesidad de que nuestros colegiados se comprometan, desde ópticas e ideologías diferentes, en opciones políticas que son, como decía, las que, con sus decisiones, pueden aportar mejoras realmente sustanciales a la población y a la profesión. Mejoras muy superiores a las que consigue el más excelente de nuestros profesionales con la más

excelente de las técnicas. Por ello quiero romper una lanza en favor de los políticos de todas las ideologías que dedican su tiempo y esfuerzo a mejorar la sociedad. Son muchos, muchos más que los que vampirizan la confianza en ellos depositada. La verdad es que si nos guiáramos por la frecuencia en la que se habla de unos y de otros, nadie creería que son más los buenos que los malos. Pero me niego a creer que sean todos mala gente, y me niego a hablar continuamente de los que lo son. En el caso de la profesión quiero rendir homenaje a todos los que, desde la política de partidos, de colegios y asociaciones profesionales, sindicales, patronales etc., aspiran a influir con su trabajo en la toma de decisiones beneficiosas para el colectivo de la odontología. En Cataluña vamos a tener elecciones al Parlament y vamos a tener elecciones al Colegio de Odontólogos.

“

El único lugar donde el éxito viene antes que el trabajo es en el diccionario

”

Mis felicitaciones adelantadas a todos los candidatos dentistas que participan, cada uno desde su opción y cada uno poniendo todo su trabajo y esfuerzo al servicio de su causa, porque aunque tengan perfiles diferentes son todas, en última instancia, un poco nuestras. Si esperamos que nuestra profesión sea una profesión de éxito les necesitamos a todos. La pena es que, desgraciadamente, somos pocos y no estamos en todos sitios. Porque, como decía un conocido director ejecutivo de una importante multinacional: "El único lugar donde el éxito viene antes que el trabajo es en el diccionario". Y eso sirve también para la Odontología. •



*Os
deseamos
Felices Fiestas
y un estupendo 2018
de parte de todo el equipo de*

ODONTOLOGOS
de hoy

GRACIAS por acompañarnos
durante estos

6 años

TOMA DE POSESIÓN DE LA NUEVA PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA

Díaz Guzmán anima a los odontólogos a mostrar talento ante la inestabilidad social y económica



Laura María Díaz Guzmán.

Laura María Díaz Guzmán ha tomado posesión de su nuevo cargo de presidenta de la Asociación Dental Mexicana (ADM) en un acto celebrado en Ciudad de México, al que han acudido representantes de esta organización, incluidos los miembros del Comité Ejecutivo, de las diversas comisiones permanentes, los consejos Nacional y de Certificación, la Fundación y los presidentes de los 120 colegios filiales, así como profesionales, representantes de la industria, familiares y amigos.

La ADM es la organización que contribuye a la vigilancia del ejercicio profesional en México, participa en las propuestas de políticas públicas en materia de salud bucal y promueve la actualización permanente y representa al gremio.

Díaz Guzmán es admirada y reconocida no solo por su calidez humana sino por su impecable trayectoria docente de más de 40 años en la Facultad de Odontología de la Universidad de La Salle Bajío, donde

ha participado como profesora en el programa de licenciatura, en los cursos de posgrado de Prostodoncia, Endodoncia, Ortodoncia, Odontopediatría y en el Curso Internacional de Revalidación Odontológica. También ha sido jefa del Departamento de Diagnóstico y Medicina Bucal en la misma Universidad. Entre los cargos desempeñados, destacan los de presidenta de la Asociación Dental de León, presidenta del Consejo de Certificación ADM y editora de la Revista ADM. Ha publicado más de 60 artículos en revistas nacionales e internacionales y es coautora del libro *Medicina en Odontología, manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas*, editado por El Manual Moderno.

Distinguida con diversos reconocimientos, entre ellos el Premio CUM Laude ADM en 2005, el Reconocimiento de la Secretaría de Salud del Gobierno de la República de México a su trayectoria profesional, también en 2005, el Reconocimiento de la Secretaría de Educación del Estado de Guanajuato como profesional colegiado distinguido en 2003, la Medalla al Mérito Académico de la Universidad de la Salle Bajío en 2007, el Premio Doctor Fernando Campuzano del Consejo Nacional ADM en 2016, además de cuatro premios nacionales en Investigación Odontológica.

Como nueva dirigente de los odontólogos de México, Díaz Guzmán ha recordado que hace 75 años, el 26 de agosto de 1942, más de un centenar de dentistas mexicanos firmaron el acta constitutiva que dio forma a la ADM. Desde entonces, hombres y mujeres han trabajado con un objetivo concreto: el desarrollo y crecimiento de la profesión. “Somos el resultado de esa labor, de esos logros y del reconocimiento social que ahora tenemos”, ha señalado la presidenta durante su toma de posesión.

Díaz Guzmán cree que en un ambiente social y económico inesta-

“*Díaz Guzmán es admirada y reconocida, no solo por su calidez humana sino por su impecable trayectoria docente de más de 40 años*”

ble, los odontólogos están obligados a mostrar talento y creatividad, a aprovechar los recursos con los que cuentan y proyectar a la profesión odontológica hacia mejores posiciones. A su juicio, esto no se podría hacer de forma aislada, es indispensable el trabajo de cada uno de los socios, de cada colegio, en los consultorios y en la vida cotidiana de cada rincón de México. “La odontología es una profesión de primera necesidad, representa la salud y la sonrisa de la gente. Esta titánica labor requiere una entrega permanente de todos y cada uno de los odontólogos”.

Al referirse a sus objetivos al frente del Comité Ejecutivo de la ADM para los años 2018 y 2019, ha señalado que “la misión de la Asociación puede resumirse en una frase sencilla: proveer de los recursos y herramientas para el crecimiento profesional de los socios y generar acciones que favorezcan el desempeño de los colegios. A eso nos vamos a dedicar. Bajo este concepto, el socio es nuestra razón de ser. Nuestro programa de trabajo está dirigido a unir, conciliar, acrecentar y fomentar nuestro progreso”.

La ADM promoverá además la consolidación de programas y procesos que han sido exitosos, reforzará aquellos que lo necesitan e implementará nuevos proyectos enfocados al perfeccionamiento y a la mejora profesional. Seguirá apoyando comi-

siones como la de Educación Continua y Certificación Profesional, y realidades como la Revista ADM, el Congreso Internacional ADM, el Congreso Estudiantil y el Programa de Salud Bucal de Preescolar de la Fundación ADM.

El nuevo Comité Ejecutivo ha creado la Comisión de Gestión del Conocimiento, que en estos dos años asumirá la tarea de reunir a expertos mexicanos en foros de trabajo para definir la posición de la ADM. Estos espacios de trabajo colaborativo generarán documentos y directrices que serán publicados en la Revista ADM. De estos resultados derivará, a su vez, el material educativo necesario para orientar a la población sobre temas y problemas bucales no

socializados hasta el momento.

Otros dos retos muy importantes que enfrentan todos los colegios profesionales son la incorporación de jóvenes en los colegios y el incremento de nuevos miembros. Con la publicidad exponencial en las redes sociales, los recién egresados no ven la necesidad de la colegiación. Para ellos no es una prioridad, ya que pueden revisar desde su móvil o su ordenador todo tipo de documentos y procedimientos odontológicos, sin moverse de su casa o consultorio. La ADM se dedicará a ir en su búsqueda con los mismos recursos que ellos emplean: emprenderá una campaña de *marketing* que tiene como objetivo la expansión y la renovación. En esta apuesta que hace por la inno-

vación, la ADM se acercará a las escuelas y facultades miembros de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, acreditadas por el Consejo Nacional de Educación Odontológica. Solicitará su apoyo para que desde la licenciatura los futuros odontólogos conozcan la función de los colegios, la importancia de la educación continua y de la certificación profesional. En este sentido, el Congreso Estudiantil de la ADM que se celebra cada año es relevante y será prioritario.

Asimismo, la ADM se propone construir fuertes alianzas con la industria, el comercio dental y las autoridades federales y locales para llevar a cabo proyectos conjuntos en estos próximos dos años. •

“ La misión de la Asociación puede resumirse en una frase: proveer los recursos y herramientas para el crecimiento profesional y generar acciones que favorezcan el desempeño de los colegios ”



HA DOBLADO SU ESPACIO EXPOSITIVO

Prosigue el crecimiento de Expo AMIC Dental

Raquel Tirado, presidenta de la Agrupación Mexicana de la Industria y el Comercio Dental (AMIC), se ha congratulado por el constante progreso hecho por esta asociación, al igual que por el gran interés que su actividad despierta entre el público: "Expo AMIC Dental es cada vez más grande, como se puede apreciar a simple vista por la afluencia de público y los grandes stands que la llenan". En efecto, según publica *Dental Tribune*, cada vez hay más empresas que desean exponer, pero por una cuestión de espacio expositivo disponible no es posible. Todo ello a pesar de que Expo AMIC Den-

tal ha doblado su espacio expositivo. "Los stands son cada vez más grandes", describe Tirado en referencia a las estructuras de varios pisos en Expo AMIC Dental, "y cada vez ofertan más productos novedosos, lo que se traduce en una buena experiencia a los odontólogos que nos visitan". Respecto a la asistencia a la exposición y al congreso, el número total ha rondado las 30.000 personas. En esta 68 edición el congreso científico ha estado a cargo, de forma compartida, de la Asociación Dental Mexicana y de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología. •



Raquel Tirado. •

HONORÍFICA DISTINCIÓN

Premio Cum Laude de la ADM para Víctor Guerrero Reynoso

Víctor Guerrero Reynoso ha recibido el Premio Cum Laude a su trayectoria profesional durante el congreso de la Asociación Dental Mexicana (ADM), celebrado en Ciudad de México. Expresidente de la ADM, al igual que del Congreso Internacional de la asociación y figura ampliamente reconocida en la odontología mexicana, Guerrero Reynoso obtiene una distinción que honra a profesionales cuyas acciones del más alto valor cívico, académico científico, profesional, gremial y social enorgullecen y enriquecen a la propia Asociación y, en general, a la profesión odontológica.

Vinculado a la ADM desde hace 37 años, el premiado ha hecho un repaso, en entrevista con la publicación *Dental Tribune*, a su trayectoria: "Son muchas las cosas de las cuales estoy satisfecho de mi paso por la Asociación, especialmente del posicionamiento internacional porque hemos estado presentes en los más importantes congresos y eventos del mundo".

Siempre ha buscado "motivar el interés del odontólogo mexicano para tener una conciencia gremial. En

México no es obligatorio afiliarse a una asociación y hay muy poco interés de hacerlo. Me refiero a que un porcentaje bajo de la población odontológica del país está agremiado. Esto no solo pasa en México, sino en muchos países".

Respecto a las disputas y controversias entre asociaciones dentales, Guerrero Reynoso opina que "la ADM no tiene ningún interés en pelear con ninguna asociación, tan es así que ha trabajado conjuntamente con el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, otra asociación de odontólogos en México, en procesos de certificación de la práctica profesional, que han conseguido la idoneidad de la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Profesiones". A su juicio, "la política es parte de las asociaciones y eso no se puede evitar; además, depende mucho de quién está al frente de estas instituciones, si crea puentes o construye muros o si trata de buscar pelea".

Epidemiológicamente hablando, el premiado cita como problema de salud número uno de México a la caries dental. En este sentido, elogia al diputado



Víctor Guerrero Reynoso.

Juan Gabriel Corchado, que consiguió que se aprobara la Ley de Salud Bucodental, que establece que en este ciclo escolar 2017-2018 se entreguen paquetes de higiene bucal a estudiantes de educación pública de Preescolar y Primaria, así como dar información sobre la prevención de enfermedades bucodentales. Siendo presidente de la ADM, Guerrero Reynoso aprobó en 2008 un Programa de Salud Bucal del Preescolar, que sigue vigente.

El premiado pretende colaborar los próximos dos años con la nueva presidenta de la ADM, Laura María Díaz Guzmán, en algunos proyectos y comisiones: "Fuimos compañeros de trabajo y colaboré conmigo cuando yo fui director de la Facultad de Odontología de la Universidad de La Salle Bajío, donde trabajamos juntos con muy buenos resultados. Ahora me toca a mí". •

CELEBRADO DEL 1 AL 3 DE NOVIEMBRE EN A CORUÑA

AEDE reúne a 700 profesionales de la endodoncia y estudiantes en su Congreso Anual

El 38º Congreso Nacional de Endodoncia, organizado por la Asociación Española de Endodoncia (AEDE), en A Coruña alcanzó la cifra de 700 asistentes. Algunas de las últimas novedades de la ciencia y la investigación dentro de esta disciplina fueron desgranadas por más de una treintena de ponentes en el Palacio de Exposiciones y Congresos (Palexco) de A Coruña. En la fase de concurso de este Congreso se presentaron 36 comunicaciones y 48 pósteres de contenido tanto científico como clínico. Asimismo, se impartieron cuatro talleres prácticos relacionados con diversos aspectos de la práctica diaria.

“
El evento contó con la participación del presidente de la Xunta de Galicia, Alberto Núñez Feijóo
”

El 38º Congreso Nacional de Endodoncia contó con un participante de excepción, el presidente de la Xunta de Galicia, Alberto Núñez Feijóo, que inauguró oficialmente el Congreso y recibió una distinción como presidente de honor del

mismo. En su discurso, destacó la trayectoria y la labor de AEDE en el ámbito de la investigación y la formación.

“
Relevo en la presidencia de la Asociación Española de Endodoncia que ostentará Miguel Miñana los próximos tres años
”

Los ejes temáticos del encuentro han sido la endodoncia mínimamente invasiva, el control de la infección asociado al tratamiento de conductos, la reconstrucción del diente tras la endodoncia y el dilema endodoncia-implantes o la disyuntiva entre conservar o extraer el diente. El programa científico del Congreso reservó, además, un espacio para las jóvenes promesas de la endodoncia, que estuvieron representadas por los cuatro ponentes ganadores de la primera edición de ‘AEDE Inicia’, celebrada en junio de este año, y que en A Coruña tuvieron la ocasión de presentar sus casos e investigaciones ante profesionales de reconocido prestigio.

AEDE
Asociación Española de
ENDODONCIA

Premios anuales de AEDE

Otro de los platos fuertes llegó durante la cena de gala con la entrega de los premios que AEDE concede anualmente tanto a las mejores comunicaciones y pósteres del Congreso como a los casos e investigaciones publicados en su revista científica *Endodoncia*. En esta ocasión, el Premio Pedro Badanelli Marcano a la mejor comunicación oral clínica fue para Adrián Lozano Alcañiz por su trabajo *¿Retratamiento ortógrado o retrógrado? A propósito de un caso*. El Premio Arturo Martínez Berná a la mejor comunicación oral de investigación fue para Begoña Domínguez Marsal por su presentación titulada *Influencia de diferentes factores en el éxito de tratamiento de conductos. Estudio retrospectivo*. En el apartado de pósteres, el Premio Rafael Miñana Laliga al mejor póster de investigación se concedió a Alba Bermejo Sánchez por un trabajo que lleva por título *Resistencia a la FC a temperatura corporal y análisis calorimétrico diferencial de distintas aleaciones de NiTi*.

Por último, en la categoría de mejor póster clínico fue premiada *Hemisección radicular*, presentado por María del Pilar Hernique Forero.

En este Congreso se produjo el relevo en la presidencia de la Asociación Española de Endodoncia que ostentará Miguel Miñana los próximos tres años.

El broche final lo puso la entrega de una placa a Juan Manuel Liñares, presidente de este trigésimo octavo Congreso Anual, por su labor en la organización del mismo. El encargado de hacerlo fue José María Malfaz que ha estado al frente de AEDE desde 2014. Su sucesor, que tomó posesión del cargo para los próximos tres años, es Miguel Miñana. •



Malfaz,
Núñez Feijóo,
y Liñares.

LAS JORNADAS ACOGEN A NUMEROSOS ACADÉMICOS DE OTRAS COMUNIDADES

La sección española de la Pierre Fauchard Academy celebra su reunión anual Valencia 2017

Valencia acogió del 30 de septiembre al 2 de octubre la Reunión Anual de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy.

El solemne acto de inducción de nuevos académicos fue presidido por el académico Leopoldo Forner Navarro, en representación del Decano de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia, acompañado por el presidente de la sección española de la Pierre Fauchard Academy, Josep Maria Ustrell Torrent, la presidenta europea de la Pierre Fauchard Academy, Samy Nikolakakos, la secretaria general, Anna Hospital Ribas, y el presidente de las Jornadas Nacionales Valencia 2017, Hipólito Fabra Campos.

Fundada en 1936, en Minnesota, por el dentista Elmer S. Best, la Pierre Fauchard Academy está formada por 119 academias asociadas repartidas por los cinco continentes, con más de 7.000 académicos. La sección española de la Pierre Fauchard Academy, representa la única organización dental española de estas características, agrupando a 50 dentistas elegidos entre los profesionales que forman parte de la organización colegial odontológica española.

El presidente de la sección española de la Pierre Fauchard Academy es desde hace un año Josep Maria Ustrell Torrent.

Durante el solemne acto de inducción de los nuevos académicos, Felipe Garín Llombart, director honorario del Museo

del Prado y catedrático de la Universidad Politécnica de Valencia, pronunció la lección magistral *Joaquín Sorolla y la Medicina*.

Estas jornadas han acogido a numerosos académicos procedentes de otras comunidades autónomas, participando activamente en la Asamblea General y en las sesiones científicas celebradas en el Hotel Tryp Valencia Oceanic. En las mismas han participado importantes conferenciantes: Carmen Carda Batalla, Joan Josep Guarro Miquel, María José Viñas Pinedo y Enrique Llobell Lleó, presidente del Colegio Oficial de Dentistas de Valencia. ●



En la imagen de la izquierda, académicos de la sección española de la Pierre Fauchard Academy en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia. A la derecha, Leopoldo Forner Navarro preside el solemne acto de inducción de los nuevos académicos. A su derecha, Josep María Ustrell Torrent, presidente de la Pierre Fauchard Academy y Ana Hospital Ribas, secretaria de sección española de la Pierre Fauchard Academy, a su izquierda Samy Nikolakakos, presidenta europea de la Pierre Fauchard Academy, y el presidente de las Jornadas Nacionales, Hipólito Fabra Campos.

CONMEMORATIVO CONGRESO DE LA SESPO EN GIRONA

25 años de impulso a la Epidemiología y la Salud Pública Oral

Bajo el lema *Cuidamos el presente, protegemos el futuro*, la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (Sespo) celebró los 25 años de su fundación durante el XXIIIº Congreso, celebrado en Girona los días 20-21 de octubre de 2017. Durante el acto se proyectó un audiovisual conmemorativo con los principales hitos históricos de la Sociedad, sus congresos y eventos más importantes, publicaciones, así como los presidentes que ha tenido hasta la fecha.

La sociedad tuvo su acto fundacional en la ciudad de Granada en el año 1992, y la gestión administrativa, así como su primer domicilio social se llevó desde la ciudad de Barcelona; su incorporación al Registro Nacional de Asociaciones tuvo lugar el 25 de junio de 1993. Los socios fundadores, según consta el acta de cons-

titución, fueron los doctores: José Manuel Almerich Silla (Valencia); Pilar Baca García (Granada); Francisco Javier Cortés Martinicorena (Navarra); Emili Cuenca Sala (Barcelona); Vicente González Andrés (Sevilla); Juan Carlos Llodra Calvo (Granada); Carolina Manau Navarro (Barcelona); Rafael Rioboo García (Madrid); Federico Simón Salazar (País Vasco). Posteriormente le seguirían reuniones en Barcelona, Valencia, Pamplona, Madrid... hasta la actual reunión anual en la ciudad de Girona.

Durante el acto tomaron la palabra todos los expresidentes. Rafael Rioboo y Federico Simón lo hicieron a través de un audiovisual ya que no pudieron acudir personalmente a la reunión. A continuación lo hicieron los expresidentes presentes. José Manuel Almerich y Javier Cortés

rememoraron los duros pero ilusionantes comienzos; Cortés relató a los presentes las dificultades iniciales para que la sociedad fuera reconocida por el Consejo General lo que se logró en el año 1998.

El congreso ha sido un gran éxito y ha contado con un extraordinario programa científico (presidido por la doctora Casellas) que ha servido de foro para actualizar e intercambiar opiniones sobre los factores de riesgo de las enfermedades orales, promoviendo las tendencias actuales, donde la prevención es una parte más del tratamiento.

La ganadora de la beca de este año 2017 fue María Terrades Oliver, por su proyecto titulado: *Efecto del cepillado de dientes supervisado en la escuela sobre la higiene oral de niños y niñas de 5 a 7 años de edad. Estudio Clínico Controlado.* •

“

La Sociedad tuvo su acto fundacional en Granada y su primer domicilio social en Barcelona

”



Vista general de la mesa inaugural del congreso.



Desde la izquierda, los doctores Pulido, el Llodra, Llena, Cortés, Casals y Almerich.

SOCIEDAD DE ODONTOESTOMATOLOGÍA PARA PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

La formación, clave en la atención de calidad para personas con diversidad funcional

Las alteraciones bucodentales en pacientes con diversidad funcional son un problema de primera índole y para conseguir una atención de calidad para las personas con diversidad funcional es necesario apostar por la formación de los profesionales. Esta es una de las principales conclusiones de la XII edición del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Odon-toestomatología para Pacientes con Necesidades Especiales (Seoene), que se ha celebrado en Salamanca, ciudad Patrimonio de la Humanidad, y que ha reunido a cerca de 200 profesionales llegados de todos los rincones de España y Portugal. La inauguración corrió a cargo del gerente regional de Salud de Castilla y León, Rafael López Iglesias, y del vicerrector para la Conmemoración del VIII Centenario de la Universidad de Salamanca, Mariano Esteban.

El comité organizador quiso aprovechar la posibilidad de proyección internacional que supone para la Seoene la conmemoración del VIIIº Centenario de la fundación de la Universidad de Salamanca, con la finalidad de impulsar el desarrollo de la odontoestomatología para pacientes con necesidades especiales y poder dar difusión a la problemática odontológica de este colectivo tan vulnerable.

Por el congreso pasaron asociaciones de pacientes como la Federación de las distintas entidades de parálisis cerebral de Castilla y León y la asociación de enfermedades raras

de la citada comunidad autónoma, que agradecieron la dedicación de un amplio espacio formativo para los estudiantes de odontología. También pidieron que la asignatura de pacientes con necesidades especiales vuelva a impartirse en las universidades de Castilla y León, tras su desaparición con motivo de la incorporación de los planes de estudio al Espacio Europeo de Educación Superior.

Otros temas abordados fueron el tratamiento implantológico en pacientes con diversidad funcional, la rehabilitación oral del paciente oncológico, el tratamiento multidisciplinar de las enfermedades raras y los aspectos legales que hay que tener en cuenta al tratar este tipo de pacientes. Además, los participantes reclamaron la necesidad de crear centros específicos para tratar a personas con discapacidad en el ámbito de la Odontología y lamentaron que esta especialidad sea "la gran olvidada", por lo que habría que optimizar los recursos tanto públicos como privados para crear centros especializados donde se atienda a este tipo de pacientes.

Los actos sociales del congreso permitieron a todos los asistentes disfrutar de la oferta artística y cultural de la ciudad, pasear por el casco histórico, asomarse a los balcones del ayuntamiento y disfrutar de las preciosas vistas de su Plaza Mayor.

El Congreso culminó con la celebración de una cena de gala en el marco incomparable de la sala de pinturas

“
La universidad pública cuenta ya con cuatro cátedras de Odontología en pacientes especiales
”

del Colegio Arzobispo Fonseca, donde la presidenta del Congreso, Mónica Cano, quiso rendir un homenaje a los cuatro profesores de Seoene que han obtenido la Cátedra de Odontología en pacientes especiales en diversas universidades españolas: Pedro Diz, Francisco Javier Silvestre, Guillermo Machuca y Gerardo Gómez Moreno. De esta manera se quiso reconocer el enorme esfuerzo que estas cuatro personas han realizado por difundir el conocimiento científico en el campo de la odontología en pacientes con diversidad funcional, promover esta especialidad, dar a conocer la problemática odontológica de estos colectivos de pacientes más vulnerables y contribuir desde sus respectivas universidades a formar especialistas que sean profesionales de referencia para el tratamiento de este tipo de pacientes.

El Congreso terminó con un sentido homenaje al profesor Antonio Cutando, fallecido recientemente y miembro muy activo de Seoene. ●



Los doctores Bagán y Silvestre.



Las doctoras Moreno y Cano con los catedráticos Diz, Machuca, Silvestre y Moreno.

CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Expertos reunidos por Secib reivindican la cirugía periapical como alternativa a los implantes

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (Secib) presentó en la sede del Colegio de Dentistas de Valencia la guía de práctica clínica *Cirugía Periapical: indicaciones y técnica quirúrgica*, la primera publicada en España sobre esta materia.

El documento, coordinado por el catedrático de Cirugía Bucal de la Universidad de Valencia (UV) Miguel Peñarrocha, recopila un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y unificar los criterios de actuación profesional.

El coordinador de la guía ha recordado que "la cirugía periapical es la primera opción de tratamiento para un diente que se pueda recuperar, antes que el implante".

Por su parte, el presidente de Secib, Eduard Valmaseda, destacó que es la primera guía de práctica clínica que se publica en el mundo sobre esta técnica y resaltó la participación en su redacción del equipo dirigido por el Dr. Daniel Torres Lagares, coordinador de Secib para las Guías de Práctica Clínica, y del Dr. Miguel Peñarrocha Diago.

Para el presidente de Secib "una importante ventaja de la cirugía periapical frente a la extracción de la raíz y su sustitución por una prótesis, ya sea soportada por un implante dental o por dientes, es que se preserva más hueso alveolar, y por tanto el contorno es más natural. Por otra parte, con el desarrollo de técnicas cada vez más sofisticadas y materiales más biocompatibles, la cirugía periapical se ha convertido en una opción tan predecible como la endodoncia".

La *Guía de Cirugía Periapical*, al igual que la *Guía de Práctica Clínica sobre Leucoplasia Oral* –presentada el pasado mes de julio en Barcelona– forma parte del Catálogo de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. En su elaboración han participado siete odontólogos y estomatólogos exper-

tos y un revisor externo. Asimismo ha sido revisada y evaluada por la Sociedad Española de Endodoncia (AEDE), la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc) y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

Dentro del curso *¿Cirugía periapical o implante? ¿Conservar o extraer los dientes? ¿Conservar o extraer los dientes?* Cosme Gay ha señalado, que "aunque los implantes muestran tasas de supervivencia similares a los tratamientos más conservadores, suelen requerir más reintervenciones y tratamientos por complicaciones como la periimplantitis o la mucositis. Por lo tanto, si se analiza el coste-beneficio de los distintos tratamientos, se observa una mejor relación a favor de los tratamientos conservadores".

A juicio de Vicente Faus Llacer, director del Máster en Odontología Restauradora y Endodoncia, "es necesario recuperar un enfoque más conservador, porque con el paso del tiempo se está viendo que el éxito a largo plazo es mayor en dientes restaurados que en implantes".

Los asistentes al curso –que fue presentado por José Manuel Almerich, director general de la Fundació Lluís Alcanyís–, disfrutaron también de la experiencia de Adriano Piatelli, catedrático de Patología Oral y Medicina de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chieti-Pescara (Italia), que habló sobre las diferentes técnicas para el estudio del hueso y sobre el comportamiento de los biomateriales a corto y largo plazo. •



José Manuel Almerich durante la presentación de la jornada.



De izquierda a derecha, Miguel Peñarrocha, María Peñarrocha, José Manuel Almerich, Enrique Llobell, Vicente Faus, Adriano Piatelli y Cosme Gay.

EL PASADO MES DE OCTUBRE EN MADRID

Más de 5.000 profesionales asistieron al gran congreso internacional conjunto EAO & Sepes

Del 5 al 7 del pasado mes de octubre se celebraron conjuntamente en Madrid, los congresos anuales de la Asociación Europea de Oseointegración (EAO) y de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (Sepes) uniéndose así en un gran congreso único e internacional dos entidades de gran envergadura y relevancia. Los doctores Alberto Sicilia y Nacho Rodríguez, presidentes de la EAO y de Sepes respectivamente, lo fueron también de este congreso conjunto.

En esta cita se vieron novedades técnicas quirúrgicas, sesiones de video con maestros, conferen-

cias emitidas en vivo por Facebook, debates de expertos con votaciones del público en directo, la estética en implantes analizada desde el diagnóstico hasta la prótesis, novedades en materiales a nivel quirúrgico y restaurador y algo que todos los dentistas demandaban, porque es cada vez más necesario, una sesión sobre re-tratamiento de casos con implantes fracasados.

En el programa científico participaron 90 conferenciantes entre españoles y extranjeros. Destacó también en este congreso el número tan elevado de comunicaciones clíni-

cas y de investigación presentadas, en torno a las 1.000. Asimismo, la participación de la industria fue muy importante con la presencia de alrededor 145 stands comerciales y con un interesante Simposio de la Industria y "sesiones hands-on" en las que las principales casas comerciales del sector mostraron novedades en implantología, prótesis, estética y laboratorio.





Premios y Becas Sepes 2017

En el marco del congreso, Sepes entregó los premios y becas 2017 que anualmente concede la sociedad a las mejores comunicaciones clínicas y científicas orales y póster presentadas en el congreso anual así como el Premio Sepes Gascón, las dos Becas Sepes de Investigación y la Beca Sepes Solidaria.

- Premio a la mejor comunicación oral clínica presentada en el congreso EAO & Sepes (sección Sepes) a: Berta García Mira por su comunicación *The clinical and radiographic outcome of prama implants and B.O.P.T crowns placed with guided surgery and immediate non-functional loading.*
- Premio a la mejor comunicación oral de investigación presentada en el congreso EAO & Sepes (sección Sepes) a: Benito Rilo Pousa por su comunicación *Evaluación radiográfica de los niveles de hueso marginal en implantes tissue level comparados con implantes bone level. Estudio clínico aleatorizado a boca partida con tres años de seguimiento.*
- Premio a la mejor comunicación póster clínico presentado en el congreso EAO & Sepes (sección Sepes) a: Wenceslao Piedra Cascón por su comunicación *Rehabilitación oral contemporánea. Paso a paso.*
- Premio a la mejor comunicación póster de investigación presentado en el congreso EAO & Sepes (sección Sepes) a: Cristina Llanilló Arbusá por su comunicación *Análisis de la variación del efecto pantográfico en relación a la posición antero-posterior del maxilar superior en el articulador.*
- Premio Sepes Junior a la mejor comunicación oral presentada por un miembro de Sepes menor de 30 años en el congreso EAO & Sepes (sección Sepes) a: Luisa Pineda Vásquez por su comunicación científica: *Evaluación del efecto en la resistencia adhesiva del descementado y posterior limpieza y retratamiento de restauraciones cerámicas indirectas.*
- Premio Sepes Gascón dotado con 2.400 € patrocinado por Quintessence al mejor estudio original de un trabajo de prótesis otorgado a: Jaime Gil López-Areal por su trabajo *Evaluación de las complicaciones mecánicas en las prótesis fijas implantosoportadas.*
- Beca Sepes de Investigación dotada con 6.000 € para gastos de investigación otorgada a: Alejandro Estrada por su estudio *Influencia del tipo de atornillamiento en la patología peri-implantaria: Ensayo clínico aleatorizado.*
- Beca Sepes de Investigación dotada con 6.000 € para gastos de investigación otorgada a: Pedro Molinero Mourelle por su estudio *Estudio comparativo de estructuras unitarias sobre implantes atornilladas en relación con el material y la técnica de confección.*
- Beca Sepes Solidaria dotada con 6.000 € a: Fundación Odontología Social Luis Séiquer-FOS por el proyecto *Compartimos tu sonrisa*, proyecto dirigido a la población infantil y juvenil del asentamiento chabolista El Vacie de Seavilla. •



EN LA RÁBIDA, 13 Y 14 DE OCTUBRE DE 2017

Primeras Jornadas Iberoamericanas y terceras Internacionales de Odontología Social

Las Primeras Jornadas Iberoamericanas de Odontología Social, organizadas por la Fundación Odontología Social Luis Séiquer, se celebraron en el Campus de Santa María de la Rábida de la Universidad Internacional de Andalucía, en Palos de la Frontera (Huelva).

Cerca de doscientos asistentes provenientes de Argentina, Austria, Brasil, Chile, Colombia, EEUU, España, México, Perú, Portugal,

Uruguay y Venezuela, debatieron acerca de la odontología para personas con discapacidades, refugiados, colectivos vulnerables y comunidades desfavorecidas. También se analizaron los roles de las Administraciones Públicas y de las Universidades en el desarrollo de proyectos de Odontología Social.

En el transcurso de las Jornadas se presentó el texto *Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para*

el mundo. El autor de esta obra es Antonio Castaño Séiquer, quien ha contado con el apoyo de algunos de los más destacados especialistas en el área a escala internacional.

Igualmente, en el entorno de estas Jornadas se celebró en colaboración con la Asociación Huelva Nueva York y la Fundación Odontología Social Luis Séiquer, la primera Reunión Iberoamericana del *International College of Dentists*.



Los asistentes realizaron una visita guiada al Monasterio de La Rábida.

“
Cerca de 200 asistentes debatieron acerca de la Odontología para colectivos vulnerables y comunidades desfavorecidas
”

Una completa agenda de actividades

A lo largo del día 13 diversas mesas redondas propiciaron las siguientes intervenciones de los ponentes:

Las ponencias sobre *Odontología social para personas con discapacidades intelectuales*, moderadas por Manuel Bravo, de la Universidad de Granada, fueron presentadas por José Antonio Coello Suanzes, del H. Virgen Macarena (Sevilla), el profesor Eduardo Willians, de la Universidad de Rosario (Argentina), David Rivas, de la Universidad de Sevilla, y Luis Carlos Sáenz de la Torre, de la Asociación Obras Cristianas, de Gibralfaro (Huelva).

La Odontología Social para refugiados, tema de gran actualidad, moderado por la profesora Estrella

Gualda Caballero, de la Universidad de Huelva, dio lugar a un amplio debate en el que la secretaria general de Inmigración del Ministerio de Asuntos Sociales e Inmigración, Marina del Corral, participó junto a Ignacio Calatayud Gómez, de Dentalcoop, Antonio Castaño Séiquer, el Carlos Montero Díaz, del CETI de Melilla, Sabrina Riatto, de Brasil, y Ventura Menardia, de Barcelona.

La odontología social para colectivos vulnerables, moderada por la profesora Joaquina Castillo Algarra, vicerrectora de la Universidad de Huelva, contó con Julio Piedra Cristóbal, presidente del Colegio Profesional de Trabajo Social de Huelva, José A. Coello del SAS, la profesora

María Esther Josefina Camacho, de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, Antonio Castaño y Adela González Ramírez, gerente de la Fundación Odontología Social.

La atención a colectivos que nos necesitan, moderada por la profesora Begoña García Navarro, vicedecana de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva, contó con David González Alarcón, de la ONG Zerca y lejos, de Vicente Lozano de Luaces, de la Fundación Vicente Ferrer, Carolina Hernández, de la Universidad Santa María (Venezuela), Ignacio de Urbiola, presidente de Dentistas sin Fronteras, y Luis Jané, de la Universidad Internacional de Cataluña.



Fundación Odontología Social
Luis Seiquer

“
En el entorno de estas
Jornadas se celebró
la primera Reunión
Iberoamericana del
International College
of Dentists
”



Grandes temas a debate

El compromiso social de las administraciones públicas, moderado por el profesor Ángel González Sanz, de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid), y con la participación de Raúl Chávez Montezuma, jefe estatal del Servicio de Salud de San Luis de Potosí (México). Emilio Lledó Villar del SAS, Alfonso García Palma del SAS, Juan Antonio Márquez y Alicia Narciso Rufo,

delegada de Políticas Sociales e Igualdad del Ayuntamiento de Huelva.

Universidad y Odontología Social. Moderado por la directora de la Oficina de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Sevilla, la profesora María Eva Trigo Sánchez.

Intervinieron: Marilú Yasmina Galván Domínguez, el profesor Juan

Manuel Almerich, director general de la Fundación Lluís Alcanyis de la Universidad de Valencia, el profesor Rolando Peniche, decano de la Facultad de Anáhuac Mayab de México, María Isabel de Fátima Luengas Aguirre, de la Universidad Metropolitana de México, Antonio Castaño y el profesor Brian Swann, de la Universidad de Harvard EEUU.



Los estudiantes asistentes a las jornadas se fotografiaron con los doctores Peniche y Galván.

PRESENTACIÓN DEL LIBRO DE ANTONIO CASTAÑO SÉIQUER

'Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo'

El texto ha sido editado por la Diputación de Huelva - 525 Aniversario del encuentro entre dos mundos Huelva-América.

Consta de un total de 41 capítulos y en él participan autores españoles de la Universidad de Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Universidad de Huelva, Fundación Odontología Social Luis Séiquer, Colegio de Dentistas de Melilla, Universidad de Salamanca, DentalCoop, Zerca y Lejos O.N.G.D., Universidad de Barcelona, Fundación Etiopía-Utopía, Colegio de Dentistas de Cataluña, Servicio Navarro de Salud, Servicio Cántabro de Salud, Servicio Vasco de Salud, International College of Dentists-Distrito España, Universidad Europea de Madrid, Servicio Canario de Salud, Universidad Rey Juan Carlos I de Madrid y Universidad de Valencia.

Los autores extranjeros provienen de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina), Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú), Facultades-Instituto de Educação Superior de Paraíba (Brasil), Departamento de Estomatología (RASD), Universidad de Malmö (Suecia), Universidad Yaundé I (Camerún), Universidad de Santa María (Venezuela), Servicios de Salud de San Luis de Potosí (México), Universidad Anáhuac Mayab (México), Buffalo University (USA), Harvard School of Dental Medicine (USA) y Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil).

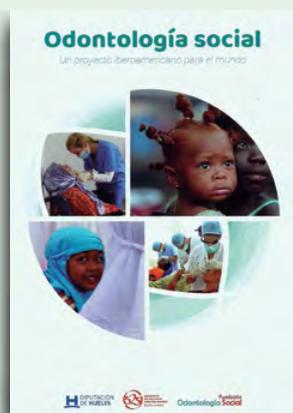
El libro fue presentado por: Marina del Corral, secretaria general de Inmigración y Emigración de España, M^a Asunción Grávalos, subdelegada del Gobierno de España en Huelva, Carmelo Romero, alcalde de Palos de la Frontera (Huelva), María

de la O Barroso González, directora de Secretariado de la Universidad Internacional de Andalucía y Antonio Castaño Séiquer, autor principal del libro.

Durante la presentación se destacó la importancia de este texto, que puede sensibilizar a los profesionales de la odontología en un área con evidentes carencias asistenciales.

La Secretaría General de Inmigración y Emigración destacó la labor que desarrolla la Fundación Odontología Social entre el colectivo de refugiados. Animó a continuar este proyecto solidario y a su ampliación en otros centros de similares características.

El alcalde de Palos de la Frontera se congratuló por la presentación de este libro en La Rábida, posiblemente el enclave español con mayor vocación iberoamericana, dado que de este municipio partieron las tres carabelas.



INTERESANTE ENCUENTRO CULTURAL

Primera Reunión Iberoamericana del 'International College of Dentists'

El acto estuvo presidido por el regent de España, Santiago Jané Noblom, al que acompañaban el Regent de México Sur, Rolando Peniche Marcín, el viceregent de España, el Dr. Vicente Lozano de Luaces, y el viceregent de Portugal, el Dr. Miguel Pavao.



Tras la inauguración del acto por el regent Jané, se impartieron las siguientes comunicaciones:

Barroco. Legado hispánico en América (Vicente Lozano), *ICD. Solidaridad en México* (Rolando Peniche), *La Dehesa, patrimonio natural y de la biodiversidad* (José Antonio Coello), *Cooperación para el desarrollo. La historia hace un futuro distinto* (Miguel Pavao) y *La influencia británica en Huelva y su provincia* (María Antonia Peña Guerrero).

María Antonia Peña Guerrero, rectora de la Universidad de Huelva, merece mención especial, tanto por haber tenido la deferencia de acudir a este acto sin ser miembro de la familia odontológica, como por la novedad del tema impartido y la brillantez con que expuso un problema de relaciones sociales en un contexto histórico, las de británicos y oscenses, consiguiendo llevar a los asistentes una visión bidireccional en la que mostró las dificultades de la integración desde las dos partes. •





ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

X Congreso de Actualización en Implantología

Implantología en estado puro

16-17 Febrero 2018

en

Palacio Municipal
de Congresos de Madrid



JAIME A. GIL

"Por encima de cualquier disciplina está la salud bucal"



La vida de Jaime Gil discurre entre dentistas: los que sembraron su vocación, los que mejoraron su formación en Estados Unidos, los que fueron eligiéndole para notables responsabilidades en sociedades científicas y, en fin, los que más le quieren y apoyan, su mujer y sus hijos, dentistas como él. Defensor de la consulta multidisciplinar y de la formación continuada, Gil considera sin embargo, que el exceso de oferta académica puede estar abrumando y al final ahuyentando a muchos profesionales. Su pasión es la estética dental, en la que muy posiblemente ha logrado alcanzar la excelencia. Aunque subraye que, por encima de cualquier otra disciplina, está la salud bucal. Esta debe ser la única y universal prioridad para cualquier dentista.

REDACCIÓN

Odontólogos de hoy: *¿Cómo surgió su vocación por la odontología?*

Jaime Gil: Tuve la inmensa suerte de que mis padres eligieran como dentista de la familia a José Ramón Cirarda, un profesional excepcional, auténticamente enamorado de nuestra profesión. Los tres últimos cursos de la licenciatura de Medicina los compatibilicé con las visitas casi diarias a su consulta. Cuando finalicé los estudios de la titulación, no tenía ninguna duda sobre la especialidad que deseaba ejercer: la estomatología.

ODH: *¿Qué motivó su decisión de formarse al terminar sus estudios de estomatología en Estados Unidos? ¿Hasta qué punto esta decisión ha marcado su vida profesional?*

JG: Desde niños nuestro padre nos inculcó la idea de completar nuestra formación postgraduada en una universidad de prestigio en Estados Unidos. Cuando estaba cursando

primero de Estomatología en la Universidad Complutense de Madrid, mi amigo y mentor Amancio Tomé, cuya consulta visitaba frecuentemente, me sugirió que asistiera al curso de Alex Koper, *chairman* de *Advanced Prosthodontics* en la Universidad del Sur de California. Yo seguí su sabio consejo y me desplazé a Benicassim con el convencimiento de que *where there is a will, there is a way!* Las circunstancias del azar quisieron que acabara traduciendo su curso y que el profesor Koper me invitara a realizar mi formación postgraduada en la Universidad del Sur de California. Esta decisión, sin duda, ha marcado toda mi vida profesional.

ODH: *¿Cómo fueron sus inicios profesionales en su ciudad, Bilbao?*

JG: Regresé a Bilbao con el proyecto de montar una consulta multidisciplinar junto con mi amigo Borja Zabalegui. No inventamos nada, simplemente importamos a

Bilbao el concepto de consulta multidisciplinar que habíamos visto que imperaba en Estados Unidos. La respuesta de los ciudadanos de Bilbao fue espectacular y en tres meses teníamos las agendas totalmente llenas.

ODH: *Es usted catedrático de la Universidad del País Vasco. ¿Cómo fueron sus inicios en la docencia?*

JG: A mi regreso de Estados Unidos, Fernando del Río de las Heras, catedrático de Prótesis Estomatológica de la Universidad Complutense de Madrid, me animó a considerar la posibilidad de dedicarme a la docencia. Siguiendo sus consejos, solicité una plaza de profesor asociado en la Universidad del País Vasco y en el ejercicio de la misma descubrí que la docencia era una actividad muy gratificante y que me encantaba el trato con el alumnado. Posteriormente, años más tarde, obtuve por concurso-oposición la plaza de Catedrático de Universidad.



Jaime Gil, su esposa Margarita y sus hijos Alfonso y Jaime.



Jaime Gil y Nacho Rodríguez, presidente de Sepes.

ODH: *¿Qué interés por la formación continuada tienen los dentistas en nuestro país?*

JG: Cuando en 1982 iniciamos la *USC Extension Europe*, la respuesta de los dentistas de nuestro país fue espectacular, yo diría que incluso masiva. Actualmente la oferta de actividades de formación continua es tan desbordante que algunos cursos tienen una asistencia muy reducida. No obstante, yo creo que esto es más debido a un exceso de oferta y no a una disminución en el interés por la formación continuada por parte de los profesionales.

ODH: *Usted ha presidido diferentes y prestigiosas sociedades y organizaciones profesionales.*

JG: La primera sociedad en la que tuve el honor de ser presidente fue la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica. Tengo un recuerdo entrañable de aquellos dos años en los que aprendí que ser presidente de una sociedad científica es estar al servicio de sus miembros, discurrendo qué nuevas actividades podrían ser más beneficiosas para todos ellos. La *European Academy of Esthetic Dentistry* fue mi segunda experiencia como presidente de una sociedad científica. La EAED nació promovida por los miembros europeos de la *American Academy of Esthetic Dentistry* entre los que tenía el honor de encontrarme. La reunión fundacional se celebró

en Montecarlo con un éxito clamoroso. El nivel de excelencia de esta reunión fue tan espectacular que se hizo patente que esta academia estaba llamada a ser una de las líderes de la estética dental en el mundo entero, como así ha quedado demostrado a lo largo de estos últimos años. La *European Journal of Esthetic Dentistry*, publicación oficial de nuestra Academia, está considerada una de las mejores revistas de este ámbito en el mundo y es una de las publicaciones oficiales de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES). La tercera sociedad científica que he tenido el honor de servir como Presidente es el *International College of Prosthodontics* que engloba a la mayoría de las sociedades científicas de Prostodoncia de los cinco continentes. El ICP fue fundado por un triunvirato de lujo –Jack Preston, Peter Scharer y Harold Prieskel–, con la finalidad de promover la especialidad en el mundo entero. Es un hecho indiscutible que el ICP ha contribuido a que la Prostodoncia haya sido reconocida ya como especialidad odontológica en varios países del mundo. Finalmente, el *International College of Dentists* (ICD) es una sociedad de ámbito mundial, aunque está perfectamente organizada en secciones por los cinco continentes. El ICD es una organización que premia a los profesionales más distinguidos del ámbito dental, tanto en el académico como en el institucional.

ODH: *Es usted presidente electo de la Federación Internacional de Estética Dental, el primer español que ocupa este cargo al que es muy difícil acceder. ¿Qué supone este nombramiento para usted y para la odontología española?*

JG: La *International Federation of Esthetic Dentistry* fue fundada en Florencia en 1994, y tuvo como primeros presidentes a los doctores Takao Maruyama y Ronald Goldstein.

Su misión es englobar y coordinar a las más de cuarenta asociaciones nacionales de Estética Dental que hay en el mundo fijando objetivos y estrategias comunes para transmitir a los ciudadanos la importancia de conseguir una excelencia estética en todos los tratamientos dentales quirúrgicos y restauradores.

Uno de los mensajes más importantes de la IFED es que lo primero y primordial es la prevención y conseguir restablecer la salud bucal. Entonces y sólo entonces nos centraremos en conseguir la excelencia estética en nuestros tratamientos restauradores.

ODH: *Todos los miembros de su familia son dentistas...*

JG: Mi mujer, Margarita, es ortodoncista y dirige el Centro Dental El Parque, en Bilbao, junto con su hermana Begoña que es odontopediatra. Asimismo, mis dos hijos son licenciados en Odontología. Alfonso, el mayor, ha cursado el *Advanced Periodontology Program* en la Universidad del Sur de California y

continuó su formación en *Advanced Surgical Implant Dentistry* en la Universidad de California de Los Ángeles. Alfonso es *board certified* por la *American Academy of Periodontology*. Actualmente continúa sus estudios de Postgrado en la Universidad de Zurich, en el Departamento de Prótesis Dental, dirigido por Christoph Hammerle. Jaime, el pequeño, acaba de finalizar sus estudios de Grado en Odontología obteniendo el premio al mejor expediente de su promoción. Actualmente se encuentra cursando un posgrado en Ortodoncia en la Universidad de Valencia.

ODH: *Su agenda tiene fama de no tener espacios libres. ¿Le queda tiempo para aficiones fuera de la profesión?*

JG: Tengo la enorme suerte de sentir una auténtica pasión por la educación continuada a la que he dedicado cientos de horas durante todos estos años. También me gusta leer, la música y jugar al ajedrez.



Foto del Board del *International College of Prosthodontics* con todos sus miembros (Madrid, septiembre de 2008).

ODH: *¿Nos puede transmitir una recomendación para los dentistas jóvenes que están en sus inicios profesionales?*

JG: A nivel profesional, me gustaría recomendarles que continúen su formación profesional durante toda su vida. Nunca se acaba de aprender.

A nivel personal, recordarles que el día que tengan una pareja estable o decidan casarse vivan con el lema clave para conseguir un mundo feliz: *happy wife, happy life!*

“ Me gustaría recomendar a los jóvenes dentistas que continúen su formación profesional durante toda su vida. Nunca se acaba de aprender ”

Pasión e ingenio por la formación continuada

ODH: *Su presencia en cartel, si me permite la expresión, en actividades de formación continuada es parte del paisaje de la profesión en España. ¿Dónde nace esta intensa actividad?*

JG: Un hecho decisivo en mi trayectoria profesional es mi pasión por la formación continuada. Pocos meses antes de graduarme en la Universidad del Sur de California, Alex Koper, director del *Advanced Prosthodontic Program USC* y también *chairman* del Departamento de *Continuing Education*, me propuso organizar una extensión de USC en Europa, dedicada a la formación continuada, teórica y práctica de los profesionales en ejercicio.

En octubre de 1982 organizamos el primer curso de la USC Extensión Europea, en Madrid y Barcelona.

Este fue el comienzo de una serie de cursos que se prolongaron durante casi dos décadas.

Yo seleccionaba a los profesores y clínicos de mayor prestigio en Estados Unidos y les invitaba a dictar un curso de dos días en el auditorium de Banca Catalana en Barcelona y posteriormente, al siguiente fin de semana, en el Hotel Meliá Castilla de Madrid. Entre uno y otro curso también les invitaba a una pequeña vacación en el Hotel Puente Romano de Marbella.

El éxito de este programa absolutamente pionero y único en nuestro país fue espectacular. Los profesionales acudían masivamente y la Universidad del Sur de California les otorgaba un certificado que luego todos enmarcaban y exhibían en sus salas de espera. Habíamos encontrado el tesoro de los Nibelungos.

Los profesionales de nuestro país aprendían técnicas novedosas de la odontología americana, siendo estos cursos su primer contacto con las últimas tecnologías y además obtenían un certificado de la U.S.C. Por su parte, los conferenciantes americanos habían encontrado las mejores vacaciones pagadas en Europa.

La Universidad del Sur de California era sin duda la escuela dental americana más popular y conocida por los profesionales de nuestro país. A nivel personal tuve la oportunidad de conocer y hacer amistad con los dentistas más motivados en aprender y labrar grandes amistades entre los mejores clínicos de EEUU.

Habíamos encontrado el *mundo feliz* en una situación *win win* recíproca. ●

EXPOUENTAL

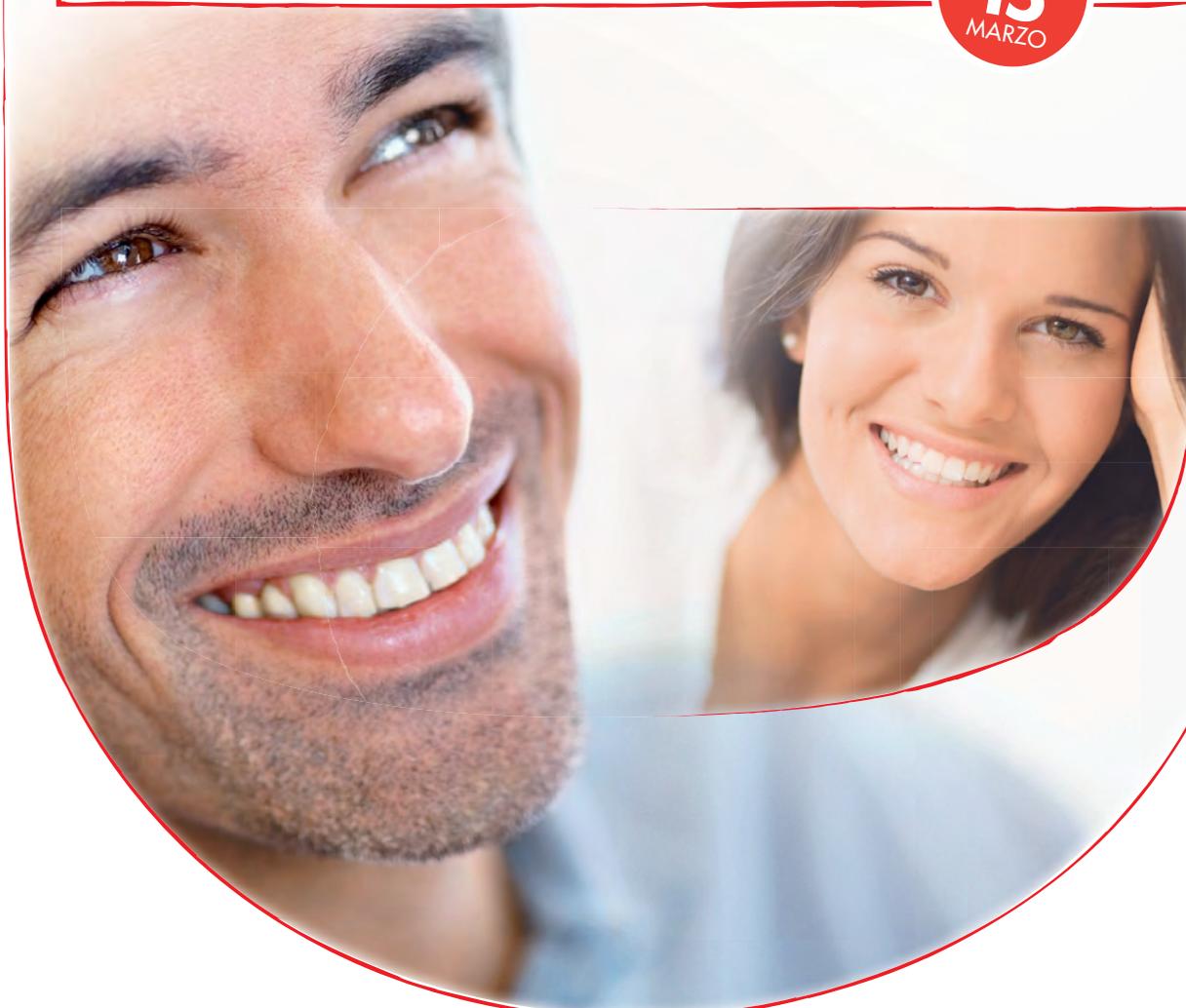
SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES

15-17
Marzo
2018

ORGANIZA

IFEMA
Feria de Madrid

DÍA DEL ESTUDIANTE
JUEVES
15
MARZO



INNOVACIÓN, TECNOLOGÍA Y FUTURO DIGITAL

COMUNIDAD INVITADA 2018

CANARIAS

www.expodental.ifema.es

IFEMA - Feria de Madrid
902 22 15 15
expodental@ifema.es

PROMUEVE

federación española
de empresas de
fenin **TECNOLOGÍA SANITARIA**

PATROCINA

NACEX

JOSÉ MANUEL ALMERICH

"Más que aumentar prestaciones, definiendo aumentar la salud bucodental de las personas"



La creación de la Fundación Lluís Alcanyís responde a la necesidad de dar una respuesta asistencial ordenada al crecimiento de los estudios de grado y posgrado de Odontología en la Universidad de Valencia. Su director general, José Manuel Almerich, es socio fundador de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Oral y un magnífico testigo de la notable evolución de la prevención en España, gracias fundamentalmente a la progresiva implantación del PADI. Es profesor de Odontología Preventiva y Comunitaria, coordinador del Grado en Odontología y director del Master en Ciencias Odontológicas en la Universidad de Valencia. Partidario de mejorar la salud bucodental más que de aumentar las prestaciones públicas, Almerich apunta un objetivo preventivo tan ambicioso como complicado: la reducción del consumo de bebidas azucaradas, especialmente entre los más jóvenes. Admite con preocupación que la plétora es el punto más débil de una profesión que, mirando hacia el futuro, debe familiarizarse más con la gestión y apostar decididamente por las sociedades profesionales como manera más efectiva de regulación de un sector que no necesita de más centros formativos.

REDACCIÓN

Odontólogos de hoy: ¿Cuál es el origen de la Fundación y por qué motivo se creó?

José Manuel Almerich: La Universidad de Valencia, fundada en 1499, ha tenido desde sus orígenes una fuerte especialización y dedicación en el campo de la salud. Prueba de ello es que los estudios que se constituyeron inicialmente en los inicios en el siglo XV fueron los de Medicina y Leyes. Esta dedicación a los estudios en ciencias de la salud ha sido motivo constante de preocupación para proveer a los estudiantes de unas prácticas adecuadas y de calidad en el mismo entorno sanitario. La creación de los convenios con la red hospitalaria pública de la Comunidad Valenciana en los años 80 dio una amplia cobertura y soporte a las prácticas sanitarias de las titulaciones que se relacionan con aspectos de la sanidad completamente asociados a la cartera pública de servicios, fundamentalmente Medicina y Enfer-

mería. Esto, con el tiempo, puso de manifiesto las dificultades que otras titulaciones, en las que se forma a profesionales que van a tener su labor asistencial relacionada con prestaciones que no siempre están en el catálogo de la sanidad pública, tenían, en que los alumnos pudieran disponer de prácticas de calidad, en las que pudieran seguirse las directrices de los planes de estudio respecto a la consecución de las competencias y habilidades clínicas requeridas.

La docencia de Estomatología en la Universidad de Valencia se inició a finales de los años 70 del siglo XX, como en otras universidades españolas que contribuyeron a completar la entonces escasa oferta de estudios que ofrecía la Universidad Complutense de Madrid. Concretamente en el año 1978, con una Escuela de Estomatología en la que se formaban sólo 30 especialistas por curso, con una clínica universitaria de dimensiones reducidas y con unas limitadas capacidades

de actuación. La implantación de la odontología, desde 1986, trajo la creación de una nueva clínica odontológica en la Universidad de Valencia, en la que se dotó de los equipamientos y espacios necesarios para la formación de 80 alumnos por curso, a los que se fueron añadiendo títulos propios de postgrado y especialización además de otros cursos de especialización profesional.

En el año 2008, el Rectorado de la Universidad de Valencia, motivado por la creciente actividad de la Clínica Odontológica y el crecimiento de la labor asistencial asociada a los estudios de grado y postgrado en Odontología, decide dotarse de una organización, sin ánimo de lucro, que pudiera ayudar a organizar toda esa actividad en el marco de una clínica que reuniera todos los requisitos del registro de centros sanitarios de la Comunidad Valenciana, mejorara la calidad de la asistencia a los pacientes y organizara las acciones de asis-



"Los conocimientos en gestión son cada día más necesarios, tanto para los profesionales del presente como los del futuro".

tencia social y de cooperación que ya se estaban realizando de forma aislada por algunos colectivos de profesores y personal de administración y servicios.

La creación de la Fundació Lluís Alcanyís de la Universidad de Valencia de la Comunidad Valenciana se constituye con un Patronato que preside el Rector de la Universidad de Valencia y en el que están representados el consejo de dirección de la universidad, los centros y departamentos relacionados con las clínicas, el Consejo Social, la Consejería de Sanidad y los colegios profesionales.

En la actualidad, la Fundació Lluís Alcanyís integra las clínicas de odontología, podología, optometría, logopedia, nutrición, actividad física adaptada y fisioterapia y la reciente incorporación de la clínica de psicología.

ODH: *¿Cuáles son sus principales principios fundacionales?*

JMA: La Fundació Lluís Alcanyís tiene como objetivo fundacional el desarrollo de actividades formativas, asistenciales y sanitarias relacionadas con el proceso formativo de los estudiantes de la Universidad de Valencia, por lo que contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas. Pero, además, la Fundación se muestra activa y participativa con diversos organismos y empresas que promueven y fomentan la inclusión y el desarrollo social.

ODH: *¿Qué actividades desarrolla en la actualidad?*

JMA: La actividad de la Fundación está dirigida a la atención de las prácticas de los estudiantes de

“
No reconocer las especialidades empeorará la situación formativa, con la continua aparición de nuevos posgrados que, en muchos casos, defraudan las expectativas de los alumnos que los cursan
”

salud de la Universidad de Valencia y constituye el marco idóneo para recibir una formación de calidad, con la interacción y realización de tratamientos en situaciones de simulación y de práctica clínica real. La Fundación cuenta con un equipamiento de última generación y de unas modernas instalaciones fruto del gran esfuerzo de renovación realizado conjuntamente por la Universidad y la propia Fundación.

Como actividad adherida a la docencia, la Fundación realiza actividades de investigación relacionada con los cursos de postgrado o con proyectos procedentes de convocatorias de empresas privadas o de convocatorias públicas de concurrencia competitiva.

La Fundación, como organismo público, tiene un compromiso de actuación sin ánimo de lucro y es en este sentido en el que se desarrolla su actividad en el ámbito de la acción social y la cooperación, con colectivos de especial interés y atención por su condición de

desfavorecida en la salud o por el desarrollo de acciones específicas de cooperación, por medio de programas propios o por la colaboración con los programas desarrollados directamente por nuestro Vicerrectorado en Relaciones Internacionales y Cooperación.

ODH: *¿Cuáles son las organizaciones con las que tiene relación y con qué propósito colabora con ellas?*

JMA: Nuestra relación con la docencia de las titulaciones de salud y nuestra actividad asistencial sociosanitaria motivó, desde nuestros inicios, la búsqueda de convenios con la sanidad pública, y no es por casualidad que en la composición de nuestro Patronato se cuente con la presencia de la consejera de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana. En la actualidad, contamos con un convenio para el tratamiento de cordales del cupo del plan de choque, una unidad mixta de Pie Diabético, entre el Servicio de Endocrinología del Hospital La Fe y nuestra Clínica Podológica, y una reciente unidad mixta de colaboración en el tratamiento de los pacientes afectados por labio leporino y fisura palatina, entre el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital La Fe y nuestra unidad de Ortodoncia de la Clínica Odontológica, a la que ahora se ha añadido el grupo de trabajo de nuestra Clínica de Logopedia. En el último año, nos hemos adherido al Convenio Marco para el establecimiento de la Alianza en Investigación Traslacional en Enfermedades Raras de la Comunidad Valenciana, auspiciada y promovida por nuestra Consejería.

A estas colaboraciones hay que añadir una larga lista de convenios con organizaciones y asociaciones relacionadas con colectivos de personas con diversidad funcional, o que se ocupan de la atención de colectivos desfavorecidos y con necesidades en la atención sociosanitaria que nosotros ofrecemos. La lista es ya extensa y puede consultarse en nuestra página web (www.fundaciolluisalcanyis.org).

ODH: *Es usted socio fundador de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), cuyo nacimiento se remonta a 1992. ¿Cuáles han sido los avances en prevención en estos 25 años?*

JMA: Efectivamente, tuve el honor y el privilegio de encontrarme entre el reducido grupo de profesionales que decidimos unirnos para trabajar en el desarrollo de la salud pública oral en España, con una gran ilusión que en la actualidad aún algunos mantenemos. En el año 1994 fui el primer presidente electo por los socios y empezaron unos años en los que la Odontología Comunitaria comenzaba a manifestarse con realidades tangibles en nuestro país. Tal vez la implantación de los Planes de Atención Dental Infantil (PADI's) en el País Vasco y Navarra pueden considerarse como los avances más destacados, que posteriormente fueron arrastrando a otras comunidades autónomas. Aunque el seguimiento ha sido particularmente lento y desigual. No podemos olvidar que algunas comunidades no implantaron unos servicios preventivos odontológicos accesibles para la población infantil hasta 2008. En todo caso considero que la contribución de la SESPO ha sido de especial relevancia. Hemos ido acercando ponentes nacionales e internacionales de alta cualificación a nuestros cursos y congresos, en los que ha ido aumentando el colectivo de asistentes que se dedica a la asistencia odontológica en la Atención Primaria. Hemos redactado guías y protocolos que han sido publicados, siempre de forma gratuita y facilitando al máximo su difusión, entre los profesionales interesados en la Odontología Preventiva y Comunitaria. Hemos presentado dos ediciones del catálogo de la oferta de servicios públicos de salud bucodental en España, en 2005 y 2013. Pero, tal vez, la expresión más destacada de la contribución de la SESPO a la salud bucodental en España ha sido nuestra firme voluntad de hacer comprender, al conjunto de nuestra profesión odontológica, la

necesidad de unos servicios preventivos odontológicos de carácter público y con una buena accesibilidad. Algunos aún recordamos las reticencias y resistencias de determinados colectivos de nuestra profesión cuando en los años 90 se inició la implantación de los primeros PADI's y también cómo estas resistencias se fueron venciendo, supongo que en algunos casos ayudados de los informes que sobre la evolución de estos programas la SESPO iba publicando.

Tal vez, si tuviéramos que destacar los avances más importantes conseguidos en estos 25 años, deberíamos reconocer las mejoras en la educación sanitaria en materia de salud oral que la población española ha experimentado durante este periodo. Una actualidad de clínicas basadas en economía de mercado y dirigidas casi exclusivamente al tratamiento mecánico no debe hacernos perder la perspectiva de los cambios que se han ido produciendo. Las mejoras en la higiene oral diaria, el uso de fluoruros y el reconocimiento de la necesidad de acudir al dentista con cierta periodicidad son objetivos que se han ido mejorando, a pesar de que reconozcamos que su nivel de consecución aún no sea el adecuado. Por supuesto, nos queda un largo camino por recorrer y, tal vez, la reducción del consumo de bebidas azucaradas por parte de nuestros niños y adolescentes sea uno de los retos más próximos que debemos acometer junto con las autoridades de consumo.

ODH: *Si estuviese en su mano, ¿qué proyecto implementaría para aumentar las prestaciones odontológicas en el Sistema Nacional de Salud?*

JMA: Más que aumentar las prestaciones odontológicas, yo me pediría aumentar la salud bucodental de las personas. Las enfermedades odontológicas más prevalentes, caries y enfermedades periodontales, tienen una fuerte relación con los estilos de vida y, también, un efecto acumulativo a lo largo de la vida.

Si queremos mejorar sensiblemente la situación actual debemos pedir que las prestaciones preventivas del Sistema Nacional de Salud en materia de salud oral incluyan a los niños desde el nacimiento. En el grado de conocimiento del que disponemos hoy no puede aceptarse que se desprecie la prevención y el tratamiento de la dentición temporal. Los niños con caries en sus dientes deciduos van a convertirse en niños y adolescentes con un alto riesgo de caries en su dentición permanente y, también, van a ser adultos con un alto riesgo de caries para toda su vida. Probablemente, deberíamos tomar muy en serio algunas alternativas y alianzas que nos hablan de trabajar para un futuro con niños libres de caries.

ODH: *Es usted docente en un área con gran sensibilidad por la odontología social y, al mismo tiempo, tiene responsabilidades de gestión. ¿Cómo valora la formación en gestión de los estudiantes de Odontología? ¿Y la de los profesionales establecidos?*

JMA: Los conocimientos en gestión son cada día más necesarios para los profesionales de la odontología y no solo para los futuros odontólogos.

La forma de ejercicio de la profesión está cambiando desde la práctica individual a las prácticas asociadas o las grandes empresas que colonizan nuestras ciudades. Por otro lado, muchos de los futuros odontólogos van a vivir toda su vida profesional como asalariados, lo cual no deja de ser una perversión de una actividad que siempre ha estado definida como profesión. Dentistas empresarios, dentistas con práctica profesional asociada o dentistas por cuenta ajena van a necesitar un mejor conocimiento del marco normativo y de la gestión de su actividad, más allá de las competencias relacionadas con su capacidad de diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades orales.

Parece que los futuros odontólogos lo han detectado y la presencia de asignaturas con contenidos de

gestión en los planes de estudio de algunas universidades ha tenido muy buena aceptación.

ODH: *El trabajo hoy en día está vinculado al desarrollo de protocolos. ¿Cree que esta manera de trabajar está mejorando los resultados?*

JMA: Vivimos en la explosión de la Medicina Basada en la Evidencia y, por consiguiente, nuestras actuaciones deben observar los principios de la Odontología Basada en la Evidencia. La toma de decisiones en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que utilizamos a diario deben estar basados en el conocimiento científico actual, siempre teniendo en cuenta las necesidades y preferencias del paciente. Los protocolos nos ayudan a disponer de forma simplificada los conocimientos actuales sobre un determinado tema y establecer los procedimientos a aplicar en cada caso, con el máximo beneficio para el paciente y las mejores condiciones de seguridad respecto a nuestra responsabilidad profesional.

ODH: *¿Considera que la ética y los resultados económicos conviven en armonía o no?*

JMA: No sólo considero que conviven, creo que la ética es una condición inseparable de toda nuestra actividad asistencial y esta actividad debe y puede garantizar una remuneración digna para el profesional. No obstante, mi relación próxima con profesionales jóvenes, que han terminado sus estudios recientemente, me ha permitido recoger la queja de una cierta presión a la que se sienten sometidos algunos de estos jóvenes dentistas que trabajan por cuenta ajena, sobre todo en las clínicas de economía de mercado. Si vamos a continuar con esta irregular ordenación de la profesión odontológica, debería exigirse que estas empresas hicieran uso de su responsabilidad social corporativa y publicaran unos adecuados códigos de buenas prácticas, que garantizaran la independencia de criterio del profesio-

nal en su juicio clínico y dejaran fuera de toda duda la posibilidad de inducir al sobretratamiento.

ODH: *La plétora profesional es una de las grandes preocupaciones del sector. ¿Se debe poner freno a la apertura de centros de estudios?*

JMA: Este es el punto más débil de la actual ordenación de la profesión. La inacción de las autoridades sanitarias y educativas españolas en la planificación sanitaria de la odontología durante las últimas décadas, nos ha traído una situación complicada y difícil de superar. En el sistema actual, cuando una universidad decide implantar una titulación de grado en odontología tiene que preparar una memoria de verificación que remite a la ANECA para ser evaluada. Cuando se ha obtenido esta evaluación inicial positiva, la potestad de crear la nueva titulación queda en manos de las autoridades educativas de la correspondiente comunidad autónoma y se da la paradoja de que, a veces, la consejería de educación de esta comunidad olvida consultar con la consejería de sanidad la conveniencia de la implantación de un nuevo título de grado. En estas condiciones, la capacidad del Estado para influir en la regulación del sistema formativo es prácticamente nula. Conocemos reiteradas recomendaciones que han llegado desde la profesión organizada y desde la Conferencia Nacional de Decanos, pero el cambio legislativo necesario no se ha producido.

Por supuesto que creo que debe limitarse la apertura de nuevos centros, pero la realidad es tozuda y este curso han iniciado estudios de grado en odontología, al menos, dos nuevas universidades.

No debe servirnos de consuelo, pero conviene saber que esta situación se está produciendo también con los estudios de medicina y enfermería, hasta el punto de estar sobrepasando la posibilidad de garantizar las prácticas necesarias en el sistema sanitario público.



ODH: *La creación de especialidades oficiales es una cuestión pendiente de resolver en esta profesión. ¿Cuál es su opinión sobre dónde deberían acreditarse y formarse los futuros especialistas? ¿Qué áreas deben ser objeto de especialización oficial?*

JMA: Creo que en este proceso hemos perdido mucho tiempo, tal vez por la falta de sintonía entre la profesión organizada y la academia, hasta quedar en una situación de franca marginación respecto a la mayoría de los países de la Unión Europea. Parece que en los últimos tiempos el diálogo entre Consejo de Dentistas y la Conferencia de Decanos se ha hecho más fluido y podemos albergar esperanzas al respecto. Creo que sólo cuando profesión y universidad puedan ir juntas al Ministerio de Educación y hacer una petición concreta y de consenso empezaremos a ver el desbloqueo de la situación actual. El paso del tiempo no hará más que empeorar la situación con la continua aparición de nuevos títulos de postgrado que, en muchos casos, defraudan las expectativas de los alumnos que se inscriben.

La gran mayoría de los programas de especialización existentes

en los países europeos incluyen competencias en investigación y el desarrollo del juicio crítico que el profesional adquirió en la formación de grado. Por tanto, no se limitan exclusivamente a la realización de un practicum más o menos ampliado en la materia de la especialidad. Parece que, en este sentido, las universidades podrían asumir con plena capacidad esta formación, siempre que se encuentren dotadas de clínicas odontológicas acreditadas, en las que se puedan garantizar los derechos de los pacientes respecto a la realización de los tratamientos pluridisciplinarios que éstos pudieran requerir.

Las especialidades a implantar y la priorización nos viene bastante determinada por la normativa europea al respecto y va a representar pocos inconvenientes, cuando se hayan resuelto los más genéricos, como los procedimientos de acceso a la especialidad o la relación de cada una de las especialidades con el catálogo de prestaciones de la sanidad pública. En la actualidad ya disponemos de algunos postgrados de universidades españolas que imparten curricula

homologados con las recomendaciones elaborados por asociaciones o sociedades científicas de prestigio en el ámbito europeo.

ODH: *Díganos para finalizar una recomendación para los jóvenes profesionales que inician su andadura en el ejercicio de la odontología.*

JMA: Creo que no podemos resumirlo sólo en una. Lo primero, deben saber reconocer que ésta es una profesión vocacional y que pueden encontrar una magnífica realización en su ejercicio profesional. Segundo, tienen que reconocer los cambios de los últimos años y no conformarse con la situación actual. Dentistas jóvenes y menos jóvenes deben actuar de forma conjunta para devolver la condición de profesión a nuestra actividad. Hay algunos cambios legislativos que deberían proponerse como la regulación de la publicidad, aunque tal vez el más efectivo fuera la obligatoria regulación de la profesión a través de sociedades profesionales. Si todos los socios de las empresas que ostentan la titularidad de clínicas tuvieran que ser odontólogos

“
Los jóvenes profesionales deberían reconocer los cambios de los últimos años y no conformarse con la situación actual, actuando conjuntamente para devolver la condición de profesión a nuestra actividad
”

el panorama actual podría cambiar sensiblemente. Por último, les recomiendo que piensen en una práctica profesional asociada, con varios compañeros de distintas especialidades, sin olvidar la importancia de la odontología general, dentista de familia o dentista de cabecera que va a seguir constituyendo, por muchos años, la mayor necesidad de odontólogos en nuestro país. ●



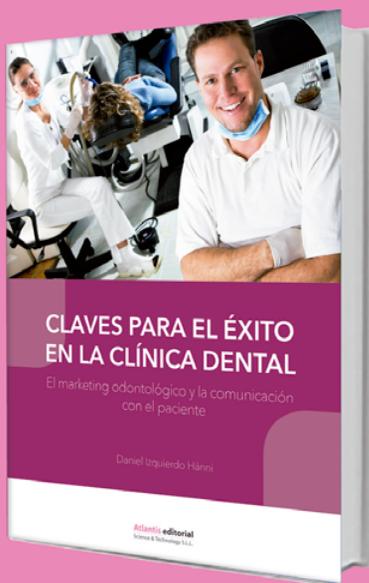
ODONTÓLOGOS
de hoy

¡Suscríbese!

a través de nuestra web
www.odontologosdehoy.com

**COMPROMISO
RIGOR Y CIENCIA**

NOVEDAD EDITORIAL



Claves para el éxito en la clínica dental. El marketing odontológico y la comunicación con el paciente

FICHA TÉCNICA:

Autor: Daniel Izquierdo Hänni
144 páginas a todo color
Tamaño: 17x23 cm
Papel couché brillo 170 grs.
Encuadernación de lujo con tapa dura
ISBN: 978-84-945590-2-0
Editado por: Atlantis Editorial Science & Technology
(www.atlantiseditorial.com)

CONTENIDO

Prólogo: Dr. Elías Casals

Prólogo: Presentar ideas y dar impulsos

La evolución del marketing a través de la historia del cepillo de dientes

Capítulo 1. Las teorías del marketing más relevantes para la clínica dental

Conocer el porqué

Marketing Mix - El conjunto de las acciones

Las tipologías de marketing y su relevancia para la clínica dental

Capítulo 2. Cómo emprender el camino

¿Dónde estoy? ¿a dónde voy?

¿Cómo ser diferente? El posicionamiento como base de todo éxito

Reflexiones sobre el nombre de la clínica

Estrategias para abrir mercado

Capítulo 3. El paciente, centro de toda atención

El paciente y su percepción subjetiva como clave de éxito

Como contentar la satisfacción del paciente

La motivación de los pacientes

Ponerse en la piel del paciente

Capítulo 4. La comunicación. Mucho ruido y pocas nueces

Más que simplemente hablar

Argumentar de forma coherente

One-to-one: Un diálogo de calidad

Capítulo 5. Consejos para el día a día en la clínica

El presupuesto como elemento de marketing

Entender las reclamaciones como una oportunidad

¡Sáquele provecho a su base de datos!

DISTRIBUCIÓN EN MÉXICO:

Editorial Odontología Actual - Boulevard Adolfo López Mateos N° 1384 - 1° Piso
Col. Santa María Nonoalco (México D.F.) C.P. 03700 - Telf. 52 (55) 5611 2666 - 5615 3688

Patología Oral en Imágenes

Tumor glándula salival- adenocarcinoma polimorfo bajo grado

AUTORES:

DR. JULIÁN CAMPO.

Odontólogo. Profesor Contratado
Doctor. Facultad de Odontología.UCM.
jcampo@ucm.es

DR. JORGE CANO.

Odontólogo. Profesor Contratado
Doctor.FacultaddeOdontología.UCM.
jcano@ucm.es

DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO.

Patólogo. Especialista en Patología
de Cabeza y Cuello.
jmontans@anatomia.e.telefonica.net

Mujer de 35 años que acude a hospital regional en Etiopía presentando en la exploración una tumefacción indolora en mejilla de varios meses de evolución, de aproximadamente 4 cm de diámetro y con una ulceración en piel de mejilla de 1 cm de diámetro (**Figuras 1 y 2**). Acude con resultado de un PAAF (punción aspiración con aguja fina) como “neoplasia maligna de glándulas salivales”. Ante la imposibilidad de realizar una confirmación histopatológica definitiva por ausencia de medios disponibles, y debido al crecimiento “agresivo” de la lesión se decide realizar el tratamiento quirúrgico de la misma.

El estudio macroscópico de la pieza quirúrgica reveló una masa nodular y firme de 4 x 3 cm, circunscrita y parcialmente recubierta con piel (2 x 2 cm), con una zona ulcerada de 0,5 cm de diámetro en la zona anterior con trayecto fistuloso (**Figura 3**).

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reveló un tumor infiltrativo, no encapsulado con acúmulos de células isomórficas con núcleos uniformes y ovoideos y escaso citoplasma. Se observaban diferentes patrones con zonas de aspecto tubular, papilar junto con áreas microquísticas, en un estroma hialinizado y mixoide. Se aprecian focos de infiltración perineural. Todos estos datos son compatibles con un adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (APBG) de glándula salival menor (**Figuras 4-6**).

El tratamiento realizado fue la excisión quirúrgica local con márgenes de seguridad y reconstrucción mediante colgajo cervicofacial de base posterior. Evolución postoperatoria inmediata sin complicaciones (**Figura 7**).

El adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (APBG) es un tumor descrito recientemente que se presenta como controvertido debido a que a menudo

es poco entendido por la dificultad en su diagnóstico, así como por su comportamiento impredecible. Fue primeramente descrito de forma simultánea como carcinoma de ducto terminal por Batsakis, y como carcinoma lobulillar por Freedman y Lumerman en 1983. Este nombre hacía alusión a su origen en el conducto intercalado (terminal) y su similitud microscópica con el carcinoma lobulillar de mama. En 1984 Batsakis acuñó el término de adenocarcinoma de bajo grado el cual describe su apariencia morfológica y aparente comportamiento de bajo grado. Esta neoplasia es casi exclusivamente un tumor de glándulas salivales menores presentándose alrededor del 60% de los casos en paladar, el 20% en la mucosa yugal (como el caso que nos ocupa) y el 12% en el labio superior. Ocasionalmente se han descrito algunos casos en la parótida pero solo en el contexto de carcinoma ex- adenoma pleomorfo. La presentación típica es la de una masa submucosa no dolorosa que en ocasiones puede producir dolor o incluso ulcerarse, como el caso que presentamos aquí, aunque este caso es de mayor tamaño ya que la mayoría de los casos no sobrepasa los 2 cm de diámetro. Se caracteriza por la triada de crecimiento infiltrativo, patrones de crecimiento múltiples que incluyen sólido, trabecular, glandular, cribiforme, fascicular, en cordón o papilar (de ahí el término polimorfo) y uniformidad citológica. Se debe realizar diagnóstico diferencial especialmente con el carcinoma adenoide quístico o con el adenoma pleomorfo. Su invasión local y neurotropismo es una de sus características más importantes. El tratamiento recomendado es la excisión quirúrgica local amplia. Cerca del 10% de los casos pueden desarrollar metástasis a ganglios linfáticos cervicales. Se han descrito casos de recurrencia tardía en un 20% de los casos. ●



Figuras 1 y 2. Tumoración indolora en lado derecho de la mejilla de gran tamaño. Obsérvese en las imágenes la ulceración de casi 1 cm de diámetro.

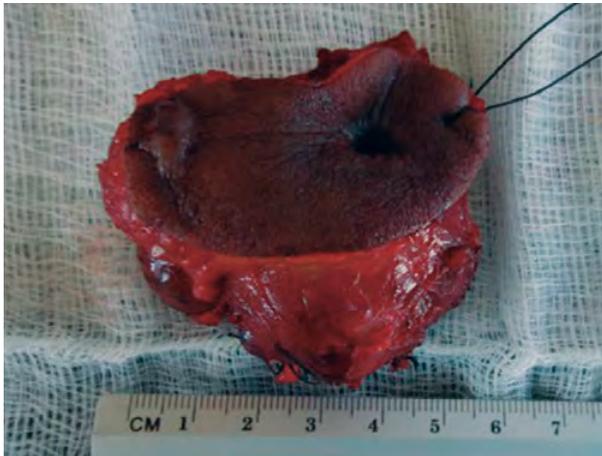


Figura 3. Pieza quirúrgica resultado de la exéresis de la lesión (6 cm x 4 cm).

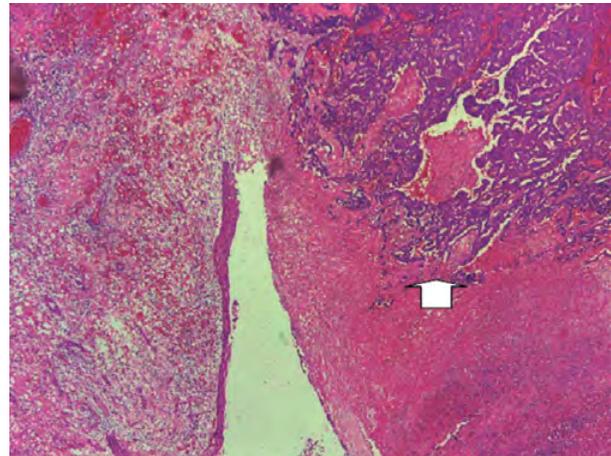


Figura 4. Microfotografía 40x H/E. APBG. Lesión tumoral en lado derecho de la imagen, con área central celular rodeada de ribetes epiteliales infiltrando el estroma fibroso circundante.

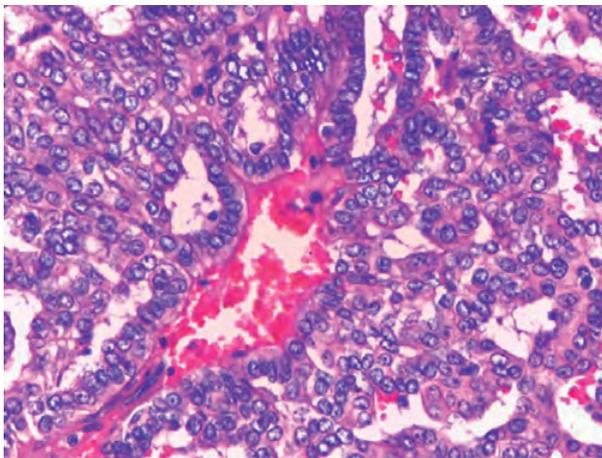


Figura 5. Microfotografía 400x H/E. APBG donde se pueden observar células tumorales monomórficas; núcleos uniformes y ovoideos y algunos vesiculares.

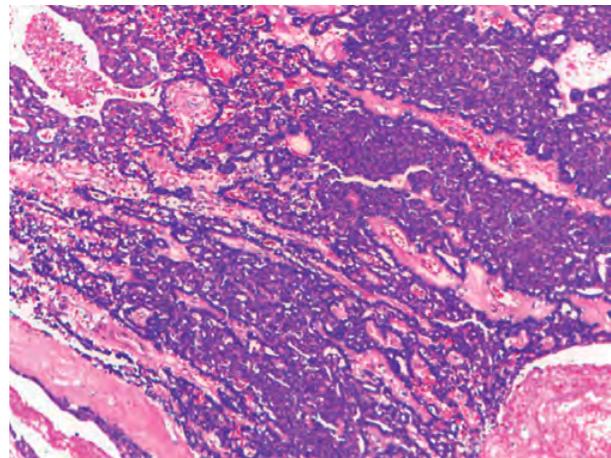


Figura 6. Microfotografía 100x H/E. APBG. En esta imagen se pueden observar zonas papilares y áreas microquísticas tapizadas por células cuboidales con núcleos ovoideos uniformes.



Figura 7. Postoperatorio al día siguiente de la extirpación quirúrgica del tumor.

AUTORES:

MARÍA ANDRÉS VEIGA. Profesora del Master de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma.

NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ. Profesora del Master de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma.

SANDRA MARTÍNEZ GONZÁLEZ. Profesora del Master de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma.

CÉSAR MARTÍNEZ RODRIGUEZ. Odontólogo. Colaborador del Master de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma.

JOSÉ M^o MARTÍNEZ-GONZÁLEZ. Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Odontología. UCM.

Caso Clínico

Nuevo protocolo de descontaminación, implantoplastia y regeneración para el tratamiento de las periimplantitis. Sistema Implacure

La pérdida de hueso periimplantario ha sido atribuida generalmente a diferentes procesos que incluyen desde una técnica inadecuada, fracaso en lograr la osteointegración, carga prematura, sobrecarga biomecánica, infección periimplantaria y a una respuesta alterada del huésped. Sin embargo, de todos ellos son la infección periimplantaria y la sobrecarga mecánica los factores etiológicos que se involucran en la pérdida progresiva de hueso en implantes que están en función ⁽¹⁾.

El fracaso del tratamiento implantológico puede ocurrir en dos fases bien diferenciadas, en una fase temprana, relacionada con la falta de contacto hueso-implante, que afectará a la osteointegración del implante, o un fracaso tardío, una vez el implante está osteointegrado ⁽²⁾.

En la actualidad la tasa de fracaso en una fase temprana es muy baja, sin embargo, cada vez es más frecuente la aparición de problemas en fases más tardías. Así, la mucositis periimplantaria afecta a un 80% de los pacientes y a un 50% de los implantes, mientras que la periimplantitis, a un 28-56% de los pacientes y a un 12-43% de los implantes ⁽³⁾.

Las enfermedades periimplantarias son procesos inflamatorios de los tejidos que rodean a los implantes osteointegrados, causados por la presencia de un biofilm en individuos susceptibles. En base a su severidad se pueden clasificar en tres tipos: mucositis, periimplantitis y fracaso periimplantario. Según el *Consensus Report of the sixth European Workshop of Periodontology* ⁽⁴⁾, la mucositis se define como una reacción inflamatoria reversible en la que se observa inflamación y eritema de la mucosa periimplantaria acompañada de sangrado y/o supuración al sondaje

con bolsas de 4-5 mm. Mientras que la periimplantitis se define como un proceso inflamatorio que afecta a tejidos blandos y duros que rodean a un implante osteointegrado, con una pérdida de soporte óseo, que suele estar asociado a un incremento en la profundidad de sondaje (>5mm) y a la presencia de sangrado y/o supuración al sondaje. Por último, el fracaso periimplantario puede causar dolor, movilidad y exudado purulento.

Los factores de riesgo con mayor relevancia en la aparición de la enfermedad periimplantaria son una higiene oral deficiente, historia previa de periodontitis y tabaco. Otros factores asociados son diabetes mal controlada, consumo de alcohol, susceptibilidad genética, el tipo de la superficie del implante o sobrecarga oclusal.

El objetivo principal del tratamiento de la enfermedad periimplantaria consiste en eliminar el biofilm de la superficie del implante, y se basa en los protocolos de tratamiento y mantenimiento de la periodontitis ⁽⁵⁾. De este modo, se frena el avance de la infección, y se mantiene la función del implante.

En el *Proceedings of the 3rd European Workshop of Periodontology* ⁽⁶⁾, se describió un protocolo de actuación donde los parámetros clínicos usados son la dimensión de la bolsa periimplantaria, la evidencia de pérdida ósea, presencia de placa bacteriana y el sangrado al sondaje, dando diferentes opciones terapéuticas en función de la presencia o ausencia de algunos de estos parámetros clínicos.

- Si todos los parámetros son negativos se pueden espaciar las visitas de los pacientes.
- Si hay placa y sangrado se realizará la pauta A de tratamiento.

- Limpieza y pasta de pulido.
- Uso de curetas de plásticos.
- Instrucciones de higiene oral.
- Si hay pus o signos de destrucción periimplantaria:
 - Pauta A.
 - Irrigación local con antiséptico bucal.
 - Uso diario gel o colutorio de clorhexidina.
- Si la profundidad de sondaje es de 5 mm y existe pérdida ósea evidente en la radiografía, además de A-B, se realizará la pauta C:
 - Terapia antibiótica.

Si se observan bolsas de >5 mm, se llevarán a cabo los niveles A-B-C más el tratamiento quirúrgico para modificar la morfología de los tejidos blandos y el defecto óseo. Este tratamiento quirúrgico puede clasificarse en base a si es una cirugía de acceso, resectiva o regenerativa (7).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico en el que se realiza un nuevo protocolo para el tratamiento descontaminante y regenerativo de la periimplantitis mediante el sistema Implacure®.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 58 años de edad que acude al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma por supuración, de dos meses de evolución, a nivel de un implante en 35. Este implante fue colocado hace 4 años y no se realizó ningún protocolo de mantenimiento periimplantario desde entonces. Sólo en el momento que comenzó con la supuración le retiraron la corona para ver si remitía el proceso inflamatorio.

En la exploración clínica se observó tumefacción de los tejidos blandos, supuración a nivel del margen gingival (Figura 1) y profundidad de sondaje de 9 mm (Figura 2), mientras que la exploración radiológica evidenció pérdida ósea en arco, de más de un 50% de la superficie del implante (Figura 3).

En base a los parámetros clínicos y radiológicos se decidió realizar un tratamiento quirúrgico combinado de descontaminación, implantoplastia y regeneración, empleando el protocolo del sistema Implacure®, que a continuación se detalla:



Figura 1. Aspecto clínico de los tejidos blandos.

1. Tratamiento inicial

7 días antes de la cirugía se irriga el surco periimplantario con una solución de piperacilina y tazobactam 100/125 mg (Figura 4).

2. Protocolo de descontaminación

Una vez firmado el consentimiento informado, se realiza el tratamiento quirúrgico bajo anestesia local.

- Se levanta un colgajo a espesor total para proporcionar acceso a la zona a tratar, observándose un defecto óseo circunferencial recubierto de tejido de granulación (Figura 5).
- Se realiza curetaje de la zona infectada (Figura 6).
- Previa a la regeneración se lleva a cabo la implantoplastia, primeramente con una fresa de diamante de grano grueso (negra) en la zona más crestal (Figura 7).
- Posteriormente, se usa una fresa de grano medio (verde) para zonas más apicales (Figura 8).
- Se protege la superficie ósea con una gasa estéril y se descontamina la superficie del implante con gel de ácido ortofosfórico al 37% combinado con clorhexidina al 2% durante 2 minutos, pasado ese tiempo se elimina el gel y se irriga la superficie con suero (Figura 9).
- Se descontamina de nuevo la superficie del implante químicamente aplicando una gasa empapada en la solución de piperacilina/tazobactam 100/125 mg, dejándola actuar 1 minuto (Figura 10).
- Previa a la regeneración ósea se pule la superficie del implante que estará en contacto con hueso, con una fresa de grano fino (rojo) (Figura 11).
- Finalmente se procede al tratamiento regenerativo, para el cual se emplea hidroxiapatita sintética (Osbone®), que se hidrata con la solución de piperacilina/tazobactam y se compacta en el interior del defecto (Figura 12).
- Se cubre con una membrana reabsorbible de colágeno (Osguide®) y se fija con una chincheta (Figura 13).
- Se sutura el colgajo sin tensión cubriendo completamente el implante.
- Se realiza una radiografía inicial el mismo día de la cirugía, para poder realizar un seguimiento de la evolución del nivel óseo radiográfico (Figura 14).



Figura 2. Profundidad de sondaje inicial.

CONCLUSIONES

Es fundamental establecer un protocolo de mantenimiento de los implantes, mediante la realización de revisiones frecuentes y control de placa, para evitar que se produzca inflamación de los tejidos blandos periimplantarios y pérdida ósea alrededor de los implantes.

Una vez establecida la periodontitis es fundamental realizar un diagnóstico correcto de los parámetros clínicos y radiológicos con el fin de establecer el protocolo de actuación, que va a ser fundamental para lograr unos resultados satisfactorios.

El sistema Implacure ofrece resultados alentadores que pueden suponer un avance importante en el tratamiento de la periimplantitis. ●

BIBLIOGRAFÍA

1. Klokkevoeld PR, Newman MG. Current status of Dental Implants: A Periodontal perspective. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000; 15: 56-65
2. Franch F, Luengo F, Bascones A. Evidencia microbiana de la periimplantitis, factores de riesgo coadyuvantes, diagnóstico y tratamiento según los protocolos científicos. *Av Periodon Implantol* 2004;16,3:143-56.
3. Tomasi C, Derks J. Clinical research of peri-implant diseases quality of reporting, case definitions and methods to study incidence, prevalence and risk factors of peri-implant diseases. *J Clin Periodontol*. 2012; 39 (Suppl. 12): 207-23
4. Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (Suppl. 8) 282-5.
5. Noguerol B, Sicilia A. Los implantes en el tratamiento del paciente periodontal. En: Gutiérrez-Pérez JL y García Calderón M (eds.). Integración de la Implantología en la Práctica Odontológica. Ediciones Ergón. Madrid, 2002
6. Mombelli A. Prevention and therapt of peri-implant infections. En: Lang NP, Karring T Lindhe J (eds). Proceedings of the 3rd European Workshop on Periodontology. Berlin: Quintessence Verlag, 1999: 281-303
7. García-Calderón M, Cabezas Talavero J, Gallego Romero D, Torres Lagares D. Diagnóstico y tratamiento de las periimplantitis. Actualización en el diagnóstico clínico y en el tratamiento de las periimplantitis. *Av Periodon Implantol* 2004;16(1): 9-18.



Figura 3. Radiografía periapical prequirúrgica.



Figura 4. Irrigación prequirúrgica del surco periimplantario.



Figura 5. Defecto óseo circunferencial recubierto de tejido de granulación.

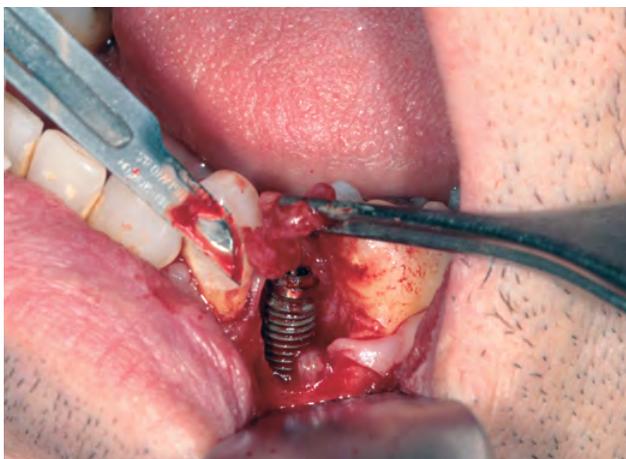


Figura 6. Curetaje del tejido de granulación.

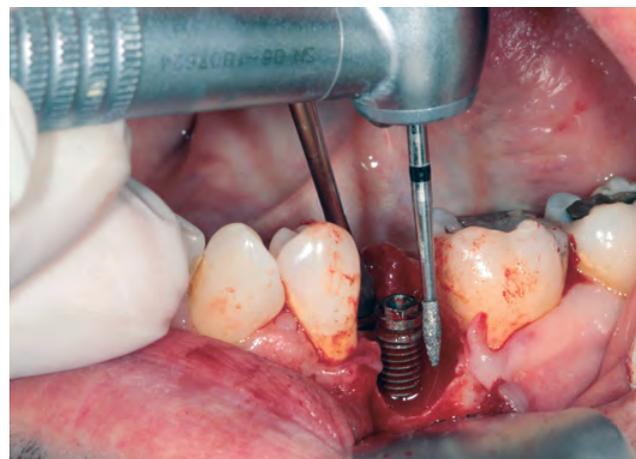


Figura 7. 1ª fase implantoplastia zona crestal. Fresa grano gruesa (negra).



Figura 8. 2ª fase implantoplastia zona más apical. Fresa grano medio (verde).



Figura 9. Irrigación con ácido ortofosfórico y clorehexidina.



Figura 10. Irrigación piperacilina tazobactam.

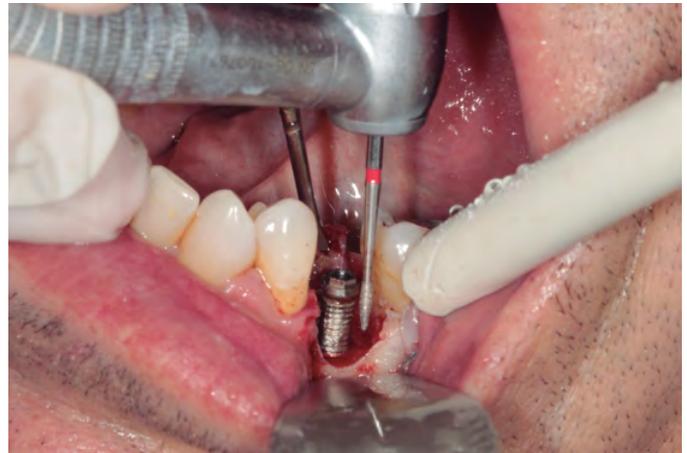


Figura 11. Fase final implantoplastia. Fresa grano fino (roja).



Figura 12. Relleno con hidroxiapatita sintética hidratada con piperacilina tazobactam.



Figura 13. Recubrimiento con membrana de colágeno reabsorbible.



Figura 14. Radiografía periapical postquirúrgica.

**AUTORES:****ISMAEL SORIANO SANTAMARÍA.**

Doctor en odontología.

Director médico del área de cirugía, periodoncia, prostodoncia e implantología del Centro de Formación en Implantología.

Caso Clínico

Rehabilitación maxilar superior e inferior con implantes cigomáticos (caso completo)

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente con reabsorción ósea severa del maxilar y 3 implantes fracasados colocados en otra clínica. En el maxilar superior se colocan implantes en 12-22 y cigomáticos en 15 (42,5 mm) y 25 (42,5 mm).

En la parte inferior del hueso mandibular, se colocan implantes en 32-33-43-47. En la posición 35 se coloca un implante con pilar angulado dada la deficiencia ósea que presenta la paciente en esa zona.

Se utiliza hueso particulado con relleno y plasma rico en plaquetas.

Se realiza un provisional fijo de carga inmediata superior e inferior, mediante la técnica de electrosoldadura.

Todo el procedimiento se realiza bajo sedación consciente intravenosa, inducida por un anestésista, previa antibioterapia.

PALABRAS CLAVE

Implantes cigomáticos, electrosoldadura intraoral, provisionales fijos, sedación consciente, plasma rico en plaquetas, xenoinjerto, rehabilitación implantosoportada.

ABSTRACT

It is presented the case of a patient with severe bone resorption of the maxilla with 3 failed implants placed in another center. In the upper jaw placed implants in 12-22 and zygomatic in 15 (42,5mm) and in 25 (42,5mm).

In the lower part of the mandibular bone, implants are placed in 32-33-43-47. In position 35 an implant with an angled abutment is placed due to the bone deficiency that the patient presents.

It is used particular bone as fillering and PRP. A fixed provisional of superior and inferior immediate load is realized, by the technique of electrowelding.

The entire procedure is performed under conscious intravenous sedation induced by an anesthetist, after antibiotic therapy.

INTRODUCCIÓN

La implantología posee una base científica y lejanos antecedentes históricos. Su evolución se debe a la constante necesidad de restituir la pérdida dentaria.

Desde tiempos muy remotos el hombre ha intentado sustituir los dientes perdidos, ya sea por caries, traumatismos o enfermedad periodontal, por otros elementos que restaurasen la función y la estética.

En los años 50, el profesor P.I Branemark descubrió que el titanio puro era aceptado como propio por el

cuerpo humano, integrándose a los tejidos óseos sin que se produjera ninguna reacción adversa. Después de numerosas investigaciones y pruebas, El profesor Branemark colocó el primer implante en un paciente humano.

A partir de este momento, se acuña el término de osteointegración. Acompañando a este término se ha dado paso a los tratamientos de carga inmediata, permitiendo recuperar la funcionalidad, la autoestima y la seguridad en sí mismos de los pacientes.

Posteriormente en 1989, Branemark diseña los implantes cigomáticos. Se trata de implantes con conexiones anguladas de 45 grados, de 4,5 milímetros de diámetro en su parte más ancha y que pueden medir entre 30 y 50 milímetros de longitud.

Se insertan desde la parte palatina del proceso alveolar, siguiendo la cresta cigomática-alveolar hasta anclarse en el cuerpo del malar. Y en el caso de pacientes maxilectomizados, entrando directamente en el cuerpo del malar.

Estos implantes ofrecen una alternativa más al cirujano en el momento de planificar un tratamiento protésico-rehabilitador implantosoportado. Sobre todo, en aquellos pacientes con un maxilar superior atrófico en el que no se pueden realizar injertos óseos o estos han fracasado.

Las principales complicaciones que presentan son la no oseointegración, que nos llevaría a la realización de una nueva intervención quirúrgica o a cambios y retrasos en el plan de tratamiento, la fractura del implante y la reabsorción del hueso alrededor del implante cigomático en el proceso alveolar.

El hueso palatino sirve de barrera entre la cavidad bucal y el seno maxilar, su pérdida produciría sinusitis y flexión en el implante, que a la larga provocaría su pérdida.

Bioquímicamente el PRP, se compone de suero, leucocitos, plaquetas y factores de crecimiento, pero aunque la presencia conjunta de todos estos elementos favorece la acción del PRP, los elementos fundamentales son los factores de crecimiento.

El estudio de los factores de crecimiento, junto con el descubrimiento de su liberación por parte de las plaquetas, ha conducido al desarrollo de un concentrado de plaquetas autólogo, ideal para mejorar el proceso de cicatrización del tejido conectivo.

Sus aplicaciones son numerosas en cirugía oral, ya que el PRP es el complemento ideal para los injertos, sirve para compactar y retener el material de injerto, tanto autólogo como cualquier biomaterial, aportando estabilidad y adhesión, además es un excelente osteoconductor y osteoinductor. Se trata de un material

autólogo y, por lo tanto, con nulo efecto antigénico. No hay riesgo de contagio de ningún tipo de enfermedad y la fibrina autóloga obtenida con el PRP se puede utilizar a modo de membrana biológica para retener el injerto.

Para la realización de la prótesis provisional de carga inmediata, usaremos la técnica de electrosoldadura intraoral. Con esta técnica se consigue la ferulización de los implantes a través de los transfers y se distribuyen las cargas oclusales.

La electro soldadora intraoral se trata de una máquina con un pedal de activación del circuito eléctrico y de una pinza de soldadura con un resorte de tensión. La soldadura se realiza por un proceso de sincristalización con fusión del titanio en el punto de contacto bajo presión.

La pinza tiene dos electrodos donde llega la energía contenida en una batería de condensadores. La corriente eléctrica de alta intensidad fluye por un tiempo muy corto del orden de los milisegundos. El punto de soldadura puede alcanzar los 1600 C, si agredir los tejidos porque se disipa en las ramas de la pinza, por la baja conductividad.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino de 58 años de edad, que acude al centro de Formación en Implantología. A la exploración intraoral se observa una gran reabsorción ósea severa del maxilar superior.

La paciente presenta 3 implantes superiores en las posiciones 11,13 y 21 de un tratamiento fracasado que fue realizado en otro centro por distintos especialistas (**Figura 1**).

La paciente rellena el cuestionario de salud y con la ayuda de un CBCT, se diagnostican implantes superiores en posiciones 12, 22 y dos implantes cigomáticos en posiciones 15 y 25. En la parte inferior se decide colocar implantes en posiciones 32, 33, 42, 44 y 46. En la posición 35 se coloca un implante con pilar angulado por la deficiencia ósea que presenta la paciente en esa zona (**figuras 2, 3 y 4**).



Figura 1.

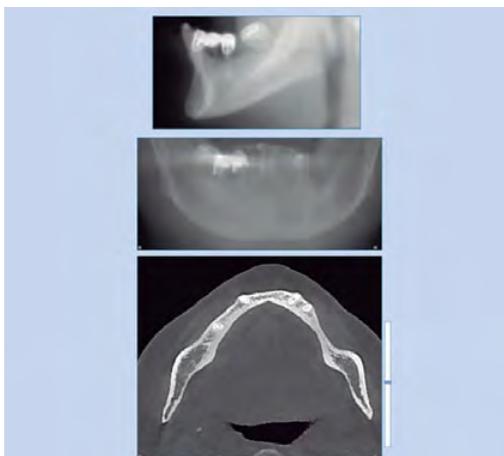


Figura 2.

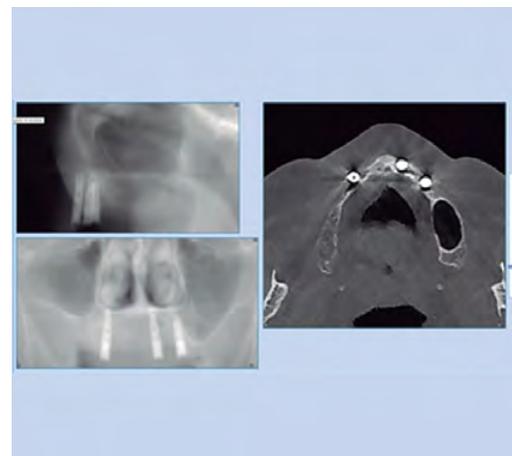


Figura 3.

Tras el diagnóstico, la paciente cumplimenta los sentimientos correspondientes para el tratamiento.

Como protocolo de actuación se realiza una profilaxis previa a la cirugía y se planifican las extracciones a realizar, en este caso de las piezas 31-32-33-34-41-42-43-45 y 47 en el mismo acto quirúrgico.

Se extraen 40 ml de sangre para obtener el plasma utilizando un método cerrado al vacío y estéril, evitando contaminaciones cruzadas.

La intervención comienza con la administración de los fármacos por parte del anestésista para inducir al paciente la sedación consciente intravenosa. A continuación, se inyecta el anestésico local articaína con epinefrina en el maxilar a nivel de los infraorbitarios, para conseguir la anestesia de los nervios palatinos mayores, con refuerzo palatino y se realiza un bloqueo nervioso en la mandíbula a través del nervio mentoniano con refuerzos vestibulares.

Realizadas las extracciones de los implantes antiguos, se comienza por el maxilar con una incisión con hoja del número 15 supracrestal desde la posición del 17 al 27, se realiza una descarga anterior a nivel de la línea media y dos distales, para favorecer el despegamiento mucoperióstico (**Figura 5**).

Una vez despegado hasta observar el hueso maxilar por vestibular y la cresta del reborde por palatino, se procede al fresado para colocación de implantes en la zona anterior, una vez creado el lecho se procede a la colocación de los implantes en las posiciones 12 y 22 (**figura 6**).

Para la colocación de los implantes cigomáticos se realiza una ventana rectangular vertical con el piezoeléctrico. Una vez expuesta la membrana de Schneider, realizamos el despegamiento con el fin de preservarla una vez se haya colocado el implante cigomático (**figura 7**).

Se inicia la secuencia de fresado según las indicaciones del fabricante, con unos valores de torque de 40 Ncm y 1000 rpm en el motor. Para ello se hacen dos perforaciones a nivel de las piezas 15 y 25. Preparado el hueso con el fresado habitual (**figuras 8 y 9**) se introducen las fresas de cigomáticos:

- Fresa de bola de 2'9 mm de diámetro.
- Fresa helicoidal de 2'9 mm de diámetro.
- Fresa piloto de 3'5 mm de diámetro.
- Fresa helicoidal de 3'5 mm de diámetro.
- Avellanador de 4'0 mm de diámetro.

Se realizan las comprobaciones con el medidor angulado de profundidad milimetrado para verificar la posición y longitud de fresado.

Una vez verificada la longitud de fresado, se procede a la inserción de los implantes cigomáticos de medidas 4.5 x 42,5 mm con un torque de 40 Ncm (**figura 10**).

Se termina de insertar de forma manual, teniendo en cuenta la posición de la cabeza angulada del implante en la dirección protésica deseada (**figura 11**).

Para finalizar se retiran los transportadores de los implantes y se colocan los pilares transeptiliales. Colocados los pilares de carga (**figura 12**), se cubre el implante cigomático con PRP con xenoinjerto, dis-

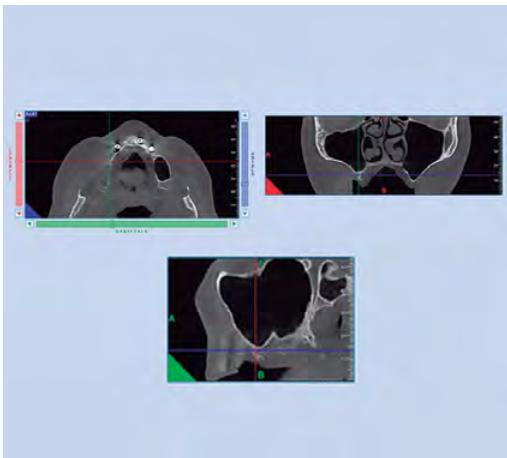


Figura 4.

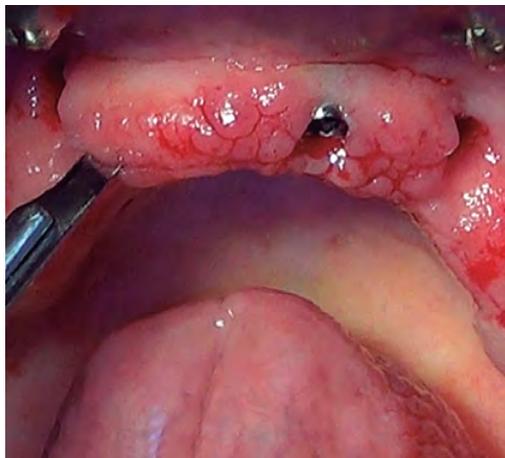


Figura 5.

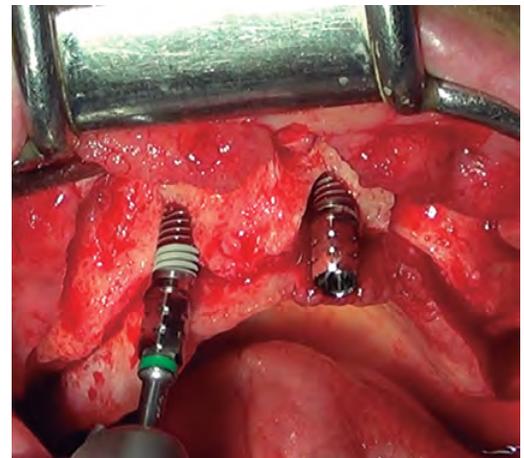


Figura 6.

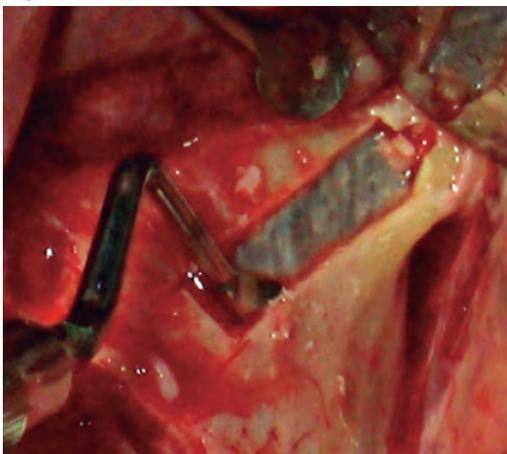


Figura 7.

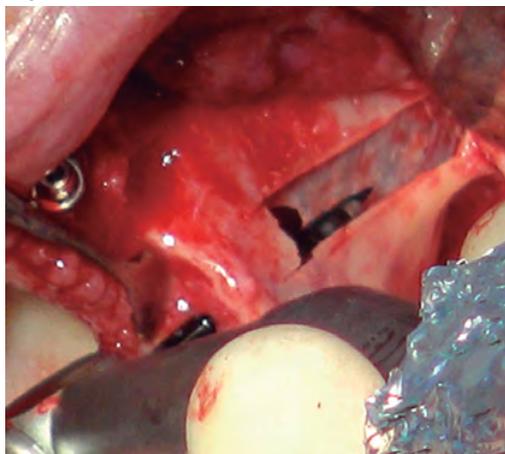


Figura 8.

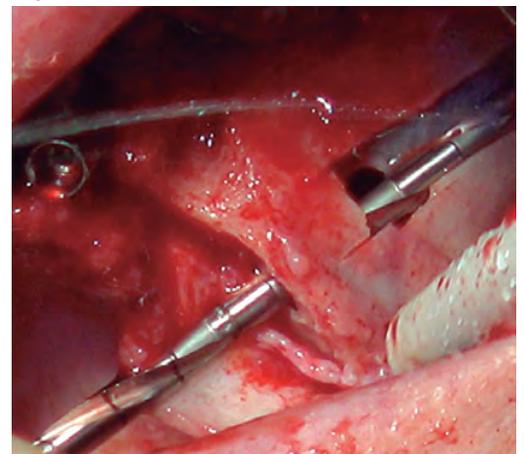


Figura 9.

tribuyéndolo por la zona periimplantaria (**figura 13**).

A modo de membrana, se coloca el plasma pobre en plaquetas que quedará entre el xenoinjerto y el tejido blando, mejorando así la cicatrización.

Por último, se procede a cerrar la incisión con puntos simples de 4/0 (**figura 14**).

Para la realización de la prótesis provisional, usaremos la técnica de electrosoldadura intraoral, con la que realizaremos una estructura metálica que nos servirá de soporte para el frente de structur. Se fijan 3 barras de titanio de 1,5 mm de grosor a los pilares de carga. Una vez creada la estructura metálica (**figura 15**), se coloca el frente estético de structur (**figura 16**) y se conforma la estructura hasta que el metal no emerja en boca, respetando las chimeneas de salida de tornillos para facilitar su retirada a la hora de la toma de medidas. Posteriormente se le añade structur rosa y se pule la prótesis (**figura 17**).

En la arcada inferior se colocan 6 implantes en las posiciones 32-33-35 (angulado) -42-44-46. El procedimiento quirúrgico comienza con la infiltración de anestesia local a nivel de la zona a tratar. Posteriormente se realizan las extracciones de las piezas 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43, 45 y 47.

Se realiza la incisión a espesor total supracrestalmente, con dos descargas vestibulares laterales a la altura del primer molar inferior. A continuación, se identifica el foramen mentoniano, marcando su posición.

Se regulariza el contorno óseo, con una pinza gubia articulada y se procede al fresado habitual según las

indicaciones del fabricante y con el uso de paralelizadores. Seguidamente se procede a la colocación de los implantes inferiores (**figura 18**).

Una vez concluida la colocación de los implantes, se retiran los transportadores y se colocan los pilares transepiteliales. Seguidamente se colocan los pilares de carga para la prótesis fija provisional (**figura 19**).

A continuación, para la prótesis inferior, realizamos la misma técnica de electrosoldadura intraoral para confeccionar una estructura con doble barra de titanio de 1,5 mm de grosor (**figura 20**). A continuación, se coloca el frente estético de structur (**figura 21**) y se conforma la estructura.

Tras 4 meses de cicatrización, se realiza la toma de medidas de la parte superior e inferior y se confecciona las prótesis con tecnología CAD-CAM. (**Figuras 22 y 23**).

CONCLUSIONES

Los implantes cigomáticos son una solución actual para resolver las atrofas severas del maxilar, que impiden la colocación de implantes convencionales incluso ayudándonos de la colocación de hueso.

El PRP (Plasma rico en plaquetas) supone un avance a la hora de la cicatrización tisular y previniendo el rechazo del xenoinjerto. Aumentando significativamente las tasas de supervivencia de los implantes.

La electrosoldadura intraoral con la técnica de fijación a pilares de carga, desarrollada por el Doctor Soriano nos proporciona gran resistencia y estabilidad de la prótesis, permitiendo a su vez que ésta sea fija e inmediata. ●

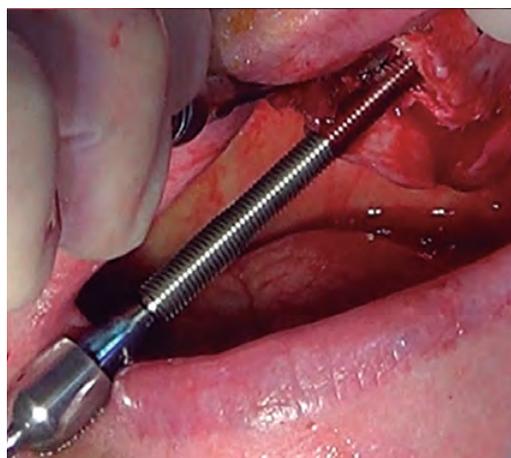


Figura 10.

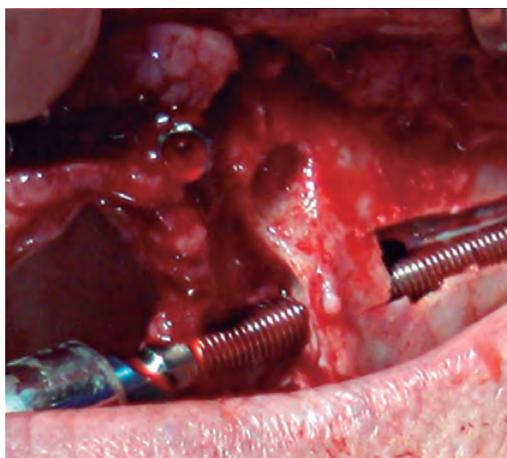


Figura 11.

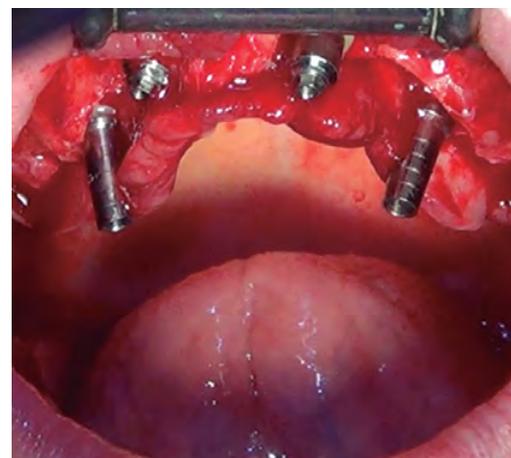


Figura 12.

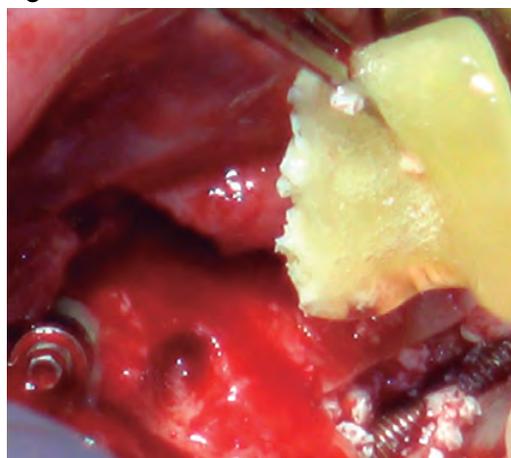


Figura 13.

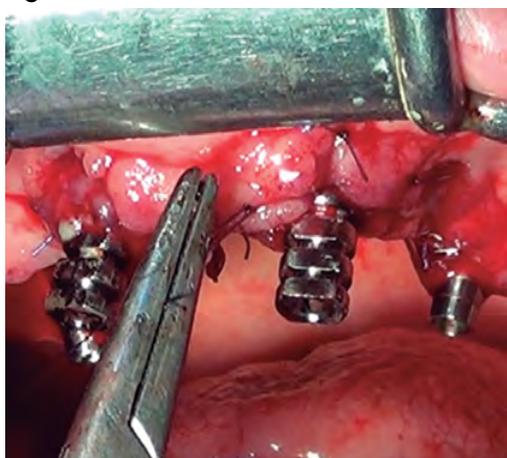


Figura 14.

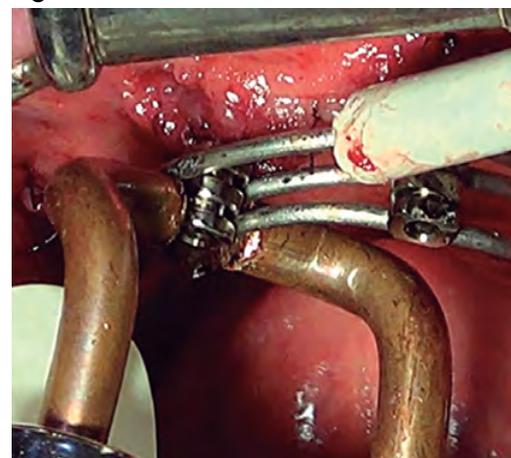


Figura 15.



Figura 16.



Figura 17.

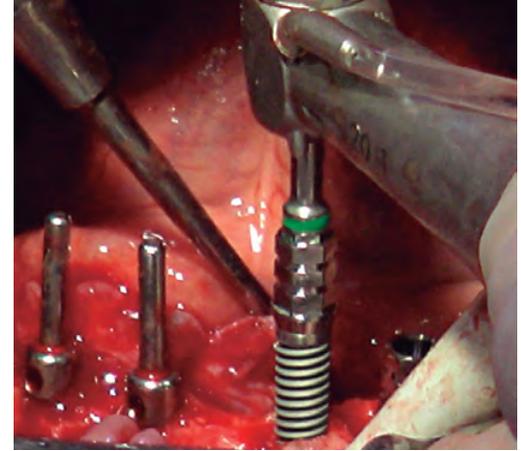


Figura 18.

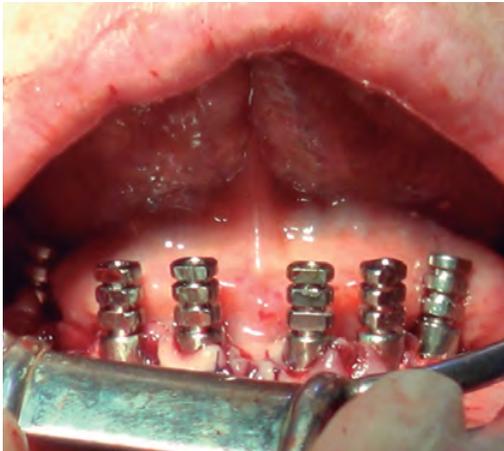


Figura 19.

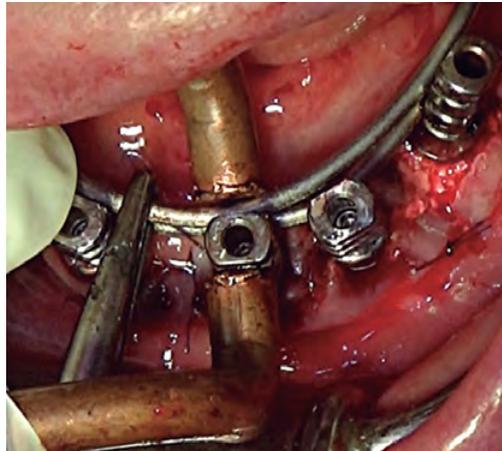


Figura 20.



Figura 21.

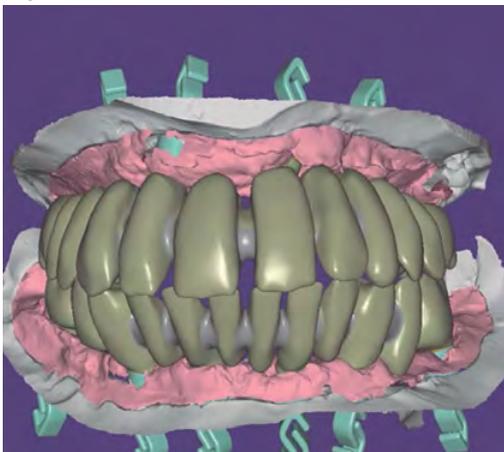


Figura 22.



Figura 23.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albrektsson T, Wennerberg A. Oral implant surfaces: Part 1-review focusing on topographic and chemical properties of different surfaces and in vivo responses to them. *Int J Prosthodont.* 2004;17:536-43
2. Albrektsson T, Zarb GA, Worthington P. The long term efficacy of currently used dental implants: A review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1986;1:1-25.
3. Bascones A. Aspectos médicos en el paciente implantológico y periodontal. En: Bascones A, Bodereau E, Maddalena A, Maddalena L. *Odontología restauradora contemporánea, implantes y estética.* Madrid: Ediciones Avances Médico-

- Dentales; 2002.p.37-49.
4. Bianchi A. Prótesis implantosoportada, bases biológicas-biomecánica-aplicaciones clínicas. Caracas:Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana C.A.;2001.
5. Bränemark P.I. introducción a la oseointegración. En: Bränemark P.I, Zarb GA, Albrektsson T. *Prótesis tejido integradas. La oseointegración en la odontología clínica.* Barcelona: Quintessence Books; 1999.p.11-76.
6. Branemark P-I Surgery and fixture installation. *Zygomaticus fixture clinical procedures.* Goteborg, Nobel Biocare; 1998.
7. García García V, Corral 1, Bascones

Martínez A. Plasma Rico en Plaquetas y su utilización en implantología dental. *Av Periodon Implanto!*. 2004; 16,2: 81-92.

8. Haruyuki Kawahara DDS Oseointegración bajo carga inmediata: tensión/compresión, biomecánica y formación/reabsorción del hueso. *Implant Dentistry.* 12 (1): 2003.

9. Heredia D, Bustillos J. Criterios de éxito en implantes dentales. *Rev Fed Odontol Colomb.* 2005; 23:16-18.

10. Ibanez JC, Tahhan MJ, Zamar JA, Menendez AB, Juaneda AM, Zamar NJ, Monqaut JL. Immediate occlusal loading of double acid-etched surface titanium implants in 41 consecutive full-arch cases in the mandible and maxilla: 6- to 74-months results. *J Periodontol.* 2005;76:1972-81.

11. Malo P, Rangert B, Nobre M. «All-on-Four» immediate-function concept with Bränemark System implants for completely edentulous mandibles: a retrospective clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2003;5 (Suppl 1):2-9.

12. Mondani PL, Mondani PM. La saldatrice elettrica intraorale di Pierluigi Mondani. Principi, evoluzione e spiegazione della saldatura per sincristallizzazione. *Riv. Odontostomatol Implantoprotesi* 1982; 4:28-32.

13. Per Engstrand. B. O. C. Prótesis en pacientes con implantes cigomáticos. Goteburgo, Suecia; 1997.

EXPOUENTAL

SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES

15-17
Marzo
2018

ORGANIZA



DÍA DEL ESTUDIANTE
JUEVES
15
MARZO

INNOVACIÓN, TECNOLOGÍA Y FUTURO DIGITAL



www.expodental.ifema.es

IFEMA - Feria de Madrid
902 22 15 15
expodental@ifema.es

PROMUEVE

federación española
de empresas de
fenin **TECNOLOGÍA SANITARIA**

PATROCINA

NACEX

Primer centenario del fallecimiento de José Martínez Sánchez, bibliógrafo de la Odontología española

Este año de 2017 ha vivido dos centenarios importantes en la historiografía odontológica española: de un lado el de la aparición de la *Historia crítica del Arte Dental*, del cirujano-dentista Mariano Riva Fortuño; de otro el del fallecimiento del precursor de la bibliografía odontológica española, José Martínez Sánchez. De lo primero nos ocupamos en el número 27 de *Odontólogos de Hoy*. Ahora corresponde evocar la figura y la obra del célebre bibliógrafo y dentista.¹



AUTOR: Javier Sanz Serrulla. Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina

Aunque nacido en Méjico en 1847, José Martínez Sánchez fue educado desde su niñez en España. Cursó el bachillerato y la carrera de Medicina en Cádiz, dedicándose desde los comienzos de su actuación profesional a la especialidad odontológica, bastando seguramente para su ejercicio legal la propia titulación de Licenciado en Medicina ya que bien claro lo dejaba el artículo 5º de la Real Orden de 21 de marzo de 1901 por la que se creaban los estudios de Odontología en la universidad española: *Los Licenciados en Medicina podrán, como hasta aquí, ejercer sin título especial la Odontología; aunque añadía: mas para fabricar piezas de prótesis dentaria necesitarán haber aprobado la asignatura respectiva*².

Martínez Sánchez dice en la portada de su libro *Método práctico para construir dentaduras...*, editado en 1900: *Con 30 años de práctica...* por lo que debió comenzar su ejercicio profesional en 1870. Los primeros años de la profesión los pasó en América siendo uno de los fundadores de la Sociedad Odontológica de La Habana y profesor de Mecánica en la Academia Dental de la misma.

En 1885 se estableció en Madrid –en 1887 estaba domiciliado en la calle Mayor, nº. 67 y 69³– donde formó a varios discípulos. En las revistas profesionales publicó numerosos trabajos científicos y fue el primer presidente de mesa de la Sociedad Odontológica Española, en cuyas sesiones participó largos años. En un número de *La Odontología* de 1895 se da noticia de que regresaba a Madrid desde Cádiz –donde se había establecido hacía algunos meses– para abrir de nuevo su gabinete: *El Dr. Martínez Sánchez, que durante muchos años estuvo establecido en Madrid, y que hace ya algunos meses se había instalado en Cádiz, traslada de nuevo su residencia a la Corte, donde muy en breve volverá a abrir su gabinete*⁴, aunque, sorprendentemente, poco más adelante se le cita como alejado hoy de la vida activa profesional. En 1912 su domicilio estaba en la Plaza del Ángel, nº. 4, principal, como consta en su sello y tarjetas de visita, en las cuales se nombra médico y dentista.

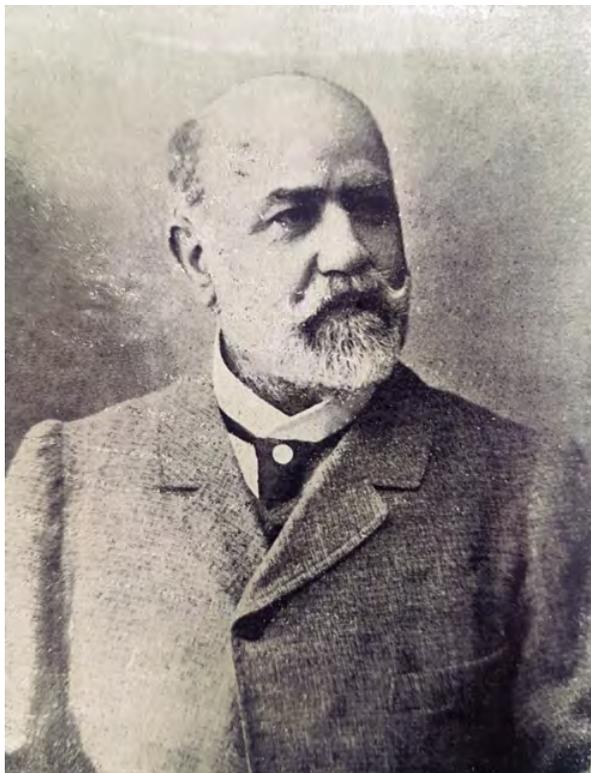
Falleció en Madrid, el día de nochebuena de 1917, siendo el decano de los dentistas de esta Corte. Sobre esto debie-

¹ La mayor parte de los datos biográficos proceden de su breve necrológica. Cfr.: Anónimo. “D. José Martínez Sánchez”. *La Odontología*, 1917, 12, pp. 678-679.

² *Gaceta de Madrid*, nº 104, 14 de abril de 1901, pp. 202-203.

³ En su obra *Arte del Dentista*, editada dicho año, así lo hace constar. pp. 313.

⁴ Anónimo. *La Odontología*, 1895, 4, pp. 140-141.



ran caer muy pocas dudas, pues fue publicada la necrológica en la revista del Dr. Florestán Aguilar, siempre atento a la circunstancia de los más destacados dentistas de su tiempo, dándose además la circunstancia de que ambos tuvieron una relación significativa con la ciudad de Cádiz. Fue enterrado el día de Navidad.

LA BIBLIOGRAFÍA ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA ⁵

José Martínez Sánchez debe ser considerado el precursor de la *Historia de la Odontología española* pues a esta disciplina dedicó varios trabajos de mayor mérito que los aparecidos en algunos, pocos, artículos anteriores, pero sin duda es el principal estudioso de la “Bibliografía odontológica española”.

En su libro *Arte del Dentista* incluyó, tras el apéndice histórico que comentaremos después, dos apartados de título bien significativo: *Bibliografía dental española. Ó Catálogo de todas las obras impresas en castellano que tratan del Arte del Dentista*, seguido de otro titulado *Apéndice al Catálogo Anterior. Con las obras de Cirugía que destinan especialmente una parte al Arte del Dentista*. Probablemente este conato le animara a emprender un trabajo de mayor alcance que a la larga le identificaría como el bibliógrafo que celebramos.

Así, pues, durante los años de 1895 a 1917 publicó en la revista *La Odontología* una *Bibliografía dental española* –generalmente bajo este mismo título–, con los escritos de la especialidad odontológica editados en los respectivos años anteriores, dando entrada a aquellos otros de los que no había tenido noticia previa y no se habían incluido en artículos precedentes. Pueden consultarse en las siguientes páginas de dicha revista: año 1895: páginas 150-157, 1901: 193-209 y 263-269, 1903: 670-673, 1905: 170-175, 1906: 66-67, 1907: 545-549, 1908: 560-

⁵ Sobre este tema, consultar nuestro artículo: Sanz, J. “Cinuenta años de Historiografía Odontológica Española (1895-1945)”. *Asclepio*, 2000, Vol. LII, Fascículo 1, pp. 225-237.

561, 1909: 373-376, 1910: 568-574, 1912: 26-31, 1914: 24-31, 1915: 97-105, 1916: 36-43 y 1917: 63-64.

Sobre buena parte de ello, bien cuajado, en forma de monografía vio la luz en 1911, un *Índice para formar un catálogo razonado de todas las obras impresas en castellano que tratan sobre el Arte del Dentista*. Como se puede comprobar en la portada, se trata de un trabajo presentado por el autor en el VI Congreso Dental Español, celebrado en Madrid del 30 de octubre al 3 de noviembre de dicho año ⁶. Lógicamente, fue tirado en la “Imprenta de La Odontología”, domiciliada en el nº 13 de la calle de Los Madrazo, y al director de la revista, Florestán Aguilar, correspondió la dedicatoria por parte del autor, donde ya advierte éste de Aguilar: *que posee en su magnífica biblioteca casi todo lo que se ha escrito sobre dentística...* Es más que probable que Martínez Sánchez consultara la magnífica biblioteca para componer sus trabajos ⁷.

Este índice, de 63 páginas, quedó dividido por el autor en tres secciones, tal como dice en la “Advertencia preliminar”: la primera para *las Obras que contengan más ó menos enseñanza profesional (Anatomía, Fisiología, Higiene, Patología, Terapéutica, Operaciones y Prótesis)*, la segunda para la *Prensa periodística y sus similares* y la tercera para *todo Trabajo que destine una parte ó división, separada, á nuestra especialidad*. Por último, incluye un apéndice *para toda publicación que se relacione con la dentística (Historia, Legislación, Plan de enseñanza, etc.)*, dando remate una tabla por orden cronológico de las fechas de impresión de cada libro. Se trata, sin duda, de un trabajo sin precedentes en la materia y ha servido de referencia hasta la actualidad. Insistimos en que no se trata de un catálogo de obras odontológicas españolas sino, como deja bien claro el título, de “obras impresas en castellano”, de ahí que nos encontremos abundantes escritos de varios países hispanoamericanos.

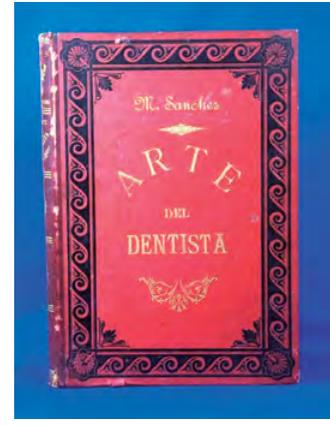
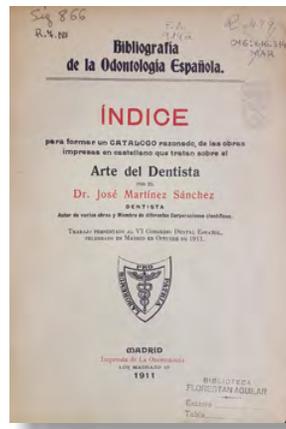
OTRAS OBRAS DE MARTÍNEZ SÁNCHEZ

Martínez Sánchez fue autor de un importante libro titulado *Arte del Dentista* (Barcelona, 1887), dedicado a “los dentistas y demás cirujanos que se dediquen a esta especialidad”.

Dividió el tratado en seis capítulos: anatomía y fisiología de la boca; patología y terapéutica; higiene, fórmulas

⁶ Cfr. Sanz, J. *Los Congresos Nacionales de Odontología en España*. S.I., SmithKline Beecham, s.a., pp. 17. (Consta en el texto que el Índice se acabó de imprimir el 30 de septiembre). En el VII Congreso Dental Español, celebrado durante el 12 al 15 de abril de 1914 en Barcelona, presentaría el trabajo *Monografía sobre la obra más antigua que trata del Arte dental impresa en nuestro idioma y publicada en España*, referente al libro del milanés G. Lanfranco, *Cirurgia Magna*, y sería editado, en su apartado odontológico, como separata ese mismo año en la “Imprenta de La Odontología”.

⁷ En la actualidad la biblioteca de D. Florestán Aguilar, sin duda uno de los mejores fondos bibliográficos odontológicos antiguos del mundo, si no el mejor, se encuentra en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, ubicada en los anaqueles originales y ambientada con notable estilo.



que debe conocer el dentista; operaciones quirúrgicas que se practican en la boca; nociones de física y química aplicadas a los trabajos de taller; y prótesis y mecánica dental. El libro, de inspiración clara en la obra de Chapin A. Harris, *The Dental Art: A Practical Treatise on Dental Surgery* (Baltimore, 1838 y 10 ediciones posteriores) y otros autores de preferencia norteamericanos, se adaptaba al programa oficial de la carrera de Cirujano-dentista, publicado el 11 de marzo de 1876, y puede considerarse uno de los mejores libros odontológicos españoles de su época, reuniendo prácticamente todo el saber necesario para el desempeño de la profesión. Fue ilustrado con cuatro láminas que recogen diferente instrumental odontológico y protésico, así como figuras anatómicas de la región bucal.

Se culmina este libro con un apéndice titulado *Apuntes sobre la historia de la profesión dental*, a su vez dividido en cinco capítulos: I, *Su antigüedad: adelantos en los Estados-Unidos de América*; II, *la profesión dental en Inglaterra, Francia y Alemania*; III, *La profesión dental en Italia, Bélgica y otros países de Europa*; IV, *España, Historia y Estado actual de la profesión*; V, *Reales Ordenes relativas a la profesión dental*. A ello sigue la bibliografía comentada y finalmente el *Programa oficial. Que rige en los exámenes de los Cirujanos-Dentistas*. En realidad se trata de un bosquejo histórico circunscrito a los países mencionados, de escasas pretensiones por parte del autor y que merece el calificativo de “apéndice”.

Asimismo, en la misma editorial, la barcelonesa de José Serra, fue coautor del libro de 334 páginas *Manual de Cirugía Menor*, título bajo el cual se nombra a los destinatarios: “Obra dedicada a las clases de Practicantes, Ministrantes, Sangradores, Dentistas y Matronas”. El otro autor fue Antonio Fórmica-Corsi¹ que aparece en el frontis como “Doctor en Medicina y Cirugía. Socio de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas, etc., etc.,” mientras Martínez Sánchez, a continuación y con un tamaño de letra menor, aparece simplemente como “Dentista”, aunque también como “Miembro de varias Aca-

demias Científicas, etc., etc.” Dividido en tres bloques: Anatomía, Vendajes y Cirugía, este tratado no incluye un apartado propiamente odontológico aunque sí para el callista o pedicuro.

En 1900 dio a la imprenta madrileña otro libro muy útil de carácter monográfico y dedicado a la prostodoncia: *Método práctico para construir dentaduras en caoutchouc*. A lo largo de sus 102 páginas pormenoriza sobre la técnica de construcción de dentaduras con este material.

Nueve años después editó un cuarto libro: *Tratado completo y moderno sobre extracciones de dientes*, monográficamente dedicado a lo que el título indica.

La aportación de José Martínez Sánchez a la odontología española queda patente en estos tratados, bien generales bien monográficos. Surgieron de una necesidad, habida cuenta de la pobre biblioteca odontológica española en un momento clave, el de la transición de un acceso casi amateur a la profesión dental –la carrera del Cirujano-Dentista se limitaba al examen teórico-práctico de los temas incluidos en el programa oficial– al definitivamente universitario –a raíz de la creación del título de Odontólogo-. Nada más útil para los dentistas de la época que contar con un repertorio general como el *Arte del Dentista*, y después con dos de los asuntos más frecuentes en el desempeño de la profesión: la extracción dental y la fabricación de prótesis dentales. Con sobrados conocimientos teóricos, la redacción de estas tres obras trasluce su probada experiencia profesional, lo cual conduce al lector al dominio práctico de lo que se anuncia.

De otro lado, en lo que más nos interesa, la faceta bibliográfica e historiográfica de Martínez Sánchez es encomiable. Se enfrentó a la dureza de ser pionero en este campo y lo hizo con humildad, de tal manera que acabaría dando un amplio repertorio bibliográfico que no era en sí mismo un alarde erudito de coleccionista de títulos sino que ponía a disposición del lector la existencia de cuanto en el arte dental se había publicado hasta la fecha, a partir de lo cual se podría iniciar la búsqueda correspondiente. Además, la historia contenida en las últimas páginas del *Arte del Dentista* es en su tiempo una meritoria aproximación. Ordenado cronológicamente y sin grandes pretensiones, en su sencillez proporciona una buena panorámica de lo vivido hasta ese momento en el entorno odontológico. No es sino por ello que en el I^{er} centenario de su fallecimiento creemos que, previo análisis, debe ser reconocida su obra, especialmente en el campo de la historiografía y la bibliografía odontológicas. ●

1 De la misma época y editorial es su obra *Manual de Obstetricia*. (Obra indispensable a la clase de comadronas). En la “Base de datos de autores de Uruguay” aparece Antonio Fórmica Corsi. Su lugar de nacimiento era España y su fecha: 28 de diciembre de 1852, siendo la de su fallecimiento: 6 de agosto de 1939. Obra suya era la titulada *Moluscos de la República Oriental del Uruguay* (Montevideo, 1900). Cfr. <http://autores.uy/autor/3352>. Hoy en día existe en Montevideo, calle San José, 1202, “La Homeopática Fórmica-Corsi”

DI ADIÓS AL SANGRADO DE ENCÍAS

parodontax®

Las pastas de dientes parodontax® están clínicamente probadas para reducir la placa, el sangrado de encías y la inflamación

x4 veces

mayor eliminación
de la placa*¹

48%

más de reducción
del sangrado de las encías*¹



x4 VECES MÁS EFICAZ
QUE UNA PASTA DE DIENTES REGULAR**

*En comparación con un dentífrico normal, después de una limpieza profesional y con dos cepillados diarios durante 24 semanas.

**Eliminando la acumulación de bacterias, una de las causas del sangrado de encías, tras una limpieza profesional y dos cepillados diarios.

Reference: 1. Data on file, GSK, RH02434, January 2015.

Las pastas de dientes parodontax son productos sanitarios y cumplen la legislación vigente en materia de productos sanitarios. Parodontax ayuda a detener y prevenir el sangrado de encías.

Reference: 1. Data on file, GSK, RH02434, January 2015.



Consejos breves para un eficaz marketing dental

DANIEL IZQUIERDO

FUNDADOR DE SWISS DENTAL MARKETING

Menos es más

Un sinfín de canales de televisión, el teléfono móvil en constante uso, pantallas publicitarias omnipresentes así como el Internet con sus páginas web, anuncios online y correos electrónicos, no cabe duda que nos enfrentamos a diario a un “tsunami mediático”. Como consecuencia de esta saturación mediática la atención por parte de las personas disminuye constantemente. Son solo unos pocos instantes, por ejemplo, el lector de un periódico mira un anuncio antes de pasar página. En estos pocos segundos, no más de dos o tres, la publicidad tiene que a) resaltar y atraer la atención, b) conseguir que se le dedique algo más de tiempo y c) transmitir el mensaje de forma inmediata.

A menudo, los profesionales de la publicidad usan el término *Kiss* como abreviatura de la frase inglesa *keep it simple and stupid*. Puede que lo de “simple y estúpido” suene algo cínico, pero es un hecho que un mensaje publicitario funciona mejor cuando es conciso y preciso. En este sentido, no cabe duda que el folleto adjunto ha sido realizado por un dentista en vez de por un profesional de la publicidad. Teniendo en cuenta el fugaz instante que el posible paciente dedica a una publicidad como la cuestionada, menos texto hubiese sido mejor. ¿Qué sentido tiene nombrar los diferentes tipos de tratamientos si luego se escribe “...y todo lo que necesite su boca” así como “... y mucho más”?

Mi consejo para sus futuras ideas de publicidad es simple: Reduzca los textos y mensajes al mínimo y haga la prueba de los cuatro segundos. Esta es muy simple, y consiste en enseñar el anuncio que está ideando durante cuatro segundos a una persona de su entorno. ¡Todo lo que no ha podido memorizar sobra! ●

“

Como consecuencia de la saturación mediática, la atención por parte de las personas disminuye constantemente

”

● IMPLANTES, CIRUGÍA Y ENDODONCIAS

- Endodoncias y Reendodoncias
- Prótesis Dentales, Fijas y Removibles
- Blanqueamiento Dental
- Sedación Especial (Indolora)
- Pacientes especiales: Diabéticos, Corazón...
- Ortodoncia Niños y Adultos
- Y TODO LO QUE NECESITE PARA SU BOCA

LA MEJOR CALIDAD AL MEJOR PRECIO. >

● PRESTACIONES GRATUITAS

- TOPIFICACIÓN DE FLÚOR
- EXAMEN DE URGENCIA
- ANÁLISIS OCLUSAL
- PULIDO DE ORTURACIONES
- REVISIONES SEMESTRALES
- PLANIFICACIÓN IMPLANTOLÓGICA
- ESTUDIOS PROTÉSICOS
- PLANIFICACIÓN DE ORTODONCIA
- Y MUCHO MÁS

ABIERTO AL MEDIO DÍA

657 544 177 / 963 287 126

Sopa de letras

Gracias a los programas gráficos instalados en nuestros ordenadores muchos dentistas-titulares se ponen a diseñar ellos mismos los folletos o los anuncios de su clínica dental. Actuando así los dentistas se olvidan que son profesionales de la odontología y no de la publicidad, y que ésta también se tiene que estudiar, como se hace con la salud bucodental. En consecuencia, los resultados de estos intentos de auto-promoción carecen a menudo de calidad gráfica, transmitiendo una imagen poco favorable de la clínica que, además, no suele reflejar la calidad del tratamiento odontológico que se ofrece. Una de las reglas más básicas –totalmente ignoradas en este folleto publicitario– consiste en no usar más de una, si acaso dos tipos de letras en un mismo documento. ¿Por qué? Porque una sopa de letras es percibida como poco estructurado, inquieta y nada profesional. Le falta, por decirlo de una forma, la línea visual roja. En este sentido recomiendo recurrir a un diseñador gráfico, lo cual es una muy buena inversión en las perspectivas de futuro de la clínica. ●



¡Abajo con los diplomas, arriba con las emociones!

Entiendo que los odontólogos estén orgullosos de su profesión y, no cabe duda, tienen toda la razón para serlo. Exponer sus títulos y diplomas de forma bien visible es una costumbre muy extendida entre los propietarios de una clínica dental. En más de una ocasión me he encontrado toda una pared llena de credenciales enmarcadas, casi siempre en la sala de espera.

¡Pues bien, creo que ya va siendo hora de retirarlos! ¿Por qué? A continuación tres razones para ello:

Uno: Más de una vez me he puesto a leer los títulos enmarcados y, en parte, hay documentos poco serios. Al fin y al cabo no es lo mismo el diploma oficial de la carrera de odontología, como la confirmación de asistencia en un cursillo de cuatro horas.

Dos: La gran mayoría de los pacientes no se deja impresionar por este tipo de diplomas, porque se sobreentiende que el dentista es un profesional.

Tres: ¡Los títulos enmarcados no transmiten para nada sensaciones! Teniendo en cuenta la importancia que tienen las emociones del paciente durante su estancia en el gabinete odontológico aprovecharía al máximo las posibilidades de crear sensaciones agradables, por insignificantes que puedan parecer. Unos retratos de pacientes felices, unas fotos del equipo dental estando de buen humor o dibujos que los más pequeños han regalado a su dentista son mucho más atractivos y reconfortantes que una pared llena de *titulitis*. ●



“

La gran mayoría de los pacientes no se deja impresionar por este tipo de diplomas, porque se sobreentiende que el dentista es un profesional

”



Neuromarketing: el siguiente nivel

ALBERTO MANZANO
CEO DE PLAN SYNERGIA. CONSULTORÍA DENTAL ÉTICA

¿Has realizado alguna vez una campaña publicitaria, incluso regalando una limpieza y un kit de cepillado, y apenas ha tenido repercusión? Esto le pasó a uno de nuestros clientes, el problema era que la publicidad no estaba basada en técnicas avanzadas de neuromarketing. Si conocemos de una manera más clara cuál es la conducta y toma de decisiones de las personas en el proceso de compra, podemos pasar de un actitud incómoda de *intentar vender*, a una mejor de *hacer que nos compren*; del mismo modo que a nadie le gusta que le vendan, pero a todos nos gusta comprar.

El neuromarketing es una nueva vertiente que complementa y mejora las técnicas del marketing tradicional. Consiste en la aplicación de los hallazgos conseguidos en la neurociencia (investigación del cerebro) con el objetivo de tener datos más precisos acerca de los procesos cerebrales que ocurren en la mente de los consumidores. De esta manera, podemos saber cómo reaccionan los consumidores a nivel emocional ante distintos estímulos de compra o ante distintas marcas comerciales, mejorando así la eficacia del marketing tradicional.

“*Gracias al neuromarketing podemos saber cómo reaccionan los consumidores a nivel emocional ante distintos estímulos de compra o marcas*”

Creo que fue el fundador de los grandes almacenes americanos Walmart el que dijo “invierto millones y millones de dólares todos los años en publicidad, y sé que sólo una pequeñísima parte de ella funciona. El problema es que no sé qué parte es la que funciona y cuál no”. Se dice que la eficacia de una acción publicitaria tradicional es aproximadamente del 7%, con el neuromarketing se aumenta la eficacia a un 18%.

La importancia del neuromarketing en el mercado actual es incuestionable. Ha permitido a grandes marcas como Google, Jaguar o Coca-Cola conocer mejor las preferencias de compra de los usuarios y, de esta forma, ampliar sus ventas y colocarse por delante de sus competidores. Incluso se rumorea que gran parte del éxito de hace unos meses de Pokemon Go fue debido al uso de estas técnicas para estimular las neuronas responsables del placer. De hecho, el último Premio Nobel de Economía ha sido concedido a Richard H. Thaler por su contribución a la ciencias económicas incorporando elementos propios de la Psicología.

En Plan Synergia somos pioneros en el uso de técnicas avanzadas de neuromarketing dental. Actualmente las aplicamos durante nuestro protocolo de primera visita, en las campañas publicitarias de nuestros clientes, así como en la creación de sus marcas e incluso en el interiorismo de sus clínicas o la música que suena. ¿Te atreves tú a profundizar en el cerebro de tus pacientes? ●



EXPOUENTAL

SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES

15-17
Marzo
2018

ORGANIZA



IFEMA
Feria de
Madrid



DÍA DEL ESTUDIANTE
JUEVES
15
MARZO

INNOVACIÓN, TECNOLOGÍA Y FUTURO DIGITAL



www.expodental.ifema.es

IFEMA - Feria de Madrid
902 22 15 15
expodental@ifema.es

PROMUEVE



PATROCINA

NACEX



Esos pequeños defectos que hacen tanto daño en el resultado de la empresa (I)

FCO. JAVIER RELINQUE

SOCIO DE IBV ABOGADOS Y ECONOMISTAS

Cada uno tiene sus manías personales, y la imagen de la empresa es un espejo de ellas. Pero hay manías que se convierten en defectos crónicos que pulverizan el esfuerzo de todo el equipo, restando calidad, productividad, rendimiento y beneficios. Es decir, hay comportamientos que son realmente actos antieconómicos para la empresa, afectando decisivamente al bolsillo de todos los que trabajan en ella.

Dejando atrás los comportamientos nada éticos y reprobables como el engaño, la usura, la manipulación, el abuso de poder, la corruptela, etc., conviene repasar otras conductas que pueden pasar inadvertidas pero que tienen una importancia directa en la empresa.

Merece un primer lugar la impuntualidad. Ésta es una de las conductas que más daño hacen a la imagen de la empresa. Es más, es un rasgo de nuestro carácter que mostramos antes incluso de que acudamos a una cita, antes de que vean nuestro aspecto personal.

El impacto perjudicial de la impuntualidad es por tanto claro: desde que se llega tarde se genera en los demás un sentimiento negativo pues se percibe que el impuntual desprecia nuestro tiempo, nuestra agenda, nuestro orden. Más tarde se puede despreciar hasta la inteligencia ajena con excusas absurdas.

Ya por tanto nos hallamos ante una percepción negativa de esa persona impuntual, la cual ha de hacer un primer esfuerzo para enervar el malestar generado, para levantar a un nivel aceptable la imagen profesional. Pero ya a veces eso no es posible, pues el cliente pagará nuestros servicios, pero desde luego buscará –consciente o inconscientemente– otro profesional que no le haga perder el tiempo. Tiempo que, o es dinero, o es tiempo que se resta a la familia.

El impuntual siempre llega tarde, y lo curioso es que siempre –salvo los ya caraduras– llegan pidiendo disculpas: el tráfico, el niño, el tren, el aparcamiento, un problema de última hora, una agenda apretada, la lluvia, etc. Como si los demás no tuviéramos esos incon-

venientes. Pero lo cierto es que llegar tarde a una cita condiciona el encuentro de forma muy negativa.

En definitiva, la impuntualidad proyecta una clara imagen de falta de credibilidad personal y profesional.

Pero es que en la persona impuntual también hace daño este defecto, pues aunque aquél no lo advierta, el alto nivel de estrés y tensión cuando se llega tarde es evidente, lo que resta capacidad de rendimiento para el resto de la jornada, y aumenta el nivel de cansancio y fatiga diaria. Y así, es frecuente ver a un impuntual desbarrando o malhumorado por llegar tarde achacando su retraso a su apretada agenda, aunque no es cierto su enfado, pues en realidad es él quien ha elegido llegar tarde.

La idea de que *por más que me organizo no consigo ser puntual* no es cierta. Reconozco que de pequeño vivía a un minuto del colegio, y casi siempre llegaba con la hora tan justa que en no pocas ocasiones llegaba tarde.

Por otro lado, frente a la idea de que la impuntualidad es producto de la vida misma por los imprevistos que tiene el día a día, he de expresar que gracias a un programa de alto rendimiento descubrí el poder de la *puntualidad preventiva*, es decir, calcular ciertos tiempos previos que pasamos por alto. Es decir, es necesario tener en cuenta que las calles estarán llenas de coches, semáforos, que hay que aparcar, que una reunión previa puede retrasarse, que quizás desconocamos la ubicación del lugar concertado, etc. En fin, es el cálculo que se suele hacer cuando se quiere coger el AVE, porque éste no espera.

Otra medida de enseñanza muy eficaz que puede darse al impuntual es comenzar las reuniones a la hora acordada, de forma que el impuntual se acostumbre a que no se le espera, a que no se le excusa, y en fin, que la puntualidad es una virtud esencial en el modo de trabajar en equipo.

Otro defecto que tiene mucho que ver con la impuntualidad es la procrastinación. Es decir, el hábito de retrasar actividades o situaciones que deben atenderse

“

Hace quince años la calidad era un valor añadido al producto. Hoy, la excelencia forma parte de él y es exigida por el cliente

”



para ocuparse de otras que son más agradables o que generan más satisfacción inmediata.

De esta manera, en muchas ocasiones vamos postergando esas tareas incómodas, que requieren esfuerzo o que nos dan una pereza enorme. Una llamada a ese cliente brusco y exigente, ese estudio de tareas del equipo que me exige gran esfuerzo mental, ese informe o estudio que necesita mucha concentración, etc.

El procrastinador no atiende esas tareas necesarias, sino que va atendiendo múltiples micro-tareas en su sustitución: contesta a los correos electrónicos, hace una gestión en la calle, ordena papeles, ejecuta una tarea de mero trámite que le resulta sencilla, atiende en exceso a un cliente u otra persona, atiende una llamada que podría derivar a otro del equipo. Y claro, llega la fecha de entrega o de ejecución de lo que es exigible, y lo entrega tarde y mal. Y el problema se acentúa cuando otro tiene que continuar con tu tarea previa, pues en ese caso, todo el mundo se retrasa. En ese caso, la chapuza está servida.

Las pérdidas de tiempo también influyen de forma decisiva. Es decir, si cuando se trabaja se está pendiente del móvil, del grupo de whatsapp, de los continuos correos, de los mensajes de Facebook, etc., evidentemente el trabajo se eterniza. Si a esto le sumamos, el cafelito que se alarga más allá de los 40 min., la conversación de quienes elucubran cómo cambiar el mundo, o la charla del último problema personal que –claro– hay que contarle en horario laboral, el trabajo es que sencillamente no sale para adelante.

La impuntualidad, la procrastinación y las pérdidas de tiempo pueden pues confluír en una ciclogénesis explosiva que a corto plazo mermará en gran medida la capacidad productiva de la empresa, y a medio-largo plazo puede ser decisiva para su supervivencia.

Hace quince años la calidad era un valor añadido al producto. Hoy, la excelencia forma parte de él y es exigida por el cliente. ●

CUNA DEL DESCUBRIMIENTO DE AMÉRICA PALOS DE LA FRONTERA

Palos de la Frontera se encuentra situada en el Suroeste de la Península Ibérica, concretamente en la llamada Tierra Llana de Huelva, la provincia más Occidental de Andalucía (España), fronteriza con el Sur de Portugal, en la margen izquierda del río Tinto, a cuatro kilómetros de su desembocadura en el Atlántico.

Palos de la Frontera es una ciudad rica en sus grandes acontecimientos históricos, lugar colombino por excelencia y protagonista principal de la gesta del Descubrimiento de América. Bella y acogedora gracias a la hospitalidad, comprensión, ilusión y trabajo constante de sus ciudadanos.

Su patrimonio monumental está marcado e iluminado por la tradición y la historia.

En el Monasterio de la Rábida, perteneciente a los siglos XIV y XV, de estilo gótico mudéjar y con frescos de maestros florentinos del siglo XV, Colón encontró hospitalidad,

comprensión y apoyo, cuando su ánimo desfallecía.

Los franciscanos intercedieron por él en la Corte y le pusieron en contacto con los marineros palermos. Colón halló entre ellos los recursos materiales y humanos que necesitaba; hombres hábiles, valerosos y osados que, con sus carabelas, habían navegado por las atlánticas aguas, surcando rutas hasta entonces desconocidas.

La Fontanilla es también un monumento ilustre e histórico en Palos, junto al cual se encontraba el muelle del que partió la expedición descubridora de América el 3 de agosto de 1492, con las carabelas Pinta, Niña y la Nao Santa María. Cuenta la tradición que en esta fuente se abastecieron de agua las carabelas antes de su partida.

Los marineros han tenido un papel fundamental en el desarrollo y progreso de esta tierra marinera. El 12 de octubre los marineros de Palos descubrieron el Nuevo Mundo, desembarcaron en la isla Guanahaní, a la que llamaron San Salvador.

Como homenaje a estos intrépidos marineros, en la plaza Comandante Ramón Franco se encuentra el Monumento al ilustre marino Martín Alonso Pinzón, capitán de la Pinta, que cada 15 de marzo celebra su día en conmemoración a la entrada triunfante de las naves descubridoras al puerto de Palos.

En la Casa de Martín Alonso Pinzón nacieron Martín Alonso, Vicente Yáñez y Francisco Martín Pinzón.

Este museo, de finales del siglo XVI, destaca por su fachada del siglo XVI, ornamentada con hornacina enmarcada entre dos columnillas y azulejería.

El Museo Naval, de reciente creación, alberga numerosas réplicas en miniatura de barcos de distintas épocas de la historia, desde primitivas monoxilas, hasta navíos de primera línea del s. XIX, pasando por las propias carabelas descubridoras. Todas estas obras han sido elaboradas artesanalmente por la Fundación Macías – Monasterio.



En el centro de la ciudad podemos encontrar la nueva Plaza de España, un bello rincón que ha transformado y dotado de personalidad este enclave, convirtiéndolo en un punto neurálgico del casco histórico de la ciudad. De arquitectura tradicional andaluza sus arcos en los balcones van adornados con un alicatado de azulejo cerámico con representaciones alegóricas a la historia de Palos. Un conjunto que resalta por su estética y su porte.

Muy cerca de aquí, llama poderosamente la atención la fachada del Ayuntamiento de la localidad. Monumental obra del ceramista Agustín Echevarría, conmemorativa del 525º Aniversario del Descubrimiento de América. Reflejo de la identidad de Palos de la Frontera, recoge de manera ornamental el protagonismo histórico de nuestra ciudad.

Otro lugar emblemático de la ciudad es la iglesia San Jorge Mártir, de estilo gótico mudéjar, construida en el S. XV. En este lugar se dió lectura

a la orden Real, solicitando reclutamiento de los marineros palermos.

La llamada Puerta de los Novios posee una primorosa labor en ladrillos de dos tonos que hace de ella un genuino y hermoso ejemplo de la pericia y de sus artífices mudéjares. De ella salieron los marineros para embarcarse en la madrugada del 3 de agosto de 1492.

Palos de la Frontera fue también protagonista del primer vuelo entre Europa y América. El 22 de enero de 1926, el hidroavión Plus Ultra partió desde la ciudad de Palos dirigido por el comandante de infantería D. Ramón Franco, resultando todo un éxito.

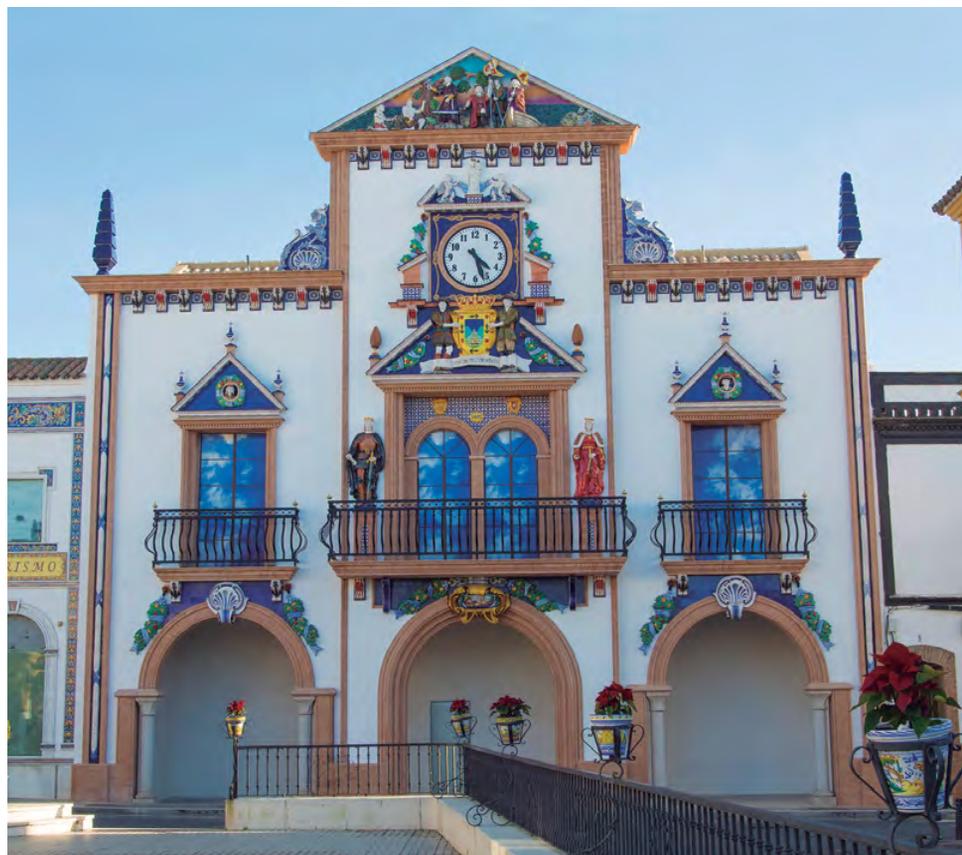
Este acontecimiento histórico se encuentra reflejado en la estatua conmemorativa situada en el Muelle de la Calzadilla.

Además de su indudable atractivo histórico cultural, esta ciudad ofrece a sus visitantes la posibilidad de disfrutar de las magníficas playas de Mazagón, amplias y arenosas,

donde se combinan las áreas tranquilas, entre pinares, donde vivir plenamente la Naturaleza, con zonas dotadas de los más modernos servicios e instalaciones, como el Puerto Deportivo de Mazagón, idóneo para la práctica de los más diversos deportes náuticos. La benignidad de su clima mediterráneo asegura unas jornadas soleadas, con luminosos y despejados cielos.

GASTRONOMÍA

La ubicación geográfica de Palos de la Frontera le permite contar con productos de alta calidad, tan diversos como el extraordinario marisco y el exquisito jamón serrano, amén de una excelente gama de vinos del Condado de Niebla. Como platos típicos sobresalen los elaborados con pescados: caballas con tomate, papas con choco. También es notable su repostería y, sobre todo, podrán degustar el famoso Fresón de Palos, que se exporta a gran parte de la Unión Europea. ●



QUINIENTOS VEINTICINCO AÑOS: ¿SERÁN SUFICIENTES? HUELVA, EL LUGAR MÁS AMERICANISTA FUERA DE AMÉRICA

Juan Antonio Márquez
Rodríguez (Odontólogo)
Asociación Huelva - Nueva York

Entre los episodios relevantes de la historia de España destaca la participación del Monasterio Santa María de La Rábida, lugar donde Cristóbal Colón planeó y maduró su proyecto, y el resto de Los Lugares Colombinos en el viaje más trascendental de la humanidad.

Este hecho fue reconocido por el pueblo estadounidense con la donación del Monumento a Colón a nuestro país, uno de los conjuntos escultóricos más representativos y de los más importantes del siglo XX en España, con 37 metros de altura. Se inauguró el día 21 de abril de 1929, y desde entonces preside el lugar desde donde partieron las tres carabelas descubridoras en 1492. Es el emblema de Huelva y una imagen internacionalmente difundida por sus dimensiones majestuosas y por su valor artístico y simbólico, ya que su creadora, la escultora Gertrude Vanderbilt Whitney, pretendía que

su modelo tuviera un aspecto análogo a la conocida estatua de La Libertad de Nueva York, y que en España tuviera el mismo significado que en Norteamérica.

Unos meses antes de la inauguración, el dos de diciembre de 1928 en la Embajada de los EE.UU. en Madrid, la escultora entregaba quince mil dólares, donados por ciudadanos norteamericanos, al Gobierno de España como primera aportación para la creación de un Museo de América en la provincia de Huelva, demandado por la sociedad onubense desde los años veinte del pasado siglo. De aquel obsequio aún quedan algunos cientos de euros a nombre de la Fundación Whitney de España.

Retomando la idea centenaria del museo, en el año 2015 se crea la Asociación Huelva-Nueva York, que desea hacer realidad esta pretensión que ha venido jalonada

por compromisos de las instituciones españolas e iberoamericanas, como la del pasado 29 de octubre de 2016 en Cartagena de Indias, donde la XXV Cumbre Iberoamericana reiteró “el compromiso con La Rábida, en Huelva, España, como lugar de encuentro de la Comunidad Iberoamericana de Naciones, reconocido como tal en la Declaración de la IX Cumbre, celebrada en La Habana, en noviembre de 1999”.

En el año 2017 Huelva conmemora el 525 aniversario del Descubrimiento de América, y debe ser el año que la provincia con más pasión americana proyecte un edificio emblemático y vivo que sea un lugar de exposición permanente, y un espacio de encuentro sobre las vinculaciones históricas y culturales entre España y América. Han pasado quinientos veinticinco años, ¿serán suficientes para saldar esta deuda histórica con Huelva? ●

