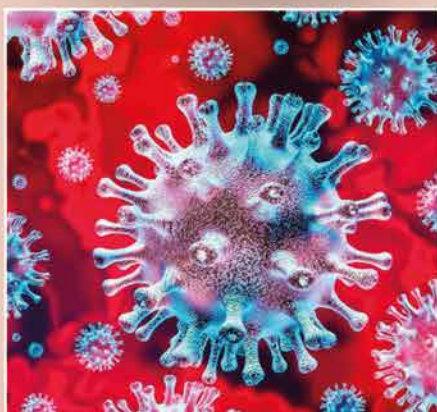


ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 9
Nº 42 abril-mayo 2020



España entera de luto



Portador COVID-19



Probabilidad de contagio **70%**



Portador COVID-19



Probabilidad de contagio **5%**



Portador COVID-19



Probabilidad de contagio **1,5%**

Ponte la mascarilla, da ejemplo

Francisco Cardona

Jefe de Sección de Salud Bucodental del
Servicio Navarro de Salud

“El PADI es una de las causas por las que la juventud navarra tiene un índice CAO al nivel de los países nórdicos”



HAY UN TRAJE QUE SE AMOLDA
A TODOS LOS CUERPOS
un abrazo
EL AJUSTE PERFECTO...

Sumario

Editorial 05

COVID-19 06

- 🕒 Carta del Dr. Aguirre Urizar sobre el COVID-19
Dr. J. M. Aguirre Urizar
- 🕒 Clínicas dentales - Lugares seguros
Dr. Fernando Gutiérrez de Guzmán
- 🕒 Carta del Dr. Aguirre Urizar sobre el COVID-19 (II)
Dr. J. M. Aguirre Urizar

Opinión 12

- 🕒 Reflexiones en época de pandemia
Dr. Josep M. Ustrell Torrent
- 🕒 Residencias geriátricas, COVID-19 y Odontología
Dr. Manuel Ribera Uribe
- 🕒 ¿Tienen los dentistas españoles que hacer los tests del COVID-19?
Alejandra Llorente
- 🕒 “Cuidemos a nuestros mayores”

Tribuna de salud pública. 20

- 🕒 Seamos prudentes, pero no claudiquemos
F. Javier Cortés Martinicorena
- 🕒 Comentario sobre la encuesta: “Situación laboral de los dentistas frente al COVID-19 en España”
F. Javier Cortés Martinicorena

Actualidad 24

- 🕒 Brillante gestión del Colegio de Navarra
- 🕒 SEPA y GSK Consumer Healthcare Iberia. Una firme alianza para mejorar la formación de los profesionales y la educación de la población en salud bucodental

Entrevista 28

- 🕒 Francisco Cardona Tortajada

Ciencia y salud. 32

- 🕒 Procedimientos de Limpieza y desinfección de espacios clínicos...
- 🕒 ACO's y extracciones seriadas, ¿cómo debemos actuar? A propósito de un caso
- 🕒 Cálculo de la ganancia de espacio en sectores posteriores. Sistema USS

Historia de la Odontología 50

- 🕒 Los primeros libros de “Odontología”. Un hecho renacentista
Javier Sanz

Gestiona tu consulta. 57

- 🕒 Las lecciones del fracaso
- 🕒 El marketing, las emociones y el coronavirus entran en el sector dental

Dolor compartido

Nuestras primeras palabras en este número son para las víctimas de esta pandemia, ODH está de luto por tantas personas que están sufriendo, los que se han ido entre los que contamos a más de un compañero y los que se han quedado con el dolor de no haber podido despedirse de los que se fueron. Nuestra oración o nuestro pensamiento, según lo que cada uno crea está con todos.

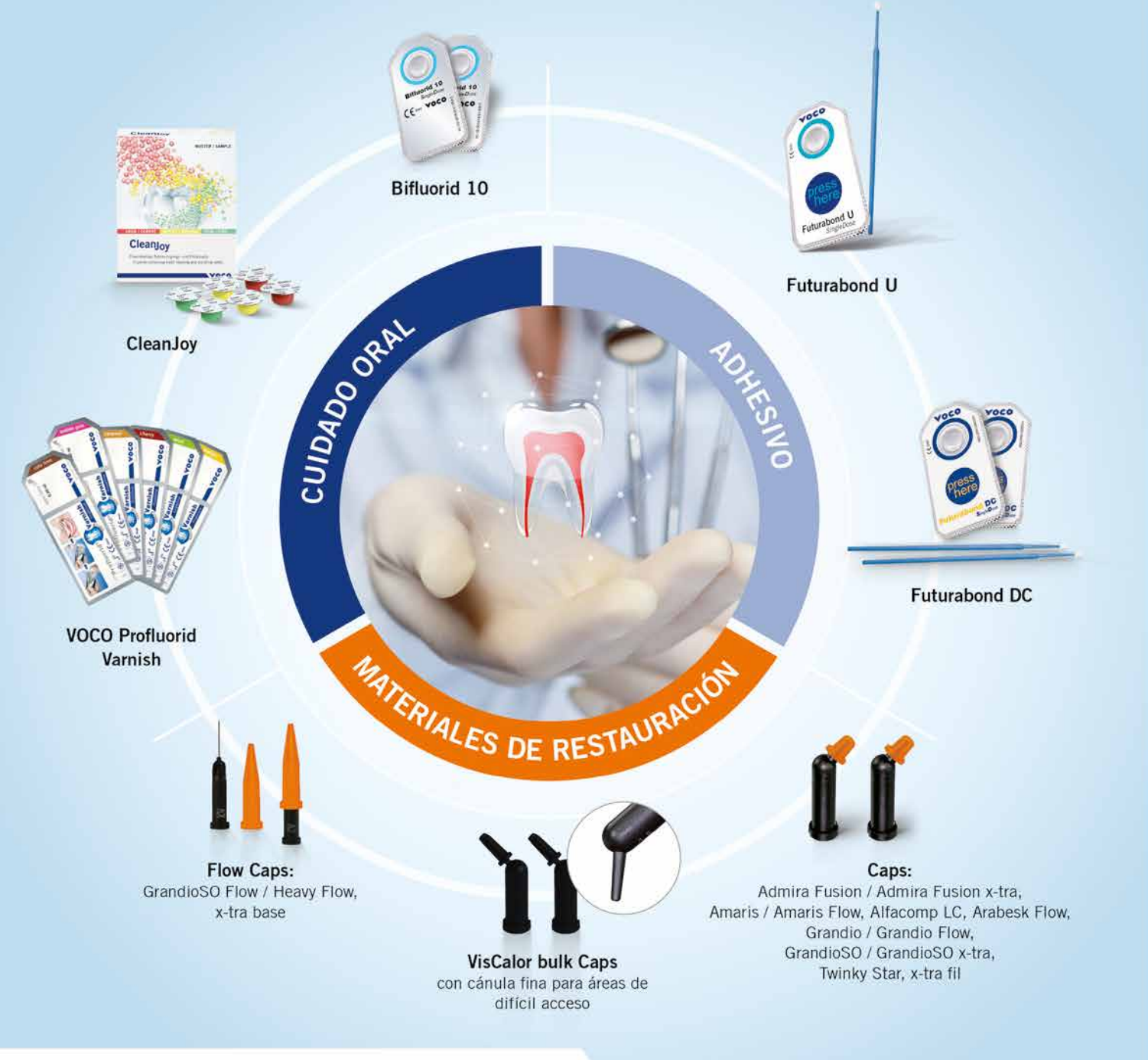
Ciudadanos y también sanitarios

En estos días en que estamos viviendo situaciones inimaginables para la mayoría, queremos pedir una valoración autocrítica sobre si hemos estado a la altura, no para señalar a nadie, sino para en nuestro interior marcar una reflexión que nos ayude a enfrentar el futuro, lo hecho, ya no tiene vuelta.

Nuestro papel de ciudadanos, es mi opinión, ha estado a la altura de lo que se debe hacer en una sociedad solidaria, por poner un ejemplo hemos visto como en Madrid se pedían voluntarios entre los odontólogos por si hiciese falta acudir a IFEMA a colaborar encabezados por un odontólogo y tenía el eco esperado, en Valladolid en las listas de médicos que se ofrecieron voluntarios por si había que montar un hospital en la Feria de Muestras estaban varios compañeros. Las donaciones de nuestro material a los hospitales y residencias de la tercera edad fue un éxito de participación, el dispositivo del Colegio de Madrid resultó emocionante, la labor de la Fundación Odontología Social en Sevilla repartiendo sus reservas de miles de guantes por las residencias de la tercera edad en un espectacular despliegue, citados a modo de ejemplo, pues han sido más las actuaciones solidarias de la profesión.

Nuestro papel como profesionales sanitarios no lo tengo tan claro, aquí, y también es mi opinión, nos hemos quedado cortos. Está claro que sólo podía atenderse urgencias, el estado de alarma prohibía, aunque tardasen en decirlo expresamente, atender lo que pudiese demorarse.

La cuestión es si de verdad hemos asumido nuestra condición de sanitarios a la hora de asumir el compromiso con nuestros pacientes, o nos hemos apartado con la excusa de que no teníamos material o aplicando unos criterios para determinar la urgencia hasta conseguir que esta no existiera. Algunas consultas han permanecido abiertas presencialmente, otras han mantenido una atención telefónica y muchas han cerrado totalmente. Mientras los médicos y enfermeros junto al resto de personal de los hospitales y centros de salud han seguido trabajando, con menos material del que la mayoría de nosotros disponíamos en muchos casos. Esta pandemia no ha terminado y no se puede descartar un empeoramiento de la situación, estaremos a tiempo entonces de rectificar.



LA SINGLE DOSE DE VOCO SIMPLE. RÁPIDA. HIGIÉNICA.

- Higiénico - óptima protección para sus colaboradores y pacientes
- De aplicación simple y rápida
- Una cantidad óptimamente ajustada para el tratamiento único – no se desperdicia ningún material
- No se derrama en ninguna posición
- Utilizable sin ningún soporte adicional



SingleDose



Carta del Dr. Aguirre Urizar sobre el COVID-19

J. M. Aguirre Urizar
Catedrático de la UPV/EHU



Querida/os colegas,

19 de marzo de 2020

Desde el encierro, quiero escribiros unas líneas sobre la situación de emergencia en la que estamos inmersos y enviaros todo mi apoyo y mucho animo, para que desde nuestra posición como profesionales sanitarios actuemos con conciencia y solidaridad en este importante momento.

Todos sabemos que las Clínicas dentales constituyen un potencial foco de transmisión del Covid 19 de primer nivel. Por ello, y a pesar de que todavía no se nos ha obligado oficialmente, debemos realizar el cierre preventivo de nuestras clínicas y pasar a atender únicamente las urgencias que lo precisen, adoptando las medidas de protección que todos conocemos y practicamos.

“Debemos realizar el cierre preventivo de nuestras clínicas y pasar a atender únicamente las urgencias que lo precisen”

Para poder controlar esta pandemia es preciso que realicemos su contención tanto en los ámbitos personales como profesionales. El aislamiento tiene como principal objetivo el escalonar los contagios, no el evitarlos completamente. Probablemente todos los ciudadanos nos vamos a contagiar, tarde o temprano, pero debemos tratar de que sea de un modo escalonado.

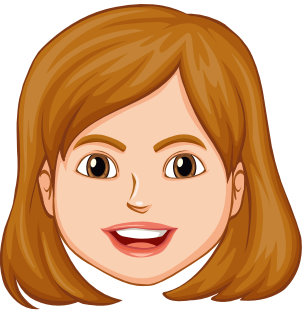
Este retrovirus tiene una alta contagiosidad y por lo que parece, una baja mortalidad. Si nos contagiamos de forma escalonada vamos a evitar el colapso de nuestro sistema sanitario. La mayor parte de los ciudadanos vamos a pasar la infección asintomáticamente, casi sin notarla, otros lo harán como una gripe y algunos, lamentablemente, como una enfermedad grave que puede llevar al fallecimiento.

La contención, el aislamiento y evitar los contagios, son los elementos fundamentales para controlar esta pandemia. Debemos de ser conscientes de que todos acabaremos contagiándonos, pero este contagio será por una sola persona o a los sumo dos o tres, con lo que nuestra carga viral será reducida. Esta carga de virus limitada dará tiempo a nuestro organismo para fabricar anticuerpos lo que nos permitirá curarnos y tener una enfermedad leve. Si por el contrario no seguimos las recomendaciones de aislamiento y control, nos infectaremos por muchas personas y nuestra carga viral será muy grande. En este caso los síntomas aparecerán antes y de forma mas violenta, sin dar tiempo suficiente para producir anticuerpos, con lo que serán mayores las posibilidades de que desarrollemos una enfermedad grave.

“Si nos contagiamos de forma escalonada vamos a evitar el colapso de nuestro sistema sanitario”

Por estas sencillas cuestiones, en todas las personas, pero mas en nuestro caso como personal sanitario, la protección frente al Covid 19 debe ser exhaustiva y exigente. Como en su día ocurrió con el SIDA, esta pandemia va a producir una revolución en la asistencia sanitaria y en los servicios sanitarios a nivel mundial.

Un abrazo y mucho animo, mucha conciencia y mucha solidaridad.



Portador COVID-19

Probabilidad de contagio 70%



Portador COVID-19

Probabilidad de contagio 5%



Portador COVID-19

Probabilidad de contagio 1,5%

**USA MASCARILLA
POR LA SEGURIDAD DE TODOS**



Clínicas dentales - Lugares seguros

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor



El COVI-19 ha irrumpido en nuestras vidas y nos está afectando probablemente más de lo que deberíamos permitirnos. Esta profesión ha pasado por situaciones comprometidas y siempre ha sabido reaccionar con éxito ante lo que podía ser una adversidad.

Hace ya treinta años, y por ello la mayoría de los que hoy forman parte de la profesión carecen de esa experiencia, tuvimos la expansión del VIH, el SIDA parecía iba a incidir gravemente en nuestra actividad profesional.

Incidió y mucho, pero de forma positiva. En un primer momento estuvimos en el punto de mira, las consultas dentales parecía que iban a ser un peligroso punto de contagio. Pero le dimos la vuelta y nos convertimos en los centros sanitarios más seguros

No existían las redes sociales y teníamos otra forma de actuar, **con discreción.**

Nadie salió en los medios de entonces a cuestionar la situación de nuestras consultas, Consejo General y Colegios junto a Consejerías de Sanidad y Ministerio hicieron una labor silenciosa y eficaz que culminó en una guía de actuación frente al VIH y otros virus de transmisión sanguínea en odontología, trabajo realizado bajo la coordinación del Dr. Daniel Zulaica y en el que participamos un grupo de estomatólogos del Colegio de Gipuzkoa, el servicio de Microbiología del Hospital Universitario de San Sebastián y los Servicios de Medicina Preventiva del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid y del Hospital de Cruces de Baracaldo. Documento aprobado en un primer paso por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y los Colegios Vascos de Odontólogos y Estomatólogos y que posteriormente asumieron el Consejo General que presidía entonces Don José María Lara y el Ministerio de Sanidad siendo Ministra Doña María Ángeles Amador. Posteriormente se actualizó en el año 2001 y hoy en día sigue vigente en sus planteamientos.

Estuvimos ante una enfermedad entonces letal, no había ninguna esperanza para quien se contagiase, aunque ciertamente menos contagiosa que el COVID-19. Enfermedad infecciosa el

SIDA con la que hoy convivimos y está incluida su prevención en los protocolos.

Hubo una importante tarea por delante que incluyó cuestiones hoy día increíbles, hubo que convencer a muchos profesionales, sobre todo a los de más edad de que había que trabajar siempre con guantes, se impuso el uso de autoclaves de vapor, autoclaves que hoy hemos mejorado también a raíz del problema de las vacas locas y que nos puso a los priores como elemento nuevo a considerar en la esterilización del instrumental.

Una pandemia retransmitida en directo por las redes no debe hacernos olvidar nuestra condición de profesionales sanitarios.

El estado de alarma con esas ruedas de prensa llenas de uniformados no podemos dejar que nos afecte, sin entrar a valorar como se están haciendo las cosas de cara a la población que no es este momento ni lugar, los sanitarios debemos estar por encima de esos planteamientos.

Nosotros debemos combatir con el conocimiento y la información científica a esta pandemia, nunca con elementos de *marketing*. El miedo no puede ser nuestro compañero. El miedo y la ignorancia son nuestros peores enemigos.

No debemos equivocar el mensaje, **nuestras consultas son seguras** porque actuamos de acuerdo al conocimiento científico en cada momento y por eso nos adaptamos a cualquier nueva situación como es la que esta pandemia y las características de contagio de este virus nos exigen para mantener una atención con plenas garantías.

Los aerosoles siempre han estado en nuestras consultas y los virus de transmisión aérea también.

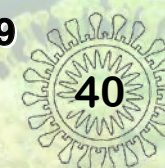
Ya hemos visto demasiadas intervenciones desafortunadas en los medios de comunicación hablando de los peligros de nuestras consultas. Señores del Consejo General tomen ejemplo de lo que hicieron hace treinta años sus homólogos y dedíquense a trabajar y no a meter miedo a los ciudadanos, que son nuestros pacientes.



EL CORONAVIRUS SARS-CoV-2 Y LA PANDEMIA DE COVID-19

Sociedad Española de Virología (SEV)

10/5/2020



Lecciones de la pandemia de COVID-19 y claves para el futuro

- El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 es **fruto de la evolución** y se originó por un salto de hospedador desde animales.
- La rápida expansión del virus a **más de 180 países** del mundo se puede asociar a su **alta transmisibilidad** y a la elevada proporción de casos asintomáticos o con cuadros leves que sin embargo son contagiosos.
- En España, las estrictas medidas de contención consiguieron **"aplanar la curva"**, pero ha habido muchas personas fallecidas y el sistema sanitario colapsó durante semanas. El **personal sanitario** merece todo nuestro reconocimiento y gratitud.
- En el nuevo escenario que comienza ahora es fundamental **no bajar la guardia en la desescalada**, por el riesgo de rebrotes.
- La rápida respuesta y la **colaboración científica internacional** están permitiendo desarrollar diferentes sistemas de **diagnóstico, fármacos y vacunas**. Pero todavía queda mucho por conocer del SARS-CoV-2 y de la enfermedad COVID-19.
- Es importante mantenernos bien informados y **no contribuir a difundir bulos**, informaciones sesgadas o parcialmente falsas.

Sólo la inversión decidida y continuada en Ciencia, Educación y Sanidad, y el fortalecimiento de los sistemas de I+D+i, nos permitirá estar preparados para las epidemias y pandemias del futuro



• Para saber más: <https://theconversation.com/esto-es-lo-que-los-virologos-sabemos-hasta-hoy-sobre-el-coronavirus-sars-cov-2-137274>



<https://www.mscbs.gob.es/> <https://www.isciii.es/>
<http://sevirologia.es/>



@sanidadgob @CIBER_ISCIII
@sev_virologia



EL CORONAVIRUS SARS-CoV-2 Y LA PANDEMIA DE COVID-19

Sociedad Española de Virología (SEV)

6/5/2020



El reto de la inmunidad para las vacunas frente al SARS-CoV-2

- Las vacunas buscan **producir una inmunidad similar a la que origina la infección natural** que evite nuevas infecciones. Sin embargo, no se conoce todavía la duración de la inmunidad natural ni si protege de la reinfección.
- Las vacunas deben **inducir inmunidad en la mucosa respiratoria** y no originar respuestas inmunes alteradas [Ficha #InfoSEV nº 35]. La mayoría se basan en la experiencia previa en vacunas frente a SARS-CoV-1, MERS, y los coronavirus de animales.

- Para SARS-CoV-2, gran parte de las vacunas se basan en activar la respuesta inmune frente a la **proteína S del virus** (ARN/ADN, vectores virales, subunidades de proteínas, VLP). Son rápidas de diseñar, de menor coste, e inducen una respuesta fuerte de anticuerpos neutralizantes y en algunos casos, de linfocitos T.
- La **duración de la inmunidad suele ser corta** y se necesitan varias dosis, pero ya se han utilizado con éxito frente a coronavirus animales.
- El uso de **vectores virales** ha sido muy eficaz frente a otros virus. Es la estrategia del grupo de **Mariano Esteban (CNB-CSIC)** que emplea un poxvirus, el virus vaccinia modificado, atenuado y muy seguro.

- Las vacunas que presentan al sistema inmune **todas las proteínas del SARS-CoV-2**, además de la S, inducen una respuesta inmune más completa y eficaz, de anticuerpos y linfocitos T, que probablemente sea más duradera.
- Las **vacunas de virus atenuados** tienen el riesgo de reversión de la virulencia, y actualmente sólo hay dos en fase preclínica.
- Una de ellas es la del laboratorio de coronavirus de **Luis Enjuanes e Isabel Sola (CNB-CSIC)**, que mediante genética reversa han obtenido virus atenuados y defectivos en su propagación, basándose en sus estudios previos con el MERS.

- Todavía no se sabe qué vacuna será más eficaz, por lo que es necesario seguir desarrollando todas las estrategias.
- Para saber más: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7060195/pdf/41541_2020_Article_170.pdf



<https://www.mscbs.gob.es/> <https://www.isciii.es/>
<http://sevirologia.es/>



@sanidadgob @CIBER_ISCIII
@sev_virologia

Carta del Dr. Aguirre Urizar sobre el COVID-19 (II)

J. M. Aguirre Urizar
Catedrático de la UPV/EHU



LA ACTIVIDAD DE URGENCIA EN LAS CLINICAS DENTALES EN LA PANDEMIA POR COVID-19

Querida/os colegas,

23 de marzo de 2020

Desde el encierro, de nuevo os escribo unas líneas en relación con la situación de emergencia en la que estamos inmersos por la pandemia por el COVID-19. Varios compañeros me han preguntado estos días sobre diferentes situaciones odontológicas que les habían aparecido y que no sabían si correspondían o no a una verdadera urgencia odontológica. Hoy he tenido conocimiento de una Guía de la Asociación Dental Americana* sobre este aspecto y tras su lectura creo que puede ser útil para ayudarnos en este sentido. Me he puesto a traducirla y tras añadir alguna pequeña cuestión semántica os la envío.

De nuevo trasladaros mi apoyo y mucho ánimo, para que desde nuestra posición como profesionales sanitarios actuemos con conciencia, responsabilidad y solidaridad en este importante momento. Estoy seguro que pronto veremos la luz en este túnel.

Un abrazo

Actualizado 19 Marzo 2020

Las Urgencias odontológicas son potencialmente mortales y requieren un tratamiento inmediato para detener un sangrado tisular continuo, aliviar un dolor severo o una infección e incluyen:

- Sangrado incontrolado
- Celulitis o infección bacteriana difusa de los tejidos blandos con tumefacción intraoral o extraoral, que potencialmente puede comprometer las vías respiratorias del paciente
- Trauma que afecta a los huesos faciales, y que potencialmente puede comprometer las vías respiratorias del paciente

El **Cuidado Odontológico Urgente** se enfoca en el manejo de las condiciones que requieren una atención inmediata dirigida a aliviar el dolor severo y / o el riesgo de infección y de ese modo reducir la carga de trabajo de los departamentos de urgencia hospitalarios (también muy importante). Todas estas situaciones deben ser tratadas con procedimientos mínimamente invasivos.

- Dolor dental severo por inflamación pulpar
- Pericoronaritis o dolor en el tercer molar
- Osteítis postquirúrgica, alveolitis seca
- Absceso o infección bacteriana localizada que produce dolor y tumefacción localizada
- Fractura dental que causa dolor o trauma en los tejidos blandos
- Trauma dental con avulsión/luxación dental
- Tratamiento dental necesario previo a procedimientos médicos críticos
- Cementación final de corona/puente si la restauración temporal se pierde, se rompe o causa irritación mucosa
- Biopsia de tejido anormal/sospechoso

Otros cuidados odontológicos urgentes:

- Caries dentales grandes o restauraciones defectuosas que causen dolor
 - Manejar con técnicas restauradoras provisionales (cementos provisionales, ionómeros de vidrio, etc.)
- Retirada de suturas
- Ajuste protésico en pacientes oncológicos
- Ajustes o reparaciones de prótesis cuando este afectada la función
- Reemplazo de obturaciones temporales en aperturas de acceso endodóntico en pacientes con dolor
- Recorte o ajuste del material o aparatos de ortodoncia que perforan o ulceren la mucosa oral

Procedimientos odontológicos no urgentes

Los procedimientos dentales de rutina no urgentes incluyen, entre otros:

- Visitas y Exámenes orales iniciales o de control, incluyendo las radiografías.
- Higiene dental de rutina y terapias preventivas.
- Procedimientos de Ortodoncia que no sean aquellos que aborden problemas agudos que causen, por ejemplo: dolor, infección, trauma.
- Extracción de dientes asintomáticos.
- Odontología restauradora, incluido el tratamiento de lesiones de caries asintomáticas.
- Procedimientos odontológicos estéticos.



What Constitutes a Dental Emergency?

ADA

The ADA recognizes that state governments and state dental associations may be best positioned to recommend to the dentists in their regions the amount of time to keep their offices closed to all but emergency care. This is fluid situation and those closest to the issue may best understand the local challenges being faced.

DENTAL EMERGENCY

This guidance may change as the COVID-19 pandemic progresses. Dentists should use their professional judgment in determining a patient's need for urgent or emergency care.

Dental emergencies are potentially life threatening and require immediate treatment to stop ongoing tissue bleeding, alleviate severe pain or infection, and include:

- Uncontrolled bleeding
- Cellulitis or a diffuse soft tissue bacterial infection with intra-oral or extra-oral swelling that potentially compromise the patient's airway
- Trauma involving facial bones, potentially compromising the patient's airway

Urgent dental care focuses on the management of conditions that require immediate attention **to relieve severe pain and/or risk of infection and to alleviate the burden on hospital emergency departments. These should be treated as minimally invasively as possible.**

- Severe dental pain from pulpal inflammation
- Pericoronitis or third-molar pain
- Surgical post-operative osteitis, dry socket dressing changes
- Abscess, or localized bacterial infection resulting in localized pain and swelling
- Tooth fracture resulting in pain or causing soft tissue trauma
- Dental trauma with avulsion/luxation
- Dental treatment required prior to critical medical procedures
- Final crown/bridge cementation if the temporary restoration is lost, broken or causing gingival irritation
- Biopsy of abnormal tissue

Other urgent dental care:

- Extensive dental caries or defective restorations causing pain
 - Manage with interim restorative techniques when possible (silver diamine fluoride, glass ionomers)
- Suture removal
- Denture adjustment on radiation/oncology patients
- Denture adjustments or repairs when function impeded
- Replacing temporary filling on endo access openings in patients experiencing pain
- Snipping or adjustment of an orthodontic wire or appliances piercing or ulcerating the oral mucosa

DENTAL NON EMERGENCY PROCEDURES

Routine or non-urgent dental procedures includes but are not limited to:

- Initial or periodic oral examinations and recall visits, including routine radiographs
- Routine dental cleaning and preventive therapies
- Orthodontic procedures other than those to address acute issues (e.g. pain, infection, trauma)
- Extraction of asymptomatic teeth
- Restorative dentistry including treatment of asymptomatic carious lesions
- Aesthetic dental procedures

Updated 3/19/20

FOR THE LATEST UPDATES, VISIT ADA.ORG/VIRUS



Reflexiones en época de pandemia

Josep M. Ustrell Torrent
Vicedecano de Odontología
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona



Igualada, 25 de marzo de 2020

Hace mucho tiempo que se habla de la nueva forma de guerra diferente de una lucha con armas entre naciones. El cine ha sido visionario de los futuros asuntos de la humanidad y en el caso de las pandemias también. Hay muchas películas en las que se trata de eliminar al supuesto enemigo con la guerra biológica. Se muta una bacteria o un virus y se deposita en cualquier lugar, como caldo de cultivo, y se espera a que se disemine por todas partes. La solución es el antídoto que siempre es la clave de bóveda de la película donde los protagonistas luchan para obtener “el único” frasco que contiene la salvación, o para el héroe o para el conjunto de ciudadanos que están expuestos. La realidad también se encuentra en unas circunstancias difíciles: hay una bacteria resistente a cualquier tipo de antibiótico.

Ha llegado otra pandemia, precedida por el VIH, el Ébola o la Gripe A, esta vez la hemos dado el nombre de Covid-19. Era de esperar que esta mutación, provocada o no, fuese más intensa que los anteriores virus gripales. Por contacto, por las gotas de Flügge que se desprenden de las fosas nasales y la boca, y por el hecho de la gran movilidad de las personas que transitan de un continente al otro, hacen que la diseminación sea muy rápida.

Este fenómeno ha cogido desprevenidos a los diferentes gobiernos que no se han dedicado a planificar la situación sanitaria de cada país para, de una forma preventiva, estar preparados por si un día pudiese pasar cualquier cosa similar

Este fenómeno ha cogido desprevenidos a los diferentes gobiernos que no se han dedicado a planificar la situación sanitaria de cada país para, de una forma preventiva, estar preparados por si un día pudiese pasar cualquier cosa similar. Están inmersos en los problemas económicos que nos ahogan y les ahogan. Sólo se piensa en recaudar para gastar y llenarse los bolsillos. Los gobernantes, de derechas y de izquierdas, a menudo se vana-

glorian de tener el mejor sistema sanitario del mundo, con las mejores coberturas, cuando lo cierto es que hay listas de espera en todos lados, hay falta de material en general, el personal está mal pagado y, por supuesto, no se está preparado, de ninguna manera, para un problema de estas características.

¿Cómo es que se han de confeccionar máscaras artificialmente?, ¿cómo es que no hay guantes protectores?, ¿cómo es que no hay suficientes aparatos de ayuda respiratoria?, ¿cómo es que no hay test de detección del virus?, ¿cómo es que hay insuficientes camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)? Todo esto debería constar en los protocolos de Prevención en Salud y estar soportado económicamente por el gobierno central que es quien tiene el dinero que, entre todos, aportamos con el esfuerzo de nuestro trabajo, para la salud de la población.

Es bien cierto que el personal sanitario se ha modelado en un concepto de ética y de humanismo hacia las personas enfermas, que tienen una actuación moral en el cuidado, pero ya hemos visto publicado en la prensa el caso de una enfermera de un centro hospitalario importante que manifiesta estar angustiada al pensar que lo más probable es que tengan que hacer selección de pacientes y, seguramente, los más enfermos y con mal pronóstico no se les pueda ofrecer un aparato de ayuda respiratoria. Y ¿qué debe hacer el personal sanitario en estos casos? Así pues, se nos plantea un gran dilema moral sobre quien puede seguir viviendo y quien no. Ciertamente no se hará de cualquier forma y se tomarán todas las fórmulas de protección moral de los sanitarios, pero indiscutiblemente no se podrá dar atención a todos, simplemente por falta de medios. Como pasa frecuentemente, la iniciativa popular es quien sirve de ayuda, el pueblo es quien busca soluciones y replica con técnica 3D unos aparatos respiratorios, precarios pero suficientes per abastecer la gran demanda.

En estos últimos años, hemos asistido a un estallido de la Inteligencia Artificial, creyendo que los medios técnicos podrían superar a las personas y un simple virus pero poderoso, ha hecho tambalear la humanidad. La población, temerosa, permanece en casa, como si estuviésemos en tiempo de guerra, y escucha tan-

tas proclamas que el temor, en muchos casos, se transforma en miedo y angustia. Miedo a la incertidumbre, miedo a la soledad y miedo a la muerte.

Y es que quienes deberían hablar son los profesionales de la salud preventiva y no los políticos. Proclamas como las del presidente del gobierno del estado sólo alertan de que vendrán días muy difíciles y que lo peor está por venir, y seguramente tiene razón, pero ¿por qué no se dejaron a parte las diferencias políticas y, desde el primer momento, plantear una actuación firme y de consenso, ordenando la compra de los tests y la fabricación de todos los elementos de protección? Esta falta de previsión ha comportado consecuentemente, y al estilo de este pueblo peninsular, a situar en la calle a las fuerzas armadas, que parece que lo solucionarán todo.

También se ha publicado sobre el riesgo del discurso bélico y patriótico en una emergencia sanitaria y se da el dato que la palabra “guerra” se utilizó 26 veces el miércoles 18 de marzo en el pleno del “Congreso de los Diputados”. Parece que se quiera infundir el miedo a la población y que confíe que el ejército y la unidad serán los factores determinantes en la solución.

No hemos de tener dudas de la confinación, porque hemos de hacer caso a los expertos epidemiólogos, que nos dicen que es la mejor solución para no difundir el virus. También deberíamos tener una perspectiva psicológica de la situación de las personas que se ven sobrepasadas por la pandemia. Los medios tratan este monotema del coronavirus continuamente, ya sea en la televisión, la radio o los periódicos y, aun cumpliendo con su obligación, los periodistas deberían buscar una fórmula alternativa para no generar más angustia a las personas.

Se deberían aplicar métodos psicológicos a los medios de forma que, informando igualmente sobre la pandemia, lo que representa y lo que se debe hacer, al mismo tiempo buscasen una forma cómoda de que las personas estuviesen más relajadas, eso sí, cumpliendo su deber. Ayer, el presidente del Colegio de Médicos de Barcelona pedía a TV3 que intercalasen entre tanta información películas y programas optimistas.

Vuelve la invocación a la divinidad y se hacen misas con muy pocos feligreses, aumentará la devoción y la fe y, probablemente, volverán las procesiones votivas, como se hizo en epidemias anteriores. También aparecen medicamentos alternativos para paliar el efecto del virus. Y no es que se desconfe del personal sanitario, es que como decía Eugenio, ¿hay alguien más?

Otro aspecto que el gobierno deberá resolver es el cómo se ayudará al descalabro de la economía. Con empresas cerradas, los ERTES comportarán un deterioro de la economía del país. Ayer el presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Catalunya envió a todos los profesionales dentistas la documentación

para hacer esta petición, porque se prevé un importante descenso de la economía de las Clínicas Dentales, que no podrán soportar el pago de sus empleados/as.

Los Odontólogos, cuanto menos, han hecho su aportación anunciando las Clínicas que están abiertas para atender sólo urgencias o difunden, entre los compañeros, ingenios para la aspiración del líquido pulverizado que entra y sale de la boca del paciente cuando es tratado en una silla dental.

Los Odontólogos, cuanto menos, han hecho su aportación anunciando las Clínicas que están abiertas para atender sólo urgencias o difunden, entre los compañeros, ingenios para la aspiración del líquido pulverizado que entra y sale de la boca

La docencia se encuentra también en un momento de incertidumbre, llena de dudas, de cómo se deberá resolver la parte práctica de ciertos estudios profesionalizantes como la Odontología. Las universidades han optado por utilizar los medios técnicos como el Skype industrial, el Zoom o el Campus Virtual. Así los alumnos podrán tener la información teórica necesaria. Entretanto, el día 23 de marzo se reunió la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE), principal interlocutor con el Gobierno Central, y las Conferencias de Decanos y Decanas de titulaciones con prácticas externas de larga duración, llegando a las siguientes conclusiones: a) Debe rechazarse en el momento actual la posibilidad de adelantos o prolongaciones selectivas de finalización de calendarios académicos, b) La prioridad máxima se centrará en el estudiante del último curso. En los cursos restantes, será necesario readaptar los planes docentes en el curso próximo, c) Si fuera necesario en algún caso retrasar alguna actividad docente de forma significativa, se modificarán los plazos correspondientes a actas y matriculaciones, con el fin de evitar cualquier perjuicio a los estudiantes, d) Como criterio general, se establecerá como porcentaje mínimo para considerar un nivel suficiente de formación que se hayan cursado el 50% de los créditos contemplados en los diversos *practicum*, rotatorios o asimilados.

Finalmente, quiero dar un toque de atención al problema de la relación social que se instaurará cuando finalice la pandemia. Desde su inicio las personas se apartan del contacto social, cambian de acera, miran hacia el suelo para no saludar, ya no se da la mano ni se dan abrazos y las relaciones personales en confinamiento son extrañas por poco frecuentes. Estas condiciones de desconfianza y de fría relación perdurarán, al menos, en la mayoría de las personas. Los médicos y los psicólogos deberán buscar fórmulas óptimas para resolver esta situación y confiemos en nuestro carácter mediterráneo.

Residencias geriátricas, COVID-19 y Odontología

Dr. Manuel Ribera Uribe

Jefe Área Preventiva Y Medicina Oral

Profesor Titular de Gerodontología i Pacientes Especiales. Universitat Internacional de Catalunya



19 de abril de 2020

El enorme impacto de la covid19 en la sociedad en general y en el ejercicio de la odontología en particular va a modificar en el futuro nuestros modos de hacer. Es incuestionable que, de entre nuestros pacientes, los que han sufrido desgraciadamente el impacto mortal de la pandemia en mayor medida, han sido nuestros mayores. Es verdad que a toro pasado todos somos Manolete, pero la escasez de equipamientos y dotaciones en las Residencias de ancianos, tristes protagonistas de estos meses, era y sigue siendo notoria. No hacía falta consultar con la Sibila. Leo hoy, en un diario de tirada nacional, una editorial con el título "El drama de las residencias". En el texto dice "que las residencias deben ser algo más que un lugar donde aparcar a las personas de más edad y más necesidades" y dice también "que esas personas necesitan cada vez más un tipo de atención especializada que debe ser supervisada por médicos y personal de enfermería acreditado".

Es obvio que nuestra profesión no tiene la repercusión en los medios que quisiéramos pero también es obvio que no hemos de cejar en el intento. Sobre todo en este momento en el que, dios lo quiera y fruto de lo ocurrido, va a haber una demanda social y política en el sentido de que las residencias de ancianos, de que los ancianos en general, tengan una atención médica y colectiva que hasta ahora no han recibido. Llevamos años empapándonos de la tozuda realidad demográfica que nos está convirtiendo en una sociedad envejecida. Llevamos años pidiendo que se ponga el foco en la vejez, que los programas de atención sanitaria, en nuestro caso odontológica, centren sus esfuerzos y doten de recursos a la atención a mayores. Las políticas sanitarias de los años anteriores han conseguido dar años a la vida. ¡Qué paradoja!, esas políticas nos están matando de éxito. Nos trajeron hasta aquí y aquí nos dejaron, con años, con achaques y con pocos recursos.

Bien, pues ahora es el momento. Desgraciadamente, ahora es el momento. No podemos aceptar que al hablar de la salud, al reconocer la necesidad de mejores equipamientos y más profe-

sionales en las residencias, se piense solo en médicos y enfermeros. La salud es un bien interdisciplinar y precisa de la acción coordinada y obligatoria de múltiples especialistas, la odontología entre ellas.

"La salud es un bien interdisciplinar y precisa de la acción coordinada y obligatoria de múltiples especialistas, la odontología entre ellas"

Hace ya meses, en este mismo medio, escribí un artículo con el título "la odontología geriátrica en residencias" en el que reclamaba "la inclusión obligatoria de odontólogos en el cuadro facultativo de las Residencias de ancianos e instituciones de acogida de discapacitados" afirmando que era una asignatura pendiente en nuestro sistema sociosanitario. El tiempo ha demostrado que lo que era una asignatura pendiente en el sistema era no solo eso, sino considerar las Residencias con el mismo criterio que una Residencia de estudiantes: comida, cama, actividades de ocio, animadores, gimnasia colectiva, etc., relegando la salud y los protocolos de prevención de la salud a un segundo plano. En mi comunidad autónoma, el resultado ha sido que, en medio del fragor del combate con el virus, la competencia de estos centros ha pasado del Departamento de asuntos sociales al Departamento de Salud, como un intento de enmendar lo anterior. En medio de la batalla han cambiado al estratega. Cuando la batalla acabe y reestructuren el ejército sanitario que combatió en las instituciones, los dentistas no podemos quedarnos fuera.

Vuelvo a insistir en que nuestras instituciones profesionales y sociedades profesionales no deben aceptar que, si por fin la salud vuelve a ser lo prioritario en estas instituciones, la odontología vuelva a quedar al margen. En estos lugares debe ser obligatorio la presencia del odontólogo y no solo la del médico y enfermero.

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

¿Tienen los dentistas españoles que hacer los tests del COVID-19?

Alejandra Llorente
Odontóloga



26 de abril de 2020

Nosotros opinamos rotundamente que Sí.

En muchos países los dentistas están realizando los tests del COVID-19.

En Estados Unidos los dentistas ya están realizando los tests del COVID-19 comprados por ellos mismos, pero ahora están pidiendo a la Administración Trump que se los proporcione antes de reabrir, argumentando que las condiciones de las clínicas dentales hacen que los pacientes y el personal sanitario sean más susceptibles a la exposición.

La Asociación Dental Americana (ADA), que tiene más de 163.000 miembros, quiere que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) suministre kits de prueba a los dentistas para que puedan tomar muestras de los pacientes una vez que la economía reabra.

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional del Departamento de Trabajo Estadounidense ha identificado en riesgo a los profesionales dentales por su exposición al coronavirus debido a varios riesgos laborales.⁽¹⁾

La ADA no considera que la realización de los tests esté fuera de las competencias de los dentistas ya que se espera que los dentistas detecten rutinariamente la presión arterial alta, los hábitos de tabaquismo y en algunas clínicas se miden hasta los niveles de azúcar en sangre entre otros. En el Reino Unido también se realizan estas pruebas e incluso se pregunta por las unidades de alcohol que ingieren los pacientes a la semana. De hecho, en el Reino Unido, en los botiquines de emergencia tenemos un glucómetro para medir el nivel de azúcar en sangre en caso de que sea necesario.

La prueba del COVID-19 no es diagnóstica en un consultorio dental, ya que los dentistas no están tratando la enfermedad, pero según el Dr. O'Loughlin "Una prueba precisa de la presencia de COVID-19 es la forma más predecible para que los dentistas y todos los miembros que trabajan en la clínica y los pacientes reciban un tratamiento seguro en la atención dental tradicional".

También la Asociación Dental Americana dice que todos los dentistas necesitan un tests de detección rápida para determinar la ausencia o presencia del virus COVID-19 en tiempo real.

Los dentistas con licencia pueden administrar las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro de su ámbito clínico, siempre que obtengan (o ya tengan) un Certificado de Autorización de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, según sea necesario. Al igual que los médicos, los dentistas pueden necesitar el certificado para administrar las pruebas de diagnóstico COVID-19 exentas de la FDA, según lo exige la regulación de las Enmiendas de Mejora del Laboratorio Clínico (CLIA). Para obtener una autorización de CLIA, los dentistas deben presentar una solicitud y pagar una tarifa de 150 dólares, aunque la ADA está presionando al Congreso para que renuncie al requisito de certificado o al menos exonere la tarifa de solicitud".⁽²⁾

"es de vital importancia para toda la población que seamos parte de la solución y no del problema"

En el Reino Unido, desde el NHS, que es el Sistema Nacional de Salud Público Británico, se ha publicado un documento en el que se explica dónde los dentistas pueden ir de voluntarios a los hospitales para aliviar la presión que el sistema sanitario está sufriendo y en el que dice que se va a dar un curso de nivel medio para que los dentistas puedan realizar los tests del COVID-19 entre otras cosas.⁽³⁾

En Turquía los dentistas voluntarios están entre los trabajadores de salud turcos que realizan las pruebas COVID-19. El ministro de salud dijo al periódico Hürriyet que alrededor de 1.000 dentistas participan voluntariamente en los esfuerzos de campo para realizar pruebas de coronavirus en todo el país.⁽⁴⁾

Una preocupación muy importante que tenemos los dentistas ahora es que los pacientes que buscan atención después de

la reapertura puedan ser portadores asintomáticos, lo que pone a los miembros del personal de la clínica en riesgo de contraer la enfermedad y transmitirla a más pacientes u otras personas fuera del lugar de trabajo.

Lo último que queremos los dentistas es contagiar COVID-19. Tenemos que ser parte de la solución.

Si un paciente da positivo por coronavirus, le podremos referir a su médico.

Podemos hacer estas pruebas rápidas para ver si hay personas caminando por ahí que son asintomáticas y así podamos controlar la propagación del virus.

Los dentistas estamos cualificados para tratar las enfermedades de la boca y si este virus se puede detectar y contagiar por la saliva debemos formar parte de la lucha contra el COVID-19.

El presidente de la ADA, Chad Gehani, en su carta al HHS dijo que "permitir a los dentistas evaluar a los pacientes antes del tratamiento dental ayudará a reducir el riesgo de exposición muy alto del personal dental a contraer el COVID-19 cuando se trata a pacientes infectados pero asintomáticos y agregaría una capa de seguridad tanto para el personal dental como para los pacientes que tratan y que sería necesaria una prueba para cada paciente que entra por la puerta. Se necesitan kits de prueba hasta que haya una vacuna eficaz".

En Odontología realizamos múltiples tests para garantizar la seguridad de la clínica como pueden ser los que utilizamos para comprobar que los autoclaves funcionan correctamente, los tests de esporas, los del control de la calidad del agua y otros. Realizamos pruebas diagnósticas como las radiografías, podemos administrar anestesia, biomateriales óseos, debemos tener un desfibrilador en caso de que haya una parada cardíaca, los métodos barrera como los EPIS para evitar infección cruzada, todo para garantizar la seguridad de nuestros pacientes, personal y nosotros mismos, por lo que los tests es una herramienta evidentemente necesaria para la práctica de la Odontología.

"los dentistas no debemos cerrarnos las puertas a realizarlos"

En mi opinión, aunque algunos tests están dando falsos resultados y no son del todo fiables, los dentistas no debemos cerrarnos las puertas a realizarlos porque dentro de poco cada vez serán más rápidos, fiables y efectivos.

Sabemos que existe un desabastecimiento y que son muy difíciles de encontrar, pero es de vital importancia para toda la población que seamos parte de la solución y no del problema y pedir que desde la Administración nos faciliten el uso de los tests en las Clínicas Dentales lo antes posible.

Bibliografía

1. Dentists want coronavirus testing kits before reopening BY ALEX GANGITANO - 04/22/20 06:00 AM EDT. <https://thehill.com/policy/healthcare/494020-dentists-want-coronavirus-testing-kits-before-reopening>
2. ADA advises dentists to follow science-backed guidance regarding COVID-19 testing, avoid 'gray market' Liability protection sought for dentists administering FDA-authorized tests April 17, 2020 https://www.ada.org/en/publications/ada-news/2020-archive/april/ada-advises-dentists-to-follow-science-backed-guidance-regarding-covid-19-testing?fbclid=IwAR03FyKUKR33er9Jem3nOrYD28JS02e2WsV_IMxypbsHOCyyGc61HeSjpc
3. Redeploying the clinical dental workforce to support the NHS clinical delivery plan for COVID-19 20 April 2020, Version 2. Redeploying the clinical dental workforce to support the NHS clinical delivery plan for COVID-19 20 April 2020, Version 2. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/redeploying-our-people-clinical-dental-workforce/>
4. Volunteer dentists among Turkish healthcare workers conducting COVID-19 tests . ANKARA <https://www.hurriyetdailynews.com/volunteer-dentists-among-turkish-healthcare-workers-conducting-covid-19-tests-154040?fbclid=IwAR2nFf1F-Q1bCsXlOTr1XQg6JC5cpQ6WUsXWXP4HGd-w4YDJBu7XaKldOtS8>

"Cuidemos a nuestros mayores"

La Sociedad Española de Gerodontología (SEGER), quisiera unirse a otros colectivos invitando a nuestros profesionales a una profunda reflexión sobre la pandemia que estamos viviendo en España.

Una de las peores noticias que día a día nos llega es el número de fallecimientos que se está cobrando, y sobre todo la vulnerabilidad que nuestros adultos mayores padecen.

En nuestro país, al igual que en otros mediterráneos, la esperanza de vida era una de las más altas: Sin embargo, tal condición se ha visto cuestionada por esta pandemia.

El desconocimiento de muchos aspectos del COVID-19, ha obligado a realizar numerosos protocolos terapéuticos de los que más o menos se obtienen resultados satisfactorios, pero parece que la población geriátrica no responde de la misma forma.

Es evidente que la pluripatología o los politratamientos a los que están sujetos la mayoría de nuestros adultos mayores, son en gran parte responsables para que esta infección se desarrolle con mayor mortalidad en ellos.

Ambos aspectos deberían servir para hacer llegar a nuestra profesión que es hora de plantearse un cambio de mentalidad, fundamentalmente en tres direcciones.

La primera, dirigida hacia las universidades españolas en las que se imparte el Grado de Odontología, y en las que en su mayoría, no se contempla la formación en Gerodontología. Si algo ha servi-

do esta pandemia, es para darnos cuenta desgraciadamente que nuestros mayores no responden a los tratamientos de la misma forma que otros colectivos de diferente edad.

La segunda hacia nuestros profesionales quienes de forma lícita les preocupa su formación continua en áreas con gran demanda como la implantología, periodoncia, cirugía, prótesis, etc., que entendemos fundamental para gran parte de nuestra población pero que adquiere dimensiones diferentes en el planteamiento cuando se trata de pacientes adultos mayores. La SEGER debe continuar en su línea a través de sus estudios y congresos tratando de seguir difundiendo las diferencias terapéuticas que acompañan a este colectivo con el fin de seguir mejorando su salud.

Por último, esperamos que nuestras autoridades sanitarias, tomen nota de lo acontecido en las residencias de nuestros mayores, y esperemos que estos centros fundamentales, sean considerados como sanitarios y no meras residencias. Por eso, tomado las palabras de uno de nuestros miembros destacados en la sociedad, el Dr. Manuel Ribera, "que la salud debe ser lo prioritario en estos centros, y que no cabe pensar en que la presencia de médicos y otros profesionales sanitarios, sería suficiente. Los odontólogos no deben quedar al margen, puesto que la cavidad bucal es esencial en la calidad de vida y la concomitancia con otras enfermedades sistémicas".

Junta Directiva y ex presidentes



**SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE GERODONTOLOGÍA**

NSK

CREATE IT.



iCare+

DISPOSITIVO AUTOMÁTICO DE
MANTENIMIENTO Y DESINFECCIÓN



PARA UN
MANTENIMIENTO PERFECTO



n.cid Solución bactericida, fungicida y virucida.

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

NSK Dental Spain S.A. www.nsk-spain.es

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

Seamos prudentes, pero no claudiquemos

F. Javier Cortés Martincorena
Estomatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía



Artículo escrito el 14 de abril, justo cuando se cumplía un mes del decreto de confinamiento y se producía el cierre masivo de clínicas dentales en nuestro país.

Sin saber cómo, nos hemos visto inmersos en una crisis sanitaria de grandes proporciones que ya se compara con la crisis producida por una guerra. Por si la comparación no fuera acertada, han llegado para confirmarla las terribles fosas comunes, que ya se están instalando en muchos lugares. “Quizá la mayor crisis de nuestra generación”, ha dicho Yuval Harari. Tal es la magnitud de esta crisis sanitaria, que arrastra también a la economía y, así como de la enfermedad muchos se pueden librar, los efectos económicos, dicen los expertos, van a ser enormes y van a afectar a todos los sectores, también al nuestro. En toda su crudeza, ya nos está afectando.

Una epidemia no hay manera de adivinarla (salvo las estacionales), se presenta sin avisar. Al principio, unos cuantos casos no hacen epidemia pero ésta, sin que haya dado tiempo de adoptar los mecanismos de control necesarios (y acertados), sigue su curso y multiplica los contagios. En el caso del COVID-19 tiene una tasa de propagación altísima y es casi imposible que coja preparado a ningún país ni a su estructura sanitaria. Al desconcierto de lo que está ocurriendo, al desconcierto de una gestión de la crisis puesta en cuestión por muchos, se suma el hecho de que las cifras abrumadoras que se dan tienen una limitada fiabilidad. Ni se toman de la misma manera en todas las Comunidades, ni las tasas que se calculan pueden ser ciertas por las dudas que presentan tanto el numerador como el denominador del cálculo. Una sola cosa sí es válida y es la tendencia, ya que, si no se varía la metodología, independientemente de que las tasas sean las correctas, sí lo es la tendencia. Los datos que poseemos todavía generan mucha incertidumbre. Hasta ahora, la evidencia científica nos dice que una epidemia decae por la inmunidad que dificulta el contagio, o por mutación o pérdida de virulencia del virus. La vacuna llegará, pero ha de tardar. Hablando coloquialmente, nos queda epidemia para rato.

Esta pandemia va a ser un formidable ensayo comunitario a nivel mundial. Muchos países están adoptando estrategias diferentes para su control y solo cuando todo esto acabe y se analicen los datos, podremos sacar conclusiones sobre las estrategias más acertadas. También vamos a aprender muchas

otras cosas de esta crisis. De entrada, la población ya habrá aprendido la importancia de la higiene: de lo importante que es un acto tan sencillo como el lavado de manos; lo definitivo que es, en la transmisión de patógenos, un acto tan unido a nuestra condición humana como es el hablar cerca unos de otros, el estar reunidos. No creo que de esto salgamos mejores como se pregunta (y se responde) con escepticismo Javier Marías en un reciente artículo, pero sí que podremos haber sacado alguna enseñanza.

En mi opinión, algo no está yendo bien en nuestro sector. El personal sanitario del sistema de salud está dando un ejemplo admirable de entrega, generosidad y dedicación. Nosotros también formamos parte del sistema nacional de salud. ¿Qué estamos haciendo? A mi modo de ver, como consecuencia de una interpretación errónea de los hechos, de las medidas de control a tomar, de los efectos y consecuencias de la infección, y un arrastre por la corriente turbulenta de los acontecimientos, demasiadas clínicas dentales han cerrado sus puertas a cal y canto. Los únicos datos concretos que conozco son los de Navarra donde, informa el Colegio, solo 26 clínicas permanecen abiertas para urgencias, de un total de 390 profesionales que trabajamos en esta región. Esto no es admisible. Porque dirijo una clínica dental que permanece abierta (con restricciones), que da asistencia presencial (con todos los controles y barreras recomendadas -ya hay abundante literatura), puedo dar fe de que muchísimas personas han quedado desatendidas. No podemos olvidar que somos sanitarios. Que somos médicos de la boca y nuestra prioridad y obligación es la de atender a quien lo necesite. Aunque se perciba que un problema dental es una minucia frente al reto enorme de una pandemia vírica, no podemos dejar de dar asistencia presencial a los pacientes. Con todas las garantías posibles para ellos, nuestro personal y nosotros mismos (¿alguien conoce una garantía al cien por cien?), pero no podemos dejarlos desatendidos. No estoy muy de acuerdo con algunas de las recomendaciones sobre prioridades asistenciales que se han dado, que considero alarmistas y demasiado restrictivas. Debemos ser estrictos en el protocolo de barrera a la infección, pero debemos dar asistencia a quien lo necesite. Seamos prudentes, pero no claudiquemos.

El nuevo portal exclusivo
para profesionales sanitarios



GSK | health partner

Conéctate
a la actualidad de la SALUD

SENSODYNE

COREGA

parodontax



www.gskhealthpartner.com/es-es/

REGÍSTRATE AQUÍ



Comentario sobre la encuesta: "Situación laboral de los dentistas frente al COVID-19 en España"

F. Javier Cortés Martincorena
Estomatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía



Escribo esto la mañana del sábado 25 de abril. Entre hoy y la fecha de mi anterior artículo (14/04) "Seamos prudentes, no claudiquemos" se han publicado los resultados preliminares de una encuesta online de ámbito nacional para conocer la situación de las Clínicas Dentales en España respecto de la pandemia que vivimos. Esta encuesta se ha realizado en un tiempo record, tanto de diseño como de toma de datos y análisis de los mismos, y han respondido a la misma 4.298 dentistas es decir, un 10% de la colegiación aproximadamente. Una muestra suficiente para extraer conclusiones. La encuesta está disponible en la web del Consejo general. Quisiera hacer un comentario a estos resultados preliminares.

Lo primero de todo quiero destacar que el 1.9% de los dentistas desgraciadamente ha padecido la enfermedad, y un 7,3% adicional ha estado en aislamiento por sospecha clínica. En total, un 9,2% de afectados, unas cifras sensiblemente inferiores a las que se están dando entre los sanitarios de la medicina general y especializada. Para ellos, vaya desde aquí un deseo de pronta y total recuperación así como para su entorno que ha podido verse afectado. Con ser esto lo más importante, sin duda, hay otros aspectos de la encuesta que considero preocupantes.

En el anterior artículo denunciaba la desatención de los pacientes que, en mi opinión, se estaba produciendo, ya que algunos datos apuntaban a que las clínicas dentales habían cerrado en masa. Pues bien, los resultados de la encuesta vienen a confirmar claramente esa sospecha. Si vamos directamente a las Conclusiones, a pesar de que la lectura (política) sea: "1 de cada 4 dentistas ha cesado por ahora toda su actividad, y el resto se dedica (salvo excepciones) a atender exclusivamente urgencias", la lectura técnica, y más ajustada a la realidad, es que solo el 16,5% mantiene la clínica abierta y otro 28% adicional está "localizado solo para urgencias". Dicho de otro modo, el 80% está cerrado aunque hay ese 28 % de dentistas que atienden urgencias presenciales a demanda. Entre los que han cerrado, estarán los casos debidos a padecer la enfermedad o tener sospecha de ello -ese 9,2% que dice la encuesta- o los casos en los que alguna persona del equipo se haya visto afectada, directa o indirectamente, y ello ha obligado al cierre de la clínica como una medida preventiva necesaria para no ser vectores de transmisión. Pero hay muchos, muchos más, cerrados, que no sabemos cuántos son ni por qué razón porque los datos publicados no permiten conocerlos ni estimarlos.

Así, el tema central se convierte en: ¿qué es una urgencia? Aquí ha habido para todos los gustos y no han faltado compañeros bienintencionados y entes asociativos, que han generado una gran confusión. Los criterios para definir una urgencia han sido,

en general, tan restrictivos, que solo se contemplaban los casos de extrema gravedad, casi limitando con el compromiso de vida. Y la urgencia odontológica es otra cosa, lo sabemos. Una pulpitis es una urgencia y no se resuelve con antibiótico recetado por teléfono porque no es el tratamiento de elección; una fractura dental es una urgencia aunque no haya dolor extremo; una llaga en la lengua producida por el borde cortante de un diente, es una urgencia aunque no requiera puntos; una prótesis partida en dos, en un paciente que es lo único que tiene para poder masticar, es una urgencia, aunque no se vaya a morir por ello; etc. Todos sabemos que podría seguir con muchos ejemplos más. Y atender a esas urgencias es dar atención de calidad y, en definitiva, ser médicos de la boca para nuestros pacientes y para la comunidad en la que vivimos. Pero hemos fallado en esto.

El argumento declarado hasta la saciedad ha sido la falta de equipos de protección, unido a que no nos podemos convertir en vectores de contagio. Pero no nos engañemos, ha sido el miedo el que ha podido más que la falta de mascarillas FFP2 o pantallas protectoras. De las FFP2 no cabe duda que ha habido una escasez evidente y, en algunos momentos, la práctica imposibilidad de comprarlas. Además, a este clima de impotencia y miedo generalizado, tampoco han ayudado los mensajes contradictorios de toda índole realizados desde las organizaciones colegiales, que más se ocupaban de dar instrucciones para gestionar los ERTE, una invitación a cerrar, cuando no pedían abiertamente el cierre de las clínicas; o nos informaban que el Ministerio solicitaba dar el stock de EPI's (para su posible donación) para a continuación decirnos que no estamos obligados a ello; o, al día siguiente, argumentar que la falta de EPI's obliga al cierre de las clínicas. Parecíamos estar en un agobiante partido de pin-pon, tan pronto la cabeza a un lado como al contrario.

Nos hemos olvidado lo más importante: que somos médicos y nos debemos a la salud y bienestar de nuestros pacientes. Ha habido un abandono clamoroso, hemos actuado de forma egoísta y más como titulares de un negocio que, en general, puede tener bien saneadas sus cuentas -de todo habrá excepciones, sin duda- y se puede permitir cerrar, eso sí, eliminando nóminas, que cuidadores de la salud que deben estar a las duras y a las maduras, asumiendo riesgos. Nosotros sabemos bien qué es trabajar con riesgo, qué es trabajar con agentes patógenos, también qué es trabajar con el dolor, y no podemos ir predicando por ahí que nos faltan medios primero porque nuestra obligación es tener stock suficiente porque los debemos utilizar cada día y, segundo, porque, subliminalmente, lanzamos un mensaje a la sociedad de que no estamos lo suficientemente preparados.

Lactoflora®

salud bucodental

SABOR MENTA

¿Problemas dentales y de encías?
¿Mal aliento?



Probióticos + Vitamina D₃

El complemento para la higiene bucal diaria

Triple Efecto

L. brevis CECT 7480, *L. plantarum* CECT 7481 y *Pediococcus acidilactici* CECT 8633¹⁻²

Efecto bactericida frente caries, candidiasis, gingivitis y halitosis

Efecto protector de la dentina y las encías

Efecto restaurador de la microbiota oral

Documentación dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios

• Sin gluten • Sin lactosa

Recomendado por:
no adilac
Asociación de especialistas en lactancia materna

www.lactoflora.es

STADA
Our Mission - Your Health

Brillante gestión del Colegio de Navarra

Los tribunales le dan la razón y prohíben la presencia de famosos en la publicidad de servicios odontológicos



El Tribunal Supremo ratifica una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra que avala la decisión de la Comunidad Foral, por la cual se prohíbe la difusión de una campaña publicitaria de una cadena de clínicas dentales protagonizada por dos personajes públicos en una de sus clínicas odontológicas en Pamplona.

En la Comunidad Foral de Navarra, las competencias en materia de publicidad sanitaria en clínicas dentales, están delegadas en el propio Colegio Oficial de Dentistas de Navarra, otra gestión por la que también cabe felicitar a este colegio ya que es una aspiración que muchos otros han intentado sin conseguirlo de los gobiernos de sus comunidades.

Fue este Colegio el que estimó no se ajustaba a derecho la publicidad que pretendía difundir la "Compañía Dentix" en sus clínicas de Navarra en las que aparecían dos personajes famosos.

Esta decisión fue recurrida por la "Compañía Dentix" en vía contencioso administrativa, siendo revocada la decisión por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Pamplona en primera instancia, al considerar, que la difusión de dicha campaña, no recomendaba un producto sanitario, sino el 'método Dentix' y que tal publicidad se centraba en factores empresariales y económicos, pero no sanitarios, por lo que no incurría en recomendación prohibida".

El Gobierno de Navarra a instancia del colegio, que de esta forma no ha tenido que costear el procedimiento con cargo a sus presupuestos, recurrió la mencionada sentencia ante el Tribunal Superior de Justicia de Navarra que falló en contra de la "Compañía Dentix".

Nuevamente la "Compañía Dentix" interpuso recurso de casación ante el Tribunal Supremo, que fue visto por la Sección Cuar-



Oscar Pezonaga, Presidente COENA.

ta de la Sala de lo Contencioso Administrativo que confirmó la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, entiende que no resulta relevante a los efectos de publicidad, que se trate de un medicamento o de un producto sanitario, o de una técnica o un método denominado "Dentix", pues se incluyen en el artículo 78.8 de la Ley 29/2006 que establece requisitos y limitaciones en la publicidad de medicamentos y productos sanitarios destinados al público en general".

El artículo 78.8 de la Ley 29/2006 dice textualmente: La publicidad de las técnicas o procedimientos médicos o quirúrgicos ligados a la utilización de productos sanitarios específicos respetará los criterios contemplados en la publicidad de productos sanitarios.



XXXI Reunión Anual de la Sociedad Española de **Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial**

18-19-20 Febrero 2021



**VIII SIMPOSIO INTERNACIONAL AVANCES EN CÁNCER ORAL
BILBAO 8-9 MAYO 2020**

Pendiente asignar nueva fecha, posible en otoño.

SEPA y GSK Consumer Healthcare Iberia. Una firme alianza para mejorar la formación de los profesionales y la educación de la población en salud bucodental

Encuentro en la Casa de las Encías

Innovación y formación son los ejes fundamentales sobre los que gira la actividad de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA), que coinciden totalmente con las prioridades de GSK Consumer Healthcare Iberia; también comparten valores esenciales, como el rigor y la excelencia. De ahí las sinergias y el interés por colaborar y afrontar proyectos conjuntos, con el fin de lograr una mejor salud bucodental para los ciudadanos.

Antonio Bujaldón, presidente de SEPA, y Sylwia Piankowska, general manager de GSK Consumer Healthcare han celebrado una reunión al más alto nivel en la Casa de las Encías, adoptando un formato innovador como innovadoras son las dos instituciones participantes. Ambos líderes se han entrevistado mutuamente y han puesto de manifiesto que la formación de los profesionales y la educación de la población general es clave para mejorar el futuro de la salud bucodental en España, siendo necesario

diseñar e implementar iniciativas colaborativas encaminadas a satisfacer estas necesidades. El encuentro entre el presidente de la Sociedad Española de Periodoncia y la directora general de GSK Consumer Healthcare Iberia se ocupó también de tema de actualidad, como el presente y el futuro de la salud bucal, su tratamiento y su promoción, así como la relación que ésta mantiene con la salud general.

Según manifiesta Sylwia Piankowska, directora general de GSK Consumer Healthcare, se han sentado las bases para “reforzar la estrecha y fructífera relación que existe entre SEPA y GSK Consumer Healthcare Iberia”.

Por su parte Antonio Bujaldón, aprovecho para subrayar “la importante contribución de esta compañía a la mejora de la salud bucodental de la población española”.

Entrevista

Trascribimos aquí algunas de las respuestas de la Directora de GSK Cosumer Iberia, Sylwia Piankowska, a preguntas de Dr. Bujaldo, estando a disposición de quien quiera visualizar el contenido completo en: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLr7PLK1BLdBDlqKFWMo5fj1kx943uV6zj>



Bujaldón. ¿Cuáles son las líneas de investigación y ciencia detrás de una empresa y unos productos como son los de GSK?

Sylwia Piankowska. Sensodyne, Parodontax y Corega son nuestras marcas líderes terapéuticas en salud dental y estamos totalmente comprometidos con la ciencia y la innovación para su desarrollo. Existen tres niveles detrás de la innovación, la ciencia y el desarrollo de estos productos. El primero se basa en el desarrollo técnico del producto ya que estamos constantemente innovando, colaboramos con centros de investigación que están mejorando nuestros productos constantemente. Gracias a la inversión en innovación hemos desarrollado “SENSODYNE SENSIBILIDAD & ENCÍAS”, producto que hemos preentado este mismo año. También, hemos lanzado “PARODONTAX COMPLETE PROTECTION”. Y además hemos innovado en la línea de Corega. Todas estas innovaciones nacen de nuestro compromiso para generar el máximo beneficio del paciente. El segundo nivel del



que me gustaría hablar, es poner a la persona en el centro y foco de atención de todo lo que hacemos. Investigamos los hábitos de consumo para mejor al consumidor, qué problemas y dificultades afronta y cuáles son los beneficios que busca en productos de salud bucodental. De esta manera, desarrollamos con más precisión nuestra línea de productos, satisfaciendo mejor sus necesidades. Y el tercer nivel, también muy importante para nosotros, es la parte emocional que rodea a los pacientes. La gente que sufre ciertas dolencias físicas, desde una persona con hipersensibilidad dental o el hecho de empezar a usar prótesis y fijadores dentales, también las sufre desde un punto de vista emocional y afecta a su calidad de vida. Por eso creo que jugamos un papel muy importante a la hora de entender y apoyar a nuestros pacientes y consumidores desde un punto de vista emocional.

Bujaldón. ¿Cuáles son los retos ante los que pueden trabajar juntos la Fundación SEPA y GSK Consumer Healthcare?

Sylwia Piankowska. Creo realmente que la colaboración entre SEPA y GSK Consumer Healthcare es una oportunidad de oro para nosotros. En mis veinte años de experiencia profesional, he aprendido que la clave para alcanzar el éxito es rodearse de expertos, de verdades profesionales y gente apasionada por lo que hace. Por eso mismo, creo que nuestra colaboración con SEPA nos va a reportar beneficios, gracias a vuestra experiencia, profesionalidad y pasión. Al mismo tiempo nosotros podemos aportar el conocimiento que tenemos del consumidor, nuevos desarrollos de productos innovadores a nivel global en materia de salud bucodental. Creo que todo ello conjuntamente puede aportar mucho a la salud bucal en España. Muchísimas gracias por la invitación, ha sido un privilegio haber tenido esta conversación contigo y me comprometo a que nuestra colaboración sea fructífera y que podamos trabajar para mejorar y ayudar a las personas a hacer más, sentirse mejor y vivir más tiempo.

Bujaldón. ¿Cómo consigue GSK contribuir a la correcta salud bucal y general de la población?

Sylwia Piankowska. Permíteme empezar diciendo que en GSK tenemos un gran compromiso para ayudar a las personas a hacer más, sentirse mejor y vivir más tiempo. Trabajamos todos codo con codo, muy unidos, con el objetivo de ayudar a la gente a conseguirlo. Desde GSK Consumer Healthcare trabajamos en dos líneas diferentes en beneficio de la higiene bucal. La primera y más importante es la educación. Queremos mejorar la cooperación que mantenemos con los profesionales y expertos aquí en España para que juntos concienciamos mejor a nuestros pacientes y consumidores. Hemos realizado en el último año más de 46 000 visitas a profesionales de la salud oral. Esto supone muchas conversaciones sobre los problemas de los pacientes en salud bucodental y cuáles son las mejores soluciones para resolverlos. La segunda línea es la formación para estudiantes en las universidades, colaboramos con ellos para asegurarnos de que las nuevas generaciones de expertos reciban una buena formación sobre las condiciones y los retos de los pacientes sobre su salud en general. Además, hemos lanzado recientemente una web especializada en higiene oral que refleja la pasión y conocimiento de los trabajadores de GSK. Ponemos a disposición de los dentistas e higienistas a un grupo de profesionales que comparten su experiencia en salud oral, son profesionales muy apasionados que tienen como única misión ofrecer la mejor de las soluciones a los pacientes, también aportando además su gran conocimiento y experiencia. Espero realmente que esas conversaciones que tienen lugar en las clínicas dentales sean valiosas para ambas partes.



SENSODYNE

COREGA

parodontax

Hablamos con Francisco Cardona Tortajada

Jefe de Sección de Salud Bucodental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea



Licenciado en Medicina, Universidad de Valencia, 1978. Médico especialista en Estomatología, Universidad de Valencia, 1982. Doctor en Medicina y Cirugía, Apto cum laude. Universidad de Valencia, 1995. Médico adjunto por concurso oposición libre del Servicio de Estomatología del Hospital General Universitario de Valencia, 1988. Profesor asociado por concurso de méritos del Área de Estomatología de la Universidad de Valencia, 1988. Odontólogo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por concurso oposición libre, 1998. Jefe de Sección de Salud Bucodental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por concurso de méritos, 1999. Investigador principal y colaborador en diversos ensayos clínicos. Autor de un libro digital de la especialidad. Autor de varios capítulos de libro de la especialidad. Autor de múltiples artículos científicos de la especialidad, nacionales e internacionales. Dictante de múltiples cursos y conferencias de la especialidad.

Con este amplio y meritorio C.V. Paco Cardona como le llaman sus numerosos amigos en la profesión ha contribuido a dignificar y potenciar la odontología pública en Navarra, y ahora culmina su dedicación a la profesión con la presentación de un libro de momento en formato digital, que estamos seguros ayudará a muchos compañeros en su trabajo diario.

En noviembre estaba prevista la celebración del Congreso Anual de SECIB en Pamplona, cuya presidencia del Comité Organizador le había correspondido y que finalmente la pandemia por COVID-19 ha obligado a posponer al próximo año 2021.

En la foto de equipo nos insiste, son la mitad, el coronavirus nos ha impedido estar todos.

Acaba de publicar un libro con un novedoso formato digital. ¿Qué sensación le produce?

Pues la verdad es que me da la sensación, aunque es un humilde libro de fotografías, de una culminación de mi carrera profesional, dedicada a mis pacientes y a mis compañeros. Un orgullo el ver que todas aquellas personas que se esforzaron en enseñarme algo han dejado huella en mi actividad.

Un libro como este es el relato de una experiencia profesional. ¿Cuánto tiempo ha dedicado a su elaboración?

Como es un libro digital, bastante básico en su elaboración, el tiempo ha sido de unos meses; pero realmente recopila el trabajo clínico de muchos, muchos años. Aquí quisiera agradecer la

ayuda de Cristina Ibarrola Guillén (entonces Jefa de Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial) que fue la que me empujó a realizar el libro, y de Uxo Hernández Loinaz (Administrativa de dicho Servicio) que fue quien lo maqueto tras diversas revisiones. Evidentemente, sin el trabajo de todos mis compañeros de la Sección de Salud Bucodental tampoco hubiera podido hacer todo esto.

Es usted Jefe de la Sección de Salud Bucodental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. ¿Qué áreas asistenciales abarca esta sección?

Podríamos englobarlas en tres grandes apartados: a) la atención de Odontología general; b) la atención pública al PADI; y c) la atención a pacientes con discapacidades. Además, desde dentro de la Sección se gestiona y controla todo el PADI de Navarra.

¿Qué tipo de asistencia prestan a los pacientes con discapacidades?

Estos pacientes reciben las mismas prestaciones que los pacientes de edad PADI, pero sin esos límites de edad. Si la atención se puede prestar bajo anestesia local o sin anestesia se realiza en las Consultas de la Sección en el edificio Conde Oliveto; si no es posible esto y se necesita anestesia general disponemos de quirófano en el Hospital de San Juan de Dios. Como allí los anestesiólogos prefieren trabajar con anestesia general en vez de con sedación, pues así se hace. Pero, en resumidas cuentas, las coberturas son las mismas que en el PADI.

Navarra junto al País Vasco son las comunidades autónomas que primero pusieron en marcha un Plan de Salud Dental Infantil "PADI". ¿Cómo Jefe de la Sección de Salud Bucodental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que valoración nos puede hacer del desarrollo de este programa?

Positiva, la valoración no puede ser más que positiva. Yo creo que el PADI es una de las causas por las que la juventud navarra tiene un índice CAO al nivel de los países nórdicos, según la última encuesta epidemiológica. Es cierto que no conseguimos romper la barrera del 70% de la población diana, pero también esto sucede en otros lugares, no se consigue que todo el mundo aproveche estas prestaciones. Y otra ventaja que tiene es que se consigue que la población se acostumbre a ir al dentista desde edades tempranas y así se vaya habituando a estar en nuestras consultas.

¿Cuáles son las prestaciones que incluye este plan (PADI)?

Hay una serie de prestaciones que está incluidas por capitación (es decir, se paga un tanto al año al dentista por atender al pa-



El Dr. Francisco Cardona con parte de su equipo.

ciente, tenga los tratamientos que hacer de este tipo) y otros por pago por acto médico, es decir, se abonan cuando se realizan. Todos estos tratamientos (están reflejados en el Decreto Foral 249/2011, de 28 de diciembre, publicado en el B.O.N. 256 de 30 de diciembre de 2011) son:

Capitación	Pago por acto médico
Revisión diagnóstica del estado de salud oral	Apicectomía/quistectomía (con/sin obturación a retro)
Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta	Apicoformación
Sellado de fisuras de molares permanentes	Coronas provisionales
Obturación de dientes permanentes	Coronas definitivas (con algunas características)
Tratamiento pulpar de dientes permanentes	Endodoncia (por traumatismo o malformación)
Extracción de dientes temporales y permanentes (salvo indicación ortodóncica)	Extracción de un permanente incluido o semi-incluido (con algunas indicaciones)
Tratamiento periodontal en dentición permanente (profilaxis y tartrectomía)	Extracción de un supernumerario
	Fenestración, excepto la de indicación ortodóncica
	Ferulización del grupo anterior
	Fluorización tópica cuando existe alto riesgo de desarrollar caries
	Frenectomía
	Gran reconstrucción (por traumatismo o malformación)
	Muñón metálico colado unirradicular
	Perno intrarradicular prefabricado
	Provisional de resina
	Pulpotomía
	Reconstrucción (por traumatismo o malformación)
	Recubrimiento pulpar directo
	Reimplante dentario
	Sutura de tejidos blandos, excepto las que formen parte de alguno de los tratamientos anteriores

Existe un dicho, erróneo a nuestro entender, de que en el sistema público en el área dental solo se hacen extracciones. ¿En el área de odontología general que atienden en su sección que actividad realizan?

Veámoslo con un poco de proyección histórica.

- En el R.D. 63/1995, de 20 de enero, publicado en el BOE número 35 de 10 de febrero de 1995, en el Anexo I que especifica las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos

a la sanidad, en el punto 2 de Atención primaria, apartado 5º de Atención a la salud bucodental, punto c) se especifica que comprenderá el tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias; y en el punto d) la exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas.

- Posteriormente, en el R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, publicado en el BOE número 222 de 16 de septiembre de 2006, en el Anexo II (Cartera de servicios comunes de Atención Primaria), en el punto 9 de Atención a la salud bucodental se indica referente a la odontología general: Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental. La indicación de esta prestación se realiza por los odontólogos y especialistas en estomatología. La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:
 - 9.1 Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
 - 9.2 Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación temporomandibular. Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.
 - 9.3 Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas: Incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo con las necesidades individuales de cada mujer embarazada.

Pues todas estas actividades se realizan en la Sección de Salud Bucodental en lo que se refiere a odontología general; además de colaborar con el Servicio de Radioterapia para revisar a los pacientes que se van a irradiar en zona de cabeza y cuello para prevenir la osteorradionecrosis; con el Servicio de Reumatología para realizar las biopsias de glándulas salivales menores, con servicios oncológicos para valorar pacientes antes del tratamiento con bifosfonatos IV y prevenir la osteonecrosis química de los maxilares, etc.

Es decir, la labor en la Sección de Salud Bucodental está muy lejos de sólo extraer dientes. Estos cambios se han producido en los últimos 20 años. Y por suerte, está formada por un equipo humano (administrativos, auxiliares de enfermería, higienista, odontólogas y médicos estomatólogos) del que me enorgullezco formar parte.

Desde un servicio público de odontología se tiene una importante percepción de lo que acontece en el sector privado. ¿Qué patologías les llegan remitidas por los compañeros de la privada?

Toda la patología de las mucosas (lesiones y tumoral), patologías de los maxilares, cirugía de cordales y otras cirugías dentales y óseas.

¿Cómo percibe la preparación en medicina oral de los jóvenes profesionales?

Sencillamente deficiente; pero igual mi opinión está sesgada. Es un ámbito muy importante de nuestro trabajo profesional, el que realmente puede llegar a salvar la vida de algunos pacientes. Y quizás se debería de hacer más hincapié en ello durante los estudios de Grado.

¿Cuáles son los mecanismos de prevención de cáncer oral que deben tenerse presentes?

Primero hay que valorar los grupos de riesgo, pacientes de edad media, fumadores y bebedores. Pero luego hay que habituarse a explorar las mucosas orales igual que se exploran los dientes para ver caries, ausencias y posible prótesis o implantes, etc., pues las mucosas debían ser exploradas de forma rutinaria, y valorar cualquier anomalía, para remitirla si es el caso.

¿Cuál es el nivel de España en general y atendiendo a su lugar de ejercicio, en Navarra en particular, en la prevención de cáncer oral?

Del resto de España no tengo datos para opinar; pero de Navarra sí. Aquí hay una comunicación muy fluida entre las clínicas privadas y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; y como los martilleamos con formación continuada de forma continua, pues me parece que el nivel es bastante elevado. Aquí pasan pocos días desde que el paciente es visitado por primera vez por este motivo y es tratado del mismo.

¿Cree usted que el odontólogo está concienciado suficientemente de que debe asistir a pacientes con cáncer aunque no sea oral? ¿Y con otras patologías?

No sé que decir, he encontrado de todo a lo largo de mi vida. Hay profesionales que tratan perfectamente todo tipo de pacientes y hay otros que no se complican mucho la vida y remiten rápidamente a los pacientes "especiales".

En España recientemente se han creado tres Cátedras de odontología dedicada a pacientes especiales y hasta hace poco sólo había una. ¿Cree que es un apartado en el que ha faltado formación en los nuevos graduados?

Sin ninguna duda. Los pacientes especiales a veces son como las enfermedades raras, no encuentran un tratamiento fácil, ni profesionales que los lleven a cabo. Ciertamente, nos haría falta más formación sobre este importante tema, para no causar problemas donde no los hay, y normalizar esta actividad asistencial.

Las especialidades en odontología es un tema en el que llevamos discutiendo ya treinta años, prácticamente desde que salieron los primeros licenciados. ¿Cree que la medicina oral y atención a pacientes con discapacidades o medicamente comprometidos debería ser objeto de especial atención?

Pues sí, realmente sí. Como otras múltiples especialidades de la Odontología, la Cirugía, la Ortodoncia, la Periodoncia, la Endodoncia, la Odontopediatría, etc. Es sencillamente sorprendente el retraso que llevamos en España con respecto a prácticamente

todos los países de la Unión Europea. No entiendo que sea tan difícil su regulación.

Son muchos los compañeros que remiten pacientes a su servicio. ¿Quiere trasladarles alguna sugerencia o recomendación? ¿Una especialmente dirigida a los más jóvenes?

En primer lugar quiero poner en valor algo que también forma parte de mi vida profesional, que es la fotografía. Una imagen vale más que mil palabras. Para comunicarse entre profesionales es muy útil la fotografía, sobre todo cuando se trata de lesiones mucosas. Por ello los compañeros se deben de esmerar en obtener buenas imágenes para poder comunicarse adecuadamente; y luego les aconsejaría estudiar cada caso repasando en los libros de la materia, para ir reforzando los conocimientos adquiridos.

Por último, además de su demostrada pasión por la profesión. ¿Qué otras actividades y/o aficiones practica?

Pues aunque parezca mentira, no tengo muchos hobbies. El trabajo diario, la fotografía clínica, y un poco la familia, que me lo consiente todo; gracias a ella.

ATLAS DE PATOLOGÍA DE LA MUCOSA ORAL

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

AUTOR: Francisco Cardona Tortajada

Jefe de la Sección de Salud Bucodental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea



PRÓLOGO de José V. Bagán. (Extracto)

Tengo el especial honor y satisfacción de poder hacer el prólogo del libro titulado Atlas de patología de la mucosa oral realizado por el Dr. Francisco Cardona Tortajada.

Este libro reúne todas las características para poder llegar a ser un referente en la patología de la mucosa oral con una visión esencialmente práctica, sirviendo de gran ayuda para el dentista en su consulta diaria y todo aquel profesional sanitario que pueda necesitar consultar sobre este tema.

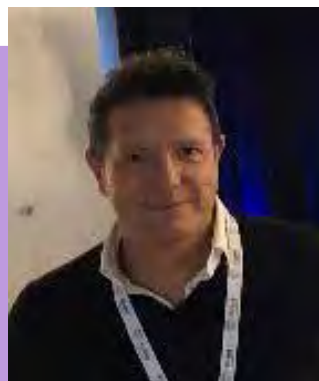
En esencia, tenemos delante una gran obra con un destacado contenido práctico y con una evidente aplicación clínica para todo aquel profesional de la salud que trate la patología de la mucosa oral.

Estamos seguros que, tal como se presenta, va a ser una forma muy fácil y desde luego extraordinariamente didáctica de aprender esta patología oral. Por todo ello felicitamos, muy sinceramente, al Dr. Cardona por su idea y generosidad compartiendo estas imágenes que son el fruto de muchos años de su trayectoria profesional.

Acceso: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Otras+publicaciones/Atlas+de+patologia+de+la+mucosa+oral/



A de Juan Galíndez
DM, CEO en CD Euskalduna SLP.
Prof. Master de Patología Oral UPV/EHU



Procedimientos de Limpieza y desinfección de espacios clínicos.

Procedimientos de control y protección de personal sanitario y pacientes. Adaptados a la actividad en centros sanitarios odontológicos según normativa con relación a la Pandemia de COVID-19

Objetivo:

- Proteger y evitar la contaminación y transmisión directa o cruzada de agentes patógenos (SARS-CoV-2 y otros) entre el personal actuantes y paciente en el acto odontológico.
- Eliminar riesgos laborales y proteger tanto a los pacientes como al personal colaborador evitando la difusión y la transmisión de enfermedades infecciosas, contaminantes o transmisibles que puedan concurrir en el centro asistencial (entre ellas COVID-19)

Sujetos y objetos de actuación:

1. Instalaciones físicas: Gabinetes, áreas clínicas
2. Personal Sanitario (M Estomatólogo/Odontólogo, Auxiliar de Clínica)
3. Personal de administración.
4. Personal de limpieza.
5. Paciente/Público.

Consideraciones generales:

La información y la formación son fundamentales para poder implantar medidas organizativas, de higiene y técnicas, entre el personal trabajador en una circunstancia tan particular como la actual.

Se debe garantizar que todo el personal cuente con una información y formación específica y actualizada sobre las medidas que se implanten.

Se potenciará el uso de carteles y señalización que fomente las medidas de higiene y prevención

Es importante ir adaptando la información y la formación en función de las medidas que vaya actualizando el Ministerio de Sanidad, para lo cual se requiere un seguimiento continuo de las mismas.⁽¹⁾

Catalogación del Riesgo

1. En cuanto a Instalaciones físicas (Gabinete y áreas clínicas)

Cada espacio y cada elemento que se pone en contacto con los pacientes y el personal merecen especial atención en lo que se refiere al procedimiento de limpieza y desinfección o esterilización requerido.

Para estandarizar los métodos de limpieza y desinfección de los equipos y las diferentes áreas asistenciales es necesario clasificarlos según su grado de exposición:

- **Elementos o áreas semicríticas** (Recepción, sala de espera, pasillos de acceso a gabinetes, despachos, sala de reuniones) espacio concurrido por personal administrativo.
- **Elementos o áreas críticas** (Gabinete odontológico, sala de limpieza y esterilización de instrumental) espacio concurrido por personal clínico.

2. En cuanto al Personal

Exposición “de bajo riesgo”: aquellas situaciones laborales en las que la relación que se pueda tener con un *caso posible de infección por el SARS-CoV-2 no incluye contacto estrecho*.

Exposición “de riesgo”: aquellas situaciones laborales en las que *se puede producir un contacto estrecho* con un *caso posible de infección por el SARS-CoV-2*.

Por “**contacto estrecho**” se entiende: al que haya podido tener una persona que ha estado en el mismo lugar que un “CASO” mientras el mismo presentaba síntomas y a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos.^(1,2)

Como medida preventiva:
¡¡Todo paciente que acude a consulta debe ser considerado posible portador del Virus SARS-CoV-2 u otros, por tanto se deberán observar y extremar las medidas de prevención!!

Procedimientos de Protección e Higiene

En todos los procedimientos de protección y desinfección el orden de actuación empieza y prioriza la protección personal. Antes de acceder a los espacios debemos pertrecharnos con el Equipo de Protección Individual recomendado para cada situación.

Áreas semicríticas

Se consideran ESPACIOS de BAJO RIESGO: **Recepción, Sala de espera, pasillos, despachos, salas de reunión, baños...**

Se considera PERSONAL de BAJO RIESGO: **Personal en tareas administrativas.**

1. Medidas de protección Personal del trabajador Administrativo en Áreas Semicríticas o de bajo riesgo

Define al personal auxiliar administrativo que atiende al paciente que acude a consulta de Urgencia Odontológica o de salud Oral. Previamente y antes de gestionar una cita presencial el paciente ha de ser sometido a triaje clínico (identificar la existencia de síntomas o signos de enfermedad) de forma telemática previa, para intentar descartar la enfermedad COVID-19 al gestionar la posible cita de Urgencia.

- La higiene de manos es la medida principal de prevención al inicio de la jornada y antes de colocarse los guantes de protección.

- El personal administrativo que atienda a los pacientes deberá llevar un equipo de protección individual (EPI) que incluya:
 - Uniforme de trabajo habitual.
 - Calzado específico con calzas.
 - Mascarilla (quirúrgica o FFP2).
 - **Guantes desechables.**
 - **Pantalla facial** o en su defecto protección ocular.
- **Evitar el contacto directo**, tanto a la recepción como en la despedida del paciente.

Este material EPI será desechado (o desinfectado lo reutilizable) al terminar la jornada, con excepción de los guantes que serán remplazados y desechados por cada contacto que se tenga con un paciente.^(3,4,5)

2. Manejo del espacio de Bajo Riesgo

Dado el decreto de “estado de alarma” se implementarán las medidas necesarias para minimizar el contacto entre las personas trabajadoras y público:

- **Manteniendo la distancia de seguridad (de 1,5 a 2 m).**
- Empelar métodos de barrera zonales (mamparas de metacrilato) o personales (uso de mascarilla quirúrgica o Pantalla facial y guantes).
- La disposición de los puestos de trabajo, la organización de la circulación de personas y la distribución de espacios (recepción, sala de espera, pasillos, etc.) debe modificarse, en la medida de lo posible, con el objetivo de garantizar el mantenimiento de la distancia de seguridad de 2 metros.
- Se informará claramente a los clientes sobre las medidas organizativas y sobre su obligación de cooperar en su cumplimiento.

Estos espacios comunes de uso administrativo además de la oportuna aireación serán desinfectados siguiendo las pautas habituales establecidas con los productos habituales o en su defecto que contenga lejía a una dilución de 30 ml en 1 litro de agua, dejando actuar sobre la superficie tratada como mínimo 1 minuto de contacto y preparado el mismo día que se vaya a utilizar al final de la jornada laboral.

De forma especial y poniendo el énfasis en los puntos más utilizados, superficies que se tocan con frecuencia, del baño y el inodoro, grifos, teclados de ordenador, pantallas táctiles, teléfonos, mandos a distancia, pomos de puertas, mesas, apoya brazos de sillones, etc. Deberán ser limpiadas, frecuentemente, con paño de material a poder ser desechable o aerosol, con solución desinfectante viricida habitual o hipoclorito en dilución referida. Tener en cuenta aquellos paramentos verticales y horizontales que puedan ser susceptibles de contaminarse.

Tras realizar la limpieza, el personal encargado de la misma deberá lavarse las manos.^(4,5)

Áreas críticas

Se consideran **ESPACIOS de ALTO RIESGO**: Gabinetes clínicos, quirófanos, sala de limpieza y esterilización de instrumental.

El **personal** es sometido a **exposición “de riesgo”** por producirse situaciones laborales en las que **se puede generar un contacto estrecho**.

1. Medidas de prevención Personal del trabajador de área clínica en áreas Críticas o de alto riesgo

Los procedimientos que generen aerosoles se deben realizar únicamente si se consideran estrictamente necesarios para el manejo clínico del caso y siempre sobre un paciente clínicamente sano.

- La higiene de manos es la medida principal de prevención y control de la infección.
- Pelo recogido
- Retirada de pendientes anillos, pulseras, etc. que dificulte la colocación de los EPIs
- Higiene de manos antes de la colocación de los EPIs
- Tapar piel no integra
- Los EPIs se colocan antes de entrar en el Gabinete
- El personal que atienda a los pacientes deberá llevar un equipo de protección individual (EPI) que incluya:
 - Uniforme de trabajo habitual
 - Calzado específico con calzas desechables
 - Mascarilla autofiltrante (tipo FFP2 o FFP3)
 - Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo
 - Guantes desechables
 - Bata de manga larga desechable.
 - Babero/delantal impermeable desechable. (En el caso de que la bata no sea impermeable o resistente a líquidos y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales).
- Al paciente se recomienda:
 - Realizar enjuagues con Povidona Yodada 0,2% o en su defecto Peróxido de hidrógeno al 1%.
 - Cubrir con paño quirúrgico o Babero-delantal de impermeable habitual
 - Protección ocular.
- Se deberá reducir al mínimo el número de personas que participan en el acto clínico, siendo aconsejable una unidad compuesta por Odontólogo y Auxiliar Clínico. En algún caso puede ser aconsejable la concurrencia de un auxiliar adicional fuera de campo quirúrgico y como enlace. Todos deberán llevar EPIs
- Limitar al máximo el campo trabajo, con técnicas de aislamiento de campo quirúrgico.

- En caso de que se tenga que intervenir para realizar un tratamiento de operatoria dental, siempre se realizará con aislamiento estricto de campo (recomendable uso del dique de goma).
- Una vez terminado el acto clínico se procede a desechar todo el material no reutilizable en contenedor residuo de tipo III con tapa.
- Retirada del instrumental usado en bandeja de sucio para iniciar la cadena de esterilización habitual en la sala de limpieza y esterilización.^(3,5,6)

2. Componentes de EPI recomendados en áreas Críticas o de alto riesgo:

Bata

- Colóquese una bata y babero/delantal resistente a líquidos antes de entrar en la habitación.
- En caso de que se prevea que se van a generar grandes cantidades de secreciones o fluidos utilizar una bata o delantal resistente a líquidos.
- Retírese la bata y delantal dentro de la habitación y eliminarla en un contenedor de residuos de residuos de clase III con tapa de apertura con pedal.

Protección respiratoria

- Utilice en la atención del paciente una protección respiratoria con una eficacia de filtración equivalente a FFP2 y en su defecto doble mascarilla quirúrgica, una del “derecho” interior y otra del “revés” exterior, que se colocará antes de entrar en el Gabinete. Compruebe que está bien ajustado.
- En caso de que se vayan a generar aerosoles es aconsejable utilizar una protección respiratoria tipo FFP3
- Retírese la protección respiratoria fuera de la habitación y deséchela en un contenedor de residuos con tapa y de apertura con pedal.
- Realice una adecuada higiene de manos.

Protección ocular

- Antes de entrar en la habitación colóquese una protección ocular antisalpicaduras.
- En caso de que se vayan a generar aerosoles podrá utilizar una protección ocular ajustada de montura integral y/o un protector facial completo.
- El protector ocular podrá ser reprocesado y para ello se transportará a la zona de limpieza en bandeja de sucio como el resto del instrumental utilizado.

Guantes

- Después de realizar la higiene de manos colóquese unos guantes limpios; no necesitan ser estériles si la técnica no lo requiere.

- Cámbiese de guantes durante el acto clínico si se rompen o están visiblemente sucios.
- Se recomienda uso de doble guante al iniciar la intervención clínica para al terminar retirar este primer par, para transportar y gestionar instrumental en área de esterilización

Todo el material de EPI desechable se debe eliminar o desechar al terminar el acto clínico o al abandonar el gabinete o sala clínica en un contenedor de residuos tipo III con tapa. Realice inmediatamente una adecuada higiene de manos.^(3,6,7)

SECUENCIA PROTECCIÓN EPI:

Mascarilla FFP3 -> Gafas antisalpicadura -> Gorro impermeable -> 1º Guante -> Bata impermeable -> 2º Guante.

SECUENCIA RETIRADA EPI:

Bata + 2º Guante en bloque -> Lavado con gel hidroalcohólico del 1º guante -> Retirada de Gorro -> SALIR DE LA SALA -> Retirada de Gafas con ojos cerrados (bolsa o desechar) -> Retirada de Mascarilla (bolsa o desechar) -> Retirada de 2º guante -> Lavado de manos.⁽⁶⁾

Procedimiento de colocación y retirada correcta de EPI:
<https://youtu.be/0BN-hU4oAtl>

¡ Realizar la higiene de manos antes de ponerse el equipo de protección personal e inmediatamente después de quitárselo!!

3. Manejo de superficies en áreas críticas o alto riesgo

Se consideran espacios de Alto RIESGO: Gabinete odontológico, sala de limpieza y esterilización de instrumental.

- Los productos de limpieza y desinfección habitualmente utilizados en los centros sanitarios tienen capacidad suficiente para inactivar el virus. No se requieren productos especiales.
- El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies y de estos espacios en contacto con el paciente se hará después de cada actuación clínica.
- Se recomienda la limpieza con el desinfectante de uso habitual de superficies o con una solución de hipoclorito sódico al 0,1% (30 ml de lejía común por litro de agua) mediante su aplicación con bayeta desechable o pulverizadores, dejando actuar, al menos, 1 minuto.
- La sangre u otros fluidos corporales (vómitos ...) del paciente se recogerán previamente sin arrastre con material absorbente y desechable que se depositarán en el contenedor de residuos biológicos de clase III.
- Se recomienda acotar y limitar al máximo el campo quirúrgico y hacer un listado de aquellos puntos sensibles de contaminación dentro del gabinete para poder chequear que son desinfectados.
- Acotamiento de campo quirúrgico mediante:
 1. Uso de film impermeable desechable para proteger zonas contacto y susceptible de contaminación.
 2. Uso de paños resistentes a fluidos desechables de color distintivo donde depositar instrumentos a usar en la actuación clínica prevista.

El personal de limpieza de las zonas críticas deberá utilizar el EPI del mismo nivel de protección al usado en la actuación clínica.^(1,2,4,7)

Bibliografía

1. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Ministerio de Sanidad. Versión 24 de marzo de 2020. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento_servicios_prevencion_riesgos_laborales_COVID-19.pdf
2. Raúl Molina T. Ofelia García Z. “Manual de limpieza y desinfección hospitalaria”. Comité de infecciones intrahospitalarias. SEPTIEMBRE DE 2003. http://ridsso.com/documentos/muro/207_1578425437_5e14dc5d80a7e.pdf
3. Documento técnico Manejo en atención primaria del COVID-19. Ministerio de Sanidad. Versión 17 de Marzo 2020 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
4. Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies y espacios para la prevención del coronavirus en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Versión 19 de Marzo de 2020 https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/200320_ProcedimientoLD_Coronavirus_AND.pdf
5. Documento técnico Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19 Ministerio de Sanidad. Versión de 20 de febrero de 2020. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf
6. Apuntes covid19 Versión 2.0. 23 de Marzo 2020.pdf
7. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al sars-cov-2. Ministerio de Sanidad. Versión 30 de marzo de 2020. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL_COVID-19.pdf

ACO's y extracciones seriadas, ¿cómo debemos actuar? A propósito de un caso

De Jaureguizar Marqués G, González Barentin DN, Darder Tubert L, Olmo González B, Gil Manich V, Martín Gili D, Ribera Uribe M.

Residencia clínica de Gerodontología, Pacientes con necesidades especiales y con compromiso médico. Universidad Internacional de Catalunya, Barcelona.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente acude a la Clínica Universitaria Odontológica (CUO) de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC), con motivo de consulta: "Quiero tener una boca sana." El paciente es referido al postgrado de Gerontología, Pacientes Especiales y con compromiso médico de la UIC debido a sus circunstancias médicas y su polimedicación. Como antecedentes médicos del paciente cabe destacar insuficiencia aórtica severa, enfermedad coronaria, hipertensión arterial (HTA) e hipercolesterolemia. Como antecedentes quirúrgicos importantes, es portador de una prótesis valvular aórtica instalada en el año 2007, así como 2 by pass coronarios en el mismo año, y un stent no farmacológico en 2013. El paciente es alérgico a la penicilina y tetraciclinas.



Imagen 1A.

Fumador desde hace 20 años. Toma Candesartán + Hidroclorotiazida 16/12,5mg y Bisoprolol 2,5mg, Sintrom 4mg y Atorvastatina 60mg. El paciente acude a consulta con una prótesis superior comprada por internet, que refiere ajustársela él mismo. Relata que la calienta con agua caliente y la amolda a los dientes superiores presentes en boca durante un periodo de 2 semanas aproximadamente. Presenta muy mala higiene oral, afirma no cepillarse los dientes (Imagen 1).

Realizamos fotografías extra orales y intra orales, así como radiografías tanto ortopantomografía (OPG) (Imagen 1A), periapicales (Imagen 1B) y TAC. Decidimos realizar TAC debido a la visualización en la OPG de posible conexión con seno maxilar de las raíces de los primeros molares. A la exploración clínica observamos



Imagen 1B.

mucosas correctas, sin anomalías, con gran acúmulo de placa bacteriana, con cálculo tanto supra como subgingival, con profundidad de sondaje entre 3-5mm y sangrado al sondaje. A nivel dental, llevamos a cabo un odontograma maxilar y mandibular para evaluar las piezas ausentes, piezas con resto radicular y las piezas con abfracciones y/o caries, así como las posibles piezas pilares para la prótesis esquelética inferior.

El paciente refiere no querer prótesis fija, por lo que realizamos un plan de tratamiento ajustado tanto a la demanda estética por parte del paciente como a la economía del mismo, ya que el paciente refiere no querer ir sin dientes anterosuperiores en ningún momento. Por tanto, el plan de tratamiento propuesto, referente a la arcada superior, será exodoncias de todas las piezas, confección de una prótesis completa inmediata y una prótesis completa superior definitiva. En el caso de la arcada inferior, se realizará exodoncia restos radicares de 45, 47, 34 y 37, obturaciones cervicales en 33, 34, 43, 42, y 31, y esquelético de más de 5 piezas.

DISCUSIÓN

Al elaborar el plan de tratamiento nos preguntamos; ¿Cómo debemos actuar frente a un paciente con anticoagulantes orales (ACO's) y extracciones? La terapia con anticoagulantes orales

comúnmente se recetan a pacientes de edad avanzada, que también tienen una mayor demanda de extracción dental causada por caries, periodontitis u otras enfermedades dentales^(1,2). ¿Continuar o interrumpir? Es un tema de controversia. Si la terapia con anticoagulantes continúa, existe un alto riesgo de sangrado, y si se suspende, las complicaciones tromboembólicas son potencialmente mortales. Para resolver este problema, se han desarrollado algunas estrategias en las últimas décadas. Estas estrategias incluyen reducir la dosis de los fármacos anticoagulantes o unirlos con heparina^(1,3). Dependiendo del riesgo de sangrado durante la cirugía, existen diferentes recomendaciones con respecto a la continuación o la interrupción de la terapia anticoagulante. Algunos estudios han demostrado que las exodoncias realizadas en pacientes con un rango INR recomendable pueden realizarse de manera segura sin interrupción anticoagulante oral o antiagregantes plaquetarios (autores como Campbell *et al.*, 2000; Nematullah *et al.*, 2009; Bajkin *et al.*, 2015, entre otros)^(1,4-6).

Es de vital importancia el trabajo sincronizado por parte del odontólogo y del hematólogo, que es quien prescribe estos fármacos. Ante un paciente con ACO's clásicos, los estudios establecen que en los casos de extracciones simples o de 2-3 dientes, no es necesario suprimir el anticoagulante (5,7). Realzan la importancia de controlar la acción anticoagulante del fármaco mediante el INR, en un rango máximo de 72 horas previas a la exodoncia

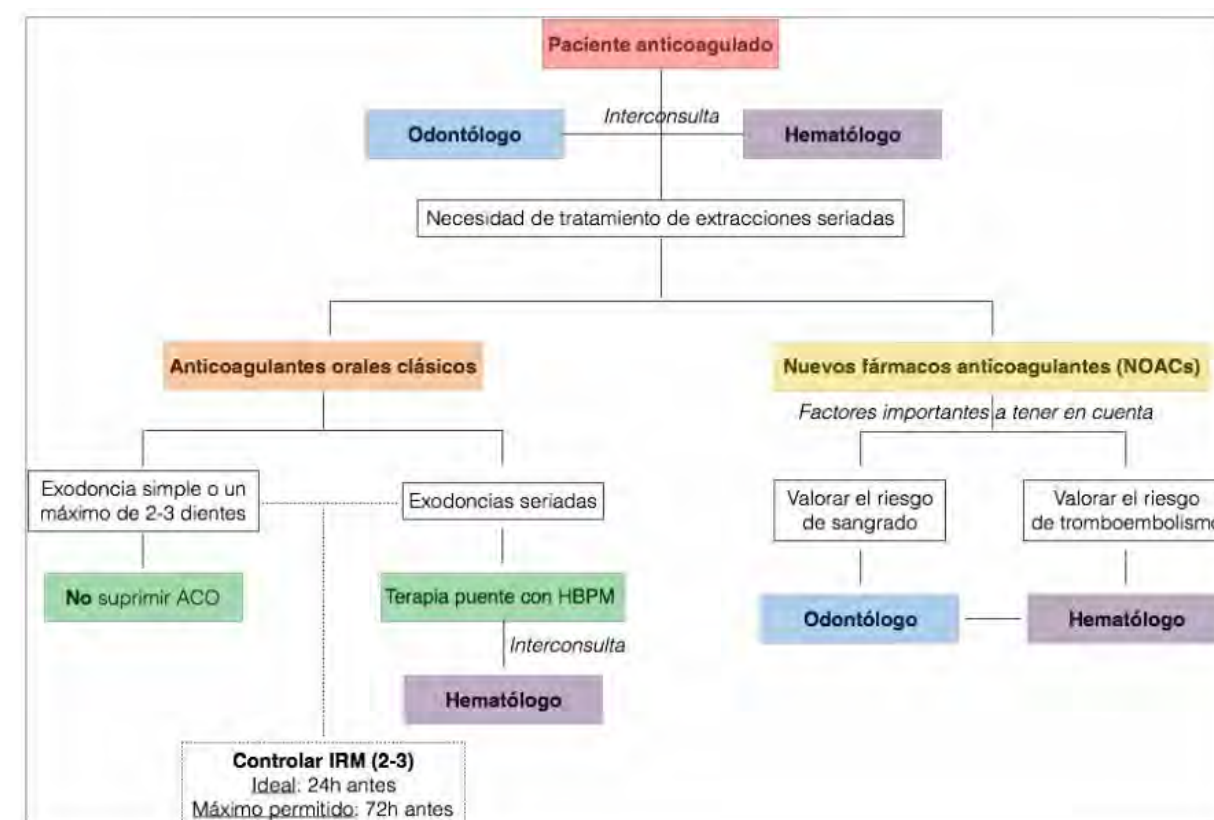


Figura 1. Diagrama de flujo a seguir frente a un paciente con terapia de ACO's.

(para que sea aceptable), aunque lo ideal es 24 horas antes de la extracción. En los casos de exodoncias seriadas (caso frente al que nos encontramos), exodoncias muy traumáticas o pacientes con muchas patologías, las pautas establecen utilizar la terapia puente con HBPM, 2-3 días antes del procedimiento, aunque este protocolo debe estar pautado por el hematólogo de referencia del paciente^(2,3,7). En el caso de NOAC's, la modificación de la administración y dosis de los NOACs debe realizarse por los hematólogos^(1,5).

El plan de tratamiento establecido para nuestro paciente lo adaptamos a la situación médica y demanda estética del mismo. Tras la fase higiénica y conservadora (paso importante previo a las extracciones para eliminar la inflamación de los tejidos orales). Para la fase quirúrgica, realizamos una interconsulta con su hematólogo para realizar las extracciones del maxilar superior e inferior mediante terapia puente con HBPM (siguiendo con la pauta establecida en la **Figura 1**), debido a que el paciente solicitaba no ir edéntulo en ningún momento. El hematólogo pautó 2 días antes empezar con la terapia puente con HBPM (Clexane®) sustituyéndolo por el ACO's (Sintrom®), y 2 días post-quirúrgicos, introduciendo de nuevo el Sintrom a partir del segundo día. Durante la cirugía es importante extremar las medidas locales

para el control de la hemorragia, como, por ejemplo; mínima eliminación de tejido óseo, legrado del alveolo para la eliminación de tejido de granulación, irrigación del alveolo con fármacos antifibrinolíticos (ejemplo ácido tranexámico), utilización de esponjas hemostáticas, utilización de suturas reabsorbibles, compresión de las heridas con una gasa impregnada con ácido tranexámico, y por último, un buen control del sangrado por parte del odontólogo, así como detalladas pautas post-quirúrgicas, entre ellas mantener una buena higiene para una óptima cicatrización utilizando geles de CHX 0,2%. Adicionalmente, se recomienda que las exodoncias en este tipo de pacientes se realicen en horario matutino y a principio de semana^(2,5,8).

CONCLUSIONES

La evidencia científica pone hincapié en la importancia de un tratamiento multidisciplinar entre odontólogo y hematólogo frente a un paciente bajo terapia con anticoagulantes orales, y con la necesidad de exodoncias seriadas. Esta interconsulta va a permitir establecer la pauta tanto previa como post quirúrgica, para conseguir un resultado óptimo a nivel dental, con ninguna repercusión a nivel sistémico.

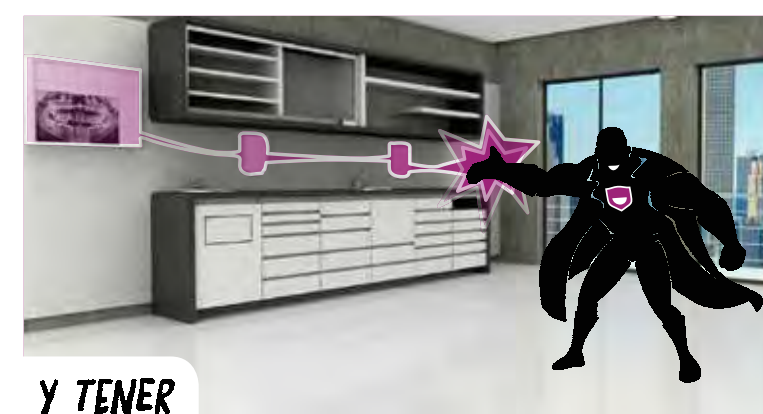
BIBLIOGRAFÍA

1. Yang S, Shi Q, Liu J, Li J, Xu J. Should oral anticoagulant therapy be continued during dental extraction? A meta-analysis. BMC Oral Health [Internet]. 2016;16(1):1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0278-9>
2. Martínez López F. Protocolo de actuación clínica ante pacientes anticoagulados farmacológicamente. Sociedad Española de Odontología y Estomatología para Pacientes con necesidades especiales (SEONE).
3. Martínez-López F, Oñate-Sánchez R, Arrieta-Blanco JJ, Oñate-Cabrero D, Cabrero-Merino M del C. Clinical diseases with thrombotic risk and their pharmacological treatment: How they change the therapeutic attitude in dental treatments. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013;18(6).
4. De Andrade NK, Motta RHL, Bergamaschi CDC, Oliveira LB, Guimarães CC, Araújo JDO, *et al.* Bleeding risk in patients using oral anticoagulants undergoing surgical procedures in dentistry: A systematic review and meta-analysis. Front Pharmacol. 2019;10(JULY):1-10.
5. Caliskan M, Tükel HC, Benlidayi ME, Deniz A. Is it necessary to alter anticoagulation therapy for tooth extraction in patients taking direct oral anticoagulants? Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017;22(6):e767-73.
6. Rodríguez-Cabrera MA, Barona-Dorado C, Leco-Berrocal I, Gómez-Moreno G, Martínez-González JM. Extractions without eliminating anticoagulant treatment: A literature review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011;16(6):00-4.
7. Precht C, Demirel Y, Assaf AT, Pinnschmidt HO, Knipfer C, Hanken H, *et al.* Perioperative management in patients with undergoing direct oral anticoagulant therapy in oral surgery - A multicentric questionnaire survey. In Vivo (Brooklyn). 2019;33(3):855-62.
8. Thean D, Alberghini M. Anticoagulant therapy and its impact on dental patients: A review. Aust Dent J. 2016;61(2):149-56.

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

Cálculo de la ganancia de espacio en sectores posteriores. Sistema USS

Profesor Dr. Luis Fernando Morales Jiménez



INTRODUCCIÓN

En la década de los 90 del siglo XX, los objetivos fundamentales que todo ortodoncista anhelaba eran conseguir una correcta oclusión con líneas medias centradas, resalte y sobremordida correctos, caninos y molares en clase I y mejoría en la estética facial, por ese orden.

Hoy en día, desde mi punto de vista, los conceptos han cambiado. Existe una particular obsesión por alcanzar el grado sumun en la armonía facial. Los valores de la macro, mini y microestética facial se han convertido en prioritarios sin dejar de cumplir los objetivos descritos anteriormente.

El problema se plantea en aquellos pacientes con gran compromiso de espacio, sobre todo en la arcada inferior, en los que las medidas habituales para resolver el apiñamiento (desgaste interproximal o la protrusión de los incisivos) no son aconsejables, teniendo por tanto que recurrir a las extracciones, medida que en numerosas ocasiones perjudica la estética facial.

El sistema *Universal Smile System* (USS) trabaja con *brackets* de autoligado pasivo, desarrollando una fricción mínima que, en conjunción con arcos de Copper NiTi, libera una fuerza suave y constante muy parecida a las biológicas, que no sobrepasan la de la musculatura perioral, facilitando el desarrollo de las arcadas dentarias de manera más fisiológica. USS permite resolver discrepancias óseo-dentarias importantes sin la necesidad de realizar extracciones y, por consiguiente, allana el camino para conseguir la tan anhelada armonía facial.

Los motivos que me han animado a escribir este artículo son, en primer lugar, hacer una reflexión sobre la gran cantidad de extracciones que podrían haberse evitado, con la consiguiente eliminación del deterioro del aspecto facial y, en segundo lugar, dar a conocer al ortodoncista en general y a mis alumnos en particular una forma de evaluar las limitaciones y/o posibilidades de resolver apiñamientos dentarios importantes en nuestros pacientes utilizando técnicas mínimamente invasivas.

CÁLCULO DE LA GANANCIA DE ESPACIO POR LA "ADAPTACIÓN FUNCIONAL POSTERIOR"

En el año 2000, Lawrence Andrews¹ publica un artículo en la revista *The Andrews Journal*, al realizar un estudio de investigación sobre pacientes, en el que observó que existían unas distancias ideales entre el centro de la corona clínica (CC) de cada una de las piezas dentarias y la línea mucogingival inferior que él denominó *Wala Ridge* (WR), considerando esta unión mucosa-encía como un eje de bisagra entre el hueso basal y el alveolar (figs. 1 y 2).

Estas distancias se mantenían constantes para cada una de las piezas dentarias, de tal manera que la distancia ideal entre el CC de los incisivos centrales y el WR a ese nivel es de 0,1 mm, a nivel de los laterales 0,3 mm, en los caninos 0,6 mm por cada lado, 0,8 mm/lado a nivel de los primeros premolares y 1,3 mm/lado en segundos premolares. 2 y 2,2 mm/lado en primeros y segundos molares inferiores respectivamente (fig. 3).

Dependiendo de la mayor o menor inclinación de las piezas inferiores debido al disbalance muscular, así será la ganancia de espacio por la adaptación funcional posterior, o la pérdida del mismo en situaciones que sobrepasen transversalmente el WR y haya que retruirlas a su correcta posición.

Extrapolando el concepto de Ricketts (fig. 4) sobre la ganancia de espacio en longitud de arcada por cada milímetro de expansión transversal en cada una de las piezas dentarias inferiores (por 1 mm de expansión, se gana 1 mm en longitud de arcada a nivel de los caninos, 0,75 mm en primeros premolares, 0,5 mm en segundos premolares y 0,25 mm a nivel de los primeros molares), al estudio mencionado de Andrews sobre las posibilidades de expansión transversal o no, para colocar los dientes en posición óptima con respecto al WR y por tanto acorde al balance muscular, se obtendrían de manera precisa los milímetros que se ganarían por la adaptación funcional posterior durante el desarrollo de la arcada propiciada por nuestra aparatología.

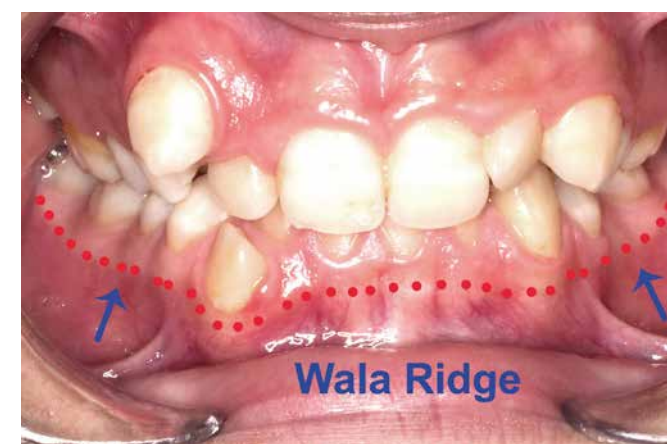


Fig. 1.



Fig. 2.

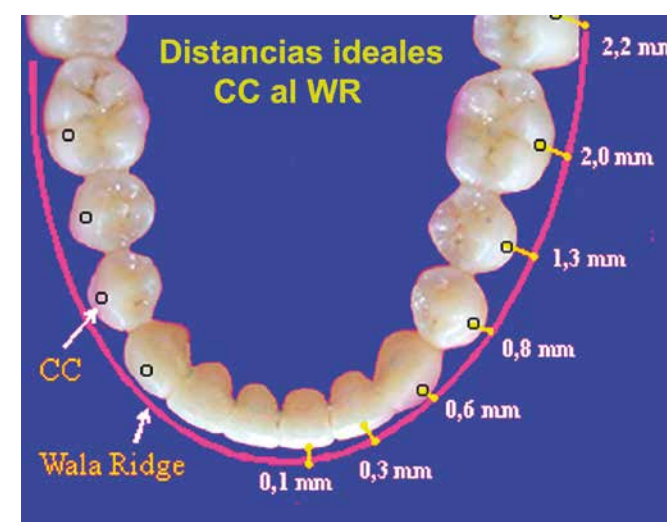


Fig. 3.

Estas medidas, en la práctica, son extremadamente sencillas de calcular. Se miden con un pie de rey directamente en boca o sobre los modelos de estudio (fig. 5) las distancias existentes de WR a WR a nivel de caninos, primer y segundo premolar, y primer molar. A continuación, se realizan las mismas mediciones pero

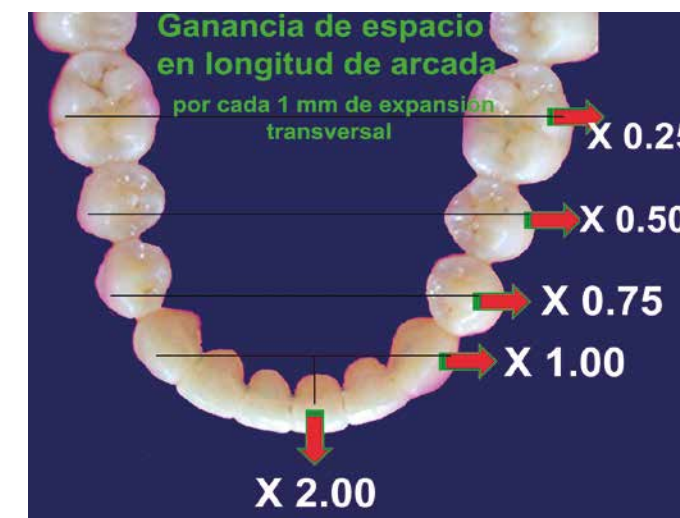


Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.

entre los centros de la corona clínica (CC) de cada una de las piezas descritas (fig. 6). El cálculo sería el siguiente:

- a. A la distancia WR-WR a nivel de los caninos, se le resta 1,2 mm (0,6 mm por lado). Esta sería la distancia ideal en la que debería situarse el centro de las coronas clínicas de estas piezas. Al restarle a su vez la distancia de CC-CC medida de nuestro paciente, si el resultado sale positivo, es el espacio que se podrán expandir transversalmente los caninos. Para calcular la ganancia de espacio en longitud de arcada, el resultado de estas restas habría que multiplicarlo por 1, según los conceptos de Ricketts.
- b. A la distancia WR-WR a nivel de los primeros premolares, se le resta 1,6 mm (0,8 mm por lado). Al restarle a su vez la distancia medida de CC-CC, si el resultado sale positivo, es el espacio que se podrán expandir transversalmente los primeros premolares, que habría que multiplicar por 0,75 para calcular la ganancia de espacio en longitud de arcada.
- c. A la distancia WR-WR a nivel de los segundos premolares, se le restan 2,6 mm (1,3 mm por lado), realizando la misma operación descrita anteriormente, pero en estas piezas habría que multiplicar el resultado por 0,50 para calcular el incremento en longitud de arcada.
- d. A nivel de los primeros molares, al WR-WR se le restan 4 mm (2 mm por lado), realizando la misma operación descrita, pero en esta ocasión se multiplica el resultado por 0,25.

La ganancia de espacio en los sectores posteriores por la adaptación funcional será, por tanto, la suma de los incrementos en longitud de arcada de cada una de las piezas descritas.

ANÁLISIS DE LA DISCREPANCIA

Además de este incremento o pérdida de espacio, según la situación inicial de la arcada inferior (y que se anotará en el casillero de la discrepancia), se puede recurrir a modificar la posición de los incisivos inferiores en aquellas situaciones que se encuentren fuera de la norma. El análisis cefalométrico y la exploración clínica determinarán su posición. Por cada milímetro de protrusión o vestibuloversión (de los cuatro incisivos juntos) se ganan 2 mm en longitud de arcada, y se pierden si se retruyen o lingualizan.

Esto implica que si tenemos unos incisivos lingualizados o retruidos, al colocarlos en posición correcta según parámetros estéticos, funcionales, cefalométricos y de salud periodontal, se obtendrá una ganancia en longitud de arcada que habrá que sumar a la obtenida con la *adaptación funcional posterior*.

Otra manera de contribuir a solucionar el apiñamiento dentario antes de plantearse las extracciones, aunque no sea una medida de incremento de longitud de arcada, es el stripping o desgaste interproximal, siempre y cuando exista discrepancia dento-dentaria (Bolton) a favor de la arcada inferior.

En definitiva, en el casillero de la discrepancia, se irán colocando en la columna de la derecha (signo -) los milímetros perdidos como consecuencia de la mecánica de tratamiento a realizar (nivelación de la curva de Spee, mesialización de sectores posteriores, retrusión de los incisivos, etc.), que se irán sumando a la discrepancia óseo-dentaria obtenida inicialmente; y en el casillero de la izquierda (signo +) los milímetros ganados por incremento en longitud de arcada en los sectores posteriores y anterior, así como la ganancia de espacio al realizar stripping si existiese discrepancia de Bolton a favor de la arcada inferior.

A continuación se expone un caso clínico que se tomará como ejemplo de los cálculos descritos con anterioridad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13/9 años de edad que acude a consulta relatando que no le gustan sus colmillos. El padre posee antecedentes familiares de maloclusiones dentarias y se constata que es respiradora nasal. No ha tenido hábitos durante la infancia y refiere cepillarse dos veces diarias.

La *exploración extraoral* (figs. 7 y 8) revela un aspecto mesodolicofacial con el 1/3 inferior aumentado, simetría facial, y al sonreír se aprecian elevación simétrica de las comisuras, compresión maxilar evidenciada por los corredores bucales, líneas 1/2 dentarias centradas con la facial y sonrisa gingival. El perfil es convexo y retrusivo.



Fig. 7.



Fig. 8.

En la *exploración intraoral* (figs. 9 a 13) se observa buena coloración de mucosa, leve hipoplasia de esmalte en incisivos centrales superiores, gran apiñamiento dentario en ambas arcadas y sobremordida de 2/3 de corona. La tabla externa alveolar inferior es excesivamente delgada.

QUIERE FINANCIACIÓN FÁCIL? PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



FINCLINIKS
FINANCIACIÓN CLÍNICA



Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.

La arcada superior tiene forma cuadrada con compresión de los sectores laterales y discrepancia óseo-dentaria (DOD) de -10,4 mm. Su línea ½ dentaria se encuentra centrada con el rafe medio palatino y se aprecian los premolares y molares rotados. La arcada inferior también posee forma cuadrada y con una DOD -10,1 mm. Se objetiva discrepancia dento-dentaria (Bolton) total de 1,3 mm y anterior de 2,1 mm, ambas a favor de los dientes mandibulares.

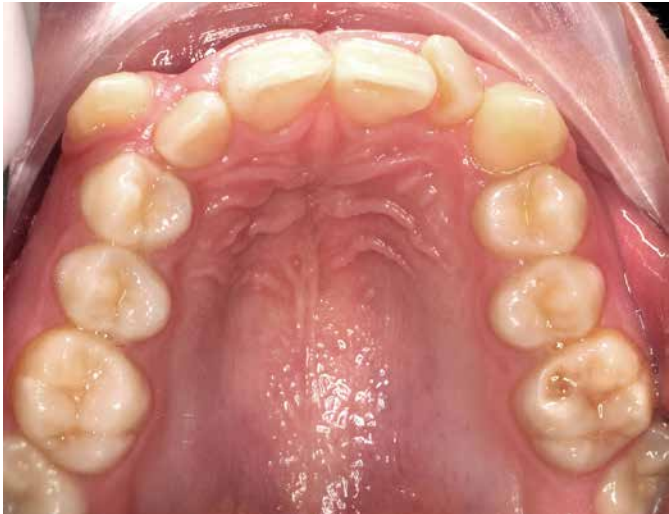


Fig. 12.



Fig. 13.

Las relaciones oclusales muestran una clase II molar y canina con infraoclusión de los caninos 13 y 43, incisivos superiores e inferiores lingualizados, resalte 1 mm y curva de Spee de 2 mm.

La cefalometría revela una Clase II de causa mandibular con patrón meso-dolicofacial. Incisivos superiores e inferiores lingualizados, vías aéreas superiores disminuidas y labio inferior en correcta posición.

OBJETIVOS, PLANIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

Los objetivos generales de mejorar la estética facial, establecer una correcta oclusión sin perjudicar la salud periodontal ni la ATM, así como dar estabilidad a los resultados previstos y, por supuesto, conseguir la satisfacción del paciente, se presentaban difícilmente alcanzables. En este caso, se tenía muy clara la de-

ARCADA INFERIOR		+	-
Discrepancia (DOD)			10,1
Adaptación Funcional Posterior (Expansión)	3 3	1,5	
	4 4	1,3	
	5 5	1,9	
	6 6	---	
Curva de Spee			0,7
Reposición 1		4	
Stripping		2,1	
Extracciones			
Totales		10,8	10,8
Neto		0	0

Fig. 14.

	ADAPTACIÓN FUNCIONAL POSTERIOR	Expansión Programada	Incremento Longitud de Arcada
3 3	WR = 31 (-1,2) = 29,8 CC = 28,3 Calculo: 29,8 - 28,3 = 1,5 x 1 = 1,5	1,5	1,5
4 4	WR = 41 (-1,6) = 39,4 CC = 37,7 Calculo: 39,4 - 37,7 = 1,7 x 0,75 = 1,3	1,7	1,3
5 5	WR = 50 (-2,6) = 47,4 CC = 43,6 Calculo: 47,4 - 43,6 = 3,8 x 0,50 = 1,9	3,8	1,9
6 6	WR = 56 (-4) = 52 CC = 50 Calculo: 52 - 50 = 2 x 0,25 = 0,5	2	0,5
		TOTAL	5,2

Fig. 15.

cisión de no realizar extracciones dentarias para no perjudicar el aspecto facial, a pesar de la fragilidad de la tabla externa alveolar y del gran apiñamiento dentario en ambas arcadas.

El análisis de la discrepancia en la arcada inferior con el cálculo de la ganancia de espacio por la *adaptación funcional posterior* se mostró muy eficaz a la hora de tomar la decisión más conservadora posible. Como se aprecia en la **figura 14**, la discrepancia

total asciende a 10,8 mm (10,1 mm de DOD más 0,7 mm que se perderían al nivelar parte de la curva de Spee). Por otra parte, la ganancia de espacio por la *adaptación funcional posterior* (**fig. 15**), se corresponde globalmente con 4,7 mm (no se contabilizan los 0,5 mm correspondientes a la ganancia del primer molar porque tampoco se ha contabilizado en el casillero de la DOD). También se anotan en la columna (+) los 2,1 mm de stripping que se realizará en el sector anterior debido a la discrepancia de Bolton. Los 4 mm restantes para conseguir igualar ambos casilleros, se obtienen de la protrusión de los incisivos inferiores en 2 mm.

También se tenía clara la necesidad de utilizar técnicas de baja fricción como las que aportan los brackets de autoligado pasivo en conjunción con alambres de Copper NiTi de última tecnología, que desarrollan fuerzas livianas, constantes y predecibles.

En el tratamiento se utilizó la técnica del cementado indirecto con férulas de silicona pesada y adhesivo del sistema Sondhi, para conseguir mayor precisión en la colocación de los *brackets*. Las **figuras 16 a 19** muestran las etapas iniciales del tratamiento.



Fig. 16.



Fig. 17.

EQUIPOS FOTOGRÁFICOS CONFIGURADOS

FOTOLANDIA
dental
by casanovafoto



OLYMPUS

**3 MODOS
DE
DISPARO**
INTRAORAL
EXTRAORAL
CIRUGÍA

933305162 · 933302969

fotolandia@casanovafoto.com

www.fotografiadental.cat

Ciencia y salud

ODONTÓLOGOS de hoy



Fig. 18.



Fig. 22.



Fig. 19.



Fig. 23.



Fig. 20.

Fig. 21.



Fig. 24.

Los resultados finales, tras un periodo de tratamiento de 20 meses, se muestran en las **figuras de la 20 a la 26**, donde se aprecia mejoría del aspecto facial y del perfil, sobre todo a nivel de la miniestética facial en sonrisa, con exposición completa de los incisivos superiores y 1,5 mm de exposición

gingival, plenitud de las arcadas y el codiciado arco de sonrisa consonante. Lo más destacado a nivel dentario, aparte de la gran mejoría de la oclusión, ha sido la resolución del apiñamiento dentario sin extracciones y respetando la salud de los tejidos periodontales.

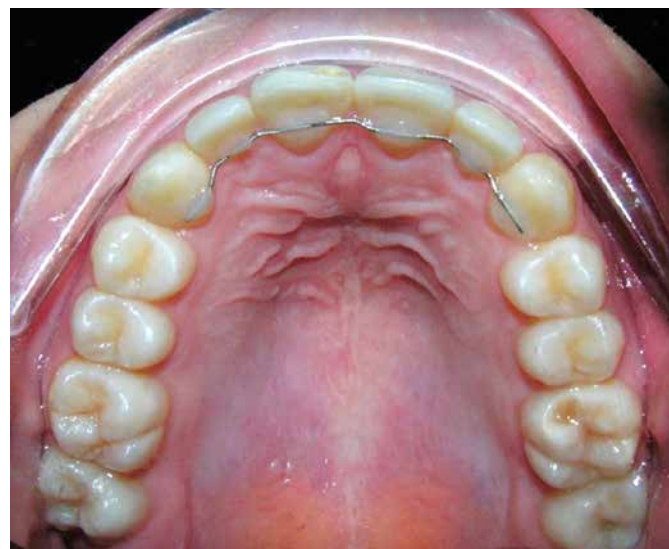


Fig. 25.



Fig. 26.

DISCUSIÓN

A la hora de tomar la decisión de realizar o no extracciones para solucionar apiñamientos severos, sobre todo en la arcada inferior, se hace imprescindible un meticuloso estudio de los pros y contras que pudieran implicar esa decisión. Es lo que yo llamo “la partida de ajedrez”. Realmente, el realizar las cuatro extracciones a esta paciente estaría justificado por el grave apiñamien-

to dentario y el compromiso de las tablas alveolares externas, pero perjudicaría una estética facial ya de por sí comprometida, además del rotundo rechazo de los padres.

El cálculo de la ganancia de espacio en los sectores laterales y posteriores ha sido determinante para ofrecer una actitud más conservadora a esta paciente, sin perjudicar los objetivos iniciales propuestos^{2,3}.

La prescripción variable y versátil que ofrecen los brackets del sistema de autoligado pasivo USS fue determinante en el desarrollo de las arcadas, así como una ubicación más fisiológica de cada una de las piezas dentarias, sin la producción de la temida sobreexpansión⁴.

En esta paciente se prescribió alto torque (+ 22°) en los incisivos centrales superiores, para vestibulizar estos dientes y conseguir más resalte; torque estándar (+ 6°) en los laterales (el 22 por estar ligeramente vestibulizado, y el 12 por la ligera protrusión que adquirirá por el efecto del coil); alto torque en los cuatro caninos (+ 11° en superiores y -13° en inferiores) para meter las raíces en la medular y ayudar al desarrollo transversal de las arcadas; y bajo torque (- 11°) en los incisivos inferiores para contrarrestar la protrusión que se producirá por efecto de los elásticos intermaxilares de clase II. Estos elásticos se colocaron muy tempranamente como aconseja Tom Pitts⁵, con una fuerza inicial de 2 onzas, incrementándose progresivamente a 4 y 6 onzas con arcos CuNiTi de sección rectangular y de acero, respectivamente.

El cálculo de la discrepancia de Bolton se ha mostrado imprescindible para ayudar a resolver el apiñamiento en esta paciente. No hay duda de la necesidad de realizar *stripping* de 2,1 mm en el sector anteroinferior, pero al ser el Bolton total de magnitud inferior al anterior (1,3 mm), está indicando un déficit de material dentario en los sectores posteriores inferiores, o lo que es lo mismo, un exceso en los sectores posteriores de la arcada contraria de 0,8 mm, lugar donde se debe realizar también el *stripping*.

El cementado indirecto de los *brackets* permitió gran precisión en el montaje de la aparatología⁶⁻¹⁰ y, por consiguiente, menos recementaciones al final de la fase intermedia y compensaciones del alambre en la última etapa del tratamiento.

CONCLUSIONES

1. El cálculo de la ganancia de espacio por la adaptación funcional posterior se ha mostrado imprescindible a la hora de tomar la decisión de realizar extracciones, o bien plantearse una actitud más conservadora.
2. La utilización del sistema de autoligado pasivo USS con los brackets de prescripción variable y la colocación de alambres CuNiTi de última tecnología ha permitido resolver el grave apiñamiento dentario en esta paciente de forma muy fisiológica.
3. El cementado indirecto de los brackets ha contribuido al desarrollo de una mecánica de trabajo más fluida, con menos necesidades de recementados, mejor expresividad de los torques con mayor eficiencia biomecánica y, por supuesto, ahorro de tiempo de trabajo y más comodidad para el ortodoncista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrews L. The Six Elements of Orofacial Harmony. The Andrews Journal. Volume 1, Number 1, Winter 2000:12-35.
2. Morales LF. Adaptación funcional posterior. Sistema Damon. Gaceta Dental. 2014; (254):128-35.
3. Morales LF, Bernal L. Cálculo do ganho de espaço por “adaptação funcional posterior”. Dentistry. 2013; 34-38.
4. Morales LF. Camuflaje ortodóncico como alternativa a la cirugía ortognática en un síndrome hiperdivergente. Revista Científica PgO 2020; 3:1-2.
5. Pitts T. Begin with the end in mind: Bracket placement and early elastics protocols for smile arc protection. Clinical Impressions. 2009; 4-13.
6. Morales LF y col. Colagem indirecta de bráquetes em ortodontia: descrição de um método simples e eficaz. Maxillaris. 2009; 42-52.
7. Sondhi A. Efficient and effective indirect bonding. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1999; 115:352-359.
8. Spaccesi E. Adhesión indirecta en ortodoncia. Gaceta Dental. 2009; 201:132-143.
9. Kalange J. Indirect bonding: a comprehensive review of the advantages. World J Orthod. 2004; 5:301-307.
10. Morales LF. Cementado indirecto de brackets en ortodoncia. Técnica sencilla y eficaz. Gaceta Dental. 2014; (256):190-99.

MANUAL DE ORTOPEDIA DENTOFACIAL

Tomo II
Sistema Myobrace
Propulsores Mandibulares
Aparatos Extraorales y Combinados



Atlantis editorial
Science & Technology S.L.L.

Profesor Dr. Luis Fernando Morales Jiménez

Los primeros libros de “Odontología”. Un hecho renacentista

Cuando el historiador de la Odontología emprende el estudio de esta especialidad y lo hace desde la metodología de investigar el desarrollo de la misma a través del llamado “eje tiempo”, es bien andado un camino largo cuando da por fin con algún libro dedicado monográficamente al “Arte dental”. Se trata, como adelanta el título de este artículo, de un hecho enmarcado en el Renacimiento, lo cual provoca cierta extrañeza puesto que las enfermedades bucodentales han tenido presencia permanente en el hombre desde el comienzo de su existencia, tal como se comprueba en los estudios paleodontológicos más remotos.

Hasta entonces, el abordaje de los padecimientos bucodentales suele hacerse en las literaturas médica y quirúrgica de forma muy dispar y así en la clásica distribución de las enfermedades *a capite ad calcem* -de la cabeza a los pies- se exponen éstas como propias de las que afectan a la cabeza y se van sucediendo las de los ojos, nariz, orejas... y boca, sin embargo estas últimas aparecen de forma muy dispar y en cada libro se puede calibrar la experiencia del autor como especialista de algunas de ellas, que por lo general es mínima, pues las tareas quirúrgicas bucodentales quedaron relegadas a los cirujanos menores por considerarse propias de ellos. En definitiva, lo reflejado por el autor no es sino un compendio de lo procedente de otros tratados también generales, siendo excepción quien refleja una mínima experiencia.

La edición más temprana de estas monografías odontológicas, *Artzney Buchlein*, surgió en Alemania, aunque tan sólo merece el calificativo de libro divulgativo, lo cual no quiere decir que careciera de utilidad, especialmente entre el pueblo llano. Por el contrario, veintisiete años después, en 1557, verá la luz en Valladolid el *Coloquio breve y compendioso. Sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca*, un texto de idéntico tema pero cuyo contenido está dotado de un nivel científico superior pues no en vano la formación, mas no médica ni quirúrgica, y la experiencia de su autor así lo revelan. Aunque surge modestamente redactado en forma de coloquio o diálogo, la categoría del texto no se resiente por ello y trece años más tarde será publicado con el armazón de un tratado científico (*Tratado breve y compendioso...*), superando incluso el nivel de la primera edición. Rigurosamente, éste es el primer libro de odontología científicamente escrito, a nivel mundial. Siguieron la tesis doctoral *De dentium affectibus*, de Petrus Monavius,



AUTOR:

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

en 1579, y *Recherche de la vraye anathomie des dents, nature & propriete d'icelles...*, en 1582, de autoría del francés Urbain Hémar. No podemos olvidar tampoco, y lo ubicamos al final de esta serie de coetáneos suyos, el *Libellus de Dentibus* de Bartolomeo Eustacchio, aunque se trata de un libro más especializado, en concreto de anatomía dental.

Ahora bien, ¿cuál fue la repercusión de esta incipiente literatura especializada? La edición de dichas obras tuvo lugar en Leipzig, Alemania (1530); Valladolid, España (1557 y 1570); Basilea, Suiza (1578) y Lyon, Francia (1582). En principio debemos decir que tuvieron una difusión de ámbito local. Todas ellas fueron ediciones inconexas, de tal manera que las que conforme fueron surgiendo posteriormente no citaron a las previas. Cada una se editó en el idioma de su patria, salvo la de Monavius, que al principio lo hizo en latín, pareciendo improbable que ninguno de los “dentistas” de la época, generalmente iletrados sacamuelas, solicitara otro ejemplar que el propio de su lengua, con el cual se defendería mal que bien.

Sin entrar en sus contenidos y análisis más que de forma somera y descriptiva, quedan ordenados y expuestos individualmente estos primeros libros monográficos como sigue.

El anónimo alemán *Artzney Buchlein*

La más temprana de estas obras, de autor desconocido, fue *Artzney Buchlein...*, editada en Alemania, en 1530¹. Este librito consta de escasas cuarenta y cuatro páginas (aunque el texto “útil” se reduce a treinta y ocho), cuyo título completo es: *Artzney Buchlein wider allerlei kranckeyten nud gebrechen der tzeen* (Opúsculo de medicina contra toda clase de enfermedades y defectos de los dientes).

Nada se sabe sobre su autor y se han establecido algunas conjeturas, entre otras que pudo ser un librero quien, en algún momento de poco trabajo editorial, compusiera él mismo este práctico libro sin mayor compromiso que el de someterse a la autoridad de los clásicos de la medicina, varios de los cuales (Galeno, Avicena, Mesué y Celso) ya se anuncian en la portada. En cualquier caso, de la lectura de sus páginas no puede desprenderse el menor atisbo de que el autor ejerciera el arte dental, siendo nulas las referencias a posibles pacientes. Tan sólo la cita de aquel desmayo sufrido por un niño de “ocho o nueve años” que había acudido al maestro Lorenz, en Mittweida (villa de la región de Sajonia) para que le extrajera un diente, puede situarnos vagamente en la zona donde pudo vivir.

Después de un prólogo en el que advierte de la importancia de mantener sana la dentadura pues sirve para masticar y pro-



nunciar adecuadamente, divide el texto en trece capítulos. Los cuatro primeros versan sobre cuándo y por qué le crecen al niño los dientes, causas por las que se estropean (cita hasta diez), cómo ayudar a los niños para favorecer la erupción, remedios contra los dolores de los dientes (en dos grandes grupos, según la causa sea el frío o el calor). En el quinto trata sobre los dientes perforados y huecos, más adelante, de acuerdo a la “teoría etiológica” del gusano productor de la caries dental, recomienda los enjuagues y sahumeros destinados a eliminar a dicho “agente causal”. Sobre los abscesos, mal olor y putrefacción de las encías, indica un tratamiento destinado a la eliminación, mediante un instrumento al rojo vivo, del tejido enfermo. Por último, trata de la extracción dental. Breves consejos sobre el mantenimiento de los dientes sanos, ponen fin al escrito.

Esta obra tuvo una gran aceptación, seguramente popular, y así lo demuestran las más de diez reediciones que sufrió en menos de un siglo, variando a veces las portadas. También se incluyó en algunos manuales de Medicina como *Haus Apotek oder Artzneybuch* (Botica casera o libro de medicamentos), editado en 1565. Sin duda que los prácticos a los que alude: *aquellos que lo practican*, refiriéndose a las obturaciones, o cuando trate del tratamiento de los dientes con movilidad, para lo cual hace falta la experiencia de un maestro, debieron aprovecharse de las enseñanzas ordenadas en esta obra.

El Coloquio... del español Francisco Martínez de Castrillo.

El libro de mayor importancia, a mi juicio el primer libro propiamente odontológico como queda dicho, se editará, mediado el siglo XVI, en España bajo el título de *Coloquio breve y compendioso...* El hecho de que fuera pronto olvidado en su país y prácticamente ignorado en el extranjero, hizo que no se le tuviera en consideración hasta que, a principios del siglo veinte, algunos historiadores lo rescataran del silencio². El trabajo definitivo del erudito Dr. Francisco Carmona Arroyo³ vendría a ponerlo en el lugar que le corresponde hasta el punto de que ha visto algunas reproducciones facsímiles e incluso una reciente traducción al francés⁴.

Fue su autor Francisco Martínez de Castrillo (ca. 1525-1585), personaje que en la dedicatoria de la obra al Príncipe Don Carlos, se declara su “capellán”, término cuya única acepción que registra es la eclesiástica. Ello quiere decir que los grados de Bachiller y Licenciado que luce en las portadas de la primera y segunda edición, respectivamente, no han de entenderse sino como grados en Teología. En ningún momento se nombra a sí mismo “médico”, antes al contrario, se dirige en tercera persona a los médicos en varios pasajes de la obra, a quienes achaca el abandono en que tenían las enfermedades buco-dentales.

Martínez de Castrillo ocupó el más alto nivel profesional a que podía aspirar, esto es, el de “dentista” de la Casa Real española, sirviendo en ella hasta su muerte. Su salario fue equiparado al de los propios médicos y cirujanos, de ahí la gran confianza que debió suscitar en el mismo Felipe II a quien acompañó por Europa.



La obra del español se va a caracterizar por la sistematización de sus saberes. Partiendo del concepto anatomo-fisiológico de la unidad dentaria expone las enfermedades propiamente dentales, su resolución terapéutica y, en lo que se muestra más avanzado, la importancia de la higiene como auténtico valor para la prevención de las mismas. La revisión de los clásicos de la medicina y la cirugía, y aun de la filosofía, le servirá de base para la interpretación de lo que su experiencia ha tenido la ocasión de comprobar.

Así, pues, en el año de 1557 ve la luz, en Valladolid, el *Coloquio breve y compendioso. Sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca. Con muchos remedios y avisos necesarios. Y la orden de curar y aderezar los dientes*. Como indica su título, se trata de un diálogo (coloquio) entre varios personajes que van trayendo cuantas creencias populares de tema odontológico se les ocurren, aunque con orden y sin omisión alguna, a fin de que el docto Valerio -tras el que se esconde el autor- dé respuesta fundamentada sobre su validez.

Martínez era ajeno a la trascendencia que el libro podría tener en esta primera edición por lo cual optó, de acuerdo a las costumbres de la época, por la fórmula dialogada con un carácter quizá divulgativo. Bien puede comprobarse cuando en la segunda edición se ve obligado a estructurar el texto en forma de tratado pues la calidad científica del mismo había quedado demostrada con creces, exigiendo ahora un tratamiento más acorde a su categoría.

El texto se divide en cuatro partes en las que se expone, sorprendentemente, todo el saber odontológico de la época, “excesivo” a tenor de la pobreza de lo escrito hasta el momento en el capítulo odontológico, incluso llega a negar por vez primera la llamada “teoría vermicular” según la cual eran los gusanos los responsables de la caries dental: *Digo que en el neguición no hay gusanos, sino que es una corrupción que se hace en el diente o muela como en otro miembro del cuerpo, y de esto tienen harta experiencia y son buenos testigos los barberos y maestros de sacar muelas, que ninguno de ellos podrá con verdad decir que halló en muela ni diente gusano, sino fuere alguno que quiere burlar*.

Este pronunciamiento constituía una verdadera primicia y aún habrían de transcurrir dos siglos hasta que Pierre Fauchard mostrara el mismo parecer, quizá sin tanta contundencia. La credulidad de la gente se basaba en los sahumeros que se practicaban a los enfermos afectados de caries, desprendiéndose unas pavesas que los curadores que aplicaban este remedio interpretaban como restos de gusanos que la excelencia de la terapéutica había eliminado. Aprovechando la corrección del engaño, se detiene a continuación en criticar la aplicación de ciertas hierbas y raíces como odontálgicas teniendo algunas de estas la propie-

dad de hacer caer los raigones con el simple contacto. Tan falsa es la propuesta que Martínez sentencia, tajantemente, que *no hay tal hierba ni raíz, como el gatillo del barbero*.

El éxito del *Coloquio...* dio paso a una segunda edición en la que, debido a la calidad del contenido, se le pidió lo transformara en lo que en realidad se trataba: un tratado de odontología con su correspondiente estructuración. Así pues, en el año de 1570 veía la luz, en Madrid, esta versión con el nuevo título de *Tratado breve y compendioso, sobre la maravillosa obra de la boca y dentadura* que mantuvo el mismo fundamento científico atesorado por la práctica profesional de estos trece últimos años⁵. Ahora desaparecen los personajes del coloquio y el mensaje se ordena en tres capítulos: definición del diente, forma, fines, número, posición y uso de la dentadura constituye el primero. El segundo trata de las enfermedades de la boca y la dentadura rematándolo un amplio comentario sobre casos extraordinarios. El último consiste en una regla general para la conservación de la dentadura en el que se aporta una serie de recetas con fines higiénico-terapéuticos.

Uno de los mayores méritos del nuevo libro lo constituiría la aportación de la casuística personal del autor, quien a lo largo del texto exponería casos prácticos enfocados con pericia, desengañando al lector de otros tantos que acudieron en su auxilio tras sufrir los remedios pseudocientíficos de los charlatanes. De no haber caído en el olvido, ¿habría descollado antes la odontología europea?

La tesis doctoral *De dentium affectibus*, de P. Monavius

Aportación muy interesante a la odontología de la época fue la del polaco Peter Monavius (1551-1588), de cuya vida y obra se ha ocupado con gran mérito la profesora Barbara Bruziewicz⁶. Nacido en Wroclaw, estudió la medicina en Wittemberg, Heidelberg, Padua y Bâle, donde redactó su tesis doctoral -bajo la dirección de Félix Platter- que defendería el 12 de enero de 1578 y sería posteriormente impresa. Instalado después en su ciudad natal, llegó a ser médico de Rudolf II de Habsburg y murió a la temprana edad de 37 años.

Escrita en latín, su tesis lleva por título *De dentium affectibus* y es la primera que en Europa se escribió sobre cuestiones odontostomatológicas. De extensión de 39 páginas, está dividida en 54 capítulos y dedica los quince primeros a la anatomía dental (particularmente interesado en constatar la existencia de la pulpa dental), su función, sus enfermedades y analiza su probable transmisión hereditaria. A partir del capítulo 35 se dedica al tratamiento de dichas enfermedades, asentado en una triple perspectiva: “vital”, profiláctica y terapéutica, y en esta última



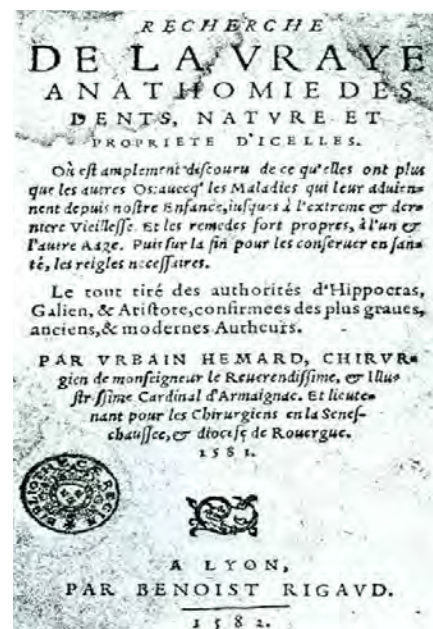
estarían indicadas tanto la extracción dental como la aplicación de cáusticos en el interior del diente, a fin de acabar con el dolor. No faltan tampoco remedios “generales” como la sangría o la aplicación de ventosas, sin olvidar los remedios farmacéuticos provenientes especialmente de los repertorios botánicos, tan al uso de la época.

Cuarenta años después de su impresión, fue traducida esta tesis al polaco, la lengua materna del autor.

Urbain Hémard y su *Recherche de la vraye anathomie des dents...*

En Francia, Urbain Hémard (1550-1630), cirujano del cardenal Georges D'Armagnac, en el año de 1582 editaba en Lyon una obra titulada *Recherche de la vraye anathomie des dents, nature & propriete d'icelles...* (Investigación sobre la verdadera anatomía de los dientes, su naturaleza y propiedad...), mencionada por Fauchard al citar las escasísimas obras odontológicas publicadas hasta la fecha de la edición de su libro *Le Chirurgien Dentiste* -véase más adelante-. En la portada puede leerse un avance del contenido: “con las enfermedades que les acaecen desde nuestra infancia hasta la última vejez, y los remedios más apropiados para una y otra edad.” Como aval de sus conocimientos alude en el mismo sitio a la autoridad de Hipócrates, Galeno y Aristóteles, además de otros modernos.

Este libro fue concebido a raíz de una odontalgia sufrida por el cardenal, uno de sus escasos males a lo largo de su dilatada vida, quien preguntó a su cirujano sobre *las causas y razones de*



un dolor tan fuerte así como otras propiedades que se encuentran en ellos más que en los demás huesos. Hémard inició así su empresa que publicó veinte años después con el fin de instruir a los jóvenes estudiantes de la cirugía para que así elevaran la profesión al nivel que tenía en tiempos de Chauliac, uniendo a su habilidad sólidos conocimientos de terapéutica y, sobre todo, de anatomía.

El libro, de 90 páginas de texto, se divide en 23 capítulos estructurados en una primera parte que trata sobre las cualidades generales de los dientes (6 capítulos de los cuales 3 explican su sensibilidad) y el desarrollo de la dentadura (7 capítulos de los que 4 se ocupan de la odontogénesis), y una segunda dedicada a la patología dental (10 capítulos, 4 de ellos consagrados a la terapéutica y el último a la profilaxis.)

El soporte de su doctrina se apoya, a lo largo de 42 fuentes, en la literatura greco-latina principalmente pero también en algunos medievales (Avicena, Chauliac o Gordonio) e incluso algunos contemporáneos como Fernel, Rondelet o Paré. Sin embargo Eustacchio, que no aparece ni en el texto ni en los márgenes, donde sí lo hacen muchos otros autores, es su guía principal en la historia natural de los dientes, donde se llegan a apreciar capítulos literalmente traducidos. Como señala C. Gysel en su notable trabajo al respecto⁷, *le "je" d'Eustache est toujours repris par Hémard*.

Hémard, que confiesa haber disecado mandíbulas y maxilares de fetos y de recién nacidos buscando gérmenes dentarios, demostrándose así su formación intrauterina, aporta en su obra conocimientos propios de quien se ha dedicado con alguna especial atención al estudio de esta parte de la cirugía. Sobre la presencia

de gusanos en los huecos de los dientes, indica no haberlos encontrado todavía. Para curar las afectaciones dentales, una vez se haya tenido en cuenta que el humor que las ocasionó pudo ser caliente o frío, existirán medios generales (sangría, purgación, ventosas o sanguijuelas) o locales (astringentes y narcóticos), entre los cuales da cuatro prescripciones magistrales, entre ellas una de M. Michaut Errouard, docto cirujano de Montpellier. Las instilaciones en el oído son asimismo de gran efecto, pero a veces sólo bastarán para calmar el dolor y no remediar la podredumbre del diente, de ahí que la extracción sea en no pocas ocasiones su único remedio. Aunque bien es cierto que la cavidad puede ser rellenada con polvo coralino. El trasplante dental, por el contrario, no admite su aprobación.

No es capítulo menor el dedicado a la profilaxis de las enfermedades por medio de la higiene. Buena calidad de comidas para prevenir la formación del sarro, higiene de los dientes mediante su frotamiento con una servilleta humedecida en agua o con diversos polvos, etc.

Bartolomeo Eustacchio y el *Libellus de Dentibus*

Considerado el primer anatomista dental, Bartolomeo Eustacchio (ca. 1510-1574) fue hijo de destacado médico aunque no hay certeza sobre dónde cursó los estudios médicos, quizá en Roma.

Adquirió fama como médico, lo cual le llevó a ser contratado por el duque de Urbino, primero, y, después, en 1547, por su hermano, el Cardenal Giulio Della Rovere, a quien acompañaría a Roma dos años después. Ese mismo año, 1549, fue nombrado profesor de Anatomía de la facultad médica del *Archiginnasio della Sapienza*, donde por sus relaciones tuvo situación de privilegio para practicar disecciones gracias a los cadáveres proporcionados por el hospital del *Santo Spirito y la Consolazione*. También fue médico de los cardenales Borromeo y Neri, canonizados respectivamente en 1601 y 1615 como santos Carlos Borromeo y Felipe Neri.

Eustachio fue uno de los autores postvesalianos de mayor mérito. De él conocemos sus epónimos del conducto, la trompa y la válvula por él descritos. Fiel al galenismo heredado, estuvo enfrentado a Andreas Vesalio por lo contrario, si bien la observación directa con la realización de autopsias y los estudios de anatomía comparada hicieron de él un gran anatomista. En 1522 preparó una serie de 47 planchas de ilustraciones anatómicas, con la ayuda de Pier Matteo Pini, llevadas al cobre por Giulio de Musi. Al parecer fueron legadas a Pini -otros dicen que se depositaron en El Vaticano- y tras su muerte desaparecieron, pero más adelante el papa Clemente XI las compró a un descendiente de éste.



El célebre Giovanni M. Lancisi, con la colaboración de Giovanni Morgani, las publicó en 1714 con el título *Tabulae anatomicae Bartholomei Eustachii quas a tenebris tandem vindicatas*, sin texto y siguiendo el orden de una disección vesaliana y en ellas se aprecia lo notable de su conocimiento, destacando como uno de los grandes osteólogos renacentistas. Entre 1562 y 1563 escribió varios tratados con el título de *Opuscula anatomica*.

Entre ellos, en 1563 editó en Venecia el libro *Libellus de Dentibus*, primero en su género en cuanto que es el primer libro de anatomía dental⁸. Consta de treinta capítulos que conforman el mayor repertorio sobre anatomía dental realizado hasta la fecha. Nombre, tipo y sustancia; color forma y concavidades; número y tamaño; lugar, colocación, espacio y acoplamiento; forma en que están sujetos; incisivos; caninos; bicúspides y molares; tamaño de los molares; formas de los molares tanto en el hombre como

en el mono; número de raíces de los molares; proporción y simetría en ambas arcadas; materia de que son generados; dientes desarrollados intra útero; teorías de Hipócrates y Aristóteles sobre la sustancia de los dientes; cómo toman forma y completan su desarrollo; material contenido en las concavidades (pulpa); membranas, vasos sanguíneos y nervios; cuándo emergen a través de la encía; nutrición y crecimiento; sobre la sensación de los dientes; utilidad; maneras antinaturales en que pueden formarse y varias afecciones naturales de los dientes, son los diferentes temas que se exponen a lo largo de la obra.

De lo más destacable de este gran anatomista en esta materia son sus pioneros estudios sobre la pulpa dental, detallando su composición: nervios y vasos sanguíneos que recorren sus caminos dentro del diente, así como su percepción sobre su tamaño, mayor en la infancia pero disminuyendo progresivamente con la edad (capítulos 18 y 19). Asimismo, dejó escrita su valiosa impresión sobre el ligamento periodontal. Siguiendo las lecturas de Hipócrates, a quien atribuye minuciosas disecciones fetales en busca de los esbozos dentarios, describe la presencia de los folículos en el seno de ambos maxilares ya en la vida intrauterina. Él mismo practicó también la disección fetal y testificó su ubicación en sus correspondientes criptas.

El último capítulo, titulado *Varias afecciones naturales de los dientes*, recoge algunos de los males de las piezas dentarias cuyo diagnóstico y tratamiento *se esclarecen con el estudio de la anatomía*. Muy sumariamente dicta algunas observaciones sensatas sobre la afectación de las estructuras estudiadas anteriormente y su solución, entre ellas el raspado del cálculo y el curetaje del tejido periodontal para que recobren firmeza los dientes afectados. Para Eustachio, el buen cirujano debe conocer previamente la anatomía dental para poder proceder a ejecutar correctamente las diferentes extracciones dentales.

Bibliografía

1. Cfr. la versión española con estudio introductorio de Baca García, A. Baier, B. Zene Artzney. (La medicina de los dientes.) Granada, Universidad de Granada, 1992.
2. Endelman, J. A dental book of the sixteenth century. The Dental Cosmos, 1, 1903, pp. 39-43
3. Carmona Arroyo, F.G. La literatura odontológica en el Renacimiento español. Contribución al estudio de la vida y la obra de Francisco Martínez de Castrillo y su época. Medicina Española, 68, 1972, pp. 39-48. (Resumen de su tesis doctoral sobre la vida y la obra de Martínez de Castrillo).
4. Ruel-Kellermann, M., Morisse, G. (Eds.) Coloquio breve y compendioso. Sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca. París, De Boccard, 2010. (Traducción del original al francés, precedida de 4 estudios introductorios.)
5. Martínez de Castrillo, F. Tractado breve y compendioso... Guadalajara, Aache Ediciones, 2014. (Edición facsímil, precedida de un estudio introductorio previo nuestro.)
6. Bruzewicz-Miklazewska, B. Peter Monavius (1551-1588), physician from Wroclaw and his doctor's degree thesis (1578) "De dentium affectibus", the oldest work Stomatology about topics in Europe. Advances in Clinical and Experimental Medicine, 6, 2003, pp. 861-868.
7. V. Ruel-Kellermann, M. L'odontologie au XVIe siècle selon Urbain Hémard. Actes. Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire, 17, 2012, págs. 10-17. Cfr. la versión de este libro, Rodez, Société des Lettres, Sciences et Arts de l'Aveyron, 2009. (Col. Archives Historiques du Rouergue, XXVIII).
8. Shklar, G. Chernin, D. Eustachio and "Libellus de Dentibus", the first book devoted to the structure and function of the teeth. Journal of the History of Dentistry, 1, 2000, págs. 25-30.

Las lecciones del fracaso

Andrés Cordero Gutiérrez

Fundador y Director Ejecutivo de Ejercer Consulting y Ejercer ACADEMIA, cofundador y Director de Alianza Dental, docente universitario y creador de la filosofía de trabajo en salud "XP", Chile.

SEPES APLAZA A 2022 SU CONGRESO ANUAL

SEGER LEÓN
SE TRASLADA A 2022SEGER
LEÓN
2020
SEDO Sociedad Española
de Ortodoncia
y Ortopedia Dentofacial

**La SEDO aplaza su 66 Congreso Anual
'SEDO 2020 Gran Canaria' como
consecuencia de la epidemia del
coronavirus COVID-19**

Nueva fecha prevista: 11-14 de noviembre de 2020

Hola, mi nombre es Andrés Cordero, soy odontólogo y deseo compartir con ustedes mi experiencia más valiosa: el fracaso.

A fines de los 90, decidí que era momento de tener una clínica nueva, más grande, más cómoda, con más tecnología, con más especialidades. No tenía idea que ese sueño se convertiría en una terrible, dolorosa y costosa pesadilla.

Consideré todo: una oficina más amplia, luminosa y con una hermosa vista a la ciudad, una cómoda sala de recepción y espera con hermosos colores y cuadros, áreas clínicas espaciales con toda la tecnología disponible, oficinas administrativas, más profesionales especialistas en diversas áreas, más personal de apoyo, más opciones de tratamientos, etc. Todo fue hecho según lo que yo quería. ¡Realmente lo había logrado! Hubo un solo detalle que no consideré: el paciente.

Para ser sincero, sí pensé en el paciente, pero asumí que yo sabía lo que él deseaba y cómo deseaba ser atendido. No me di cuenta, pero había caído en la trampa de los supuestos, eso que te hace creer que sabes todo de todos y te lleva a tomar decisiones estratégicas, operativas o de inversión por una simple corazonada, sin investigación, sin estudio, sin planificación. Cada vez que cuento esta historia digo que si hubiese existido un *checklist* de qué cosas NO hacer al iniciar una clínica, las habría hecho todas. Así comprendí que, para ejercer la odontología, ya no basta con ser dentista. Que lo clínico es evidentemente básico, central y fundamental, pero no es lo único.

Comprendí que el mundo de la gestión no puede quedar al margen de una práctica responsable y eficiente como si fuera algo sin conexión alguna con la profesión. Comprendí que es justamente la gestión la que permite dar oportunidad, orden y sustentabilidad en el tiempo a una clínica. Tuve la certeza que la gestión, bien entendida y aplicada, cuida, proyecta y potencia la profesión y la dignidad del quehacer profesional. Comprendí que la gestión motiva, fortalece y desarrolla a los equipos de trabajo y, en especial, se preocupa de los pacientes, sus experiencias y sus aspiraciones.

A partir de esa vivencia, hice de la gestión mi pasión, mi razón de ser y mi trabajo. Me mueve que las personas conozcan, comprendan y apliquen conceptos de gestión en su día a día, más allá de su profesión, especialidad, etapa de la vida profesional, edad, independientemente si son emprendedores, dueños

de sus clínicas o trabajan asalariados en una organización, o si son parte del sistema público de atención.

Pero entiendo que la gestión por sí misma no soluciona nada. Resulta que la gestión es, en esencia, solo una herramienta y, como tal, la puedes ocupar o no, lo puedes hacer en el momento adecuado o no y la puedes usar bien o mal. Entonces, ¿qué provecho puede haber con saber gestión si seguimos pensando, decidiendo y rigiéndonos por los mismos paradigmas de siempre?

Por ello, lo que verdaderamente se necesita es generar un cambio de enfoque, que los profesionales piensen distinto y tengan una mirada disruptiva, desafiando sus paradigmas y sus supuestos. En esencia, mi propósito es que los profesionales conozcan, comprendan y se conecten con el entorno y contexto donde se desenvuelven, tengan una mirada crítica y autocrítica del quehacer propio y sistémico, y apliquen soluciones innovadoras en la mejora de procesos o en la formulación de nuevos negocios que resuelvan los problemas diagnosticados. En otras palabras, lo que me mueve es que cada persona aporte valor al lugar donde se desenvuelva, más allá de lo clínico.

*Hablar desde el éxito es valioso. Pero
hablar desde el fracaso y la reinención
lo es más*

Esta es mi cruzada. Amo la profesión y busco apoyarla desde una perspectiva distinta. Hoy, después de años de ejercicio clínico, académico y en consultorías, de emprender, de estudiar y de investigar, solo deseo aportar con esta mirada para que las actuales y nuevas generaciones de odontólogos sientan que ejercer la profesión de manera digna, rentable, con proyección, con tranquilidad y orden es posible.

No podemos seguir ejerciendo basados en nosotros (y en nuestro ego), tampoco en lo técnico o en lo tecnológico. Debemos pensar distinto, desafiar nuevos supuestos y paradigmas. Debemos volver a la esencia de nuestro quehacer: somos personas atendiendo a personas. Y así, por paradójico que parezca, para potenciar las clínicas, debemos volver a humanizar la salud.

Este artículo se publicó originalmente en *Dental Tribune Latin America* (la.dental-tribune.com).



EL CONGRESO SECIB SE APLAZA AL AÑO 2021



LA REUNION ANUAL SEOP SE CELEBRARÁ DEL 12 AL 15 DE MAYO DE 2021

El marketing, las emociones y el coronavirus entran en el sector dental

Dr. Alberto Manzano Saiz
CEO y fundador de Plan Synergia



Parece el comienzo de un chiste, pero esto no tiene nada de gracioso. El uso de las emociones es posiblemente la herramienta más potente de la comunicación, el Anillo Único, la varita mágica de Saúco, o las Gemas del Infinito. Pero al igual que estos icónicos objetos, el resultado puede ser bueno o malo según si se utilizan adecuadamente... o no.

Las emociones son la razón principal por la que los consumidores prefieren los productos o servicios de una marca concreta. Con el permiso de Disney, que nos habló de 5 emociones básicas, la mayoría de expertos consideran que todo el espectro emocional puede reducirse a 4 emociones: felicidad, tristeza, miedo e ira. Hoy hablaremos del miedo, y cómo puede afectar al futuro de todas nuestras clínicas. Como hemos dicho antes, cualquier emoción es útil a la hora de transmitir un mensaje, si se usa bien...

La realidad tiene múltiples facetas y somos libres de escoger, *sin engaños y sin frivolizar*, cuál es la más apropiada para nosotros. Es verdad que las clínicas dentales seremos un punto caliente a tener en cuenta para evitar nuevas infecciones cruzadas; y también es verdad que somos uno de los espacios que mejor guardamos la asepsia en todos nuestros procedimientos, y que los tratamientos dentales cogidos a tiempo son más confiables, duraderos y económicos que si esperamos.

¿Qué pasará a la vuelta a nuestras clínicas si hemos lanzado un mensaje positivo a nuestros pacientes? ¿Y si hemos estado lanzando un mensaje de miedo en negativo? El *marketing emocional* trabaja desde la base de que las emociones son contagiosas, así que mucha cautela a la hora de idear una campaña de comunicación basada en ellas.

Cuando uno lleva años dedicándose al estudio de las emociones y el Neuro-marketing, ya no puede dejar de analizar cualquier mensaje que escucha. He escuchado de ambas vertientes, un ejemplo de buen uso es el que ha hecho el *Ohio Department of Health* (que por cierto ha multiplicado por 100 las visualizaciones de este spot

respecto a la media de su canal en Youtube ¿son virales las emociones o no?). Aunque a mí me preocupan especialmente aquellos que se han dado desde nuestro sector a la población general, no tanto aquellos que se quedan de puertas hacia adentro. El miedo es la emoción más potente a la hora de generar un cambio en el consumidor, porque está anclada a la parte más profunda de nuestro cerebro y al instinto de supervivencia. Si te fijas, en todas las campañas electorales hay un partido que la usa. Es altamente efectiva para provocar cambios. Y por eso mismo es muy complejo usarlo en beneficio de la marca (o del sector), ya que si se usa mal puede acabar en un alejamiento de nuestros pacientes durante muchos meses.

El marketing emocional trabaja desde la base de que las emociones son contagiosas, así que mucha cautela a la hora de idear una campaña de comunicación basada en ellas.

Cuidemos por favor lo que decimos de puertas para fuera, sin mentiras, con coherencia, pero no nos tiremos piedras a nuestro tejado, ni siquiera para conseguir prebendas de un Gobierno que nos tiene contra la pared. Fuimos hace años el punto de mira del mundo tras la aparición del SIDA, afrontamos el problema correctamente, adaptamos nuestros protocolos y podemos sentirnos muy orgullosos de cómo respondimos... y de cómo lo comunicamos. Hagamos hoy lo mismo, transmitamos la cara adecuada del mensaje: Estaremos preparados con todas las medidas de seguridad necesarias que nos recomienden desde las instituciones. Ya habrá dudas y discusiones entre nuestros representantes, microbiólogos, epidemiólogos, etc... para ponerse de acuerdo en las pautas a seguir, pero no traslademos esa cuestión a la población, entre otras cosas porque no están capacitados para saber cuál es la solución adecuada.

La estrategia de marketing emocional desencadenará una respuesta u otra en toda la población, y costará mucho revertirla una vez esté instaurada en el imaginario colectivo. Recordad que habrá un "día 1" de apertura de nuestras puertas, y que está más cerca que lejos. Preparémonos como toca, peleemos por nuestros derechos, pero transmitamos un mensaje de tranquilidad y confianza a la población.

SepaTV

El canal de la periodoncia,
la higiene y la salud bucal

Periodoncia cuando quieras, donde quieras

Descubre nuestras sesiones en diferido

www.sepatv.com

Sepa.

Periodoncia y
salud bucal
para todos

MASTER CLINIC ONLINE

Tratamiento no quirúrgico de la periimplantitis



Antonio Liñares



Leticia Caneiro

MASTER CLINIC ONLINE

Efectos de la preservación alveolar tras la extracción de un diente



Nerea Sánchez



Gustavo Ávila

MEET THE MENTOR

Consejos útiles para una revisión sistemática

Moderadora: **Bettina Alonso**

Elena
Figuera

Bettina
Alonso