

ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 8
Nº 39 septiembre-octubre 2019



Paulina Aliaga Sancho

Decana Universidad San Francisco (Quito)

"Los estudios de Odontología en el Ecuador están principalmente dirigidos por las políticas del gobierno central"



Santiago Jané Noblón

Regent del International College of Dentist (ICD).

QUE NO TE ENGAÑEN
**EL TABACO
ATA Y TE MATA**
EN TODAS SUS FORMAS

#ElTabacoAtayteMata



*REIVINDICANDO LA SALUD ORAL
Excelente Congreso Sedyco Semo
(Bilbao)*



ticare

Jornada Ticare-UIC
sobre Implantología Predecible

29 de noviembre

INSCRIPCIONES:
www.ticareimplants.com



www.seoene.es



SENSODYNE SENSIBILIDAD & ENCÍAS

Fluoruro de Estaño

Doble alivio para **Sensibilidad dental**
& **Problemas de encías**



COREGA

Corega SIN sabor



2. vs Corega Oxígeno Bioactivo

parodontax



Un sabor mejorado

8 beneficios para unas encías sanas y unos dientes fuertes

Sumario

Editorial 05

Opinión 06

- 🔗 Brainstorming or storming of the brain
Profesor Lluís Giner Tarrida
- 🔗 Odontología y medio ambiente
Alejandra Llorente

Tribuna de salud pública. 10

- 🔗 Nostalgia de la antigua, buena restauradora
F. Javier Cortés Martincorena

Actualidad 12

- 🔗 Asamblea Anual de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología
- 🔗 Congreso SEDCYDO-SEMO'2019, Bilbao 20 a 22 de junio
- 🔗 1ª Reunión del grupo de clínicas dentales Dentigrity® en Valencia
- 🔗 Clausura del master de cirugía bucal de la Universidad de Sevilla
- 🔗 Presentación tesis mediante la modalidad de "mención internacional": Encuesta de Salud Oral en la Población Infantil de la Comunidad Valenciana 2018
- 🔗 El COEM inaugura su ciclo científico
- 🔗 Actualidad sobre el sarampión
- 🔗 I Jornadas Salud Bucodental en parálisis cerebral y otras discapacidades afines
- 🔗 DVD Dental, nuevo distribuidor oficial de 3Shape en España
- 🔗 El Ministerio de Sanidad advierte que las nuevas formas de fumar crean adicción y tienen efectos perjudiciales para la salud
- 🔗 Una mujer, una sonrisa
- 🔗 Entrega Premios SECIB

Entrevista 28

- 🔗 Paulina Aliaga Sancho
- 🔗 Santiago Jané Noblom

Ciencia y salud. 36

- 🔗 Técnica Split Crest: una alternativa para mandíbulas atroficas

Historia de la Odontología 44

- 🔗 RAMÓN PORTUONDO
Javier Sanz Serrulla

Gestiona tu consulta. 48

- 🔗 Las únicas, auténticas y claras funciones del higienista dental
Dr. Diego Rodríguez Menacho
- 🔗 Introducción a la estrategia del océano azul
Dr. Alberto Manzano Saiz

Formación 54

Empresas 56

EDITOR

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

WEB:

Patricia Puertolas
web@odontologosdehoy.com

PUBLICIDAD:

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

Primero
fluido,
luego
modelable

A escala mundial, el primer composite
con tecnología termo-viscosa

COMBINA FLUIDEZ Y MODELADO

- **Único e innovador** – el calentamiento del material lo hace fluido para la aplicación y luego modelable inmediatamente después (tecnología termo-viscosa)
- **Elaboración de alta calidad** – fluye óptimamente hacia los bordes y áreas socavadas
- **Ahorro de tiempo** – no se requiere ninguna estratificación
- **Fácil manejo** – relleno en bloque (bulk-fill) de 4 mm y una aplicación sin burbujas con una cánula fina

VisCalor bulk





Sin sus Señorías y a pesar de sus Señorías

Fernando Gutiérrez de Guzmán

Editor

Como era de esperar iremos a elecciones y con suerte no nos tocará estar en la mesa electoral, que al que le toca ese honor le dan el domingo y a la familia también, eso sí, todo a cambio de nada, aunque en ese solo día le espera más trabajo que el que han desarrollado nuestros parlamentarios en todo lo que de escuela legislativa han estado cobrando y más que bien pagados.

Un viejo dicho dice que lo catarros se curan con el médico, sin el médico y a pesar del médico, forma de expresar que la medicina no lo soluciona, que curan por sí solos.

Esta profesión tiene una serie de instituciones que afortunadamente para nada dependen de los políticos y funcionan extraordinariamente bien, me refiero fundamentalmente a las sociedades científicas.

El pasado junio se celebraba en Bilbao el Congreso SEDYCO-SEMO, dos sociedades científicas se unían para cumplir con su misión de llevar el conocimiento a sus asociados y a la profesión en general, prescindiendo de personalismos, consiguiendo como en las páginas interiores opina el Dr. de Juan Galíndez, “un antes y un después”, pero no un final, que seguro que nos siguen sorprendiendo. Llama la atención que los presidentes del congreso los doctores Ginestal y Aguirre son profesores de la UPV/EHU y mientras ellos consiguen elevar el nivel científico al máximo y dar las mejores oportunidades de formación, los responsables políticos de conseguir una universidad de excelencia, en vez de apoyar medidas integradoras deciden sacar los estudios universitarios de odontología del espacio del resto de estudios de la salud como medicina y enfermería y dejarlos fuera y alejados del hospital universitario, a pesar de las reiteradas quejas del cuerpo docente. Ciertamente luego apoyan estos congresos, pero más parece que para la foto que por un verdadero interés por la excelencia en la formación.

En Valencia el Congreso SEPA volvió a batir record de asistencia y volvimos a ver como una entidad privada y sin ánimo de lucro, en la que sus dirigentes no tienen sueldo, es capaz de sacar con éxito la organización de tan complicado evento.

En los próximos días se celebrará el Congreso Mundial de Estética Dental en Barcelona y me aventuro a asegurar su éxito.

Nuevamente la unión de instituciones como SEPES y la IFED es posible y ese entendimiento imposible en los parlamentos, donde todos cobran más que esplendidos sueldos, se da nuevamente en las instituciones en que sus dirigentes no cobran y más que ocupar cargos los ejercen con diligencia y eficacia.

La Sociedad Española de Odonto-Estomatología para pacientes con Necesidades Especiales (SEOENE), celebrará los próximos días 8 y 9 de noviembre en Jaén su congreso anual, meritoria sociedad que con unos presupuestos exiguos fruto de las cuotas de sus afiliados y algún apoyo de la industria consigue a base del esfuerzo de sus integrantes, que tampoco cobran por ello, difundir los conocimientos necesarios para atender a estos grupos que hoy denominamos con necesidades especiales y sobre todo diría yo olvidados en los presupuestos que aprueban, cuando aprueban, nuestros representantes parlamentarios.

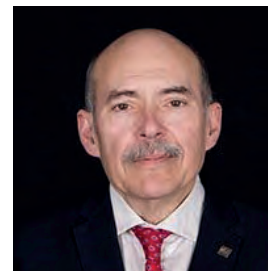
Y así vamos viendo cómo se suceden los eventos formativos colaborando unas entidades con otras, no podemos mencionar a todas por espacio pero vaya para todas nuestro reconocimiento. Esperemos que no se les ocurra algún día a nuestros políticos ponerse a regular esto que tan bien funciona.

Lo que sí está regulado o más bien mal regulado o desregulado como quieran, son los colegios profesionales que se rigen por una ley obsoleta en lo que a la legislación básica del Estado se refiere, que no ha sido capaz ningún gobierno de solucionar y así nos va, pese al esfuerzo de algunos de sus dirigentes provinciales, que sin cobrar, día a día consiguen fundamentalmente parar goles más que meterlos, si bien alguno que otro también meten, aunque luego se lo apropie el del escalón superior, pero es lo que hay. Del Consejo General donde si cobran mejor no comentamos que con lo dicho ya vale para el que quiera entender.

La esperanza no hay que perderla así que confiemos en que de la próxima salga un gobierno, del signo que sea, que de eso no vamos a opinar, pero en lo que a nosotros se refiere que se ocupe de defender a nuestros pacientes, que eso significa que defenderá nuestra profesión.

Brainstorming or storming of the brain

*Profesor Lluís Giner Tarrida
Decano Facultad de Odontología
Universidad Internacional de Catalunya*



En estos días antes de las vacaciones de verano, en todas las facultades de odontología hemos graduado a los nuevos odontólogos que dejan sus aulas para pasar a la actividad profesional.

En total en España de las 23 facultades de odontología se han graduado casi mil quinientos alumnos, teniendo en cuenta que todavía hay alguna facultad de odontología que está en los primeros años de su titulación ya que son de reciente creación y no ha tenido egresados.

Todos ellos forman parte de los profesionales colegiados que van incrementándose año tras año, como podemos ver en los datos que nos ofrece el Consejo General de Odontólogos de España.

Para la mayoría de los odontólogos, la actividad única suele ser la asistencial en sus diversas modalidades, aunque algunos combinemos el trabajo clínico con la docencia, la gestión o el asesoramiento a la industria, son pocos los profesionales con dedicación exclusiva a la docencia o trabajando con la industria, sin embargo, cada vez hay más profesionales que valoran las diferentes opciones de trabajo ya sea de forma parcial o en exclusiva.

Por otra parte el conocimiento se incrementa de forma exponencial, y la aportación que hace industria a los avances en el sector dental es muy activa poniendo rápidamente a nuestra disposición las nuevas tecnologías, a veces de forma muy eficaz y contrastada y otras en donde los clínicos con nuestra experiencia debemos acabar de orientar, sin embargo, esto nos condiciona y nos obliga a una información y formación continua.

“En los últimos años hemos asistido a un cambio importante de sistemas y formas asistenciales”

También en los últimos años hemos asistido a un cambio importante de sistemas y formas asistenciales, con la aparición de empresas franquiciadas, seguros dentales, odontología hospitalaria, etc., que han desplazado en parte el sistema tradicional de consultorio privado propio y asistencia individualizada al paciente por parte del profesional o de su equipo.

No podemos olvidar que también han cambiado las expectativas de los pacientes y la información y el conocimiento que en mayor o menor grado tienen de las posibilidades del tratamiento ideal para ellos.

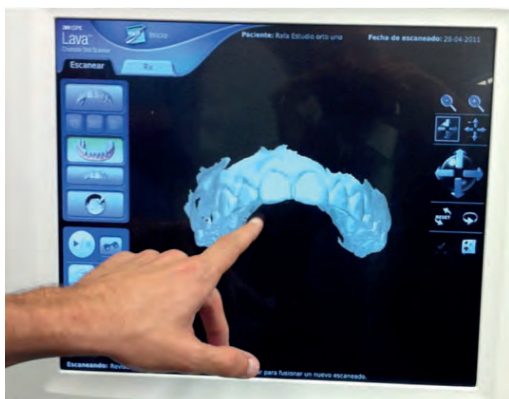
Por todo ello frecuentemente debemos tomar decisiones tanto sobre la orientación de nuestra actividad profesional, la selección necesaria de formación continuada y muchas veces adaptarnos a las nuevas circunstancias para mantener el nivel de trabajo que nos permita vivir buscando mantener la excelencia que siempre debemos anhelar, y aunque a veces el camino no es fácil, siempre debemos tenerlo presente.

“Las especialidades aún no están totalmente ordenadas en Europa y particularmente en España, aún no se ha empezado, aunque si lo hemos intentado en varias ocasiones”

Uno de los aspectos que nos permiten las nuevas tecnologías, es una mejor comunicación con el paciente. Hoy en día podemos transmitirles mucho mejor la situación actual de su enfermedad bucal, qué consecuencias puede traer si no se trata correctamente, cuáles son las diferentes posibilidades de tratamiento y también y de gran importancia, que repercusión puede ocasionarle para su salud general.

Nuestra actividad clínica ha cambiado y pienso que de forma muy favorable avanzando con el concepto de compartir con el paciente





el diagnóstico y el plan de tratamiento, respetando el derecho a decidir del paciente como en las demás ramas de la medicina. En las últimas décadas hemos pasado de la concepción paternalista de la medicina a la de la medicina o en nuestro caso la odontología basada en la persona, en que debemos tener en cuenta no solo su patología bucal concreta sino también su situación general y social.

Todas estas nuevas tecnologías, nos facilitan compartir con los pacientes los diferentes aspectos del diagnóstico y propuestas de tratamiento de una forma más comprensible para el paciente. Con los nuevos sistemas de simulación podemos incluso saber y visualizar de antemano cual será el resultado final esperado y ser más fieles de lo que podíamos ser hace unas décadas, sobre todo en los tratamientos en que el aspecto estético es fundamental. También en este apartado, deberemos decidir que tecnología es la que mejor se adapta a nuestra forma de trabajar y la que nos

servirá para comunicar mejor, pero aunque cada día los programas para la gestión de la tecnología son más intuitivos, necesitaremos una curva de aprendizaje que debemos también valorar.

Este avance del conocimiento ha hecho que en la profesión desde hace ya unos años exista una creciente “especialización” en las diferentes áreas de la odontología, y que es totalmente necesaria para alcanzar la excelencia del tratamiento en cada caso concreto, ya que es imposible que un único profesional pueda abarcarlo en su totalidad. Las especialidades aún no están totalmente ordenadas en Europa y particularmente en España, aún no se ha empezado, aunque si lo hemos intentado en varias ocasiones.

En un futuro próximo este es un tema que debe regularse y sería deseable que fuera a nivel nacional y europeo, pues la directiva europea, actualmente solo reconoce dos especialidades, la ortodoncia y la cirugía oral.

Este incremento de profesionales dedicados a una parte de la odontología permite tratamientos más complejos lo que es necesario para la excelencia del tratamiento. Ello no implica olvidar tratar al paciente en su totalidad, ya que el focalizarnos en un aspecto muy puntual puede hacernos perder el enfoque de la persona en su globalidad. En este caso el profesional mejor situado, es el por denominarlo con el símil de la medicina, el “odontólogo de cabecera”, que es el que puede coordinar el tratamiento en su totalidad y que por supuesto debe tener formación en todas las áreas del conocimiento de la odontología.

No digo nada nuevo exponiendo esta realidad del cambio constante en todos los apartados de nuestra profesión, todos vivimos en ello y los mensajes son constantes y los cambios en todo lo que hacemos también, nos toca reaccionar con rapidez y la vez con criterio, formándonos en los aspectos que mejor podamos ayudar a la sociedad y también en la medida de nuestras posibilidades, aportando nuestras ideas en los colegios profesionales, en las reuniones de las diferentes sociedades científicas, etc., para entre todos tener la profesión de servicio a la sociedad en la excelencia.



Odontología y medio ambiente

Alejandra Llorente
Odontóloga, ejerce en Reino Unido



Desde los Colegios y el Consejo se han hecho todo tipo de campañas para prevención de la caries, el cáncer oral, publicidad engañosa...

A mí me gustaría empezar desde Odontólogos de hoy una campaña de concienciación contra el plástico y para reducir los residuos.

Evidentemente hay cosas que no podremos sustituir por temas de seguridad, y para evitar contagios, pero muchas otras sí.

Estaría bien que desde el Consejo organizara una comisión para estudiar este tema. Que se hiciera un listado de todo el material desechable que se utiliza en las clínicas y estudiar la posibilidad de sustituirlos.

Como colectivo podemos ayudar mucho al medio ambiente contaminando menos, mejoraría nuestra imagen como profesionales y además seguramente ayude a reducir costes.

Hace poco leí que los hospitales ingleses habían ahorrado millones de libras gracias a poner unas simples pegatinas explicando que se podía tirar en cada una de las basuras. Porque evidentemente deshacerse de ciertos residuos es más caro que otros.

Si tuviéramos una especie de guía de consejos para entender cuál es la mejor manera y más eficiente para reducir la basura que generamos, y como reciclar mejor también nos puede ayudar a reducir los gastos de las clínicas de manera ética.

Yo no soy una ecologista radical, tengo mucho que mejorar y aprender, pero es imposible no empezar a replantearse la situación. Todos podemos introducir pequeños cambios para mejorar.

Nos bombardean a diario con imágenes de cómo están nuestros océanos y bosques llenos de plástico, y seguramente lo que vemos es sólo la punta del iceberg.

Nosotros como colectivo consumimos mucho plástico que podríamos evitar esterilizando más.

Los vasos, las bandejas, los aspiradores quirúrgicos de plástico se pueden sustituir por materiales que puedan ser esterilizados. Las servilletas pedir las de papel reciclado.

Las cubetas podemos volver a las de metal o el que se lo pueda permitir comprar un scanner.

Pero no todo es gastarse mucho dinero en el mejor scanner para no contaminar.

Estuve buscando para comprar vasos de acero inoxidable en las casas comerciales que utilizamos normalmente y no encontré nada.

En Aula Dental Avanzada una compañera me comentó que había sustituido los vasos de plástico por pequeñas flaneras de acero inoxidable que había comprado por euro y medio cada una.

Tengo que reconocer que es una idea estupenda, que a mí no se me habría ocurrido. No sé vosotros pero yo me siento que a veces pagamos cinco veces más por cosas sólo porque saben que las vamos a utilizar dentistas.

Intentar la digitalización de las consultas para disminuir el uso de papel reduce mucho la basura que generamos, aparte de que nos ayuda a tener una mejor gestión y planificación de nuestro tiempo.

Contaminando menos, mejoraría nuestra imagen como profesionales y además seguramente ayude a reducir costes



Se me ocurre que las bolsas o sobres esterilizados donde guardamos los instrumentos abrirlas con los guantes limpios y tirarlas en la basura de papel para reciclar.

Estaría bien que igual que podemos llevar el billete de avión en el móvil, hacer recetas electrónicas.

Como estaba segura de que ya existen muchos compañeros concienciados con la situación pedí ayuda para obtener más información.

Una compañera desde México me comentó que ella utilizaba conos de papel reciclado en vez de vasos pero que intentaba usarlos lo menos posible.

Parece un gesto pequeño pero no lo es, todo lo que podamos evitar aunque no sea perfecto va a ser una mejora.

Otro compañero que trabaja en Francia me comentó que allí se estaban retirando las escupideras y que los equipos ya venían sin ellas a no ser que las pidieras. Que lo estaban empezando a hacer por un tema de higiene pero que evidentemente gracias a eso el uso de vasos se reducía mucho. Para mi sorpresa otro compañero dijo que lo mismo se estaba haciendo en Alemania.

Quizá el secreto sea intentar consumir menos para generar menos residuos, al fin y al cabo cuando esterilizamos estamos haciendo un gasto de energía que por otro lado también contamina, pero sin duda de una manera u otra es algo que tenemos que estudiar para empezar a tomar medidas.

1.499€*
-2.800€*



MulTipeg™

Osseo 100

Dispositivo de monitorización de osteointegración

Procedimiento en 3 pasos



1. Fijar el MulTipeg™ en el implante. Se atornilla sin esfuerzo en la rosca del implante (6-8 Ncm de torque, aproximadamente).
2. Basta con apuntar al imán de la parte superior del MulTipeg™: no invasivo, objetivo, preciso y repetible. El perno recibe la estimulación de los impulsos magnéticos y vibra debido a la rigidez de la zona de contacto entre el hueso y la superficie del implante.
3. Así se genera un valor ISQ, que aparece en pantalla. Éste refleja el nivel de estabilidad en la escala universal ISQ con valores de 1 a 99. Cuanto más alto es el valor ISQ más estable es el implante.

ISQ (Cociente de estabilidad del implante)

La micromovilidad disminuye drásticamente de 60 a 70 ISQ

Valor ISQ

60

70

Tras un tiempo de espera
se repite la medición

Casos completos o parciales
2 fases, 1 fase

Casos únicos 1 fase
Carga inmediata

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

Nostalgia de la antigua, buena restauradora

*F. Javier Cortés Martinicorena
Estomatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía*



Recientemente se han dado a conocer los resultados de un estudio que muestra que la utilización de la amalgama de plata es ya residual entre los dentistas españoles y ha sido sustituida masivamente por las resinas compuestas (vulgo “composite”); sólo el 1% la utiliza, aunque hasta un 20% cree que no sería conveniente eliminarla del todo porque tiene aplicación en algunos casos. Yo me apunto a ese veinte por ciento. El potente argumento detrás de este cambio es la necesidad de limitar el uso del mercurio por sus efectos adversos para la salud y el medio ambiente. Las razones son de peso, qué duda cabe, aunque ya sabemos que, en el caso concreto de las amalgamas, el riesgo es para quien que la manipula más que para el paciente. De lo contrario, habríamos muerto ya todos de intoxicación por mercurio, tal ha sido la extensión de las obturaciones de amalgama en los países industrializados desde hace más de cien años.

*La seguridad y durabilidad de las
obturaciones de amalgama está más
que probada*

La seguridad y durabilidad de las obturaciones de amalgama está más que probada. La mayoría de los estudios sobre longevidad de las restauraciones muestran que la amalgama gana de calle a las resinas compuestas y que éstas requieren ser sustituidas con más frecuencia que las anteriores. Las razones de esta mayor tasa de fallo no parecen claras, siendo una de ellas que las resinas requieren una técnica de colocación más cuidadosa y depurada. Pero lo cierto y seguro es que fallan antes y con mayor frecuencia. Así pues, nos situamos ante una disyuntiva un tanto enojosa entre la necesaria protección frente al uso del mercurio y la duración de las restauraciones, que es lo mismo que decir

la duración del diente restaurado que, a su vez, es lo mismo que decir: la salud oral del paciente.

Se defiende que los “composites” pueden sustituir a la amalgama como material restaurador, pero a la luz de los datos todavía deben mejorar para tener la misma tasa de éxito en el tiempo. Y añadido: a la luz de los datos y de la experiencia de quien ve bocas a diario. La ciencia y la experiencia. La ciencia muestra la peligrosidad del mercurio, la experiencia que la amalgama es un buen material de obturación, aunque no estético (algo que hoy se demanda prioritariamente).

Se define a la odontología —al igual muchas otras profesiones— como “arte y ciencia”. Dice Kory Stamper en su divertido y a la vez sesudo libro “Palabra por palabra” (Capitán Swing, ed.) que ella prefiere llamarlo “oficio” y no “arte”. El arte implica el encendido repentino de una bombilla iluminadora, algo extraño producto de la intuición; el oficio, por contra, implica trabajo cuidadoso, repetición de actos, compromiso, formación, práctica, ... en definitiva, “horas de vuelo”.

*Los “composites”, a la luz de los
datos, todavía deben mejorar para
tener la misma tasa de éxito en el
tiempo que la amalgama*

Dicho esto, las resinas compuestas son la realidad incontestable. Pero no puedo menos que sentir cierta nostalgia por las cuidadas amalgamas que tantas y tan buenas obturaciones nos han dado. Debe ser por los años que llevo de “oficio”.

más de
25 años
contigo



antón
Suministros Dentales

Todo lo que necesitas para tu clínica dental.

www.antonsl.com

944 530 622



Aparatología



Suministros



Servicio Técnico



antasis
Trust Technical Service

Asamblea Anual de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología

"Cooperación Internacional para fortalecer la visión global de alumnos y profesores"

Del 26 al 29 de junio, con la participación de nueve países, se realizó la Asamblea Anual de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología bajo el tema "La internacionalidad de FIEFO no tiene fronteras". De España asistió el Secretario de la Conferencia de Decanos y Decano de la Universidad Internacional de Cataluña Dr. Luis Giner Tarrida y el Dr Antonio Castaño Presidente de la Fundación Odontología Social Luis Seiquer que fue invitado para presentar su proyecto solidario.

Las Jornadas tuvieron lugar en la Universidad San Francisco de Quito (Ecuador), con conferencias magistrales sobre: "Nuevas tecnologías en investigación odontológica" impartida por el Dr. Rafael Patzlaff- ODEME Dental Research-, "Cátedra Odontología Social: Un proyecto docente - solidario para las Universidades Iberoamericanas" por el Dr. Antonio Castaño Seiquer -Presidente de la Fundación Luis Seiquer de Sevilla-, "El espacio Europeo de la Educación Superior en el Marco Internacional" por el Dr. Luís Giner Tarrida -Decano de la Universidad Internacional de Catalunya-, así como mesas de trabajo sobre investigación, planes de estudio y movilidad internacional.

Lo anterior con el fin de contribuir al fortalecimiento del sector odontológico a nivel global mediante la internacionalización, la integración intercultural en la enseñanza, investigación y servicio, promoviendo acciones innovadoras en beneficio de la sociedad.

Durante la inauguración la Decana de la Facultad de San Francisco de Quito, Ecuador, la Dra. Paulina Aliaga Sancho dio la bienvenida a los participantes expresando el honor que significaba la presencia de tan importantes Universidades en su país. El Dr. Rolando Peniche Marcín presidente de la FIEFO, señaló que este organismo tiene la visión de que el trabajo en equipo de todos sus integrantes permitirá el reconocimiento de las Instituciones Internacionales y una sólida reputación en el ámbito de la calidad.



Durante la asamblea, Decanos y Directores de importantes Facultades y Escuelas de Odontología de Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, España, Guatemala, México, Paraguay y Perú, debatieron sobre las trece líneas estratégicas del plan de trabajo de la FIEFO para el periodo 2018-2020. Dichas líneas son:

1. Impulsar la movilidad internacional de los alumnos de licenciatura y posgrado de las escuelas y facultades miembros de la Federación.
2. Impulsar las estancias académicas de profesores de licenciatura y posgrado entre las escuelas y facultades miembros de la Federación.
3. Promover proyectos de investigación inter institucionales.
4. Creación del comité internacional de investigación en odontología.
5. Promover la apertura y la oferta de cursos internacionales de verano en las diferentes escuelas y facultades miembros de la Federación para impulsar la movilidad estudiantil y la convivencia intercultural de Ibero Latinoamérica.
6. Promover viajes académicos y culturales entre los diferentes países de las facultades y escuelas miembros de la federación.
7. Continuar incorporando al mayor número de programas de odontología de calidad a nivel mundial.
8. Realizar trimestralmente una junta en línea del consejo directivo.
9. Realizar semestralmente una conferencia magistral en la que participen como asistentes alumnos y profesores de las escuelas y facultades miembros de la Federación.
10. Durante las asambleas anuales promover las fortalezas de los miembros de la federación con el objetivo de que nos conozcamos y busquemos áreas de oportunidad para los proyectos prioritarios.
11. Durante las asambleas dedicar un tiempo para realizar mesas de trabajo con los temas "movilidad internacional", "investigación" y "planes de estudio".
12. Materias en línea internacionales
13. Firmar el acuerdo internacional sobre movilidad y proyectos internacionales de la FIEFO.



Para finalizar la Asamblea se presentaron las conclusiones de las mesas de trabajo entre las que destacan desarrollar proyectos conjuntos interinstitucionales de investigación, realizar el primer Concurso de Investigación FIEFO y los procesos para mejorar la

movilidad internacional entre los alumnos y profesores de las Universidades miembros de la FIEFO. Para concluir se eligió como próxima sede 2020 de la Asamblea Anual FIEFO a la Universidad Anáhuac Mayab en la Ciudad de Mérida, México.



Congreso SEDCYDO-SEMO'2019, Bilbao 20 a 22 de junio

A. de Juan Galindez
Médico Estomatólogo



Un antes y un después, la reunión por primera vez de estas dos sociedades en una reunión internacional con el lema: **“REIVINDICANDO LA SALUD ORAL”**

¿Te lo perdiste? Te lo contamos.

El esfuerzo realizado por los presidentes del Comité Organizador -**Doctor J.M. Aguirre Urizar** y **Doctor Eduardo Ginestal Gomez**- y por los Comités Científicos -coordinados por el **Doctor Guillermo Quindos Andrés**- para reunir un elenco de profesionales y ponentes que dieran lustre al evento, a fin de conseguir un nivel científico que pudiera interesar y sirviera de altavoz para difundir el mensaje de la responsabilidad que tiene la Odontología de velar por la Salud Orofacial en nuestra sociedad, ha sido **reconocido y correspondido**.

Reconocido por instituciones como el Ayuntamiento de Bilbao, la Consejería de Salud del Gobierno vasco, la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), así como por el **Colegio de Dentistas de Bizkaia**. Este reconocimiento es un apoyo DECIDIDO que nos alienta a seguir peleando en este campo de la Odontología, el de la salud oral, tan poco 'comercial' pero tan importante por estar en juego la calidad de vida y la propia supervivencia de nuestros pacientes.

Correspondido por el apoyo de casas comerciales e industria como **LACER, Dentaïd, Isdin, BTI, Suministros Anton SL y la revista especializada 'Odontólogos de hoy'**, entre otros. Con su aportación permiten que eventos como estos puedan realizarse y demuestran que están comprometidos con la salud de nuestra sociedad, mas allá de intereses comerciales.

Correspondido también con la asistencia de congresistas que duplicaron el número de inscripciones habituales a reuniones científicas de este tipo. Alentando y estimulando a los organizadores a seguir en esta línea. Vamos, que los asistentes no tuvimos más que dejarnos 'guiar por los escenarios' que se

iban desplegando ante nosotros sobre todos los aspectos de la patología oral y maxilofacial. Signos, síntomas, farmacología, diagnósticos diferenciales, tratamientos, pronósticos... que se involucran en procesos relevantes de patología médica, algunos de ellos de rabiosa actualidad.

Programa extenso y compacto

Se conjuntó un programa extenso y compacto. La pena de todo esto es que no se puede abarcar toda la oferta de información que se despliega y hay que priorizar.

La participación de profesores, ponentes, como W. Delgado, A. Mosqueda, J.V. Bagán, M.A. González Moles, A. Martínez-Sahuquillo, Pia Fornells y otros, por parte de SEMO, consiguieron situar a esta reunión a la cabeza de los eventos científicos en patología médica, siendo una oportunidad única a la hora de recibir información actualizada de primer orden.

Por ejemplo, en el manejo de los trastornos potencialmente malignos como la queilitis actínica, el liquen plano o las leucoplasias proliferativas, donde los niveles de control, como se explicó, deben de ser estrictos, con protocolos específicos de seguimiento que permitan o bien evitar o bien detectar el momento en que los 'estigmas' empiezan a cambiar, a fin de conseguir un diagnóstico lo mas precoz posible en la transformación a malignidad, si fuera el caso.

Destacada fué la ponencia del **Dr. Eguia del Valle** sobre los fármacos que favorecen la aparición de osteonecrosis, un tema muy de actualidad dado el uso de nuevos medicamentos del tipo antiresortivos óseos de 'nueva generación'. Estamos asistiendo



Acto inaugural

con relativa alarma a un curioso proceso, todavía sin contrastar, de aumento de la Periimplantitis en pacientes con implantes funcionantes sin signos de inflamación y que al empezar a usar estos tratamientos preventivos de osteoporosis ven aparecer mucositis y necrosis óseas peri-implantarias con una evolución mas agresiva de la habitual, lo que conlleva la pérdida de estos elementos protésicos y exposiciones y necrosis óseas de manejo complicado.

Técnicas de meditación

Por SEDCYDO, destacamos el Taller de *Mindfulness* impartido por la **Dra. J. Martín**, donde se abordó la necesidad de control e identificación de las situaciones 'desbordantes'; técnicas de meditación para trabajar tanto con pacientes como con los propios profesionales de la salud.

Interesantísimas también las ponencias sobre bruxismo y el adecuado uso de las férulas, donde NO todo vale (**Dra. A. Domínguez** y **Dra. N. Jiménez**); y sobre el manejo de las cefaleas crónicas (**Dr. J.C. García**), donde en nuestra experiencia existe una 'farmacodependencia' excesiva y deben empezar a acometerse con técnicas de intercepción conductuales. También destacar la exposición del **Dr. F. de Carlos**, quien explicó la necesidad de un correcto diagnóstico del SAHS y la aportación del tratamiento ortodóncico a la mejora de las condiciones en las vías aéreas a fin de prevenir el síndrome de apneas del sueño.

Muy de este congreso y de las reuniones del SEMO, y que les da a ambos una peculiaridad excepcional, son las intensísimas sesiones de '**Diagnostico de casos clínicos y/o Clínico Patológicos**', donde distintos ponentes, como el **Dr. Javier Alberdi**, fueron desgranando las claves y el 'árbol de decisiones' adecuado a fin de conseguir llegar al diagnóstico de la forma mas diligente posible. Poniendo de manifiesto la importancia de la confección de una adecuada **Historia Clínica**, ya que de ella va a depender no solo el enfoque diagnóstico y la adecuada solicitud de pruebas diagnósticas, sino el propio DIAGNOSTICO de la enfermedad en sí mismo.

Temas muy en el candelerero

La participación en todas las ponencias y comunicaciones fue muy intensa. Y la guinda se puso en la jornada del sábado, con las presentaciones de dos temas muy en el candelerero: 'El Síndrome de Boca Ardiente Primario' (**Dra. Satu Jääskeläinen**) y la 'Estomatitis Aftosa Recurrente' (**Dra. Jennifer Taylor**). Ambas nos dieron su punto de vista en el manejo de estos dos frecuentes trastornos, donde una de las claves terapéuticas mas importante es conseguir, por parte del paciente, la asunción de la naturaleza de dichos trastornos.

El sábado también se impartió un Curso de Patología y Medicina Oral para higienistas. Fue una iniciativa muy interesante, considerando que el **mantenimiento de la salud de los pacientes es una labor de equipo**, donde todos los elementos de ese equipo, con sus distintas responsabilidades, pueden aportar para lograr el bienestar de los mismos. Impartido, entre otros, por el **Dr. J.M. Aguirre**, todo un lujo tener la oportunidad de escuchar de primera mano a quien posiblemente sea la primera referencia en España en Patología Oral. Esto demuestra la implicación de este grupo en la difusión del mensaje de SALUD y la importancia que se da al equipo en el control y prevención de las enfermedades orales. Nuestras compañeras/as higienistas no perdieron esta oportunidad, siendo esta reunión también un éxito de participación y nos transmitieron lo interesante de la jornada.

Os animo a que la próxima oportunidad que tengáis de asistir a un evento de este tipo NO os lo perdáis. Este congreso ha marcado un antes y un después. Además, os hará experimentar una de las percepciones más agradables para un profesional en este campo: **sentir que con esto que hacemos nos merecemos ser considerados como verdaderos componentes de una profesión ligada a las CIENCIAS DE LA SALUD.**

También hay que felicitar a la Secretaria Técnica del congreso (**Grupo Meraki-Eventos con alma SL**) por su trabajo en segundo plano. La organización fue exquisita y el congreso funcionó como un reloj. El equipo de **Marta Ventura** y **Jordi Olivero** es una garantía.



Recepción en el Ayuntamiento de Bilbao

Presentación tesis mediante la modalidad de “mención internacional”: *Encuesta de Salud Oral en la Población Infantil de la Comunidad Valenciana 2018*

En la Universidad de Valencia

El pasado 26 de julio tuvo lugar, en la Clínica Odontológica de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia, la lectura de la tesis doctoral presentada por la doctoranda Teresa Almerich Torres, titulada **Encuesta de Salud Oral en la Población Infantil de la Comunidad Valenciana 2018** y dirigida por los profesores José María Montiel Company y José Manuel Almerich Silla. La tesis, inscrita en el Programa de Doctorado en Odontología del Departamento de Estomatología de la Universidad de Valencia, fue defendida ante el tribunal formado por el Prof. José Vicente Bagán Sebastián, Catedrático de Estomatología y actual director de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Valencia, la profesora Yolanda Martínez Beneyto, de la Universidad de Murcia y la profesora Esther Irigoyen Camacho, de la Universidad Autónoma Metropolitana de México D.F. La presentación de esta tesis se ha realizado mediante la modalidad de “mención internacional”, que exige la redacción y exposición de una parte de la tesis en un idioma utilizado en la comunidad científica internacional diferente al español, en este caso el inglés, la inclusión de expertos internacionales en la evaluación previa del trabajo, así como en la composición del tribunal, además de la realización de una estancia de al menos 3 meses en una universidad extranjera de prestigio, aprobada por la Comisión de Doctorado. En este caso la doctoranda realizó su estancia en la Universidad de California Los Ángeles (UCLA), durante el año 2018 y bajo la tutoría del Prof. Francisco Ramos-Gómez, *Director of the Pediatric Dentistry Advanced Clinical Training Program (ACT) at the UCLA School of Dentistry* y Director del *UCLA Center for Children's Oral Health*. La realización de **tesis doctorales con mención internacional es un indicador de calidad** en los programas de doctorado de las universidades españolas y en la Universidad de Valencia se tiene la previsión de que al menos 3 tesis sean leídas con mención internacional durante el año 2019.

La realización del Estudio Epidemiológico de Salud Oral Infantil en la Comunidad Valenciana, cuyos primeros resultados se presentan en la tesis, ha sido financiado por concurrencia pública competitiva mediante un contrato licitado por la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana, adjudicado al Prof. José Manuel Almerich Silla como investigador principal del proyecto. En el estudio, además de valorar el estado y las necesidades de tratamiento de los escolares de 6, 12 y 15 años de

la Comunidad Valenciana, en el año 2018, se presenta la evolución de la salud oral de estos grupos de edad en los últimos 20 años, ya que este mismo grupo de investigación en Epidemiología de las Enfermedades Orales, del Departamento de Estomatología de la Universidad de Valencia, ha elaborado estudios anteriores en los años 1998, 2004 y 2010. La evolución observada pone de manifiesto que se ha producido una mejora en los indicadores de caries en la dentición permanente (Índice CAO.D de 0,66 a los 12 años y de 1,21 a los 15 años) con cifras inferiores a la media nacional y a la obtenida en la mayoría de las comunidades autónomas españolas con estudios recientes. También se ha observado una evolución muy favorable de los índices de restauración, con el 85% en el grupo de 15 años, que pone de manifiesto la creciente frecuentación de las clínicas dentales por parte de la población infantil. Como contrapunto se evidencia un repunte en la prevalencia y los índices de caries en dentición temporal a los 6 años de edad (Índice co.d 1,23), lo que hace presuponer un empeoramiento en el comportamiento de estas cohortes de edad si no son instauradas medidas preventivas adecuadas y la necesidad de que estas medidas se inicien en los cuidados de la mujer embarazada y desde el nacimiento del bebé. En este mismo sentido se manifiestan las desigualdades en salud: la clase social continúa siendo un marcado factor de riesgo de caries en dentición temporal a los 6 años, no tan evidente en las cohortes de 12 y 15 años. La prevalencia de caries en dentición temporal es 1,8 veces mayor en la clase social baja respecto de la clase social alta. De las tres cohortes de edad, cabe destacar que en la de 6 años no se alcanzan los objetivos de SESPO ni del Consejo General propuestos para 2015/2020 respecto a niveles de caries en dentición temporal, y que esto, unido a su asociación significativa con la clase social lo convierte en un objetivo prioritario de actuación comunitaria.



De izquierda a derecha, José Manuel Almerich Silla, José Vicente Bagán Sebastián, Teresa Almerich Torres, María Esther Irigoyen Camacho, Yolanda Martínez Beneyto, y José María Montiel Company.

El Ministerio de Sanidad advierte que las nuevas formas de fumar crean adicción y tienen efectos perjudiciales para la salud

La ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en funciones inauguró la jornada "Reducción de daños en tabaco: mentiras, verdades y estrategias"

Madrid 3 de septiembre de 2019. La ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en funciones, María Luisa Carcedo, ha advertido, en la inauguración de la jornada 'Reducción de daños en tabaco: mentiras, verdades y estrategias', que "las nuevas formas de fumar crean adicción y tienen efectos perjudiciales para la salud".

La Ministra ha destacado la necesidad de "informar y alertar a la población para que sean conscientes" de ello. En esta tarea, la colaboración del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con los medios de comunicación, "es clave e imprescindible", ha asegurado.

La jornada, organizada por la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS), la Red Europea de Prevención del Tabaquismo, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, el Instituto Catalán de Oncología y el Ministerio, se dirige a profesionales de la comunicación. El objetivo es mejorar la información acerca de las implicaciones sanitarias derivadas del reciente auge en el mercado de nuevos productos de tabaco y relacionados.

Carcedo ha recordado que cada año se producen en España 50.000 muertes directamente atribuibles al consumo de tabaco. "Es un problema gravísimo de salud pública", ha asegurado. Por ello, ha mostrado la preocupación del Ministerio por el repunte de 3 puntos porcentuales del consumo diario de tabaco detectado en la encuesta EDADES 2017/2018, respecto a la de 2015/2016.

El cigarrillo tradicional de cajetilla sigue siendo la forma de consumo de tabaco más extendida, pero casi un 9% de la población de 15 a 64 años ha probado los cigarrillos electrónicos alguna vez. Entre los más jóvenes, de entre 15 y 24 años, un 13% dice haberlos consumido.

"Estos datos nos advierten de la necesidad de adoptar medidas para tratar de que la senda descendente que había mantenido en los últimos años el consumo de tabaco, vuelva a su cauce", ha asegurado Carcedo.

El **tabaquismo** constituye el principal problema de salud pública prevenible en los países desarrollados, siendo la primera causa de mortalidad y morbilidad evitables en nuestro país y el resto de países de nuestro entorno.

El tabaco de liar

El ministerio de Sanidad insiste en que es falso el mito de que el tabaco de liar es más natural, menos perjudicial; se fuma menos y es más fácil dejarlo. Todo esto es falso. Aunque lo lías tú, con-

**QUE NO TE ENGAÑEN
EL TABACO
ATA Y TE MATA
EN TODAS SUS FORMAS**

#ElTabacoAtayteMata



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL



tiene la misma o mayor cantidad de sustancias tóxicas que los cigarrillos tradicionales. Algunos estudios han encontrado mayores niveles de monóxido de carbono espirado en los fumadores de tabaco de liar, esto posiblemente está relacionado con la frecuencia e intensidad de las caladas. Por ello, aunque el número de cigarrillos al día pueda cambiar, no parece haber diferencias importantes en los patrones de consumo y adicción respecto a los cigarrillos convencionales. Además, si bien los fumadores de tabaco de liar tienen la percepción de que podrían dejar de fumar fácilmente, se ha observado menor intención de abandono y número de intentos en este grupo que en los fumadores de cigarrillos convencionales.

Los vapeadores

Francisco Rodríguez Lozano, presidente de la Red Europea para el Fin del Tabaco (ENSP) considera que las tabacaleras tienen que conseguir que la gente siga con su adicción a la nicotina, que es un negocio.

La información publicada en un estudio realizado por los científicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte ha constatado la evidencia de los riesgos que supone vapear.

Tal como nos cuenta Rodríguez Lozano "lo intentan vender como si fuera algo para dejar de fumar de una forma menos peligrosa. Mientras que la OMS dice que no". En España fuman unos nueve millones de personas, pero unos 41 millones no fuman", matiza Rodríguez.

Sobre el vapeador nos dice que "al introducir este producto nuevo estamos introduciendo otra vez el hábito de fumar". La ONU pide que desde los gobiernos se hagan unas regulaciones iguales que con los cigarrillos".

1ª Reunión del grupo de clínicas dentales Dentigrity® en Valencia

Varias de las clínicas que se han formado con la consultoría Plan Synergia se reúnen para formar un grupo común, con un doble objetivo: poder acceder a una formación de primer nivel para mejorar los resultados de la consulta, y a su vez formar parte de un grupo de clínicas que se apoyen mutuamente a distintos niveles.

En esta primera ocasión las ponencias giraron en torno a mejorar la comunicación, tanto con el equipo como con los pacientes, tanto online como offline, en definitiva, a todos los niveles.

Durante 2 días completos, 6 ponentes formaron a los más de 60 asistentes a las jornadas que vinieron de 16 clínicas distintas de toda España.

También hubo tiempo para compartir experiencias y hacer *team-building* disfrutando de un estupendo concurso masterchef de paella valenciana, que sirvió como colofón a dichas jornadas.





PREMIO 3.000€

Premio canjeable en productos Osteógenos **¡Y ADEMÁS!**
Tu foto será **PORTADA** del catálogo 2020

II CONCURSO NACIONAL DE FOTOGRAFÍA

DEL 1 DE JULIO AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2019



Busca entre tus casos clínicos o realiza una fotografía de producto relacionada con la aplicación de biomateriales.



Mádanosla por email en alta calidad a: marketing@osteogenos.com, junto con tus datos y el nombre de los productos utilizados.



Las imágenes finalistas podrán ser incluidas también en catálogo y promovidas por la empresa en sus diferentes medios.

CLAUSURA DEL MASTER DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

El pasado 4 Julio, tuvo lugar en el Aula Magna de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, el Acto de Clausura de la promoción XVIII del Máster de Cirugía Bucal.

La ceremonia de graduación fue presidida por la Dirección del Equipo de Cirugía Bucal. Tras un emotivo discurso, Jose Luis Gutierrez Perez y Daniel Torres Lagares despidieron con gran satisfacción al grupo de ya ex alumnos del master, que han culminado su formación académica y práctica en Cirugía Bucal en la Universidad de Sevilla. Entre sus palabras, resaltaron todo el esfuerzo realizado por sus familiares durante estos años, al comenzar una etapa tras concluir el grado en Odontología, pues fueron copartícipes de sus logros.



En el acto también se contó con la presencia de la Dra. Nieves Romero Rodríguez, Cardióloga en el Hospital Virgen del Rocío, quien expuso una conferencia titulada "Las razones del corazón que la razón no entiende", relacionando de una forma magistral una combinación entre las emociones y sus implicaciones en la salud cardiovascular. Posteriormente se procedió a la entrega de diplomas y becas a los alumnos recién egresados.

En la actualidad, son ya más de dieciocho promociones de profesionales de la Odontología, que han decidido completar su formación posgraduada de 3 años, en la ciudad de Sevilla en los últimos años.

INSCRIPCIONES

Dirigidos a higienistas, dentistas y estudiantes

Higienistas Colegiados o Asociados con convenio con la organización

75€ hasta el 25/09/2019
95€ tras el 25/09/2019

Socios Sepa I ANEO I AOEO Acreditados

75€ hasta el 25/09/2019
95€ tras el 25/09/2019

Otros

95€ hasta el 25/09/2019
115€ tras el 25/09/2019

Taller y mesa científica (plazas limitadas)

20€ hasta el 25/09/2019
30€ tras el 25/09/2019

La firma para la acreditación de las Jornadas debe hacerse en el horario establecido, los cursillistas que no firmen o no lo hagan en el horario establecido no obtendrán el diploma con créditos de formación continuada.

www.colegiohigienistascastillalamancha.es

www.hidegal.com

www.hidesaragon.org

CONTACTOS

SECRETARÍA TÉCNICA | Viajes El Corte Inglés MICE
Judith Hernández ☎ 976 469 628
jornadaspreventivas2019@viajeseci.es

SEDES

VIERNES
Hotel Vincci Zentro
Calle del Coso, 86 ☎ 976 70 33 00

SÁBADO
Paraninfo de Zaragoza
Plaza Basilio Paraíso, 4

SÍGUENOS EN REDES



II Jornadas Nacionales De Preventiva 2018
[@IIjornadasnacionalespreventiva](https://www.facebook.com/IIjornadasnacionalespreventiva)



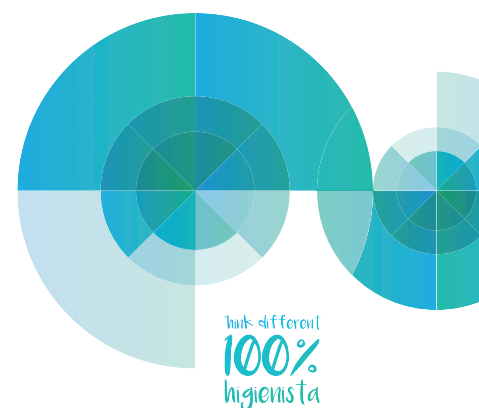
[@preventivazaragoza](https://www.instagram.com/preventivazaragoza)



II JORNADA NACIONAL DE PREVENTIVA

PARA HIGIENISTAS DENTALES

ZARAGOZA • 25-26 OCT 2019



Colegio profesional de Higienistas dentales Castilla-La Mancha
Colegio profesional de Higienistas dentales de Galicia
Asociación profesional de Higienistas bucodentales de Aragón

El COEM inaugura su ciclo científico

El Colegio de la primera Región como es tradición todos los años en septiembre inauguró su ciclo científico el día 26 en su sede en Madrid, presentando todas las actividades programadas por la Comisión Científica para los próximos meses, que hay que reconocer por su número y calidad han tenido que suponer un gran esfuerzo para toda la Comisión Científica del Colegio.

El Dr. Vicente Jiménez López fue el encargado de pronunciar la conferencia inaugural de este año con el título *EN LOS ÚLTIMOS 45 AÑOS TODO CAMBIÓ, EXCEPTO LA OCLUSIÓN*.

El Dr. Vicente Jiménez uno de los referentes de la odontología madrileña y española una vez más demostró sus conocimientos en la materia y su gran capacidad de comunicación.

El Colegio ofrece esta formación continuada que contempla las conferencias de los jueves, de acceso gratuito; las sesiones clínicas universitarias, gratuitas también y que tienen lugar algunos viernes; y los cursos de viernes/sábado que tienen un coste de 20 euros.



Vicente Jiménez

En palabras de Eugenio C. Grano de Oro, Presidente de la Comisión Científica, nos encontramos inmersos en una época de grandes cambios en la Odontología en la que prácticamente cada día nos presentan nuevos materiales y dispositivos orientados a hacer nuestra práctica diaria más sencilla y eficiente. Sin embargo, muchas veces no disponemos de información suficiente y fiable sobre estos avances, con este programa esperamos hacer llegar a todos la posibilidad de estar al día en los conocimientos nuevos de nuestra profesión.



Miembros Comisión Científica

Actualidad sobre el sarampión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto en marcha el "Plan de Respuesta Estratégica para una Emergencia de Sarampión" con el que se pretende garantizar un compromiso financiero que logre detener la propagación del sarampión en Europa.

Esta decisión se produce tras la notificación de más de 120.000 casos de sarampión en los doce meses transcurridos entre agosto de 2018 y julio de 2019, lo que supone más del doble de lo registrado en la región europea de la OMS en más de una década.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha verificado que España es un país libre de este virus, lo que se ha presentado como un éxito del Plan Nacional de Salud, según el Ministerio de Sanidad.

A pesar de esta calificación el Ministerio de Sanidad ha recomendado a las Comunidades Autónomas, que son las que tienen las competencias, la vacunación de todos los ciudadanos nacidos a partir de 1970 en el marco de la aplicación del Plan de prevención contra esta enfermedad.

I Jornadas Salud Bucodental en parálisis cerebral y otras discapacidades afines

En Valladolid el 19 de septiembre.

Confederación ASPACE llevó a cabo el evento con la colaboración de ASPACE Castilla y León, la Sociedad Española de Odontoestomatología para pacientes con necesidades especiales (SEOENE), y el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

La cita de estas jornadas tuvo lugar en el Auditorio de las Cortes de Castilla y León. El acto de inauguración contó con la participación de la presidenta de la Confederación ASPACE Manuela Muro; el presidente de ASPACE Castilla y León, Luis Ángel Pérez; el presidente de las Cortes de Castilla y León, Luis Fuentes, Ricardo Rivero, rector de la Universidad de Salamanca; José Cruz Ruiz Villandiego, presidente de SEOENE y Siro Lleras, Jefe del Servicio de Coordinación Sociosanitaria y Salud Mental.

En palabras de Manuela Muro, “la salud bucodental y la prevención de los problemas orales son claves, ya que impactan en las personas con parálisis cerebral a nivel estético, pero sobre todo en cuestiones relacionadas con su calidad de vida como la alimentación y la higiene oral.” Asimismo, Muro aseguró que “los profesionales de este sector deben comprender qué implica una discapacidad como la nuestra. Deben estar preparados para atender a una persona con parálisis cerebral al igual que a cualquier otra persona sin esta discapacidad.”

Por su parte el presidente de ASPACE Castilla León, Luis Ángel Pérez comentó que “dentro de los problemas de salud con los



que suelen encontrarse las personas, los aspectos bucodentales constituyen un problema de primera índole, por su impacto físico, social y psicológico.” Pérez continuó reconociendo que “queda mucho camino por recorrer, es necesario que se incida más en las actividades preventivas en este grupo de población, y que se creen más unidades de referencia especializadas con profesionales, que garanticen la atención a estos pacientes y que cuenten con un equipamiento adecuado en todas las provincias.”

La Jornada contó con ponentes de reconocido prestigio en el ámbito bucodental también hubo tiempo para los coloquios, con temas tan interesantes como la importancia de los programas de control de la placa bacteriana en personas con parálisis cerebral, el manejo de la ansiedad en el paciente y la familia que acuden a tratamiento odontológico, o los aspectos médico-legales de interés en la clínica dental en personas con parálisis cerebral y otras discapacidades afines.

DVD Dental, nuevo distribuidor oficial de 3Shape en España



DVD
DENTAL

La empresa amplía su catálogo de productos con el resto del grupo: aparatología, consumible, implantes y CAD-CAM.

Este acuerdo entre DVD Dental y 3Shape refuerza la distribución de las soluciones digitales del grupo DVD.

DVD
DENTAL

etk
A LYRA COMPANY



SEOENE

Sociedad Española de Odontoestomatología
para pacientes con necesidades especiales

- Médicamente comprometidos
- Pacientes Discapacitados: psíquicos, físicos y sensoriales.
- Pacientes Geriátricos: demencias, Alzheimer
- Pacientes con fobia / pánico



Nuevas Tecnologías en Odontología para Pacientes con Necesidades Especiales

Programa de TALLERES: desde el Jueves día 7 hasta el sábado día 9 de Noviembre.

Los talleres serán abiertos y van incluidos dentro del precio de la inscripción al Congreso. Las plazas se reservarán por riguroso orden de entrada en el correo electrónico talleresseoene19@gmail.com, indicando el nombre del taller al que desea asistir, la profesión y la especialidad del interesado. Los talleres tendrán control riguroso de asistencia.

<https://seoenejaen.com/talleres/>

Programa CIENTÍFICO del CONGRESO: desde el Viernes día 8 hasta el sábado día 9 de Noviembre.

Implantes en pacientes con patologías sistémicas.
Odontología en enfermedades raras.
Modelo sueco de atención odontológica a pacientes especiales
Farmacología en Odontología
Endodoncia en pacientes medicamente comprometidos
El Laser en Pacientes Especiales
Odontología y Autismo
Criterios de tratamiento en gabinete dental de la Apnea del Sueño
Flujo Digital con pacientes especiales

<https://seoenejaen.com/programa/>



Una mujer, una sonrisa

Proyecto de la Fundación Odontología Social Luis Séiquer (FOS) con la colaboración de Helvetia Seguros.



A través de esta iniciativa solidaria se trata de mejorar la salud bucodental de mujeres que han sido víctimas de violencia de género, con el objetivo de ayudarlas a reinserirse en la sociedad y aumentar su autoestima.

Helvetia Seguros ha firmado un acuerdo de colaboración con la Fundación Odontología Social Luis Séiquer (FOS) para llevar a cabo el proyecto “Una mujer, una sonrisa”, con el que se pretende fomentar la reinserción social y mejorar la autoestima de mujeres que han sido víctimas de violencia de género.

A través de este proyecto, que nació en 2013 de la mano de la Fundación Odontología Social Luis Séiquer y que está apoyado por el Ayuntamiento de Sevilla, odontólogos que colaboran con la fundación atienden de manera gratuita a mujeres de la provincia de Sevilla que han sido víctimas de violencia de género y que presentan lesiones bucodentales.

La Delegación de Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación del Ayuntamiento de Sevilla se encarga de seleccionar a las afectadas que participan en este programa.

En la presentación del proyecto, que tuvo lugar en Sevilla el día 10 de septiembre en la Sala Helvetia, han estado presentes Antonio Castaño, presidente y fundador de FOS, Íñigo Soto, director general de Helvetia Seguros, Javier García, director de Marketing y Responsabilidad Corporativa de la aseguradora, y Juan Manuel Flores, teniente de alcalde delegado del Área de Bienestar Social, Empleo y Planes Integrales de Transformación Social del Ayuntamiento de Sevilla.

Desde 2013, gracias a este proyecto, más de 80 mujeres de la provincia de Sevilla han recuperado su sonrisa.

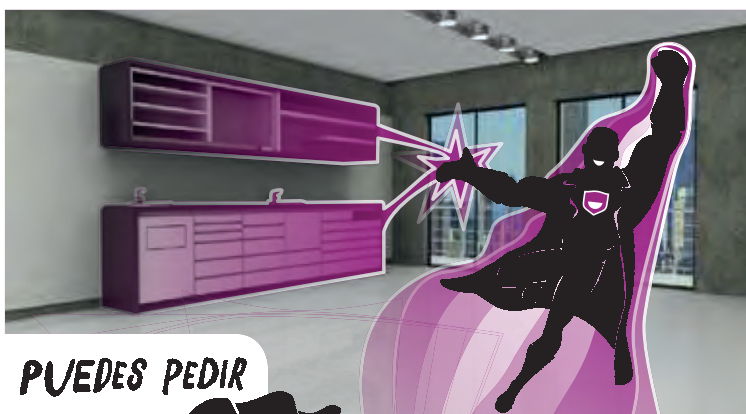


A. Castaño e Íñigo Soto.



J. García, A. Castaño, I. Soto y J. M. Flores.

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



PUEDES PEDIR



Y TENER



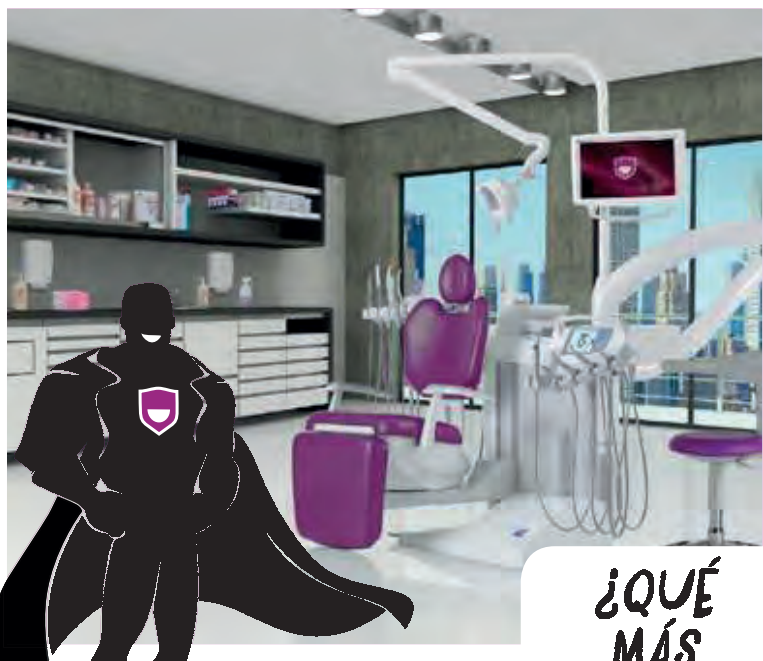
**COMO TÚ
QUIERAS**



**¡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

Entrega Premios SECIB

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) celebró la entrega de los Premios SECIB 2018 en sus categorías Internacional, Nacional y Comunicación, en el Colegio de Odontólogos de Cataluña.

Se trata de la quinta edición de estos galardones honoríficos que en esta ocasión han tenido como protagonistas al estadounidense Michael Miloro, profesor y jefe del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de Chicago (Universidad de Illinois); al presidente del Colegio de Dentistas de La Coruña, y al diario *El Independiente*.

El Dr. Miloro, uno de los mayores expertos a nivel mundial en lesiones nerviosas del trigémino, ha manifestado aceptar el Premio SECIB Internacional “con gran placer y humildad” y ha asegurado que “es gratificante saber que tenemos objetivos comunes en todo el mundo, es decir, avanzar en nuestra especialidad a través de la educación y la capacitación, así como con la investigación y la colaboración con el fin de practicar una medicina basada en la evidencia y brindar de este modo la mejor atención a nuestros pacientes”.

Cristina Castro, periodista de *El Independiente*, recogió el Premio SECIB Comunicación por la atención prestada a toda la información relacionada con la salud bucodental y con el ejercicio profesional y, en particular, por la cobertura y el tratamiento del caso iDental. Castro, que se ha referido a iDental como “el mayor escándalo de la historia sanitaria de nuestro país”, ha afirmado que este premio le da aún más fuerzas para seguir trabajando por trasladar al público información sobre el caso iDental y poner el granito de arena con el que los medios podemos contribuir a que la sociedad y la Administración sean más conscientes de este escándalo y que puedan desaparecer las situaciones o abusos que lo permitieron.

El presidente de la Sociedad Española de Cirugía Bucal, Miguel Peñarrocha, ha resaltado que para SECIB es un orgullo entregar unos galardones que reconocen la excelencia y los logros alcanzados en el trabajo de cada uno de los premiados. Así, ha destacado el enorme acierto y valentía con el que Cristina Castro y *El Independiente* han tratado el escándalo de iDental, defendiendo en todo momento a los pacientes y a los profesionales de la salud oral. Del mismo modo, ha resaltado la figura del Dr. Miloro como “un referente mundial por sus trabajos en regeneración nerviosa y deformidades craneofaciales, por su labor docente y por ser autor de varios de los libros más importantes de la Cirugía Oral y Maxilofacial actual”.

El acto de entrega de los Premios SECIB 2018 ha estado precedido por una Jornada de Actualización en Cirugía Bucal.

Mireia Hoyos, profesora de Bioingeniería de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) e investigadora del Bioengineering Institute of Technology (BIT), ha expuesto diferentes estrategias para mejorar la viabilidad de los implantes dentales, como la utilización de biosensores para la detección de las bacterias en una fase inicial del proceso de desarrollo de biofilm, o la mejora de la superficie del implante, gracias a su biofuncionalización mediante la inmovilización de biomoléculas orgánicas, dando al implante propiedades osteointegrativas y antibacterianas.

Las lesiones nerviosas en Cirugía Bucal han sido el eje de la ponencia de Michael Miloro. En concreto se ha referido a las técnicas de regeneración nerviosa con aloinjertos nerviosos, tanto en lesiones traumáticas como en las secuelas por cirugía de tumores. La técnica descrita por el Dr. Miloro se basa en la eliminación del tejido nervioso dañado y la conexión sin tensiones con el aloinjerto y está obteniendo unos resultados de regeneración nerviosa excelentes.



Michael Miloro, Cristina Castro, Miguel Peñarrocha

XVII Congreso Sevilla



SECIB

24-26 Octubre 2019

III Congreso SECIB JOVEN



9
de Octubre
**FIN CUOTA
DESCUENTO**

Comité Organizador

Presidente del Congreso
Vicepresidente
Tesorero
Secretaria
Vocales

José Luis Gutiérrez
Rafael Flores
Jordi Barrionuevo
Aida Gutiérrez
Rosa M^a Díaz
Ignacio Fernández
Maribel González
José Manuel Somoza
Marta de Ventura

Comité Científico

Presidente
Vicepresidente
Secretarias

Daniel Torres
Antonio Batista
Eugenia Asián
Lola Conde

Estética

Herminio García, España

Carga inmediata en implantes adyacentes en zona estética

Óscar González, España

Tratamiento de las complicaciones estéticas en la terapia sobre implantes

Bruno Pereira, España

Planificación Digital & Integración Facial

Silvestre Ripoll, España

¿Cuál es el lugar de la cirugía plástica periodontal en los tratamientos estéticos multidisciplinares actuales?
Un enfoque clínico

Nuevas Tecnologías

Javier Gil, España

Recubrimientos de implantes dentales de doble acción: inhibición de la infección bacteriana e integración de tejidos

Argimiro Hernández, Venezuela

Nuevos protocolos de Bioingeniería para la Regeneración Ósea Guiada (ROG), mediante andamios de Concentrados Plaquetarios

Sebastián Ortolani, España

Microcirugía Apical: de la planificación quirúrgica a la evaluación 3D

Raquel Osorio, España

Nanotecnología en regeneración ósea

Regeneración Ósea

Nuno Cruz, Portugal

Prosthetic Guided Bone Regeneration:
An individualized solution

Pietro Felice, Italia

The Interpositional bone block technique in the treatment of the atrophic posterior mandible

Pier Gallo, Colombia

Mitos y Realidades de la Regeneración Ósea Vertical

David González, España

Tratamiento de fracasos implantológicos en la Zona Estética con Regeneración Ósea 3D

Mauricio Lizarazo, España

Regeneración tisular protésicamente guiada con tecnología CAD/CAM

Paulo Fernando Mesquita, Brasil

Problemas estéticos y mucogingivales alrededor de los implantes

Implantología

Alberto Fernández, España

Implantes Cigomáticos. Propuesta de una clasificación clínica, con implicaciones pronósticas y terapéuticas

Pablo Galindo, España

Diseño del implante y sus consecuencias biológicas

Ramón Gómez, España

Manejo de complicaciones estéticas con implantes en el área anterior

André Chen, Portugal

The Digital Integration in Full-Mouth Implant Rehabilitation

**SECIB
JOVEN**

Ramón Gómez, España

ROG Horizontal y Vertical Predecible

Patología

José Vicente Bagán, España

Cáncer Oral: Manifestaciones clínicas y su diagnóstico

Paolo Vescovi, Italia

New technologies in diagnosis and treatment of early oral cancer

Curso de Higienistas

Cristóbal Rivera, España

¿Cómo actuar ante las principales Urgencias en el Gabinete Dental?

Preparación y Mantenimiento del Campo Quirúrgico

Ignacio Fernández, España

Prevención de Patologías infecciosas de alto riesgo en la consulta dental

Aida Gutiérrez, España

Diagnostico precoz del Cáncer Oral y Lesiones Potencialmente Malignas en la cavidad oral para el Higienista Dental

Rosa M^a Díaz, España

Nueva clasificación de enfermedades periodontales (2018), nuevos avances terapéuticos

Yudex Rizcala, España

Mantenimiento de las Rehabilitaciones Implantológicas para prevenir la Periimplantitis

Consultar los Talleres en la página web

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA BUCAL

www.secibonline.com



Secretaría Técnica

Grupo Meraki- Eventos con alma
c/ Bruc, 28, 2º - 08010 Barcelona
Tel. 607 499 365

secibsevilla2019@emedeuve.com

Hablamos con Paulina Aliaga Sancho

Doctora en Odontología y especialista en Cirugía Oral



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO

Decana de odontología de la Universidad San Francisco de Quito, ha sido la anfitriona de la reunión de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología. Nos da su visión de la profesión desde Ecuador al tiempo que nos presenta su Universidad.

Usted ha sido la anfitriona de la última reunión de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología (FIEFO), celebradas en su Universidad, en Quito. ¿Qué valoración nos puede hacer de este encuentro?

La experiencia con la FIEFO fue realmente enriquecedora y motivadora para todas las facultades que formamos parte de la federación, hubo un espacio para la presentación de todas las universidades asistentes lo que nos llevó a conocernos mejor y al desarrollo de un gran ambiente de trabajo. Se llegó a importantes conclusiones para desarrollar proyectos de investigación en conjunto y la creación de un comité internacional de investigación, la oferta de estancias académicas por especialidad, fomentar la movilidad entre profesores y alumnos, y un análisis de las mallas curriculares de cada país. Se iniciaron ya estudios multicéntricos con varias universidades los que se presentarán en la próxima asamblea que será en Mérida (México) en junio del 2020.

¿Cómo nació la Universidad de San Francisco de Quito y como iniciaron los estudios de odontología?

La Universidad San Francisco de Quito se fundó en 1988 como la primera universidad privada del Ecuador y es la única en obtener la acreditación internacional (ABET) para las carreras de Ing. industrial y Mecánica, fue seleccionada entre las 7 mejores universidades de Latinoamérica para estudiar en el extranjero de acuerdo a la organización GoAbroad, se ubica entre las mejores universidades de Ecuador, clasificada en la más alta categoría (Categoría A) por el Consejo Nacional de Evaluación y Acredita-

ción de la Educación Superior CONEA, siendo la única universidad totalmente privada del Ecuador en esta categoría.

La USFQ es la universidad #1 del Ecuador y #51 de América Latina por 'QS Latin American University Rankings 2018'. Nuestro modelo de educación está dirigido a la formación de profesionales líderes, innovadores y emprendedores, sirviendo a la comunidad dentro de la filosofía de las Artes Liberales e integrando a todos los sectores de la sociedad local y regional.

En la Universidad San Francisco de Quito se promueve una educación humanista, integral y basada en la libertad, los alumnos reciben una educación multidisciplinaria que les da una gran fortaleza al ser preparados no solamente en la carrera que escogieron, sino reciben una educación integral al tomar entre su malla curricular diferentes materias como, Música, Historia, Filosofía, Literatura, Economía, Administración entre otras, logrando así una visión más amplia de la sociedad y preparándolos mejor para su vida profesional.



Estas son las carreras que ofrece la USFQ a sus estudiantes:

- Colegio de Administración y Economía - CADE
- Colegio de Arquitectura y Diseño Interior - CADi
- Colegio de Ciencias Biológicas y Ambientales - COCIBA
- Colegio de Ciencias de la Salud - COCSA
- Colegio de Ciencias e Ingenierías - El Politécnico
- Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades - COCISOH
- Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas - COCOA
- Colegio de Hospitalidad, Arte Culinario y Turismo - CHAT
- Colegio de Jurisprudencia - JUR
- College of Music - COM

En 1998 se creó la Escuela de Odontología como parte del Colegio de Ciencias de la Salud y en el 2015 fue calificada con categoría A por el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior CONEA.

Hemos graduado ya varias generaciones a lo largo de los años y nuestros alumnos están muy bien situados a nivel profesional en las diferentes áreas de la Odontología, muchos de ellos colaboran con nosotros como docentes una vez que han regresado de sus maestrías a nivel internacional aportando así en la formación de nuevas generaciones bajo la filosofía de las artes liberales.

Los estudios de Odontología en el Ecuador están principalmente dirigidos por las políticas del gobierno central

¿Nos puede contar cómo son los estudios reglados en odontología en su país?

Los estudios de Odontología en el Ecuador están principalmente dirigidos por las políticas del gobierno central, quienes a través de sus entidades de control estipulan el modelo a seguir de las mallas curriculares, en términos de carga horaria y contenido (principalmente) lo que da el esqueleto para que la universidad a partir de ahí personalice su modelo educacional.

Lleva más de veinte años dedicada a la docencia. ¿Ha cambiado mucho el perfil de los estudiantes en este tiempo?

El perfil del estudiante se ha ido adaptando a los cambios que los entes de educación del gobierno han ido proponiendo. Este cambio ha sido paulatino y reiterado, dado los cambios políticos

“Con la existencia de pocas facultades de odontología, las regulaciones a la calidad en educación eran bastante escuetas”

dentro del país. En ese sentido, la percepción que hemos tenido es la de un modelo un poco más enfocado en aspectos sociales y de salud pública.

La nueva regulación para la acreditación a partir del año 2015 fue una de las principales iniciativas que se tuvo con el fin de mejorar la calidad de los egresados de odontología, y de alguna forma medir y homogeneizar el nivel de las universidades. En ese año se implementó el examen de habilitación profesional y la aprobación del mismo es un requisito indispensable para que odontólogo pueda ejercer. En el caso de los alumnos de la USFQ tenemos un total de aprobación del 100% en todas las generaciones.

En España los estudios de odontología como carrera universitaria y profesión independiente de la medicina se aprobaron por Ley en el año 1986. ¿En su opinión cuáles han sido los mayores cambios que se han producido en el campo de la odontología en este tiempo?

Antes, con la existencia de pocas facultades de odontología, las regulaciones a la calidad en educación eran bastante escuetas, además, la implementación de nuevos posgrados y la exigencia por parte de las normas de la inclusión de profesores investigadores y expertos en el área que están impartiendo, han generado un cambio en la generación de conocimiento científico de las carreras.



¿La población ecuatoriana se preocupa de su salud bucodental? ¿Existen campañas de prevención en su país?

En el Ecuador hay una alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, por lo que existen campañas de prevención dirigidas por el Ministerio de Salud y en las universidades trabajamos formando a nuestros estudiantes para reconocer los factores determinantes de la caries y se encarguen a su vez de educar a sus pacientes para que tomen conciencia de los riesgos y consecuencias que esta condición implica. La USFQ aporta a la sociedad a través de nuestras campañas de vinculación a la comunidad, en la que participan alumnos de pregrado, posgrado y docentes, acudimos a sectores rurales donde no hay acceso a una atención odontológica de calidad, educamos a las comunidades mediante charlas a los padres y maestros que no tienen un conocimiento claro de técnicas de cepillado, higiene y nutrición, damos atención odontológica preventiva y curativa a niños y adultos. Para esto tenemos unidades móviles que armamos en las comunidades logrando así nuestro objetivo con eficiencia y calidad.

¿Cuáles son las actividades que se desarrollan en el área de salud pública de su país?

El Ministerio de Salud Pública realiza a través de los odontólogos rurales diferentes proyectos en miras a obtener una mejor salud oral en la población, se hacen:

- Capacitaciones al personal odontológico en promoción de la Salud bucal.
- Implementación del Programa de Educación de Salud Bucal en Escolares del Ecuador.
- Monitoreo del contenido de flúor en la sal de consumo humano.
- Implementación del Programa Nacional de Prevención a través de la Aplicación de sellantes.
- Implementación del Programa Nacional de Prevención mediante la técnica ART.



“... se podría decir que el futuro del odontólogo general estaría dirigido a trabajar en el sector público mientras que los especialistas tienden a tener mayor cabida en el sector privado”



En España estamos inmersos en un debate sobre la necesidad de especialidades en odontología. ¿Cómo



¿ve usted el futuro del odontólogo generalista? ¿Cómo están en Ecuador las especialidades?

En el Ecuador, una vez que se ha obtenido el título de tercer nivel hay mucha demanda por los estudios de posgrado, toda la oferta universitaria para especialidades odontológicas está copada. Los Odontólogos egresados de pregrado de la USFQ salen capacitados y preparados para su práctica privada, sin embargo, el país los insta a obtener estudios de posgrados para su mejor desarrollo personal y profesional debido a que los tratamientos de especialidad debe realizarlos un profesional con título de cuarto nivel en el área.

Por todo esto se podría decir que el futuro del odontólogo general estaría dirigido a trabajar en el sector público mientras que los especialistas tienden a tener mayor cabida en el sector privado.

¿Qué le motivó a realizar los estudios de odontología?

Siempre tuve más inclinación por las clases de ciencias biológicas antes que las matemáticas y realicé mi tesis de grado del colegio haciendo un estudio de prevalencia de caries en una es-

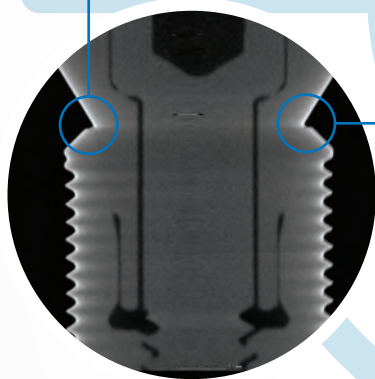
gapZero®

EL IMPLANTE LIBRE DE FILTRACIÓN BACTERIANA

Gracias a un proceso de fabricación y un control de calidad únicos:

Tolerancia de fabricación inferior a 7 micras (0,007 mm) para un ajuste perfecto.

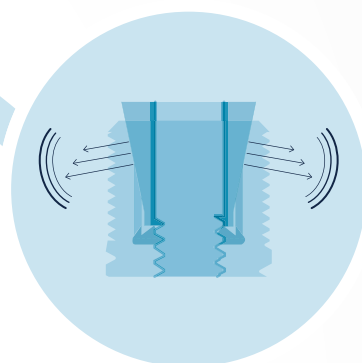
Ajuste perfecto a 20 y 30 Ncm



GAPO

El **RESULTADO** es un implante libre de filtración bacteriana que disminuye el riesgo de periimplantitis y proporciona un excelente mantenimiento del nivel de hueso marginal.

Conexión cónica de 11 grados para un sellado perfecto y una distribución de fuerzas respetuosa con el hueso.



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY



Verificación del 100% de las piezas producidas para garantizar el nivel de calidad de implantes y aditamentos.

Imagen CT de la Universidad de Minnesota.



ticareimplants.com | @ticareimplants
+34 983 309 602 | info@ticareimplants.com

Escanea el código para ver el vídeo explicativo del estudio
ticareimplants.com/gapZero



• • • • •

“En el plano docente y de dirección de la facultad es un reto diario y un compromiso con la institución, con los alumnos y hasta los padres”

• • • • •

cuela pública y al conocer lo que era la Odontología y todo el trabajo que se podía hacer hacia la salud oral, me decidí por esta hermosa carrera.

¿Qué ha significado en su vida personal la profesión que ha elegido? ¿Siempre supo que quería dedicarse a la odontología o fue una decisión más espontánea?

Pienso que la correcta elección de su carrera en la vida de un individuo le da una gran satisfacción personal y profesional. Yo disfruto mucho todos los escenarios que se me han presentado a lo largo de mi carrera siempre con la visión de aprender más y estar a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos.

Desempeña una labor profesional multidisciplinar: docencia, práctica clínica... cuál es su actividad preferida y por qué?

En el plano docente y de dirección de la facultad es un reto diario y un compromiso con la institución, con los alumnos y hasta los padres de familia que han puesto la confianza en nosotros para formar a sus hijos, somos la universidad privada número 1 en el país y los estándares de calidad con los que hemos formado a nuestros alumnos se ven reflejados en el éxito en sus exámenes de habilitación profesional, al ingreso de sus posgrados y en su práctica profesional, todo esto me da gran satisfacción porque el éxito de ellos es el reflejo de un trabajo en equipo bien realizado, lo cual me da una gran satisfacción personal. La práctica clínica es para lo que me formé y la disfruto a diario, siempre con sed de aprender más.



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

Una vez que un alumno termina su carrera debe saber que solamente es un paso más, si bien están dando inicio a su actividad profesional con mucha ilusión y empeño, será importante mantenerse en constante actualización en su área para dar un mejor servicio profesional a la comunidad. En la USFQ nuestros alumnos de pregrado y posgrado asisten a charlas de actualización con reconocidos maestros y científicos internacionales en cualquier especialidad y eso les da una amplia visión en todas las especialidades para lograr hacer un trabajo integral en sus pacientes.

• • • • •

“En la USFQ nuestros alumnos de pregrado y posgrado asisten a charlas de actualización con reconocidos maestros y científicos internacionales en cualquier especialidad”

• • • • •



INTERNATIONAL COLLEGE OF DENTISTS

Primera reunión científico-solidaria en beneficio de la Philip Dear Foundation



16 de Noviembre de 2019

Facultad de Odontología - Universidad de Sevilla

Más información e inscripciones en: <https://eventosodontologia.com/college-sevilla/>

Santiago Jané Noblom

Regent del International College of Dentist (ICD)

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona en el año 1974, Estomatólogo por la Universidad de Barcelona en el año 1977, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona en el año 1988, Profesor asociado en la Universidad de Barcelona en las asignaturas de Prótesis e Integrada en adultos, desde 1977 hasta 2008, Jefe servicio Hospital Cruz Roja de Barcelona desde 1985 hasta 1995. Cofundador Clínica ECO de Barcelona donde ejerce actualmente la profesión.



¿Qué tipo de organización es el ICD (International College of Dentist)?

El International College of Dentist es una Sociedad Científica Honorífica que cumple ahora 100 años desde su fundación en Estados Unidos y Japón. El lema del ICD es "Reconociendo el servicio y la oportunidad de servir". Ayuda a proyectos solidarios repartidos por el mundo

¿Cómo se accede para ser miembro de la organización?

Se accede al ICD por invitación de alguno de los Miembros, tras la presentación del Curriculum y la aprobación por parte del Board of Regents. Se valora la calidad Profesional, su dedicación y servicio al progreso de la Odontología en beneficio de la Sociedad.

¿Cómo está estructurada su organización?

ICD tiene más de 12000 miembros odontólogos y estomatólogos de todas las especialidades. Está en 122 países y se organizan por Secciones y Distritos. Europa es la Sección V y España el Distrito XII. La Central está en Estados Unidos y hay un Consejo Internacional que la dirige. Cada sección tiene su propio Presidente y Secretario además de los Regents de cada Distrito. En Europa se organiza una reunión anual, la próxima será en Oporto los días 10 al 14 de junio del 2020

El próximo 16 de noviembre celebran en Sevilla una reunión científico solidaria en beneficio de la Philip Dear Foundation. ¿Nos puede contar que objetivos tiene esta fundación y de quien depende?

La Philip Dear Foundation, es una Fundación creada en 2005 por la Sección Europea, su objetivo es ayudar a proyectos solidarios y educativos relacionados con la Odontología. Se financia por donaciones y una parte importante de las cuotas de los miembros europeos del ICD

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

Actualmente hay un exceso de dentistas para el número de pacientes que acuden en busca de tratamiento dental. Las empresas que ofertan tratamientos dentales o los dentistas que actúan empresarialmente imitándolas, hacen mucho daño a la Profesión, mercantilizan la misma hasta límites que nunca antes habíamos visto, eliminando la ética que ha de acompañar a la sanidad. Los que más padecen esto son los recién graduados, que para poder trabajar y subsistir han de luchar contra este tipo de clínicas o unirse a ellas, con las consecuencias que conocemos en muchos casos, sueldos bajos, sobretratamientos, obligación de rendimiento económico...

¿Considera que la profesión está bien valorada en nuestra sociedad?

Por desgracia creo que no. La Sociedad, en una gran mayoría, todavía no se ha olvidado de los tópicos que nos acompañan, aunque posiblemente, por lo comentado anteriormente, no dejan de tener algo de razón. Los Colegios Profesionales están trabajando en este sentido, aunque aún queda mucho por hacer. Pero hay una cosa importante, cuando les quitamos el dolor de muelas nos suben a los altares, algo es algo.

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

Soy optimista por naturaleza y creo que sí, habría que modificar alguna cosilla. La publicidad debería estar regulada, si no prohibida. Regular el número de Universidades y estudiantes de odontología, y sobre todo la forma en que las empresas dentales en muchas ocasiones están actuando dejando al odontólogo la margen de las decisiones y la dirección facultativa efectiva en los centros

Pero para mí lo más importante está en nuestras manos, los profesionales. La ética debe estar presente en todos nuestros actos, sin ética, difícilmente dormiremos tranquilos y la sociedad no valorará el enorme esfuerzo que nuestra profesión requiere

¿Cuáles cree que son los principales retos que afrontan los profesionales de hoy?

Poder trabajar y trabajar para poder acceder a la exigente formación continuada y los altos costes del equipamiento que



Grupo de fellows y acompañantes de España.



S. Jané (Reagent España) y Vicente Lozano (Viceregent E.).

está en constante evolución. Si no estás al día, lo tienes muy difícil.

¿Qué proyectos inmediatos tiene para el ICD?

La reunión Científico-solidaria que celebraremos el día 16 de noviembre en Sevilla. Es la primera vez que se celebra un evento de este estilo y nos hace mucha ilusión. La estamos preparando conjuntamente el Dr. Vicente Lozano y el Dr. Antonio Castaño con la colaboración de la Universidad de Sevilla que nos cede el local, Swedent-Martina y Lacer. Espero que la promoción que nos da tu magnífica revista nos ayude al éxito.

¿Cuáles son sus aficiones?

Mi Familia que es mi vida, me soporta y acompaña, la Odontología que es mi orgullo, el golf que es mi asignatura pendiente y que seguirá siéndolo, el mar que me relaja y la velocidad, aunque cada vez menos, los radares no perdonan.

Una recomendación para los profesionales recién graduados que se incorporan a la profesión.

Que tengan paciencia, que para que salgan flores hay que ir regando cada día. Que no dejen de estudiar y que la ética debe estar presente constantemente en todas las facetas de la Profesión.

TÉCNICA SPLIT CREST: UNA ALTERNATIVA PARA MANDÍBULAS ATRÓFICAS

Ana María Arnedo Martínez ⁽¹⁾
Fernando Fernández Cáliz ⁽²⁾

Natalia Martínez Rodríguez ⁽²⁾
Cristina Barona Dorado ⁽³⁾

José M^a Martínez González ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

⁽²⁾ Coordinador del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

⁽³⁾ Profesora Contratada Doctor Interina de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. UCM.

⁽⁴⁾ Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología. UCM.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la rehabilitación protésica sobre implantes se ha convertido en un tratamiento altamente demandado en las clínicas dentales. Sin embargo, existen casos de atrofia ósea severas, tanto en sentido vertical como horizontal, que han llevado al desarrollo de muchos procedimientos con el fin de obtener un aumento óseo, de mejorar la cantidad y calidad de hueso, y así lograr un tratamiento de implantes más predecible⁽¹⁾.

Las principales técnicas descritas en la literatura para este tipo de atrofia ósea en sentido horizontal son: injerto en bloque, distracción alveolar osteogénica, implantes estrechos, técnica de Ridge Split o Técnica Split Crest, pudiéndose realizar con dilatadores, expansores, piezoeléctrico o cinceles y la regeneración ósea guiada (ROG), siendo la técnica más empleada a día de hoy⁽²⁻⁴⁾.

Las primeras descripciones sobre la expansión ósea las realizó Tatum⁽⁵⁾, sin embargo, fue Summers^(6,7) en 1994, quien presentó los primeros osteodilatadores con forma cilíndrica, con diámetros que aumentaban progresivamente, obteniendo una ampliación de las crestas óseas buscando la colocación de los implantes con estabilidad primaria. Anitua y cols.⁽⁸⁾ en el artículo publicado en 2011, consideraron que una cresta desdentada con un grosor de <5 mm requería procedimientos de aumento óseo antes o después de la colocación de implantes, para establecer una pared ósea de al menos 1 mm en torno de ellos, con el fin de obtener mayor éxito en los tratamientos^(2,3,9).

En el maxilar se puede llegar a conseguir expansiones óseas de hasta 4 mm, a diferencia de la mandíbula que debido a sus corticales más rígidas permiten una expansión menor. Esta técnica en concreto, aumenta el reborde alveolar mediante la corticotomía, posteriormente expande la cresta y finalmente termina con la inserción de los implantes, siendo sugerida por algunos autores para evitar la realización de injertos^(2,10).

Para realizar la expansión quirúrgica, técnica de expansión alveolar, técnica de separación de reborde alveolar, osteotomía sagital,

técnica de expansión de cresta o técnica "Split Crest", es necesario un mínimo vestíbulo-lingual/palatino de 3 mm, siendo al menos uno de estos 3 mm de hueso en cada cortical y otro mm de hueso esponjoso. Esta técnica consiste en la separación de las corticales vestibular y lingual/palatino a través de una osteotomía crestral, provocando una fractura en tallo verde para posteriormente colocar los implantes de forma inmediata o diferida. Hay ocasiones donde se realizan dos osteotomías laterales en los sectores anterior y posterior de la región vestibular con el mismo fin^(2,4,11,12).

Este tipo de técnica, no utiliza exclusivamente injertos autólogos o biomateriales para conseguir una ganancia ósea, sino que se ayuda de la capacidad regenerativa de la fractura ósea en el momento que se realiza la expansión⁽⁴⁾.

La expansión horizontal de la cresta alveolar pretende corregir; por un lado, la concavidad bucal que en ocasiones aparece tras la extracción dentaria y por otro lado, lateralizar el eje implantario, así como expandir la cortical para generar el espacio necesario para la colocación del implante y conseguir de esta manera un perfil de emergencia ideal que ayude y favorezca la higiene⁽²⁾.

Es difícil predecir la ganancia ósea que se puede obtener con esta técnica en mandíbulas atroficas horizontalmente, ya que cualquier aumento de la cresta alveolar ya se considera un éxito^(4,11,12).

El objetivo de la presente publicación es la descripción de un caso clínico con atrofia mandibular, rehabilitado empleando la técnica quirúrgica Split Crest con la colocación simultánea de los implantes.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 67 años, acudió al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma de Madrid remitida por su odontólogo general, para la rehabilitación total mandibular. No presentaba antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, sin embargo, era alérgica al cobalto y al níquel.



Fig 1. Aspecto intraoral con edentulismo parcial inferior.



Fig 2. Radiografía Panorámica inicial.

A la exploración intraoral se observó edentulismo parcial en la arcada inferior (Figura 1) y en la radiografía panorámica presentaba gran pérdida ósea en sectores posteriores y enfermedad periodontal grave en dientes remanentes, teniendo movilidad grado II en 33 y 43 y grado III en 32, 34 y 35 (Figura 2). La paciente también aportó un TAC antiguo del 2016, el cual confirmaba que existía un reborde alveolar estrecho (Figura 3 y 4).

Se le explicó detalladamente el plan de tratamiento que consistía en, primeramente, la confección de una prótesis inferior provisional y en las extracciones 32-35 y 43, en la posterior colocación de implantes en 44, 42, 32 y 34 con expansión ósea y la rehabilitación final con sobredentadura.

Tras firmar el consentimiento informado, se procedió a las extracciones del 32-35 y 43 y se suturó con puntos simples con seda

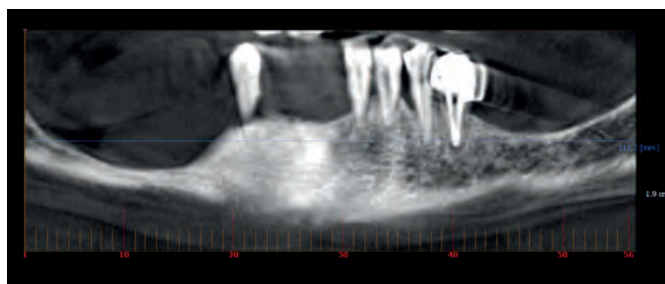


Fig 3. Corte panorámico del TAC con reborde alveolar estrecho.

3.0, para posteriormente colocar la prótesis inferior provisional (Figura 5 y 6).

Pasados 15 días, se retiró la sutura y se solicitó a las 6 semanas un TAC inferior nuevo. El TAC confirmó que en los cortes ortorradiales del cuarto cuadrante, la anchura de la cresta alveolar

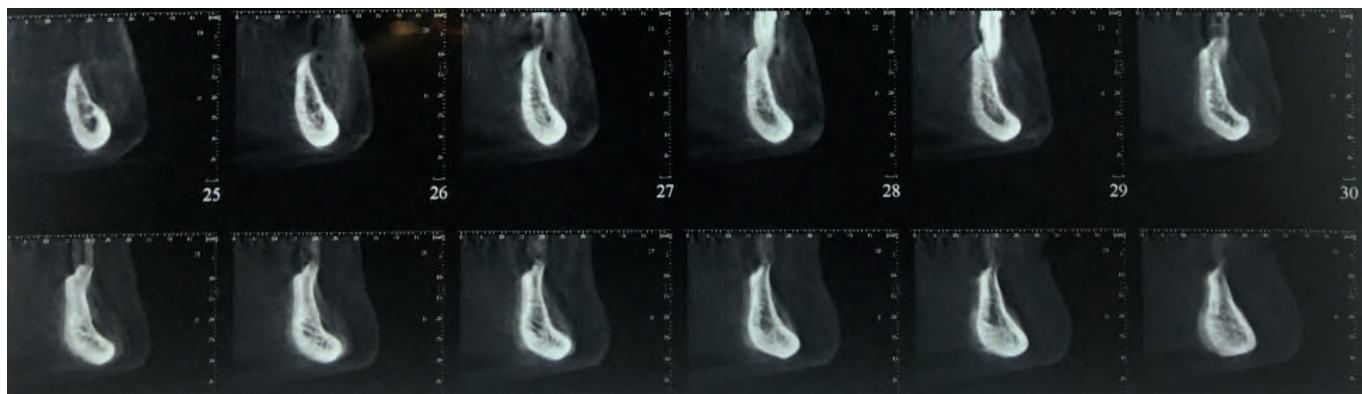


Fig 4. Cortes ortorradiales que demuestran la estrechez del cuarto cuadrante y la gran pérdida ósea generalizada.



Fig 5. Extracciones dentarias del sector anteroinferior.



Fig 6. Colocación prótesis inferior provisional inmediata.

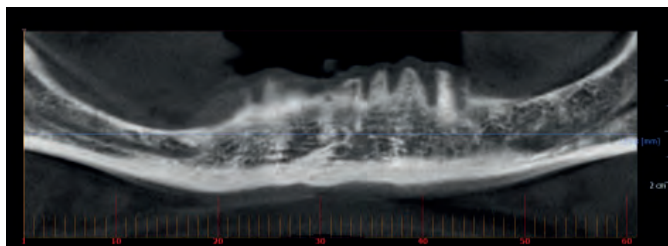


Fig 7. Corte panorámico tras realizarse las extracciones anteroinferiores.



Fig 8. Corte ortorradial del implante 42 cuya anchura crestral inicial es de 4.9 mm.



Fig 9. Corte ortorradial del implante 44 cuya anchura crestral inicial es de 4.9 mm.

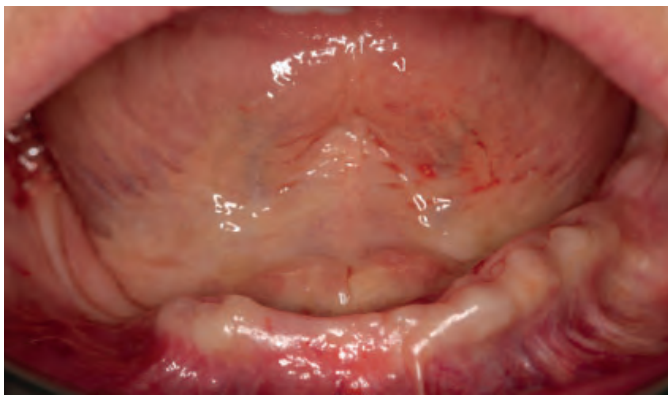


Fig 10. Incisión supracrestal del primer molar hasta distal del primer molar inferior con sus descargas.

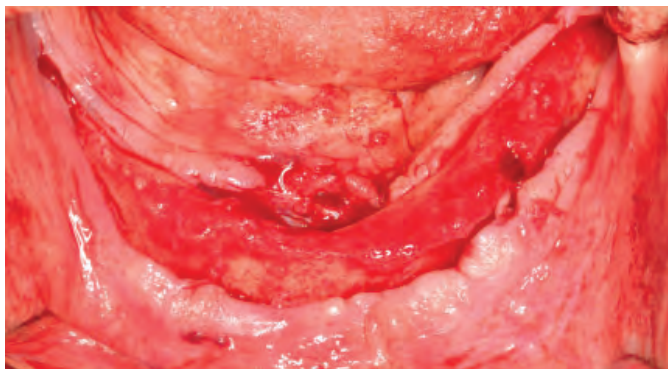


Fig 11. Despegamiento mucoperióstico.

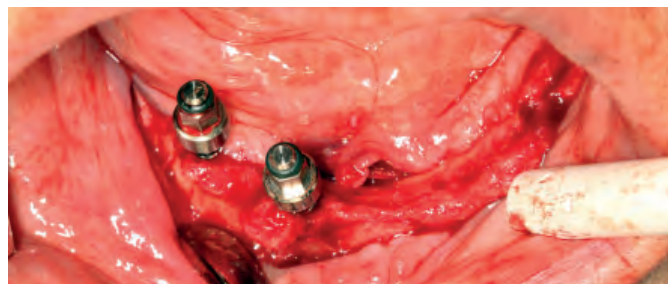


Fig 12. Corticotomía crestral y expansión con expansores roscados en cuarto cuadrante.

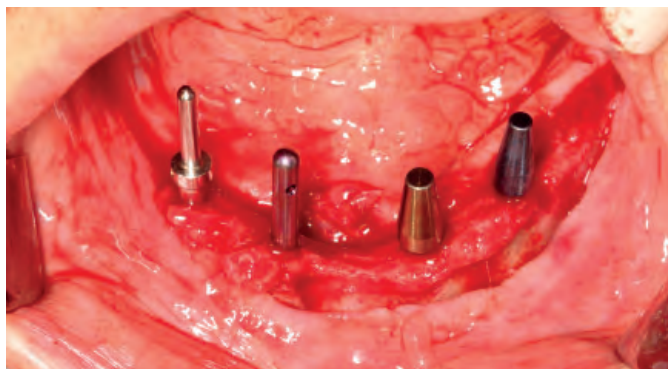
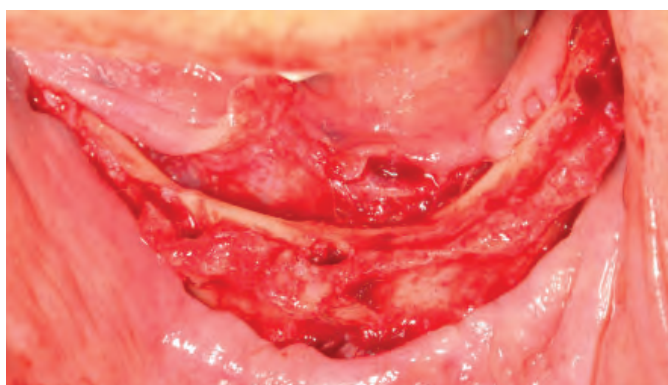


Fig 13 y 14. Secuencia de fresados en ambos cuadrantes.

era insuficiente por lo que se planteó realizar la Técnica de Split Crest y dado que había anchura ósea suficiente en el tercer cuadrante se decidió colocar los implantes de manera convencional (Figura 7-9).

El día de la intervención quirúrgica, se procedió a la desinfección extraoral con povidona yodada y bajo anestesia local con articaína al 4% con epinefrina 0,01 mg/ml, se realizó una incisión supracrestal con pequeñas descargas en distal a la altura de los primeros molares inferiores (Figura 10). Se levantó un colgajo mucoperióstico, a espesor total, se procedió a la corticotomía crestral con la pieza de mano y el disco, iniciándola desde el cuarto cuadrante y extendiéndola hasta el tercero (Figura 11). Posteriormente, se procedió a la expansión ósea mediante la colocación de expansores roscados solo y exclusivamente en el cuarto cuadrante (Figura 12).

A continuación, se pasó la secuencia de fresado pudiendo observar los lechos óseos confeccionados para los futuros implantes y observando la expansión ósea producida en el cuarto cuadrante (Figura 13 y 14). Finalmente se procedió a la colocación de los implantes en posiciones 44, 42, 32 y 34 y se regularizó la zona crestral con una pinza gubia, empleando ese hueso y biomaterial para cubrir y rellenar la cresta alveolar (Figura 15-17).

Se suturó con puntos simples con seda no reabsorbible de 3,0 permitiendo un cierre primario de la herida sin tensión (Figura 18). Se colocó de nuevo la prótesis provisional rebasándola con rebase blando el mismo día de la cirugía y recortándole y ajustándole el flanco vestibular.

Como medidas postoperatorias se prescribió Clamoxyl® 750mg v.o 1/8 horas durante 7 días, así como Espidifen® 600mg v.o 1/8 horas durante 5 días, Notolil® 575mg v.o 1/8 horas en caso de dolor y Gel Mucorepair® 3-4 aplicaciones al día durante 15 días.

Pasados 7 días de la intervención y un postoperatorio sin complicaciones, se procedió a la retirada de la sutura, insistiendo mucho en mantener una buena higiene en la zona.

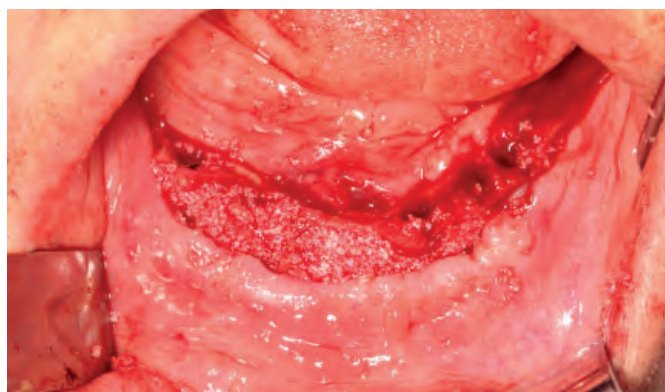


Fig 17. Relleno con biomaterial y membrana reabsorbible.



Fig 18. Sutura no reabsorbible de 3.0.

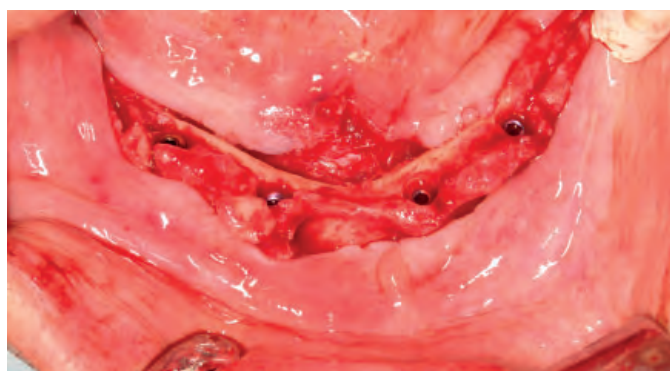


Fig 15. Colocación de los cuatro implantes en posiciones 44, 42, 32 y 34.

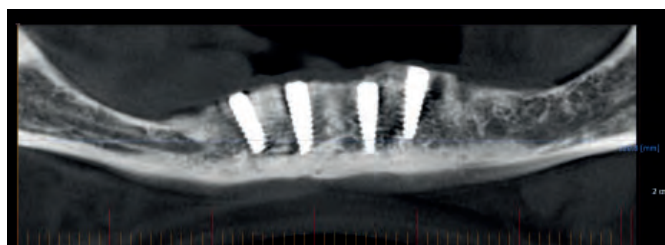


Fig 19. Aspecto radiográfico pasados 2 meses, corte panorámico tras la colocación de los implantes.

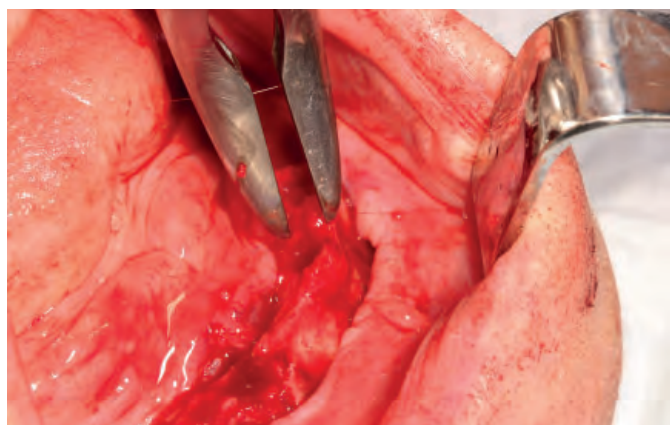


Fig 16. Regularización ósea con pinza gubia.



Fig 20. Corte ortorradiol del implante del 42 con la anchura crestral final de 7.8 mm.

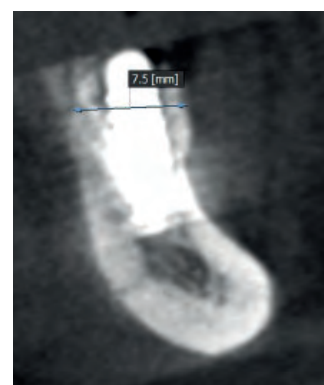


Fig 21. Corte ortorradiol del implante del 44 con la anchura crestral final de 7.5 mm.

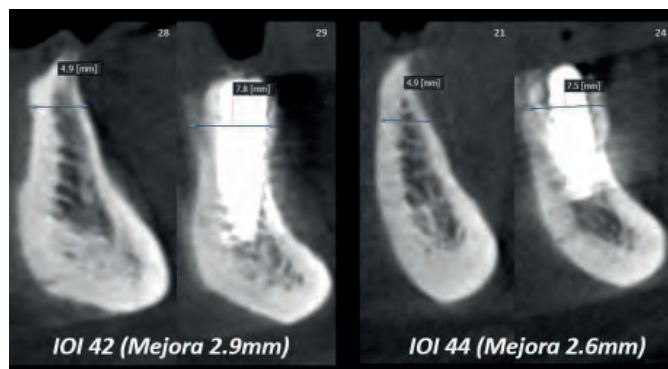


Fig 22. Comparativa de la ganancia ósea obtenida en el implante 42 y 44.



Fig 23. Segunda Fase tras haber transcurridos 3 meses de la colocación de los implantes.

A los 2 meses, se realizó una nueva radiografía panorámica verificando la posición de los implantes y su estado actual, y transcurridos 3 meses, se solicitó un TAC inferior nuevo, donde se observó un aumento en la anchura crestal final de la zona del cuarto cuadrante (Figura 19-22).

Dado que la paciente era alérgica al cobalto y al níquel, se estudiaron las diferentes opciones para la rehabilitación de la arcada inferior, y se decidió confeccionar una sobredentadura inferior con locator®.

Transcurridos 3 meses de la colocación de los implantes, se comenzó con la confección de la sobredentadura inferior. Para ello se realizó la segunda fase de los implantes, sustituyendo los tapones de cierre por pilares de cicatrización (Figura 23).

Quince días después, se tomaron las impresiones con transfers de cubeta abierta, realizando radiografía para confirmar el ajuste. Se solicitó prueba de calcinables ferulizados, así como rodets inferiores.

Transcurrida una semana, se realizó la prueba de calcinables ferulizados, así como la prueba de rodets, marcando línea media, línea de la sonrisa, guía canina y determinando la dimensión vertical. Se solicitó la prueba de dientes, que fue ajustada y acep-



tada una semana después.

Fig 24. Confección final de sobredentadura inferior con locator y aspecto final de la paciente.

Finalmente se procedió a la colocación de los 4 Locator® con la sobredentadura inferior. Dándole a la paciente las instrucciones de higiene y las pautas de revisiones anuales (Figura 24 y 25).

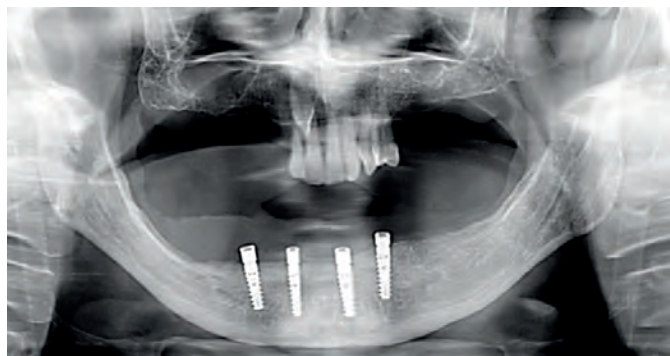


Fig 25. Radiografía Panorámica final, tras haber finalizado el tratamiento sobre implantes.

DISCUSIÓN

Dentro de los procedimientos quirúrgicos ante los defectos horizontales alveolares, el injerto en bloque autólogo es considerado como el “gold standard” debido a sus propiedades de osteogénesis, osteoinducción y osteoconducción; pero en estudios comparativos con la técnica de expansión ósea, se demuestra que esta última tiene una mejor tasa de supervivencia, habiendo una menor reabsorción ósea periimplantaria, una disminución de la inflamación, del dolor, del tiempo de tratamiento y del coste, facilitando la cooperación del paciente, lo que hace que la técnica de expansión ósea sea una alternativa a tener en cuenta ante los defectos óseos horizontales⁽¹⁾.

Simion y cols.⁽¹³⁾ en 1992, describieron la técnica Split Crest dividiendo la cresta alveolar en dos partes provocando una fractura en tallo verde usando como instrumentos para dividir las corticales únicamente el cincel y el escoplo, llegando a 5-7 mm de profundidad y dejando 3-4 mm de hueso apical, sin llegar a fracturar la zona, con el fin de dar estabilidad al implante, como en el artículo descrito por Yasuyuki y cols.⁽¹⁴⁾ que utilizaron en todos los casos el cincel para realizar las corticotomías, sin embargo, en algunos casos, sí que llegaron a producirse fracturas óseas impidiendo la colocación de los implantes de manera inmediata⁽¹¹⁾.

Actualmente, se emplean diferentes instrumentos para realizar este tipo de técnica tales como; instrumental rotatorio, piezoeléctrico y/o ultrasonidos junto a los expansores óseos, como en el presente caso, que se realizó la técnica Split Crest en el cuarto cuadrante con la pieza de mano y el disco, para posteriormente, proceder a la expansión ósea con expansores roscados. Otros autores como Scarano y cols.⁽¹⁵⁾, Anitua y cols.⁽⁸⁾ en el artículo publicado en el 2011, Ortiz y cols.⁽¹⁶⁾ y Gómez y cols.⁽¹⁷⁾, realizaron la corticotomía con el piezoeléctrico finalizando también la expansión con los osteotomos, siendo menos traumático, reduciendo las complicaciones quirúrgicas y evitando daños en las estructuras vecinas.

Con respecto a la colocación de los implantes, también se pueden realizar en distintas fases:

- En 1 fase, colocando los implantes de manera inmediata realizando primero la corticotomía como en el caso descrito anteriormente.
- En 2 fases, como los casos publicados por Agabiti y cols.⁽¹⁸⁾ y por Sande y cols.⁽²⁾ los cuales realizaron la corticotomía con el piezoeléctrico en una primera fase debido a la estrechez alveolar que presentaba, manteniendo el espacio con micro-tornillos, hueso autólogo y con una membrana reabsorbible para 4 meses después, en una segunda fase, poder colocar los implantes de manera convencional.
- En 2 fases de manera modificada como el caso descrito por Abu Tair⁽¹⁹⁾ cuya diferencia con la anterior es que, durante la primera fase, tras realizar la corticotomía crestal, se realizó una lateral, la cual se mantuvo unida por el periostio y sujeta a su vez por un pequeño chip.
- En 3 fases, como el caso descrito por Guei-Hu y cols.⁽²⁰⁾, donde en una primera fase se dividió la cresta alveolar, en una segunda fase tras un intervalo de curación de 3 a 4 semanas, se procedió a la expansión de la cortical y la colocación de material de injerto óseo y tras 3-4 meses, se colocaron los implantes de forma convencional, obteniendo como ventajas el incremento de la vascularización de la zona quirúrgica, la disminución de las complicaciones y la mejora de las tasas de supervivencia de los implantes⁽¹¹⁾.

Con respecto a la cantidad de hueso que se puede llegar a obtener tras realizar este tipo de técnica, cabe destacar que en la revisión sistemática y metaanálisis realizada por Waechter y cols.⁽¹²⁾ concluyeron que se puede esperar una ganancia ósea media de 3,80 mm, en cambio, Anitua⁽⁴⁾ publicó en el 2017, que de 6 pacientes a los que se les colocaron un total de 12 implantes con este tipo de técnica, inicialmente presentaban una anchura media crestal de 3,20 mm y finalmente de 6,80 mm, obteniendo una ganancia ósea de 3,60 mm, al igual que en el caso clínico descrito anteriormente, que tras haber transcurrido 3 meses de la colocación de los implantes, donde había una anchura ósea inicial de 7,5 mm y 7,8 mm en los implantes 44 y 42 se obtuvo una ganancia ósea de 2,6 mm y 2,9 mm. Así como concluyeron Neophytos y cols.⁽²¹⁾ que obtuvieron una ganancia ósea de alrededor 3 mm.

En el artículo publicado por Bruschi y cols.⁽²²⁾ se colocaron 137 implantes en 71 pacientes y tuvieron una ganancia ósea aproximadamente de 3-4.6 mm donde explicaban que, tras un periodo de 5 años de seguimiento radiográfico, el primer año a partir de la colocación del implante existía una pérdida ósea y se asociaba a la inserción del implante y al biotipo de la mucosa y que pasados tres años, había una ganancia ósea debido a unos parámetros clínicos tales como; espesor de encía queratinizada alrededor del implante y al eje del implante, teniendo que estar perpendicular a la cara oclusal del diente adyacente, al igual que Mestas y cols.⁽²³⁾ que concluían de la misma manera con respecto a los parámetros

clínicos asociados a la pérdida ósea durante el primer año de la colocación de los implantes. Con respecto a este tema, el caso clínico descrito anteriormente no tiene un período tan largo de seguimiento por lo que no se puede llegar a una conclusión fiable.

Otro punto a tener en cuenta, es la necesidad o no de colocar un relleno óseo o membrana en el espacio generado al separar las corticales, ya que es incierto determinar si el injerto facilita o impide la integración ósea. Sin embargo, esta técnica tiene una tasa de éxito del 97%, independientemente de si se realizó o no relleno del espacio, aun así, se recomienda colocar sustitutos óseos ya que actúan como amortiguador contra la reabsorción isquémica y favorecen el aumento del volumen óseo. Falcón y cols.⁽¹⁾ en el artículo publicado en el 2018 defendieron el relleno de la zona con sustituto óseo y membrana de colágeno, con el fin de obtener un mejor resultado final. Existen otros autores como Lecea y cols.⁽¹¹⁾ que colocaron los implantes inmediatos y los recubrieron con membrana no reabsorbible de politetrafluoretileno (Goretex) y que se retiró a los 6 meses en la 2ª fase de la cirugía, en cambio Anitua y cols.⁽⁴⁾ en el 2017, emplearon plasma rico en plaquetas acompañado de Bio-oss. En el caso descrito anteriormente, se utilizó Bio-oss y hueso autólogo como relleno del defecto óseo acompañado de una membrana reabsorbible. Otros autores defienden dejar el defecto entre corticales sin relleno óseo^(10,23).

Con respecto a las complicaciones, la más frecuente es la fractura de la cortical ósea vestibular debido al uso de los osteotomos. Esta complicación puede ocurrir durante la preparación del lecho durante el fresado inicial, la utilización de los expansores óseos o la inserción del implante. También hay que tener en cuenta que, en la zona anterior mandibular existe mayor riesgo de fractura ya que, el módulo de elas-

ticidad de la mandíbula es menor que el del maxilar, así lo demuestra Doimi y cols.⁽²⁴⁾, donde corroboraron que existe un mayor número de complicaciones cuando esta técnica se realiza en la mandíbula, por este motivo, la indicación de este procedimiento es más frecuente y presenta mejor pronóstico en el maxilar. En el artículo publicado por Aarabi y cols.⁽²⁵⁾ concluyeron que, al existir diferencias anatómicas mandibulares, podían aumentar el riesgo de fracturas durante el proceso, por lo que tenían que tener en cuenta; la anchura del cuerpo mandibular, la profundidad del corte sagital y vertical, la resistencia de la cortical lingual y la edad del paciente. En el caso clínico presentado anteriormente, se colocaron los cuatro implantes en el sector antero inferior y no hubo complicación alguna^(10,14).

Finalmente, en cuanto a la rehabilitación protésica en este tipo de casos, dado que inicialmente se ha tenido que realizar una expansión ósea crestal, la gran mayoría de autores coinciden en la utilización de prótesis fija sobre implantes, como en el caso descrito por Ortiz y cols.⁽¹⁶⁾ que de 145 implantes fueron rehabilitados 8 con coronas unitarias y 62 con prótesis fija sobre dos implantes y en el caso de Neophytos y cols.⁽²¹⁾ que también fueron rehabilitados de forma fija con implantes, ya que suele ser una técnica más relacionada con sectores posteriores mandibulares, a diferencia del caso detallado anteriormente, que se realizó en el sector antero inferior y se rehabilitó con una sobredentadura con locator dado su estado alérgico al cobalto y al níquel y a su situación económica.

CONCLUSIÓN

La Técnica Split Crest es una alternativa predecible a tener en cuenta para la rehabilitación de mandíbulas atroficas.

Bibliografía

- Falcón-Guerrero B. Management of the Atrophic Maxilar Crest with the Ridge Split Technique. *Int J Dent Sc.* 2018; 59-65.
- Sande Sardina A, Barreiro Torres J, Somoza Martín M, García García A. Expansión en dos fases quirúrgicas. *RCOE.* 2019.
- Falcón-Guerrero B. Manejo de los defectos horizontales del reborde alveolar. *JPAPO.* 2017; 30-9.
- Anitua E. Rehabilitación de atrofas alveolares horizontales mediante Split de cresta mandibular con seguimiento a largo plazo (5 años). *RCOE.* 2017; 22(2):79-85.
- Tatum H. Maxillary and sinus implant reconstructions. *Dent Clin North Am.* 1986; 30:207-29.
- Summers RB. A new concept in maxillary implant surgery: the osteotome technique. *Compendium.* 1994; 15(2):152-8.
- Summers RB. The osteotome technique: Part 2. The ridge expansion osteotomy (REO) procedure. *Compendium.* 1994; 15: 422-6. Summers RB. The osteotome technique: Part 3. Less invasive methods of elevating the sinus floor. *Compendium.* 1994; 15:698-704.
- Anitua E, Begoña L, Orive G. Clinical Evaluation of Split-Crest Technique with Ultrasonic Bone Surgery for Narrow Ridge Expansion: Status of Soft and Hard Tissues and Implant Success. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2011; 15(2):176-87.
- Villaplana Sacristán L. La expansión ósea en el tratamiento con implantes dentales. Tesis Doctoral. 2018.
- Velasco Ortega E, Pérez Pérez O, Pato Mourelo J, Llorio Castro JM, Cruz Valiño JM. La expansión ósea en la implantología oral. *Av Periodon Implantol.* 2008; 20(2): 95-101.
- Lecea Urraca T, Pérez Corral I, Cabezas Mojón J, Fernández Domínguez M. Abordajes quirúrgicos en la técnica de expansión de cresta. Revisión de la literatura. *Cient Dent.* 2018; 15(2):53-61.
- Waechter J, Leite FR, Nascimento GG, Carmo Filho LC, Faot F. The split crest technique and dental implants: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017; 46(1):116-28.
- Simion M, Baldoni M, Zaffe D. Jawbone enlargement using immediate implant placement associated with a split-crest technique and guided tissue regeneration. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1992; 12:462-73.
- Shibuya Y, Yabase A, Ishida S, Kobayashi M, Komori T. Outcomes and treatments of mal fractures caused by the split-crest technique in the mandible. *Kobe J Med Sci.* 2014; 60(2):E37-42.
- Scarano A, Murmura G, Vantaggiato G, Lauritano D, Silvestre-Rangil J, Di Cerbo A, Lorusso F. Delayed expansion of atrophic mandible (deam): a case report. *Oral Implantol.* 2017; 10(2):190-96.
- Ortiz García I, Villaplana Sacristán L, Jiménez Guerra Á, Matos Garrido N, España López A, Moreno Muñoz J, Núñez Márquez E, Velasco Ortega E. Implantes insertados por expansión crestal con osteotomos en el maxilar superior. Un estudio clínico a tres años. *Av Odontostomatol.* 2017; 33(5):187-95.
- Gómez Thomas D, García Núñez JC, Rodríguez BN. Expansión de cresta maxilar y regeneración ósea guiada para la colocación de implantes. *Rev Mex Periodontol.* 2017; 8(1):11-5.
- Agabiti I, Botticelli D. Two-Stage Ridge Split at Narrow Alveolar Mandibular Bone Ridges. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017; 75(10):1-12.
- Abu Tair JA. Modification of mandibular ridge splitting technique for horizontal augmentation of atrophic ridges. *Ann Maxillofac Surg.* 2014; 4(1):19-23.
- Guei-Hua H, Stuart JF, Abdullah A, Fuyuki N, Yung-Cheng PY, Takanori S, Sang-Choon C. A Three-Stage Split-Crest Technique: Case Series of Horizontal Ridge Augmentation in the Atrophic Posterior Mandible. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2018; 38:565-73.
- Neophytos D, Il Park J, Laskarides C. Alternative Bone Expansion Technique for Implant Placement in Atrophic Edentulous Maxilla and Mandible. *J Oral Implantol.* 2011; 37(4):463-71.
- Bruschi GB, Capparé P, Bravi F, Grande N, Gherlone E, Gastaldi G, Crespi R. Radiographic Evaluation of Crestal Bone Level in Split-Crest and Immediate Implant Placement: Minimum 5-Year Follow-up. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2017; 32:114-20.
- Mestas G, Alarcón M, Chambrone L. Long-Term Survival Rates of Titanium Implants Placed in Expanded Alveolar Ridges Using Split Crest Procedures: A Systematic Review. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2016; 31:591-9.
- Reyes Doimi J, Aguirre Balseca GM, Cáceres La Torre A. Colocación de implantes dentales en maxilar atrofico con técnica de cresta dividida y expansión del reborde. *Revi Odontol Mex.* 2017; 21(3):198-204.
- Aarabi M, Tabrizi R, Hekmat M, Shabadi S, Puzesh A. Relationship Between Mandibular Anatomy and the Occurrence of a Bad Split Upon Sagittal Split Osteotomy. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2016; 31:591-99.

QUIERE FINANCIACIÓN FÁCIL? PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

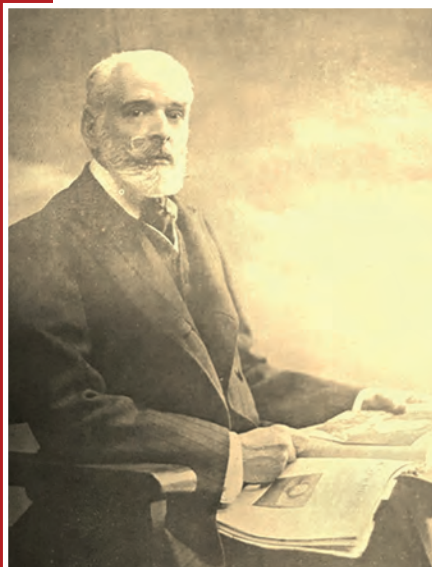
infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIKS**
FINANCIACIÓN CLÍNICA

RAMÓN PORTUONDO

Un dentista olvidado



A finales del siglo XIX coexistieron en España al menos dos clases de dentistas, los ilustrados, con formación reglada y de nivel, y los que merced a un simple examen para obtener el título de “Cirujano-Dentista” accedieron al ejercicio profesional sin mayor trayectoria ni exigencia que la superación del mismo. Entre los primeros destaca Ramón H. Portuondo, formado en los EE.UU. de Norteamérica y ejerciente toda su vida profesional como dentista en Madrid, quien merece ser rescatado del olvido.

Descendiente de una noble familia

Ramón Hipólito de la Trinidad Portuondo y Barceló nació en Santiago de Cuba el 12 de agosto de 1857, hijo de un reputado abogado de la ciudad.

Su familia, originaria de Vizcaya, era una de las más antiguas de la isla pues nada menos que a mediados del siglo XVII una familia de este apellido, residente en Madrid, pasó a la Gran Antilla, estableciéndose en Santiago de Cuba, donde algunos descendientes ostentaron cargos importantes en la ciudad, entre ellos el de Alcalde Mayor. José Joaquín Portuondo y Bravo casó con María Gabriela Rizo y Zebedes, y fueron fundadores de la iglesia de la Santísima Trinidad, de cuya unión nació entre otros hijos don Bartolomé Portuondo y Rizo, que recibió el título de Marqués de las Delicias del Tempú, creado por Real despacho de 9 de marzo de 1832. Este título heredaría su nieto, el dentista Ramón Portuondo. El abuelo materno fue Capitán del Real Cuerpo de Artillería.

Cuando contaba catorce años de edad marchó a Madrid con el propósito de entrar en la Escuela Naval si bien tuvo que abandonar su propósito por motivos de salud y regresó a Cuba en 1876, donde permaneció durante dos años, hasta 1878 en que marchó a los Estados Unidos de Norteamérica⁽¹⁾.

Doctor in Dental Surgery en EE.UU. y Cirujano Dentista en España.

Así pues, tras una estancia en Nueva York se trasladó a Filadelfia pues allí un familiar, su primo Joaquín D. Castillo, cursaba la carrera de Medicina en la Universidad de Pennsylvania. Este contacto parece que fue definitivo para que Portuondo se inclinara al estudio de la carrera dental. Castillo sería posteriormente cirujano de la Marina en los EE.UU. y llegaría a formar parte de la expedición Rogers al Polo Norte, en el año de 1881, como médico e histólogo.



AUTOR:

Javier Sanz
Serrulla

Portuondo asistió a la inauguración del *Department of Dentistry* de la Universidad de Pennsylvania y allí se matriculó desde el principio de curso, ganando el título de *Doctor in Dental Surgery* (DDS) el 15 de marzo de 1880 en dicho centro tras presentar su trabajo *Replantation of Teeth*⁽²⁾. Y allí fue alumno distinguido de profesores de la talla del egregio Willoughby D. Miller (1853-1907) autor de la teoría quimio-parasitaria de la caries dental⁽³⁾ o de Edwin T. Darby (1845-1929), con quienes mantendría franca amistad en lo sucesivo.

Pese a disfrutar de este grado, de indudable prestigio sobre todo en comparación con lo que en ese momento se vivía en España, Portuondo se acopló a la legislación española y para ello se sometió al examen para la obtención del título de “Cirujano-Dentista”, que estaba en vigor desde 1875, y de acuerdo a la Real Orden de 3 de marzo de 1876 que establecía un examen teórico de las materias comprendidas en los programas que a continuación se citaban, más otro práctico “sobre operaciones dentarias y manipulaciones indispensables para la construcción de piezas artificiales y que reemplacen los dientes y demás partes alteradas de la boca⁽⁴⁾”. Acudió para ello a la Facultad de Medicina de la Universidad Central y pasó los respectivos exámenes⁽⁵⁾ el día 2 febrero de 1894, superándolos con la calificación de “Aprobado” (En el expediente se le cita “Casado con D^a. Josefa Cupola” en diciembre de 1888).

En años posteriores, concretamente en las convocatorias de 1889 y de 1891 sería reclamado como miembro del tribunal que habría de juzgar a quienes como él hiciera, se presentaban a dicho examen. Como espectador de la ligereza con que se obraba en estos exámenes de acceso al título que facultaba el ejercicio legal de la profesión, contribuyó a cambiar el procedimiento y fue uno de los firmantes de la petición que se hizo al Ministerio de Instrucción Pública para el establecimiento de la enseñanza reglada de la Odontología.

Ejercicio profesional en Madrid.

Reza la necrológica firmada por Juan de Otaola, que *la única ciudad en que practicó su profesión fue en Madrid desde el año 1881*⁽⁶⁾. El mismo año de su graduación en los Estados Unidos había regresado a España para unirse con su familia en Madrid, donde estableció su consulta para desempeñar su profesión de por vida, al principio, como cita Otaola, asociado con el Dr. Warren, si bien esta sociedad duró tan solo ocho meses, estableciéndose en adelante de forma independiente.

Instalado en el Paseo de Recoletos, y extrañamente ajeno a trabajar en su clínica con personal auxiliar alguno, fue, ante todo, un práctico de la Odontología, entregado a sus pacientes, y en palabras de su compañero Luis Subirana: *un técnico, un hombre de hacer, fue un hombre de afán recto, de derecho indeclinable*

a hacer, y a hacer lo mejor que podía y sabía, y no era de escaso saber y poder... Se entregó por completo a su clientela... Si los miles de seres que este hombre trató para curar y atender, supieran cuanto bien les hizo con su técnica y su recta voluntad, sin vacilar rendirían un homenaje póstumo, sencillo, pero sentido, a ese pastor generoso del sistema dentario⁽⁷⁾.

No por ello desechó cualquier contribución cuando tuvo ocasión, y así en la Sociedad Odontológica Española dictó varias conferencias, como *El tratamiento de los dientes cariados en sus cuatro grados*; *Momificación de la pulpa dental* o *Historia de los varios métodos y materiales para obturaciones*.

Asimismo, asistió al II y III Congreso Dental Internacional, celebrados respectivamente en Chicago, en 1893 -donde fue el Oficial delegado por el Gobierno español-, y en París, en 1900, en el que nacería la Federación Dental Internacional (FDI). También fue el Presidente de la Comisión Ejecutiva de la Asamblea Dental celebrada en Madrid, en la Real Academia de Medicina y Cirugía, con motivo del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía en 1898. En ese momento, y desde su fundación, era el Presidente de la Sociedad Odontológica Española (SOE).



Presidente de la Asociación Española de Odontología (AEO).

En la segunda década del siglo pasado la profesión odontológica española dejó de ser un cuerpo sólido y compacto, de pocas divergencias, definitivamente. El ímpetu de los dentistas incorporados a la profesión dental, la cual venía controlando y dominando Florestán Aguilar, arropado por hombres discretos, fue in crescendo hasta el punto que en la Sociedad Odontológica Española, nacida en 1894 como aglutinante de la mayoría profesional española, se vivieron lógicos debates que incomodaban al dentista de la Casa Real. A mediados de la década de los veinte, los aguilaristas decidieron abandonar la SOE y formar una nueva sociedad, la Asociación Española de Odontología (AEO). La revista aguilarista “La Odontología” justificaba esta actitud en las siguientes líneas: *La Sociedad Odontológica Española fue el campo donde en todas las sesiones surgían disensiones acres y casi violentas sobre el funcionamiento de la Sociedad. Poco a poco, ante los atropellos que se pretendía cometer o se cometían, los elementos tranquilos de la Sociedad fueron dejando de asistir a las sesiones*⁽⁸⁾. Dichos “elementos tranquilos” acabaron por abandonar este foro y formar otro por su cuenta.

Tras una reunión mantenida el 8 de febrero de 1925, los seguidores de Florestán Aguilar fundaron la AEO, cuya directiva quedó formada por Ramón Portuondo (presidente), Florestán Aguilar (vicepresidente), José Valderrama (secretario general), Arturo López Alonso (tesorero), Edurado Díez (contador), Santiago Ruiz Valdés (vocal) y José Alonso (secretario de actas.) El



El Pennsylvania College of Dental Surgery en 1884.

12 de junio emitía una circular claramente odontologista que decía, entre lo más importante, lo siguiente: *Que la Odontología, llámese o no especialidad médica y tomando de la Medicina los conocimientos fundamentales de aplicación práctica en la profesión, dentro de los límites de tiempo que es posible dedicar a una carrera, constituya una entidad profesional completamente definida y con absoluta dependencia de aquélla*⁽⁹⁾. Una prueba más de que aguilarismo y odontologismo eran sinónimos.

Por no dar su brazo a torcer, y ratificando que la salida de la SOE se debía a cuestiones personales de los otros “elementos menos tranquilos”, la AEO adoptaba como reglamento *el antiguo de la Sociedad Odontológica Española, que está demostrado que durante muchos años, ha servido para los fines de nuestras reuniones*⁽¹⁰⁾. Societariamente, la Odontología española quedaba partida en dos mitades. Ramón

Portuondo presidía la nueva sociedad profesional como reflejo de fidelidad a Florestán Aguilar, en quien se encarnaba el liderazgo de la posición “odontologista”, no en vano ambos habían vivido dicha formación en su periplo como estudiantes en los centros norteamericanos, en los cuales se concebía mayoritariamente la Odontología como carrera independiente de la de Medicina.

Socio honorario de la Sociedad Odontológica de La Habana y también del Círculo Odontológico de Cataluña, corporaciones que reconocieron su labor odontológica, Ramón Hipólito de la Trinidad Portuondo y Barceló, Marqués de las Delicias del Tempú, falleció en Madrid el 16 de octubre de 1926.

Bibliografía

1. Cfr. Otaola, J. Ramón H. Portuondo. La Odontología, 1926, 10, pp. 435-436. La necrológica de F.J.Y. Dr. Ramón H. Portuondo. The Dental Cosmos, 1928, 2, pp. 243-244, está fuertemente basada en la de Otaola.
2. The Dental Cosmos, 4, 1880, pp. 205.
3. Cfr. Sanz, J. WILLOUGHBY D. MILLER. Diccionario Biográfico Histórico de Dentistas. Madrid, Delta Publicaciones, 2018, pp. 109-110.
4. Gaceta de Madrid, 71, 11 de marzo de 1876, pp. 592-594.
5. Archivo Histórico nacional. Sección Universidades. Leg. 1639/1. Expediente 1.
6. Otaola, J. Ramón H. Portuondo. La Odontología, 10, 1926, págs. 435-437. En la necrológica aparecida en la prestigiosa revista norteamericana The Dental Cosmos, aparecen la mayoría de los datos vertidos por Otaola. Cfr.: F.J.Y. Dr. Ramón H. Portuondo. The Dental Cosmos, 2, 1928, págs. 243-244.
7. Subirana, L. Ramón H. Portuondo. La Odontología, 1927, 2, pp. 108-110.
8. La Odontología, 2, 1925, 2, pp. 102-110.
9. La Odontología, 1925, 2, pp. 192-199.
10. La Odontología 1925, 1, pp. 102-110.

EQUIPOS FOTOGRÁFICOS
CONFIGURADOS



FOTOLANDIA
dental



**3 MODOS
DE
DISPARO**

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

**INTRAORAL
EXTRAORAL
CIRUGÍA**



Las únicas, auténticas y claras funciones del higienista dental

Dr. Diego Rodríguez Menacho

Secretario del Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz

Asesor Jurídico del Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz

Dentista, perito judicial, abogado ejerciente y mediador inscrito en el Ministerio de Justicia

Terror es el mejor sustantivo que puedo utilizar para intentar definir la sensación que padezco cuando pasan por mis manos diferentes publicaciones dirigidas al sector dental donde se recogen, y se debaten por personal *amateur*, las **funciones y las atribuciones de los higienistas dentales**. Tan desagradable circunstancia obedece a una falta de rigor, con **publicaciones que adolecen de una serie de irregularidades que provocan confusión en el gremio**, que repercute negativamente a la profesión dental, a los profesionales de la Odontoestomatología y, sobre todo, a la población que demanda asistencia dental, este última la más perjudicada. En tales pseudoartículos se determinan, sin ambages, que los higienistas dentales pueden realizar una serie de funciones en la clínica dental que no les competen. El hecho de que, bien una parte, bien la total autoría, de tales publicaciones recaigan en dentistas titulados y colegiados **me entristece**, pero cuanto más, **me preocupa**. Situación que se debe, en gran medida, a que tales profesionales no poseen los suficientes conocimientos legales (o eso es lo que quiero pensar...). Me da la impresión (no dental) de que algunos compañeros de la profesión dental faltaron a clase el día que explicaron las funciones del higienista, o bien no leen las frecuentes comunicaciones que realiza la Organización Colegial al respecto. Otra posible y penosa causa puede ser que pertenezcan al sector de la profesión que muestran cierta rebeldía a lo que dice la Ley, a modo de insumisos.

Justamente, **mi intención en este artículo es exponer al lector** (dentistas, higienistas, protésicos, auxiliares y otros sujetos que ostentan la titularidad de clínicas dentales o se relacionan con la profesión) **cuáles son las funciones del higienista dental en España**, las cuales están escuetamente definidas desde 1986, y bastante desarrolladas desde 1994, hace ya un cuarto de siglo⁽¹⁾. Creo que merece la pena orientar la redacción del presente artículo en decir, de manera expresa, sin rodeos y con la mayor claridad que me permite la limitación de caracteres, **cuáles no son tales funciones**, para evitar equívocos. Pero como lo negativo o prohibido puede provocar asperezas en determinados sectores,

se acompañará de la correspondiente explicación, al igual que se motiva una resolución administrativa o judicial que rechaza las pretensiones del que pretende o solicita algo.

Según el reconocidísimo profesor CASTAÑO SEIQUER, la profesión de higienista dental nace como tal en Connecticut, Estados Unidos, allá por el año 1913. Se crea porque un tal Dr. Fones idea una profesión que se especializaría en el examen, limpieza, asesoramiento y odontología preventiva, incorporando y ampliando con posterioridad sus funciones. Dicha idea se traslada a España de manera tardía, en 1986, cuando se impone por parte de la Comunidad Económica Europea⁽²⁾.

El asunto de las funciones y atribuciones del higienista ya **ha sido ampliamente debatida, con bastante claridad, por una doctrina jurídica más que exquisita**. Autores con un suficiente bagaje afirman en el año 2007 que *“en materia de intrusismo o usurpación de funciones en odontología por higienistas sí que existen pronunciamientos judiciales, aunque no abundan, ni sean muy habituales como por ejemplo lo son en el tema del intrusismo de los protésicos dentales”*, situación que ha cambiado a lo largo de la última década, donde **se están incrementando notablemente los casos de intrusismo** por parte de estos profesionales de la higiene dental⁽³⁾.

La profesión de higienista dental se regula en la **Ley 10/1986, de 17 de marzo**, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental (en adelante, Ley 10/1986, de 17 de marzo), la cual es desarrollada ocho años después por el **Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio**, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista dental (en adelante, Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio). En las merítadas normas, se citan las funciones de los dentistas, los protésicos y los higienistas. En el caso de los higienistas, dichas **funciones** se citan a continuación, tal y como se recoge en la normativa citada, en tres grandes bloques⁽¹⁾:

1. En primer lugar, **en materia de Salud Pública**, podrán desarrollar las siguientes funciones: recoger datos acerca del estado de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica, practicar la educación sanitaria de forma individual o colectiva, instruyendo sobre la higiene buco-dental y las medidas de control dietético necesarias para la prevención de procesos patológicos buco-dentales, controlar las medidas de prevención que los pacientes realicen y realizar exámenes de salud buco-dental de la Comunidad.
2. En segundo lugar, **en materia técnico-asistencial**, los higienistas dentales podrán desarrollar las siguientes funciones:
 - a) Aplicar fluoruros tópicos en sus distintas formas.
 - b) Colocar y retirar hilos retractores.
 - c) Colocar selladores de fisuras con técnicas no invasivas.
 - d) Realizar el pulido de obturaciones eliminando los eventuales excesos en las mismas.
 - e) Colocar y retirar el dique de goma.
 - f) Eliminar cálculos y tinciones dentales y realizar detartrajes y pulidos.
3. Y finalmente, y **a modo de cajón de sastre**, la normativa dice que *“los higienistas dentales desarrollarán las funciones señaladas en el número anterior como ayudantes y colaboradores de los Facultativos Médicos (sólo los Estomatólogos) y Odontólogos, excluyendo de sus funciones la prescripción de prótesis o tratamientos, la dosificación de medicamentos, la extensión de recetas, la aplicación de anestésicos y la realización de procedimientos operatorios o restauradores”*.

De la interpretación de la normativa vigente se puede colegir que **el higienista dental no goza de independencia respecto al dentista**, por lo que siempre tendremos que hablar de una **subordinación del higienista con el dentista**⁽⁴⁾. Pues bien, en la última frase del cajón de sastre (*“realización de procedimientos operatorios o restauradores”*) se engloba la mayor parte de las actuaciones realizadas por los higienistas intrusos y que están al ser actos propios de la profesión de dentista. Por sistemática, procedemos a exponerlas por ramas (no especialidades) de la Odontología:

1. En primer lugar, la ORTODONCIA.

Existe una leyenda urbana, bastante peligrosa, por la cual los higienistas dentales creen que pueden hacer muchas actuaciones en el campo de la Ortodoncia, un bulo que navega por la cabeza de los higienistas dentales de toda España. En muchos casos, de manera intencionada por los operadores económicos de la profesión (entre ellos, casas comerciales que venden brackets, dictantes que no alcanzan la excelencia para hacerlo

en sede universitaria y asociaciones que se encaminan a tildarse de ilícitas).

La normativa ya referida, que está respaldada por la más amplia jurisprudencia, es contundente al prohibir que los higienistas dentales efectúen actuaciones en el campo de la ortodoncia. Para definir cada uno de los actos que son propios de la profesión de dentista, seguiremos la **Norma UNE 179004/2009 sobre los Actos Odontológicos, de diciembre de 2009**, cuyo objeto y campo de aplicación de la norma es unificar los términos y especificar los contenidos de los servicios dentales⁽⁵⁾.

En ella, se establecen los siguientes actos dentro de la disciplina de la ortodoncia:

1.1. Acto 12601. Obtención de modelos dentoalveolares de estudio y diagnóstico⁽⁶⁾.

Se definen a los modelos dentoalveolares como aquellas reproducciones de las arcadas dentarias en yeso o escayola, obtenidas en la clínica o en el laboratorio por vaciado (mal llamado también «positivado») de las **impresiones** de la boca (que son moldes tomados en la clínica por el dentista o el cirujano máxilo-facial mediante algún material de impresión cargado en unos soportes adecuados al tamaño de las arcadas, llamados cubetas de impresión). Describe de manera clara que **las tomas de impresiones deben ser imperativamente, obligatoriamente realizadas por dentistas o cirujanos maxilofaciales, y por lo tanto, no pudiendo delegarse en otros profesionales sanitarios, como higienistas bucodentales, protésicos dentales o personal auxiliar**.

1.2. Actos 65001-65002, 65101-65102, 65201-65202 y 66001. Ortodoncia y ortopedia dentofacial⁽⁷⁾

Se trata de un **tratamiento** convencional encaminado al movimiento dentario que se puede realizar tanto en dentición mixta, como en dentición permanente joven o incluso en pacientes adultos. Dicho tratamiento puede ser realizado con aparatología removible, que aplica fuerzas de versión discontinuas sobre los dientes, con aparatología fija multibrackets, en sus versiones de adhesión vestibular o lingual, lo que permite el control tridimensional del diente, o con férulas invisibles secuenciadas que son aparatos removibles que sólo permiten movimientos de versión. El Consejo Andaluz de Colegios de Dentistas, a través de un informe fechado el 5/10/2012, estableció en su tercera conclusión que **“los higienistas dentales no tienen competencias profesionales para intervenir en los tratamientos dentales que, en exclusiva, le corresponden a los dentistas. El resto del personal auxiliar no tiene ninguna capacidad ni competencia**

para intervenir en boca”, describiendo en su conclusión cuarta que “ni los higienistas dentales ni el resto del personal auxiliar de clínica pueden, por ejemplo, tomar impresiones; colocar, ajustar o retirar prótesis o “braquets”. Su labor en el gabinete para estos tratamientos es la de auxiliar o ayudar al dentista, no la de intervenir en una o varias de sus fases”⁽⁸⁾. Blanco y en botella.

Por ello, y sin que se entienda que se trata de un *numerus clausus*, están prohibidas las siguientes actuaciones por parte del higienista dental, al igual que al auxiliar: **cementado de brackets**, tanto por la **técnica de cementado directo** como **indirecto, cementado de bandas, cambios de arcos, cambio de ligaduras, retirada de brackets y colocación de retención fija y removible**. Además de lo anterior, se encuentra como limitado para el higienista la **toma de impresiones**, incluso el **escaneado digital**: recuérdese que se trata de un estadio de un tratamiento (bien ortodoncia, bien prótesis), por lo que se define como un acto propio del dentista. Sobre este último registro hablaremos más adelante.

2. En segundo lugar, la PERIODONCIA.

Se ha implantado bastante en el gremio de la Odontología que el higienista puede realizar raspados y alisados radiculares en base a una **interpretación extensiva** del artículo 11.2.f del Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, citado con anterioridad y que reza así: “Eliminar cálculos y tinciones dentales y realizar detartrajes y pulidos”. Pues bien, **la eliminación de dicho sarro no se puede extender hasta los confines del aparato estomatognático**, sino que se debe limitar con el sentido común, y con la normativa aplicable. Veamos el tratamiento estrella en la periodoncia:

2.1. Acto 41201. Raspado y alisado radicular (RAR) por sesión⁽⁹⁾.

El raspado y alisado radicular, mal conocido cotidianamente por los pacientes por “curetaje”, es un **tratamiento** que implica la **instrumentación** de la corona y de las superficies de raíz de los dientes para eliminar tanto la placa como el cálculo, estando indicado en: pacientes con enfermedad periodontal y en pacientes que, aun no padeciendo enfermedad periodontal, hace mucho tiempo que no han recibido una profilaxis y mantienen restos de cálculo adherido después de la profilaxis con instrumentos sónicos o ultrasónicos.

Se describe como un verdadero un **acto terapéutico**, no simplemente profiláctico, ya que el alisado radicular es el tratamiento definitivo realizado para la eliminación de cemento rugoso y/o cálculo contaminado. Es menester destacar que durante el **procedimiento operatorio** se pueda hasta eliminar cierta cantidad de tejidos blandos.

Por lo anterior, al definirse como un acto operatorio y terapéutico, se encuentra **expresamente excluido de las funciones de los higienistas dentales** (para los olvidadizos, así como los que tienen la epidemia de la amnesia interesada, es menester recordar que el artículo 11.3 del Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio dice que “los higienistas dentales desarrollarán las funciones señaladas (...) excluyendo de sus funciones (...) la realización de procedimientos operatorios o restauradores”⁽¹⁰⁾).

3. Otra materia es la ESTÉTICA DENTAL.

En este apartado, entendemos necesario resaltar el blanqueamiento dental como tratamiento más conocido.

3.1. Acto 54131. Blanqueamiento externo ambulatorio⁽¹¹⁾

Es un **tratamiento** que consiste en aclarar (blanquear) los dientes de una o de ambas arcadas mediante procedimientos que se realizan de manera ambulatoria, bajo prescripción y control de su evolución por el facultativo.

Se considera que estos productos pueden ser seguros siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que se realice un examen clínico adecuado, a fin de garantizar que no existen factores de riesgo o cualquier otra patología bucal y que la exposición a dichos productos sea limitada, de manera que se garantice que éstos solo se utilizan según la frecuencia y la duración de la aplicación previstas.
2. Que el uso esté **restringido a odontólogos cualificados** y tenga lugar bajo su supervisión directa siempre que se garantice un grado de seguridad equivalente.

Por ello, este tratamiento queda **exclusivamente limitado a los dentistas**, por ser un tratamiento que requiere un examen previo y un control a lo largo de su ejecución.

4. Y finalmente⁽¹²⁾, el ESCANEADO DIGITAL O IMPRESIONES DIGITALES.

Las impresiones digitales realizadas con escáneres intraorales se presentan como la alternativa más seria para mejorar y sustituir las impresiones convencionales con materiales elastómeros o hidrocoloides⁽¹³⁾. Pero a la vez, se puede convertir en una **verdadera herramienta para delinquir**, debido al uso ilegal que le pueden dar.

Una impresión, sea digital sea convencional, sólo y exclusivamente lo puede realizar un dentista, por lo que deben los higienistas, en este caso, de abstenerse de hacerlas, aunque tengan el beneplácito del comercial de la maquinaria, cuyo interés descansa en inducir a error para aumentar las ventas.

Finalmente, para satisfacer al lector disconforme con lo manifestado por el que suscribe este texto, es menester reseñar la confusión que se genera (o generan ciertos interesados) alegando el Real Decreto 769/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Higiene Bucodental y se fijan sus enseñanzas mínimas (al que los higienistas legos en Derecho dicen “*en el BOE*”), el cual establece el **currículo formativo de este título**, con las competencias y cualificaciones que se adquieren, pero no constituye una regulación del ejercicio de esta profesión, hecho que es claro para cualquier ciudadano simplemente leyendo su Disposición Adicional cuarta que literalmente dice: “*El título establecido en el presente real decreto no constituye una regulación del ejercicio de profesión regulada alguna*”.

La profesión de higienista dental tiene reserva de ley, donde se regulan sus atribuciones en la **normativa citada hasta la actualidad en los diferentes foros durante más de dos décadas** (Ley 10/1986, de 17 de marzo y Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio), que independientemente de las competencias profesionales que puedan adquirir los higienistas dentales al obtener este título, no implica que tengan atribución profesional para realizar las mismas.

Entendemos necesario decir que **todas estas actuaciones, en España y en la actualidad** (y así ha sido desde la año-

rada década de los noventa), **están prohibidas para el higienista, siendo exclusivas del dentista**. Por lo tanto, **su ejecución implica la comisión del delito de intrusismo** en grado de autoría con la agravante de realizarla en una clínica dental, que acarrea una pena que llega **hasta los 2 años de prisión**, ex artículo 403 del vigente Código Penal. Además, **la misma pena se impondría al dentista o propietario de la clínica** que lo permitiera al concurrir en tales la forma de cooperador necesario. En los Juzgados y Tribunales tenemos tramitándose unos cuantos procesos judiciales contra intrusos higienistas por esta causa. Ya se dará la suficiente publicidad cuando se ventilen en los correspondientes medios de difusión profesional.

Resumiendo, **el higienista dental no puede realizar los siguientes tratamientos**: colocación de anestésicos, toma de impresiones, escaneado dental, raspado y alisado radicular, ortodoncia en general, blanqueamientos, prótesis dentales y aparatología ortodóncica, y un largo etcétera. Si el higienista desea realizar actos propios de la profesión de dentista, lo tiene bastante sencillo en la actualidad: tiene la oportunidad de estudiar Odontología en las múltiples facultades públicas y privadas existentes en territorio español, y no reclamar “equiparación” con los países vecinos, donde los planes de estudios superan con creces el escueto ciclo formativo que se realiza aquí. Queda la veda abierta.

Bibliografía

- Véase el artículo 11 del Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio.
- CASTAÑO SEIQUER, A. L., FERNÁNDEZ OLLERO, A. “Higienistas Dentales: su realidad profesional en España”. *Dental Economics*. Vol. 3. 199, págs. 34-39. Disponible en: <http://www.infomed.es/seoeptyc/arthigident.htm> [Consultado el 15/9/2019]
- MORA GARCÍA, J.M. *Dentistas y otras profesiones relacionadas: aspectos jurídicos*. Ed. Fundación Dental Española, Madrid, 2007, pág. 332. La obra que despertó al abogado que llevaba dentro, recomendable su lectura, aunque haya transcurrido más de una década desde su redacción.
- MORA GARCÍA, J.M. *Dentistas (...)*, op. cit., pág. 336.
- RODRÍGUEZ MENACHO, D. *Análisis clínico, ético y jurídico del delito de intrusismo en Odontología*. Tesis doctoral, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2017, pág. 54. RODRÍGUEZ MENACHO, D. “Los actos propios clínicos de la profesión de dentista”. *Revista Odontólogos de Hoy*. Núm. 34, octubre, 2018, págs. 62-65.
2. EXPLORACIÓN, JUICIO CLÍNICO Y PRESUPUESTO; 2.2. Exploraciones complementarias; 2.2.4. Examen biomecánico oclusal y articular cráneo mandibular; 2.2.4.1. Obtención de modelos dentoalveolares de estudio o diagnóstico.
7. ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL; 7.5 Tratamiento ortodóncico correctivo; 7.5.1 En dentición mixta segunda fase, dentición permanente joven, o paciente adulto y 7.5.2 En dentición permanente joven o en adulto.
- Disponible en: <https://dentistascadiz.com/uploads/headers/InfCompe-thigienistasConsejAndaluz05102012.pdf> [Consultado el 15/9/2019]
- 5 PERIODONCIA; 5.1 Tratamientos periodontales no quirúrgicos; 5.1.1 Raspados-alisados radiculares.
- Según la RAE, se define terapéutico como el conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias, es decir, procedimientos operatorios o restauradores.
- 6 TERAPÉUTICA DENTARIA/ODONTOLOGÍA RESTAURADORA/ODONTOLOGÍA CONSERVADORA; 6.2 Operatoria dental; 6.2.2 Tratamiento de las irregularidades inestéticas.
- Esta expresión no se utiliza porque no existan más actos excluidos a los higienistas. Su uso se debe a que el presente artículo tiene una extensión máxima, además de que no es intención del autor hacer un Tratado de Funciones y Atribuciones del Higienista.
- GIMENEZ GONZÁLEZ, B. *Estudio in vitro de diversos factores clínicos que influyen en la precisión y comportamiento de uso de seis escáneres intra-orales con distinta tecnología en impresiones sobre múltiples implantes*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2018, pág. 24.



Introducción a la estrategia del océano azul

Dr. Alberto Manzano Saiz
CEO y fundador de Plan Synergia



“¡Socorro! Mis márgenes de beneficios se están reduciendo”.

Así comienza el libro que

da nombre a esta novedosa estrategia empresarial. En mi caso, nuestros futuros clientes nos llaman diciendo algo parecido: “Cada vez me cuesta más que los pacientes acepten mis planes de tratamiento”, “Cada año me abren una clínica nueva cerca”, “Mis pacientes ya no vienen a sus revisiones anuales”... O lo que es lo mismo: mi océano se está volviendo rojo.

La estrategia del Océano Azul es una teoría creada por W. Chan Kim y Renée Mauborgne. Ambos eran profesor y alumna de una conocida escuela de negocios, que después de varios años estudiando casos de éxito rotundo en el mundo de la empresa, condensaron todos sus descubrimientos en un libro que se ha convertido en lectura obligatoria en las mejores escuelas de gestión de todo el mundo. Varias son las empresas que han despuntado siguiendo sus pautas (Cirque du Soleil, Novo Nordisk, Apple...) consiguiendo navegar durante años en un provechoso y tranquilo océano azul.

Resumir en esta página toda la estrategia es imposible, aunque después de estudiarla a fondo y de mi experiencia ayudando a clínicas tradicionales, resumiré aquí los 2 puntos que considero más interesantes.

En primer lugar, nos enseña que hay vida más allá de la clásica dicotomía empresarial de luchar por diferenciación o por precio contra tus competidores. Existe una tercera vía, la “Innovación en Valor”, en la que no es suficiente con tener un producto o servicio diferente o novedoso sino que debe ir acompañado de una disminución de los costes internos de la empresa. Crear valor a un coste más elevado lleva muchas veces a mayores ingresos, pero no a más beneficios, por lo que no es un océano azul. Un ejemplo puede ser la oferta de alineadores en la consulta: aumentamos

el valor, pero también los costes, por lo que al final el beneficio neto tampoco suele ser muy superior al de la Ortodoncia tradicional. Sí quizá es un modelo espectacular para los proveedores de esa Ortodoncia pero no es un océano azul para nosotros. No quiero decir que sea malo o incorrecto, simplemente que no va a constituir el cambio espectacular de beneficios en nuestras clínicas que buscamos. Por lo tanto, tenemos no sólo que aportar cosas diferentes, sino también sacrificar aspectos (Ver imagen 1). Por ejemplo, el Circo del Sol aportó muchas cosas diferentes al mundo del circo (una línea argumental en sus espectáculos, mayor sofisticación...) pero también tuvo el valor de eliminar los números de animales, lo que les permitió mejorar el espectáculo sin incurrir en más y más gastos.

El segundo aspecto más disruptor respecto a la escuela empresarial clásica es que la competencia no debería ocupar el centro de la estrategia de tu clínica. Pensar en cómo alcanzar o superar a tus competidores tiene varios problemas:

- 1º) Da como resultado estrategias re-activas y no pro-activas.
- 2º) Das por sentado que lo que hace la competencia es correcto.
- 3º) Lleva a la paradoja de que al hacerlo cada vez te parecerás más al resto, lo cual obliga a competir más aún por precio y, por lo tanto, entrar a fondo en el océano rojo.

Las matrices DAFO, las 5 fuerzas de Porter... son ideas empresariales clásicas que se centran fundamentalmente en la competencia; y los estudios de mercado suelen acabar en ideas que se dirigen a ofrecer más de lo mismo por menos dinero.

En este sentido, también se aconseja buscar nuevos clientes (en nuestro caso, pacientes) de otros sectores, y no exclusivamente de las clínicas de alrededor.

ELIMINAR	REDUCIR	Disminuir estructura de costes respecto a los competidores
• ¿Qué variables que el sector da por sentadas deberían eliminarse?	• ¿Qué variables se deberían reducir muy por debajo del estándar del sector?	
INCREMENTAR	CREAR	Aumentar el valor para los compradores y crear nueva demanda
• ¿Qué variables se deberían incrementar muy por encima del estándar del sector?	• ¿Qué variables se deberían crear que la industria jamás haya ofrecido?	

Si quieres profundizar más en éste y otros temas sobre gestión dental que te ayudarán a mejorar los resultados de tu clínica, puedes ponerte en contacto con nosotros a través del correo info@plansynergia.com



SIMPOSIO EUROPEO

SEPA-DGI-DG PARO

Palma de Mallorca. España
24/25 Enero 2020

**Sesiones clínicas
en el tratamiento
de enfermedades
periimplantarias**

**Inscríbete por tan
solo 249€ a un
encuentro único.**

**Tarifa especial lectores
Odontólogos de Hoy.**

www.sepa.es/european-symposium/es/

*Deberás introducir el código promocional **ODONTOHOY**

Medio colaborador

ODONTÓLOGOS
de hoy

Patrocina:



Expositor

Sanhigía
THINK SURGICAL

simposioeuropeo@sepa.es
(+34) 911.610.143
WhatsApp: **(+34) 620 255 105** 



Manejo del estrés en Odontología

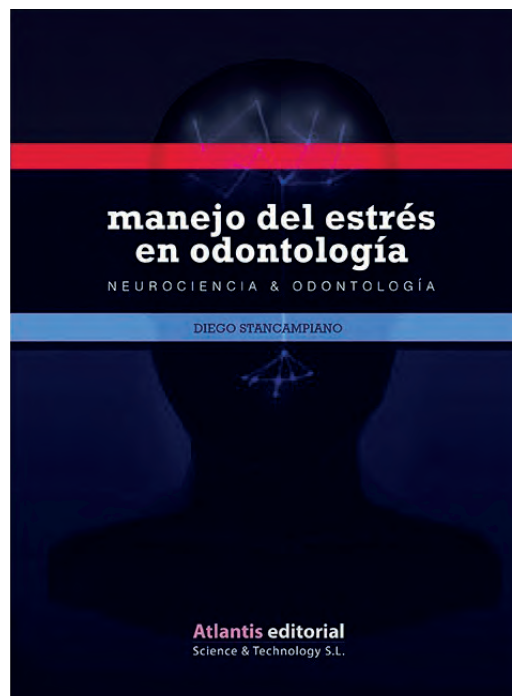
Editoria Atlantis dentro de su sección de Neurociencia & Odontología, presenta esta obra, escrita por el Dr. Diego Stancampiano que surge como respuesta al factor en común de todas las Clínicas dentales, su equipo de profesionales y sus pacientes: el estrés. El ritmo de vida actual, la tecnificación y las altas expectativas de consumo nos han llevado a caer en situaciones de desgaste como profesionales y equipos de trabajo, situaciones que nos cansan más que el trabajo en sí. El entorno condiciona y determina nuestro potencial y nuestro rendimiento, por lo que si aprendemos a gestionar el estrés en consulta tendremos más de la mitad de la batalla ganada.

No nos ocupamos de nuestra formación integral como personas. No dedicamos tiempo suficiente a desarrollar potencialidades internas para la gestión eficiente de nuestra vida.

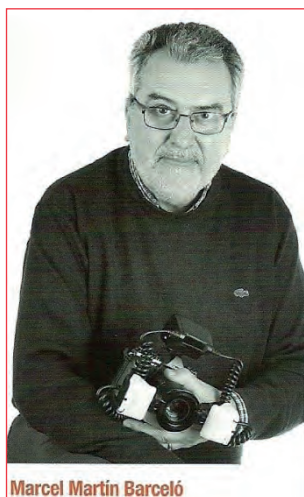
“La única forma de ser felices en nuestro trabajo es integrar un equipo eficiente y para ello hay que empezar por cada miembro”.

La obra puede adquirirse en www.atlantiseditorial.com o en los stand de la editorial en los congresos SEPES (Barcelona) y SECIB (Sevilla).

Atlantis editorial Science & Technology S.L.



Fotografía fácil aplicada a la Odontología



Marcel Martín Barceló

Laboratorios LACER presenta esta obra maestra que es el trabajo de Marcel Martín Barceló, fotógrafo profesional y uno de los grandes valores de la odontología española,

que ha conseguido con sus enseñanzas que las fotografías que vemos en la mayoría de los cursos y congresos de España estén acompañadas de la calidad.

Nuestro reconocimiento a Laboratorios Lacer por esta iniciativa y nuestra felicitación a Marcel, buen amigo y excelente fotógrafo por esta magnífica obra.





José Cruz Ruiz Villandiego
(Presidente SEOENE)

Este año celebraremos el **Congreso Nacional** de nuestra sociedad, en esta ocasión con **carácter Internacional** por la participación de destacadas personalidades de la IADH tanto en el área de ponentes como en el comité científico, en JAÉN, bajo la dirección del Dr. José María Delgado.

Aprovecho este espacio para destacar la importancia creciente del colectivo de pacientes con necesidades especiales: la pirámide poblacional crece de manera inversa a lo que sería más natural y **aumentan las personas mayores, con más enfermedades crónicas, con más medicaciones, con índices progresivos de demencias, con mayor incorporación a vida social de los grupos de alta discapacidad, con muchos adultos, y por supuesto niños, con pánico imposible al tratamiento dental...** en definitiva, pacientes, tutores, familias y profesionales que se mueven alrededor de estos colectivos y que hacen que esta especialidad a la que nos dedicamos se convierta en un **elemento fundamental de necesidad asistencial y una fuente muy interesante de pacientes para las clínicas dentales** que lo ofertan (mucho más allá de otras tan habituales como anunciar prótesis, blanqueamientos, etc.)



José María Delgado
(Presidente Congreso
SEOENE Jaén 2019)

Berlin, El Zeitz Moca de Sudáfrica, El Museo del Perfume de París o El Museo de La Biblia de Washington.

Cómo algo diferenciador los(as) higienistas van a poder acudir a las mismas sesiones que el resto de especialistas, a las actividades divulgativas y formativas sin necesidad de tener un congreso específico dentro del mismo.

Todo el temario del Congreso es una novedad en técnicas y protocolos. Pero por la trascendencia de los ponentes e implicación de instituciones yo destacaría un apartado sobre nuevos protocolos en la cirugía de implantes en pacientes con necesidades especiales avalado por ITI (*International Team for Implantology*) y una sesión sobre tratamientos en pacientes con Enfermedades Raras avalado por la IADH (*International Association for Disability & Oral Health*) ambos presentadas por sus respectivos presidentes, de ahí su perfil **internacional**. También acudirán grupos de trabajo de Suecia y del Trinity College de Dublín.

Mostraremos también técnicas actualizadas para abordar al paciente con pánico o a las que padecen náuseas fáciles.

AESINERGY firma un acuerdo de colaboración con CEAC y Deusto Salud para ofrecer contenidos formativos en salud bucodental

AESINERGY (consultora ejecutiva especializada en el sector dental y que certifica la calidad de las clínicas dentales mediante el Sello de Calidad DentalQuality®), CEAC y Deusto Salud, ambas pertenecientes a la División de Formación y Universidades de Grupo Planeta, han firmado un acuerdo en virtud del cual AESINERGY **proporcionará contenidos formativos en salud bucodental** con el objetivo de asegurar la adecuación de sus planes de estudios a las necesidades laborales y empresariales.



Osteógenos amplía su plantilla con tres nuevos Delegados Comerciales

Osteógenos incorpora 3 nuevos Delegados Comerciales en Cataluña y Madrid: Alejandro Barrabés Martínez para la zona de Barcelona, Alexandre Sánchez Vaquero para la zona de Tarragona, Lleida y Andorra, y Alberto Ambit Ojeda para Madrid y parte de Castilla La Mancha.

Con estas nuevas incorporaciones Osteógenos consolida parte de su red comercial en el Noroeste y Centro de España, continuando con su criterio de ofrecer al cliente un trato cercano, ágil, directo y con un profundo conocimiento del producto.



24 EDICIÓN OPEN DAY OSTEÓGENOS
Dr. Antonio Murillo - Dr. Pepe Benítez - Dr. Pablo Baltar

El 9 de noviembre en Santiago de Compostela

#OpenDaySantiago

DR. PIETRO FELICE

SECIB Sevilla 2019
24 de octubre

Osteógenos convoca su II Concurso Nacional de Fotografía

Más información en:
www.osteogenos.com
marketing@osteogenos.com
Telf.: 91 413 37 14

II CONCURSO NACIONAL DE FOTOGRAFÍA
DEL 1 DE JULIO AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2019

PREMIO 3.000€

Premio canjeable en productos Osteógenos **¡Y ADEMÁS!**
Tu foto será PORTADA del catálogo 2020

Congreso Bone, Biomaterials & Beyond Academy en Sevilla

Osteógenos colaborará junto a OsteoBiol en la organización del II Simposio Internacional sobre Regeneración Ósea Guiada de la *Bone, Biomaterials & Beyond Academy*, que se celebrará durante los días 27 y 28 de marzo.



Nuevas Ofertas Especiales de NSK disponibles. Desde el 1 de octubre de 2019 hasta el 29 de febrero de 2020

A partir del 1 de octubre del 2019 y hasta el 29 de febrero de 2020 estarán disponibles las nuevas ofertas especiales de NSK Dental Spain. El archivo estará disponible en la web de NSK (www.nsk-spain.es) para su descarga en formato PDF. Dentro del catálogo podrás encontrar las mejores ofertas de los productos desarrollados por NSK y dentro de los diversos apartados profesionales de instrumentación odontológica

se ofrecen con precio especial. Podrán encontrar los nuevos productos que NSK ofrece, la Serie S-Max M de turbinas y contra-ángulos y el Osseo100, el dispositivo de NSK para monitorización de osteointegración de los implantes.

Las empresas y los profesionales pueden efectuar sus pedidos a través de la amplia red de distribuidores de NSK en España.

NSK
CREATE IT.



NUEVO CATÁLOGO DE OFERTAS ESPECIALES NSK

DESDE EL 1 DE OCTUBRE DE 2019
HASTA EL 29 DE FEBRERO DE 2020

DISPONIBLES EN: www.nsk-spain.es

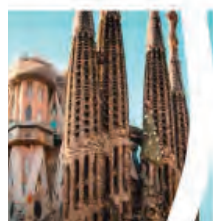
TICARE llega a un acuerdo con BQDC para apoyar su labor hacia las clínicas



Ticare y BQDC se plantean, a través de este acuerdo, la colaboración en campos como **la formación continuada de los profesionales del sector y la divulgación de consejos de interés**. Tanto Ticare como BQDC comparten el afán por la mejora continuada, el compromiso con el Código Ético, la innovación tecnológica, la certificación de calidad y la formación científica.



*S. Montero, de Ticare y
Jordi Cambra, de BQDC.*




ticare
TISSUE CARE PHILOSOPHY

Jornada Ticare-UIC
sobre Implantología Predecible

29 de noviembre



Dra. Àngels Pujol



Dr. Gonzalo Blasi



Dr. Álvaro Blasi



Dr. José Nart

UIC
barcelona

INSCRIPCIONES
www.ticareimplants.com/formacion/



*Alberto Ortiz-Vigón, Fernando Mozo y
Sebastián Montero.*

Ticare ha llegado a un acuerdo de cooperación con PerioCentrum

Con motivo de esta nueva colaboración, Ticare colabora con el Programa de Experto en Periodoncia e Implantología, en PerioCentrum Academy. En este contexto, Ticare ha presentado recientemente **su filosofía de cuidado de los tejidos, Tissue Care Philosophy, y se han realizado casos prácticos con los implantes de conexión interna Ticare Inhex e Inhex Quattro**. Los fundamentos del acuerdo de colaboración son la formación altamente especializada, el rigor científico y la práctica clínica.

XI Congreso Ticare de Actualización en Implantología 2020

El Congreso Ticare de febrero se enfocará en los avances del sector en evidencia científica y clínica y la innovación en campos como la odontología digital.

Los días **14 y 15 de febrero de 2020**, en el Teatro Goya de Madrid, Ticare Implants celebrará su **XI Congreso de Actualización en Implantología** que acercará a los profesionales los últimos avances en investigación, las nuevas técnicas quirúrgicas y las recientes tendencias en el campo de la implantología y en concreto en áreas como periodoncia, conservadora, restauradora y cirugía bucal.



it implant Training | Webinario

MANEJOS DEL MAXILAR POSTERIOR ATRÓFICO: IMPLANTES CORTOS VS ELEVACIÓN ABIERTA VS ELEVACIÓN TRANSCRESTAL

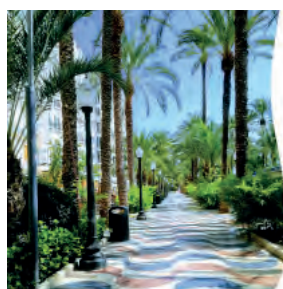
11 noviembre de 2019 a las 22:00 h (hora Peninsular) Plazas limitadas

Dr. Daniel Rodrigo

- Licenciado en Odontología por la Universidad Europea de Madrid
- Board Certificate en Periodoncia por la Federación Europea de Periodoncia
- Práctica privada en Periocentrum en Guadalajara y Madrid
- Profesor en el Título de postgrado en Periodoncia e Implantes de la Universidad Complutense de Madrid
- Investigador en el Máster de Periodoncia Univ. Complutense de Madrid y en el Internacional Team of Implantology (ITI)



INSCRIPCIONES GRATUITAS
www.Implant-training.es



Ticare
Training &
Education

IMPLANTES CORTOS COMO AYUDA EN PROCESOS DE REGENERACIÓN COMPLEJOS

8-9 noviembre de 2019



Dr. Alberto Salgado



Dr. Alfonso Díaz



Salgado Dental Institute (Alicante)

INSCRIPCIONES

www.ticareimplants.com/formacion/

EXPO DENTAL

SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES

12-14
Marzo
2020



TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LOS PROFESIONALES



expodental.es

Promueve:



País invitado

