

Guillermo Galván,

ante la 48ª Reunión Anual de la SEPES

"Es imposible desarrollar la estética sin una correcta salud bucodental"



La prevención protagoniza el Congreso de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración



Alejandro Roisentul, premio Internacional Secib 2017: cirugía oral y maxilofacial humanitaria y sin fronteras



La presidenta del Colegio de Álava insiste en utilizar la denuncia contra la publicidad engañosa

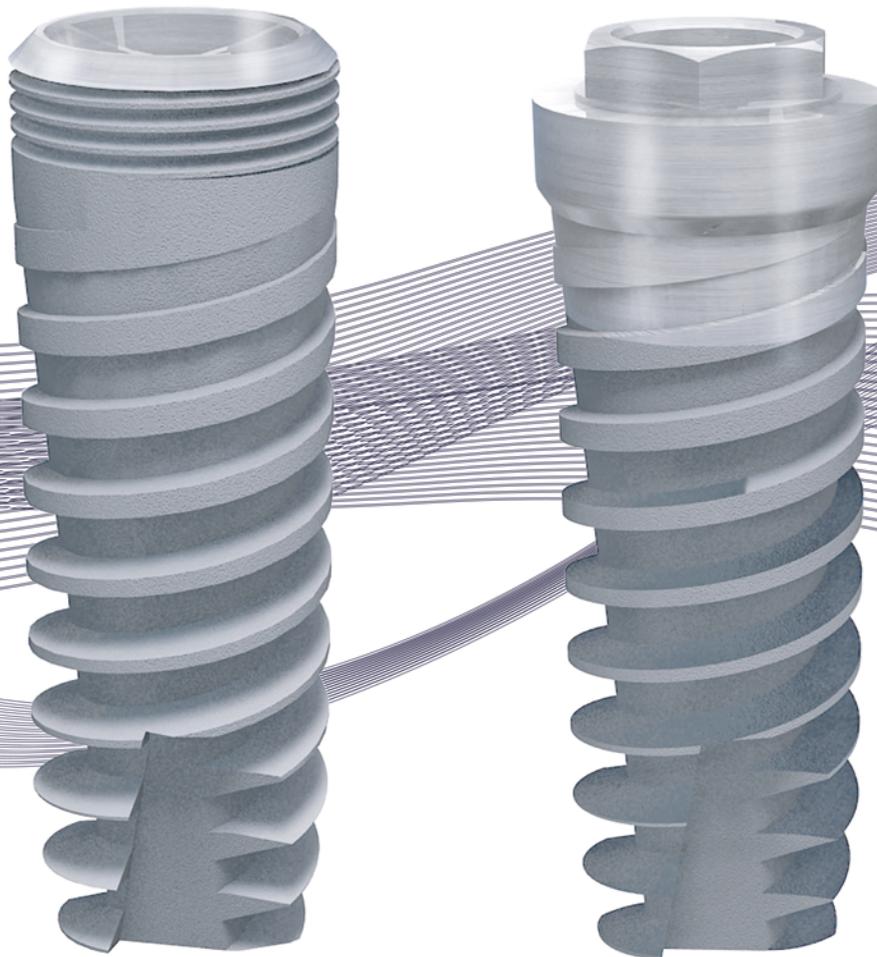


ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

quattro

la solución para el hueso blando



inhex
quattro

osseous
quattro

Mejor progresividad y torque de inserción
Mejor valor de comprensión
Mejor distribución de esfuerzos
Mejor control de trayectoria de inserción

No recomendado para huesos tipo I

La Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES) calienta motores para su 48º Reunión Anual, que llegará tras la pausa estival bajo la dirección de Guillermo Galván, un convencido de la salud bucodental por encima de todo: "La estética es tener la boca bien, porque al estar sana es bonita". A su juicio, la unión entre evidencia científica y experiencia clínica debe ser la línea a seguir por cualquier profesional. Además, cree que las sociedades científicas deberían dar un paso conjunto al frente y acordar en común acciones formativas multidisciplinares. En el ámbito colegial, es noticia la presidenta de Alava, una de las pocas mujeres al frente de una corporación profesional, que ha logrado

la razón de los jueces en la controversia que genera la publicidad engañosa entre dentistas y empresas. Su propósito es claro: seguirá denunciando al que no observe la deontología de la profesión. Más allá de polémicas domésticas, la Odontología es en algunos lugares un positivo ejemplo humanitario: es el caso de Alejandro Roisentul, premio Internacional Secib 2017, por su unidad de cirugía oral y maxilofacial al norte de Israel, capaz de atender a refugiados sirios pese a la enemistad entre ambos países. Su misión, sobrecogedora y fascinante, no entiende de tiempos ni de reconocimientos: dura toda la vida porque tener un compromiso para ayudar a los demás es una virtud eterna.

5 Opinión

6 Tribuna de Salud Pública

8 Actualidad

30 Entrevista

30 Guillermo Galván

presidente de la 48º Reunión Anual de SEPES

34 Carmen Mozas

presidenta del Colegio de Dentistas de Álava

38 Alejandro Roisentul

premio internacional Secib 2017

40 Ciencia y salud

40 Tratamiento mínimamente agresivo de fibroma osificante juvenil maxilar

44 Lesiones en los tejidos blandos orales en la práctica de rugby

48 Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la maloclusión

52 Carlos G. García Vélez, el ilustre dentista revolucionario

60 Mejora tu gestión

60 Neuromarketing aplicado a las ventas

David Cuadrado

64 3 campañas de marketing online para incrementar los pacientes de tu clínica en 2018

José María Gil

66 El nuevo Reglamento de Protección de Datos. Comprender lo básico en 4 claves

Fco. Javier Relinque

68 ¿Necesita mi clínica dental página web?

Aurora Llaveró

70 Formación

72 Empresas

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

SUSCRIPCIONES:

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

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

ODONTÓLOGOS DE HOY

EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba

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



Somos más

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Hemos pasado unos años oscuros en los que empresarios ajenos a la profesión, e incluso en algunos casos “compañeros”, montaban macro clínicas o, mejor, llamémoslo por su verdadero nombre: macrotiendas del diente, pensándose que iba a ser un gran negocio. Con grandes escaparates y en las mejores calles de nuestras ciudades.

Las pequeñas clínicas familiares los mirábamos con miedo y desconcierto, ¿cómo íbamos a competir con esos precios, con esas publicidades agresivas y engañosas?

Nuestra publicidad era el boca a boca ganado con años de esfuerzo a base de sembrar una buena reputación y tratar con cariño a los pacientes.

No podíamos permitirnos esos anuncios en televisión o radio, ni poner precios que no cubren nuestros costes, ni tampoco explotar a jóvenes recién licenciados, porque no es nuestro estilo y nunca lo será.

Pero al final, como en los cuentos, los buenos siempre ganan.

Somos más los dentistas que pensamos que tenemos pacientes, no clientes.

Quiero felicitar a todos los dentistas de España que nunca han hecho publicidad engañosa, que no se vendieron al *marketing* corrosivo y que mantuvieron la dignidad de lo que son: profesionales sanitarios.

Dentistas que se levantan cada mañana a tratar pacientes y no a ver cuánto facturan.

Estos dentistas también tienen una hipoteca o alquiler de la clínica que pagar, pero duermen con la conciencia tranquila y, afortunadamente, seguimos siendo una mayoría, pese a que los otros hacen mucho ruido y son más visibles.

Ese pequeño gran imperio de macrotiendas del diente se está desmoronando. Cada día salen en las noticias que esas clínicas cierran o son desahuciadas, dejando a miles de pacientes sin dinero y sin los tratamientos.

Los pacientes desgraciadamente ya saben la realidad de lo que ocurre en esas tiendas. Unos lo saben porque ya han sido estafados y otros, gracias a las campañas publicitarias de nuestros colegios profesionales.



"Quiero felicitar a todos los dentistas de España que nunca han hecho publicidad engañosa, que no se vendieron al marketing corrosivo y que mantuvieron la dignidad de lo que son: profesionales sanitarios"

Parecía un gigante terrible de derribar pero, al final, el trabajo en equipo está dando sus frutos.

Incluso muchos de los jóvenes odontólogos, pese a la plétora profesional, prefieren emigrar antes que trabajar con ellos.

Ya han visto cómo han dejado sin pagar a muchos otros y el riesgo ya no merece la pena por aprender (por no decir otra gran verdad: la mancha que dejan en el currículum).

Nos esperan tiempos mejores, solo nos queda esperar a que la burbuja de la especulación dental se hunda del todo. ●



A propósito de dentistas y su formación

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

Los futuros odontólogos siguen recibiendo una formación muy mecánica y poco médica. En cierto modo reproduce el modelo de cuando, hace años, estudiábamos estomatología para poder ejercer como dentistas. Era una formación casi exclusivamente manual, de técnicas y materiales. Claro que entonces habíamos estudiado antes seis años de medicina y, aunque ciertamente corto, nuestro bagaje médico era ya un activo importante para enfrentar el ejercicio profesional.

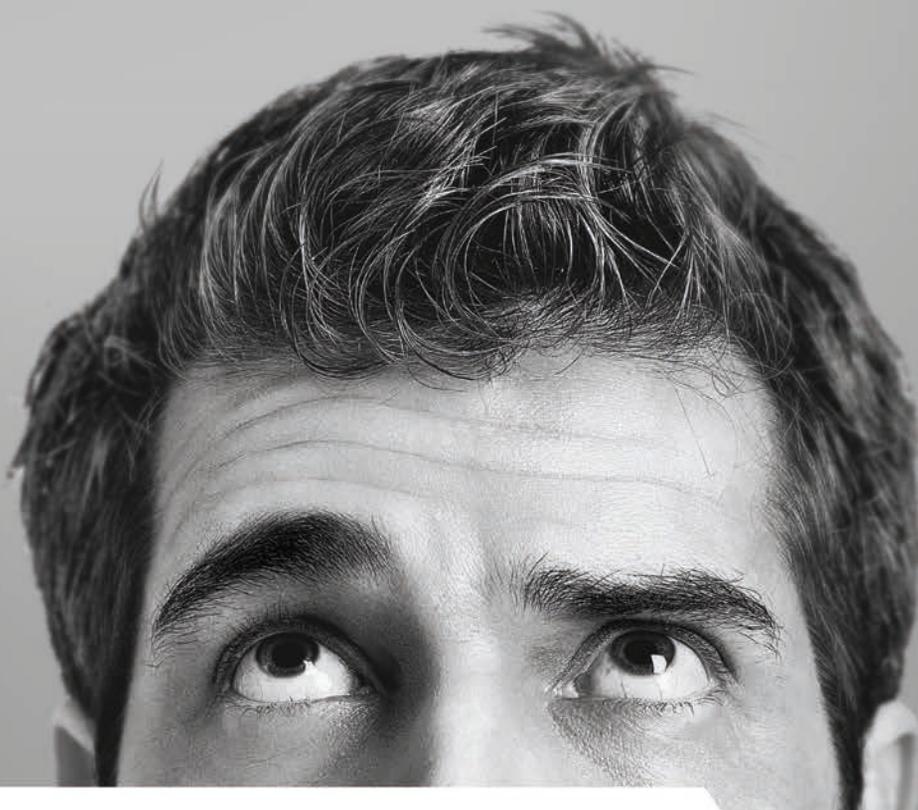
"El ejercicio de manual es las antípodas del ejercicio de la ciencia con sentido crítico"

La nuestra, qué duda cabe, es una profesión que utiliza mayoritariamente procedimientos quirúrgicos y protéticos; no en vano antes el título se denominó Cirujano Dentista y aún sigue denominándose así en muchos países, sin ir más lejos en Francia. También lo fue en el nuestro entre 1875 y 1901, impulsado por el Dr. Cayetano Triviño autor del meritorio libro titulado del mismo modo. Nuestra profesión es mayoritariamente quirúrgica porque la mayoría de los procedimientos que se emplean en su terapéutica (tratamiento de la enfermedad) se caracterizan por ser manuales. La prótesis es muy manual, la cirugía bucal es obviamente muy manual, pero también el tratamiento de la caries está enfocado como una manualidad. Ahora bien, de ningún modo puede ser una manualidad como lo es el

arte de la orfebrería tal y como se expone en algunos cursos ya sean de operatoria dental o de otra rama de la odontología. Es una manualidad que aplica técnicas de rescisión de tejidos duros o blandos, enfermos, que tiene como finalidad la restauración de la salud y de la función oral. Procedimientos que cabe aplicar cuando la terapéutica no quirúrgica, es decir la médica, no va a conseguir el objetivo deseado.

Y tampoco es cirujano en el mismo sentido en el que lo es un médico que ha hecho una especialidad quirúrgica y su acción profesional va a ser de terapia solo mediante la cirugía: cuando el paciente probablemente ya ha sido visto, diagnosticado y tratado por un médico. Pero parece que a los futuros odontólogos se les forma en esa mentalidad. Veo en los programas docentes de algunas facultades de odontología que ya en su segundo año de carrera, antes incluso de que el alumno conozca la enfermedad de caries, ya aparece una asignatura que dice "Operatoria Dental". Esto equivale a decir que antes de que el alumno sepa en qué consiste esa enfermedad, ya se le ha enviado el mensaje de que su tratamiento será quirúrgico: cortar y rellenar cavidades. Como si a los futuros odontólogos valiera más instruirles en un manual de procedimientos prácticos, en lugar de en el fundamento de las enfermedades que va a tener que tratar. Y esto es contrario a la medicina de la boca. Es contrario a los conocimientos que disponemos actualmente. El ejercicio de manual es las antípodas del ejercicio de la ciencia con sentido crítico. La técnica debe ocupar su espacio sin lugar a dudas, pero no todo el espacio. Y la universidad debe formar profesionales con sentido crítico. ●

NO ENCONTRARÁ RAZONES QUE HABLEN EN CONTRA DE ADMIRA FUSION.



Novedad: cerámica pura para obturaciones.

Nada más que ventajas innegables:

- 1) Prescinde de monómeros clásicos, sin monómeros residuales.
- 2) Logra una mínima contracción de polimerización, hasta ahora impensable.
- 3) De uso universal y tan fácil de trabajar como está acostumbrado.

Y quizá nos quiere decir ahora alguna otra razón que pueda hablar en contra - ¡si es que la encuentra!





Congreso de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) La SEPA profundiza en prevención, tratamiento y regeneración periodontal, terapia de implantes y reconstrucción ósea

La prevención ha sido una de las grandes protagonistas del amplio programa científico del Congreso de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA), celebrado en Sevilla. Otros temas que también se han abordado han sido el tratamiento y la regeneración periodontal, la terapia de implantes y la reconstrucción ósea.

Nuria Vallcorba, patrono de la Fundación SEPA, cree que “los profesionales de la salud bucal debemos entender y asumir nuestra labor en la reducción de las enfermedades bucales, así como de las patologías relacionadas a nivel sistémico”. Para llevar a cabo esta labor, “debemos concienciarnos de que es tan importante el tratamiento que realizamos como la prevención”.

A su juicio, las clínicas dentales tienen la oportunidad de ser promotoras de salud: “Si somos capaces de establecer pautas preventivas en los grupos de pacientes adecuados y gestionarlas correctamente desde el punto de vista orga-

nizativo y económico, los pacientes serán los grandes beneficiados y, además, su aplicación se asociará a mayor fidelidad y prestigio de la clínica”.

Respecto a las últimas tendencias en tratamiento periodontal, el Congreso ha abordado los beneficios para la salud en general y la calidad de vida. Se han mostrado las nuevas técnicas y protocolos de terapia no quirúrgica, los límites de la cirugía mucogingival y las nuevas perspectivas quirúrgicas para el control y la estabilización de la enfermedad.

En relación con el efecto sistémico de las enfermedades periodontales, se ha puesto de relieve la sólida evidencia que hay sobre el impacto directo e indirecto que tienen las enfermedades infecciosas. “Es de vital importancia que los profesionales y las organizaciones del ámbito odontológico y médico ejerzan un papel fundamental, transmitiendo e informando a la población sobre la importancia de cuidar la salud tanto bucal como

general para aumentar la calidad y esperanza de vida”, ha destacado uno de los moderadores de los simposios, Fernando Franch.

“Los tratamientos cada vez son menos invasivos, más eficaces y personalizados que los que se han aplicado anteriormente”. Esto se debe, fundamentalmente, al mejor conocimiento de los principios biológicos implicados en el desarrollo de las enfermedades de las encías (tanto a nivel de susceptibilidad como de patogénesis), como a las mejoras introducidas en el tratamiento y mantenimiento de los problemas periodontales, todo lo cual ha ayudado enormemente a dirigir con mucha mayor eficacia todas las fases de tratamiento de la enfermedad periodontal.

“Entender cómo se evalúan e individualizan los tratamientos es clave para avanzar en este ámbito”, subraya Franch. “Aunque queda mucho para desarrollar, es cada vez más claro y evidente que las nuevas tecnologías nos dirigirán hacia una



medicina cada vez más personalizada. La investigación ha demostrado la especificidad del individuo tanto a nivel de su susceptibilidad a desarrollar patologías como a su capacidad de recuperarse de las mismas: teniendo esto en cuenta, y con los desarrollos actuales en investigación genómica, estamos más cerca que nunca de conseguir un abordaje individualizado de las enfermedades bucodentales”.

Otro de los expertos que ha pasado por el Congreso ha sido Juan Blanco, expresidente de SEPA y de la Federación Europea de Periodoncia y patrono de honor de la Fundación SEPA, que considera que “hay tres o cuatro áreas clave en los próximos años respecto a terapéutica con implantes”.

Una de las áreas de progreso pasa por comprender mejor el funcionamiento de los tejidos blandos periimplantarios, ya que son los que cierran o sellan el contacto de los implantes entre el interior y exterior del organismo; por lo tanto, tienen una función primordial.

Por otra parte, resulta prometedora la utilización de nuevos materiales, como el circonio, y la adición de ciertas moléculas a la superficie de los implantes (antimicrobianos, aceleradores de la osteointegración, etc.). También resulta esperanzadora la utilización de las nuevas tecnolo-

gías aplicadas a la terapéutica con implantes (como puede ser la cirugía guiada), el empleo de modernos softwares para planificación y diagnóstico, o el uso de escáners para toma de impresiones. “Es importante aprender a tratar las complicaciones, sobre todo las biológicas (periimplantitis), cuya prevalencia está aumentando de forma preocupante”.

“Los tratamientos cada vez son menos invasivos, más eficaces y personalizados que los que se han aplicado anteriormente”

En cuanto al posible impacto que puede tener en un futuro próximo la aplicación de células madre en el ámbito de la terapia con implantes, Blanco recuerda que “los implantes es algo temporal, transitorio, que se usa como sustituto dentario, pero hoy por hoy es lo mejor que tenemos para restaurar dientes o para cubrir su ausencia”. Con todo, reconoce, “igual que en otras ramas de la Medicina, la utilización de células madre, la terapia celular (en definitiva, reemplazar

el órgano perdido por otro igual), es la situación ideal, pero también es verdad que todavía estamos un poco lejos de que sea una realidad clínica, al menos en nuestra área de conocimiento”. Actualmente se trabaja con sustitutos dentarios, óseos, de tejido blando, “pero estoy seguro de que es una etapa de transición”, admite este experto.

Especialmente ambiciosas y optimistas son las expectativas que existen sobre los avances en reconstrucción ósea, con innovadores abordajes quirúrgicos. Para Germán Barbieri, presidente del Congreso SEPA Higiene, la técnica 3D va a ser el tema estrella en la implantología moderna. La regeneración ósea va de la mano de la implantología, no se pueden separar la una de la otra. La implantología ha avanzado mucho en los últimos años, permitiendo resolver casos con implantes cada día más cortos o estrechos. Esto puede evitar muchas veces la necesidad de regeneraciones óseas.

Finalmente, Antonio Liñares, presidente del comité organizador de SEPA Periodoncia, reconoce que “la evolución que la Odontología ha sufrido en las últimas décadas es muy significativa, especialmente en el área de la Periodoncia, debido al adelanto científico generado tanto en ciencias básicas como en investigación clínica”.



Fernando Mozo, Adrián Guerrero y Ángel Mozo.



Equipo de Sensodyne.

Grcias a una gran promoción y el fomento de iniciativas de formación Crece el prestigio de la investigación española en enfermedad periodontal

El Congreso que la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) ha puesto de manifiesto el prestigio alcanzado por los investigadores españoles en esta materia, que no es nuevo, pero sí se ha visto reforzado en los últimos años, con la consolidación y proliferación de importantes grupos y la creciente presencia de expertos españoles en cargos de responsabilidad en sociedades científicas internacionales.

Según el presidente de SEPA, Adrián Guerrero, “estamos convencidos de que la base para mejorar la atención clínica que ofrecemos a nuestros pacientes pasa por la excelencia en la investigación, por lo que nos estamos volcando en la promoción y fomento de iniciativas de formación que aporten los pilares básicas para garantizar una investigación de éxito y rápidamente trasladable a la práctica clínica”.

La mejor muestra de esta tendencia la ejemplifican tres expresidentes de SEPA, Mariano Sanz, Juan Blanco y David Herrera, que no solo lideran a grupos de investigación que son referencia mundial, sino que han ocupado cargos de rele-

vancia en instituciones científicas internacionales y son requeridos frecuentemente como líderes de opinión en conferencias y congresos de prestigio que se llevan a cabo por todo el mundo.

“En lo que más se ha progresado en los últimos 10 años es en las tecnologías que utilizamos en investigación”

En lo que respecta a la investigación en enfermedades periodontales, los avances más importantes en los últimos años se han producido en el estudio de su etiología y patogenia, así como en el campo de la epigenética y las nuevas técnicas de mapeo del microbioma humano. En el campo de la terapia de implantes, investigaciones recientes han permitido comprender la aparición de complicaciones mucho mejor que antes.

En lo que respecta a la asociación entre enfermedades periodontales y sistémicas, David Herrera cree que “los avances son tan sobresalientes que permiten que desde el campo de la Periodoncia se publique en las revistas más relevantes de Medicina”. Y en cuanto de la prevención y tratamiento periodontal, “la lucha contra los biofilms bacterianos y los avances en cirugía reconstructiva destacan sobre otros campos”.

En opinión de Mariano Sanz, “en lo que más se ha progresado en los últimos 10 años es en las tecnologías que utilizamos en investigación, sobre todo con el advenimiento de las modernas técnicas de biología molecular, lo que nos ha permitido tener una visión mucho más profunda, y en algunos casos, más compleja, de la fisiopatología de las principales enfermedades de la cavidad bucal: la caries y las enfermedades periodontales. El reto pendiente es traducir estos conocimientos en medidas preventivas y terapéuticas individualizadas para cada circunstancia genética y medioambiental, es decir, la implementación de la medicina personalizada”.



Vista general de los asistentes al congreso.



Charlas durante el congreso.

Juan Blanco entiende que “lo más importante en los últimos años ha sido el gran avance en el conocimiento que se tiene sobre la influencia de las enfermedades periodontales en otras zonas del organismo, y viceversa”. Y es que se han acumulado múltiples estudios en poco tiempo que inciden en la demostración de la relación que existe entre patología periodontal y patología sistémica (diabetes, patología cardiovascular, síndrome metabólico, partos prematuros).

A partir de su dilatada experiencia, los referentes de la investigación en Periodoncia y Terapia de Implantes en España aportan algunos consejos a los más jóvenes.

“Los profesionales sanitarios deben ser curiosos”

Como recomienda Mariano Sanz, “lo primero es buscar un grupo de investigación solvente y con experiencia con el que asociarse”. Por su parte, David Herrera apunta que “cualquiera que tenga inquietudes investigadoras (que se plantee preguntas científicas que responder), requiere dos elementos esenciales: formarse y unirse a un equipo. En ese proceso es fundamental disponer de acceso a algún experto que oriente los primeros pasos”.

En general, Mariano Sanz subraya la idea de que “todos los profesionales sanitarios deben ser curiosos e inconformistas; deben ser inquietos, tienen que querer conocer más y deben demandar más de la industria, de la academia y del conocimiento establecido”. Y siguiendo esta misma argumentación, Juan Blanco aclara que “no sólo investiga el que trabaja en un laboratorio o en una facultad, sino que aquel que atiende a pacientes también lo hace, porque no olvidemos que el fin último es el bienestar de la sociedad y nuestros pacientes”. •

Fotografía: Fotolandia

Las denuncias por publicidad engañosa son cada vez más frecuentes Ciudadanos, contra la mala praxis y el intrusismo

El Grupo Parlamentario de Ciudadanos y de forma especial su Diputado por Valladolid Francisco Igea, se han tomado muy en serio los graves problemas que la inadecuada regulación de los centros de atención sanitaria están generando. El Colegio de la VIII Región (Valladolid) ha conseguido sensibilizar a este diputado, que ante todo es médico, y ha escuchado los problemas planteados y se ha puesto a trabajar en la dirección necesaria.

El Grupo Parlamentario Ciudadanos someterá a votación en la próxima Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados una Proposición No de Ley (PNL) en la que pide un endurecimiento de las normas que regulan tanto la publicidad de las clínicas odontológicas como su funcionamiento, con el objetivo de garantizar la calidad asistencial e impedir el intrusismo profesional, la formación naranja, expone que las denuncias por intrusismo en el sector dental y las reclamaciones de los pacientes son cada vez más numero-

sas, así como la publicidad engañosa en la que caen algunas clínicas odontológicas. Por ello, insta al Gobierno a través de esta PNL a prohibir cualquier publicidad de instituciones sanitarias en cualquier medio que incluya ofertas económicas, rebajas, premios o cualquier tipo de atractivo económico, además de "prohibir por ley la publicidad de las clínicas dentales en medios no especializados".

También denuncian en este texto que es frecuente la sobreindicación de tratamientos a pacientes con escasos recursos económicos, por lo que muchas veces se ven obligados a firmar contratos de financiación de tratamientos muy costosos antes de que sean realizados. Por este motivo, también reclaman la prohibición de la obligatoriedad de firmar acuerdos de financiación para tratamientos no realizados y el pago anticipado de los mismos.

Igualmente instan a que el nombre y número de colegiado de los facultativos que están al frente de las clínicas sean accesibles al público junto a otras importantes medidas. •



Francisco Igea.



Agustín Moreda, Presidente del Colegio de la VIII Región.

Plan de educación y tratamiento de la Fundación Pere Tarrés Mutua Madrileña apoya un proyecto social para mejorar la salud bucodental de niños barceloneses

La Fundación Mutua Madrileña ha concedido este año cerca de 670.000 euros en ayudas a proyectos de acción social, entre ellos, un plan de educación y tratamiento en salud bucodental infantil especialmente dirigido a cubrir situaciones de vulnerabilidad social. La iniciativa parte de otra fundación, esta denominada Pere Tarrés, preocupada por los problemas detectados en niños de barrios de Barcelona con un índice de renta familiar por debajo de la media.

Gracias a este programa, los niños acceden a diagnóstico y tratamiento dental sin coste para sus familias.

Además, se llevan a cabo talleres de educación, prevención y hábitos de higiene, tanto para niños como para sus familias, en busca de una completa sensibilización sobre la necesidad de tener una salud bucodental lo mejor posible.

Además de esta, Mutua Madrileña financia otras 31 iniciativas para mejorar la situación de personas con discapacidad, jóvenes en riesgo de exclusión social, menores con problemas de salud o en situación de vulnerabilidad, víctimas de violencia de género y proyectos de cooperación al desarrollo. En con-



junto, estas iniciativas beneficiarán a más de 66.000 personas de forma directa.

La Fundación Mutua impulsa anualmente, desde 2012, su Convocatoria de Ayudas a Proyectos de Acción Social para apoyar económicamente proyectos de ONG destinados a mejorar la vida de los más necesitados. Desde entonces, se han destinado 3,15 millones de euros al desarrollo de más de 120 proyectos. •

OFERTAS JUNIO Y JULIO

Membrana de colágeno Evolution X-Fina



4+2



4 Membranas **Evolution Extra-fina** (0,2 mm, reabsorción en 2 meses aprox.) + **REGALO** 2 viales de **Gen-Os 0,25gr**



Sustituto óseo en grano

100% hueso cortical y esponjoso
Gránulo pequeño: 250-1000 micras
Biocompatible y biodisponible
Tiempo de reentrada aprox. 5 meses

Mp3. Sustituto óseo en jeringa con 10% de colágeno



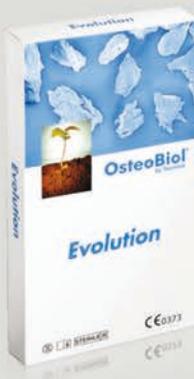
3 Jeringas **Mp3 1 c.c.** + 2 Cajas de **Duo-Teck Felt 0,2 mm** (6 Uds/Caja) + **REGALO** **Kit de chinchetas**



Kit para fijación de membranas

- 1 Atornillador/destornillador manual
- 1 Punta para contra ángulo
- 1 Fresa 0,8 mm
- 1 Dispensador
- 10 Chinchetas (4 mm)
- 1 Estuche contenedor del kit

Membrana Evolution Fina. 100% pericardio



4+1



4 Membranas **Evolution Fina 20x20 ó 30x30 mm** + **REGALO** 1 Membrana **Evolution Fina 20x20 ó 30x30 mm**

Máxima adaptabilidad al tejidos óseo

Elevada consistencia. 0,4 mm de espesor
La mejor interfaz membrana/hueso y membrana/periostio
Fácil y segura a la hora de suturar
Completamente reabsorbible

Presentación del informe 'Cesación tabáquica y salud bucal', elaborado por la SEPA y el Comité Nacional para la prevención del tabaquismo

Atribuyen a los odontólogos un papel relevante en la lucha contra el tabaco

Para tratar de arrojar luz sobre el efecto que tiene el tabaco en la salud bucal y los beneficios que se derivan del cese de este hábito nocivo, el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) y el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) han elaborado el informe Cesación Tabáquica y Salud Bucal, que se ha presentado en Madrid.

“El tabaco afecta prácticamente a todo el organismo, pero al entrar en el cuerpo humano por la boca, es allí donde se manifiestan los primeros problemas que ocasiona. Si dejamos al margen el cáncer oral, los principales problemas los causa a nivel periodontal, por lo que la idea de realizar este informe, además de excelente, era muy lógica”, asegura Adrián Guerrero, presidente de SEPA. Además, como señala el presidente de la Red Europea de Prevención del Tabaquismo, Francisco Rodríguez Lozano, “el dentista está en una posición excepcional para transmitir mensajes de salud, pues por su consulta pasa (o debería pasar) toda la población (incluso sin estar enferma), y en la actualidad la red de clínicas dentales en España es extensísima, llegando a lugares donde no lo hacen ni los centros de salud”.

Según el informe, el tabaco influye negativamente en la salud bucal y es un factor de riesgo para la aparición de cáncer oral, diferentes lesiones de las mucosas, enfermedades periodontales y periimplantarias. Entre otros efectos, el hábito tabáquico favorece el desarrollo y progresión de la periodontitis, limita la respuesta al tratamiento periodontal y tiene graves consecuencias en la terapia de implantes. Esto puede conllevar, entre otras consecuencias, la pérdida dentaria, peor calidad de vida y empeoramiento de la salud general por las implicaciones sistémicas de la periodontitis.



Expertos reunidos en la presentación del informe de SEPA y el CNPT. Desde la izquierda, Gerardo Gómez-Moreno, Cristina Vallès, Regina Dalmau, Adrián Guerrero, Francisco Rodríguez Lozano, Regina Izquierdo y Bettina Alonso.

“El tabaquismo no solo incrementa el riesgo de desarrollo de periodontitis, sino que también afecta de manera muy significativa a la respuesta a la terapia periodontal, tanto quirúrgica como no quirúrgica”, ha subrayado Regina Dalmau, presidenta del CNPT.

"El dentista está en una posición excepcional para transmitir mensajes de salud, pues por su consulta pasa toda la población, incluso sin estar enferma"

Por distintos mecanismos, el tabaco promueve el estado proinflamatorio que subyace a la enfermedad periodontal, altera las barreras naturales contra la infección y daña directamente las células epiteliales orales.

El hábito tabáquico tiene muchos efectos negativos en la cavidad oral. Desde el punto de vista cualitativo, “su relación con el cáncer oral es

obviamente el efecto nocivo más grave a tener en cuenta, así como su relación con otras lesiones potencialmente malignas de la mucosa oral”, indica la periodoncista Regina Izquierdo. Pero, cuantitativamente, su importancia radica más en la periodontitis, dado que esta enfermedad afecta a un importante porcentaje de la población adulta (se estima que 8 de cada 10 adultos de más de 35 años en España tienen alguna enfermedad periodontal).

El tabaco contribuye al desarrollo de los casos más graves de periodontitis. De hecho, es un factor de riesgo independiente para la aparición de enfermedad periodontal, habiéndose demostrado que los fumadores presentan entre 2,5 y 6 veces más riesgo de pérdida de inserción dental que los no fumadores. Además, los estudios comparativos entre pacientes periodontales fumadores y no fumadores concluyen que los fumadores presentan mayor riesgo de progresión de la enfermedad y mayor pérdida de dientes, peor respuesta al tratamiento periodontal y peor cicatrización de los tejidos, así como una mayor tasa de fracasos en el tratamiento con implantes dentales y un mayor riesgo de desarrollar

infecciones alrededor de los implantes (periimplantitis).

El Grupo de Trabajo SEPA-CNPT recalca que, dado que el tabaco es un factor de riesgo modificable, los odontólogos tienen un importante papel en la prevención de estos efectos nocivos del tabaco. Introducir técnicas de cesación tabáquica en la consulta dental debería formar parte, por lo tanto, de los tratamientos que implementan.

Los profesionales de la Odontología en general desarrollan una relación de fidelización y confianza

con sus pacientes que les convierte en referentes en salud. “El consejo por parte de un odontólogo tiene, sin duda, un impacto muy favorable sobre la motivación de los pacientes a la hora de modificar su estilo de vida”, afirma la máxima responsable del CNPT.

Positiva colaboración multidisciplinar

El Grupo de Trabajo de “Cesación tabáquica y salud oral”, formado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y la

Sociedad Española de Periodoncia, “representa una iniciativa innovadora y muy necesaria”, ha afirmado Regina Izquierdo; a su juicio, “es un ejemplo más de cooperación científica e institucional que nos va a permitir establecer estrategias conjuntas con el objetivo de estimular y promover la cesación tabáquica desde la consulta dental, así como para incluir el tabaquismo dentro de los programas de promoción de la salud integrados en la Alianza por la Salud Periodontal y General que lidera la Fundación SEPA”. •

Alcanza el 64%, según la encuesta anual que realizan los médicos de Familia Crece el número de personas a favor de mayores prohibiciones para fumar

En España, cada año mueren más de 52.000 personas por causas directamente relacionadas con el consumo de tabaco, mayormente víctimas de cáncer de pulmón (causante de un 81% de las defunciones anuales entre 2010 y 2014, según datos del Ministerio). Estos datos, confrontados con el número de médicos de familia del país (28.500), equivalen a hablar de que, cada médico de familia ve cómo fallecen dos pacientes al año a causa del tabaco. Con esta realidad sobre la mesa, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) ha convocado, como desde hace 19 años, la Semana Sin Humo, que persigue concienciar a la población sobre la importancia de no fumar, apoyar a las personas que han dejado el hábito de consumir tabaco y visualiza el grave problema social y sanitario que representa el tabaquismo.

Según una encuesta realizada en las consultas de atención primaria, “la mayoría de la población se muestra receptiva ante la posibilidad de que se prohíba fumar en espacios público al aire libre y en el interior de vehículos privados”, señala María Fernández, vicepresidenta de la Semfyc. Respecto al último ámbito, un 60,8% de los

encuestados son favorables a que la prohibición prospere; a esta mayoría se añadirían un 16,5% adicional que estaría de acuerdo en prohibir fumar en vehículos solo cuando haya niños.

Las proporciones son similares cuando se pregunta sobre la posibilidad de prohibir fumar en lugares públicos al aire libre —como estadios deportivos, piscinas o centros comerciales abiertos— que cuenta con el apoyo del 64,1% de la población.

“Los riesgos para la salud del consumo del tabaco son ampliamente aceptados: 93,1% de los encuestados así lo reconoce”, confirma Lucía Gorreto, coordinadora de la Semana Sin Humo de 2018. Los datos de la encuesta de la Semana Sin Humo revelan que, a día de hoy, un 57% de las personas, en algún momento de su vida, han consumido tabaco (un 15,6% todavía fuman diariamente, un 7,3% son fumadores ocasionales y 34,1% son ya exfumadores), frente al 43% que nunca han consumido tabaco. “Conseguir que la cifra de personas que nunca han sido fumadoras sea superior a la de aquellos que sí han consumido tabaco dependerá de que consigamos que los jóvenes entiendan que el tabaco es un hábito que perjudica su salud a corto, medio y largo plazo”, señala Gorreto.

Sobre el número de veces que ha intentado abandonar el hábito, se mantienen las mismas cifras registradas en años precedentes: un 70,1% de las personas que fuman han intentado dejar de fumar en más de una ocasión, hasta el punto de que un 16,7% lo ha intentado 4 o más veces.

En España, la proporción de exfumadores ha ido creciendo progresivamente a medida que la población tomaba consciencia de los perjuicios para la salud que entraña el consumo y la exposición al tabaco. Hoy en día, ya son un 34,1% de las personas que se declaran exfumadoras.

En el análisis de qué motivos impulsarían a las personas que fuman a abandonar este hábito, los fumadores afirman que el principal motivo sería la propia salud, en el caso que se les diagnosticara una enfermedad relacionada directamente con el consumo de tabaco (28%), aunque la mayoría (61,8%) señalan que aquello que les empujaría dejar de fumar serían una combinación de varios motivos como el estado de salud de la familia/convivientes, la financiación del tratamiento farmacológico para dejar de fumar, el aumento del precio del tabaco u otras medidas como el impulso de espacios sin humo, el empaquetado genérico, etc. •

Ponentes de primer nivel internacional para profundizar en tratamientos interdisciplinarios

Periodoncia y prostodoncia, estrellas del curso de Primavera de la SEPES

Texto y fotos: Ismael Sánchez

La Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES) ha celebrado en Madrid su curso de Primavera, dentro de su habitual calendario formativo dirigido a socios y simpatizantes. La cita ha tenido lugar en el auditorio de la compañía de seguros Mutua Madrileña y ha contado con la participación de ponentes de primer nivel internacional como Giovanni Zucchelli y Carlo Poggio, que han convertido la periodoncia y la prostodoncia en las estrellas de la reunión.

“El curso de Primavera de SEPES lo hemos dedicado a tratamientos interdisciplinarios, con dos ponentes; por un lado un prostodoncista, que ha hablado de rehabilitación del tejido duro de los dientes, y por otro, un periodoncista, que ha abordado el manejo de los tejidos blandos”, ha explicado Ana Mellado, coordinadora de la reunión, a ODONTÓLOGOS DE HOY.

A su juicio, el nivel formativo del odontólogo español es en la actualidad muy notable: “Afortunadamente, ahora es mucho mayor que el de hace unos años. Estos cursos no solo van dirigidos a especialistas en prostodoncia o periodoncia, sino también al odontólogo general que puede aplicar estas técnicas o rodearse de un equipo capaz de llevarlas a cabo. Es un curso de nivel alto, pero accesible a la vez”.

Mellado, que ha sido la coordinadora de la cita junto al profesor Jaime A. Gil, cree que la aplicación de estos conocimientos en el día a día de la clínica es muy directa y sirve para los profesionales especializados, para empezar a ponerlas ya en práctica, o bien para el odontólogo general, que quiera incorporar a especialistas en su consulta que manejen estas técnicas.

Respecto al alcance de la estética en la atención bucodental, la coor-



El ponente Giovanni Zucchelli, durante una de sus intervenciones.

dinadora sostiene que “importa a todos los pacientes, pero estos tratamientos también engloban la salud que es lo que al final más importa”.



Ponentes y coordinadores del curso de SEPES Primavera, con el presidente de la Sociedad.



Los coordinadores del curso, Jaime A. Gil y Ana Mellado.



Jaime A. Gil, flanqueado por los ponentes Giovanni Zucchelli y Carlo Poggio.



Nacho Rodríguez, presidente de la SEPES, junto a socios que acudieron al curso de Primavera.

Nacho Rodríguez apura sus últimos meses como presidente de la SEPES “En estética, lo primero debe ser la expectativa del paciente, no la del dentista”

Tras seis años de gestión al frente de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES), Nacho Rodríguez apura sus últimos meses como presidente. Será en octubre cuando el Congreso que la Sociedad celebrará en Valladolid elegirá una nueva junta directiva. Es momento de comenzar a hacer balance y, con motivo de la reunión de Primavera de la SEPES, ODONTÓLOGOS DE HOY ha podido conocer las impresiones del todavía presidente.

“SEPES tiene 47 años de historia y no podemos hablar solo de sus últimos años. Llevamos una trayectoria en la que todos los presidentes anteriores han contribuido a cumplir la misión de una sociedad científica sobre prótesis, que luego incorporó la estética. Creo que es un momento dulce, resultado de todas las presidencias anteriores”.

A su juicio, la mayoría de objetivos planteados al inicio de su Presidencia están cumplidos: “Creo que los socios están contentos, porque siempre hemos estado al servicio

del socio. Tenemos 4.500 socios y seguimos creciendo, aunque no tanto en cantidad, sino en calidad. Hemos defendido los valores SEPES y hemos prestado atención a las nuevas tecnologías, con SEPES on line, que ha sido todo un éxito”.

Otro de los logros más importantes de la SEPES en estos años es la expansión internacional: “Ahí está el caso de Guillermo Pradíes, que preside la Asociación Europea de Prostodoncia, y que esperemos que se incorpore a la Junta Directiva de SEPES. Tenemos relación con la Federación Internacional de Estética, gracias a su presidente Jaime Gil. Hablamos de una posición internacional que antes no teníamos y que ahora estamos consiguiendo. Por ejemplo, Carlo Poggio, que ha sido ponente en la reunión de Primavera, será el próximo presidente de la SEPES italiana. Y también estamos presentes en la Academia Europea de Estética”.

Respecto al futuro de la estética, Rodríguez cree que hay que tener cui-

dado: “Primero hay que ver la expectativas del paciente, como ha dicho Carlo Poggio, no las del dentista. No hay que buscar a todo el mundo la estética por la estética, no hay que dejarse llevar por las modas, sino dar salud dental y esto solo se consigue con una buena base, con una buena formación, con conceptos claros. No podemos caer en el mercantilismo de la estética, y sí tener unos pilares sólidos en formación, en oclusión, en función y luego atender esa parte complementaria que está muy bien, sobre la que hay una demanda. Está muy bien la ortodoncia, la periodoncia, la cirugía, pero nosotros debemos ser los organizadores de todas estas ramas interdisciplinarias, que son importantes para el resultado final, pero sin caer en la estética fácil de vender”.

El presidente saliente espera que se constituya una candidatura continuista, pero con un proyecto propio que le permita a la sociedad dar un nuevo salto hacia delante. •

XL Reunión Anual SEOP

La constante evolución de los materiales odontológicos también alcanzará a la Odontopediatría

Cerca de 600 profesionales han asistido a la XL Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría, que se ha celebrado conjuntamente con la VIII Reunión de su homóloga portuguesa, en el recientemente inaugurado Palau de Congressos de Palma, en Baleares. La cita ha acogido a 28 ponentes nacionales e internacionales, 4 talleres prácticos, 1 curso para higienistas, así como la presencia de 20 casas comerciales distribuidas en la exposición.

Pere Riutord fue el encargado de realizar la conferencia inaugural. Tras la defensa de 108 comunicaciones y pósters que habían sido enviados por parte de los congresistas, se ha celebrado la mesa redonda Pacientes Especiales: TEA, en la que han intervenido Juan José Lázaro, Jacobo Limeres y Ana Leyda. También ha habido espacio para otra mesa de proyectos solidarios de las diferentes asociaciones o fundaciones invitadas al congreso, así como varios talleres prácticos.

Otras intervenciones de interés han sido las de Monty Duggal, expresidente de la European Academy of Paediatric Dentistry, y Jorge Luis del Castillo, presidente de la International Association of Pediatric Dentistry, que han abordado la hipomineralización incisivo-molar (MIH) y defectos relacionados en niños, las novedades y dilemas en el diagnóstico y plan de tratamiento, trauma, trasplantes y ortodoncia, rehabilitación multidisciplinar de un paciente infantil con un caso complejo de trauma y nuevos horizontes en la prevención de la caries dental.

La mesa de materiales dentales también ha concitado notable atención. Compuesta por Paloma Pérez, Montserrat Mercadé y Tábata Álvarez, ha concluido en que la constante evolución de los materiales odontológicos en el siglo XXI también incluye a aquellos relacionados con la salud oral del paciente infantil.



Isabel Maura y Pere Riutord.



XL Reunión Anual SEOP

La principal novedad del congreso ha sido el desarrollo de casos clínicos interactivos, en los que más de 100 congresistas desarrollaban un diagnóstico y plan de tratamiento en relación a las características clínicas que los ponentes iban detallando.

Los debates en torno a odontobébs: nutrición y salud oral y pediatría-odontopediatría: presente y futuro de la prevención de la caries dental en el niño han puesto de manifiesto que ambas especialidades deben caminar siempre cogidas de la mano.

El congreso ha finalizado con unas emotivas palabras de Isabel Maura, presidenta de esta reunión de la SEOP, en las que ha agradecido a todo su comité organizador y científico su entrega durante estos años de preparación. Finalmente, ha dado paso y ánimos al comité organizador de la siguiente reunión de 2019, que se celebrará en Madrid. •



Parte de los ponentes del congreso.



Equipo de Voco.



Prof. Ustrell y Carlota Rey - July.



Equipo de Septodont.

XL Reunión Anual SEOP



Fotografía: Fotolandia

Recomendaciones para la elección del protésico dental

Prosigue el goteo de sentencias favorables a colegios andaluces frente al Consejo de Defensa de la Competencia

Tres sentencias en menos de un mes han estimado los argumentos de otros tantos colegios de dentistas frente a los argumentos del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía.

En primer lugar, la Sección Tercera del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) estimó el recurso contencioso-administrativo formulado por el Colegio de Dentistas de Almería contra la sanción impuesta por el Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía por una supuesta infracción de la Ley de Defensa de la Competencia.

La resolución del 26 de mayo de 2015 y de 10 de junio de 2015 del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía imponía al Colegio de Dentistas de Almería una multa de 9.352 euros, así como la obligación de remitir a todos los colegiados el contenido íntegro de dicha resolución, como autor

responsable, junto a otros, de una infracción consistente en “la toma de decisiones y emisión de recomendaciones colectivas para imponer la elección del protésico dental por los dentistas”.

Ahora, en sentencia de 16 de marzo de 2018 -recurrible en casación- el TSJA anula la resolución sancionadora al Colegio de Dentistas de Almería y condena en costas al Consejo de la Competencia de Andalucía y al Colegio de Protésicos Dentales de Andalucía, con un límite de 1.000 €.

Después, el mismo órgano estimó el recurso contencioso-administrativo interpuesto esta vez por el Colegio de Dentistas de Córdoba contra una sanción similar a la de Almería. En esta ocasión, la resolución impuso al Colegio de Dentistas de Córdoba una sanción económica de 10.961,71 euros, ahora anulada por el TSJA.

Recientemente, el TSJA ha anulado tres sentencias que sancionaban, respectivamente, con 54.068 euros al Colegio de Dentistas de Sevilla, con 9.352 euros al Colegio de Dentistas de Almería y con 3.440,42 euros al Colegio de Dentistas de Jaén, todas por considerar que se hicieron recomendaciones colectivas que limitaban a los pacientes la elección de protésico dental.

Finalmente, el Colegio de Dentistas de Jaén ha obtenido la misma sentencia favorable tras la sanción inicial.

Se da la circunstancia de que, hace unas semanas, la Sección Primera del mismo tribunal también anuló una sentencia que sancionaba con 54.000 euros al Colegio de Dentistas de Sevilla por considerar que se hicieron recomendaciones colectivas que limitaban a los pacientes la elección de protésico dental. •

Fundación del COEM

Lectura para combatir el miedo de los pequeños a ir al dentista

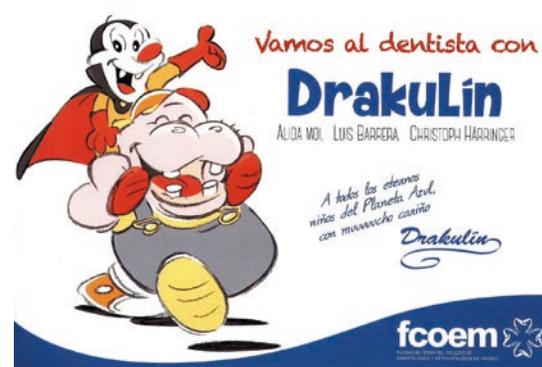
La Fundación del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Iª Región ha editado el libro *Vamos al dentista con Drakulín*, dirigido a los más pequeños, con el objetivo de que pierdan el miedo al dentista y concienciarles de la importancia que tiene la higiene bucodental para su salud.

Este cuento, mediante la lectura y el juego, pretende hacer llegar al público infantil su mensaje de prevención y salud bucodental. De la mano de los autores Alida Moi, Luis Barrera y Christoph Härringer, esta historia nace con el objetivo de ayudar a los niños a afrontar su primera visita al dentista,

así como lograr que reconozcan al odontólogo como un amigo que les ayuda a tener una boca sana.

La iniciativa tiene fines solidarios, pues la intención es financiar futuros proyectos de la Fundación

Además, esta iniciativa tiene fines solidarios, pues la intención es poder financiar futuros proyectos de la Fundación, que está tra-



bajando para acercar la salud bucodental a los menores, buscando que aprendan a adoptar hábitos saludables mientras se entretienen. El presidente del Colegio, Antonio Montero, ha destacado que “Drakulín y sus amigos son una forma de que los pequeños interioricen las tareas del día a día, necesarias para mantener una buena salud bucodental y puedan llegar a ver al dentista como un amigo que mira por su bienestar”. •

Edita una guía sobre la técnica BOPT

La SEPES organizará en Barcelona, y junto a la IFED, su congreso 2019

La Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES) organizará su congreso anual de 2019 conjuntamente con la International Federation of Esthetic Dentistry (IFED), según ha anunciado a la industria del sector en una reunión informativa y comercial celebrada en Barcelona, que será la sede del evento. Unas 50 empresas se han dado cita en esta reunión conducida por Miguel Roig y Nacho Rodríguez, como presidentes del Congreso SEPESS&IFED 2019 y de SEPES, respectivamente. El Congreso acogerá un programa científico en el área de la estética representado por primeras figuras de la odontología internacional y nacional, un simposio sobre odontología digital, debates de casos clínicos interdisciplinarios, sesiones clínico-técnicas y una amplísima zona de exposición comercial, entre otros puntos de interés.



Por otro lado, SEPES y Quintessence han editado una guía práctica sobre la técnica BOPT, que aborda la historia de las preparaciones convencionales, repasa la biología de los tejidos del alrededor del diente y su respuesta con respecto a coronas convencionales, analiza las ventajas y las desventajas del tallado convencional, las indicaciones clínicas de la técnica, y el paso a paso para que todo funcione bien. SEPES ha enviado gratuitamente esta guía a todos sus asociados.

Finalmente, la European Prosthodontic Association (EPA) reunirá

en septiembre en Madrid, en su congreso anual presidido por Guillermo Pradíes, a clínicos de diversos países como Estados Unidos, España, Alemania, Turquía, Suiza, Albania, Sudán, China, Corea del Sur, Japón, Arabia Saudí, Emiratos Árabes, Canadá, Costa de Marfil, Finlandia, Grecia, Irán, Italia, Marruecos, República Checa o Rumanía. De estos países proceden también las casi 150 comunicaciones orales y poster que se han recibido y que se defenderán en el congreso y que tendrán visibilidad internacional. ●

Es director asociado de ODONTÓLOGOS DE HOY para Iberoamérica

Rolando Peniche, nuevo presidente de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología

El Doctor Rolando Peniche Martín, decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Anahuac Mayac de México, ha sido elegido presidente de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología, sustituyendo en el cargo al doctor José Arturo Fernández Pedrero. El acto tuvo lugar en Guatemala. El doctor Peniche es director asociado de nuestra publicación para Iberoamérica. ●



Rolando Peniche con Fernando Gutiérrez.

OFERTA ESPECIAL

JUNIO - JULIO 2018



INSTRUMENTAL ROTATORIO



Pana·Max2

Turbinas de Acero Inoxidable
Sin Luz

POTENCIA 20W

- Spray Simple
- Cambio del cartucho por el propio usuario
- Rodamientos de cerámica

439€*
-932€*



Pack Pana·Max2 M4

2 TURBINAS DEL MISMO MODELO

Conexión directa

MODELO **Pana-Max2 M4** CÓDIGO DE PEDIDO **P1154**

S·Max M

Contra-Ángulos de Acero Inoxidable
Con Luz

- Cuerpo de Acero Inoxidable
- Sistema de Cabezal Limpio
- Óptica de Vidrio Celular
- Portafresas Push Boton

439€*
-825€*



MODELO **M25L** CÓDIGO DE PEDIDO **C1024**

- Con Luz
- Velocidad Directa 1:1
- Spray Simple

549€*
-1.096€*



MODELO **M95L** CÓDIGO DE PEDIDO **C1023**

- Con Luz
- Multiplicador 1:5
- Spray Quattro

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

Palma acogerá en noviembre presentaciones de másteres y cursos de posgrado de Cirugía Oral e Implantes

La Secib abre la puerta de su Congreso a las universidades

Los másteres y cursos de posgrado de Cirugía Oral e Implantes de todas las universidades españolas, públicas y privadas, tendrán presencia y voz en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (Secib), que se celebrará en Palma de Mallorca entre los días 15 y 17 de noviembre. El I Simposium Universidades será el escaparate donde ponentes de los diferentes programas docentes tendrán la ocasión de mostrar, en 20 minutos, sus trabajos más sobresalientes desde el punto de vista científico o clínico.

El congreso ofrecerá un completo programa científico articulado en cuatro bloques: cirugía bucal, medicina y patología oral e implantología y regeneración ósea

El I Simposium Universidades responde al deseo del Comité Organizador de darle a las universidades la oportunidad de que sean ellas mismas quienes seleccionen y muestren el trabajo que consideren más representativo y de mayor calidad. “Decidimos contactar con todos los equipos docentes para invitarles a exponer sus trabajos insignias dentro de este formato diferenciado y la verdad es que hemos recibido una acogida fantástica. Han reaccionado con verdadero interés y motivación”, ha señalado Catalina Jaume, presidenta de Secib Palma 2018.

El presidente de la Secib, Eduard Valmaseda, ha manifestado que es la primera vez que se lleva a cabo un simposio de este tipo dentro del Congreso Nacional, pero que la iniciativa “cobra mucho sentido en un

momento como el actual, en el que han aparecido nuevos posgrados, ya que permitirá establecer relaciones entre todos ellos e intercambiar ideas. Se trata de abrir Secib a todos los equipos de docencia, públicos y privados, que todos sientan que nuestro congreso es su congreso, su espacio para compartir los temas en los que estén trabajando, ya sea de índole clínica o investigadora”.

En este contexto, el presidente Valmaseda ha resaltado que “las universidades han tenido siempre un papel fundamental en Secib. De hecho, nuestra Sociedad se gestó en una serie de reuniones de profesores de Cirugía Bucal”.

El XVI Congreso Nacional de la Secib ofrecerá un completo programa científico, articulado en torno a cuatro grandes bloques: cirugía bucal, medicina y patología oral e implantología y regeneración ósea. Además se han programado talleres prácticos durante la tarde del viernes, y un curso para higienistas dentales.

Junto a ponentes nacionales de reconocido prestigio, este año la Secib contará con expertos internacionales como France Lambert, que abordará las corticotomías en el tratamiento ortodóntico de adultos; Paul Coulthard, que hablará sobre control del dolor en cirugía e implantología, o Tara Renton, que se centrará en coronectomías y lesiones nerviosas en la extracción de terceros molares.

En el terreno de la regeneración ósea, Palma reunirá a dos pesos pesados: Matteo Chiapasco, con una ponencia sobre la corrección de defectos óseos con autólogo en asociación con biomateriales, y Fouad Houry, que expondrá su experiencia en aumento óseo y manejo de tejidos blandos en implantología. Finalmente, la osteonecrosis y las enfermedades liquenoides y ampollares protagonizarán el apartado de patología oral. ●



Catalina Jaume, presidenta de Secib Palma 2018.



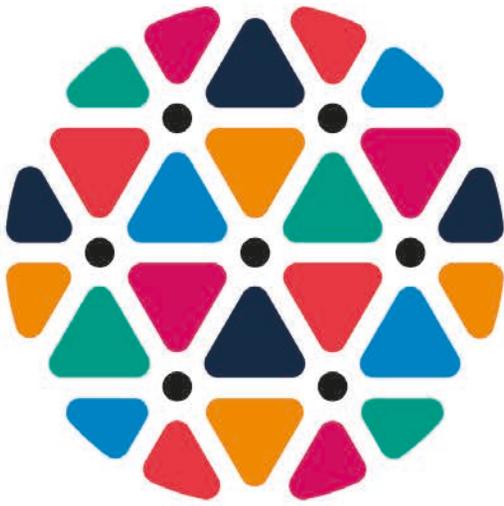
Eduard Valmaseda, presidente de Secib.



**XVI CONGRESO
SECIB**

15 - 17 Noviembre 2018
Palma de Mallorca

Palacio de Congresos



XVI CONGRESO SECIB

15 - 17 Noviembre 2018
Palma de Mallorca
Palacio de Congresos

 **SECIB**
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
www.secibonline.com

Ponentes

Francesc Abella Sans
Fábio Abreu de Alves
Javier Alberdi
Sofía Aroca
Xavier Calvo
Daniel Capitán
Francisco Cardona
Santiago Carreras
Matteo Chiapasco
Nuno Cintra
Paul Coulthard
Rubén Davó
Ángel Insua
Yolanda Jiménez

Fouad Khoury
France Lambert
Ernest Mallat
Luís Monteiro
Tara Renton
Rosa Rodríguez
Alba Sánchez
M. Àngels Sánchez
Esteban Xam-Mar

Talleres

Daniel Capitán
Rubén Davó

Simposium Industria

Esteban Xam-Mar

Curso Higienistas

Xavier Calvo
Rosa Rodríguez
Alba Sánchez
M. Àngels Sánchez



Secretaría Técnica

Bruc 28, 2º · 08010 Barcelona
Tel. 607 499 365
secibmallorca2018@emedeuve.com



Rumanía y Polonia, mercados de interés preferente para la compañía de implantes

Ticare insiste en su expansión por el este de Europa

Ticare Implants prosigue su proceso de internacionalización a lo largo del año 2018 con acciones estratégicas en Rumanía y Polonia a cargo de su unidad de comercio internacional, reforzada recientemente con la incorporación de Marta Grau en calidad de International Business Unit manager.

Así, Ticare ha organizado varios *trainings* enfocados a clientes en las ciudades de Timisoara e Iasi, que han contado con la participación de especialistas como Antonio J. Flichy. Rumanía sigue siendo uno de los focos decisivos en el posicionamiento de Ticare en la región y en su penetración en el este europeo, según destaca la compañía en una nota.

En el caso de Polonia, Ticare ha formalizado la firma de un acuerdo marco de distribución comercial con la firma Design Med, que

cuenta con una asentada experiencia en el campo dental en el país. “Se trata de una alianza valiosa que permitirá a Ticare afianzarse de manera cardinal en el mercado polaco”, subraya.

De otro lado, especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial como Alicia Dean, Francisco Alamillos y José Rojo, además de la odontóloga M^a del Mar Velázquez han visitado la sede central de Mozo Grau en Valladolid y han podido conocer de primera mano los procesos de fabricación y el control de calidad en los que se basa la filosofía *Tissue Care*. En la visita han ejercido como anfitriones la directora general de operaciones de Mozo Grau Ticare, Margot Pérez; el director de área Maxilofacial, Diego Velasco; el director de área Carlos Rumbado, y el delegado territorial en Andalucía oriental, Daniel Casalini. •



Especialistas en Cirugía Maxilofacial, a la entrada de Ticare, en Valladolid.



Antonio J. Flichy, en uno de los trainings de Ticare en Rumanía.

Presentada por el Colegio de la I Región Nueva denuncia por posible engaño en la publicidad de Idental

El Juzgado de Instrucción nº9 de Madrid ha incoado diligencias previas por un delito contra la salud pública, como consecuencia de la interposición de una denuncia del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM), dirigida contra los administradores y responsables sanitarios de las Clínicas Idental, en la Comunidad de Madrid.

El Juzgado ha requerido informe de la Fiscalía sobre los hechos denunciados. En dicha denuncia, el COEM ponía en conocimiento del Juzgado los casos de un centenar de pacientes de dichas clínicas que habían interpuesto denuncia ante el Colegio relatando una serie de hechos relacionados con el trato recibido y que presentaban indicios de ser constitutivos de delito. De esta denuncia se dio traslado a la Fiscalía General del Estado y al fiscal jefe de la Comunidad de Madrid.

La Fiscalía ha confirmado que se instará la investigación oportuna para el esclarecimiento de los hechos y se ejercerán las acciones legales que se deriven. A través de la denuncia, el COEM ponía en conocimiento del Juzgado hechos que podrían ser constitutivos de delito: engaño en la publicidad y venta de tratamientos, utilización de materiales provisionales con carácter definitivo, abandono del paciente e incumplimiento de los tratamientos pactados, pérdida de piezas dentales sanas, lesiones en intervenciones quirúrgicas para la colocación de implantes, daños psíquicos en pacientes llevados a situación límite, etc.

El COEM tiene constancia de que varios afectados se están organizando para personarse en el mencionado proceso penal y ejercer las acciones oportunas como perjudicados por los hechos. •

Información de interés y una vía directa de comunicación

El Colegio de Asturias renueva su página web

El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias ha renovado su página web –www.codes.es– para ofrecer un servicio mejor y más accesible al colegiado y al ciudadano.

El nuevo diseño nace con el propósito de atender las necesidades de los colegiados y los usuarios en general. Se trata de un portal donde

los profesionales podrán acceder a todo tipo de información de manera clara y en la que podrán además participar con sus dudas o consultas a través del área privada. Los ciudadanos, además, encontrarán información de interés sobre tratamientos odontológicos, así como una vía de comunicación directa e inmediata con el Colegio.

El colegiado tiene a su disposición un apartado dedicado exclusivamente a la formación, donde conocer toda la oferta educativa y poder apuntarse a los diferentes cursos. Además, en Codes Informa se reserva un espacio donde consultar las circulares, alertas sanitarias, guías clínicas y protocolos clínicos aceptados, entre otras informaciones. ●

Dirigido por Fernando Noguerales y Andrés Restoy

Décimo aniversario del Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Alcalá

El Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Alcalá (UAH), de Madrid, ha reunido en el Club Financiero Génova a alumnos, antiguos alumnos, profesores, colaboradores y amigos para celebrar el décimo aniversario de la graduación de su primera promoción. La cita ha sido el colofón al acto académico de clausura de la XII edición del Máster (Promoción 2016-2018), celebrada en la sala de Grados de la Facultad de Medicina de la UAH.

El Máster inició su andadura en 2005 bajo la dirección de Fernando Noguerales, catedrático de Cirugía de la UAH, y Andrés Restoy, médico adjunto del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. El carácter del Máster -que se desarrolla en el hospital- es eminentemente práctico, con formación directamente tutelada, lo que ha obligado a limitar mucho sus plazas. En total, las 11 promociones que han finalizado sus estudios en los últimos 13 años suman 31 alumnos.

Inicialmente el Máster tenía una carga lectiva de 150 créditos ECTS repartidos en tres años, pero a partir de 2010 el posgrado adaptó su plan de estudios al máximo de 120 créditos establecido para todos los másteres en la UAH, y pasó a impartir todas las materias en dos años.



Tribunal, alumnos, tutores y directores.

Durante el primer curso, el alumno recibe una formación específica en las diversas técnicas de la cirugía oral, mientras que el segundo año, “una vez adquirido el hábito quirúrgico necesario, el alumno amplía su formación con una dedicación preferente a la implantología y las técnicas asociadas a ella”, explica Andrés Restoy.

“Los alumnos que finalizan con éxito sus estudios de Máster están perfectamente capacitados para el manejo correcto, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, de la mayoría de los procesos propios de la cirugía oral e implantología que se presentan

en la clínica odontológica, y eso es nuestra gran satisfacción como docentes”.

Los tres alumnos que han finalizado sus estudios este año han hecho lectura de sus trabajos de fin de Máster. Andrea Sánchez, Daniel Aliaga y Pablo Sanz han expuesto sus proyectos ante la Comisión de Evaluación, compuesta por Fernando Noguerales; Pedro Infante, profesor titular del Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla; Fernando Espín, jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, y el doctor en Odontología Ángel Manchón. ●

Según la Sociedad Española de Oncología Médica El melanoma, uno de los tumores con mayor incidencia

En España, se han diagnosticado más de 5.000 nuevos casos de melanoma durante 2017, lo que le ha convertido en uno de los tumores con mayor crecimiento e incidencia en los últimos años, según la Sociedad Andaluza de Oncología Médica (SAOM) y recoge *Redacción Médica*.

Aprovechando el Día Mundial del Melanoma, la sociedad médica ha hecho hincapié en que se trata de “un importante problema de salud en la sociedad occidental”. Afecta ligeramente más a las mujeres, aunque la mortalidad es algo mayor entre la

población masculina, en buena parte por los hábitos laborales con mayor exposición solar.

Equipos multidisciplinares y nuevos fármacos están consiguiendo frenar en muchos casos la enfermedad

El pico de edad en la aparición de melanoma está en torno a los

50 años, y otro posterior en torno a los 65 años. El aumento de la incidencia se debe a un mayor número de casos pero también al avance de las técnicas de diagnóstico y el aumento de la expectativa de vida de los pacientes.

No obstante, el abordaje de la enfermedad mediante equipos multidisciplinares y el tratamiento con nuevos fármacos como la inmunoterapia están consiguiendo frenar, en muchos casos, la enfermedad y aumentar la supervivencia de los pacientes con este tipo de tumores. ●

Convenio entre la Fundación Odontología Social y la Residencia San Eugenio, de Sevilla 'Terceras sonrisas' para la atención bucodental de los mayores

La Fundación Odontología Social Luis Séiquer y la Residencia San Eugenio, ubicada en el Barrio de Pío XII de Sevilla y perteneciente a la Parroquia de Las Flores, han suscrito un convenio para el desarrollo del proyecto Terceras sonrisas, dirigido a cubrir el tratamiento odontológico integral de personas mayores, un colectivo con grandes dificultades para acceder a los servicios de salud dental. Para ello, la Fundación ha desplazado hasta la Residencia la primera unidad móvil odontológica en Andalucía, creada gracias al apoyo de CaixaBank Andalucía Occidental.

Ambas entidades ven su colaboración como un paso más en su continua lucha por mejorar la calidad de vida y la mejora de la autoestima de distintos grupos sociales en situación de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social. La Fundación muestra así otra vez su especial debilidad por los adultos mayores: “Son personas que trabajaron desde

niños y ahora, cuando se merecen todo, muchos de ellos sufren situaciones de invalidez oral que los limita de forma importante en su alimentación, salud, autoestima y relaciones sociales”, explica su presidente, Antonio Castaño. “Cuando rehabilitamos a uno de nuestros mayores, les regalamos años de vida, disfrute y aumentamos su autonomía”.

Las entidades ven su colaboración como un paso más en su lucha por mejorar la calidad de vida

Por su parte, Ignacio Jiménez, párroco de Las Flores, ha señalado que “en nuestra Parroquia atendemos a todas las personas en cualquier momento de su vida, desde los inicios en la infancia hasta el

ocaso de sus días. Pero ciertamente el colectivo más vulnerable es el de las personas mayores con una larga trayectoria de vida, que viven en soledad o que añoran la vida de familia. Nuestra Residencia quiere ser un auténtico hogar para ellos, donde tengan todas sus necesidades satisfechas y en la que encuentren la alegría necesaria para seguir añadiendo vida a los años. Son nuestros preferidos porque en los más débiles encontramos el sentido de nuestro quehacer pastoral a imagen de lo que nos pidió el Señor”. ●



Fundación Odontología Social
Luis Séiquer

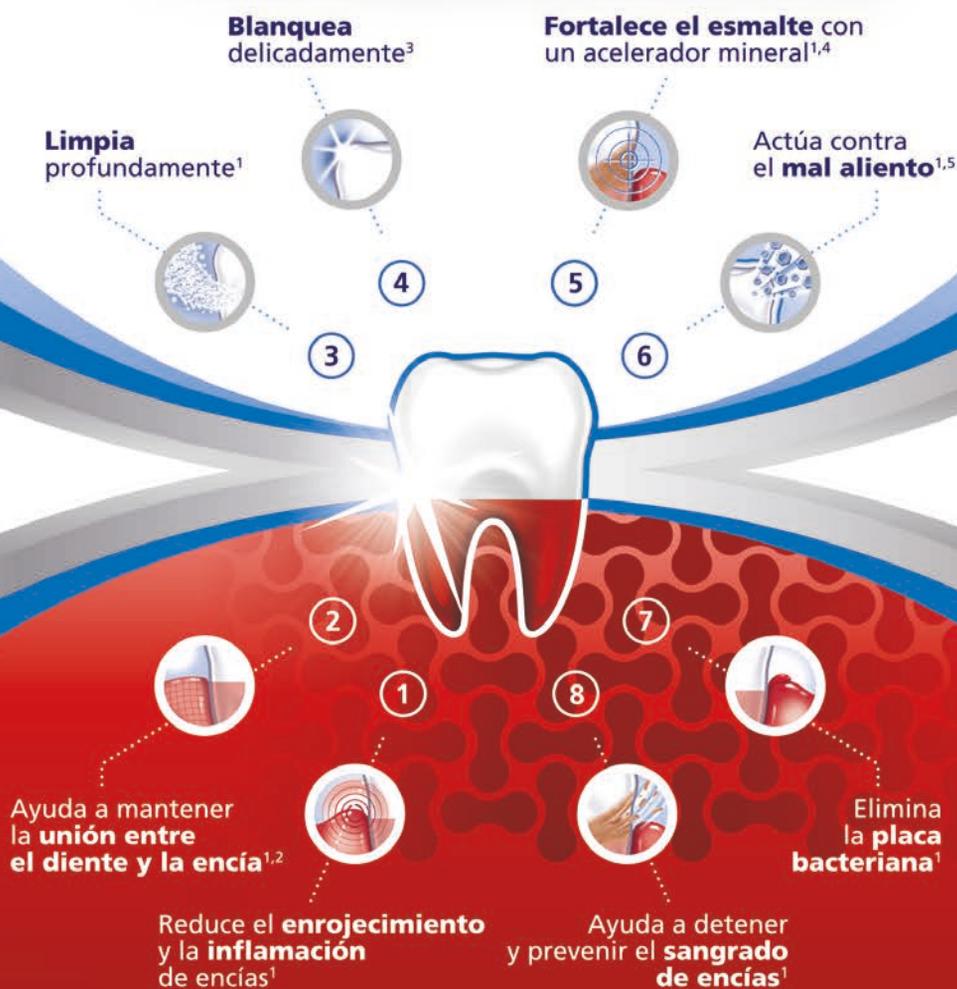
NUEVO



Parodontax Complete Protection con

8 BENEFICIOS

ESPECIALMENTE DISEÑADOS
PARA UNAS ENCÍAS SANAS
Y UNOS DIENTES FUERTES



x4 VECES MÁS EFICAZ
eliminando la acumulación de bacterias,
una de las causas del sangrado de encías*

*Comparado con una pasta de dientes convencional, con dos cepillados al día y tras una limpieza profesional y con dos cepillados al día.
Referencias: 1. Datos en archivo, GSK, RH02434, January 2015. 2. Chapple ILC, Gilbert AD. Understanding Periodontal Diseases: Assessment and Diagnostic Procedures, 2002 p6-7. 3. RDA 17-132 2017. Final Report: RDA Test on Dentifrices Study Number RDA 17-132. In: SCHEMEHORN, B.R. (ed.) Dental Product Testing Study. GSK datos en archivo, GSK. 4. Ten Cate, J. & van Loveren, C. 1999. Fluoride mechanisms. Dental Clinics of North America, 43, 713-42, vii. 5. Saxton C & Ouderraa F. Journal of Periodontal Research 1989;24, 75-80.
Las pastas parodontax son productos sanitarios y cumplen con la legislación vigente en materia de productos sanitarios. CHESP/CHPAD/0047/17b

ENTREVISTA

GUILLERMO GALVÁN, presidente de la 48ª Reunión Anual de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES)

"Las sociedades científicas deberían unirse cada cierto tiempo para ofrecer una formación multidisciplinar conjunta"



Guillermo Galván (Benavente, Zamora, 1969) prepara con dedicación la próxima reunión anual que celebrará la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES) en Valladolid. La cita tendrá un perfil SEPES en una ciudad de indudable atractivo turístico. Director de la Clínica Galván Lobo y miembro activo de la SEPES y otras sociedades, Galván anima al odontólogo en general a acudir a la cita, pues también debe estar pendiente de la evolución de una profesión obligatoriamente multidisciplinar. Bajo el lema *Evidencia científica, experiencia clínica*, profesionales llegados de toda España intentarán obtener más evidencias para mejorar en predictibilidad y fiabilidad. Y todo ello, gracias a la tarea de una sociedad científica como SEPES, que bien podría, según Galván, unirse cada cierto tiempo a las demás y ofrecer una suerte de formación multidisciplinar que alcance a todos los ámbitos de la profesión.

REDACCIÓN

ODH: *¿Cuáles son los principales atractivos de la próxima reunión anual de SEPES?*

Guillermo Galván: Es difícil decir cuál es el principal atractivo, creo que toda la reunión en sí es muy interesante. Hemos conseguido un programa científico con un perfil muy de SEPES, con cursos intra-congreso sobre restauraciones estéticas, uno impartido por el Angelo Putignano y otro por el doctor Rábago, sobre diagnóstico y planificación multidisciplinar, donde Bill Robbins nos expondrá una sistemática para abordar casos de rehabilitación de una forma predecible. Y cómo no, un curso de día completo a cargo de los doctores Kois sobre predictibilidad en implantología. También contaremos con sesiones interactivas de debate, conferencias

sobre temas multidisciplinarios con un enfoque claramente restaurador. Hemos conseguido reunir a ponentes nacionales e internacionales de gran valía clínica y científica.

Hemos preparado una propuesta muy interesante y actual para los técnicos de laboratorio, participativa y práctica, y tampoco nos hemos olvidado de nuestras auxiliares, recepcionistas e higienistas, quienes tienen un programa diferente, muy ameno y útil.

Junto al programa científico, quiero destacar la participación de la industria, que supone un respaldo importante, desarrollando un programa de talleres y conferencias de altísimo nivel que complementan claramente el programa, creando una intensa actividad durante las tres jornadas en las que tendrá lugar la reunión.

No menos importante es el atractivo de Valladolid como ciudad. Con su oferta gastronómica y turística, hará posible que el aspecto social sea también muy importante.

En definitiva, creo que hemos creado una reunión que ofrece muchos atractivos tanto científicos como sociales.

ODH: *¿Hasta qué punto ha dificultado la organización de la reunión el nuevo código ético de Fenin?*

GG: Bueno, como toda normativa nueva siempre supone un poco de reajuste en la forma de trabajar, pero realmente creo que no hemos tenido mucho problema, tanto por la intención de todos los implicados por cumplirla como por la información que desde Fenin han aportado a la secretaría de SEPES

para poder hacerlo. Y el resultado está a la vista con solo revisar el programa y ver la alta participación, tanto en la exposición comercial como en los diferentes talleres y conferencias.

ODH: *¿Cree que son necesarios este tipo de documentos para ordenar las relaciones entre profesionales e industria?*

GG: No sé si estos u otros, pero está claro que regular una forma de trabajar tiene sus cosas buenas y sus cosas malas. El objetivo es bueno y por supuesto puede ser mejorable, y eso dependerá de las empresas y de los profesionales para poder corregir ciertas situaciones que puedan resultar poco eficaces, pero al mismo tiempo establecer unas reglas que faciliten la toma de decisiones y las actuaciones haciendo que la relación entre industria y profesionales sea más honesta, dejando claro lo que es una relación científica de lo que es una relación comercial.

"La unión entre evidencia científica y experiencia clínica debe ser la línea a seguir por el profesional"

ODH: *¿La Odontología debe ser multidisciplinar o no será? ¿O sigue habiendo espacio para la Odontología general?*

GG: La Odontología general es multidisciplinar, porque engloba todos los campos y no se debe perder la visión global o general. Esta forma de entender la profesión también nos hace ser conscientes de las limitaciones que podemos tener en ciertas disciplinas y que podamos recurrir a expertos en cada materia o compañeros o colaboradores que aporten su destreza para poder realizar técnicas más complejas con más pre-



cisión, y poder ofrecer a nuestros pacientes diagnósticos más fiables y tratamientos más predecibles. Creo que como profesionales de la salud debemos procurar el mejor resultado para el beneficio de nuestros pacientes.

ODH: *¿Qué visión se esconde detrás del lema del Congreso: Evidencia científica y experiencia clínica?*

GG: Simplemente, la realidad del día a día de nuestra profesión. Utilizamos técnicas, materiales y procedimientos basados en unos resultados científicos provenientes de numerosos trabajos de investigación, que nos aportan una estadística, una medición del riesgo y el pronóstico, en definitiva, unas expectativas de éxito, pero no debemos olvidarnos de la importancia que tiene la experiencia clínica, tanto personal como colectiva en la aplicación de esas técnicas, materiales, etc., y que son el reflejo de cómo funcionan o no en nuestros pacientes. La unión entre ambas creo que traza la línea a seguir para mejorar tanto en predictibilidad como fiabilidad en lo que ofrecemos a nuestros pacientes.

ODH: *¿Cómo ve el futuro de las sociedades científicas?*

GG: Bueno, yo creo que son las responsables de aunar la investigación

científica, el desarrollo industrial y la aplicación clínica de todo ello. Creo que son imprescindibles para el desarrollo de la profesión y me gustaría que con el tiempo pudiesen unirse cada cierto tiempo para poder ofrecer una formación multidisciplinar conjunta.

ODH: *Todo congreso tiene una parte lúdica para asistentes y acompañantes. ¿Qué interés tiene Valladolid para los que aún no conocen la ciudad y sus alrededores?*

GG: Sí, por supuesto que Valladolid ofrece una oferta muy interesante, tanto para aquella persona que no haya estado nunca en *Pucela* como para los que son reincidentes. Por un lado, tenemos una oferta municipal que permitirá visitar los diferentes museos y edificios a un precio muy asequible, estos *tickets* se podrán adquirir a través de la secretaria del congreso o en la exposición comercial y serán válidos desde el miércoles 10 hasta el lunes 15 inclusive.

Todo Valladolid ofrece buenos sitios para ir de vinos y tapear, el comité local esta organizando unas rutas de pinchos que facilitaran la elección de donde ir a los que vengáis, y también tendremos un punto de encuentro para tomarnos una copa juntos.

Algo que me gustaría destacar es el acto de clausura que tendremos el sábado por la tarde-noche, donde



todos lo podremos pasar muy bien con la tranquilidad de haber terminado la reunión y no tener que madrugar.

“No se deben iniciar restauraciones llamadas estéticas hasta que la boca este biológicamente sana”

ODH: *Conociéndole, seguro que tiene previsto algo digamos que espectacular o novedoso. ¿Con qué nos va a sorprender?*

GG: Me alegro de que me haga esta pregunta. Lo más novedoso que tenemos preparado es la interacción que el público va a tener con el congreso. Por eso es muy importante que cada asistente tenga su dispositivo móvil.

Por un lado, podrán participar en los debates de casos clínicos tanto del jueves como del viernes. Por otro, y como real novedad, habrá unos canales cerrados de retransmisión de las sesiones del programa científico, de forma que cada asistente podrá seguir una conferencia desde su propio dispositivo. Esto facilitará que la reunión sea más dinámica y con menos agobios por no tener sitio

o que no puedas seguir la ponencia que te interesaba por no estar en esa sala.

ODH: *¿Puede la estética desarrollarse plenamente sin una correcta salud bucodental?*

GG: No, eso es imposible porque la estética proviene de la salud, la boca sana implica tener encías sanas, dientes sanos, poder masticar, poder tragar, poder respirar, en definitiva tener la boca bien, y eso es lo que hemos llamado estético porque al estar sana es bonita. Por eso una sonrisa con dientes colocados, encías rositas y dientes blancos llama la atención y nos gusta a todos, y para eso hay que tener una correcta salud bucodental.

Por otro lado, no se deben iniciar tratamientos como los implantes, las restauraciones llamadas estéticas, o los tratamientos de ortodoncia hasta que la boca este biológicamente sana, es decir sin enfermedades periodontales, sin caries y con los factores de riesgo tanto locales como sistémicos debidamente controlados.

ODH: *¿Cree que el odontólogo medio está en condiciones de llevar a cabo las últimas técnicas de la disciplina?*

GG: El odontólogo medio por supuesto que está en condiciones de poder hacerlo, pero la odon-

tología es una disciplina sujeta directamente a la evolución de las técnicas y de la tecnología, por eso obliga tanto al profesional medio como al más experto a estar en constante formación. Es ahí donde reuniones como esta juegan un papel crucial, ya que aproxima una formación plural que permite actualizarse y conocer los últimos avances de la profesión de gran interés para el odontólogo medio, pero debido a su alto contenido científico satisface al más experto, que podrá aprender los pequeños detalles que le ayudarán en su clínica diaria.

ODH: *¿Qué valor le da al proceso de internacionalización de SEPESE en los últimos años? ¿Querrá continuarlo?*

GG: Muy importante, creo que la labor de SEPESE tanto en el apoyo y reconocimiento de los profesionales más jóvenes, motivándoles para que progresen en la profesión, como en el acercamiento del profesional español a reuniones de carácter internacional, ya sea en España como en el extranjero, es para sentirse muy orgulloso de ser miembro de la Sociedad. Como apunte quiero recalcar que este año en Valladolid contaremos con un grupo de participantes de diversas nacionalidades, lo cual le dará a la reunión también un cierto aire internacional. •



48 CONGRESO ANUAL SEPEs

**EVIDENCIA CIENTÍFICA
& EXPERIENCIA CLÍNICA**

11-13 DE OCTUBRE

Tarifas reducidas hasta el **30 de septiembre** para inscripción general (incluye todas las sesiones)

70 €
DE
DESCUENTO

**SOCIOS DE SEPEs (ODONTÓLOGOS
Y TÉCNICOS DE LABORATORIO)**
~~500€~~ 430€

**SOCIOS DE SEPEs
JUNIOR LICENCIADOS***
~~335€~~ 265 €

70 €
DE
DESCUENTO

70 €
DE
DESCUENTO

**ESTUDIANTES DE GRADO
SOCIOS DE SEPEs**
~~220€~~ 150€

**ESTUDIANTES DE POSTGRADO
SOCIOS DE SEPEs**
~~335€~~ 265 €

70 €
DE
DESCUENTO

AMIGOS SEPEs**
540 €

NO SOCIOS
650 €

* Socios de SEPEs menores de 30 años con más de 2 años de licenciatura

** Consulta entidades amigas en la web

Jornadas intracongreso con opción de inscripción independiente

**JORNADA AUXILIARES
E HIGIENISTAS**

**JORNADA TÉCNICOS
DE LABORATORIO**

WORKSHOPS

Inscripción gratuita previa reserva de plaza online

PROGRAMA SOCIAL

VIERNES

Cena del Congreso
AC Hotel Valladolid
C/ Santa Ana, s/n

JUEVES Y VIERNES
"SEPEs **VA!** de pinchos"

SÁBADO

Clausura del Congreso

- Cena food truck
- Copa
- Magia de cerca
- Música en vivo con el grupo Bloody Mary

+ info: www.sepesvalladolid2018.sepes.org

SEPEs

Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

CARMEN MOZAS, presidenta del Colegio de Dentistas de Álava

"La denuncia es una manera de luchar contra la publicidad engañosa y yo no voy a abdicar de ella"



La lucha de Carmen Mozas, presidenta del Colegio de Dentistas de Álava, contra la publicidad engañosa ha recibido el espaldarazo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, que ha terciado a su favor en la pugna abierta con el Consejo Vasco de la Competencia. La sentencia parece haber animado a la presidenta en seguir utilizando la denuncia frente a marcas y franquicias, y no porque todas sean malas, sino cuando se alejen del Código Deontológico de la profesión. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza y especialista en Estomatología, Mozas anima a los jóvenes a estudiar la carrera por vocación y a los recién graduados a tener paciencia y conocer sus límites profesionales. Es de las pocas mujeres presidentas en la organización colegial, pero no lo considera un problema. Entiende que la representación actual es buena y, lo más importante, nadie tiene dificultad para presentarse o ser representado por los actuales mandatarios. Como es su caso.

REDACCIÓN

ODH: *¿Cómo se siente ahora después de que un tribunal respaldase su postura ante la publicidad engañosa frente al Consejo Vasco de la Competencia?*

Carmen Mozas: Me siento, sobre todo, muy tranquila y satisfecha. Siempre hemos confiado en que los tribunales de Justicia iban a amparar nuestra defensa del consumidor, que no olvidemos era el fondo de todo este tema. Es más, en la sentencia se manifiesta que no se puede despojar al Colegio del cumplimiento de sus fines y objetivos y sería un error considerar que su presidenta no está llamada a hacer declaraciones ni expresar ideas críticas en ningún sentido de protección y defensa de los usuarios de los servicios cuyos profesionales representa el referido Colegio. Es preciso recordar que el Colegio no es una simple asociación o sindicato voluntario de empresas o profesionales, sino una corporación de derecho

público que cuenta con relieve constitucional.

Cuando un tribunal defiende o, en este caso, desautoriza a una institución tan marcada y seria como la Competencia Vasca, quiere señalar que se equivocó a la hora de dar la razón a la empresa demandante.

Es una decisión muy importante para los colegios profesionales, puesto que nuestro deber es hacer cumplir un Código Deontológico y velar por la salud bucodental de la población.

ODH: *¿Es la denuncia la única manera de luchar contra este problema? ¿No ve factible un cambio de la normativa?*

CM: Es una más y yo no voy a abdicar de ella. El Colegio no puede permanecer mudo ante situaciones de desamparo de pacientes por cierre imprevisto o por reclamaciones a clínicas dentales cuyo fin, únicamente mercantil, siem-

pre hemos denunciado.

Respecto a si veo factible en un futuro próximo el cambio de la normativa, le diré que podemos estar orgullosos del equipo que tenemos en el Consejo General de Dentistas, liderado por Óscar Castro, el cual está moviendo todos los hilos institucionales, gubernamentales y políticos para que se lleve a cabo el cambio de dicha normativa y se regule la publicidad sanitaria.

De momento, todos los partidos han tomado nota y se han comprometido a revisar y actualizar la normativa de Publicidad Sanitaria, intentando equipararla al resto de nuestros países vecinos.

ODH: *¿Va a mantener su actitud crítica contra marcas y franquicias?*

CM: La actitud de mi Junta de Gobierno, a la cual represento, es unánime: velar por los colegiados y defender a la población

en cuanto a su salud bucodental, pero no solo poniendo la mira en las clínicas mercantilistas, sino en toda clínica dental, grande o pequeña, en la que sus principios éticos no coincidan o no sigan el camino que marca nuestro Código Deontológico.

ODH: *¿Son todas ellas intrínsecamente malas para la profesión y para el paciente?*

CM: Si se refiere a lo que usted llama clínicas franquistas o franquiciadas, es un tema muy denso para responder. Como en la vida misma, no todo es malo ni bueno. No podemos meter todo en el mismo saco, lo que está claro es que llevan un tipo de marketing muy potente, que no siempre está en equilibrio con la profesión ni los resultados de tratamientos a los pacientes.

ODH: *¿Por qué defiende los números clausus en las universidades?*

CM: Actualmente, existen en España 36.395 odontólogos colegiados. Están saliendo anualmente un número masivo de graduados. Según la OMS, la relación debería ser 3.500 pacientes por dentista y en nuestro país es de 1.200 por dentista. La desproporción es significativa y en aumento. Estamos invirtiendo en nuestros hijos para que estudien, se preparen y sean buenos profesionales (como resulta ser en España, pues actualmente salen bien preparados), y cuando terminan se encuentran con las puertas cerradas y su única salida es ir al extranjero o posicionarse en cualquier tipo de trabajo sin poder elegir su forma o método de trabajar.

ODH: *¿No ve posible que la oferta y la demanda de profesionales se acomode sola, como ocurre en otras actividades?*

CM: Mientras no dejen de abrir facultades de Odontología, no conseguiremos estabilizar la ratio profesional en nuestro país.



“No todas las marcas y franquicias son intrínsecamente malas, aunque su marketing tan potente no se corresponde con el resultado asistencial”

ODH: *¿Qué le recomendaría al estudiante que quiera hacer Odontología?*

CM: Yo le recomendaría que no lo haga a la ligera, que la elija por vocación, que estudie las salidas que tiene. Es una carrera que económicamente es muy costosa y requiere una continua formación para mantenerse al día y, hoy por hoy, esa formación supone mucho esfuerzo de horarios a compartir con trabajo e inversión econó-

mica. Es una carrera que para mí cada día resulta más atractiva, me gusta más, y me requiere muchas horas de dedicación para perfeccionar y estar ahí. Esto es lo que quiero transmitir a los estudiantes, si hay vocación y sacrificio, ¡habrá satisfacción de haber elegido una carrera tan viva! La Odontología como la Medicina está en un continuo avance.

ODH: *¿Y al recién graduado que tiene que acceder al mercado laboral?*

CM: Que no quiera correr, que tenga paciencia a la hora de ponerse a trabajar, y sea legal con su capacidad de realizarlo. Eso quiere decir que trabaje sobre aquello de lo que está seguro y no se meta en trabajos complejos que no domina. El tiempo, la formación continuada y la experiencia le llevarán al éxito y satisfacción. Hoy en día no es una profesión tan bien remunerada económicamente como hace años, pero

debido a la tecnología, avance de los materiales, las técnicas y medios, sí puede aportar gran satisfacción por los trabajos bien realizados y por la salud y bienestar que aportas a los pacientes.

ODH: *¿Cómo valora el nivel de los odontólogos actualmente?*

CM: Por lo que veo y siento a mi alrededor, los nuevos odontólogos salen muy bien preparados para ejercer una Odontología General. Luego está en ellos el irse preparando en aquellas ramas de la Odontología que les sean más atractivas. A pesar de todo, lo más importante, y es algo que no dejamos de repetir, es inculcar a los jóvenes la idea de que esta profesión requiere de una continua formación y puesta al día, lo que en nuestro argot llamamos formación continuada.

ODH: *¿Cuál es el momento actual del Colegio de Álava?*

CM: Somos un colectivo pequeño. Nos sentimos unidos y eso puede apreciarse en la respuesta de apoyo por los colegiados ante la denuncia de Dentix a la Autoridad Vasca de la Competencia. Actualmente hay 205 colegiados aproximadamente y con las mismas inquietudes que en el resto de los colegios de Odontólogos.

ODH: *¿Qué es lo que más preocupa a los colegiados?*

CM: La falta de trabajo, como supongo en cualquier otra profesión, y que la sociedad entienda que la obligación del dentista no es de medios sino de resultados, para evitar la confusión existente de que los trabajos bucodentales están garantizados de por vida; esto no es así, ya que como en medicina, resulta imposible dar garantía a los actos médicos.

ODH: *¿Considera que todo odontólogo debe tener desarrollada su faceta empresarial? ¿Cree que necesita ayuda para desplegarla?*

CM: No pienso que deba primar, pero una buena administración

por parte del profesional sí la consideramos necesaria. Para permanecer en el mercado, necesitamos dar calidad de servicios y para ello debemos conocer las necesidades y actualizar nuestras clínicas.

“Criticaré a toda clínica, grande o pequeña, cuyos principios éticos no sigan el Código Deontológico”

ODH: *Usted, junto a las presidentas de las juntas provinciales de Girona y Tarragona, es la única mujer con cargo electo en la Asamblea del Consejo General en este momento. ¿Qué sentimiento como mujer le produce esta realidad institucional en un colectivo en que las mujeres son mayoría?*

CM: Como sentimiento, por supuesto, de gran satisfacción y orgullo, ya que al menos vamos ocupando ya puestos considerados antiguamente sólo para hombres. En realidad, hay una amplia mayoría en nuestro colectivo de mujeres, pero nos sentimos muy bien representadas, ya que hay mucha profesional femenina que se encuentra a la misma altura que los más renombrados profesionales.

Día a día en nuestra profesión, nos vamos haciendo notar en este gran círculo. Por otra parte, en ningún momento he encontrado impedimento por parte del colectivo ni de sus instituciones en presentarme a acceder a los cargos que represento, siempre me he sentido apoyada y bien recibida.

ODH: *ODONTÓLOGOS DE HOY ha cuestionado la ética de los dirigentes colegiales que utilizan sus cargos para promocionar su consulta privada. ¿Qué opina usted de estas actuaciones?*

CM: Es evidente que no es mi caso y no puedo estar de acuerdo

en esta afirmación. Hoy en día, todos los dirigentes que representan a nuestro colectivo están íntimamente unidos a los miembros representativos de su Junta Colegial, y por lo menos en lo que a mí respecta, tan sólo soy la voz representativa, ya que las decisiones son tomadas en conjunto. Además, yo no he conocido personalmente ninguno de estos casos que me cita.

ODH: *¿Cuál es su opinión sobre el debate actual de las especialidades en Odontología? ¿Cuál es el lugar ideal para su desarrollo formativo?*

“Hay una amplia mayoría de mujeres entre los odontólogos y nos sentimos muy bien representadas”

CM: En estos momentos en España, no existen especialidades en Odontología. El Consejo General está tratando de implantarlas y así obtener la misma titulación que el resto de Europa. Es un trabajo que requiere paciencia y dedicación, que es lo que está mostrando nuestro Consejo General, mucha dedicación para llegar poco a poco a implantarlas.

Pensemos que hay que tratar con dos ministerios: Sanidad y Educación, por lo que la tarea no es fácil. Pero, como le he comentado, estamos en ello y pronto se apreciarán los resultados.

Respecto al desarrollo formativo, pienso que es el ámbito universitario es el correcto. Precisamente, hoy en día tan sólo con mirar alrededor y fijarnos en cómo y de qué manera lo realizan en otros países que las tienen instauradas, sería suficiente.

No hay que crear, isino ver y mejorar! •

Descubra el nuevo **Servicio Técnico** de Henry Schein.

CUIDAMOS DE SU CLÍNICA • CUIDAMOS DE USTED

91 330 70 31

HENRY SCHEIN® PRO SERVICE™
ESTIDENT

- **SERVICIO TÉCNICO MULTIMARCA** •
- **COBERTURA NACIONAL** • **DISEÑO DE CLÍNICAS** •
- **TÉCNICOS CERTIFICADOS EN ALTA TECNOLOGÍA** •
- **SERVICIO DE MANTENIMIENTO PERSONALIZADO** •
- **INSTALACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE SISTEMAS** •

Tif.
902 41 41 00



Visite nuestra web
www.henryschein.es



Contacto E-mail
proservice.spain@henryschein.es



Síguenos en
Twitter/Facebook

Rely on Us

ALEJANDRO ROISENTUL, premio internacional Secib 2017

"Una misión humanitaria no termina nunca cuando tienes un compromiso por ayudar a los demás"



La Sociedad Española de Cirugía Bucal (Secib) ha concedido sus premios anuales, entre ellos el Internacional, que ha recaído en Alejandro Roisentul, director de la Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital ZIV, de Safed, en el norte de Israel. Odontólogo y cirujano maxilofacial de origen argentino, Roisentul realiza desde este hospital -situado a 40 kilómetros de Siria y a 11 del Líbano- un importante trabajo humanitario atendiendo a los heridos sirios que logran traspasar la frontera en busca de ayuda. El presidente de Secib, Eduard Valmaseda, ha resaltado "el valor de luchar por la vida humana en tiempos difíciles sin tener en cuenta la procedencia". Roisentul ha agradecido el premio con una detallada presentación de su misión humanitaria, impensable y hasta peligrosa, pero que muestra cómo la medicina puede derribar muros de enemistad e incomunicación y contribuir a la salvación de personas que viven una situación límite. Tras recibir el aplauso de Secib, ODONTÓLOGOS DE HOY ha podido conversar con este ejemplo de valor, compromiso y humanidad.

Texto y fotos: Ismael Sánchez

Alejandro Roisentul nació en Buenos Aires, Argentina, aunque lleva en Israel desde hace casi 30 años. Estudió en Buenos Aires y ahora trabaja en The ZIV Medical Center, en Safed, al norte de Israel, un hospital universitario que depende de la Universidad Bar Ilan. Cubre un área de unas 250.000 personas, con 350 camas y 7 salas de cirugía. Los pacientes que recibe son judíos, pero también cristianos, drusos y musulmanes. Los profesionales que les atienden también son multiétnicos.

El hospital ZIV fue bombardeado en la II Guerra del Líbano, en 2006. "Desde entonces, las sirenas siguen sonando de cuando en cuando, y todo el mundo sabe hacia dónde correr cuando esto ocurre. No hay tiempo para pensar, hay que alcanzar los refugios cuanto antes, igual ahora que en 2006", explica Roisentul.

Tras la guerra, el Gobierno israelí aprobó un programa de refuerzo para el Hospital ZIV y le añadió un edificio para Pediatría. También reforzó el auditorio y lo convirtió en

un lugar polivalente, que también serviría de refugio, llegado el caso. El hospital incorporó las últimas técnicas del momento, incluida la radioterapia, y siguió avanzando pese a las circunstancias.

En 2013, las circunstancias volvieron a situar al hospital ZIV en la necesidad de dar una respuesta asistencial más allá de sus obligaciones para con el sistema sanitario israelí. En plena guerra civil siria, su estratégica posición geográfica, muy cerca de la frontera, hizo que siete heridos civiles pidieran ayuda en ese punto y que las ambulancias militares judías respondieran favorablemente, llevándoles de inmediato al hospital. Desde entonces, hasta 1.500 heridos sirios han sido tratados en el ZIV, y 4.500 en todo Israel, un país enemigo declarado y confeso de Siria.

Roisentul recuerda algunos datos estremecedores de la guerra en Siria: 4,8 millones de refugiados, 70% de los médicos se han marchado del país, la mitad de los hospitales ha sido diezmada... E insiste en lo que hace peculiar una acción humani-

taria para con sus ciudadanos por parte de Israel: una relación histórica de enemistad que hace tener una mutua desconfianza entre personas, que alcanza también a la relación médico-paciente.

"Las barreras en tratar a los pacientes refugiados son variadas: falta de conocimiento mutuo, comunicación, prejuicios... Un sirio no sabe a ciencia cierta lo que yo como profesional médico puedo llegar a hacerle, si aplicarle un medicamento para curarle o quién sabe si para matarle". Con todo, Roisentul lo tuvo claro desde el principio: "Hay que ayudar al herido, sea amigo o enemigo".

De los 1.500 heridos tratados en el ZIV, unos 200 han presentado problemas maxilofaciales, y Roisentul ha venido tomando nota del tipo de herida registrada, pese a las dificultades obvias de clasificación. Así, un 80% de los casos corresponden a explosiones y esquirlas. Todos los heridos son atendidos en el área de traumatología, pese a la dificultad en la admisión: "Son pacientes sin ficha médica, sin casi identidad cuando



cruzan la frontera. A veces, nos llegan con tratamientos tardíos, alguien les atiende en el campo de batalla, pero no sabemos qué les hacen ni por qué. No sabemos si son o no terroristas. Pero no los juzgamos, simplemente tratamos de ayudarles”.

Roisentul y sus compañeros también tratan muchas amputaciones, y gracias a prótesis donadas por ciudadanos israelíes, los operan para que puedan regresar a Siria caminando otra vez. “Muchos piensan al llegar que les va a atender el diablo en persona, pero poco a poco entienden que somos gente normal, como ellos. La paz es posible gracias a la Medicina, porque la Medicina no conoce fronteras”.

"De los 1.500 sirios atendidos en el ZIV Medical Center israelí, 200 presentaron problemas maxilofaciales"

ODONTÓLOGOS DE HOY: *¿La experiencia humanitaria del hospital Ziv es única en Israel o es posible extenderla a otras partes del país?*

ALEJANDRO ROISENTUL: Se puede. En realidad, nuestro hospital es el que está más cerca de la frontera con Siria. Hay otros que están un poco más lejos, pero reciben pacientes nuestros de neurocirugía. Nuestra posición es muy especial. Por una parte atendemos a los heridos de guerra, y por otra parte, recibimos ataques procedentes de ese mismo

país. Uno tiene que tomar responsabilidad por la vida, por la sociedad, por la humanidad. Nosotros aportamos muy poco, pero estamos muy dedicados a la tarea y nuestra misión es muy clara para tratar de cambiar algo en este mundo.

ODH: *¿Cómo es la sanidad en Israel?*

AR: Israel es un país de vanguardia. Nuestros hospitales cuentan con el mejor estándar de calidad internacional, el que otorga la Joint Commission. Nuestra medicina está a la altura de las mejores en cuanto a avances y técnicas. Y estos refugiados se benefician también de estas coberturas asistenciales. Cuando comenzaron a llegar a nuestro hospital, yo pregunté a la dirección cómo debíamos atenderles, si podíamos hacerlo igual que con cualquier otro ciudadano israelí. Y la respuesta fue: “Le tratarás como si fuera tu hermano o tu vecino. Sin ninguna restricción. Y la verdad es que me sorprendió. Y comenzamos a hacer cirugías complejas, cosas que no vemos día a día, con las que no estábamos acostumbrados y para las que debimos prepararnos convenientemente. Y logramos abrir puentes para atenderles correctamente. Y nos encontramos en una misma sala médicos israelíes y pacientes sirios, una situación extraordinaria que, de otra manera, es posible que nunca pudiéramos haber vivido.

ODH: *¿Qué piensan de todo esto los pacientes israelíes?*

AR: Lo entienden perfectamente. Entienden el sufrimiento de estas

personas que están huyendo de una guerra. Eso sí, sin tomar partido. No sabemos quiénes son los buenos y los malos. Israel tiene experiencia en expulsiones, durante la Segunda Guerra Mundial, hubo mucha gente que buscó refugio en otros países y esos países les cerraron las puertas. Y murieron en los campos de concentración. Hoy en día, la historia se repite para Israel, pero de distinta manera, esta vez aceptamos a personas de otros países. A nosotros nos cerraron las puertas, pero nosotros no lo vamos a hacer.

ODH: *Pese a esto, Israel sigue siendo muy criticada por su política hacia los palestinos. ¿Cree que acciones como esta pueden ayudar a que esa parte de la opinión pública internacional cambie de opinión?*

AR: Israel está haciendo muchas cosas buenas, no solo con los sirios. Nuestro Ejército es uno de los más éticos del mundo. El problema es que Israel tiene que defenderse de otros países como Irán, que busca públicamente su destrucción. Nuestro ejemplo es la norma de vivir y pensar del israelí medio. Queremos la paz, hacer la paz, vivir en armonía. Pero debemos cuidar nuestras vidas, no podemos permitir que el pasado se repita.

ODH: *¿Es posible proseguir con las tareas asistenciales humanitarias o un profesional al final quiere volver a su rutina habitual?*

AR: Yo vine al norte de Israel con una misión en la vida, para hacer algo por la humanidad, aunque sea muy pequeño. Lamentablemente, lo que está pasando en Siria no parece que vaya a concluir de inmediato. Y además, puede haber nuevos conflictos, con el Líbano, podemos volver a ser atacados en el hospital como en 2006... Estamos preparados para esto y yo creo que esta misión nunca termina. Y la proseguirán mis hijos, no solo para defendernos a nosotros, sino a toda la humanidad. Para demostrarnos que somos seres humanos y que creemos en la amistad, en el amor y en la comprensión que tiene que haber entre los seres humanos. ●

AUTOR:

PEDRO MARTÍNEZ SEIJAS

Doctor en Medicina y Cirugía.

Médico y Cirujano Oral y Maxilofacial.

Máster en Ingeniería Biomédica.

Tratamiento mínimamente agresivo de fibroma osificante juvenil maxilar

INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante juvenil es una lesión fibro-ósea benigna incluida en el grupo de los tumores fibro-ósos ⁽¹⁾.

Es un tumor benigno de que crece en los senos paranasales y en su crecimiento expansivo produce asimetría, lesión ocupante de espacio con proptosis.

Suele afectar a niños por debajo de los 15 años en el 80%, se origina en la órbita y los senos paranasales en el 90%.

Radiográficamente en la ortopantomografía (OPM) como en la tomografía axial computarizada (TAC), consiste en una lesión bien circunscrita, de crecimiento expansivo, heterogénea que entremezcla áreas radiopacas calcificadas (350-1000 unidades Hounsfield (HU), con zonas de menor densidad (10-40 HU) ⁽²⁾. Según la localización y la edad del paciente puede tener incluidos en su interior gérmenes de dientes definitivos.

El diagnóstico de presunción es clínico radiológico mediante ortopantomografía y TAC. El diagnóstico diferencial es con la displasia fibrosa y meningiomas, siendo la biopsia la que confirma el diagnóstico.

Hay tres formas de fibromas osificantes el clásico (afecta principalmente a la mandíbula), el fibroma osificante juvenil tipo psamomatoso y el fibroma osificante juvenil trabecular ⁽³⁾.



Foto 1. Tumoraación maxilar izda.

El tratamiento hay controversia y varía desde un tratamiento conservador con enucleación y legrado hasta

un tratamiento agresivo con ostectomías segmentarias mandibulares o maxilectomías.

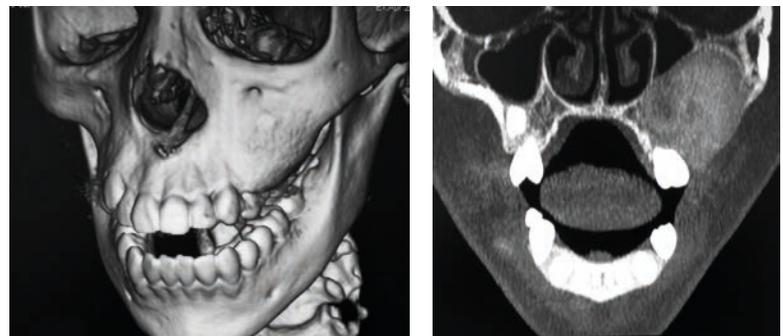
En la evolución tiene tendencia a la recidiva local 25 ⁽³⁾-50% ⁽⁴⁾.

PALABRAS CLAVE

Fibroma osificante juvenil. Tumores fibro óseos. Piezocirugía. Biomodelo estereolitografico. Impresión 3D médica. Cirugía mínimamente agresiva.

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso de una niña de 10 años de edad con aumento de volumen en hemi-cara izquierda a expensas del maxilar superior. No se asocia con traumatismos faciales.



Fotos 2 y 3. TAC inicial.

El diagnóstico clínico radiográfico (OPM y TAC) inicial displasia fibrosa vs fibroma osificante juvenil. La biopsia confirmó este último.

Se plantea un tratamiento mínimamente agresivo transoral, con la posibilidad de realizar cirugías de rescate en caso de la recidiva como alternativa a la maxilectomía que conlleva importantes secuela: pérdida de los dientes desde el lateral hasta el molar, precisa de una reconstrucción compleja ya sea con partes blandas usando un colgajo regional de músculo temporal o microquirúrgico con autotrasplante complejo osteo fascio muscular (autotrasplante de peroné, cresta ilíaca o escapula) o una prótesis, todo ello en una paciente en crecimiento.



Foto 4. Biomodelo impreso en 3D.

Usamos biomodelo impreso en 3D para la planificación de la cirugía, simular la resección adecuada y sobre ella preformar una malla reabsorbible de osteosíntesis en polímeros de ácido poliláctico con los estereoisómeros (D y L) y reconstruir el defecto con un bloque β fosfato tricálcico fijado a la malla con pines reabsorbibles.

El tratamiento transoral mediante acceso al tumor con una incisión de Neumann (frenillo hasta tuberosidad).



Foto 5. Incisión de Neumann.

Mediante el bisturí piezoeléctrico se realiza la resección del crecimiento extra sinusal y del componente intrasinusal.

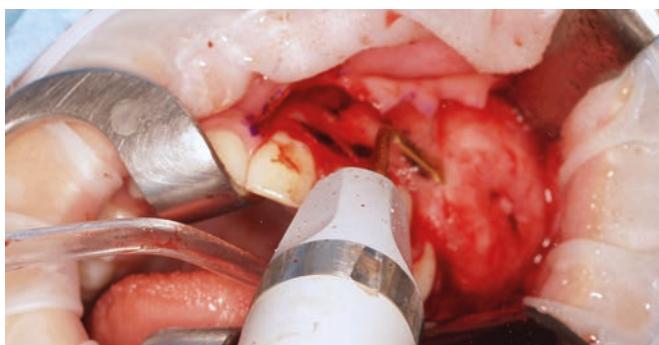


Foto 6. Antrotomía sinusal piezoeléctrico.

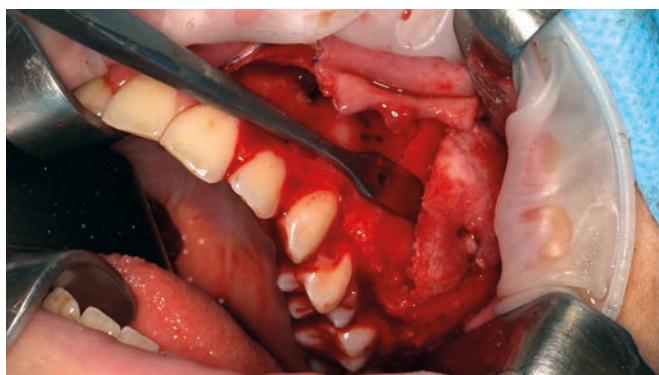


Foto 7. Antrotomía exéresis hueso.

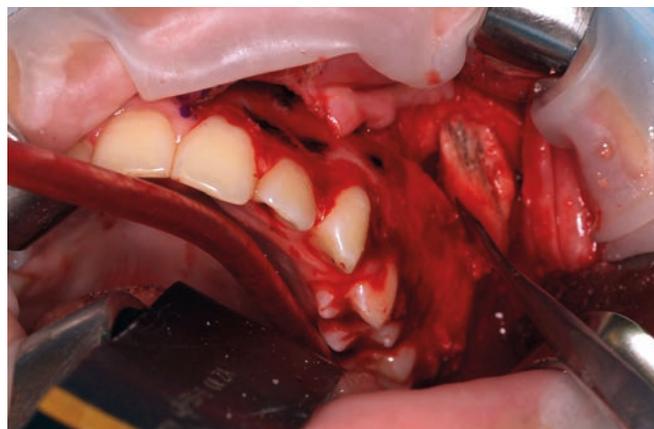


Foto 8. Ostectomía bloque intrasinusal.

Extracción dental transinusal: A través de la antrotomía sinusal creada se extrae el germen del 28.

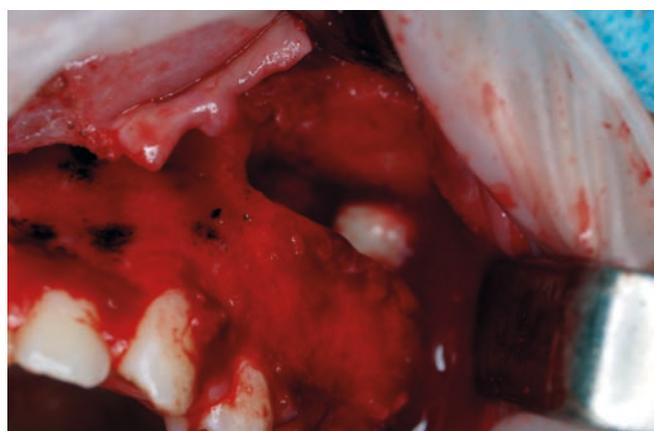


Foto 9. Extracción trans sinusal 28.

Tras un legrado profuso de la cavidad se procede a la reconstrucción con la malla reabsorbible y el bloque modelado de β fosfato tricálcico para la reconstrucción de un defecto óseo crítico.



Foto 10. Modelado malla reabsorbible.



Foto 11. Modelado malla reabsorbible.

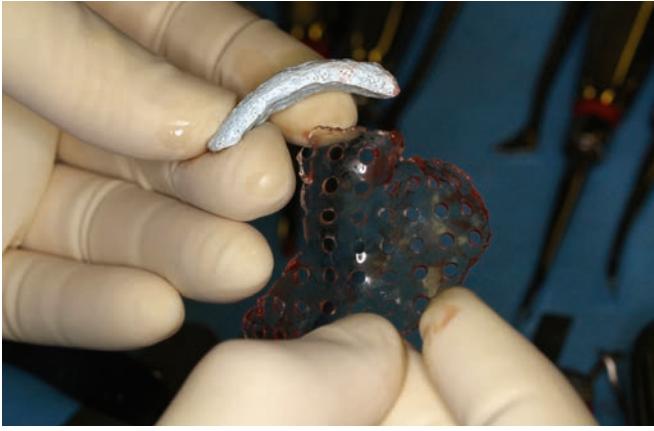


Foto 12. Modelado de β fosfato tricálcico.

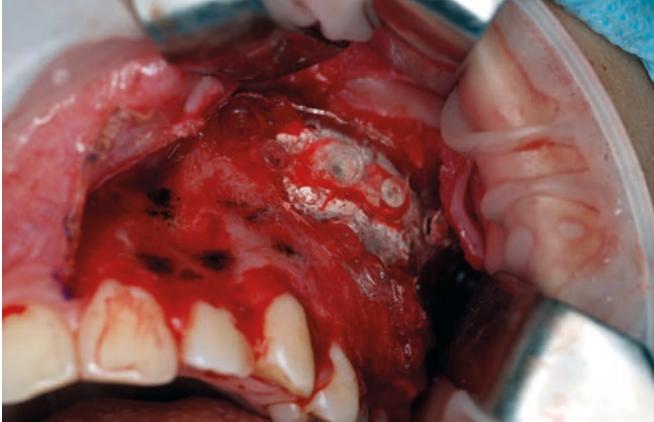


Foto 13. Reconstrucción de la antrotomía sinusal.

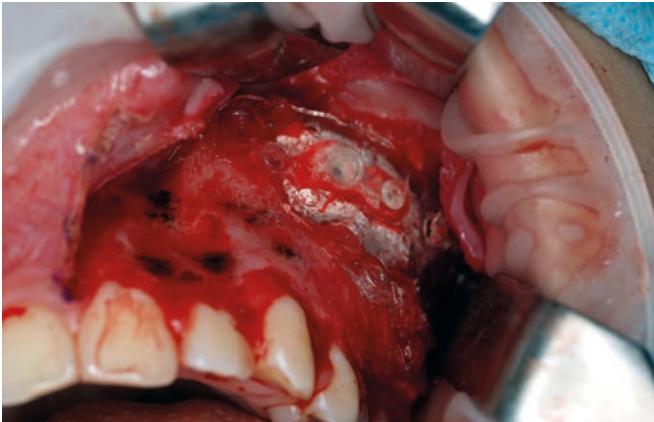


Foto 14. Sutura.

En los controles postquirúrgicos, se constata una recidiva local sinusal a los 2 años de la intervención.

En la TAC a los 2 años de la cirugía en que se aprecia una adecuada regeneración del defecto óseo crítico.

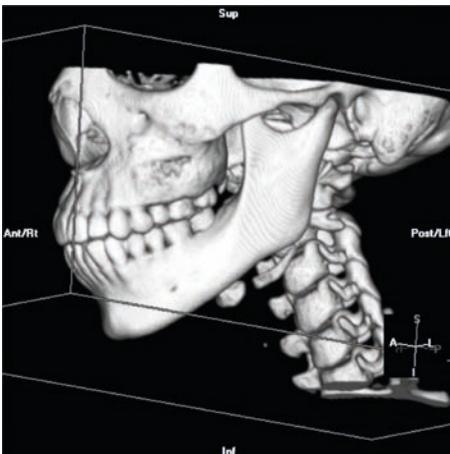


Foto 15. Regeneración del defecto óseo crítico.



Foto 16. Recurrencia intrasinusual.

Se procede a realizar el mismo procedimiento mínimamente agresivo.



Foto 17. Incisión de Neumann sobre la anterior.



Foto 18. Antrotomía con piezocirugía.



Foto 19. Hueso resecado de la antrotomía y legado intrasinal.



Foto 20. Modelado de bloque de β fosfato tricálcico para reconstrucción de la antrostomía.



Foto 21. Malla y bloque modelado.



Foto 22. Reconstrucción de la antrostomía.

En los controles clínico y radiológicos posterior a la recidiva a los dos y cinco años, se encuentra libre de lesión. Sigue en controles.



Foto 23. Ortopantomografía a los dos años de la cirugía de la recidiva.



Foto 24. Ortopantomografía a los cinco años de la cirugía de la recidiva.



Foto 25. TAC a los cinco años de la cirugía con reconstrucción de la antrostomía.



Foto 26. TAC a los cinco años de la cirugía de la recidiva. Libre de lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aksoud C, Laujac MH, Princ G. Fibrome cémento-ossifiant ou dysplasie fibreuse? A propos d'un cas. Actual Odontostomatol 2000;54:287-92.
- 2.- Nackaerts O, Maes F, Yan H, Couto Souza P, Pauwels R, Jacobs R. Analysis of intensity variability in multislice and cone beam computed tomography. Clin Oral Implants Res.2011;22(8):873-9.
- 3.- Wassef M. Lésions non odontogènes des mâchoires: lésion fibro-ossifiante. Bulletin de la division française de l'AIP 2006;44.
- 4.- Thankappan S, Nair S, Thomas V. Psammomatoid and trabecular variants of juvenile ossifying fibroma-two case reports. Indian J Radiol Imaging 2009;19:116-9

AUTORES:

IGLESIAS RODEIRO, E.

Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, N., ANDRÉS VEIGA, M. Y FERNÁNDEZ CÁLIZ, F.

Profesores del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM

Profesor titular de Cirugía. Facultad de Odontología Universidad Complutense de Madrid.

A propósito de un caso y revisión de la literatura

Lesiones en los tejidos blandos orales en la práctica del rugby

RESUMEN

Introducción

La participación en el rugby se ha visto incrementada con el paso de los años, especialmente en países donde la práctica de este deporte no era habitual, lo que ha arrojado como consecuencia un aumento en la incidencia de lesiones dada la naturaleza de alto impacto del mismo.

Caso Clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 45 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, remitido al servicio de Cirugía Bucal del Hospital Virgen de la Paloma quien presentaba una lesión de

tejidos blandos intraorales a consecuencia de un traumatismo durante un partido de rugby, para el cual se prescribió tratamiento farmacológico permitiéndose así la cicatrización espontánea de los tejidos.

Conclusiones

Se observa una alta incidencia de lesiones producidas durante la práctica del rugby debido al escaso equipamiento protector usado por los jugadores, donde la cara y sus tejidos blandos constituyen las zonas con mayor frecuencia de afectación.

PALABRAS CLAVE

Traumatismos; Rugby; Tejidos blandos orales.

A clinical case study and review of the literature

Oral soft tissue injuries in the practice of rugby

SUMMARY

Introduction

Participation in rugby has extended over the years, especially in countries where the practice of this sport was not usual, which has resulted in an increase in the incidence of injuries given the nature of high impact thereof.

Clinical Case

A case report of a 45-year-old male patient with no medical history of interest, referred to the Oral Surgery Department of the Virgen de la Paloma Hospital who presented an intraoral soft tissue injury as a result

of trauma during a game of Rugby, for which pharmacological treatment was prescribed allowing the spontaneous healing of tissues.

Conclusions

A high incidence of injuries produced during the practice of rugby is observed due to the scarce protective equipment used by the players, where the face and soft tissues constitute the zones with the greatest frequency of affectation.

KEY WORDS

Traumatisms; Rugby; Oral soft tissues.

INTRODUCCIÓN

Una variedad de estudios epidemiológicos han evaluado la incidencia de traumatismos faciales a consecuencia de accidentes deportivos con el paso de los años, discriminando los datos según género del jugador, tipo de jugador y momento en el cual se produce la lesión, considerando entrenamientos y partidos. Aún cuando éstos han demostrado una tendencia decreciente, dado el diseño y uso de nuevos y mejores accesorios protectores durante la práctica de diversos deportes, dicha tendencia decreciente desaparece en lo que respecta al análisis de lesiones producidas en deportes de alto impacto físico como lo es el rugby, en el cual el equipamiento protector usado por el jugador es escaso y cuya práctica, iniciada a finales del siglo XIX, se ha hecho cada vez más popular en países como Estados Unidos, Inglaterra, Australia, y Nueva Zelanda, entre otros.¹

Las consecuencias traumatológicas de la práctica de este deporte han sido documentadas por diversos autores, quienes hacen referencia a las lesiones craneofaciales como las lesiones que cursan con mayor incidencia, evidenciándose las fracturas de mandíbula, maxilar, hueso cigomático, órbita y nariz como las lesiones más comunes, alcanzando hasta un 29% cuando se compara con la incidencia de otro tipo de lesiones producidas durante esta práctica.^{2,3}

El objetivo de esta publicación es describir un caso clínico de traumatismo de tejidos blandos en la zona del triángulo retromolar y mucosa yugal producida durante la práctica de este deporte, estudiando el momento en el que se produce la lesión, su extensión, sintomatología y manifestaciones clínicas, así como también su tratamiento y evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 45 años de edad, remitido al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Virgen de La Paloma de Madrid, que refiere haber sufrido traumatismo facial izquierdo durante un partido de rugby.

En la anamnesis, no se encontraron antecedentes médicos de interés.

Refiere que el impacto facial se produjo durante un placaje del jugador contrario, que impactó su rodilla contra la hemifacies izquierda, no produciéndose pérdida de conocimiento, pero sí dolor y que, a pesar del mismo, continuó jugando.

En la exploración extraoral, llama la atención la asimetría facial como consecuencia de la presencia de edema intenso que ocupa la totalidad de la región geniana (**Fig. 1**).

La palpación del reborde infraorbitario así como la movilidad ocular, fueron normales. Asimismo la exploración del arco cigomático y reborde mandibular se consideraron dentro de los límites habituales.

La inspección intrabucal, permitió observar una disminución de la apertura bucal, junto a una herida incisocontusa en región del triángulo y vestibulo inferior (**Fig. 2**). Al observar la oclusión se vio que el tercer molar superior izquierdo se encontraba en anoclusión, por lo



Figura 1. Presencia de edema hemifacial izquierdo en región geniana.



Figura 2. Lesión de tejidos blandos de la zona de triángulo retromolar y mucosa yugal.



Figura 3. Radiografía panorámica en la que se observa la extrusión del 28.

que el impacto pudo conllevar el traumatismo de los tejidos blandos faciales sobre la región mucosa intraoral.

Como pruebas complementarias, se solicitó una Rx. Panorámica, en la que se descartaron signos fracturarios y se comprobó la existencia de terceros molares superiores, estando el 28 en extrusión, así como un resto radicular del 38 (**Fig. 3**).



Figura 4. Aspecto lesional a las 72 horas.



Figura 5. Reepitelización completa de la zona a los 45 días.

Se prescribió tratamiento sintomático con Ibuprofeno 600mg (v.o./8 horas), y metamizol magnésico, en función de sus necesidades. Así mismo se aconsejaron enjuagues con clorhexidina.

El paciente fue revisado a las 72 horas en las que el edema hemifacial disminuyó de forma considerable. Sin embargo la herida intraoral tuvo una evolución más lenta (Fig. 4).

Durante los controles postoperatorios a los 7, 15, 30 y 45 días, fue revisado hasta alcanzar la reepitelización completa, por lo que el paciente fue dado de alta (Fig. 5).

DISCUSIÓN

A pesar del auge que ha experimentado la práctica de rugby en los últimos años, existen pocos estudios que evalúen la incidencia y el tipo de lesiones producidas durante la práctica de este deporte. Los estudios epidemiológicos más recientes analizan los diversos tipos de lesiones producidas haciendo especial énfasis en la zona afectada dado el escaso equipo protector usado durante la ejecución.

Los autores que exponen estudios sobre este deporte se basan en el análisis de muestras constituidas por jugadores de diferentes ligas pertenecientes a países en los que la práctica de este deporte es común, como lo son EE.UU., Inglaterra, Francia, Irlanda, Australia, Holanda, Japón, Malasia, Alemania, Suráfrica y Nueva Zelanda.

Independientemente del país de origen de la muestra estudiada, observamos que la zona de mayor prevalencia de lesiones en los estudios analizados ha sido la cara y tejidos blandos (Tabla 1), con un porcentaje de frecuencia de lesión de hasta un 97.40%. Autores como Sabesan y cols. ⁴; realizaron un estudio epidemiológico el cual demostró una mayor prevalencia de lesiones producidas durante la práctica de rugby con una tasa aproximadamente dos veces más alta para lesiones en cara y tejidos blandos que en otras zonas. La manifestación de este tipo de lesiones se encuentra generalmente asociada o bien a las colisiones producidas entre jugadores durante las maniobras de placaje, o a la posición de cada jugador en el equipo, dentro

de las cuales los de primera línea han sido descritos por McIntosh y cols ⁵; como los jugadores con mayor riesgo de sufrir lesiones de cabeza y cuello cuando fueron comparados con el resto de posiciones.⁶⁻¹³

Asimismo, los dientes representan una de las zonas lesionadas con mayor frecuencia, alcanzando cifras de hasta un 54.49% de prevalencia en estudios epidemiológicos realizados por Jagger y cols ¹⁴; a pesar de haberse reportado el uso del protector bucal, lo que no necesariamente representa la prevención de las lesiones en todos los casos pero si reduce la severidad del trauma ocurrido.^{3,15-21}

Las fisuras y fracturas de los huesos cigomático, maxilar y mandíbula representan también un alto porcentaje de incidencia de lesión alcanzando hasta un 67% de casos de fractura de ángulo de mandíbula, seguido por el hueso cigomático con un 36.4% de incidencia, como consecuencia de la alta energía involucrada durante los impactos entre jugadores o entre jugadores y el entorno de juego.^{3,22,23}

Hoskins y cols ²⁴; hace referencia en su estudio epidemiológico a las lesiones producidas en las zonas de las orejas, los ojos y el cuello como las zonas con los porcentajes de incidencia de lesión más bajos. Dichas lesiones han sido reportadas también en otros estudios como las lesiones menos incapacitantes por lo que los jugadores no han interrumpido su desempeño dentro del partido a pesar de haberlas sufrido durante el mismo.²⁵

La revisión bibliográfica realizada durante la elaboración de este trabajo no arrojó como resultado ningún estudio basado en muestras en España, motivo por el cual carecemos de información de relevancia para realizar un análisis comparativo de la incidencia de este tipo de lesiones sobre esta población.

Tomando como referencia estos datos, podemos concluir que el rugby constituye el deporte de contacto con mayor prevalencia de lesiones de cabeza y cuello cuando se compara con otro tipo de deportes de alto impacto, derivándose esto no sólo de su inherente naturaleza agresiva sino también del escaso equipamiento protector usado por los jugadores durante la práctica del mismo, independientemente de la liga en la que dicho jugador se desempeñe. ●

Autores	Cabeza	T. Blandos	Orejas / Oído	Ojos	Cuello	Dientes	Nariz	Mb / MI / Mx
Garraway y cols. 1995	4,66	8,62						2,33
Muller-Bolla y cols. 2003		2,7				69,25		28,04
Brooks y cols. 2005		6,33						5
Yard y cols. 2006	10,7	21,04	1,4	0,7	1,8	2,1		
Kemp y cols. 2008	62	12	3					15
Kaplan y cols. 2008	29	19						9
Jaggery cols. 2010	20,22	42,96				54,49		5,1
McIntosh y cols. 2010	8,1	7,8			3,3			
Bleakley y cols. 2011	33,1	26,6						
Schildknecht y cols. 2012		54,2		13,3		37,3	17,3	1,26
Pecky cols. 2013	10,62	12,13		4,09				5,01
Iliay cols. 2014		44,57				32,59		12,22
Abdullah y cols. 2015						26,97		
Murphy y cols. 2015	1,2	8,6		14		12,3		20/ 36,4/ 1,8
Leventer y cols. 2016	3,1							
Nohoyamay cols. 2016						1,6		
Ruslin y cols. 2016								Ángulo: 67 Cuerpo: 33
Ma y cols. 2016	8,8							
Sabesan y cols. 2016	26,1	97,40	47,50	7,20	8,20	13,10		

Tabla 1. Porcentaje de lesiones en el territorio craneobucofacial. T.blandos: tejidos blandos. Mb: Mandíbula. MI: Malar. Mx: Maxilar.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Peck KY, Johnston DA, Owens BD, Cameron KL. The incidence of injury among male and female intercollegiate Rugby players. *Sports Health* 2013;5(4):327-33.
 2.- Murphy C, O`Connell JE, Kearns G, Stassen L. Sports-related maxillofacial injuries. *J Craniofac Surg* 2015;26(7):2120-3.
 3.- Kemp S, Hudson Z, Brooks JHM, Fuller CW. The epidemiology of head injuries in English professional rugby union. *Clin J Sport Med* 2008;18(3):227-34.
 4.- Sabesan V, Steffes Z, Lombardo DJ, Petersen-Fiotts GR, Jildeh TR. Epidemiology and location of rugby injuries treated in US emergency from 2004 to 2013. *Open Access J Sports Med* 2016 26;7:135-42.
 5.- McIntosh AS, McCrory P, Finch CF, Wolfe R. Head, face and neck injury in youth rugby: incidence and risk factors. *Br J Sports Med* 2010;44:188-93.
 6.- Sobue S, Kawasaki T, Hasegawa Y, Shiota Y, Ohta C, Yoneda T, et al. Tackler`s head position relative to the ball carrier is highly correlated with head and neck injuries in rugby. *Br J Sports Med* 2018;52(6):353-8.
 7.- Brooks JHM, Fuller CW, Kemp SPT, Reddin DB. Epidemiology of injuries in english professional rugby union: part 1 match injuries. *Br J Sports Med* 2005;39(10):757-66.
 8.- Leventer L, Eek F, Hofstetter S, Lames M. Injury patterns among elite football players: A media-based analysis over 6 seasons with emphasis on playing position. *Int J Sports Med* 2016;37(11):896-908.
 9.- Ma R, Lopez V Jr, Weinstein MG, Chen JL, Black CM, Gupta AT, et al. Injury profile of american women`s rugby-7s. *Med Sci Sports. Exerc* 2016;48(10):1957-66.
 10.- King DA, Hume PA, Gissane C, Kieser DC, Clark TN. Head impact exposure from match participation in women`s rugby league over one season of domestic competition. *J Sci Med Sport* 2018;21(2):139-46.
 11.- Bleakley C, Tully M, O`Connor S. Epidemiology of adolescent rugby injuries: a systematic review. *J Athl Train* 2011;46(5):555-65.
 12.- Tucker R, Raftery M, Kemp S, Brown J, Fuller G, Hester B, et al. Risk factors for head injury events in professional

rugby union: a video analysis of 464 head injury events to perform proposed injury prevention strategies. *Br J Sports Med* 2017;51(15):1152-7.
 13.- Garraway M, Macleod D. Epidemiology of rugby football injuries. *Lancet* 1995;345(8963):1485-7.
 14.- Jagger RG, Abbasbhai A, Patel D, Jagger DC, Griffiths A. The prevalence of dental, facial and head injuries sustained by schoolboy rugby players. A pilot study. *Prim Dent Care* 2010;17(3):143-6.
 15.- Schildknecht S, Krasti G, Köhl S, Filipi A. Dental injury and its prevention in swiss rugby. *DentTraumatol* 2012;28(6):465-9.
 16.- Iliia E, Metcalfe K, Heffernan M. Prevalence of dental trauma and use of mouthguards in rugby union players. *Aust Dent J* 2014;59(4):473-81.
 17.- Kaplan KM, Goodwile A, Strauss EJ, Rosen JE. Rugby injuries. A review of concepts and current literature. *Bull NYU Hosp Jt Dis* 2008;66(2):86-93.
 18.- Muller-Bolla M, Lupi-Pegurier L, Pedeutour P, Bolla M. Orofacial trauma and rugby in France. *Epidemiological survey. DentTraumatol* 2003;19(4):183-92.
 19.- Abdullah D, Cheen Liew AM, Wan Noorina WA, Khoo S, Lin Wee, FC. Association of dental trauma experience and first-aid knowledge among rugby players in Malaysia. *Dent Traumatol* 2015;31(5):403-8.
 20.- Nonoyama T, Shimazaki Y, Nakagaki H, Tsuge S. Descriptive study of dental injury incurred by junior high school and high school students during participation in school sports clubs. *Int Dent J* 2016;66(6):356-65.
 21.- Booth M, Orr R. Time-loss injuries in Sub-Elite and emerging rugby league players. *J Sports Sci Med* 2017;16(2):295-301.
 22.- Ruslin M, Boffano P, ten Brincke YJD, Forouzanfar T, Brand HS. Sport-related maxillofacial fractures. *J Craniofac Surg* 2016;27(1):e91-4.
 23.- Viozzi CF. Maxillofacial and Mandibular fractures in sports. *Clin Sports Med* 2017;36(2):355-68.
 24.- Hoskins W, Pollard H, Hough K, Tully C. Injury in rugby league. *J Sci Med Sport* 2006;9(1-2):46-56.
 25.- Yard EE, Comstock RD. Injuries sustained by rugby players presenting to the United States emergency departments, 1978 through 2004. *J Athl Train* 2006;41(3):325-31.

Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la maloclusión



AUTORES:

GOÑI GUTIERREZ NEREA,
LÓPEZ LÓPEZ BORJA Y
PUYOL GRACIA MARÍA.

Estudiantes de Odontología de la Universidad Europea Miguel de Cervantes.

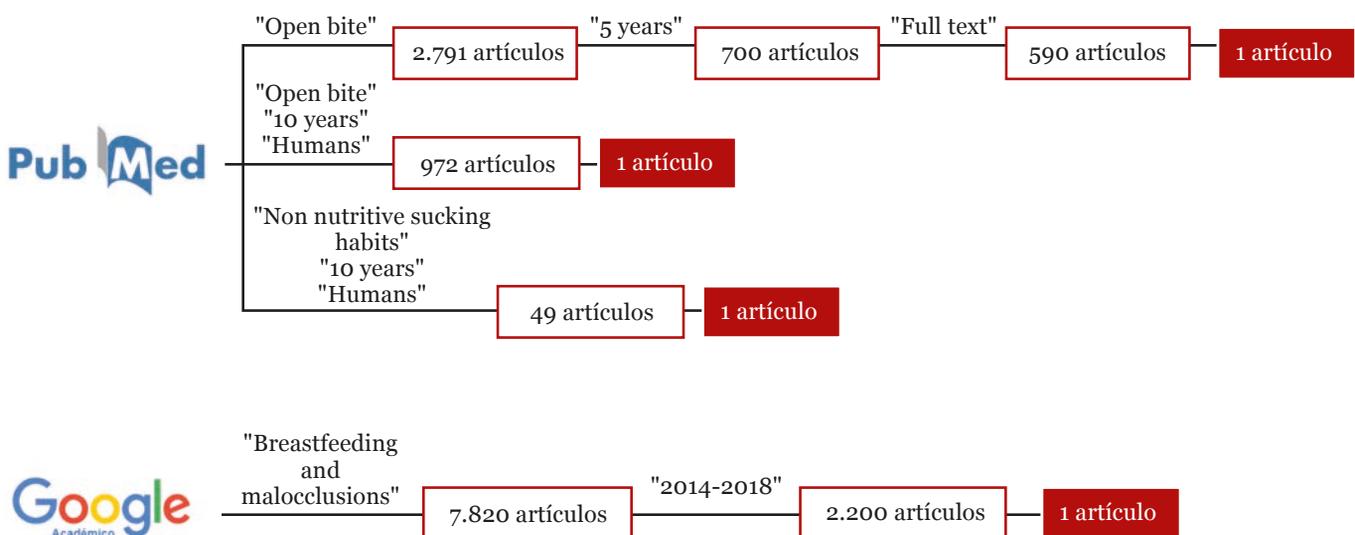
INTRODUCCIÓN

La **oclusión dental** es la relación funcional dinámica entre todos los componentes del sistema estomatognático, incluyendo las piezas dentarias, los tejidos de soporte, las articulaciones temporomandibulares y el sistema neuromuscular¹. Dentro de las alteraciones bucales de mayor prevalencia se encuentran las maloclusiones, ya que afectan a un amplio sector de la pobla-

ción por lo que son consideradas un problema de Salud Pública. Una **maloclusión dental** puede definirse como cualquier variación de la oclusión normal, y su establecimiento tiene importancia por los defectos anatómicos, fisiológicos y estéticos que causa su desarrollo en la cavidad oral².

Palabras clave utilizadas: malocclusion, open bite, non-nutritive sucking habits, breastfeeding.

MATERIAL Y MÉTODOS



RESULTADOS

FECHA	AUTORES	TÍTULO	CONCLUSIONES
2015 April 21	Chen X, Xia B, Ge L	“Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition.” ³	La duración de la lactancia materna se asoció con la prevalencia de mordida cruzada posterior, ausencia de espacio maxilar en la dentición decidua y uso de chupete. La succión de los dedos aumenta la probabilidad de desarrollar mordida abierta.
2011	Luisa Montaldo, Paolo Montaldo, Pasquale Cuccaro, Nevio Caramico, Gennaro Minervini.	“Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition.” ⁴	Es importante conocer los beneficios de la lactancia durante los primeros seis meses. Debemos diagnosticar la succión digital para reducir el desarrollo de la mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior y la relación de los molares en clase II.
May 2011	Suzely Adas, Saliba Moimaz; Najara Barbosa Rocha; Artênio José Ispere Garbin; Orlando Saliba	“Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos.” ⁵	La lactancia es beneficiosa pero no en exceso. El tipo y tiempo de lactancia se asocian con la presencia de hábitos de succión no nutritivos. El uso de chupete estuvo asociado con el tiempo de lactancia materna exclusiva y lactancia complementaria, así como el uso de biberones con la lactancia complementaria. El periodo de lactancia complementaria fue asociado con la presencia de respiración bucal y enfermedades en la infancia.
July 2015	Karen Glazer Peres, Andreia Morales Cascaes, Marco Aurelio Peres, Flavio Fernando Demarco, Iná Silva Santos, Alicia Matijasevich, Aluisio J.D. Barros	“Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion.” ⁶	Promover lactancia materna hasta los 6 meses para prevenir enfermedades es una estrategia para disminuir la prevalencia de maloclusiones.

OBJETIVOS

Objetivo n°1: saber si existe o no relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la maloclusión.

Objetivo n°2: averiguar si la duración de la lactancia está relacionado con la maloclusión.

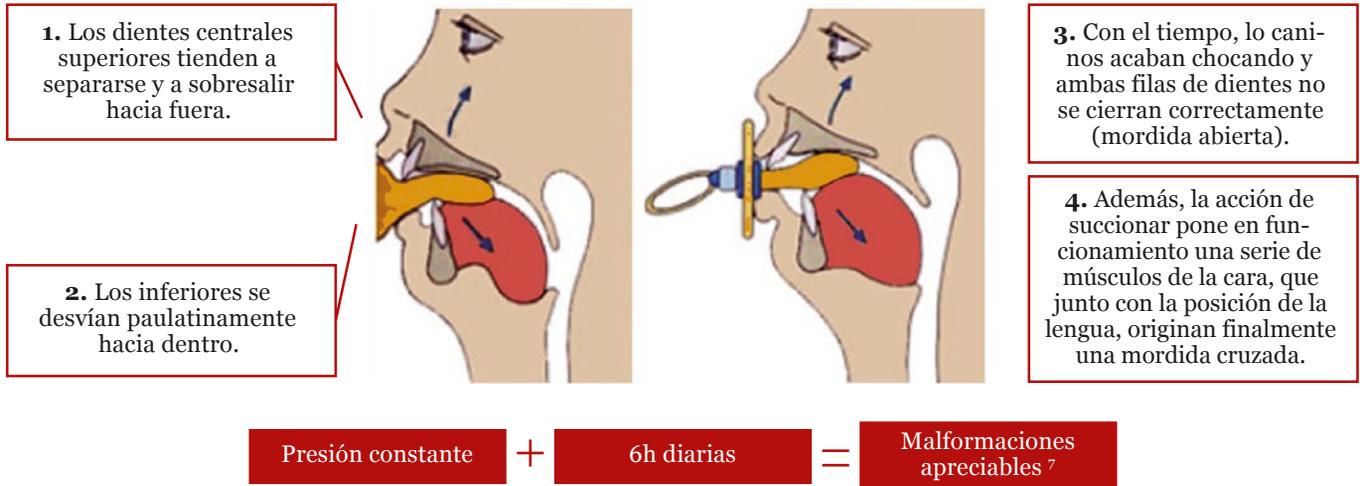
Objetivo n°3: conocer otros hábitos que influyan en la maloclusión.

ACRÓNIMO	DEFINICIÓN	DESCRIPCIÓN
P	Paciente	-Niños 3-6 años. -Cuestionario a tutores de niños 7-11 años sobre sus hábitos en la lactancia. -Niños de entre 3-24 meses. -Cuestionario a 330 madres o a los tutores de niños de 3-6 años.
I	Intervención	- Se observó la maloclusión mediante calibración y un cuestionario. - Evaluación clínica. - Evaluación y observación. - Estudio transversal.
C	Comparison	-Compara el riesgo entre niños de diferentes edades y diferente lactancia (biberón y amamantamiento). -Compara niños de diferentes edades. -Compara niños de diferentes edades. -Hábitos de los niños en diferentes etapas de la lactancia.
O	Outcome (resultado)	-Los hábitos no nutritivos durante la lactancia, el chupete y la succión digital están relacionados con la maloclusión. -La succión no nutritiva a partir de los 6 meses tiene mayor repercusión. -No alargar el amamantamiento más de 6 meses de edad para prevenir enfermedades y trastornos infantiles. -Asociación estadísticamente significativa entre el tiempo y el tipo de lactancia y la presencia de hábitos de succión no nutritivos.

DISCUSIÓN

Una vez realizado nuestro estudio y en base a los resultados obtenidos podemos establecer una relación entre la duración de la lactancia y el riesgo de desarrollar algún tipo de maloclusión. A pesar de los beneficios que aporta la lactancia en los primeros meses de vida del niño, si este hábito se alarga más de lo debido, existe la posibilidad de que se acabe desarrollando un hábito de

succión no nutritivo que sería un factor de riesgo para el desarrollo de la futura maloclusión. Dependiendo del autor, los meses varían entre 6-12 para mantener este tipo de alimentación. Asimismo, el uso de chupetes o biberones de manera complementaria también están relacionados con el desarrollo de las maloclusiones pues también pueden convertirse en hábitos de succión no nutritivos.



CONCLUSIÓN

- **Conclusión n°1:** De acuerdo a los resultados, existe una relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la maloclusión.
- **Conclusión n°2:** La duración de la lactancia y la maloclusión están relacionadas de manera indirecta ya que la excesiva duración de la lactancia aumenta el riesgo de adquirir hábitos de succión

no nutritivos, lo que sí afecta al desarrollo de las maloclusiones. Todavía no se ha establecido una fecha concreta para la duración de la lactancia óptima, oscila entre 6 y 12 meses dependiendo del autor.

- **Conclusión n°3:** Existen otros hábitos como son la succión digital y el uso del chupete que también están relacionados con la maloclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murrieta Pruneda José Francisco, Cruz Díaz Paola Alejandra, López Aguilar Jasiel, Marques Dos Santos, Zurita Murillo Violeta. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. Acta odontol. venez [Internet]. 2007 Ene [citado 2018 Mar 08]; 45(1): 74-78.
2. Disponible en: McNeill, Charles. Fundamentos Científicos y Aplicaciones Prácticas de la Oclusión. 1st. ed. University of California, San Francisco: Quintessence, 2005.
3. Chen XX, Xia B, Ge LH, Yuan JW. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2016 Dec 18; 48(6):1060-1066.
4. Montaldo Luisa, Montaldo Paolo, Cuccaro Pasquale, Cerámico Nevio, Minervini Gennaro. Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. International Journal of Paediatric Dentistry 2011; 21: 68-73
5. Moimaz Suzely Adas Saliba, Rocha Najara Barbosa, Garbin Artênio José Ispere, Saliba Orlando. The relation between maternal breast feeding and non-nutritive sucking habits. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 May [cited 2018 Mar 08]; 16(5): 2477-2484. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500017&lng=en.
6. Peres Glazer Karen, Moraes Cascaes Andreia, Peres Marco Aurelio, Fernando Demarco Flavio, Silva Santos Iná, Matijasevich Alicia, J.D. Barros Aluisio. Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion. Pediatrics Jul 2015, 136(1) e60-e67; DOI: 10.1542/peds.2014-3276
7. Soxman JA. Non-nutritive sucking with a pacifier: pros and cons. Gen Dent 2007; 55(1) Jan-Feb: 59-62
8. Pérez Atanasio José Manuel, Sandoval Rincón Maritza Belén. ¿Cómo formular una buena pregunta de investigación? Estructura y redacción de la pregunta de investigación. Abr.-Jun. 2015. Volumen 11, Número 2 Abr.-Jun. 2015.
9. Mamédio da Costa Santos Cristina, Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta Moacyr, Cuce Nobre Roberto. Estrategia Pico para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencia. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3)
10. Imagen prestada de la web: www.bebeymujer.com
11. Imagen prestada de la web: <http://www.soz-etc.com/med/merk/merkblatt-zahnfehlstellungen-ESP-malformaciones.html>

EQUIPOS FOTOGRÁFICOS
CONFIGURADOS

 **FOTOLANDIA**
dental



**3 MODOS
DE
DISPARO**

933305162 · 933302969
fotolandia@fotolandia.cat
www.fotografiadental.cat

**INTRAORAL
EXTRAORAL
CIRUGÍA**

Carlos G. García Vélez, el ilustre dentista revolucionario

Pocas personalidades tan poliédricas como la del Cirujano-Dentista D. Carlos García Vélez se han dado en el colectivo odontológico, especialmente de un alcance social tan llamativo, repartido en geografías muy diversas. Dentista con título logrado en España, miembro de la directiva de la Sociedad Odontológica Española y director de una revista dental en este país, no dudó en abandonar todo para alistarse en la revolución cubana y encomendarse después a misiones diplomáticas.



AUTOR:

**Javier Sanz
Serrulla**

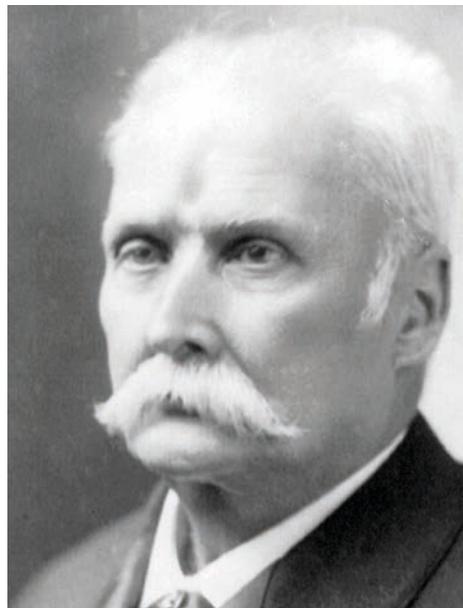
Tercero de los cinco hijos del matrimonio formado por el general Calixto García Íñiguez y doña Isabel Vélez Cabrera, Carlos Gabriel García Vélez nació el 29 de abril de 1867 en la finca “El Tejar”, en Santa Rita, localidad situada entre las de Bayamo y Jiguaní, en la isla de Cuba, que había fundado catorce años antes, el 8 de septiembre de 1853, el obispo de Santiago de Cuba, Antonio María Placed.

Apenas contaba Carlos con un año y medio de vida cuando comenzó la “Guerra Grande” de la independencia cubana, a fecha 10 de octubre de 1868, y el padre, entonces un anónimo, se implicó en la misma, seguido en su trayecto por su familia. En 1870 serían hechos prisioneros, y madre, suegra e hijos fueron trasladados a La Habana, donde, como referirá García Vélez años después, fueron recludos en la prisión de “Las Recogidas”, destinada a mujeres públicas y a delincuentes, pasando toda clase de calamidades. Sin embargo, las muchas gestiones realizadas por Lucía Íñiguez, abuela paterna de Carlos García Vélez, provocaron la libertad de la familia con la condición de que partiera para el exilio sin demora, dirigiéndose así a Key West, en el estado de Florida, donde los atendieron algunas familias de cubanos exiliados entre los que tuvieron especial trascendencia los Martínez-Ibor, líderes del emporio de torcedores de tabaco que sufragarían gran parte de la guerra del 95. Con una hija de esta familia, Amalia Elena, Carlos García Vélez contraerá matrimonio en su día, un 19 de febrero de 1900.

Finaliza la guerra, en 1878, Calixto García se reunió con su familia en los Estados Unidos y vivieron en un edificio de la Novena Avenida de Nueva York, prosperando económicamente, por lo que Carlos abandona el internado en el que ha permanecido un tiempo. Ahora asistirá a una escuela pública al tiempo que trabajará como mensajero en la “Western Union Telegraph Company” y acudirá a cuantos conciertos le sean posibles pues demuestra un especial interés por las artes, especialmente por la música, iniciándose en los estudios de piano. Esta es la vida neoyorquina del joven Carlos García Vélez, que ve pasar por su domicilio, en los años de 1878 y 1879, un desfile de patriotas cubanos que acuden a visitar a su padre, entre ellos el general Antonio Maceo, quien dejará una huella especial en su personalidad, hasta el punto de que llegará a confesar en su día que de no haber acudido a la guerra con su padre, lo habría hecho a las órdenes de Maceo.



Retrato juvenil
de Carlos G.
García Vélez.



General de
Brigada Carlos
García Vélez.

Sin haber cumplido un año la familia en su etapa neoyorquina, comienza en Cuba el 26 de agosto de 1879 la llamada “Guerra Chiquita”, la segunda de las tres guerras de independencia contra España, de la que el general Calixto García es protagonista principal como estratega, aunque ausente de la isla. La guerra terminó en septiembre de 1880 con la derrota de los rebeldes. Consecuencia de ello será la deportación a España del general García, que fue indultado de condena a muerte. No obstante se le prohibió abandonar el país y aquí acudirá la familia entera, dirigiéndose ésta en el “Villa de Marcela” hacia Gibraltar para pasar después a Algeciras, donde les espera el patriarca y desde allí viajan a Cádiz para tomar un tren hacia Madrid, reuniéndose definitivamente en el nº 90, 2º izda. de la calle de Fuencarral.

Cirujano-Dentista por la Universidad Central de Madrid

Carlos García Vélez debió cursar sus estudios secundarios en el Instituto Cardenal Cisneros, que con el nombre de “Instituto del Noviciado¹” había nacido en 1845, tras el establecimiento de los estudios de Segunda Enseñanza Elemental en el conocido como “Plan Pidal²”, durante el reinado de Isabel II. Junto con el “Instituto de San Isidro” fue el primero de su género en Madrid. Quiso su padre que Carlos estudiara la carrera de Derecho, pero éste prefirió escoger una de menor duración a fin de ayudar lo antes posible en la economía familiar y se decidió por la dentistería pues, es esos momentos, bastaba para obtener el título oficial tan sólo una serie de exámenes. En efecto, desde que en 1875 se promulgara el Real Decreto que creaba el título de “Cirujano-Dentista”, todo aquel

que en lo sucesivo quisiera ejercer la profesión dental en España debería estar en posesión del mismo. Así pues, durante un cuarto de siglo, hasta que en 1901 se creara el título de “Odontólogo”, los aspirantes tan sólo deberían presentarse a examen en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, ante un tribunal compuesto por tres profesores médicos y dos dentistas que observarían en el aspirante su suficiencia en los tres apartados reglamentarios: conocimientos teóricos, destreza en la operación –generalmente una exodoncia– en un cadáver, y construcción de un aparato protético bucal, superados los cuales recibiría el correspondiente título de “Cirujano-Dentista” que le facultaría para el ejercicio legal de la profesión de dentista.

Carlos García Luna Vélez, tal como, con ese apellido “Luna”, aparece en su expediente académico³, se presentó en la Facultad de Medicina para solicitar examen para la obtención de dicho título el 8 de noviembre de 1886. Tenía 19 años de edad y estaba domiciliado en el número 1 de la calle de Valverde. El 7 de diciembre inmediato realizó los exámenes de construcción de piezas artificiales y práctico, que superó con la misma calificación, la de “Aprobado”, que el teórico, éste efectuado diez días después. Hizo el pago del título el 20 de diciembre de 1888 y se le expidió ocho días después, aunque no lo recogió hasta el 28 de febrero de 1889.

Con la acreditación profesional reglamentaria marchó a Francia, para ejercer en el hospital de San Juan de Luz durante un tiempo y procurarse unos ahorros con los que instalarse después en Madrid. Parecen ser de aquel momento los contactos con algunas figuras de la estomatología francesa, especialmente con su líder Émile Magitot.

A la vuelta, con un importante bagaje de conocimientos no ya teóricos, sino prácticos, que desempeñaba con ventaja por su buen dominio de las todavía

1 Obedece esta denominación a que sus clases se impartían en las aulas de la Universidad Literaria de Madrid, trasladada desde Alcalá de Henares en 1836 e instalada en el edificio de Noviciado de los Jesuitas de la calle de San Bernardo.

2 Cfr. Gaceta de Madrid, 25 de septiembre de 1845, (Nº. 4029), pp. 1-5.

3 Archivo Histórico Nacional. Sección Universidades. Legajo 1434. Expte. nº 69.

incipientes técnicas anestésicas inhalatorias –con éter y cloroformo–, se instaló en Madrid, donde logró, como se le reconocerá en las revistas profesionales –véase más adelante–, una *numerosa y escogida clientela*. Curiosamente, entre sus escogidos pacientes se iba a encontrar su padre, a quien realizó Carlos una prótesis bucodental en caucho que mitigó el destrozo ocasionado tras el fallido intento de suicidio mediante un disparo en el paladar, el 5 de septiembre de 1874, para evitar caer en manos del enemigo durante la Guerra Grande de Cuba⁴. Afortunadamente los médicos españoles le salvaron la vida en el poblado de Veguitas, donde había sido conducido.

Más allá de su actividad profesional, Carlos García Vélez mantuvo vigentes sus enseñanzas y ejercicios musicales, siguió practicando el piano y alternó con el mundo cultural madrileño en foros como el Círculo de Bellas Artes y el Ateneo de Madrid. La vida social, como se comentará tras su huida en 1895, de padre e hijo –véase después– era bien conocida pues ambos *contaban con muchas relaciones y amistades*. No obstante, García Vélez, si bien se encontraba cómodamente integrado en la sociedad madrileña, era ave de paso.

Fundador y director de la “Revista Estomatológica”

Probablemente imbuido por el contacto con Émile Magitot, creador a su vez de la revista del ramo francesa “Revue de Stomatologie”, funda el mismo año en España la homónima “Revista Estomatológica”, que, con este nombre se edita por primera vez en abril de 1894, con domicilio en Madrid, en el nº 21 de la calle de Recoletos. Carlos García Vélez será su director, el puesto de redactor-jefe lo ostentará su cuñado, David L. Whitmarsh, y formarán el cuerpo de redactores J. Martínez Amechazurra y Justo García Vélez.

En ese momento sólo se editaban en España dos revistas odontológicas⁵: “La Odontología”, dirigida por D. Florestán Aguilar, y “El Progreso Dental”, a cuyo frente estaba el polemista Mariano Riva Fortuño. Ninguna de estas dos publicaciones se tiraba en Madrid pues la primera tenía su sede en Cádiz, de donde pasará a la capital del reino en 1900, coincidiendo con el traslado del director, y la segunda en Zaragoza; así pues, Carlos García Vélez viene a ocupar el puesto que en el periodismo odontológico madrileño dejara vacante la “Revista Odontológica” de Cayetano Triviño, tras su cierre en 1881.

La “Revista Estomatológica”, de una veintena de páginas, inició su publicación en abril de 1894 y tuvo una vida fugaz, de apenas un año, pues dejó de editarse cuando en 1895 el director marchó hacia Cuba. No tuvo, pues, tiempo para convertirse en referencia

de nada. Tomó como modelo nada menos que la muy prestigiosa norteamericana “The Dental Cosmos”, publicada entre 1859 y 1936, y fijó sus posturas en la reforma de la carrera de dentista en España así como en la lucha contra el intrusismo, relatando cuanto ocurría en otros países y sin escatimar esfuerzos para entrar en polémica. Contó con algunas secciones fijas como las tituladas *Formulario y Revista de revistas*, recurriendo también a la inclusión de artículos de otras publicaciones foráneas. Una serie de anuncios de productos dentales de marcas españolas y extranjeras contribuirían, a buen seguro, al sostenimiento económico de la publicación.

Secretario de actas de la Sociedad Odontológica Española (S.O.E.)

Carlos García Vélez se implicó en los asuntos organizativos de la profesión. La prensa odontológica pedía la constitución de una sociedad que agrupara a los dentistas españoles para defender corporativamente sus reivindicaciones así como difundir los conocimientos profesionales y esta especie de movimiento de papel desembocó en la convocatoria en Madrid, en el mes de octubre de 1894, de “numerosos dentistas” ejercientes en la capital⁶, siendo designado de entre ellos para ocupar la presidencia interina Ramón Portuondo y la secretaría, asimismo con carácter interino, Carlos García Vélez.

Durante la sesión, éste se promocionó como alentador del proyecto a través de su revista, debiendo corregirle Aguilar para reivindicar también la aportación de la suya, “La Odontología”, reconociendo no obstante cómo García Vélez *había trabajado asiduamente para preparar aquella reunión*. Finalmente, fue elegida la Junta de Gobierno de la nueva sociedad profesional, quedando constituida por Ramón Portuondo (presidente), Harry Highlands (Vicepresidente), Florestán Aguilar (Vicesecretario general), Carlos García Vélez (Secretario de actas) y Enrique Headdy (Tesorero). En la segunda sesión se acordó que mientras la nueva sociedad no pudiera contar con un órgano oficial de comunicación, harían las veces de éste las revistas “La Odontología” y “Revista Estomatológica”. Ambos directores estaban posicionados y presentes en la primera directiva de una sociedad odontológica de carácter nacional pues si bien el Círculo Odontológico de Cataluña era más antiguo, de origen en diciembre de 1879, se considera de ámbito regional. La participación de García Vélez en la S.O.E. sería muy breve toda vez que antes de un año había huido de su país de adopción.

Negocios odontológicos en España

Este avisado dentista logró para su país de adopción la patente de dos importantes artilugios dentales, en época en la que la odontología iniciaba un importante despegue gracias a la incorporación de adelantos técnicos que posibilitaban el abordaje del dentista a

4 Sobre este episodio, consultar Pupo Triguero, R.J., Torres Guerrero, M., Álvarez Infante, E. *Análisis histórico y médico quirúrgico de la herida bucofacial del General Calixto García Iñiguez*. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/articulo

5 Cfr. Sanz, J. *Historia del Periodismo Odontológico Español (1872-1950)*. Guadalupe, Aache Ediciones, 2012.

6 La Odontología, 1894, 10, pp. 356-361.



Si nos ponemos en manos de un dentista...
¿Por qué tu clínica no recurre a una agencia para el marketing y la comunicación?



Identidad Corporativa



Audiovisual



Prensa y Comunicación



Diseño Editorial



Diseño de Espacios



Marketing Online/Offline



Diseño Web



Organización de Eventos



Ilustración

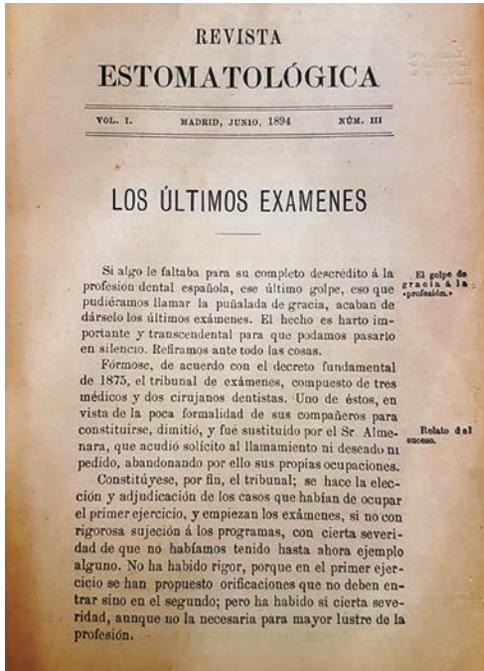


360° de servicios creativos a medida

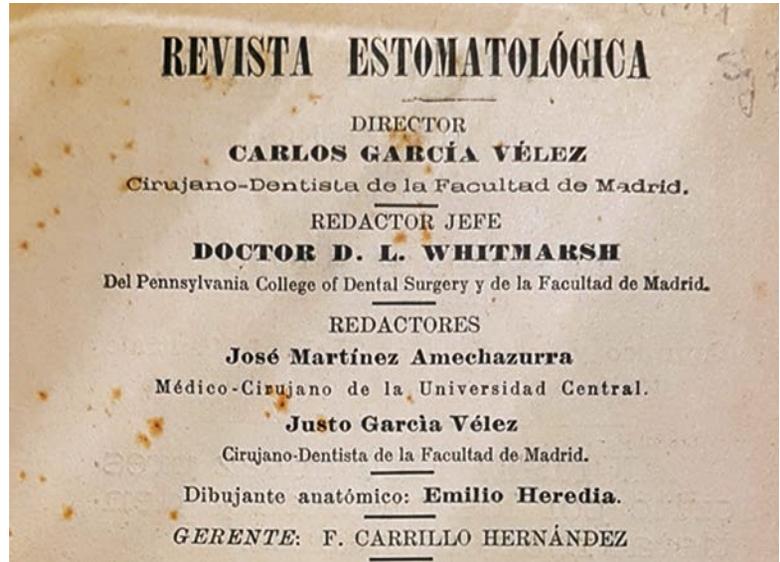
Oklok



www.oklok.es



Revista estomatológica.



Mancheta de la "Revista Estomatológica".

ciertas operaciones más minuciosas. En primer lugar, obtuvo, como consta en su revista, la patente nº 14.826, "concedida el 13 de septiembre de 1893, para España y dominios españoles" del Ángulo Universal, aplicable a cualquier torno de gabinete.

Igualmente, apenas un mes después, logró la patente nº 14.971, "concedida el 12 de octubre de 1893 para España y dominios españoles" del Sillón Dental Wilkerson reformado, invento del doctor norteamericano Basil Manly Wilkerson (1842-1910), graduado en el pionero Baltimore College of Dental Surgery, quien patentó en 1877 el primer sillón dental hidráulico, perfeccionándolo en 1886. Ambos anuncios, que constan con su nombre grabado tanto en el ángulo como en el sillón, lo eran tanto de los productos en sí mismos como de la admonición a quienes se atrevieran a comerciar con ellos, pues la titularidad de dichas patentes correspondían a su persona. En los primeros números de la revista advierte ya de la requisitoria notarial contra algún ilegal competidor.

La huída a Cuba. Su participación en la "Guerra necesaria"

El 25 de marzo de 1895, José Martí y Máximo Gómez firmaban en la localidad dominicana de San Fernando de Monte Cristi el que sería conocido después como histórico "Manifiesto de Montecristi", documento del Partido Revolucionario Cubano que expuso las ideas de Martí para emprender la tercera guerra de independencia cubana, conocida también como la "Guerra necesaria". El manifiesto llegó a manos del general Calixto García, que lo comentó con la familia. De inmediato Carlos lo difundió clandestinamente en los lugares que frecuentaba y, especialmente, entre la colonia de refugiados cubanos en Madrid.

Cuando tienen conocimiento de que Martí, Gómez, Maceo y otros líderes del independentismo cubano van camino de la isla, Calixto García se compromete a unirse con ellos en la empresa. En ella no va a faltar tampoco su hijo Carlos, si bien deben tramitar un plan pues son vigilados en la capital del reino español. A fin de que la nutrida clínica de Carlos García Vélez no dé síntomas de inactividad por ausencia del titular, lo cual levantaría fundadas sospechas, llega desde Málaga su cuñado, David L. Withmarsh, DDS por el Pennsylvania College of Dental Surgery en 1883⁷, quien se encarga de los pacientes. Y, también, su nombre será utilizado para reservar una plaza en el tren en que padre e hijo subirán para llegar a París, lo cual conseguirán sin grandes problemas.

Al final, como es de esperar, la huída del dentista será notoria y los medios profesionales enseguida darán noticia, recogiendo lo que ya era de dominio público en la prensa madrileña. La revista "La Odontología" así lo lamenta en el número de octubre de 1895: *Los periódicos madrileños han publicado la noticia de que el conocido profesor don Carlos García Vélez, director que fue de la Revista Estomatológica, hijo del famoso cabecilla insurrecto de la guerra pasada Calixto García, ha salido para París y New York con objeto de embarcarse para Cuba y allí luchar al lado de los insurrectos de la causa separatista.*

Su padre, Calixto García, figuró mucho como uno de los principales jefes de la última guerra, en la que estando herido por haber intentado suicidarse, fue hecho prisionero y sentenciado á muerte, pero perdonado luego, vino á España y acogido al indulto de 1884, estableció su residencia en Madrid, donde cursó su hijo Carlos los estudios de dentista. Padre

7 The Dental Cosmos, 1883, 4, pp. 210.

QUIERE
**FINANCIACIÓN
FÁCIL**
PARA SUS PACIENTES

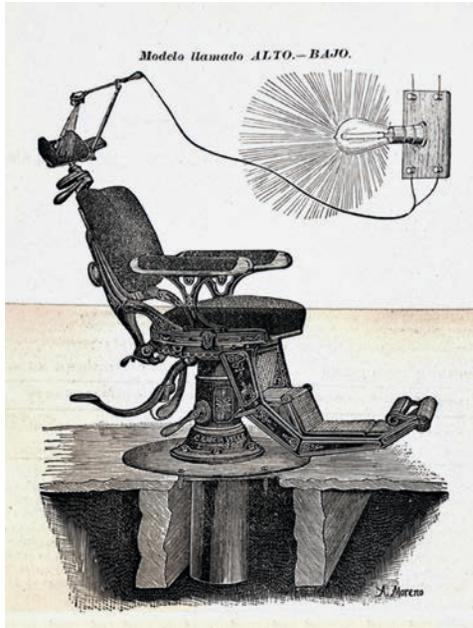
www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

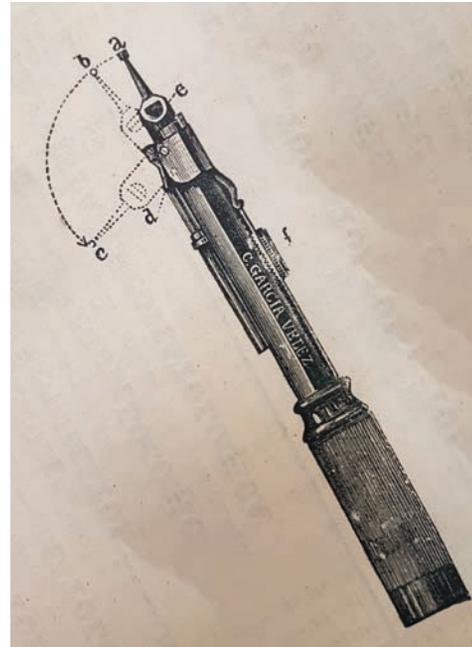
infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIKS**
FINANCIACIÓN CLÍNICA



Sillón dental Wilkerson reformado.
(En el pie se lee: C. GARCÍA VÉLEZ.)



Ángulo universal.
(En el eje se lee: C. GARCÍA VÉLEZ.)

é hijo contaban en Madrid con muchas relaciones y amistades⁸.

Reunidos en París los clubes patrióticos, formados por los cubanos emigrados en esta ciudad, envían al general Calixto García a Nueva York para que, desde allí siga rumbo hacia la isla pues su presencia en la guerra es importante, habida cuenta de la experiencia acumulada anteriormente. El 26 de enero de 1896 padre e hijo, además de otros patriotas de la isla, embarcan en el vapor Hawkins pero apenas avanzan pues el mal estado del barco lo impide. Finalmente, el 24 de marzo se hallan en la costa cubana, próximos a Baracoa.

Su participación en la “Guerra necesaria” de Cuba, la que finalmente llevó a la isla a lograr su independencia fue tajante. En España, todavía dos años después se lamentaba el mismo medio odontológico de la traición del renombrado dentista, hijo de quien había sido acogido en España e indultado. Ambos se encontraban batallando contra España como informa la misma revista, bajo el epígrafe de “Malos patriotas”: *C. Carlos García Vélez, erudito director que fue de la Revista Estomatológica y que contaba ya en Madrid con una numerosa y escogida clientela, olvidando sagrados deberes de gratitud á la madre pátria que ya en una ocasión perdonó la vida á su padre el famoso Calixto García, se encuentra con éste en la manigua peleando contra España*⁹. En efecto, en “la manigua” en la que había soñado el joven médico militar Santiago Ramón y Cajal, allí destinado, hallar poco menos que un paraíso.

Carlos García Vélez cumplió una hoja de servicios importante durante esta guerra, protagonizó no

pocas misiones y participó activamente en numerosos combates, como el protagonizado en Cauto donde fue volado el buque “Relámpago” de la Armada española, el 17 de enero de 1897. Unos meses después, el 29 de agosto, tomó con su brigada el cuartel de caballería durante la llamada “Batalla de las Tunas”. Terminó la Guerra como General de Brigada.

Embajador en México

Tras la guerra, García Vélez tuvo sus brillos sociales y políticos. Casado en 1900, ocupaba el cargo de Inspector General de Cárceles, Prisiones y Beneficencia cuando decide marchar a los Estados Unidos y allí se encuentra el año siguiente, pero las cosas no marchan como desea y decide regresar a la isla enrolándose en el Partido Unión Democrática donde aspira a la alcaldía de La Habana, que no conseguirá tras perder las elecciones ante Miguel Genea. Instaurada la República, el presidente Estrada Palma le ofrece la legación de México, de tal manera que el dentista y militar García Vélez se transforma en diplomático. A su decir, en el diario de memorias que se conserva en la casa natal de su padre, García Vélez confiesa haber ingresado en la carrera diplomática por considerar que la diplomacia era la que podía sacar la República adelante¹⁰.

Como primer Embajador oficial en México se mantuvo hasta 1906, año en que dimitió como consecuencia del nombramiento de Ernesto Fonts como Secretario de Hacienda, no olvidando Vélez la inquina de Fonts hacia su padre en 1898, que acabó con su destitución como jefe del Departamento Oriental. Ese mismo año de 1906, la llegada de las elecciones presidenciales trajo la llamada “Guerrita de Agosto”, en

8 Anónimo, *La Odontología*, 1895, 10, pp. 403.

9 Anónimo, *La Odontología*, 1897, 1, pp. 61.

10 Cfr. <https://aldeacotidianablogspot.com.es>

la que se vio implicado García Vélez, a cuyo mando estaba el levantamiento de La Habana, cuyo fin era impedir la reelección de Estrada Palma. Carlos y Justo García Vélez serían detenidos. Con la llegada a la presidencia de la República del Mayor General José Miguel Gómez, el que fuera dentista en Madrid ostentó diversos cargos, entre ellos la Secretaría de Gobernación.

Otros puestos de alto rango diplomático llegaría a desempeñar García Vélez. De nuevo la revista "La Odontología", que no olvida al que fuera ilustre dentista en Madrid, comenta en junio de 1909 su nuevo cargo: *Recientemente ha salido de la Habana para Washington, con objeto de tomar posesión del alto cargo de ministro plenipotenciario de Cuba en los Estados Unidos, este distinguido compañero que, como su hermano D. Justo, actual secretario de Estado, se halla retirado desde 1895 de la profesión dental, en el que tuvo una distinguida clientela cuando estuvo establecido en Madrid*¹¹. En efecto, los hermanos dentistas García Vélez desempeñaban importantes puestos en el nuevo estado cubano. Justo fue Secretario de Estado durante el Gobierno de José Miguel Gómez (1909-1912) y Carlos, por su parte, Embajador de Cuba en Estados Unidos, hasta 1912. Fue asimismo Embajador en Gran Bretaña, siendo destituido el 24 de marzo de 1924, de nuevo,

como le ocurriera en Estados Unidos, por criticar la corrupción de su país.

No fueron las únicas misiones diplomáticas que representó Carlos García Vélez pues, carente de fortuna, aceptó una segunda etapa en la legación mexicana en 1934. Incluso había sido nombrado Embajador en España, pero no llegaría a tomar posesión pues los celos de cercanos competidores políticos dieron con la anulación del nombramiento al día siguiente. En los años cincuenta se encontraba retirado y solitario en Cuba, desencantado con la situación de la isla. "No hay república, no hay nada", fueron palabras suyas en una entrevista realizada a los 81 años, como también: "Hemos heredado todos los defectos de España y ninguna de sus virtudes." El que luchara por la independencia de Cuba era ahora un proscrito y su escepticismo, era ahora un descreído, a pesar de que vivía en un país sin igual: "He viajado por todo el mundo y he llegado al convencimiento de que no hay otro país como el nuestro sobre la tierra... ¡Ojalá nosotros fuéramos lo mismo!"

Nonagenario y viudo, solitario pues el hijo que cuidaba de él había tenido que emigrar cuando estalló la revolución, el general Carlos Gabriel García Vélez, el diplomático, en fin, el ilustre dentista revolucionario que lograra un lugar de importancia profesional en el Madrid finisecular del XIX, falleció en La Habana, un 6 de enero de 1963. ●

11 Anónimo, *La Odontología*, 1909, 6, pp. 341.



ODONTOLOGOS
de hoy

¡Suscríbese!

a través de nuestra web
www.odontologosdehoy.com

COMPROMISO
RIGOR Y CIENCIA



Neuromarketing aplicado a las ventas (O cómo aprovechar lo que sabemos del funcionamiento del cerebro... para vender más en la campaña del Black Friday... ¿compra la idea?)

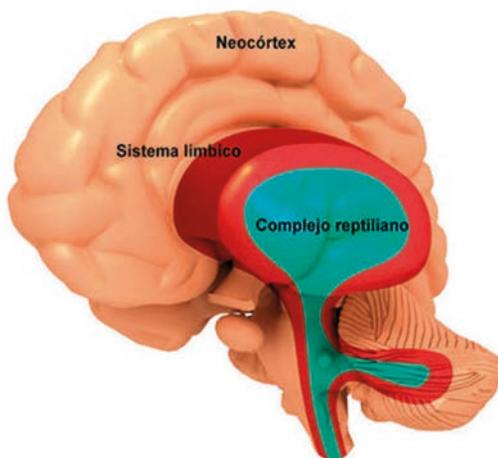
DAVID CUADRADO
PSICÓLOGO ORGANIZACIONAL Y CONSULTOR COMERCIAL
david@viventia.es · www.viventia.es

A menudo la ciencia (neurociencia en este caso) nos ofrece conocimientos descubiertos por los científicos que parecen muy alejados de las necesidades del día a día.

Pero, en muchas ocasiones, lo que falta es hacer “bajar” ese conocimiento a la realidad. No podemos pedirles a los científicos que también sean expertos en ventas, marketing o liderazgo. Esa tarea corresponde a los consultores quienes tenemos la obligación de estar actualizados en los nuevos avances de la ciencia... y saber cómo aplicarlas en situaciones prácticas en el mundo de los negocios. Y recordamos... una clínica es también, y sobre todo, un negocio.

En esta ocasión vamos a ligar dos conceptos aparentemente muy alejados entre sí: el diseño “trino” del cerebro (o la triple evolución del mismo) y la campaña de ventas del Black Friday.

¿Pueden ambos tener algo en común?
Comencemos con esa tarea.



En 1952 el neurocientífico norteamericano Paul Maclean, basándose tanto en la obra de Darwin como en los descubrimientos de James Papez, definió la hipótesis del cerebro triple (o trino) como una forma de organización de las estructuras neuronales y del Sistema Nervioso Central (SNC) en base a una evolución de los animales “inferiores” hasta los mamíferos superiores (incluido el hombre).

En esa jerarquía, los tres cerebros se organizan e integran en una única superestructura que, en los seres humanos, alcanza su mayor complejidad.

Cada uno de ellos, en un sistema a veces inarmónico (sólo hace falta comprobar qué ocurre cuando nos “secuestran” nuestras emociones) intentan coordinarse para construir la realidad percibida del mundo en que vivimos.

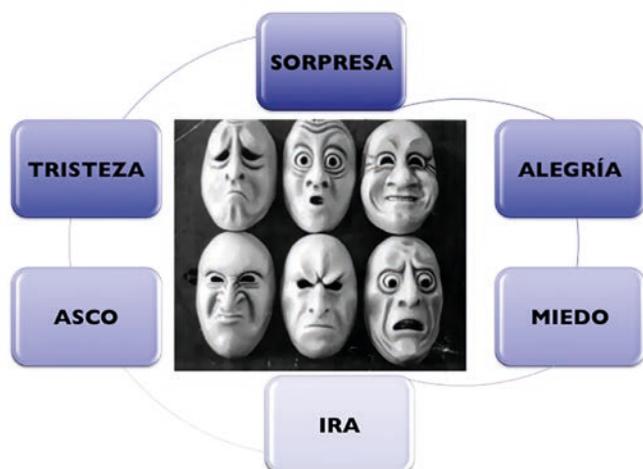
Esos 3 sistemas son:

1. **El cerebro reptil:** que comprende el tallo cerebral y que sería el primer sistema nervioso que regula nuestros comportamientos más básicos.
 - También llamado sistema olfativo (la pituitaria de la nariz es el único órgano corporal en el que las neuronas tocan directamente con la realidad externa sin intermediarios) es el cerebro primigenio que compartimos con el resto de animales. No hay, en lo fundamental, diferencias entre el cerebro reptiliano de una tortuga o el de un ser humano.
 - Básicamente domina los sistemas homeostáticos (la regulación de la temperatura corporal, por ejemplo) y aquellas funciones que son básicas para la supervivencia: la respiración (no es posible suicidarse “dejando de respirar voluntariamente” porque ese cerebro cuando falte oxígeno dará el orden de inhalar aire y pasará por encima de la orden dada de no respirar), los latidos del corazón (que se disparan a pesar de nuestra voluntad en situaciones de miedo o estrés) y la digestión (que puede llegar a ralentizarse o pararse del todo cuando necesitamos esa energía para otras funciones superiores).
 - Pero, si hay algo que caracteriza a ese sistema es su respuesta ante los estímulos considerados “peligrosos”: es la respuesta de huida-evitación (alejarnos de la fuente del peligro) o ataque-agresión (enfrentarnos a ella).
 - ¿Le ha pasado alguna vez que estando en el campo tocó algo extraño con una parte de su cuerpo y, de inmediato, saltó y se alejó antes de darse cuenta de que era algo inofensivo como

una hoja mojada o un caracol? Esa respuesta no fue voluntaria, dependió de su cerebro reptil

2. El sistema o cerebro límbico (también llamado paleomamífero) que añade la experiencia actual y emocional a la respuesta reptiliana.

- Este sistema lo encontramos básicamente en el límite (limbo) entre el neocórtex y el reptiliano. Formado por una estructura que envuelve a la amígdala, es el responsable de las respuestas emocionales y las descargas hormonales (la testosterona, la oxitocina o la dopamina están presente en las respuestas de agresividad, amor maternal o el placer respectivamente, sin que haya voluntad de por medio).
- Es un cerebro compartido por casi todos los animales mamíferos y cuanto más evolucionados están, más parecido tienen con las respuestas de los humanos.
- De hecho si usted tiene como animal de compañía a un perro o un caballo (y qué decir de un chimpancé o un delfín) más similitud de comportamientos encontrará. Su perro sabe reconocer perfectamente el día que usted se encuentra enfadado, alegre o con mucho miedo y, probablemente, responderá de la misma forma.
- De hecho el conjunto de las emociones básicas (las que comparten todos los seres humanos con independencia de su cultura, procedencia o genética) también es compartido por todos los grandes simios (chimpancés, gorilas, orangutanes y bonobos).
- A pesar de que las respuestas pueden ser múltiples (esas son las sensaciones) las emociones básicas se dividen en 6 fundamentales:
 1. Tristeza
 2. Ira
 3. Miedo
 4. Asco
 5. Alegría y
 6. Sorpresa



- Estas dos últimas serán fundamentales para entender la relación que luego mostraremos sobre su impacto en la conducta de compra del ser humano.

- En la imagen (grupo de máscaras coreanas de teatro de más de mil años de antigüedad) vemos la caracterización gestual de esas 6 emociones básicas.

3. El Neocórtex o sistema cerebral superior.

- Ése es el conjunto de neuronas con forma de “nuez” que todos reconocemos cuando pensamos en la forma de nuestro cerebro. Es la capa superior que aparece al abrir el cráneo.
- Éste es el sistema más evolucionado, el que realmente distingue al ser humano del conjunto de los animales (el que da nombre a nuestra especie: animales racionales) y el que controla, básicamente, nuestra respuesta más analítica y racional.
- El neocórtex nos permite “pensar” según la definición clásica: organizar los datos, hacer una inferencia de la realidad, tomar decisiones y... en último término, anticipar el resultado de nuestras decisiones en el futuro.
- En el libro “¿Por qué las cebras no tienen úlceras?”, Robert Sapolsky nos da un ejemplo del funcionamiento de ese cerebro. Una cebra no anticipa el miedo a ser atacada por un león. Cuando ocurre el ataque, reacciona rápidamente (su sistema límbico le anuncia un peligro, tiene miedo y el cerebro reptiliano da la orden de huir) pero no está miedosa pendiente de lo que le puede suceder.
- El ser humano, en cambio, es capaz de estresarse... mucho antes de que el peligro, real o figurado, haga una presencia efectiva (*No voy a invertir en esto que parece seguro no vaya a ser que...*)

Y todo esto, ¿qué tiene que ver con las conductas de compra del ser humano? ¿Cómo se relaciona la campaña de ventas del Black Friday (como ejemplo de aquellas campañas puntuales donde queremos invertir para obtener un gran rendimiento y fidelización de nuestros clientes) con el funcionamiento y diseño del cerebro?

Pues mucho. Conocer cómo funcionan los procesos de decisión será fundamental para que los estrategas comerciales y los vendedores aprovechen esa situación para aumentar sus posibilidades de éxito.

Vamos a dar algunos ejemplos y modelos que nos pueden ser de gran utilidad.

1. Las decisiones reptilianas

- A todo el mundo le gusta comprar... a nadie que le vendan. Creemos que el proceso de compra tiene que ser personal, por eso cuando nos encontramos ante una situación de peligro o incomodidad (asesores que nos “asaltan” en el pasillo yendo hacia la recepción, agresividad en las formas...) reaccionamos de las dos posibles formas de evitar el peligro:
 1. Huimos de la situación: y eso implica decir “no” antes de ni siquiera pensar si lo que nos ofrecen es útil o necesario.
 2. O actuamos con agresividad, relacionando la aparente agresividad del acto de venta con

la persona que lo hace (*¡Qué persona tan molesta!*).

- Es necesario plantear el acto de ofrecer el servicio como algo agradable, no como una interacción potencialmente peligrosa de alguien que tiene como objetivo que gastemos nuestro dinero por la necesidad imperiosa del cumplir unos objetivos de venta.
- En otras palabras... promueva la sensación placentera del acto de compra en vez de presionar agresivamente con una presencia que podríamos calificar de agresiva por parte de un extraño (*se imagina como se sentiría si...*).
- Pero sin olvidar que la venta impulsiva (si decide comprar una oferta de servicio por (por ejemplo) un blanqueamiento dental... ¿por qué no añadir una limpieza aprovechando que ya lo tenemos con nosotros?) es un factor fundamental en el proceso de compra. Entender eso es crucial para aumentar el ticket de compra en el último momento.
- ¿Se ha parado a pensar la cantidad de veces que compró un paquete de chicles sólo porque estaban al lado de la caja donde pagar sus compras? ¿Pues por qué no colocar esas ofertas de última opción al lado del TPV en la recepción y comentarle cuando estamos preguntando cómo se ha sentido en el tratamiento?
- Finalmente recuerde que si el olfato es el sentido principal en ese proceso de decisión... ¿por qué no utilizarlo en nuestro beneficio? Existen olores que hacen que el coche de segunda mano que está pensando comprar huela a nuevo. Eso mismo se puede aplicar a los olores de las clínicas haciendo que no huelan a clínicas sino a pastel de canela (por poner un ejemplo fácil de conseguir).

2. La compra emocional

- Ya hemos visto que existen 6 emociones básicas, pero 2 de ellas son fundamentales para entender la motivación extra que podemos aprovechar para el mutuo beneficio (el nuestro y el de nuestros clientes): la alegría y la sorpresa.
- Estas emociones son altamente contagiosas. Basta con ver a alguien reírse para que nos veamos contagiados por esa misma emoción. Las neuronas espejo (descubiertas por Giacomo Rizzolatti en la Universidad de Parma) son las responsables de las respuestas de empatía ante las emociones. Nos alegramos cuando alguien está contento. Nos sorprendemos cuando alguien “se sorprende” con nosotros y experimentamos las mismas emociones cuando las contemplamos en otra persona cercana.
- Vemos a alguien manifestar su alegría al ver que ha se ha hecho un tratamiento de estética dental y, de inmediato, queremos probar el mismo objeto. ¡Existen tantas ocasiones en las que podemos contagiar la misma emoción en otros potenciales compradores!
- Piense por un momento: ¿qué hago para facilitar el proceso de contagio emocional? Podemos

poner personas que han recibido los mismos tratamientos y que expliquen lo bien que les han ido a ello/as. O colocamos una muestra que se pueda tocar y experimentar para ver lo que vamos a conseguir. O (ya existen) fotografías de cómo sería el antes y el después. Vivir una experiencia es la mejor forma de anticipar el placer del disfrute del producto o servicio.

- Pero recuerde... todo esto sin fomentar una sensación de agresividad que alejará al cliente y provocará una respuesta de huida de su potencial comprador.
- En definitiva: promueva momentos de sorpresa, alegría y contagio emocional en el conjunto de sus clientes en la tienda.

3. Finalmente... tomamos una decisión racional

Como ya hemos ido comentando es el cerebro racional (el que nos distingue básicamente del resto de animales) el que analiza y toma decisiones basadas en la lógica. Es el cerebro que compara la información que recibe con las expectativas previas. Pero con sus propias limitaciones:

1. Tiene *working memory*: una memoria de trabajo, de recuerdo de muy corto plazo, que es la responsable de lo que el comprador recordará sobre las bondades y beneficios del producto. Y esa memoria es limitadísima. Los expertos la cifran en 7 ítems de información ± 3 . Si quiere asegurarse... sólo dé 3 argumentos principales. No estamos diseñados para recordar más en una situación tan estresante como las compras en campaña de promoción en un entorno saturado de estímulos. 3 datos, 3 argumentos... 3 beneficios que se pueden repetir para asegurar la comprensión.
2. Y ¿qué 3 argumentos presentamos? Pues los que hagan referencia a los beneficios, no a las características. Este hecho, por más que sea conocido, no debe dejar de repetirse. Las personas no compran características (lo que define un producto; p.e. *Esta limpieza se hace con un spray de bicarbonato*) sino los beneficios que conlleva (p.e. *Eso significa que además de limpiar vamos a conseguir eliminar esas pequeñas manchas que tanto le afean la dentadura*).
3. Transforme por tanto las características en beneficios y para ello le recomendamos un sistema bien conocido: SABONE:
 - SEGURIDAD: obtendrá lo que espera siempre, sin fallos y sin peligro de alteraciones o de su propia seguridad personal.
 - AFECTO: es diferente, para personas como usted, no apto para todos los públicos... lo lleva Fulanito que como usted conoce es famoso por....
 - BIENESTAR: le proporcionará un gran placer, no tendrá que preocuparse por nada más, se instala solo sin dificultad ninguna...
 - ORGULLO: es único, exclusivo, diseñado a medida para personas que buscan algo diferente y personal.

- **NOVEDAD:** será el primero en tenerlo, es la nueva tendencia que marcará la moda en un futuro, no querrá comprar algo que dentro de poco ya no estará actualizado, ¿verdad?
 - **ECONOMÍA:** tiene la mejor relación calidad-precio del mercado, ahorrará tiempo y dinero, en X meses ya habrá amortizado la inversión porque te ahorrarás de...
4. Practique el *storytelling*: cuente una historia. Al neocórtex le encanta que le expliquen situaciones de éxito similar (quien lo utilizó, cómo se construyó, qué se tuvo en cuenta para su diseño exclusivo) porque recuerda mucho más una historia general bien construida que datos aislados.
- ¿No es verdad que ahora se nos ocurren docenas de ideas para practicar en la nueva campaña de ventas?
- Pues recuerde una cosa más. Lo importante no es que se le ocurran. Es que el equipo que te apoya en la clínica las recuerde y utilice. Para ello el factor aprendizaje y motivacional es fundamental. Hay que tener modelos que todo el mundo conozca, utilice de forma habitual y se conviertan en patrones de éxito.

Para ello es imprescindible que generes un argumentario fácil de aprender y usar, tener buenos indicadores de negocio y facilitar el compromiso de todo el equipo.

¿Útil? Sí. ¿Fácil? No. De su empuje, motivación e ilusión depende que pueda conseguir que el acto fundamental de comprar se convierta en una experiencia satisfactoria para su cliente, sus vendedores... y el propio negocio. Suerte en el proceso.

Para saber más:

- Braidot, Néstor. *Neuromarketing*.
- Morin, Christophe & Renvoisé, Patrick. *Neuromarketing: El nervio de la Venta*.
- Sapolsky, Robert. *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?* ●



HIGIENISTAS de hoy

¡Suscríbese!

a través de nuestra web
www.higienistasdehoy.com



3 campañas de *marketing online* para incrementar los pacientes de tu clínica en 2018

JOSÉ MARÍA GIL
FUNDADOR DE CLINICS MARKETING

Hoy en día ya son pocos los que dudan que internet es una de las mejores vías para conseguir nuevos pacientes para una clínica dental. Sin embargo, las herramientas y canales más importantes siguen cambiando y evolucionando y por eso es importante estar muy al día de todo lo que ocurre y ver cómo se pueden incorporar todas las novedades en la estrategia de *marketing online* de la clínica.

A continuación os contamos tres tipos de campañas que están funcionando muy bien en 2018:

1. Campañas de vídeo en Facebook e Instagram para tu clínica dental

El vídeo sigue siendo una de las mejores maneras de dar a conocer la clínica y de generar confianza en los potenciales pacientes. Vídeos en los que los doctores explican las ventajas de algún tratamiento o que muestran cómo se incorporan las últimas tecnologías en los tratamientos para mejorar los resultados y confort de los pacientes ayudan mucho a generar confianza.

Para que estos vídeos lleguen a los potenciales pacientes de la clínica, las mejores plataformas son Facebook e Instagram, ya que nos permite mostrarlo a las personas que están en un radio de dos o tres kilómetros de la clínica, lo que nos asegura que son personas que pueden visitar la clínica si ven algo que les interesa.



2. Campañas *remarketing* con testimonios de pacientes en Facebook e Instagram

En este caso el vídeo sigue siendo el protagonista. Esta vez el tipo de contenido que vamos a utilizar son los testimo-

nios de pacientes que han quedado especialmente satisfechos con el trato que ha recibido en la clínica y con los resultados de su tratamiento.

En este caso, las personas que queremos que vean este vídeo son aquellas que ya han interactuado con alguno de los contenidos que la clínica tiene en internet, ya sea alguna publicación en Facebook o Instagram, algún artículo del blog, alguna página de la web, etc.

Lo que queremos es seguir incrementando el nivel de confianza en la clínica y diferenciarnos de las otras clínicas que este potencial paciente puede estar considerando para su tratamiento. Este tipo de vídeo lo vamos a mostrar en Facebook, Instagram y YouTube.

3. Campañas de email y WhatsApp *marketing* a pacientes para conseguir reseñas en Facebook y Google

Cuando un potencial paciente está considerando tu clínica para realizarse un tratamiento ya que ha encontrado varios de los contenidos que estamos utilizando en las campañas propuestas en los puntos 1 y 2, el siguiente paso que va a realizar es buscar más información sobre tu clínica en internet.

Además de la web y los contenidos que encuentre en ella, uno de los factores que van a pesar bastante en su decisión de acudir a la clínica son las reseñas de pacientes que encuentre tanto en la página de Google My Business como en la página de Facebook. Por eso es muy importante gestionar esta parte de la reputación online de la clínica.

El objetivo es conseguir el mayor número de reseñas positivas en ambas plataformas. Para ello, lo mejor es realizar campañas mensuales de email o WhatsApp *marketing* a pacientes que han terminado sus tratamientos y solicitarles una reseña. Lo ideal es incluir enlaces directos a la página de reseñas de Google My Business o Facebook de manera que se lo pongamos lo más fácil posible a nuestro paciente.

Esto son solo tres tipos de campañas de las múltiples que podemos realizar para un clínica con el objetivo conseguir captar más pacientes utilizando internet. Lo importante es tener una estrategia y objetivos claros y ejecutarla de forma correcta. ●

EN CUALQUIER PARTE...
EN CUALQUIER MOMENTO...



PUEDES PEDIR



Y TENER



COMO TÚ
QUIERAS



¡TODO LO
QUE QUIERAS!



Y CUANDO
TÚ QUIERAS



¿QUÉ
MÁS
NECESITAS?



sonría X favor
Equipamiento Clínico · Suministros Dentales

+34 946 076 521

Estartetxe, 5 3º dpto. 14 · 48940 Leioa (Bizkaia)
www.sonriaxfavor.es · info@sonriaxfavor.es



El nuevo Reglamento de Protección de Datos. Comprender lo básico en 4 claves

FCO. JAVIER RELINQUE
SOCIO DE IVB ABOGADOS Y ECONOMISTAS

Es posible que, debido a la entrada en vigor de la nueva normativa en materia de Protección de Datos, haya Ud recibido durante las últimas semanas multitud de información y correos relativos a la protección de datos de carácter personal; lo que sin duda puede generarle incertidumbre y hasta desasosiego.

Pues bien, me he propuesto en este artículo aportar claridad en dicha materia y trasladarle las claves fundamentales que debe Ud., como empresario, saber sobre esta materia ciertamente farragosa.

En primer lugar el pasado 25 de mayo de 2018 entró en vigor la plena aplicación del nuevo Reglamento Europeo del Parlamento y del Consejo en materia de protección de datos de carácter personal (R.P.D.). Por ello, si Ud. capta, almacena, gestiona o realiza cualquier otra operación de tratamiento de datos de carácter personal de personas físicas, deberá ajustarse al citado Reglamento P.D.

Clave 1: ¿Qué es un “dato personal”?

Es toda información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo, *concerniente a persona física identificada o identificable*, entendiéndose por “identificable” toda persona cuya identidad pueda determinarse directa o indirectamente mediante un identificador, que puede ser un número o un dato (un número de socio, de abonado, etc.).

Como ejemplos de datos de carácter personal, le indicamos los siguientes: *DNI, nombre y apellidos, número de socio, de suscriptor, domicilio, imagen, cuenta corriente, geolocalización, etnia*, incluso el *correo electrónico*, siempre que éste permita identificar al titular del mismo. Así, si el correo fuera *info@clinicapzys.es*, el dato no tiene protección en esta normativa. Pero si el correo fuera *manuela.perez.delfis@clinicapzys.es* entonces sí nos hallamos ante un dato personal protegido.

Clave 2: ¿Qué datos se protegen?

Este régimen de protección de datos sólo resulta de aplicación a los ficheros de las personas físicas. Éstos son los sujetos protegidos, y no de las personas jurídicas ni tampoco de los empresarios individuales cuando hagan referencia a ellos en su calidad de comerciantes. Igualmente, no es de aplicación a los ficheros de datos que tengan las personas físicas en el ámbito de actividades personales o domésticas, como pueden ser son las redes sociales, blogs, etc.

Resaltamos que ciertos datos revisten una mayor y muy especial protección, como por ejemplo los relativos al origen étnico, la salud, la sexualidad, los datos genéticos, la afiliación sindical, las convicciones religiosas o filosóficas, etc.¹

¿Los datos del personal laboral se incluyen en la protección de la norma? Sí. Y se somete al Reglamento.

Sin embargo, no son los datos personales en general lo que se quiere proteger en el nuevo Reglamento, sino sólo los que son sometidos a tratamiento cuando éstos pertenezcan a personas físicas. De ahí la tercera clave que expresamos a continuación.

Clave 3: ¿Qué es el “tratamiento” de datos?

Es cualquier operación o conjunto de operaciones realizadas sobre datos personales o conjunto de ellos, como por ejemplo, la recogida, captación, registro, organización, conservación, consulta, difusión, o cualquier otra forma de acceso, cotejo, estructuración, etc.

¿Tener un programa o una hoja de cálculo con los datos de los clientes es “tratamiento de datos”? Sí. *¿Y tener en un cajón o armario esos datos?* También es un tratamiento de datos.

Si tengo un negocio o comercio que no maneja ni realiza tratamiento de dato alguno, ¿qué he de hacer? Si no realiza tratamiento de datos, ni siquiera del personal

¹ Ver artículo 9 del Reglamento.

contratado, sólo estará sujeto a la norma cuando capte, registre y trate datos personales.

Si realizo tratamiento de datos personales de los que ya tengo su consentimiento, ¿tengo que recabar un nuevo consentimiento?

Sí. Es muy recomendable, pues el consentimiento no es válido si no está adaptado al nuevo RPD.

Clave 4: Principales novedades que introduce el nuevo RPD

1. El consentimiento del titular de los datos.- Lo importante en el nuevo RGP a este respecto es si el tratamiento de los datos es lícito o no (principio de “Licitud”²). Y será “lícito” cuando el tratamiento está basado en el consentimiento expreso del titular (con el contenido e información que obliga el RGP) o bien en otra base legítima que, por Ley, no precise el consentimiento del titular.

Resultan novedosas en el RGP dos cuestiones: (i) se elimina el consentimiento tácito; (ii) el consentimiento debe abarcar expresamente todas las finalidades para las que se pide, es decir, el consentimiento para un tratamiento de datos determinado no ampara el uso posterior para finalidades comerciales. Esta finalidad debe ser igualmente consentida.

Resaltar en este apartado que no es necesario recabar el consentimiento cuando el tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado en parte o para la aplicación, a petición de éste, para relaciones precontractuales.

2. La obligación de comunicar a la Agencia de Protección de Datos los ficheros. Hasta ahora, existía la obligación de comunicar a la APD los ficheros que eran objeto de tratamiento. Pero desde el 25 de mayo de 2018 ya no es obligatorio, sino que tal Registro se realizará internamente por cada responsable del tratamiento.
3. La figura del Delegado de Protección de Datos (DPD / DPO). En el Sector Privado, el DPO es sólo obligatorio para empresas que realicen tratamientos “a gran escala” o de ciertos datos de contenido de especial protección.

El D.P.O. es quien, entre otras funciones debe supervisar el cumplimiento de la normativa en materia de Protección de Datos Personales y, en su caso, gestionar las consultas de las personas que se pongan en contacto con él en relación a sus datos. No tiene por qué ser abogado pero sí, indudablemente, debe tener conocimientos especializados en esta materia, ya que tendrá una especial posición de responsabilidad personal. Podrá ser externo o interno.

4. Ampliación de derechos de los titulares. Se los derechos de los afectados, lo que obligará ponernos al día en la información de los mismos. A los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), se le unen, entre otros, los siguientes:

a. Derecho de limitación de tratamiento, se caracteriza por la posibilidad de suspender el tratamiento de los datos en determinados supuestos que establece el Reglamento.

b. Derecho de supresión (“Derecho al olvido”), se caracteriza por la posibilidad de solicitar la supresión de los datos personales del interesado sin dilación siempre y cuando se reúnan los requisitos establecidos reglamentariamente.

c. Derecho a la portabilidad de datos, se caracteriza por la posibilidad de solicitar al responsable del tratamiento que se le faciliten los datos personales en un formato estructurado y claro a otro responsable.

5. Violaciones de la seguridad de los datos personales. Obligación de comunicar las violaciones sufridas en el sistema de seguridad en un plazo de 72 horas a la Agencia Española de Protección de Datos, y en casos graves, a los propios afectados.
6. Si Ud encarga un determinado tratamiento a un tercero colaborador, deben ambos firmar un contrato especial con el nuevo contenido que obliga el Reglamento.
7. Responsabilidad proactiva en el tratamiento de datos personales, implica que el responsable del tratamiento tiene que aplicar medidas técnicas y organizativas adecuadas para cumplir y acreditar el cumplimiento de la normativa aplicable sobre protección de datos de carácter personal.
8. Privacidad por Diseño. Es decir, el marcaje de opciones por el interesado debe ser restrictiva, sin que haya opciones por defecto o previamente marcadas que no sean necesarias para la finalidad específica que se solicita (como pueden ser los fines comerciales o la cesión de los datos a terceros).
9. *Se establecen multas de hasta 20.000.000 € o 4% del volumen de negocio global del último año en caso de incumplimiento.*

El Reglamento es tedioso y de compleja comprensión. Así que espero haber despejado las dudas más acuciantes que a todos nos suscita esta norma, que desde luego –ya que nos amenazan con tan graves sanciones– ya podría haber sido redactada de forma más sencilla y directa. ●

2 Ver artículo 6 del Reglamento.



¿Necesita mi clínica dental página web?

AURORA LLAVERO
RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN & CREATIVIDAD
DE PLAN SYNERGIA

Si quieres ser competitivo, sí, necesitas una página web. Ahora que ya sabes que es necesaria viene la siguiente cuestión ¿qué debe aparecer en esta web? El objetivo y contenido de nuestra clínica en la red, es algo que debemos planificar al 100%.

Pero antes de empezar a definir ese contenido, os voy a dar algunos motivos que refuerzan el hecho de querer ser competitivos.

1. Visibilidad, o lo que es lo mismo, ampliar nuestro mercado. Con una web ofrecemos la posibilidad de llegar a más clientes, a los que ya tenemos y a futuros pacientes.
2. Atención al cliente, abrimos un nuevo canal para nuestros pacientes, a través del cual podemos concertar citas, resolver dudas o gestionar algún proveedor. Además proporcionamos información sobre qué hacemos y cómo lo hacemos.
3. Nuestra imagen como profesionales se ve reforzada. Estamos proyectando actualidad y una preocupación por ser contemporáneos y estar accesibles a los usuarios. Es un medio para difundir nuestro nivel como profesionales de la odontología.
4. Herramienta para vender. Mostrando nuestras cualidades como profesionales, tenemos más posibilidades para captar nuevos pacientes. Recordar que la búsqueda previa de un “proveedor” antes de contratar un servicio es una tendencia que siempre está al alza.
5. Tú decides. Es un escaparate para proyectar el tipo de odontología que haces y qué tratamientos ofreces a tus usuarios. Es un modo de crear tu valor diferencial para posicionarte entre las clínicas dentales de tu área de influencia.

Una vez tenemos claro esto ¿qué hacemos?

Nos ponemos manos a la obra con nuestro diseñador/a web para proyectar todo esto que men-

cionamos antes. Y ahí van algunos tips para no perder el norte.

1. La web es para los pacientes no para colegas del sector. Por tanto no mostraremos imágenes de cirugías o particularidades que solo otro profesional puede entender. Compartiremos los estados previos al tratamiento y el final. Nuestros pacientes compran sonrisas sanas y bonitas.
2. Lenguaje adaptado. Siguiendo el consejo anterior, emplearemos un lenguaje adaptado a los usuarios, sin demasiados tecnicismos.
3. Sencillez. Menos es más, y teniendo en cuenta que los tiempos de navegación web son cada vez más cortos, debemos trabajar la usabilidad de la página. Facilitar el acceso a las secciones de interés para los usuarios.
4. Que sea responsiva, y se visualice correctamente en cualquier dispositivo, ya sea un ordenador de sobremesa, una tablet o un teléfono móvil.
5. SEO adecuado. Trabajaremos con distintas herramientas que nos ayuden a tener un posicionamiento SEO adecuado, o al menos que nuestro contenido esté redactado enfocado a optimizar el SEO.
6. Analytics. Tener información sobre el tráfico que genera en nuestra web no está de más. Por tanto conseguiremos nuestro código Analytics y lo insertaremos en la web para ver qué sucede en ella y corregir errores.
7. Contenido de interés. Las secciones o páginas de información esenciales en la web de una clínica dental, son:
 - Filosofía de nuestro negocio, un pequeño manifiesto sobre nuestra forma de hacer odontología y qué nos hace especiales.
 - Equipo. Conocer a los profesionales que van a cuidar de mi salud me hace sentir más tranquila o en confianza a la hora de acudir a una primera visita.



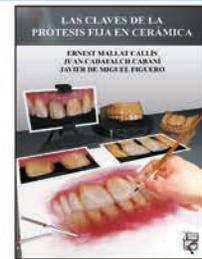
Créditos: rawpixel.

- Instalaciones. Mostrar cómo es nuestra clínica y la tecnología de la dispone. Es otro modo de vender la odontología que hacemos.
- Qué tratamientos aplico en mi clínica. Es como el menú de un restaurante, poner a disposición de los usuarios el catálogo de tratamientos. Sobre todo es relevante si mis pacientes tienen un nivel de conocimiento sobre alguna especialidad, como puede ser la estética dental.
- Casos. Mostrar casos de éxito donde se expone una imagen del paciente sonriendo antes y después del tratamiento aplicado en nuestra clínica. Como hemos comentado antes, es una forma de dar difusión de nuestra excelencia profesional, a través de imágenes que los pacientes pueden entender y además son impactantes.
- Formulario de contacto. Un espacio dedicado a contactar con nosotros y enlazado con una de las cuentas de correo de la clínica. Teléfono de contacto, dirección y e-mail. Objetivo, solicitar una cita.
- Mapa. Para que nos ubiquen y encuentren fácilmente.
- Enlace a nuestras RRSS. Incluir los iconos a los medios sociales de los que disponemos.
- FAQs. Este apartado es más libre, pero no está demás incluir algunas preguntas frecuentes que los usuarios pueden consultar y tener una respuesta directa en nuestra web que les aporte la información necesaria para venir a visitarnos.
- Ventajas. Si ofrecemos facilidades a los pacientes, para acceder a un tratamiento a través de planes de financiación, y acuerdos con mutuas ¿porqué no comunicarlo?

Con estos ingredientes y un poco de creatividad, logramos traspasar el plano físico, para además tener nuestra clínica dental en el entorno digital. ●



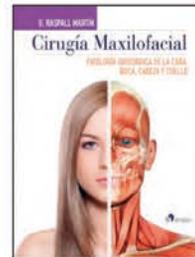
CARILLAS:
Reconstrucciones
minimamente invasivas
A. Sommella



**Las Claves de la
Prótesis Fija Cerámica**
E. Mallat



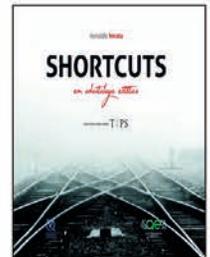
**Perio-
Implantología Estética**
*Joly / Mesquita /
Carvalho*



Cirugía Maxilofacial:
Patología de la cara,
boca, cabeza y cuello
G. Raspall



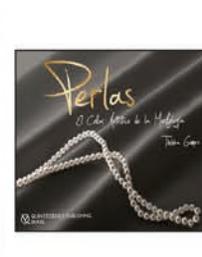
La Dentadura Terminal
L. Biscaro



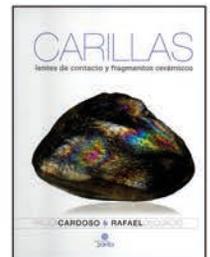
**Shortcuts en odontología
estética**
R. Hirata



**Zirconia: El poder de
la luz**
A. Zilio



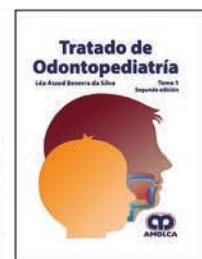
**Perlas El Collar
artístico de la
morfología**
T. Gomes



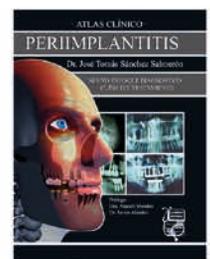
CARILLAS:
Lentes de contacto y
fragmentos cerámicos
R. Dercio



**Misch Complicaciones
en implantología oral**
C. Misch



**Tratado de
Odontopediatría 2Vols**
L. Bezerra



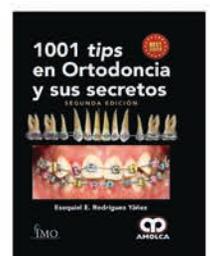
**Atlas clínico de
Periimplantitis**
J.T. Sánchez Salmerón



**Pasos para la prótesis
sobre implantes**
P. Rocha



Sonrisa Gingival
O. Kahn



**1001 Tips en
Ortodoncia y sus
secretos**
E. Rodriguez



En las universidades Francisco de Vitoria y Barcelona Cursos prácticos de Cirugía Avanzada e Implantología bucal gracias a Ticare



Alberto Salgado organiza un módulo de prácticas sobre modelos anatómicos criopreservados en el marco de los cursos de postgrado que se celebran en el Centro de Simulación Quirúrgica de la Universidad Francisco Vitoria, con la colaboración de Ticare Implants.

El programa del curso, que se celebrará los días 22 y 23 de junio, incluye temas como el tratamiento en el sector estético, casos posteriores mandibulares y sector maxilar superior con un componente eminentemente práctico.

Existen importantes ofertas de preinscripción y toda la información de la formación puede obtenerse en: <https://formacionimplantes.es/cursoalbertosalgado>.

Además, la Universidad de Barcelona lanza el Curso de técnicas avanzadas en Implantología Bucal. Carga inmediata, técnicas de regeneración ósea y elevación de seno maxilar, con la colaboración de Ticare, e impartido por Eduard Valmaseda, Rui Figueiredo, Alba Sánchez Torres e Iñaki Cercadillo.

El objetivo de esta formación es que los alumnos sean capaces de identificar los tipos de carga en Implantología; establecer protocolos de carga inmediata adaptados a cada caso clínico; conocer los pasos a seguir para realizar una rehabilitación con carga inmediata en prótesis sobre implantes en pacientes edéntulos parciales y totales; dominar las complicaciones más frecuentes

asociadas a los protocolos de carga inmediata en Implantología, así como saber de las distintas técnicas y materiales de regeneración ósea, los materiales disponibles a cada situación clínica, las indicaciones del procedimiento de elevación del seno maxilar, los pasos que engloban una elevación de seno maxilar y las principales complicaciones asociadas a procedimientos de regeneración ósea y elevación sinusal.

El curso se celebrará los días 21 y 22 de junio en las instalaciones de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona.

Las inscripciones para este curso están abiertas, y puedes consultar el programa completo en: www.ticare-implants.com/formación. •

Apoya también el premio al mejor artículo del año de la Secom Ticare organiza un programa formativo para odontólogos chinos

Ticare ha organizado un programa formativo en España destinado a 14 odontólogos procedentes de varias ciudades chinas. El grupo ha visitado la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona para participar en un taller de elevación de seno, que ha corrido a cargo de Rui Figueiredo y Eduard Valmaseda. Después, ha acudido a la clínica de Alberto Salgado en Alicante para asistir a una cirugía real.

Además, el CEO de Ticare, Fernando Mozo, ha recibido al grupo en la sede de la compañía en Valladolid, en una visita a la fábrica para conocer las últimas novedades de producto así como los procesos de fabricación y los controles de calidad a los que se somete cada una de las piezas que produce.

Entretanto, la compañía continúa desarrollando su programa Ticare Training & Education, en su objetivo de ampliar conocimiento alrededor de



Doctores chinos en la sede de Mozo Grau.

la implantología oral. Las estancias clínicas están diseñadas para licenciados con experiencia en implantología, cirugía bucal o implanto-prótesis, que estén interesados en ampliar de forma práctica e intensiva su experiencia clínica.

Existen fechas disponibles tanto en la Clínica Calidental de Alberto

González García, en Mairena del Aljarafe (Sevilla), los días 10 de julio y 11 de diciembre, así como en la Clínica Perio, de Granada, con Jerónimo Rubio y Luis Téllez, los días 19 de septiembre, 17 de octubre y 28 de noviembre.

Además, los próximos 5 y 6 de octubre se celebra en Madrid el curso Ges-

tión y dirección de clínicas dentales, un programa de formación dirigido por Alberto Manzano y Susana Cubas que se desarrolla a lo largo de dos jornadas, en el que los alumnos acceden a conocimientos sobre gestión estratégica de la clínica dental y en el que pueden perfeccionar sus herramientas y métodos de comunicación con el paciente. La formación combina charlas con actividades *role-play* con el fin de afianzar las habilidades aprendidas. Al final del curso se entrega diploma acreditativo de participación.

Toda la información sobre estas actividades informativas está dis-

ponible en: <https://www.ticareimplants.com/formacion/>

De otro lado, durante la 17 Edición del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (Secom), Ticare ha vuelto a apoyar el premio al mejor artículo del año, titulado *Carcinoma ductal infiltrante de glándula parótida*. El original reconocido, que se ha publicado en la revista de la Secom, en su sección *La página del residente*, es obra de Carlos Salcedo-Gil, cirujano del Hospital Universitario Son Espases, de Palma de Mallorca, que recibió el premio de manos del director



Durante la recogida del premio.

del Área de Hospitales y Maxilofacial de Ticare, Diego Velasco. •

15 clínicas se han sumado a esta nueva forma de dirigir sus consultas Empieza en Madrid la 3ª edición del Diploma en Gestión & Dirección de Clínicas Dentales de Plan Synergia

Plan Synergia se propone con este Diploma, formar a profesionales de la Odontología, a posicionarse y armarse con las herramientas que les permita alcanzar una excelencia en gestión y ganar la posición en su zona de influencia que merecen.

Esta edición comenzó el pasado 16 de junio, y se extenderá hasta noviembre de este año. 15 clínicas se han sumado a esta aventura de conocer y vivir una nueva forma de dirigir sus consultas, aprendiendo de un modo práctico todo lo necesario para tomar decisiones empresariales en base a



conocimientos y no por intuición. El período de matriculación para la nueva edición se abrirá en septiembre de 2018.

Podéis estar informados en www.plansynergia.com y en redes sociales. •

Curso exclusivo con plazas limitadas ¿Tienes dudas con la cirugía piezoeléctrica?

Te invitamos a este curso en el que trataremos los siguientes temas:

- Distintas técnicas de cirugía que podemos realizar con bisturí piezoeléctrico: osteotomía, alargamiento coronal mínimamente invasivo, etc.
- Distintas técnicas de regeneración: Split Crest, elevación de seno con ventana lateral, etc.

Fecha: 20 de julio de 2018

Horario: De 9:00h a 19:00h.

Lugar: Centro Médico Gros
C/ Iparraguirre, 11
20001 Donostia.

Información e inscripciones:

garbi.sanz@antonsl.es

94 453 06 22 •

antón
suministros
dentales



Lanzan la alianza 'Excellence Dental Centers'

Cada vez más conciencia de unirse por la excelencia en la profesión

Excellence Dental Centers (EDC) se ha presentado en el sector como una alianza de dentistas, propietarios de clínicas dentales distribuidas por toda la geografía española, cuya prioridad es "la atención excelente a los pacientes, con unos principios éticos y deontológicos y una apuesta por la formación, la innovación y el desarrollo tecnológico".

EDC tiene el propósito de compartir conocimientos y experiencia entre los distintos equipos y a todos los niveles para que los pacientes tengan

una atención bucodental excelente.

Como ejemplo de su apuesta por la formación, EDC organiza los próximos 23 y 24 de noviembre la sesión Fundamentales of Advanced Esthetic Smile Design, impartida por Galip Gürel.

EDC, que pretende incorporar clínicas que respondan a su perfil, dice tener las ventajas y descuentos propios de una gran empresa en los acuerdos de compras y proporciona servicios de apoyo y desarrollo empresarial, así como acciones de

EDC tiene el propósito de compartir conocimientos y experiencia a todos los niveles

marketing y publicidad, relaciones con los bancos, servicios jurídicos, suministros desde la óptica y las ventajas de una gran cuenta. ●



Nuevo aspecto, contenidos más amplios y nuevas funcionalidades Henry Schein España lanza un nuevo sitio web para mejorar la experiencia del cliente



Además de un nuevo aspecto, que ha sido mejorado tanto visual como técnicamente, también se ha remodelado la tienda en línea. Con contenidos más amplios y nuevas funcionalidades, la plataforma ofrece ahora a los clientes un mejor servicio y una mejor navegación.

Se ha mejorado la compatibilidad del sitio web con todos los sistemas operativos y navegadores

comunes. Los clientes ahora pueden utilizar la interfaz personalizada para crear listas de compras, recuperar transacciones completadas, elegir entre una de las mayores gamas de productos del mercado, recibir descuentos y ofertas especiales en línea, mantenerse al día con las últimas noticias del sector y planificar pedidos de forma más eficaz. ●

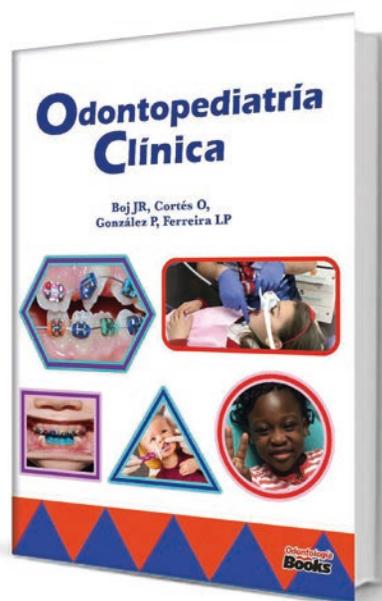
Escrito por David González y editado por Quintessence Atlas de cirugía plástica y regenerativa implantológica en la zona estética

En esta obra que cuenta con más de 4.000 ilustraciones muestra como ha refinado la técnica de ROG y contiene protocolos de tratamientos estandarizados correcta y sensatamente descritos para cada indicación y situación, además de numerosos consejos que ayudan al clínico a desarrollar los procedimientos de ROG de forma exitosa y predecible. ●



Una obra de Juan Ramón Boj, Olga Cortés, Paola González y Luis Pedro Ferreira Odontopediatría clínica

Atlantis editorial
Science & Technology S.L.L.



Sus autores: Juan Ramón Boj, Olga Cortés, Paola González y Luis Pedro Ferreira presentan este libro, que cuenta con un prólogo de: Miguel Hernández Juyol, profesor titular de la Universidad de Barcelona y presidente de la Comisión Científica de la SEOP.

Este libro es el resultado del intento de los autores de dar a conocer una visión integrada de las distintas áreas que constituyen la Odontopediatría. Se realiza a través de imágenes clínicas que ilustran los distintos tratamientos de los pacientes infantiles y juveniles.

Esta colección de excelentes imágenes realizan una importante contribución hacia donde debe comenzar todo acto odontológico: la valoración cuidadosa de la clínica.

La obra puede adquirirse en Editorial Atlantis. ●

El primer equipo dental con todo lo necesario para la iniciación implantológica Nace 'Konnect All Implant', de DVD Dental

Esta solución es la única que incluye, en la compra de un equipo dental Konnect All, un kit de 10 implantes etk Naturactis. Mediante este kit de iniciación implantológica etk Naturactis, DVD Dental pretende dar una solución única a aquellos odontólogos con menor experiencia en el campo de la cirugía oral que necesitan la instrumentación necesaria para la iniciación en la colocación de implantes.

El modelo Konnect All está especialmente diseñado para tratamientos quirúrgicos, con consola de instrumentos en carro con mangueras colgantes, que integra el



DVD
Developing Value in Dentistry

micromotor de implantes Surgic Pro+ NSK y la lámpara de tratamiento Theia Tech, una novedad de Faro que incorpora en el brazo una barra de iluminación para mejorar la visibilidad de la zona preopera-

toria, equilibrar la iluminación de las áreas del box dental y reducir la fatiga visual.

El equipo Konnect All Implant es un equipo dental fabricado por Fedesa en exclusiva para DVD Dental. ●

Bajo el nombre de *Highlights* Ivoclar Vivadent lanza el nuevo portal de productos para completar sus servicios en línea



Con el nombre de *Highlights*, este portal ofrece a los profesionales del sector dental, tanto de clínica como de laboratorio las últimas noticias sobre los productos de la compañía.

Actualizado con los últimos desarrollos

En el nuevo portal *Highlights*, el profesional no solo encontrará inno-

vaciones en nuevos productos, sino que los lectores también obtendrán los últimos resultados en investigaciones del departamento de Investigación y Desarrollo.

Los profesionales que se suscriban a la *newsletter* recibirán automáticamente un aviso con las nuevas publicaciones una vez al mes. ●

Organiza BioHorizons el próximo 27 de octubre El Global Educación Tour 2018 culminará con el Ibérica Summit

BioHorizons Ibérica organiza el *Ibérica Summit*, programa encargado de clausurar el *Global Educación Tour 2018*, una iniciativa de formación de la compañía a nivel internacional cuyo objetivo es ofrecer formación de vanguardia sobre

la terapia de implantes en seis países del mundo.

El *Ibérica Summit* tendrá lugar el 27 de octubre en Madrid, y consistirá en una jornada intensiva de aprendizaje sobre cómo superar los desafíos anatómicos en la odontolo-

gía de implantes, y será impartida por el Dr. Craig Misch.

El programa se dividirá en dos partes: el abordaje de los desafíos a través de injertos y enfoques alternativos con implantes cortos y angulados. ●



ESTA ES LA MEJOR MANERA
DE MONTAR TU CLÍNICA DENTAL



NO PREOCUPARTE DE NADA



Servicio Integral de
Suministros Dentales
Antón, s.l.

+34 944 53 06 22
www.antonsl.es

LAS HERRAMIENTAS PARA UN DIAGNÓSTICO SEGURO

VISÍTENOS EN EL CONGRESO
AEDE A MÁLAGA
1-3 DE NOVIEMBRE 2018



WORKFLOW INTEGRATION | **HUMANIZED** TECHNOLOGY | **DIAGNOSTIC** EXCELLENCE

Nuestras innovaciones facilitan un mejor diagnóstico, dinamizan el flujo de trabajo y ayudan a ahorrar tiempo:

- Desarrolle la capacidad tecnológica de su consulta con el escaner intraoral CS 3600.
- El CS 8100 3D es el sistema 3D más compacto de mercado.
- Los sensores RVG 6200 tienen filtros personalizables para un diagnóstico más preciso.