

ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral

Volumen 9

Nº 44 septiembre-octubre 2020



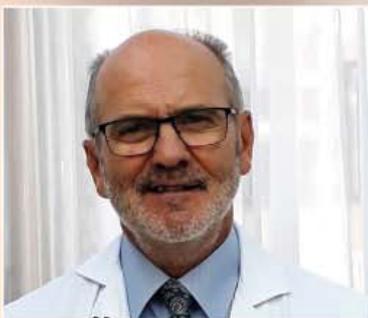
Antonio Luis Bujaldón Daza
Presidente SEPA

"La odontología española ha demostrado una alta capacidad de respuesta, y ha mostrado claramente que está suficientemente preparada para afrontar con eficacia y seguridad los obstáculos y riesgos que nos impone la pandemia"



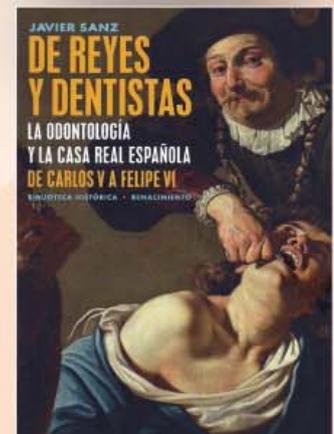
José María Sainz de Vicuña
Presidente SDV Elkarte

"Lo que a veces percibimos como una amenaza es una oportunidad que nos brinda la vida para empezar de nuevo y hacer las cosas de otra manera. En otras palabras, para reinventarnos"



Éxito del VIII Simposio Internacional Avances en Cáncer Oral

El Profesor Aguirre Urizar (PV/EHU) consigue reunir en una sala virtual a expertos de Europa y América, superando todas las expectativas de asistencia



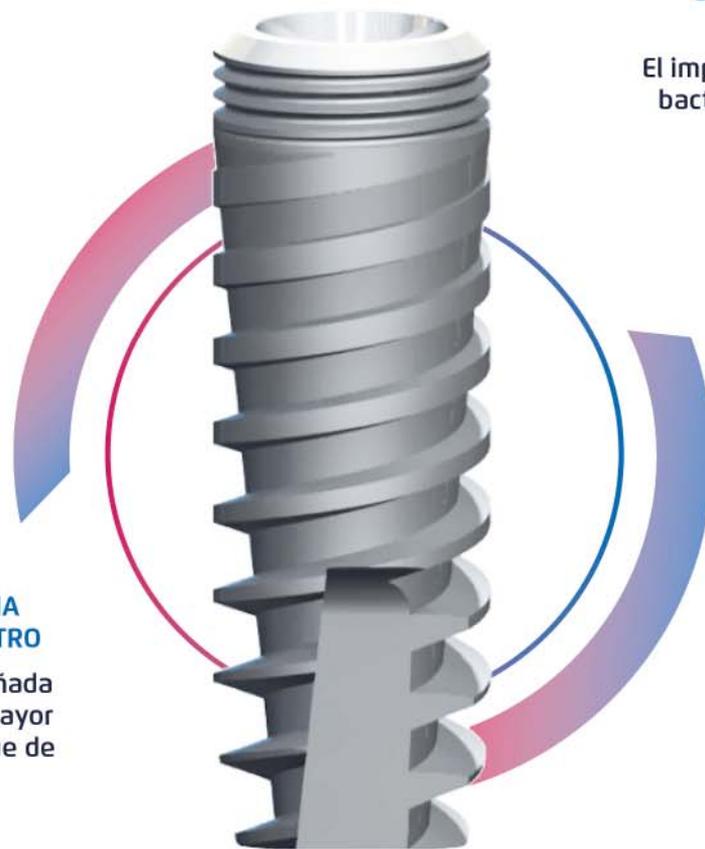
Nueva publicación de Sanz Serrulla

El único implante con evidencia científica de ser

EL IMPLANTE LIBRE DE FILTRACIÓN BACTERIANA(*)

Ampliación de gama: más soluciones para el hueso blando

Ticare Inhex Quattro 3,3 mm mini



ESTABILIDAD PRIMARIA DE TICARE INHEX QUATTRO

Está especialmente diseñada para hueso III y IV, con mayor progresividad en el torque de inserción

LA PREDICTIBILIDAD DE TICARE INHEX

El implante libre de filtración bacteriana con resultados probados clínica y científicamente a largo plazo

(*) Gracias a un proceso de fabricación y un control de calidad únicos

// Los grupos con torques de 20 y 30 Ncm mostraron que no existía filtración bacteriana en ningún momento del experimento. //

 gapZero
ticare



MICROFILTRACIÓN BACTERIANA EN LA CONEXIÓN IMPLANTE-PILAR, ESTUDIO IN VITRO. Larrucea C. et al. Clinical Implant Dentistry and Related Research 2018; 1-8.



Sumario

Editorial 05

Actualidad 06

- 🕒 eletrabajo en Odontología
- 🕒 Cuando nos llenamos la boca de populismo
- 🕒 La mejorable gestión de la pandemia
- 🕒 Los “milagros” de la Ortodoncia Exprés

Tribuna de salud pública. 14

- 🕒 Teletrabajo en Odontología
F. Javier Cortés Martinicorena

Actualidad 16

- 🕒 La epidemia inesperada
- 🕒 ÉXITO DEL VIII SIMPOSIO INTERNACIONAL AVANCES EN CANCER ORAL
- 🕒 El sello Amigos SEPES se amplía
- 🕒 SEPES Y AEDE
- 🕒 Los científicos reprochan al Gobierno la gestión del covid-19
- 🕒 Cuando el aislamiento físico acorta distancias

Entrevista 22

- 🕒 José María Sainz de Vicuña
- 🕒 Antonio Luis Bujaldón Daza

Ciencia y salud. 32

- 🕒 La redacción científica: como preparar un artículo para revistas de factor de impacto
- 🕒 Procedimientos de exploración y revisión en salud Oral (II)
- 🕒 Influencia de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento con implantes dentales. Revisión bibliográfica

Historia de la Odontología 46

- 🕒 La Odontología en la “Cirugía” de López de los Hinojosos
Javier Sanz

Espacio literario 53

- 🕒 De reyes y dentistas

Gestiona tu consulta. 54

- 🕒 La belleza y la comunicación como tándem de futuro en nuestro sector
- 🕒 Transformación Digital

Formación 59

- 🕒 Webinario Cómo aprender a prevenir la periimplantitis, 8 de octubre
- 🕒 La implantología a debate, jueves 15 de octubre

Empresas 61

- 🕒 NOTICIAS TICARE
- 🕒 NSK agradece la participación en la campaña #NSKHELPS
- 🕒 Máster en Odontología Familiar y Comunitaria. Universidad de Sevilla

EDITOR
Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:
Antonio Castaño Seiquer

COORDINACIÓN EDITORIAL Y WEB:
Patricia Puertolas
web@odontologosdehoy.com

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

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:
Ángel González Encinas
aencinas@artfacto.es

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5º Izq. • 28006 Madrid
info@odontologosdehoy.com
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X

No te pierdas ningún número de la revista.
Suscríbete y recíbela en tu e-mail.
Entra en *www.odontologosdehoy.com*

Distribución exclusiva a odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales

¡JUNTOS SON IMBATIBLES!

CALIDAD
IMBATIBLE

ECONOMÍA
IMBATIBLE

X-tra fil
Futurabond U

Restauración básica de “clase **X**-tra”

- **Imbatiblemente duradero:** soporta completamente las fuerzas masticatorias, excelentes propiedades físicas¹
- **Imbatiblemente fácil:** Color universal con efecto camaleón, bulk-fill 4 mm
- **Imbatiblemente rápido:** Tiempo de exposición de solo 10 segundos, tiempo de trabajo reducido en combinación con Futurabond U (adhesivo universal en la *SingleDose* higiénica)

¡Más de
13 mil.
de restauraciones
a escala
mundial!²



¹ Tiba A et al., Journal of American Dental Association, 144(10), 1182-1183, 2013.

² basado en cifras de ventas



Opinadores de todo, entendidos en nada

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Qué lamentable sensación de vivir en el país de la fantasía, y en su sentido más negativo.

Desde que el Covid-19 se instaló entre nosotros, sus dramáticas consecuencias son mucho más que esas guerras de cifras en las que se banaliza el número de infectados y más grave aún el de fallecidos, como si esto fuese un juego de ordenador, y esto es todo menos ficción.

Veo en la televisión a un ministro queriendo enseñarnos como ponernos la mascarilla y acabar con ella en el suelo, o a un consejero diciendo que, si uno infecta a cinco y estos a otros cinco cada uno, tenemos veinticinco infectados, vamos que seis más o menos les da igual, así salen las cuentas. Veinticinco mil muertos o treinta y uno mil no es lo mismo, son seis mil dramas humanos más, multiplicados por sus allegados en cuanto a número de personas.

Para informar de una pandemia nos sacan a un montón de uniformados, con todo mi respeto a estos servidores públicos, necesarios en otros ámbitos, pero quién les manda es tan ignorante que envía a la lucha informativa contra una pandemia a policías y militares. No han comprendido que el problema de base no es de "Orden público", es de "Salud pública".

El problema de base no es de "Orden público", es de "Salud pública"

La sensación que tengo es que nuestros políticos no han dado la talla, claro que eso ya me lo esperaba, en un país en el que para ocupar un espacio en una lista electoral prima más el pegar carteles y acudir a mítines, que los méritos académicos es de esperar. Porque lo escandaloso a efectos prácticos no es si después de hacer una licenciatura te regalaron el Máster o el Doctorado, lo escandaloso y patético es que, por sus conocimientos de geografía, gramática, matemáticas o leyes elementales de la física, a algunos parece que hasta el bachillerato les han regalado.

No es de extrañar que ahora planteen que, en los estudios de bachillerato, o como quieran llamarlos, se pase de curso y obtenga el certificado sin aprobar, es decir sin acreditar los conocimientos, si a ellos les ha ido tan bien con su ignorancia, qué necesidad hay, no comprenden que antes de aprender a multiplicar hay que saber sumar.

Ahora plantean habilitar para el ejercicio de la medicina o de la docencia a quién no lo está, todo da igual, ¿por qué antes no podía y ahora sí?

No hay nadie tan seguro de lo que hace como el ignorante.

"No hay nadie tan seguro de lo que hace como el ignorante"

Esto es un desprecio al conocimiento, donde los relegados a la hora de asesorarse han sido una vez más los que saben, mucho o poco, pero los que saben han sido ignorados y relegados.

Da igual lo que diga la comunidad científica, "el elegido por el pueblo he sido yo", brillante forma de entender el mandato de las urnas.

Pero en todo ese desastre uno se puede sentir orgulloso de pertenecer al colectivo odontológico, con independencia de las necesidades políticas a las que el presidente del Consejo nos tiene acostumbrados, que todo no puede ser perfecto, el conjunto de esta profesión ha sabido responder en tiempo y forma. Los Colegios en su conjunto y con especial impacto los más grandes como Madrid que consiguió batir récord de asistencia a su webinar sobre prevención en las consultas, los distintos protocolos que, desde instituciones colegiales, sociedades científicas, asociaciones e incluso a nivel individual se diseñaron, siguiendo los criterios del conocimiento científico, estuvieron disponibles en el primer mes del confinamiento, un ejemplo de organización, dedicación y trabajo. Colegios, sociedades científicas, asociaciones privadas de dentistas, casas comerciales y otros, se dedicaron en el confinamiento a trabajar ofertando conocimientos por internet. Nada comparable con esa imagen de improvisación en el último momento que vivimos en la enseñanza a la hora de reincorporarse a las aulas. ¿Dónde estuvieron los responsables políticos y esos sindicalistas entre el quince de marzo y el uno de septiembre?

Los dentistas han sabido mantener sus consultas como lugares seguros y esto empieza por saber escuchar a quienes saben, estudiar, trabajar, y no opinar desde la ignorancia.

Los dentistas han sabido mantener sus consultas como lugares seguros

Mientras los científicos piden una auditoría constructiva de la gestión de esta pandemia, los políticos se enzarzan en sus luchas de poder, y en vez de escuchar a quienes saben, acabamos en los tribunales.

Como digo, de la profesión odontológica si podemos estar satisfechos, solo ha destacado en negativo el de siempre, pero el resto ha dado la talla y se nota.

Teletrabajo en Odontología

Josep M. Ustrell Torrent

Director de la Escuela de Odontología

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona



Aquellos que estamos pasando el testigo a los que se gradúan en odontología tenemos la obligación de hacer memoria histórica para que se comprenda la evolución de una profesión empírica que, actualmente, ocupa un lugar de privilegio, ganado a pulso, dentro de las ciencias de la salud.

Siendo ancestral como la propia medicina, la odontología tuvo que sobresalir para demostrar que también la boca y los dientes son parte muy importante de las patologías que afectan al ser humano, aunque no se le atribuía como a la medicina, el poder sobre la salud y la vida.

La odontología empieza a tener interés por salir de la fase experimental con su incorporación a los estudios que se impartían en los Reales Colegios de Cirugía, donde se podía obtener la titulación de “Sangrador”. Ello ocurría en 1764 y durante todo el siglo XIX este oficio y arte fue ascendiendo progresivamente en el aprendizaje y el conocimiento. En 1843 el título fue de “Cirujano Práctico en el Arte de Curar”; en 1846 fue “Flebotomiano-Ministrante”; en 1857 fue “Practicante” y en 1875 fue “Cirujano Dentista”. Es en el siglo XX cuando, en 1901 y ya con la incorporación de la mujer, se obtiene la titulación de “Odontología”; en 1948 la de “Estomatología” y, en 1986, de nuevo la de “Odontología”.

Este ascenso supuso llegar a la Universidad por méritos propios y, a partir de este momento, en Odontología se aprende todo lo concerniente a la fisiología del cuerpo humano y las patologías que pueden afectarle, llegando a la interdisciplinariedad con todas las áreas de las ciencias de la salud.

Cuarenta años atrás, los que conocimos la odontología sin mucha prevención, hemos podido asistir, activamente, a la incorporación progresiva de las medidas higiénicas en salud, como los guantes, las mascarillas, los gorros, los pijamas, las batas quirúrgicas, los sistemas de aspiración, entre otros.

Hasta este momento hemos dejado atrás los instrumentos propios de museo, como la jeringa Yutil, por poner un ejemplo, y hemos llegado a incorporar los implantes que en ortopedia ya se utilizaban desde los años 70 del siglo pasado, pero también, en estos años, la profesión ha tenido de cohabitar con múltiples virus, como el de la Gripe A, de la Hepatitis, de la SIDA, del Ébola o el actual de la COVID-19. La diferencia, esta vez, es que la epidemia ha venido para quedarse y cambiar el mundo, sus hábitos y costumbres. Unos cambios que van a hacerse permanentes y mal no está, pero sentiremos añoranza de las costumbres.

El/la dentista que trabajaba de una forma muy próxima al paciente, se ha convertido en un/a profesional con “barreras” que, si son físicas son comprensibles, aunque molestas, pero si

son de interacción social podrían ser un desastre en la relación dentista-paciente y en el propio resultado de la resolución del problema.

Las condiciones de la práctica odontológica son similares a las de la cirugía en el quirófano, con evidentes diferencias y la salvedad temporal, las horas de trabajo bajo todas las medidas EPIs de protección legalizadas. Cuando Europa está cerca de sufrir una segunda ola de la pandemia, la profesión está preparada para resistir mejor y poder seguir con la atención a la población.

El profesorado universitario deberá asumir el rol de la formación en el nuevo escenario y organizar las prácticas clínicas según estas prevenciones, ello formará parte de una actitud ética en la interacción dentista-paciente. Pero nadie debe olvidar la figura del tutor/a, que tiene un papel fundamental para transmitir esta actitud además de la aptitud. Ahí entra la palabra teletrabajo o teleodontología, en nuestro caso, que la nueva situación social parece aceptar de forma sumisa. A nuestro entender ha de ser sólo un complemento, no una única forma de aprender una profesión, eminentemente práctica, que no actúa sobre máquinas sino en personas. En @CIDUI (2-7-20) se planteaba que “debemos repensar la presencialidad”.

La situación a la que hemos llegado por las consecuencias de la pandemia, afecta a muchos colectivos y en algunos casos con problemas muy graves. La universidad también padece la problemática y los alumnos sufren el cambio que ha supuesto la enseñanza presencial a la virtual. El profesorado hace todo lo que puede porque esta diferencia tenga las mínimas repercusiones posibles. A pesar de todo, hay aspectos que tendrán unas consecuencias graves, y me refiero al alumnado de los estudios de máster en especialidades clínicas.

La consecuencia más alarmante es la falta de práctica clínica que se ve disminuida por la reducción de lugares de trabajo, lo cual obligará a asistir a menos pacientes, y este inconveniente tardará tiempo en resolverse. Es por ello que hemos pensado en una posible solución.

La idea es que los alumnos, que ya son graduados en odontología, una vez hubiesen superado los tres años de máster deberían realizar una pasantía, de un tiempo a determinar, en la clínica de alguno de los profesores del área. Es el llamado Aprendizaje-Servicio (ApS), algo similar a los graduados en Derecho.

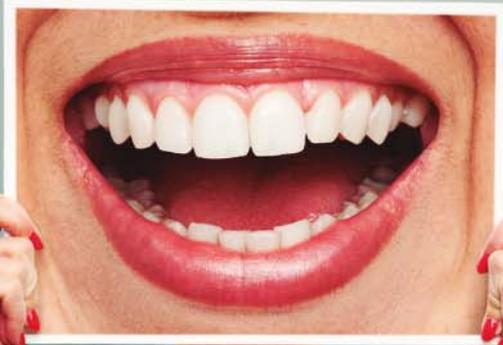
Los alumnos ya no dependerían de la universidad, pero sí deberían poder convalidar las horas externas para completar la carga de créditos que han de cumplir en el máster. El problema sería de tema contractual porque el responsable de la clínica debería contratar al alumno, para cumplir con la legislación laboral.

Lactoflora[®]

salud bucodental

SABOR MENTA

¿Problemas
dentales y
de encías?
¿Mal aliento?



CN: 180654.3

Probióticos

Vitamina
D₃

30
Comprimidos
para chupar
30 comprimidos
para chupar
con agradable
sabor a menta

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:



www.lactoflora.es



Our Mission - Your Health

Cuando nos llenamos la boca de populismo

Dr. Manuel Ribera Uribe

Jefe Área Preventiva Y Medicina Oral

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



Si, en estos tiempos de pandemia, levantarse cada día con buen espíritu ya es un ejercicio de optimismo, no es menos cierto que leer la prensa es un crédulo acto de fe en la humanidad. O, según se mire una cierta deriva masoquista no confesa.

En fin, hoy he desayunado con una noticia de la comisión de salud del Parlament de mi Comunidad Autónoma (podría serlo de cualquier otra). La opción política que lo apadrina, en coincidencia con otros grupos políticos, anuncia por boca de su diputada la propuesta de modificación de la cartera de prestaciones públicas en odontología haciéndola extensiva, para tratamientos de caries y preventivos, a todos los niños hasta los 14 años, personas vulnerables en riesgo de exclusión social y con diversidad funcional. Todo ello a desplegar en 5 años ,aunque quieren empezar ya, y con el añadido de que lo ampliarán a toda la población.

La ínclita diputada asegura que la existencia de un dentista público no es una “utopía” y sus socios en la propuesta se felicitan, aunque reconocen que es “muy difícil, con las competencias, recursos e infrafinanciamiento, hacer todo lo que querrían hacer”

He corrido raudo a consultar el diccionario de la RAE con la esperanza de que las últimas revisiones del mismo hubieran modificado la definición de “utopía”. Y no, sigue siendo “proyecto deseable pero irrealizable”. Para llegar a esa conclusión los promotores han consultado y citado en el Parlament a un numeroso grupo de profesionales y entidades que han trasladado, con toda certeza, su visión de lo que habría que hacer para mejorar la salud bucal de nuestra población. No sé en que habrán discrepado entre sí los consultados, pero puedo intuir que, entre otras cosas, en lo que sí habrán coincidido es en que para ello, además de voluntad política, hace falta financiación. Incluso, independientemente de que estuvieran o no de acuerdo con la propuesta, estoy seguro de que todos coincidían en que para hacer algo, para hacer cualquier cosa, lo que hace falta es dinero.

Y hete aquí, que ,llegadas estas fechas, cuando las elecciones se acercan, nuestros diputados han decidido que se puede vender la piel del oso antes de haberlo matado. La historia previa y cronificada de incumplimientos en materia de salud dental, la precariedad de los recursos destinados a la odontología, hasta el

momento, en nuestro país, en todo el país, la situación económica de la gente, administraciones y empresas, las limitaciones impuestas por la pandemia... Nada de eso ha impedido el brindis al sol de una buena parte de nuestros representantes públicos que han desarrollado una obsesiva fijación con la odontología. Se nos ha llenado la vida de gestos y mientras los recursos menguan, la lengua de algunos se hipertrofia de tanto como la mueven. ¡Mira que tenemos mala suerte los dentistas! Con tantas partes del cuerpo en las que se les podría meter el populismo han ido a escoger la boca. Nuestro sistema público está colapsado, la atención primaria odontológica está olvidada y en general hay sobrecarga y falta de recursos, de personal, de inversiones. Además, ahora mismo, toda la energía está concentrada en paliar la situación generada por el virus pese a que tenemos carencias en vivienda, en dependencia, en nutrición (¿para cuándo una red de supermercados públicos que palién las deficiencias nutricionales de nuestros ciudadanos?).

¿De verdad ustedes pueden creer que no es una utopía un dentista público haciendo todo eso y encima ahora, cuando nunca ha habido recursos ni organización coherente para hacer el ingente trabajo pendiente en odontología preventiva que cursa como asignatura pendiente de políticos de todas las orientaciones desde años ha?

Cuando Tomás Moro escribió su libro sobre la imaginaria isla de Utopía, de ahí el origen de la palabra, no sabía que finalmente el vocablo “utopía” se convertiría en una figura retórica, en un oxímoron en sí mismo que llenaría las bocas de los populistas. ¡Dios mío! ¿Por qué esa fijación con las bocas? Por un lado, dices una cosa y a la vez su contraria. Sería deseable... pero es irrealizable. Tan cerca de podemos y tan lejos de hacemos.

Se nos ha ido llenado la cabeza de canas a medida que se nos ha ido vaciando de esperanza en que la profesión asumiera el protagonismo que permitiera que, en materia de salud bucodental, los que se llenaran la boca de propuestas y en el peor de los casos, de utopías, al menos fueran dentistas. ¿Creen ustedes que alguien en la profesión podrá poner orden sosegado, equilibrado y coherente a todo esto? A lo mejor ustedes creen que unidos podemos. Personalmente tengo mis dudas.

ESPECIAL
COVID-19



antón
Suministros Dentales

KAVO
Dental Excellence

NSK



Consulta
nuestras
ofertas

www.antonsl.es



Pásate a los
multiplicadores
Menos aerosol,
evita riesgos

TU CLÍNICA
LIBRE DE VIRÚS
Y BACTERIAS



STERILAIR PRO



Dispositivo que **esteriliza** el aire, gracias a la acción de tubos UV-C, cuya propiedades contra virus, bacterias y hongos esta demostrada por numerosos estudios El aire se introduce en la cámara de esterilización del dispositivo que, por radiación, elimina toda la carga microbiana. Sencillo, silencioso y ergonómico.

- Flujo de 120 m3.
- **Tubos UV-C Phillips**
- Steril Air no limpia el aire, lo **esteriliza**

#todovaasalrbien

Contacta con nosotros



www.antonsl.es



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

La mejorable gestión de la pandemia

Javier Fernández Parra

Presidente del Colegio de Dentistas de Granada



Muchos de nosotros, como ciudadanos, hubiéramos deseado que las distintas administraciones estatales, autonómicas, locales y todos los partidos políticos, hubieran aunado esfuerzos en la peor crisis sanitaria y económica que, probablemente, muchos de nosotros viviremos. Ante la imposibilidad manifiesta e histórica de un gobierno de concentración hubiera sido, al menos, exigible que los distintos gobiernos de estas instituciones y sus máximos representantes favorecieran un clima de diálogo y canales de participación entre los que pueden aportar conocimiento y sobre todo aquellos que quisieran sentarse a trabajar. A partir de ahí la responsabilidad de construir es de todos. Por el contrario, sin favorecer canales de comunicación abiertos por quién tiene autoridad para ello, y sin el preceptivo debate; solicitar a los demás unidad de acción o apoyos incondicionales, sólo se puede entender como una imposición propia de otras épocas.

“...en estos momentos tan cruciales se hace necesario debatir y consensuar, entre todos, las políticas que se deben tomar desde el Consejo General...”

En nuestra profesión, siento reconocer que se ha cometido el mismo error. En esta crisis sanitaria el Presidente de nuestro Consejo General, el Dr. Oscar Castro Reino, no ha considerado necesario reunir a la Asamblea de Presidentes de forma extraordinaria limitándose a celebrar una única asamblea por obligación estatutaria en junio. Y ello, con independencia de que supiera oficialmente que había voces discrepantes con los documentos y los posicionamientos que se estaban realizando. Colegios que queríamos aportar nuestro punto de vista sobre temas de suma importancia para nuestra profesión, como los protocolos o las pruebas diagnósticas del COVID-19. En una etapa tan dura y compleja no tener la necesidad de oír y nutrirse de las distintas opiniones y aportaciones de los Colegios define una forma de entender la organización, el poder y su propia función en las antípodas de la mía.

El tema de los protocolos, en el que reconozco que hay un grandísimo trabajo detrás y un despliegue de infografía muy acertado,

se hubiera solucionado fácilmente con un borrador previo a los Colegios para recibir sus aportaciones y enriquecer o modificar el documento. Por ejemplo, la definición de urgencias dentales, de asistencia odontológica urgente o algunas cuestiones incluidas en los planes estratégicos.

El tema de los test es más complejo y profundo y, desde mi punto de vista y así lo he defendido internamente, la actuación del Ejecutivo extremadamente preocupante.

En primer lugar, porque no se defendió desde principios de Abril la posibilidad de prescribir por parte de los odontólogos la prueba PCR como facultativos que somos. Mientras otros consejos profesionales como el de Enfermería lo solicitaba, desde nuestro Consejo General se remitía a los Colegios un informe que diferenciaba entre los médicos estomatólogos que sí podían y los odontólogos que no. La presión de algunos Colegios, en mi caso realicé un contrainforme que remití a todos los miembros de la asamblea y el propio debate en Asamblea, consiguió cambiar la posición del Ejecutivo y hacer la pertinente consulta al Ministerio. La historia de la venopunción se repetía. La misma negativa a los odontólogos desde nuestro propio Ejecutivo, las mismas absurdas razones y, una vez consultada la administración, la misma respuesta: los odontólogos están facultados.

En cuanto a la segunda cuestión, la posibilidad de realizar en clínica pruebas rápidas, el Consejo se posicionó en abril, de nuevo sin debate ni consulta a los Colegios y, lo que es peor sin ninguna necesidad. Creo sinceramente que el tiempo, con los test nuevos que se están comercializando de antígenos dirigidos a los profesionales sanitarios y los de anticuerpos realizados con muestra de saliva, está dando la razón a los numerosos Colegios que defendíamos desde el minuto uno que debíamos, al menos, luchar por esa competencia. Hacer constante referencia desde el Ejecutivo en documentos públicos que la misma no está recogida en las atribuciones propias de los dentistas según la Ley 10/1986, además de absurdo por la cuestión temporal, nos hace ver que la lección de la venopunción donde el ejecutivo utilizó el mismo argumento para descartar a los odontólogos, no se aprendió. Que mientras los Enfermeros, los Farmacéuticos luchan por esta posibilidad y se ofrecen a la Administración nuestro Comité Ejecutivo decidió autodescartarnos. Y lo hizo desde

la ausencia de debate, sin diálogo pero con absoluta constancia que, muchos presidentes, no estaban de acuerdo con la postura del ejecutivo. Que mientras los higienistas y los protésicos intentan por todos medios ampliar sus atribuciones, nosotros nos autolimitamos.

El 23 de Abril escribí la primera carta, de varias, a los miembros de la Asamblea exponiendo esta sin razón y compartir un párrafo de la misma porque creo resume perfectamente el contenido de este artículo. *“A nadie se le escapa que el Ejecutivo ha sido elegido según nuestros estatutos. Pero en estos momentos tan cruciales se hace necesario debatir y consensuar, entre todos, las políticas que se deben tomar desde el Consejo General, sobre todo de aquellas que sobrepasan las acciones rutinarias y afectan de forma sustancial al conjunto de colegios y colegiación. Cualquier decisión “universal” debe partir del principio de participar en ella todos los Colegios y es al Presidente a quién compete convocarnos y sólo él el responsable de no hacerlo. No parece razonable pedir “a posteriori” solidaridad y compromiso al resto de presidentes cuando no se están utilizando los mecanismos plurales y oficiales de expresión recogidos en nuestra norma estatutaria, y tampoco se comparten las decisiones a tomar. El Ejecutivo no puede actuar a espaldas de la Asamblea durante toda la crisis, asumiendo en nombre de todo el colectivo posicionamientos normativos que nos afectan profundamente. Pongo por ejemplo, el tema de los test rápidos en las consultas que tanto me recuerda al de la “venopunción” donde la cabeza de nuestra organización decide pronunciarse y establecer nuestros límites de forma totalmente innecesaria y unilateral”.*

Mi sorpresa es recibir el día 30 de Septiembre una nota de prensa del Consejo, donde *el presidente de la Organización Colegial insta a Sanidad a que los más de 40.000 dentistas que hay en nuestro país puedan no solo prescribir las pruebas diagnósticas de detección del SARS-CoV-2, “sino que también podamos participar, como facultativos que somos, en la realización de las mismas, si se nos habilita por las autoridades competentes en aquellos casos que se requieran y siguiendo, en todo momento, sus instrucciones, convirtiéndonos en agentes importantes en la red del Sistema Nacional de Salud, dentro del programa de estrategias de prevención y detección precoz de la COVID-19”.* Utilizando el refranero español donde durante meses “dije digo ahora digo diego”. Lo peor de todo es que, por el encabezamiento del Ejecutivo, vamos meses tarde. Esta petición, realizada evidentemente de otra forma, tenía que haberse producido en Abril.

“El Ejecutivo no puede actuar a espaldas de la Asamblea durante toda la crisis, asumiendo en nombre de todo el colectivo posicionamientos normativos que nos afectan profundamente”

Mientras algunos Colegios decíamos que ese era el camino y pedíamos debate el Ejecutivo nos mandaba documentos como el titulado “Los test de Detección del Coronavirus. 10 preguntas y respuestas” de 23 de abril o un informe externo recibido el 1 de Junio a petición del Dr. Oscar Castro permitiéndonos su difusión.

Pero es que además la nota de prensa es otro ejemplo del excesivo autoprotagonismo que acostumbra a darse el Dr. Oscar Castro en detrimento de la propia Organización Colegial. De nuevo sin debate, sin consultar con los Colegios, sin informarnos previamente ni tan siquiera, de *motu proprio*, nos ofrece al Ministerio para labores de rastreo. Otra vez, cae en un profundo error y, bajo mi criterio, en una gran irresponsabilidad porque esas labores nada tienen que ver con nuestra formación ni con nuestra profesión y, por consiguiente, no tiene autoridad alguna para disponer de nuestras personas. El grado de colaboración de los dentistas con la sociedad y con las distintas administraciones antes y durante la pandemia está más que acreditado. Ni nosotros somos rastreadores, ni tenemos formación específica para ello, ni nuestras clínicas pueden asumir ese peso. Relacionar la situación laboral de algunos de nosotros, ya sean trabajadores afectados por un ERTE o autónomos que han tenido que suspender su actividad, con la disponibilidad de los mismos para ser rastreadores es sencillamente surrealista.

El Ejecutivo lleva dando palos de ciego desde que se declaró la pandemia. Sin criterios claros, dando tumbos como acabo de exponer sobre temas fundamentales y, lo que es peor, evitando la participación y el debate.

El Ejecutivo lleva dando palos de ciego desde que se declaró la pandemia

Los “milagros” de la Ortodoncia Exprés*

Enrique Jadad Bechara

Especialista en Rehabilitación Oral e investigador (Barranquilla, Colombia)

Fundador del Grupo Dignificar la Odontología

Director Científico de Helident Training Center



El Director Científico del centro de formación **Helident Training Center**, que ofrece cursos online y presenciales en Sevilla (España), comenta que los tratamientos “milagrosos” de ortodoncia y diseño de sonrisa que con frecuencia se ven en internet suelen tener consecuencias nefastas para la salud oral de los “clientes” que caen en estas cibertrampas.

Me encuentro plenamente identificado con mi colega y eminente profesor español, David Suárez Quintanilla, quien es una de las máximas autoridades de la Ortodoncia a nivel mundial y creador de la Técnica Straight Wire Low Friction. En uno de sus escritos, publicado en la Edición de Mayo de 2019 de Dental Tribune, el Dr. Suárez Quintanilla explica que el neuromarketing trata de influir en el cerebro del consumidor apelando a un comportamiento emocional, al que llama “un potentísimo motor en la toma de decisiones en ortodoncia y odontología cosmética”.

Una vez “tomé la pluma”, pensé en varios de mis escritos donde expresé mi preocupación por los odontólogos recién graduados y por aquellos que están cursando sus estudios sin saber qué les va a deparar el futuro en su profesión. Muchos piensan que la salida más segura es emplearse en esos emporios industriales llamados “clínicas low-cost”, empresas cuya única finalidad es tener mano de obra barata para lograr enormes dividendos que van a parar a las arcas de sus socios o dueños.

“Todos esos casos se pudieron haber manejado con ortodoncia tradicional, pero se le ha vendido a los pacientes la idea de solucionar sus requerimientos de manera rápida y fácil”

Continuaba con este dilema cuando vinieron a mi mente los miles de casos en los que se utilizan las redes sociales para atraer la atención de quienes navegan por ese mundo mágico del internet, que se ha vuelto una herramienta de neuromarketing poderosa y engañosa. En este universo digital, podemos ver “milagros” impensables, tratamientos con resultados “increíbles”, manejados con técnicas poco ortodoxas que nos dejan con la boca abierta y nos hacen sentir que estamos equivocados

al pensar que la odontología debe ser manejada con principios, responsabilidad, honestidad y ética.

Estos colegas cibernéticos que venden sus tratamientos como la última panacea, también han adoptado el rol de “influencers”; quieren que sus seguidores sepan sus hábitos, gustos por marcas de ropa, zapatos, autos. Estos personajes comparten además fotografías de cómo atienden sin bata de trabajo o tapabocas a sus pacientes, de las miles de carillas que le instalan a sus pacientes sin necesitarlas.

Ante toda esta avalancha de ciberdesinformación, los pacientes confían su salud oral a aquellos que tienen más seguidores en Facebook o Instagram, usen guantes negros, batas tipo esmoquin, que tengan vallas publicitarias en vías principales de sus ciudades, cortes de cabello especiales y que dentro de su especialidad se encuentre el Diseño de sonrisa.

Varios de estos colegas, aparte de auto proclamarse “especialistas”, promocionan una novedosa técnica para alinear los dientes en tiempo récord, manejan la biología y la fisiología a las mil maravillas o manipulan genéticamente células como los resino-blastos y los acrilocitos, que permiten la migración dental en 3D de una manera milagrosa.

Con la implementación de manejos basados en carillas, han llegado a “corregir” malposiciones o incluso defectos esqueléticos tipo mordidas abiertas. La gran ventaja de esta “técnica” es que los movimientos dentales para alcanzar la estética deseada se logran en minutos con tan solo enchapar los dientes con resinas. Lo triste es que está desplazando a un segundo plano a la ortodoncia.

Como esta pandemia ha logrado sumar adeptos en toda América Latina y Estados Unidos, considero que es hora de ponerle nombre, que propongo se debe llamar OrtoResina Carilla Exprés, procedimiento candidato al Premio Nobel de Medicina.



Foto: Daniel Frank/Unsplash

Con mis propios ojos he visto casos de mordida abierta anterior, dientes vestibularizados casos en los que el “antes” nos deja ver mamelones intactos en los incisivos. Vuelvo y miro con atención y pienso que las fotos que postean orgullosos en las redes sociales deberían decir más bien “Antes” y “Peor que antes”. No puedo expresar más que es un crimen lo que se le hace a los pacientes.

Todos esos casos de Ortodoncia Exprés se pudieron haber manejado con ortodoncia tradicional, pero se le ha vendido a los pacientes la idea de darles solución a sus requerimientos de manera rápida y fácil. Al final del tratamiento de ortodoncia hubiese sido posible mejorar la estética apoyados en una gingivoplastia, bordes incisales en resinas y posiblemente un aclaramiento dental racional, con resultados estéticos fabulosos y sin sacrificar una sola micra de esmalte dental.

El tema es que muchos odontólogos se encuentran dedicados a hacer carillas cuando no se necesitan. Cuando expresamos esto en congresos o medios de comunicación, dicen que estamos hablando mal de ellos. Lo cierto es que solamente estamos haciendo reflexiones ante casos de manejos aberrantes que se deben frenar o penalizar.

Es obvio que hay profesionales que preservan la salud periodontal y son unos artistas armando las carillas. Pero también es cierto que el odontólogo de hoy, influenciado por la publicidad y empeñado en “vender salud”, convierte al paciente en un cliente potencial para convencerlo de “comprar” el diseño de sonrisa o cualquier otro “producto”, como si se tratara de un supermercado y de cebollas o tomates.

Los usuarios tienen que empezar a cambiar esos erróneos estándares de belleza que se les han incrustado en las mentes.

Cánones de “belleza” que incluyen tener unos dientes opuestos a lo que la naturaleza nos dio. Los medios se encargan de mostrar que ese tipo de sonrisa es hermoso y que los artistas, cantantes, futbolistas —todos los nuevos ídolos de esta generación narcisista—, tienen estos “bellos” dientes. Los pacientes, por ignorancia o desinformación, anteponen la “estética” a la salud y acuden a un odontólogo sin ética a hacerse tratamientos en muchos de casos innecesarios.

Pienso que las fotos que postean orgullosos en las redes sociales deberían decir más bien “Antes” y “Peor que antes”

El otro lado de esta telenovela es que el odontólogo tiene la total seguridad que éste será un paciente recurrente y una fuente de ingresos a futuro, ya que los efectos adversos de estos manejos irresponsables y dolosos van a necesitar de reparaciones permanentes debido a fracturas o desprendimiento de carillas, presencia de caries recurrente o recidivantes, aparición de enfermedad periodontal, entre otras patologías.

Es muy triste querer mejorar una condición estética para aumentar la autoestima cuando no se necesita; esos pacientes lo que necesitan en realidad es un psicólogo, no alguien sin principios que se aproveche de ellos y les “venda” un tratamiento estético “milagroso”.

Lástima es lo que siento por esta odontología mercantilista, que está destruyendo la salud dental de miles de personas con total impunidad.

*Este artículo fue publicado originalmente en Dental Tribune Latinoamérica y se reproduce con permiso de dicha publicación.

La epidemia inesperada

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



Quien haya leído la obra de Albert Camus titulada *La peste* puede recordar aquella frase que dice: “Las peores epidemias no son las biológicas. La peores son la morales”. Tras una crisis de las proporciones que vivimos producida por el coronavirus SARS-COV-2 necesitaremos rearmarnos moralmente. Como servicio de salud, los dentistas acusamos también la necesidad de adaptarnos a esta nueva situación que ha modificado sustancialmente nuestra forma de trabajar. Esta crisis nos ha introducido ya algunos hábitos de trabajo que son absolutamente necesarios. Y hay que reconocerlo, decirlo claramente, trabajar en las condiciones en que necesitamos hacerlo ahora resultan penosas por las barreras que nos vemos obligados a utilizar para evitar la transmisión del virus. Una transmisión que, por otra parte, nos dice la epidemiología, es inevitable y hasta cierto punto necesaria para obtener una inmunidad comunitaria. La gravedad, como sabemos, no está en la enfermedad en sí misma que en una gran mayoría cursa con síntomas leves pero que, sin embargo y en el otro lado de la balanza, adquiere en determinadas personas una gravedad que puede llevar a la muerte. La verdadera gravedad de esta epidemia está, como sabemos, en la posibilidad que tiene de colapsar el sistema de atención sanitaria si se da una transmisión descontrolada. Este desbordamiento lleva a la desatención de otras enfermedades que no pueden ser relegadas.

La verdadera gravedad de esta epidemia está, como sabemos, en la posibilidad que tiene de colapsar el sistema de atención sanitaria si se da una transmisión descontrolada

Este virus no ha llegado sin más, así como por mala suerte. Como toda epidemia es el resultado de la interacción de fenómenos biológicos, sociales, y económicos; a lo que últimamente

se añade el factor ecológico, de alteración del medio ambiente y cambio climático. Alguien dijo que las catástrofes siempre salen de alguna parte, tienen su propia historia. Hay una interdependencia de las crisis. La globalización del mundo actual, la gran movilidad de la población que traspasa fronteras continua y rápidamente nos hace más vulnerables. Como dicen J. Padilla y P. Gullón en su reciente libro *Epidemiocracia* (Capitán Swing, Ed.), “Las epidemias no son fenómenos aleatorios sin historia natural ni causalidad, sino que hunden sus raíces en los sistemas políticos, la estructura de las sociedades, las prácticas de la economía o el medio ambiente.”

“Las peores epidemias no son las biológicas. La peores son la morales”.
Albert Camus (La Peste)

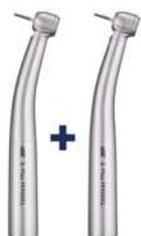
Las epidemias se han sucedido a lo largo de la historia de la humanidad. Seguirán sucediendo y vendrán otras nuevas, inevitables, pero que nos desarbolan por inesperadas. No son una cuestión que atañe solo al sistema de salud, sino que es toda la sociedad en su conjunto la que pone las condiciones para que aparezcan. Uno de los grandes avances de la ciencia, y de la ciencia médica en particular, se dio en el siglo diecinueve cuando se establece la relación entre condiciones sociales y salud. El avance contra muchas enfermedades infecciosas no salió solo de los laboratorios, del descubrimiento de los patógenos, su vacuna y su tratamiento farmacológico. El verdadero avance vino de la mejora de las condiciones de vida de la población.

Estas epidemias, como todas las anteriores, no son impensables pero sí nos resultan inesperadas. Lamentablemente debemos esperar que en el futuro se produzcan otras. Pero nos ofrecen la oportunidad de parar, y pensar en nuestro modo de vida sobre este planeta.

S-Max M

S-Max M

Oferta Especial: **2** Rotatorios Serie M del mismo modelo



799€*
~~1.900€*~~

MODELO **M900KL** REF. P1258

- Turbina de Acero Inoxidable
- POTENCIA 26W
- Conexión KaVo® MULTiflex®
- Con Luz
- Sistema de Cabezal Limpio (Anti-Retorno)
- Spray Quattro
- Velocidad: 325.000~430.000 min⁻¹
- **2 AÑOS** de Garantía



749€*
~~1.694€*~~

MODELO **M900L** REF. P1254

- Turbina de Acero Inoxidable
- POTENCIA 26W
- Conexión NSK
- Con Luz
- Sistema de Cabezal Limpio (Anti-Retorno)
- Spray Quattro
- Velocidad: 325.000~430.000 min⁻¹
- **2 AÑOS** de Garantía



NUEVO



599€*
~~1.244€*~~

MODELO **M25** REF. C1027

- Contra-Ángulo de Acero Inoxidable
- Velocidad Directa 1:1
- Sin Luz
- Sistema de Cabezal Limpio (Anti-Retorno)
- Spray Simple
- Velocidad Máxima: 40.000 min⁻¹
- Para fresas CA (ø2,35)
- **2 AÑOS** de Garantía

799€*
~~1.650€*~~

MODELO **M25L**
REF. C1024

- Con Luz



799€*
~~1.656€*~~

MODELO **M95** REF. C1026

- Contra-Ángulo de Acero Inoxidable
- Multiplicador 1:5
- Sin Luz
- Sistema de Cabezal Limpio (Anti-Retorno)
- Spray Quattro
- Velocidad Máxima: 200.000 min⁻¹
- Para fresas FG (ø1,6)
- **2 AÑOS** de Garantía

999€*
~~2.192€*~~

MODELO **M95L**
REF. C1023

- Con Luz

KaVo® y MULTiflex LUX® son marcas registradas de Kaltenbach & Voigt GmbH & Co. Alemania

* Los precios no incluyen IVA • Oferta limitada hasta el 31 de diciembre de 2020 o hasta el fin de existencias

ÉXITO DEL VIII SIMPOSIO INTERNACIONAL AVANCES EN CANCER ORAL

El Profesor Aguirre Urizar (PV/EHU) consigue reunir en una sala virtual a expertos de Europa y América, superando todas las expectativas de asistencia

A. de Juan Galíndez



Simposio Avances en Cáncer Oral 2020 desde Bilbao. ¿Te lo perdiste?... ¡Te lo contamos!

- El 24 al 25 de septiembre y desde Bilbao se ha celebrado una reunión científica de primer orden en cuanto a SALUD, dado que el tema actualmente se considera una enfermedad en alza.
- Bajo el patrocinio de la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO), la Sociedad Española de Cirugía Bucal y la Academia Iberoamericana de patología bucal, bajo la cobertura nuestra Universidad del País Vasco UPV-EHU y de forma bianual como siempre por impulso del Prof. José Manuel Aguirre Urizar ha tenido lugar este evento científico ya considerado de referencia mundial.

Con una participación internacional de primer orden ya que intervinieron profesionales de 25 países, el presidente del Comité Organizador **Dr. J.M. Aguirre Urizar** y del Comité Científico, **Dr. Guillermo Quindos Andrés**, han orquestado un conjunto de profesionales internacionales a fin de conseguir el nivel calidad que pudiera interesar y sirviera de altavoz para difundir el mensaje de la responsabilidad que tiene la Odontología de velar por el control de esta enfermedad, el Cáncer Oral.

Es muy importante y merece la pena destacar el apoyo de casas comerciales e industria como en este caso empresas como **Ticare, Isdin, Strauman, Biocosmetics Laboratoies, Suministros Dentales Antón SL, SDPOMF (Servicio Diagnostico de Patología Oral y Maxilofacial) y la revista especializada 'Odontólogos de hoy'** que gracias a su aportación permiten que eventos como estos puedan realizarse, demostrando que están comprometidos con la salud de nuestra sociedad, más allá de intereses comerciales.

Este año y por primera vez, dadas las circunstancias sanitarias se optó por un modelo de simposio online, que no ha limitado, para nada el nivel del interés científico que suscita bianualmente esta reunión llegando a un número de participantes inscritos superior a años anteriores. Tampoco se ha visto afectada la transmisión del mensaje sanitario que persigue el evento, que no es otro que estar en la vanguardia mundial de las tendencias de control y tratamiento de esta importantísima enfermedad. Transmitiendo y reivindicando la responsabilidad que debemos exigir a la Odontología en su conocimiento.

VIII Simposio Internacional / VIII International Symposium
AVANCES EN CANCER ORAL


UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO
UPV EHU

NAZIOARTERKO
BIRANTASUN
KAMPUSA
CHAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL

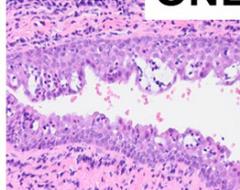
ADVANCES IN ORAL CANCER

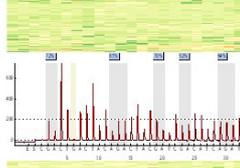
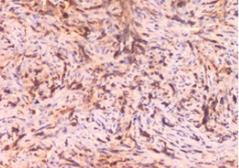
Departamento de Estomatología II


SEMO


SECIB

ONLINE







24-25 Septiembre 2020

Información: secretaria@simposiocanceroral.com



La Secretaria Técnica, al **Grupo Meraki – Eventos con Alma S.L.** que dirige Marta Ventura, con imaginación, innovación y buen hacer, consiguió que el funcionamiento técnico estuviese a la altura del evento.

Programa

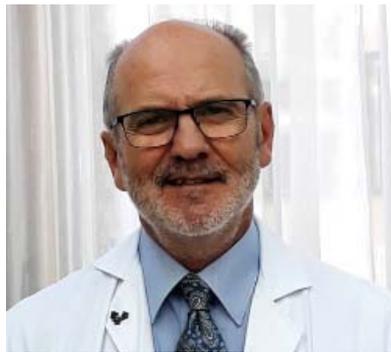
Se optó por una estructura lineal e imaginativa, en la que se fue secuenciando en el tiempo, a modo de capítulos de un libro, una estructura de conferencias sucesivas en un total de nueve, distribuidas en bloques por temas afines. Conferencias cortas, con su tiempo para debate, intercaladas con sesiones prácticas como Talleres y las ya tradicionales Sesiones Clínico-Patológicas, marca “de la casa”. Eligiendo un horario que ha permitido el seguimiento internacional dadas las diferencias horarias en los distintos países.

La participación internacional de profesores ponentes de categoría, **W. Delgado, A. Mosqueda, Isaïc Van der Waal, Oslei Paes de Almeida, Manoela Dominges, Helder Pontes, María G. Doná, Felipe Fonseca, M.A. González Moles, Marco Carrozzo, Saman Warnakulasuriya, Andrea Coroli, Rocío Cere-ro, Fabio Alves, Gabriela Anaya, Fabio R. Pires, Ciro Dantas, Ronell Bologna, Ana V. Ortega, Helder Pontes...** pone esta reunión a la cabeza de los eventos científicos en patología médica, siendo una oportunidad única a la hora de recibir información actualizada de primer orden.

Primera jornada jueves 24

Interesante el **Taller de Diagnostico Diferencial de las lesiones Hiperplásicas**, con que se abrió “el fuego”. Donde el **Dr. Felipe Fonseca** desgranó las características clínicas de las distintas entidades de hiperplasias papilares, la importancia semiológica de que sean únicas o múltiples y su correlación histopatológica, su relación con los distintos tipos de VPH, así como su correlación ambiental. Me gustó la referencia al profesor **Dr. Roman Carlos** por ser, además un amigo, un referente y pionero, creador de escuela en la patología oral internacional.

En la primera conferencia el **Dr. Andre Caróli** abordó no ya de la idoneidad o no de la rehabilitación con implantes en pacientes tratados de cáncer oral, si



J.M. Aguirre

no de los problemas y de las contraindicaciones del uso de estos en estos pacientes en relación con los tratamientos a los que han sido sometidos. A saber: radioterapia, quimioterapia, cirugías radicales etc. Como norma general habrá que esperar dos años tras radioterapia y evitar las cargas inmediatas. Destacando la importancia de la monitorización periódica de estos pacientes donde las recidivas y las osteorradionecrosis son especialmente frecuentes.

Me encantó escuchar al **Dr. Fabio Ramoa Pires**, un amigo, su interesante conferencia sobre los Sarcomas orales. Abarcan gran variedad de estirpes, tantas como tipos de tejidos hay en la boca. Por infrecuentes no deja ser muy importante, ya que para llegar a su diagnóstico hay que pensar en ellos, el diagnóstico precoz o la demora en el mismo cobra una relevancia especial a la hora de conseguir buenos resultados. Como dato a destacar su incidencia en pacientes relativamente jóvenes.

En la tercera conferencia el **Dr. M Carrozzo** habló de los TCT's (targeted cancer therapies), esto es los tratamientos que actualmente se están usando para bloquear el desarrollo de distintos canceres diagnosticados en pacientes, como en el cáncer de mama, próstata, leucemias u otros canceres metastásicos... Estos tratamientos convierten estas enfermedades en crónicas y se usan en este tipo de terapias de una forma generalizada y largo tiempo, apareciendo efectos secundarios, toxicidades y alteraciones tróficas a nivel de la mucosa oral. Es típico con fármacos como Vemurafenif, Imatinid, Palbociclib, Rapamycin, etc. Pudiendo producir tinciones de aspecto melánico, placas leucoplásicas liquenoides, penfigoides e incluso erosiones o aftas. De aquí la importancia de los antecedentes médicos en

la historia Clínica, que nos va a dar la pista principal para poder manejar a estos pacientes.

En la cuarta conferencia la **Dra. María G. Doná** desarrollo uno de los temas más novedosos en la actualidad por la implicación que se está viendo de la infección del VPH en la génesis del cáncer orofaríngeo. Aumentando de forma característica en Varones jóvenes. Actualmente a los factores de riesgo clásicos tabaco, alcohol e higiene hay que asociar otros como el tipo de microbioma e infección persistente de diversos genotipos de VPH y en relación con hábitos sexuales.





En la quinta el **Dr. Saman Warnakulasuriya** amplió esta relación y el papel de los microbios... bien como “comensales” o bien como carcinogénicos en el cáncer Oral. Concluyendo que esto va a depender en el tipo de cáncer y su evolución.

Para finalizar la primera jornada se dio paso a las **comunicaciones científicas seleccionadas**, destacando el alto nivel de calidad en lo presentado, el interés que existe en la comunidad científica por encontrar factores moleculares bioquímicos o genéticos que puedan predecir la evolución del cáncer oral. Y por actual, destaco los estudios presentados sobre la influencia negativa de la pandemia y las medidas de confinamiento en el manejo y diagnóstico de esta patología con el perjuicio en el pronóstico de la evolución en los pacientes.

Segunda Jornada Viernes 25

Se retomó el simposio con la segunda sesión de Comunicaciones de los posters seleccionados, moderado en este caso por el **Dr. Andrés Blanco**. En general se presentan trabajos muy académicos y técnicos con investigaciones interesantes en cuanto a marcadores pronósticos interesantes. Destaco el estudio de la **Dra. Vladimira Radochova** que relaciona las lesiones de enfermedad liquenoide oral con el desarrollo de posterior del Carcinoma de Células Escamosas.

Muy de este simposio, de las reuniones de SEMO, SECIB como AIPMB, que les da una peculiaridad excepcional, son las **Sesiones Clinicopatológicas**, los doctores **Abel García** y **Francisco Cardona** moderaron las dos sesiones en la que distintos “discutidores”, **Ciro Dantas**, **Ronell Bolonga**, **Manoela Dominges**, **Ana V Ortega**, **Helder Pontes**, **Grabiela Anaya**, **Fabio Alves**, **Wilson Delgado** presentaron distintas situaciones patológicas en pacientes desgranando las claves a fin de conseguir llegar un diagnóstico, correlacionando los aspectos clínicos (**Historia Clínica**) con el estudio histopatológico. Destaco en este bloque la presentación de la **Dra. M Dominges** por su “llamada de atención” para identificar lesiones orales en la práctica clínica diaria en relación con enfermedades infecciosas como por ejemplo VIH, que puedan estar latentes en la sociedad y que periódicamente se hacen emergentes. Y el caso presentado por **Dr. F Alves** don-

de se presenta una típica tumoración en zona vestibular periradicular a premolares, pero donde los datos clínicos no concuerdan con lo más frecuente (absceso odontogénico) y como para poder llegar al diagnóstico hay que pensar en otras posibilidades.

La sexta conferencia a cargo de la **Dra. Rocío Cerero** mantuvo el interés, dado que la Leucoplasia Verrucosa Proliferativa es de las DOPM (desórdenes orales potencialmente malignos) la que con más frecuencia desemboca en COCE (Carcinoma Oral de Células Escamosas) en un 20% de pacientes más de uno y de forma sucesiva. No existiendo hoy en día marcadores que predigan la malignización.

En la séptima el **Dr. Adalberto Mosqueda** abordó la controversia de la transformación maligna de los quistes Odontogénicos. Donde por definición es posible la transformación del epitelio quístico en Carcinomas escamoso, carcinoma intraóseo primario. Pero que en la práctica es difícil de evidenciar esta correlación.

Me ha gustado mucho el **Dr. Miguel A. González Moles** en la anteúltima conferencia hablando sobre los factores clínico patológicos de la transformación maligna del LPO (liquen plano oral), poniendo el acento en la importante prevalencia del LPO y las tasas de transformación, diferenciando con las lesiones orales liquenoides. Así como sus diferencias en cuanto a tasas de transformación maligna. Poniendo el énfasis en el seguimiento clínico de los pacientes con este tipo de lesiones consideradas DOPM.

Como “traca final” se contó con el **Prof. Isaác van der Vaal** hablando sobre la importancia negativa del retraso en el diagnóstico de los Sarcoma en los maxilares. Tema que ya apunto el **Dr. Fabio R Pires**, poniendo el énfasis en que no por ser un poco frecuente, No podemos de dejar de tenerlo en cuenta cuando aparecen síntomas y signos habituales en las patologías típicas de la boca, pero que no nos cuadran del todo con las entidades que solemos ver habitualmente. El diagnóstico temprano o la no demora en el diagnóstico de los SARCOMAS es trascendental para el pronóstico de estos pacientes.

Sinceramente, os animo a que la próxima oportunidad que podáis asistir a un evento de medicina, cirugía o patología oral no os lo perdáis. Permite al odontólogo experimentar una de las percepciones más agradables para un profesional en este campo: sentir que con esto que hacemos nos merecemos ser considerados como verdaderos componentes de una profesión ligada a las CIENCIAS DE LA SALUD.

Este simposio vuelve a marcar un hito, superando las trabas que nos produce la situación pandémica, demuestra que somos capaces de superar los retos que se nos vayan planteando. Existe vida más allá de la COVID-19 y nuestra profesión es de las mejor preparadas para seguir trabajando en salud.

El sello Amigos SEPES se amplía

SEPES y la Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile firman un convenio de cooperación bajo el sello Amigos SEPES. Este acuerdo obedece al deseo de ambas sociedades de establecer vínculos para el intercambio científico en las materias que les son propias y que comparten, como son la prótesis y la rehabilitación estética; así como expandir sus objetivos y compartir la filosofía de calidad y hermanamiento docente a nivel nacional e internacional.



**SOCIEDAD
DE PRÓTESIS Y
REHABILITACIÓN
ORAL DE
CHILE**

SEPES Y AEDE

Bajo el lema “Sinergia Endo-Prosto. Restaurar y rehabilitar: volviendo a las raíces”, la Asociación Española de Endodoncia (AEDE) y la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES) celebrarán de forma online los días 20 y 21 de noviembre el I Fórum Internacional de Endodoncia y Prótesis (FORIEP), con el objetivo de fomentar el debate sobre ambas disciplinas entre los profesionales de la odontología. El encuentro, de un marcado carácter interdisciplinar, dará la oportunidad a los asistentes de intervenir con sus preguntas y participar en las encuestas interactivas que se plantearán en directo.



SEPES presenta su próximo congreso 2021 que se celebrará en Madrid del 9 al 11 de octubre bajo el lema:

**“Por un paciente
feliz”**



9 - 11 de octubre
SEPES
50º Congreso Anual
Madrid 2021
Por un paciente feliz

Los científicos reprochan al Gobierno la gestión del covid-19

Los expertos reprochan una vez más al gobierno la gestión de la pandemia por Covid-19 e insisten en que se haga una auditoría de su gestión, y recuerda que la O.M.S. ha aceptado esa revisión.

Piden que los evaluadores no tengan vínculos con el Gobierno. Manifiestan que se reacciono de forma tardía por parte del gobierno y las comunidades autónomas.

La carta está firmada por: Alberto García Basteiro, Carlos Álvarez-Dardet, Alex Arenas, Rafael Bengoa, Carme Borrell, Margarita del Val, Montse Gea-Sánchez, Juan Jesús Gestal, Beatriz González López de Valcárcel, Ildfonso Hernández, Joan Carles March, José M. Martínez Moreno, Clara Menéndez, Sergio Minué, Carles Muntaner, Miquel Porta, Daniel Prieto-Alhambra, Carmen Vives Cases y Helena Legido-Quigley.

En la carta publicada en "The Lancet", ponen de manifiesto que:

La Covid-19 ha golpeado fuertemente a España, con más de 300.000 casos, 28498 muertes confirmadas, y alrededor de 44.000 personas de exceso de mortalidad, hasta el 4 de agosto.

Más de 50.000 trabajadores de la salud han sido infectados y casi 20.000 muertes ocurrieron en residencias de ancianos. Con una población de 47 millones, datos que sitúan a España entre los países más afectados.

Teniendo en cuenta que España tiene uno de los mejores sistemas de salud del mundo y ocupa el puesto número 15 en el índice Global Health Security.

Questionan, **¿cómo es posible que España ahora se encuentre en esta situación?**

Tras un análisis de la situación finalizan diciendo que:



Esta evaluación no debe concebirse como un instrumento para asignar culpas. Más bien, debe identificar áreas en las que la salud pública y el sistema de salud y asistencia social deben mejorarse.

Aunque este tipo de evaluación no es habitual en España, varias instituciones y países, como la OMS y Suecia, han aceptado la necesidad de esta revisión como un medio para aprender del pasado y prepararse para el futuro.

Alentamos al Gobierno Español a considerar esta evaluación como una oportunidad que podría conducir a una mejor preparación ante una pandemia, prevenir muertes prematuras y construir un sistema de salud resistente, con evidencia científica en su núcleo.

Cuando el aislamiento físico acorta distancias

Lima (Perú) y Salamanca (España) unidas

Claudio Peña Soto

*Director Académico de la Carrera de Estomatología/Odontología
Universidad Científica del Sur (Perú)*



El pasado 14 de septiembre, tuvo lugar la lectura de tesis por parte de Claudio Peña Soto en modalidad telemática, nuevo sistema establecido por la Universidad de Salamanca, debido al problema sanitario actual, con el objeto de evitar un perjuicio a aquellos que se encontraban en la culminación del proyecto investigador de su tesis doctoral.

Esta modalidad virtual, cumple con los mismos protocolos y trámites que la opción presencial, con la salvedad que se realiza todo el procedimiento por vía telemática; tanto la constitución del tribunal, el acto de defensa y la valoración de cada miembro del tribunal.

Dos circunstancias hay que resaltar, una general el hecho de hacerse por vía telemática y otra de gran interés fue la figura del nuevo doctor en España, que fue nada menos que el Profesor Claudio Peña Soto, Director Académico de la Carrera de Estomatología/Odontología de la Universidad Científica del Sur (Perú), miembro entre otras instituciones y sociedades de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología siendo miembro de su junta directiva.

El título de la tesis doctoral fue: "Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con labio y/o paladar fisurado atendidos por Operación

Sonrisa Perú 2006-2019" y estuvo dirigida por el Dr. Javier Flores Fraile profesor del departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina y gerente de la Clínica Odontológica de la Universidad de Salamanca.

El proyecto "Operación Sonrisa" reconocida organización sin fines de lucro ha cambiado la vida de más de seis mil pacientes a través de cirugías reconstructivas de labio fisurado y paladar hendido, de manera gratuita. Instaurada en 1999, Operación Sonrisa Perú (OSP) cumplió 20 años de ardua labor en el país. Durante este tiempo, han logrado cambiar la vida de más de seis mil pacientes, entre niños, jóvenes y adultos, quienes se vieron beneficiados con intervenciones quirúrgicas gratuitas.

Además de la intervención quirúrgica, la Organización se encarga de cubrir todos los tratamientos postoperatorios necesarios como terapias de lenguaje, procedimientos dentales, charlas nutricionales y tratamiento psicológico con la finalidad que los pacientes reciban una atención integral y se desarrollen con éxito durante su crecimiento. Es importante mencionar que, al igual que las intervenciones quirúrgicas, son totalmente gratis.



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

UNIVERSIDAD
CIENTÍFICA
DEL SUR

Hablamos con José María Sainz de Vicuña

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad Autónoma de Madrid, Máster in Business Administration (M.B.A.) por la London Business School (Universidad de Londres) y licenciado en CC. EE. y Empresariales por la Universidad de Deusto



Desde 1976, que inicia su actividad profesional y docente, ha ejercido cargos diversos en la universidad (secretario de facultad, director de departamento, director del Programa Máster y vicedecano) y en la empresa (director de marketing, director de marketing y cuentas, director de unidad de negocio, director general, miembro de diversos consejos de administración y presidente).

Como consultor de alta dirección, ha colaborado con numerosos gobiernos, organizaciones, instituciones y empresas multinacionales, nacionales y locales de todo tamaño. Y ha sido conferenciante habitual en foros empresariales.

Actualmente es presidente de SDV y de la asociación sin ánimo de lucro SDV Elkarte, miembro de la Junta Directiva del Orfeón Donostiarra y consejero de empresas.

Según la última declaración de titularidad de CEDRO, es autor de 77 libros. Entre ellos destacan: El plan de marketing en la práctica (23 ediciones); El plan estratégico en la práctica (5 ediciones); Alianzas estratégicas en la práctica; Plan de internacionalización de la pyme en la práctica; El plan de marketing en la pyme (3 ediciones); Innovar con éxito; Internacionalización e innovación de la empresa; La distribución comercial: Opciones estratégicas (2 ediciones); El plan de marketing digital en la práctica (3 ediciones); Crear una empresa en la práctica; y Marketing estratégico para el pequeño y mediano comercio (5 ediciones). Ha escrito numerosos artículos sobre marketing y estrategia, y es miembro del Comité Editorial de la Revista Harvard Deusto Marketing y Ventas, entre otras.

Su último libro "Emprendimiento en la práctica" acaba de salir al público y estamos seguros que servirá de ayuda y guía a cuantos sienten la inquietud de los daños económicos y sociales, de incierta recuperación, que esta pandemia está proyectando en actividades empresariales y profesionales.

Patricia Puértolas

La pandemia provocada por el virus covid-19 nos ha sorprendido como nunca hubiésemos imaginado. La solución que se propone es "Reinventarnos". ¿Por qué tenemos que reinventarnos si todo parecía que iba bien?

Porque, según la opinión de los organismos relevantes (por ejemplo, el Fondo Monetario Internacional), cerca de un millón de empresarios españoles, en los próximos meses, se pueden ver obligados a cerrar y más de dos millones de trabajadores van a perder su puesto de trabajo, alcanzando la tasa de paro el 20,8% por el COVID-19.

En este lúgubre escenario es conveniente recordar que **"lo que la larva cree que es el fin, el maestro llama mariposa"**.

¿Por qué le aconsejo recordar este pasaje de la vida? Porque nos ilustra que lo que a veces percibimos como una amenaza es una oportunidad que nos brinda la vida para empezar de nuevo y hacer las cosas de otra manera. En otras palabras, para reinventarnos.

■ ¿Cuál es la forma de reinventarse? ¿Cómo se hace?

Yo propongo el siguiente **decálogo**, que expongo y desarrollo en mi libro “Emprendimiento en la práctica”:

1. La innovación es condición necesaria pero no suficiente para garantizar la supervivencia de una empresa o de un proyecto empresarial. A nuestro entender, la innovación es uno de los **cuatro pilares básicos del emprendimiento**. También es necesario ejercer las funciones de Dirección (como, por ejemplo la planificación), la puesta en marcha de una cultura emprendedora, e introducir en la organización los oportunos cambios.
2. Pensando en microempresas y/o emprendedores con pocos recursos, la **innovación en valor para el cliente** es clave. Utilizando de forma orquestada el marketing y la innovación, su negocio conseguirá que la diferenciación respecto a la competencia sea en algo que realmente aporte valor al cliente. Y que ello sea garantía de competitividad o que pueda crecer en un mercado que no crece.
3. Somos conscientes de que **innovar no es fácil** y que la capacidad de crear e innovar es limitada, pero las grandes crisis han demostrado que es posible y que incluso pueden surgir grandes empresas como lo hicieron Facebook, Airbnb, Netflix, Amazon, Spotify o Uber tras la gran recesión de 2008 (la crisis económica mundial que comenzó en el año 2008, que tuvo su origen en los Estados Unidos, y que afectó a todo el mundo).
4. Para ello, **hay que emprender**: desde dentro de la empresa en la que estamos (como lo ha hecho la CEO del Instituto Pilar Domínguez creando “IPD online”), o a partir de una nueva empresa (como lo están haciendo numerosas startups en estos momentos).
5. Los **hitos** que no pueden faltar **a la hora de emprender con éxito** una aventura empresarial son:
 - Haber detectado una **oportunidad de negocio**, normalmente, una necesidad de mercado insatisfecha.
 - Demostrar que esa **idea de negocio innovadora** es **viable**.
 - Realizar un **plan de negocio**. Tener un buen proyecto de negocio.
 - Preparar un **investor deck** para presentar a posibles inversores y/o prestamistas, con el fin de conseguir la financiación necesaria para la puesta en marcha y funcionamiento del negocio hasta que se pueda autofinanciar.
 - **Constituir** la sociedad.
6. No obstante, la obtención de una idea de negocio innovadora no es tarea fácil. Que, además, devenga en un nuevo modelo de negocio sólo ocurre en el 11% de los casos. Todo ello hace que **menos del 10% de las nuevas ideas de negocio innovadoras terminen en un proyecto empresarial exitoso**.
7. Los casos de emprendimiento muestran cómo el emprendedor elige **“salir de su zona de confort”** y emprender proyectos que suponen un reto tanto económico, como profesional y personal.
8. Para ello ha sido **necesario que el emprendedor** intente desplegar ilusión, creatividad, vocación de liderazgo, habilidad negociadora, capacidad de convicción, tenacidad, capacidad de asumir riesgos, y orientación a objetivos. Además de habituarse a vivir en la incomodidad, tener siempre una actitud de punto de salida, actuar como filtro de conocimiento y como aplicadores del mismo, y colaborar con otras empresas y personas dentro de su ecosistema.
9. A la hora de la verdad, es posible que tenga sus **dudas** o reservas mentales como: que es difícil (recuerde que querer es poder); o que tiene miedo al fracaso (Hubbard le diría que un fracasado es un hombre que ha cometido un error pero que no es capaz de convertirlo en experiencia). Todos hemos fracasado más de una vez (y hemos aprendido las correspondientes lecciones).



- Puesta en marcha de la nueva sociedad, con un **buen equipo** y con los **recursos necesarios** para ejecutar el plan de negocio.

10. Estamos convencidos de que **el emprendimiento va a ser clave en la reconstrucción del tejido empresarial de nuestro país** tras la profunda crisis que estamos padeciendo por la pandemia del coronavirus. Ánimo, si usted quiere puede!

En su libro “El plan de marketing en la práctica”, escribe y copio el texto: “Marketing es un proceso responsable orientado a identificar, anticipar y satisfacer las necesidades del cliente, con la finalidad de fidelizarle, de forma que la empresa pueda obtener sus objetivos estratégicos”. ¿Nos lo puede explicar un poco más?

En pocas palabras, el marketing trata de facilitar la adaptación de la empresa a los cambios del entorno. Máxime en los tiempos que vivimos en los que se están dando cambios de gran calado. Como botón de muestra citamos dos: las profundas transformaciones que está originando la pandemia del COVID-19; y cómo la tecnología y las redes sociales están cambiando todo. Así, estamos comprobando cómo las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones —con Internet a la cabeza; buscadores como Google, redes sociales como Facebook, Twitter, LinkedIn o similares, la telefonía IP, YouTube, Wikipedia, blogs, etc.— están condicionando los mercados y los comportamientos de los clientes, ya que la generación G utiliza Internet como una biblioteca y el móvil como una forma de aumentar la productividad de la empresa.

En otras palabras, los clientes no son los mismos (aunque su DNI no haya cambiado) y a ello hay que añadir que hay un exceso de capacidad productiva. Poco tiene que ver la escala de valores de los clientes de hoy —y, presumiblemente, de los próximos años— con la de los de los clientes de los últimos lustros. El impacto de la crisis se está dejando notar en los hábitos de compra y de consumo de los ciudadanos. En este contexto, cobra todavía mayor relevancia el marketing, es decir: **identificar, anticipar y satisfacer las necesidades del cliente**, con la finalidad de fidelizarle, de forma que la empresa pueda obtener sus objetivos.

En su libro “Innovar con éxito” aborda entre otras muchas cuestiones la diferencia entre innovación, creatividad y cambio. ¿Nos lo puede explicar en pocas palabras?

Creatividad es la capacidad humana que permite generar nuevas ideas. Pero ni tienen por qué ser nuevas para el mercado ni requiere llevarlas a la práctica. Sólo pensar cosas nuevas. “Y

Innovar es hacer cosas nuevas, de manera diferente y mejor que los demás, para conseguir cambios con éxito para nuestra empresa

el emprendedor suele y debe ser creativo, además de ágil en la resolución de problemas y un líder capaz de convencer a los que le siguen”.

Si la **creatividad** supone **pensar** cosas nuevas, **innovar** supone **hacer** cosas nuevas. Por lo que, si realmente queremos tener una empresa más innovadora, entre otras cosas, necesitamos contar con una organización más creativa, es decir, capaz de generar nuevas ideas.

Innovar no consiste (sólo) en hacer algo diferente. Esta afirmación puede parecer evidente pero, sin embargo, son muchos los que todavía piensan que cambiar es innovar. Y, sin embargo, no tiene por qué ser así. **Todas las innovaciones suponen cambios, pero no todos los cambios son innovaciones.**

Innovar es hacer cosas nuevas, de manera diferente y mejor que los demás, para conseguir cambios con éxito para nuestra empresa.

La innovación es cuestión de actitudes, la creatividad es cuestión de capacidades, y el cambio es cuestión de comportamientos (y sentimientos).



La **innovación** es producir, asimilar y explotar con éxito una novedad, de manera que aporte soluciones inéditas a los problemas, y permita responder a las necesidades de las personas, de las empresas y, en general, de la sociedad.

La mayoría de las clínicas dentales tienen menos de seis empleados. ¿Necesitan un plan de marketing?

Vayamos por partes:

- Si esa clínica está en un mercado competitivo **tiene que hacer Marketing** (para *identificar, anticipar y satisfacer las necesidades del cliente*, con la finalidad de fidelizarle), como tiene que gestionar a sus empleados y organizarlos, o tiene que hacer una gestión económica – financiera, por poner algunos ejemplos de funciones de Dirección de cualquier empresa. Le recordamos que utilizando de forma orquestada el **marketing** y la innovación, su clínica conseguirá que la diferenciación respecto a la competencia sea en algo que realmente aporte valor al cliente.



Utilizando de forma orquestada el marketing y la innovación, su clínica conseguirá que la diferenciación respecto a la competencia sea algo que realmente aporte valor al cliente

- Y alguien tiene que asumir las funciones de Dirección de esa clínica (por pequeña que sea): **planificación**, organización, dirigir a esos empleados, y controlar los objetivos marcados.
- Por tanto necesita un **plan de marketing**. Por supuesto, adaptado a su dimensión y a sus objetivos.

¿Una clínica tradicional con uno a tres profesionales puede marcarse como objetivo ser líder o debe plantearse otros objetivos?

Depende de qué tipo de liderazgo estemos hablando: ¿en ingresos?, ¿en imagen?, ¿en rentabilidad?, ¿en satisfacción profesional?... Y a qué nivel: ¿en todo el mercado?, ¿en todos los segmentos de clientes?, ¿con todos sus clientes? ¿En todos los ámbitos descritos anteriormente?: obviamente, ello no va a ser posible. Pero tiene que marcarse unos objetivos y

normalmente la estrategia más idónea no puede ser seguir la misma que el líder porque los medios disponibles no son los mismos.

Es usted amigo de introducir citas de grandes pensadores en sus libros, nos llama la atención una de Bertrand Russel “Gran parte de las dificultades que atraviesa el mundo se debe a que los ignorantes están completamente seguros y los inteligentes llenos de dudas”. ¿Cree usted que quienes nos dirigen están seguros de lo que hacen?

Se utiliza el acrónimo VUCA (volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad) para describir el entorno en el que nos movemos hoy en día. Y todos estamos comprobando cómo el COVID-19 ha exacerbado de manera extraordinaria cada una de las letras de este acrónimo haciendo sus dimensiones más evidentes que nunca! Pues bien, si eso es así, ¿cómo se puede estar completamente seguro de qué decisiones tomar en un contexto socioeconómico VUCA? Por ello, comparto la frase de B. Russel: “Gran parte de las dificultades que atraviesa el mundo se debe a que los ignorantes están completamente seguros y los inteligentes llenos de dudas”.

Un mensaje final para quienes se encuentran pesimistas en este momento.

Afortunadamente, vivimos en la Unión Europea, una parte del mundo en la que por muy difícil que sea el entorno en el que nos encontremos (por ejemplo, el actual) seremos capaces de salir adelante (Yes, we can! nos diría Obama). Ahora bien, muchos de nosotros **tendremos que salir de nuestra “zona de confort” y reinventarnos, innovando** -una vez identificadas, anticipadas y satisfechas las nuevas necesidades del cliente (es decir, desempeñando la función del **marketing**)- y **emprendiendo** (dentro o fuera de nuestra actual empresa). Porque, como diría Albert Einstein: “Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: la **voluntad**”. Repito, si usted quiere puede!



“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: la voluntad”

A. Einstein



Un reto para tiempos inciertos

Así titula Xavier Albistur Marín en su prólogo este libro, cuyos destinatarios son principalmente los autónomos, las microempresas y los emprendedores, los más vulnerables ante esta catástrofe que supone una pandemia inimaginable hasta ayer.

DIVULGACIÓN

José María Sainz de Vicuña Ancín

Emprendimiento en la práctica

Cómo las amenazas permiten reinventarse



ESIC
BUSINESSMARKETINGSCHOOL

La lección que nos deja la transformación de larva en mariposa es que lo que a veces percibimos como una amenaza es en realidad una oportunidad que nos brinda la vida para empezar de nuevo y hacer las cosas de otra manera. Reinventamos.

Muchos profesionales se encuentran sin salida ante un entorno cada vez más cambiante e incierto, lleno de amenazas, pero también con oportunidades por descubrir. Estos profesionales necesitan apoyo para reinventarse y salir adelante.

José María Sainz de Vicuña, con *Emprendimiento en la práctica*, se dirige especialmente a ellos, con los que comparte su experiencia y les ofrece guiarlos desde una visión práctica con el característico estilo de sus obras: útil, riguroso, práctico y ameno.

El autor estructura este libro alrededor de los que considera los cuatro pilares del emprendimiento (la innovación, la función de dirección, la cultura emprendedora y la introducción de cambios) y, para ello presenta varios casos de emprendimiento que ayudarán al profesional a transformarse en emprendedor, desarrollando su propio caso para permitirle reinventarse sin miedo al fracaso:

“En otras palabras, usted puede emprender y no tenga miedo al fracaso. Todos hemos fracasado más de una vez”.

José María Sainz de Vicuña

Otros libros de José M. Sainz de Vicuña



ESPECIAL
ESTERILIZACIÓN



antón
Suministros Dentales

MELAQUICK 12+ **MELAG**



LA SOLUCIÓN
MÁS RÁPIDA
PARA LA
ESTERILIZACIÓN

Plan Renove especial Covid-19



VACUKLAV 31+ **MELAG**



LINA MB22 



E8 **Euronda**

Plan Renove
Te damos hasta
700€ por tu
viejo autoclave

#todovaasalrbien

Contacta con nosotros



www.antonsl.es



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

Hablamos con Antonio Luis Bujaldón Daza

Presidente SEPA



Licenciado y Doctor en Odontología por la Universidad de Granada. Máster en Periodoncia por la U.C.M. Profesor del Máster de Periodoncia de la U.C.M. Profesor de formación continuada de la U.C.M. Profesor colaborador del Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla. Profesor de formación continuada de SEPA. Dictantes de curso y conferencias a nivel nacional. Director Máster Periodoncia, cirugía e implantes de la UAL. Secretario de SEPA.

Práctica exclusiva dedicada a la Periodoncia e Implantes en Almería.

Ha sido presidente del Colegio de Dentistas de Almería y tiene la medalla de oro del Colegio Granada, de su ciudad natal, también es Consejero de Honor del Consejo de Dentistas.

Desde 2012 en la Junta Directiva de SEPA, primero como secretario con el Dr. David Herrera de presidente y después como vicepresidente con el Dr. Adrián Guerreiro en la presidencia.

Enamorado de la profesión, siempre dispuesto a colaborar donde pueda ser útil. Imagen de hombre con prisas, pero siempre atento a pararse a escuchar y una simpatía natural que le convierte en amigo de todos, moderada informalidad en sus atuendos, es capaz de mostrar con elegancia la corbata peor colocada.

Afronta el reto de mantener a SEPA en lo más alto del palmarés y estamos seguros que a pesar de las circunstancias lo conseguirá con creces. Su capacidad de trabajo, entrega y experiencia lo garantizan.

Alejandra Llorente

¿Qué ha supuesto en tu vida profesional acceder a la presidencia de SEPA?

Un honor por representar un legado tan importante y una enorme responsabilidad por sembrar nuevos horizontes que den continuidad a más de seis décadas de trayectoria. Y, al mismo tiempo, es un gran compromiso con todos los profesionales y entidades que confían en SEPA.

¿Qué proyecto tenías al iniciar tu mandato? ¿La pandemia ha cambiado los planes?

Nuestra misión principal era reforzar el carácter integrador y abierto de SEPA. La pandemia ha acelerado cambios que teníamos iniciados y está alterando las actividades presenciales; sin

embargo, ha impulsado el carácter global de SEPA y ha permitido afrontar desafíos y retos con respuestas innovadoras y fórmulas creativas.

¿Qué acciones tiene previstas SEPA en los próximos meses?⁽¹⁾

Los retos inminentes son claros. Primero, integrar la transformación digital y el carácter global de SEPA. Segundo, consolidar el enfoque interdisciplinar desde el fundamento de la evidencia científica. Y tercero, abrimos a la población, poniendo a las personas en el centro de nuestra mirada y actividades.

La ciencia, formación y la divulgación debe tener una razón de ser orientada a la mejora de la calidad asistencial y de la salud

Sepa OnAir, el Congreso virtual de 80 días y más de 200 ponentes

A pesar de la pandemia, Sepa no ha rebajado su actividad formativa. Al revés, ha creado nuevos formatos y reinventado su congreso presencial para tener aún una mayor presencia y aportar un abanico más amplio de recursos formativos a sus socios y, en general, a todos los profesionales de la Odontología. Se ha valido para ello, entre otros muchos recursos técnicos, de la puesta en marcha de su canal de televisión; con SepaTV se ha hecho un enorme esfuerzo para agilizar y ultimar esta ambiciosa iniciativa, con el objetivo de acompañar a estos profesionales en su formación y actualización de conocimientos, sin necesidad de moverse de casa.

Ya se puede acceder online al canal SepaTV que, por medio de una suscripción, ofrece las mejores conferencias y debates de Periodoncia, implantes, higiene bucodental y gestión de la clínica. Con un eminente carácter audiovisual, práctico y formativo, y con la participación de algunos de los principales líderes nacionales e internacionales, esta plataforma de televisión dispone ya de cerca de más de un centenar de videos, que irán aumentando constantemente a lo largo del tiempo.

En esta línea, y siguiendo con la premisa de hacer de un problema una oportunidad, la Fundación SEPA y la Sociedad Española



de Periodoncia han optado por transformar su congreso científico anual, de carácter presencial y con una duración media de 3 días, en una oferta formativa distinta, innovadora, ambiciosa, que se prolongará durante 80 días y que pretende trascender fronteras.

Y es que la cita congresual de Sepa'20, el Congreso de la Periodoncia y la Salud Bucal, crece y se transforma en un grandioso evento audiovisual online. Una nueva y satisfactoria experiencia, una innovadora forma de actualizar conocimientos y formarse en el ámbito de la Periodoncia, la Terapia de Implantes y, en general, la Salud Bucal. Esto, y mucho más, es lo que ofrece SEPA a toda la comunidad nacional e internacional de profesionales de la salud que tenían previsto acudir a la cita presencial prevista a principios de noviembre en Valencia.

El resultado, como indica el presidente de SEPA, el Dr. Antonio Bujaldón, *“es muy superior y distinto al congreso presencial previsto; hemos creado Sepa On Air 2020, un nuevo concepto de reunión científica y formativa, más abierta, accesible e interna-*

cional, superando fronteras geográficas e idiomáticas (la mayor parte de las sesiones dispondrán de traducción simultánea) y potenciando aún más la cobertura de las necesidades formativas de los socios de Sepa y, en general, de todos los profesionales de la Odontología”.

Esta nueva propuesta, que se extiende desde el 11 de septiembre al 30 de noviembre y con un formato absolutamente innovador en reuniones científicas y muy visual (empleando varios sets de televisión), mantiene los estándares de vanguardia y dinamismo científico de SEPA, agrupando los congresos Sepa Periodoncia, Sepa Interdisciplinar, Sepa Digital, Sepa Higiene y Sepa Gestión.

Los primeros resultados que se están obteniendo son espectaculares, con una masiva participación de congresistas en todas las sesiones previstas. La programación de sesiones y simposios se mantiene activa hasta finales de noviembre, y se espera que al final de Sepa OnAir más de 30.000 profesionales de la Odontología de todo el mundo hayan sido partícipes, de una forma u otra, de este innovador evento congresual online.

de toda la ciudadanía. De ahí el lema Salud Bucal para Tod@s, que nos conecta con el Objetivo 3 formulado por la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas.

Clínicas de Investigación, un proyecto pionero que está dando magníficos resultados.

¿Cuál es el papel que juega SEPA en la investigación científica?

SEPA juega un papel relevante en la investigación, reforzando a las universidades y los grupos de investigación en dos vertientes. Principalmente, como actor clave para mejorar la transferencia del conocimiento resultante de la investigación al mundo clínico y a la ciudadanía. Y, de forma complementaria, como promotor de la investigación, que ha de ser desarrollada por los investigadores vinculados al mundo universitario. Además, estamos fortaleciendo y poniendo a disposición de la ciencia la Red de

¿Cuáles son los valores que aporta SEPA a la profesión?

- Rigor, por el claro enfoque basado en la evidencia.
- Innovación, siendo valientes y adoptando una mirada amplia.
- Excelencia, con altos estándares de exigencia y compromiso con todas las iniciativas que desarrollamos, tanto en la formación y la divulgación como en la promoción de la calidad asistencial y de la salud bucal y general.
- Y la transparencia y la ética como vectores clave de todo el trabajo que realizamos al servicio de la odontología española y de la periodoncia internacional.

La pandemia lleva ya meses con nosotros y, al margen de las inopinadas manifestaciones de algunos políticos, los científicos nos auguran meses duros por delante. Una vez que la adquisición de equipos de protección se está haciendo sin problemas, ¿cree que nuestra actividad profesional se va a ver tan afectada como en un principio se pudo pensar?

La odontología española ha demostrado una alta capacidad de respuesta, y ha mostrado claramente que está suficientemente preparada para afrontar con eficacia y seguridad los obstáculos y riesgos que nos impone la pandemia. Además, hemos aprendido que los profesionales y las clínicas dentales debemos ser parte de la primera línea del mundo sanitario.

¿Cuál es la relación de SEPA con las nuevas generaciones y de qué manera presta su apoyo a los profesionales más jóvenes?⁽²⁾

Los y las dentistas menores de 35 años son la base de SEPA actualmente. El compromiso con su formación y su perfil interdisciplinar es fundamental. SEPA es su aliado en su formación continuada y en su avance profesional y personal. Cabe destacar, por ejemplo, que en nuestro congreso Sepa OnAir, actualmente en desarrollo y que se extiende durante 80 días con un programa científico de acreditado nivel y rigor, tenemos a un alto porcentaje de ponentes que son jóvenes y la media de edad de los congresistas que están participando se aproxima a los 30 años. Esto nos da a entender que Sepa está adaptándose muy bien a las tecnologías actuales y a las demandas formativas de los profesionales de la Odontología más jóvenes. Y también tenemos

el ejemplo de nuestro congreso específico para las nuevas generaciones de profesionales, SEPA Joven, que cada año acumula mayor tasa de éxito de asistentes.

¿Cómo valora la respuesta de los profesionales a la formación que ofrece SEPA?

Extraordinaria y muy positiva. Es muy emocionante constatar la respuesta que los profesionales de la salud bucal muestran hacia las propuestas formativas de SEPA. Ahora, incluso, esta aceptación y seguimiento es mayor gracias al impacto digital.

¿Cómo te gustaría que fuese percibida la clínica dental por la sociedad?

Como un centro de promoción de salud bucal y general con protocolos de excelencia asistencial para toda la población. En esta línea, les puedo avanzar que el próximo 6 de noviembre de 2020 en el congreso Sepa'20 OnAir presentaremos la nueva Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la periodontitis estadio I, II y III, fruto del intenso proceso de adaptación de la Guía elaborada por la Federación Europea de Periodoncia, y liderada de forma flamante por los profesores Mariano Sanz y David Herrera.

¿Qué deberían hacer los profesionales para conseguirlo?

Formarse permanentemente y trabajar en equipo. Ahí es donde SEPA es un aliado para todos los profesionales de la salud bucal.

Sepa Joven, la decidida apuesta por la formación de las nuevas generaciones

Dentro de la amplia oferta formativa de SEPA, en los últimos años ha apostado de manera clara y decidida por mejorar la preparación de los más jóvenes. La mejor muestra de esta tendencia se aprecia en el creciente impacto y acogida que tiene la reunión Sepa Joven. En su última edición, llevada a cabo en pleno periodo ascendente de la pandemia y en los primeros momentos del confinamiento impuesto en España, la reunión se transformó en tiempo récord en un evento online y consiguió atraer a cerca de 15.000 profesionales de distribuidos por toda la geografía mundial.

La cita fue el 27 de marzo, siendo el primer congreso totalmente online pensado para el joven dentista y aportando un nuevo concepto de divulgación científica: más cercano, flexible e interactivo.

La regeneración periodontal fue el tema principal sobre el que giró este evento, siendo "éste un aspecto de gran importancia en el mundo de la Periodoncia, fundamental en el mantenimiento de dientes; por ello entendemos que siempre debemos estar a la última en los avances en esta área", indicaba la co-coordinadora de esta edición de Sepa Joven, la Dra. Olalla Argibay.

Sepa.

Sepa Joven Online, como indicó el co-coordinador, Andrés Pascual, "logró involucrar a universidades y entidades nacionales e internacionales. En tan solo unas semanas se sumaron al proyecto, entre otras entidades, la Universitat de Barcelona, la Universidad de Sevilla, la Universidad de Santiago de Compostela, la Universidad Alfonso X El Sabio, la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco, la Universidad de Iowa (EE.UU), la Universidad Científica del Sur (Perú) y la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología".

También has sido presidente del colegio de Almería. ¿Cuáles son en tu opinión y con tu experiencia las principales funciones que debe desarrollar un colegio?

Los fines esenciales que deben servir de inspiración para las funciones de un Colegio de Dentistas están definidas y publicadas en los Boletines Oficiales de cada Comunidad Autónoma: alcanzar la adecuada satisfacción de los intereses generales y de la sociedad en relación con el ejercicio de la profesión de dentista, ordenando el ejercicio de la profesión de dentista dentro del marco legal y en el ámbito de sus competencias. Además, los colegios deben ostentar la representación y defensa de los intereses generales de la profesión, así como de los intereses profesionales de los colegiados y velar por el adecuado nivel de calidad de las prestaciones profesionales de los colegiados, controlando que la actividad profesional esté sometida a las normas deontológicas de la profesión. El colegio debe ser la casa de los dentistas.

Desde el año 1986 en que se crea la licenciatura en odontología han salido ya muchas promociones de la universidad. ¿Qué le añadirías al programa formativo actual?

Los profesores universitarios están más capacitados para responder. Como clínico y presidente de SEPA, quizá sería conveniente establecer mecanismos más dinámicos para la integración de los avances científicos o de las innovaciones que aporta la tecnología. El enfoque sistémico y la dimensión de salud, por una parte, junto con el impacto de la digitalización, debieran ser líneas de mejora para integrar en la formación de grado.

Las especialidades en odontología son un asunto sin resolver. ¿Cómo cree que deberían desarrollarse en el supuesto de que se regulen?

Acorde al marco y al contexto europeo. En la federación europea tenemos registrados los requisitos que deberían tener y podría servir de ejemplo para el futuro.

¿Qué te llevo a estudiar odontología?

Mi primera intención era estudiar filosofía, mi madre es profesora de matemáticas y me reunió con el de filosofía y me convencieron de que el camino iba a ser duro; eso sí, no imaginaban como



de duro ha sido este camino. Así que decidí optar por odontología que me ha hecho feliz en el ámbito profesional, en el personal, en el colegial y, por último, en SEPA.

¿Y tu dedicación a la periodoncia cómo surgió?

Tuve la suerte de nacer y vivir en Granada hasta los 22 años. Allí el Dr. Blas Noguero me dejó asistir a verlo trabajar en su consulta. Y claramente decidí que quería hacer Perio, la rama más filosófica de la odontología y con más evidencia científica. Luego pude entrar en el master de la complutense con Mariano Sanz y Antonio Bascones. Formar parte de esta familia es la mejor experiencia que me ha dado la profesión, siendo profesor del master desde el año 2000.

Además de la profesión que ya vemos que la vives con pasión. ¿Qué aficiones tienes?

Mi gran afición es la música, no tengo talento pero fui incluso productor de un grupo musical de Almería. Pero lo que realmente me gusta es pasar el tiempo y hablar con la gente que quiero. Vivir en una ciudad pequeña te permite conectar con facilidad con los amigos y familia. Si en algún momento necesito soledad, un paseo en la moto por el parque natural de Cabo de Gata es inolvidable.

La redacción científica: como preparar un artículo para revistas de factor de impacto

Cecilia Fabiana Márquez-Arrico¹, Francisco Javier Silvestre²

¹Investigadora de FISABIO. Unidad Central de Investigación Biomédica.
Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia, España).

²Catedrático de Estomatología. Departamento de Estomatología, Universitat de València.

En el paso final de una investigación, encontramos la comunicación de los resultados. Una de las formas de comunicar estos resultados, es a través de la publicación de artículos científicos en revistas de alto impacto. La escritura de un texto científico debe diferenciarse claramente de un texto narrativo. Se busca un lenguaje claro, conciso, coherente, no ambiguo y no repetitivo.

Como primer paso, seleccionaremos los resultados a presentar. Si nos encontramos con una gran cantidad de resultados relevantes, es preferible agrupar los resultados por áreas de conocimiento y elaborar varias publicaciones más específicas. Elaboraremos el manuscrito una vez que se tiene claro que resultados vamos a transmitir. Dentro de los formatos de publicación nos encontramos con el artículo original como “publicación estrella”, es decir la más frecuente. Es el estilo de manuscrito que transmite los resultados de una investigación (independientemente del diseño metodológico). También encontramos en la literatura científica formatos más específicos como: notas metodológicas, cartas al editor, series de casos, etc. Estos formatos suelen ser breves y es aconsejable disponer de las normas de la revista, antes de su elaboración.

El artículo científico original, suele presentar los siguientes apartados: introducción, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía. Al final del artículo se suelen encontrar apartados que nos informan de otros datos de la investigación tales como, financiación, agradecimientos y conflicto de interés.

La introducción

Se presenta el problema a tratar al inicio del texto. Seguidamente se plantea el estado de conocimiento actual, la presentación

del estudio y sus objetivos. Es fundamental ser breve. No es un resumen de todo lo que se sabe sobre el tema, sino ideas claves que puede necesitar el lector antes de empezar. Se emplean definiciones de los conceptos básicos y se citan datos que justifiquen la importancia del tema a tratar. Suele ocupar una página, página y media, con unos 6 párrafos. El párrafo final plantea el/ los objetivos de la investigación.

La metodología

Una correcta redacción de la metodología se caracteriza por la transparencia y la reproducibilidad. El lector debería de poder volver a reproducir o hacer el paso a paso de nuestra investigación, al leer la metodología. Se desarrollará el diseño del estudio, el ámbito (personas, lugar y tiempo), las herramientas/fuentes de información, descripción de variables, desarrollo del trabajo de campo, los aspectos éticos y las estrategias de análisis. Se redactará en voz pasiva. Es útil el empleo de figuras que resuman la metodología, como son los diagramas de flujo. Estos diagramas sirven para reflejar el flujo de pacientes en una investigación o la selección de los artículos en revisiones sistemáticas. Cuando la metodología sea extensa, puede emplearse un anexo con detalles metodológicos.

Los resultados

Seguirán un orden lógico y coherente. Para ello primero se presentan los datos generales descriptivos, seguido de los análisis más específicos. Una manera de no perdernos, es mantener el mismo orden planteado en los objetivos. Para presentar los resultados, es muy frecuente el uso de tablas y figuras. No repetiremos la misma información en el texto y en las tablas/figuras. Haremos una selección de qué resultados vamos a destacar

y presentar en forma escrita y cuáles vamos a mostrarlos en tablas/figuras.

No abusar de figuras que no destacan datos relevantes. Tanto las figuras como las tablas deben de poder ser leídas sin la necesidad de recurrir al texto. Para ello pondremos título y leyenda. Esto facilita al lector el acceso a la información.

Consejos claves para elaboración de tablas:

- Las casillas superiores deben de identificar qué es lo que se presenta. (números absolutos n=, porcentaje %, etc.)
- En las columnas colocaremos los grupos y en las filas las variables de estudio.
- Si se presentan números que sean homogéneos. Si ponemos decimales, "2,5", y tenemos algún dato que tiene decimal, añadimos una coma y un cero "3,0".
- Si las variables son categóricas, seguir el orden lógico. (Menor a mayor o mayor a menor).
- Centrar el texto o el número en la casilla, a ser posible ajustar la información para que las casillas sean uniformes, al igual que las columnas.
- Preferir tablas de solo 1-2 página si es posible. Si son muchos datos, una buena opción es dividir la tabla, y presentar los datos en subapartados.
- Citar la tabla en los resultados y numerarlas por orden de aparición en el texto.
- Si se presentan datos significativos, poner que test ha dado dicha significación. Ejemplo $p^* = p < 0,05$ al aplicar el test T de Student.
- Antes de enviar el artículo revisar que los datos de las tablas son iguales a los planteados en el texto.

La discusión

Ha de destacar los resultados principales. Contrarresta los resultados obtenidos en nuestra investigación con la evidencia previa. Valora las debilidades/fortalezas del estudio. Debe de finalizar con las consecuencias o implicaciones del estudio. Si no se presenta un apartado de conclusiones, éstas se pondrán en el párrafo final.

Una de las complicaciones más frecuentes a la hora de redactar la discusión, es expresar las similitudes/diferencias de nuestra investigación con la evidencia. Para conseguir un correcto planteamiento, debemos de intentar explicar el porqué de dichas diferencias.

Ordenaremos los párrafos de la discusión con la misma lógica que el artículo en su conjunto. Discutiremos primero "que se ha hecho" y la metodología. Para ello compararemos las herra-

mientas empleadas, cuestionarios, datos recogidos, test, eficacia, sensibilidad/especificidad, tamaño de la muestra, e incluso el diseño metodológico, entre otras. Destacaremos la importancia de nuestro estudio. Por ejemplo: "Hasta ahora, no se había medido esta sustancia en plasma, solo se había determinado el nivel total en sangre por Pérez et al 2020."

Discutir los resultados en el mismo orden en el que los hemos planteado en el apartado de "Resultados". Podemos emplear frases como "tal y como se esperaba" "coincidiendo con los resultados de Pérez et al 2020". Cuando son resultados que discrepan hay que buscar los factores que pueden haber influido como, por ejemplo: el número de sujetos del estudio, las diferencias de la edad, el porcentaje de hombres y mujeres, las diferentes técnicas analíticas, etc.

Conclusiones

Es una parte muy importante del artículo puesto que muchos lectores leen el resumen y las conclusiones. Las conclusiones deben ser directas, claras y concretas, destacando los resultados más relevantes del estudio. El mensaje de lo encontrado y su relevancia deben ser directos. Se recalcan aquellos hallazgos más relevantes y se indica hacia qué nuevos caminos podrían ir enfocados futuros estudios. Para saber cómo hacerlo, es aconsejable leer las conclusiones de otros artículos publicados en la revista para tener ejemplos del formato que se busca, antes de enviar el artículo. Muchas revistas no piden el apartado de conclusiones, en este caso pondremos un párrafo con las conclusiones al final de la discusión.

Bibliografía

En este apartado no se puede permitir ningún error. La bibliografía correcta es un requisito fundamental para publicar. Una bibliografía descuidada a con fallos puede hacer que el Editor rechace inmediatamente nuestro artículo sin leerlo. Es imprescindible aprender a usar gestores de bibliografía. Son programas en los que introducimos una carpeta con los artículos a citar, y nos ordenan las referencias siguiendo las normas específicas que se nos piden. Algunos de los más usados con el "Reference Manager", "Refworks", "Procite", "Mendeley" (Libre acceso), entre otros. Los formatos de citas más usados son el estilo Vancouver (numera las citas por orden de aparición en el texto) y el estilo Harvard (las citas se nombran con el autor y el año y las referencias se ordenan por orden alfabético). En las normas de publicación de la revista, nos especificarán que tipo de estilo emplean y el número máximo de citas que se permiten.

Financiación, Agradecimientos, Conflicto de interés.

El apartado de financiación responderá al capital económico que ha respaldado la investigación. En el caso de que los autores reciban becas/premios, se expondrá el organismo del que procede y si es posible que autor lo ha percibido. Los agradecimientos suelen ser a colaboradores que no cumplen los criterios de autoría de la publicación. También a estadísticos, doctores de servicios, traductores e incluso empresas donadoras de materiales/kits de diagnóstico, etc.

Title Page

Es una página que contiene la información de la autoría del manuscrito. Suele llevar el título del artículo, el título corto, el nombre completo y los datos de filiación de cada uno de los autores, así como la dirección de correspondencia del "corresponding author" (a quién se le debe de consultar sobre dudas referentes a la investigación).

Cover Letter

Es una carta dirigida al Editor de la revista. Es la oportunidad de destacar la relevancia de nuestra investigación e intentar despertar el interés en el Editor por nuestro artículo. Suele tener un formato formal, en el que se expresa que el artículo no ha sido publicado previamente en otras revistas, y se declaran los conflictos de interés.

Normalmente, las revistas tienen un apartado de "información para autores" en el que encontraremos, el formato del texto a enviar (tipo de archivo, número de palabras, número de figuras y tablas permitidas, estilo de fuente, formato de la bibliografía etc.) El manuscrito debe de adaptarse a las normas de publicación de la revista.

La selección de la revista

Las revistas indexadas en el *Journal Citation Reports* (JCR) se dividen en categorías por áreas de conocimientos. Para conocer qué revista de alto impacto puede estar interesada en nuestra investigación, recurriremos al JCR. Buscaremos en cada una de las revistas que pueden estar interesadas en nuestro manuscrito, las normas de publicación y el tipo de publicaciones que admiten. Es de gran ayuda leer los artículos publicados recientemente en la revista. De esta forma tenemos un ejemplo de lo que les interesa publicar y que tipo de estudios suelen aceptar en su revista.

Muchas veces hay revistas que no son exactamente de nuestro campo, pero admiten publicaciones del tema que recoge nuestro artículo.

Para que el artículo atraiga al lector, hay que despertar su curiosidad desde el título. Se prefieren títulos cortos, que indiquen que tipo de estudio se ha realizado (casos y controles, cohortes, revisión sistemática etc.). Se debe de incluir un resumen estructurado en inglés, de unas 250-300 palabras. La mayoría de las revistas de alto impacto solo reciben artículos en inglés, por lo que el manejo de este idioma resulta imprescindible para publicar.

Hemos de tener presente que las revistas científicas prestigiosas son las que obtienen mayor tasa de citas de sus artículos publicados. Para poder conseguir la aceptación de un manuscrito necesitaremos aportar una investigación que atraiga a los posibles lectores, con resultados innovadores y que cumplan de forma rigurosa todos los requisitos de la revista. El manuscrito a enviar debe ser revisado antes por más de una persona y corregido en varios momentos antes de considerarlo acabado. Otra posible opción es escribir a la editorial y describirle muy brevemente el artículo, preguntando si sería posible la opción de enviarlo para que sea revisado. De esta forma podemos reducir el tiempo de espera, en obtener una respuesta del Editor. La publicación de artículos científicos, requiere rigurosidad, paciencia y experiencia para poder obtener resultados satisfactorios.

Lecturas recomendadas

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Updated October 2001. En: <http://www.icmje.org>
2. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47.
3. Reyes H, Kauffmann R, Andresen M. La autoría en los manuscritos publicados en revistas biomédicas (Editorial). *Rev Méd Chile* 2000; 128: 363-6.
4. Villagrán A, Harris PR. Algunas claves para escribir correctamente un artículo científico. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (1): 70-78.
5. Mutt, J. (2004). *Manual de Redacción Científica*. 3ª edición. Mayagüez: Universidad de Puerto Rico.
6. San Francisco Edit. Scientific, Medical, and General Editing. Twelve Steps in Developing an Effective First Draft at. <http://rosellanicolini.com/rme/firstdraft.pdf>

Shaping the future of dental care



APARATOLOGÍA DENTAL



CONSUMIBLES



INSTRUMENTAL



EQUIPAMIENTO



HIGIENE BUCAL



IMPLANTOLOGÍA



DIGITAL SOLUTIONS

SHOWROOM & CONGRESS



+150
MARCAS
EXPOSITORAS



180
SPEAKERS

Congreso Nacional de Odontología Avanzada



SUMMIT
ODONTÓLOGOS



SUMMIT
HIGIENISTAS



SUMMIT
PROTÉSICOS



SUMMIT
NEXTGEN

Procedimientos de exploración y revisión en salud Oral (II)

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



Objetivo

- Controlar y evaluar todos los aspectos, circunstancias y elementos que intervienen en el mantenimiento de la salud oral y de repercusión general, en el ámbito de nuestras competencias en relación al desarrollo de nuestra Especialidad Sanitaria.
- Estandarizar los procedimientos para conseguir un **diagnóstico de salud Oral Global** que permita determinar y controlar todos los aspectos que influyen e intervienen en el mantenimiento de salud, así como en los procedimientos necesarios para su recuperación en caso de situaciones de falta de salud o desequilibrios funcionales (recuperación de homeostasia)
- Conseguir las claves necesarias para poder desarrollar una estrategia de **controles y medidas** que permitan el **mantenimiento de la salud**.
- Conseguir las claves necesarias para poder desarrollar una estrategia de **tratamiento completo** que permita recuperar la salud con las mayores garantías y de la forma más satisfactoria posible.
- Conseguir identificar y controlar los factores determinantes que permita hacer un Pronóstico de evolución certero, predecible y fiable en cuanto a salud.

Método

- Potenciar la figura del **Generalista** que aglutine todas las especialidades de salud oral. (Modelo: Atención Primaria)
- Diseñar un **protocolo** que aúne todos los aspectos de control de las distintas sub-especialidades que concurren en el ámbito de la salud oral, evitando los sesgos de las mismas
- **Sistema de Estadaje**: estandarizar los pacientes en relación a su estado de salud oral en base a una clasificación que permita identificar el tipo de actitud terapéutica a desarrollar (Modelo: clasificación TNM en Oncología)

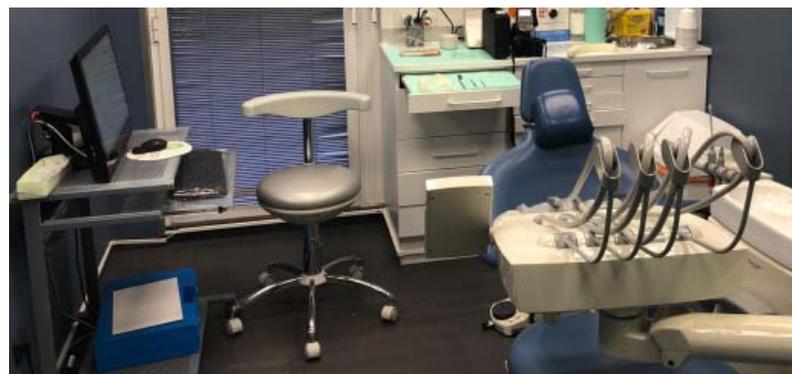
Parte 2

El objetivo fundamental en la exploración y revisiones Bucales en un paciente sano es **identificar** las características y peculiaridades individuales que puedan favorecer con el tiempo la pérdida de su estado de salud o la detección precoz de síntomas o signos que nos permitan identificar el inicio o desarrollo de desajustes (homeostasia) que conlleve a la pérdida del estado de salud.

Aunque intentemos estandarizar, existen variables inherentes a cada paciente individualmente y en cada momento, que hay que tener en consideración de una forma especial, a la hora de hacer una valoración de salud bucal u oral. Como la edad y estado de desarrollo, que sea hombre o mujer, condiciones sociales y de su entorno (educación, cultura, factores ambientales ...) y estado de salud general. No es lo mismo un niño, un joven o un adulto. De la misma forma las condiciones sanitarias de su entorno y el grado de desarrollo social del mismo influirán, **DIAGNOSTICO de SALUD**.

En un paciente con patología sin embargo lo primero sería identificar y clasificar el problema principal y los factores que concurren en la fisiopatología de su estado, **DIAGNOSTICO de PATOLOGIA**.

Por todo ello propongo un protocolo de registro de datos de la exploración/revisión bucal que de una forma general permita



identificar los condicionantes de salud en nuestro ámbito de un paciente y clasificar los mismos en base a la calidad de salud oral y a el grado de gravedad de su alteración o alteraciones.

Una vez realizada la exploración clínica adecuada y estudiado las pruebas complementarias solicitadas, como hemos comentado en el artículo anterior y atendiendo a todas las variables comentadas. Con los datos obtenidos podremos cumplimentar el siguiente protocolo que clasifique a un paciente en relación a:

1. En cuanto a Salud General o Antecedentes Médicos Generales.

- Sano sin antecedentes de interés **0**
- Sano con tto Médico o alergias conocidas **I**
- Paciente con Enfermedad Crónica o con factores de riesgo que condicionan su salud **II**
- Paciente con enfermedad grave o Discapacidad **III**

2. En cuanto a Salud Dental

- Sano sin obturaciones ni Ausencias **0**
- Sano con obturaciones o ausencias **I**
- Caries, fracturas o fracasos de TTos **II**
- Pat. Pulpar y destrucciones no recuperables **III**

3. En cuanto a Salud Periodontal

- Sano **0**
- Necesita Higiene y control periódico **I**
- Necesita Higiene y Tto periodontal específico **II**
- Necesita ttos de cirugía periodontal **III**

4. En cuanto Oclusión

- Sano **0**
- Alteraciones sin repercusión clínica o sintomática **I**
- Alteraciones con repercusión clínica y sintomática, necesitaría tratamiento de ortodoncia **II**
- Requiere ortopedia o cirugía ortognática **III**

5. En cuanto Medicina Bucal (mucogingival, ósea, glándulas Salivales...)

- Sano **0**
- Sano con factores de riesgo **I**
- Lesiones requieren seguimiento y control **II**
- Requiere Biopsia para estudio HP **III**

6. En cuanto a ATM

- Sano **0**
- Bruxismo o Parafunción **I**
- Signos de Bruxismo No síntomas **II**
- Con Signos y síntomas de disfunción **III**

7. En cuanto Sist. Masticatorio

- Sano **0**
- Sano con elementos protésicos **I**
- Sano con ausencias dentales **II**
- Ausencias múltiples, perdidas de relación oclusal con signos o síntomas **III**

8. En cuanto a Estética

- Sano **0**
- Alteración leve **I**
- Alter. de color generalizado (saturación 3) **II**
- Alteración color Severas, fracturas y ausencias de dientes anteriores, sonrisa gingival **III**

Antecedentes Médicos

0 Sin antecedentes Médicos de interés. **I** Sano con Tto Medico o Alergias. **II** Pac con Enfermedad crónica o factores que condicionan su salud. **III** Pac con enfermedad o discapacidad grave

Salud dental

0 Sano sin obturaciones ni Ausencias. **I** Sano con obturaciones o ausencias. **II** Caries o fracasos de TTos. **III** Pat. Pulpar y destrucciones no recuperables

Salud Periodontal

0 Sano. **I** Necesita Higiene y control periódico. **II** Necesita Higiene y curetajes. **III** Necesita cirugía periodontal

Oclusión

0 Sano. **I** Alt. sin repercusión. **II** Alt que Requiere tratamiento de ortodoncia. **III** Requiere cirugía ortognática

ATM

0 Sano. **I** Bruxismo o Parafunción. **II** Signos de Bruxismo No síntomas. **III** Signos y síntomas

Medicina Bucal

0 Sano. **I** Sano con factores de riesgo. **II** Lesiones requieren seguimiento y control. **III** Requiere Biopsia

Sistema estomatognático

0 Sano. **I** Sano con elementos protésicos. **II** Sano con ausencias dentales. **III** Alteraciones, ausencias, perdidas de relación oclusal con signos o síntomas

Estética

0 Sano. **I** Alteración leve. **II** Alter. de color generalizado (saturación 3). **III** Alteración color Severas, fracturas y ausencias de dientes anteriores, sonrisa gingival.

Este sistema de puntuación pretende, de forma genérica, cuantificar el grado de salud en cada apartado, sin entrar propiamente en la característica específica, la cual se determinara en el Diagnóstico preciso. Esta cuantificación se hace en base a unas características que he definido en cada elemento a revisar para tener una idea global en la salud oral y que nos va dar una idea general, permitiendo estar seguro de haber analizado en cada revisión todos los factores que influyen en la misma. Desde el punto de vista del Odontólogo generalista y evitando los sesgos de las especialidades y las "tendencias" del momento. Quedando así registrado con los anexos oportunos en los distintos formatos.



Estadaje

Usando como modelo la clasificación TNM que se usa en Oncología.

Con la datación en grados obtenidos con el protocolo de registro definido, cuantificando los grados en cada apartado, obtendremos una puntuación cualitativa en cuanto a los grados 0, I, II o III que nos permitirá hacer un estadaje que nos dará un nivel de salud o no del paciente, el nivel de necesidades de especialización en cuanto al tratamiento a realizar en cada caso.

Permitiendo estandarizar una clasificación en cuanto el estado de salud bucal de los pacientes que nos correlacione de una forma sencilla el grado de salud bucal con el nivel de tratamiento que requiere y el nivel en cuanto a la exigencia de capacitación para realizarlo.

Así definiremos tres niveles de estadaje:

Estadio 1:

Pacientes con puntuación en todos los apartados analizados con **0** o **I**.

Estos pacientes NO requerirán ningún tratamiento y los mantendremos en salud con revisiones periódicas e higienes que denominaremos de mantenimiento porque consideramos que son pacientes que están en SALUD.

Este estadio se puede subdividir en dos:

- **Estadio 1A** son los pacientes que están sanos, que no han recibido ningún tipo de tratamiento Odontológico reparativo. Corresponder, en nuestro medio a paciente JOVEN que en el transcurso de su vida entró a formar parte de algún programa tipo PADI y en su caso consiguió mantener la salud sin realizar ningún tratamiento odontológico reparativo.
- **Estadio 1B** son pacientes que están sanos en el momento de la exploración/visión pero han llegado a esta condición tras haber sido sometido a algún tratamiento odontológico reparativo (operatoria dental, endodóntico, periodontal, quirúrgico, protésico ...) Requerirán un control en revisiones más exigente, con unos cuidados más selectivos en cuanto a el motivo que causó sus tratamientos. Esta es la condición en la que debemos mantener a nuestros pacientes, el mayor tiempo posible, una vez hayamos realizado algún tipo de tratamiento.

Estadio 2:

Pacientes con **una o varias** puntuaciones **II** en los apartados analizados.

Estos pacientes padecen alguna patología o problema de salud en el ámbito de la odontología (caries, gingivitis, fracturas, necesidades protésicas, infección o lesiones en mucosas ...), que va a requerir tratamiento o bien a nivel de operatoria dental, periodontal, de medicina oral o combinación de varios, pero siempre en un nivel de exigencia de capacitación que va a poder ser impartido dicho tratamiento por la competencia de Odontólogo general

En el Estadio 2 se especificará en el Diagnostico el tipo de alteración o alteraciones fisiopatologías que padece, se prescribirá el plan de tratamiento necesario y se informará de un pronóstico.



Estadio 3:

Pacientes con **una o varias** puntuaciones **III** en los apartados analizados.

Estos pacientes padecen alguna patología o problema de salud en el ámbito de la odontología que va a requerir tratamiento especializado. O bien a nivel de operatoria dental (considerando especialidad odontológica la endodoncia), periodontal (considerando especialidad odontológica la periodoncia), de medicina oral, a nivel de prostodoncia, cirugía etc. O bien que van a requerir la concurrencia de varias especialidades. En este estadio también admite una subdivisión en:

Estadio 3 A: la patología que presenta con necesidad de capacitación terapéutica especializada es única. Ejemplo requiere Endodoncia o Tratamiento periodontal avanzado o requiere tratamiento Quirúrgico específico...

Estadio 3 B: la patología que presenta es múltiple y multifactorial requiere de colaboración multidisciplinar tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Lo que le convierte en un paciente complejo

El Estadio 3 quiere mostrar que es un nivel patología donde el paciente más retos nos plantea, normalmente es multidisciplinar y donde las alteraciones que se presentan son multi factoriales. En ellos es donde en el paciente concurren varios condicionantes que afectan a el mantenimiento de salud y siempre en un nivel de exigencia máximo.

El análisis de ésta clasificación nos va a permitir:

- Catalogar el grado de salud general de los pacientes que tengamos censados en nuestros archivos
- Tener una visión más completa de todos los aspectos que influyen en el Diagnostico obtenido.
- Valorar el nivel de especialización y conocimiento que se va a requerir a la hora de acometer el tratamiento, en el caso que se necesite.
- Estandarizar una metodología de exploración y revisiones que conjunte todos los aspectos de salud y factores que puedan influir en el mantenimiento o la perdida de la misma. Evitando los sesgos de cada especialidad.
- Empoderar la figura del Odontólogo Generalista como responsable global de la salud del paciente.

En general nos medirá las necesidades de salud de la población de nuestros pacientes en cuanto a Odontología general, especializada o requerimiento colaboraciones con especialidades sanitarias complementarias.

Nos permite tener un **control de calidad de nuestra actuación profesional**, dado que el objetivo principal de nuestra actuación profesional persigue el mantenimiento de la salud en nuestros pacientes. De esta forma cuanto mayor sea el tanto por ciento de pacientes que mantenemos en **Estadio 1** es decir SANOS, entre el conjunto de pacientes de influencia activos, indicará que mejor estamos haciendo las cosas.

También nos va a permitir tener un control de lo certero de nuestros diagnósticos, de la eficacia de los tratamientos y del pro-



Estadaje

1 (Grados 0 y I)

Necesita solo control periódico

2 (Algún II)

Necesita tratamiento

3 (Algún III)

Necesita tratamiento especializado

Estadio I



Estadio II



Estadio III



Influencia de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento con implantes dentales. Revisión bibliográfica

Daniel A. Enríquez Garcés(), Natalia Martínez Rodríguez**, Fernando Fernández Cáliz**, Jose María Martínez-González***, Cristina Barona Dorado*****

** Odontólogo. Master de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma de Madrid*

*** Profesor del Master de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma de Madrid.*

**** Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial. DECO Facultad de Odontología Universidad Complutense de Madrid.*

***** Profesora Contratada Doctor Interino. DECO Facultad de Odontología Universidad Complutense de Madrid.*

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de la presente revisión bibliográfica es presentar la perspectiva actual sobre la influencia de los fármacos antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina en el pronóstico del tratamiento con implantes dentales.

Material y método: Búsqueda bibliográfica de artículos publicados desde el año 2014 con las palabras clave: “dental implants”, “SSRI” Y “antidepressants”.

Resultados: 18 artículos de los cuales finalmente 9 fueron seleccionados.

Discusión: Ante la evidencia probada de que los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina alteran el metabolismo óseo se han publicado artículos en el campo de la odontología que han estudiado de forma retrospectiva la posible relación entre el tratamiento con estos y un mayor riesgo de fracaso de los implantes dentales. Se han visto tasas de fracaso mayor para estos pacientes, aunque no siempre se obtienen resultados significativos.

Conclusión: parece posible que pueda existir una relación entre el tratamiento con medicamentos ISRS y un mayor riesgo de fracaso en los tratamientos con implantes dentales. Se requieren estudios con mayor casuística y más minuciosos en cuanto al tipo, posología y duración de los tratamientos farmacológicos para entender mejor el efecto en el proceso de osteointegración.

Introducción

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos antidepresivos más empleados a nivel mundial. Se utilizan en el tratamiento de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo compulsivos o trastornos alimenticios⁽¹⁾.

En la actualidad existen 6 principios activos comercializados de este tipo de fármacos, estos son: Fluoxetina, Citalopram, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina y Escitalopram.

Se ha visto que estos fármacos producen alteraciones en el metabolismo óseo y se han visto vinculados con la posibilidad de aumentar el riesgo de fracaso de los implantes dentales⁽²⁾.

Objetivo

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es presentar la perspectiva actual sobre la influencia de los fármacos antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina en el pronóstico del tratamiento con implantes dentales.

Material y Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE y COCHRANE con las palabras clave: “dental implants”, “SSRI” Y “antidepressants” acotando los resultados a artículos publicados a partir del año 2014 en español o en inglés.

Resultados

Dicha búsqueda arrojó un total de 18 resultados en la base de datos MEDLINE y de 4 en COCHRANE (Figura 1). Un total de 22 referencias de las cuales 6 fueron desestimadas por su título o su resumen. Se procedió con la lectura completa de los artículos restantes que llevó a la selección final de 9 artículos para la elaboración de esta revisión.



Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica

Discusión

Entre los artículos encontrados dos revisiones^(3,4) explican como se podría ver afectada la integración de los implantes dentales que está sin duda directamente influenciada por los fenómenos de formación y remodelado óseos, que se ven alterados en pacientes tratados con este tipo de fármacos. Los receptores de serotonina se encuentran presentes en los osteoblastos y los osteoclastos, células responsables del desarrollo y degradación del tejido óseo, respectivamente. Estas tienen un papel determi-

nante en la determinación de la masa, estructura y resistencia del hueso. Se ha visto que los ISRS provocan que aumente la diferenciación osteoclástica y disminuya la proliferación de osteoblastos y la mineralización ósea. Incluso en estudios a nivel traumatológico han demostrado ser perjudicial mediante sus efectos a la densidad mineral ósea.

La ITI publicó en el año 2018 un artículo de consenso en el que admitía una posible asociación entre los fármacos ISRS y un mayor riesgo de fracaso implantológico⁽²⁾. En el campo odontológico hay publicados varios estudios que han investigado dicha relación (Tabla 1).

El primero de todos es el de Wu y cols.⁽¹⁾, estos encontraron que la relación era significativa en la muestra que analizaron. Vieron que la mayoría de los fracasos se produjeron tras la rehabilitación protésica de los implantes y alegaron que la alteración provocada por los fármacos afecta al fenómeno de remodelado óseo que sucede en respuesta a las fuerzas biomecánicas que se producen con la carga. Es criticable que en su estudio incluyen a pacientes fumadores, hábito que indudablemente podría estar influyendo negativamente en el devenir de los implantes. Además, como los mismos autores señalan, se desconocen los datos relativos a dosis y duración de los tratamientos farmacológicos, lo que permitiría establecer conclusiones más sólidas.

Dos años después de ese primer estudio Tolomeo y cols.⁽⁵⁾ presentan un estudio en el que solamente incluyen a pacientes de género masculino y no encuentran relación, mostrando en sus resultados tasas de fracaso implantológico muy similares para el grupo control y el grupo tratado con antidepresivos.

Tabla 1. Estudios relación ISRS – riesgo fracaso implantológico

Autores	Muestra total pacientes (pacientes ISRS)	Muestra total implantes (implantes en ISRS)	Resultados
Wu x y cols. (2014)	490 (50)	916 (94)	Fracasos control: 4,6% Fracasos ISRS: 10,6% HR: 6,28; p= 0,03 Mayoría fracasos tras carga
Tolomeo PG y cols. (2016)	108 † (29)	510 (167)	Fracasos control: 5,83% Fracasos ISRS: 5,99% No relación significativa
Chrcanovic BR y cols. (2017)	300 (18)	931 (48)	Fracasos control: 3,3% Fracasos ISRS: 12,5% No relación significativa
Deepa y cols. (2018)	352 (110)	680 (210)	Fracasos control: 4,7% Fracasos ISRS: 10,8% Fracasos >50 control: 7,4% Fracasos >50 ISRS: 24%
Altay MA y cols. (2018)	631 (39)	2055 (109)	Fracasos control: 1,85% Fracasos ISRS: 5,6% No significativo
Carr y cols. (2019)	5546 (1774)	5546 (1774)	Historial previo Sertralina vs No ISRS: HR: 1,60; p=0,006 Historial previo Sertralina vs No ISRS: HR: 1,64; p=0,02 Historial previo ≥2 ISRS vs No ISRS: HR: 1,67; p=0,01

En el año 2017, un nuevo estudio tampoco encontró relación⁽⁶⁾. Aunque la tasa de fracasos en el grupo de pacientes bajo tratamiento antidepressivo fue considerablemente mayor, el análisis multivariante, en el que se incluyeron datos relativos al tipo de implante y su localización, no obtuvo resultados significativos. Un estudio que a pesar de tener una muestra considerablemente menor para el grupo de ISRS parece bastante riguroso en sus criterios de inclusión ya que no considera pacientes que tomen cualquier otra medicación, sufran enfermedades sistémicas o presenten hábitos desfavorables como el bruxismo o el tabaquismo.

Más recientemente Deepa y cols.⁽⁷⁾ presentan el estudio con la mayor muestra hasta ese momento. Una vez más la tasa de fracaso en el grupo tratados con ISRS es mayor que en el grupo control y destacan que esta diferencia se acentúa aún más en pacientes mayores de 50 años, lo que para ellos podría sugerir que el tiempo de tratamiento influye en la aparición de los fenómenos indeseables que afectan al metabolismo óseo. Sin embargo, este estudio incluye pacientes con otras patologías que podrían afectar a la integración de los implantes dentales como la diabetes o a pacientes con hábito tabáquico. Además considera otros criterios de fracaso diferentes a los artículos anteriores, como por ejemplo el aflojamiento del tornillo protésico, que no parece directamente relacionado con alteraciones en el metabolismo óseo.

En ese mismo año se publicó también una investigación de Altay y cols.⁽⁸⁾ que vuelven a encontrar una mayor tasa de fracasos en el grupo estudiado pero no obtienen resultados significativos. Por primera vez solo consideraron implantes cargados, alegando que así se vería el efecto de los fármacos en la integración primaria de los implantes. No obstante, esto iría en contra de la teoría

inicial de Wu y cols.⁽¹⁾ de que es la carga protésica la que va a desencadenar el proceso de remodelado óseo que más afectado se podría ver por el tratamiento con fármacos ISRS.

El estudio más reciente que se encontró es el de Carr y cols.⁽⁹⁾. Un estudio retrospectivo a 20 años que incluye un total de 5546 pacientes que recibieron su primer implante dental. Gracias a una completa base de datos pueden dividirlos en grupos en función del fármaco ISRS que tomaban y la relación de este tratamiento en el tiempo con respecto a la cirugía de colocación de dicho implante, pudiendo ser este de tres formas: previo, contemporáneo o posterior. En sus resultados encuentran que en el grupo que se encontraba bajo tratamiento farmacológico de forma previa a la colocación del implante existe una relación significativa entre la medicación ISRS y un mayor riesgo de fracaso implantológico. Esto es así para aquellos pacientes que toman Sertralina, comparados con pacientes control sin ningún tipo de tratamiento y además con pacientes tratados con otro principio activo; y para aquellos que consumen al menos 2 fármacos ISRS en comparación con los controles. Ante estos resultados teorizan, de forma a autores previos, que el efecto de esta medicación en el metabolismo óseo se produce a largo plazo.

Conclusión

Hasta la fecha parece posible que pueda existir una relación entre el tratamiento con medicamentos ISRS y un mayor riesgo de fracaso en los tratamientos con implantes dentales. Sin embargo, se requieren estudios con mayor casuística y más minuciosos en cuanto al tipo, posología y duración de los tratamientos farmacológicos para entender mejor el efecto en el proceso de osteointegración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wu X, Al-Abedalla K, Rastikerdar E, *et al.* Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and the Risk of Osseointegrated Implant Failure: A Cohort Study. *J Dent Res.* 2014;93(11):1054-61.
2. Jung RE, Al-Nawas B, Araujo M, Avila-Ortiz G, Barter S, Brodala N, *et al.* Group 1 ITI Consensus Report: The influence of implant length and design and medications on clinical and patient-reported outcomes. *Clin Oral Implants Res.* 2018;29(S16):69-77.
3. Gupta B, Acharya A, Pelekos G, Gopalakrishnan D, Kolokythas A. Selective serotonin reuptake inhibitors and dental implant failure-A significant concern in elders?. *Gerodontology.* 2017;34(4):505-7.
4. Chappuis V, Avila-Ortiz G, Araújo MG, Monje A. Medication-related dental implant failure: Systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2018;29(S16):55-68.
5. Tolomeo PG, Lee JS, Miller EJ. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Dental Implant Osseointegration. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016;74(9):e55-6.
6. Chrcanovic BR, Kisch J, Albrektsson T, Wennerberg A. Is the intake of selective serotonin reuptake inhibitors associated with an increased risk of dental implant failure? *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017;46(6):782-8.
7. Deepa V, Mujawar K, Dhillon K, Jadhav P, Das I, Singla YK. Prognostic Implication of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Osseointegration of Dental Implants: A 5-year Retrospective Study. *J Contemp Dent Pract.* 2018;19(7):842-6.
8. Altay MA, Sindel A, Özalp Ö, Yildirimyan N, Kader D, Bilge U, Baur DA. Does the Intake of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Negatively Affect Dental Implant Osseointegration? A Retrospective Study. *J Oral Implantol.* 2018;44(4):260-5.
9. Carr AB, Gonzalez RLV, Jia L, Lohse CM. Relationship between Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Dental Implant Failure: SSRI Use and Implant Failure. *J Prosthodont.* 2019;28(3):252-7.



Tenemos todo lo que necesitas para tu clínica dental



NewTom

946 076 521



info@sonriaxfavor.es

La Odontología en la "Cirugía" de López de los Hinojosos

De autoría española, el primer libro de Cirugía publicado en el Nuevo Mundo fue el titulado "*Summa y recopilación de Chirugia*", del español Alonso López de los Hinojosos, un texto de cirugía menor pero de gran utilidad para sus muchos lectores de la misma condición que el autor, y aun simples lectores, quienes desarrollaron la mayor parte de las actuaciones de su oficio en tierra por entonces escasa en cirujanos universitarios, como los segundos fueron tales simples lectores desde entonces con conocimientos básicos para iniciarse en la cirugía menor. En este tratado renacentista no faltaron los mínimos saberes correspondientes al arte dental, que analizamos pues no suelen detenerse los historiadores en el mismo.

Francisco López de los Hinojosos.

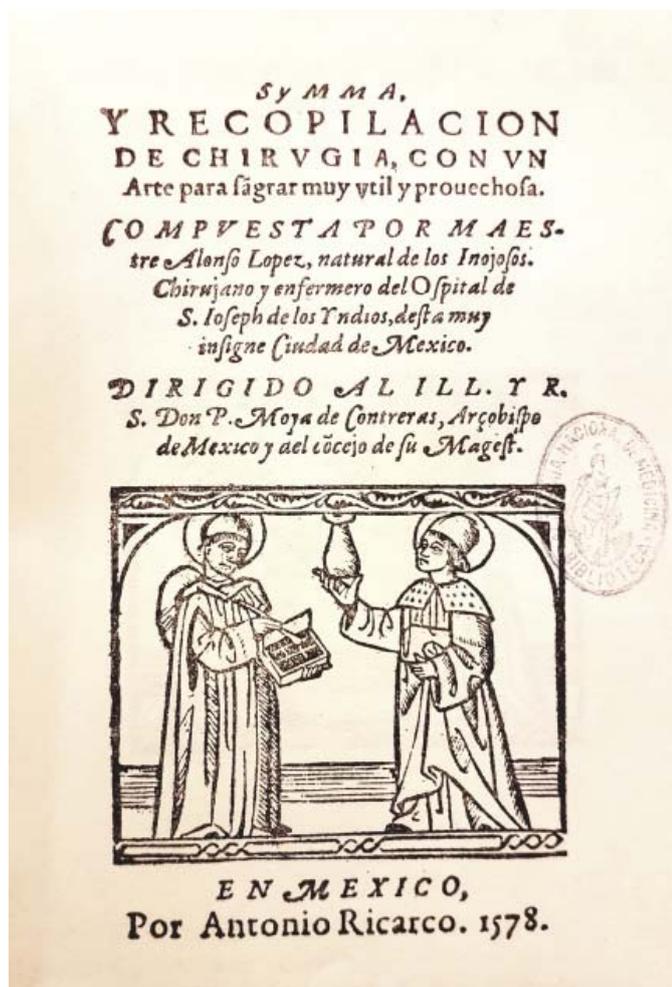
En la portada de la obra dejó el autor algunos datos biográficos de importancia, uno de los cuales suele omitirse tantas veces pues tampoco es el lugar¹. En este caso se declara "natural de los Inojosos", actualmente municipio de menos de 900 habitantes de la provincia de Cuenca situado al suroeste de la provincia, casi limitando con la de Toledo. Debió nacer allí en 1534 o 35 pues afirman los cronistas que en el momento de su muerte, acaecida en México el 15 de enero de 1597, contaba 62 años de edad. No obstante,

Pocos datos se tienen de su época española, antes de pasar a Nueva España. Tan sólo, con certeza, el difuso hecho de que ejerció en España, si atendemos a lo que escribe el doctor De la Fuente en los prolegómenos de este tratado: *hace muchos años que he visto curar y experimentar a Maestre Alonso en su arte de Cirugía en España...* Este impreciso aserto nos deja, no obstante, la circunstancia académica del autor, a quien no se titula de bachiller, licenciado ni doctor, títulos que se lograban tras el paso por la universidad, sino que debió ser un "Cirujano menor" de tantos, de ahí lo de "Maestre", en cabales palabras de su biógrafo Somolinos: *Era cirujano barbero, sin estudios ni grados, pulido en el contacto directo de su profesión*². Ahora bien, el Alonso López, de profesión "barbero", que ha comprobado G. Martínez Hernández en el



AUTOR:

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



Primera edición, 1578.

Catálogo de Pasajeros a Indias que embarca para Nueva España, dice ser natural de Villaescusa, suponiendo que se refiere a la vecina Villaescusa de Haro, vecina de Los Hinojosos aunque ésta villa de mayor importancia³.

Como tal Cirujano menor ejerció aquellas operaciones que le fueron de su incumbencia, quedando en un estado intermedio entre el Cirujano mayor, o de título logrado tras su paso por las aulas universitarias, y el Barbero, y así podemos comprobar en su texto cómo indica en tercera persona que la ejecución de las exodoncias era cosa de éstos: *Nunca el barbero ha de intentar sacarlos [los dientes] hasta haber intentado algunos remedios⁴...* y en el mismo tono: *Y si todavía hubiere necesidad de venirse a sacar, sea con los instrumentos que para ello tienen los barberos⁵.* No obstante delimitar, delimitar con total precisión los campos de cada uno de estos últimos dos profesionales es cosa difícil y puede que hasta estéril pues, por ejemplo, en la España del XVII, las obras similares⁶ son dedicadas a los “Barberos Flebotomianos”, quienes sangran, sajan y extraen dientes.

Así pues, este cirujano, menor de denominación popular pero mayor de experiencia, conforme a lo que dice en la portada de su pionera obra, era *Cirujano y enfermero del Ospital de S. Ioseph de los Yndios, desta muy insigne Ciudad de Mexico*. Lo de “Cirujano y enfermero” viene a ratificar cuanto venimos diciendo sobre su dedicación asistencial de rango menor en cuanto que los cirujanos mayores dejaban los cuidados de enfermería en otras manos de capacitación inferior.

Cirujano, pues, en México, tras actuar de lo mismo en España, probablemente durante un tiempo en Sevilla, donde el mencionado Juan De la Fuente era catedrático allí antes de pasar también a México, llegó aquí en 1564⁷ y ejerció varios años en aquel hospital referido, más correctamente Hospital Real de Sanct Joseph de los naturales, haciendo lo propio y con éxito en algunos casos en los que era llamado fuera del hospital, donando buena parte de los dineros obtenidos a su querido hospital, del que fue también su director.

Tuvo López de los Hinojosos una hija de un primer matrimonio español y dos hijos de un segundo en tierras mexicanas, volviendo a enviudar hacia 1579 u 80. Decidido a ingresar en la Compañía de Jesús, lo logró a los cincuenta años, si bien lo había solicitado cuatro años antes, pasando su noviciado. Así, en 1585, con la tranquilidad de ver a sus hijos asimismo miembros de otras órdenes religiosas —su hija en el convento Regina Coeli y los varones uno agustino y otro dominico—, era miembro jesuita, aceptando el “estado de Hermano coadjutor” que conservó hasta su muerte, si bien nunca dejó de compatibilizar su vieja profesión de cirujano.

La “*Symma y recopilacion de Chirvgia*”. 1578.

Estamos ante una sobria portada compuesta al modo tradicional, con su título, autor, lugar de edición y año, e impresor, adornada con un grabado de los santos patronos de la Medicina, Cosme y Damián. Fue impresa por primera vez en 1578. Adelantamos ya que tuvo una segunda edición, muy aumentada y más en lo médico que en lo quirúrgico, en la misma ciudad, imprenta de Pedro Balli, año de 1595, y casi cuatro siglos después, en 1977, fue objeto de una tercera edición crítica a cargo de la Academia Nacional de Medicina de México, como primer número de la Colección “Nuestros clásicos”, con estudio introductorio de Germán Somolinos D’Ardois, transcrito el texto original de la primera edición en estilo actual. Es esta edición la que hemos consultado para elaborar el presente trabajo.

Constan los prolegómenos del libro de una licencia, a cargo de D. Martín Enríquez; la licencia eclesiástica, por el arzobispo de México D. Pedro Moya de Contreras; las licencias “científicas” de los

correctores Fray Agustín Farfán, el doctor Francisco Bravo y el Pro-tomédico doctor Juan De la Fuente, la dedicatoria al mencionado arzobispo de México, D. Pedro Moya de Contreras, y dos escritos finales, una presentación dirigida “Al Benigno Lector” y un proemio.

Más allá de que el investigador dé con el propósito del autor en esta obra tras la lectura y análisis de la misma⁸, conviene contar también con la propia opinión del mismo escritor, quien la expresa así en dicha presentación “Al Benigno Lector” tras hacerse cargo de que los libros de Cirugía rayan un estilo y fundamento muy elevados, desde luego lejano a la pobre formación de quienes necesitan ayuda, por ello: *doliéndome yo de esto y por los que están fuera de esta ciudad [México] en minas y estancias, pueblos y partes remotas, que carecen de los remedios convenientes, hice este libro para que cualquiera que supiere leer hallare el remedio para la pasión y enfermedad que tuviere que en este librose hace mención; y sabrá la causa de que procede y es hecha la tal enfermedad y cómo se ha de curar*⁹. Algo parecido había adelantado en la dedicatoria, de la siguiente manera: *éste mi pequeño servicio es para que las pobres personas y en especial los indios naturales que tengo a mi cargo de sus enfermedades tocantes al arte de Cirugía sean curados como hasta aquí lo han sido por mi, lo cual es pública utilidad*¹⁰.

Dividió el autor la obra en siete “tratados” según su propósito, iniciándolo con uno sobre anatomía (17 capítulos) seguido de otros seis, sobre la sangría (7 capítulos), las apostemas (27 capítulos), las “heridas frescas” (13 capítulos), el “mal de bubas” (4 capítulos), las fracturas y dislocaciones (12 capítulos) y el que cierra, sobre la pestilencia (4 párrafos).

Así las cosas, nuestro propósito es la búsqueda y el análisis de aquellos asuntos relacionados con el aparato estomatognático, bien de índole anatómica como patológica o terapéutica. Siguiendo el programa de la obra conforme lo ordenó el autor, los siguientes son los hallazgos particulares al respecto, entendiéndose que la disección que nosotros efectuamos no ignora los conocimientos globales que se exponen, de tal manera que si, por ejemplo, se habla de “Qué cosa es arteria”, es obvio que también valdría para aquellas que discurren por nuestro territorio, etc.

El muy elemental Tratado I, sobre anatomía, no aporta cosa de gran interés. En el capítulo XIII, “De las partes del rostro”, se citan como tales “las quijadas”, ocupándose en su totalidad a las siete tónicas del ojo y sus cuatro humores. Algo más extensa es la información incluida en el capítulo siguiente, “De las partes de la nariz”, donde se puede leer: *También las mejillas y las quijadas son partes del rostro que tienen carne musculosa, venas y arterias. Las partes de la boca son cinco: los labios, los dientes, la lengua, el paladar y la campanilla*. Nos deja la denominación de los dientes en su lengua de adopción: *Los dientes son ventiocho*

*o treinta y dos; dos aduales, dos adrupales, dos caninos, ocho molares, y dos cayzales. Su asiento es en las quijadas*¹¹.

Propio del Tratado II es el modo de efectuar la sangría, terapéutica ancestral que todavía perviviría hasta bien entrado el siglo XIX para eliminar aquellos humores en exceso que se identificaron como responsables primeros de tantas enfermedades. Referente a las venas bucales, así se procedería en su técnica conforme deja escrito el autor en el capítulo IV, “De la definición de vena y cuántas son en uso de sangrar”: *En los labios de la boca hay cuatro venas que solo con sajarlas hacen su evacuación*. Más complejo, por su situación interna, es el abordaje de las sublinguales: *Debajo de la lengua hay otras dos venas que se nombran Leónicas, las cuales se sangran de esta manera: propuesta la ligadura por el cuello, se haga una mordazica de palo redondo en que entre la lengua en medio de él. Vuélvase la punta de la lengua dentro de la boca a la parte de arriba y le rompa las venas a lo largo y deje salir la sangre que quisiere. Si saliera mucha tome el paciente un poco de agua en la boca, que luego se estancará*¹².

No deja de ser curioso, si bien ya sabemos que el libro no está armado a la forma académica, que el mayor contenido odontológico se incluya en este segundo tratado sobre la sangría, concretamente en el capítulo V, titulado “Qué cosa es diente y muela y cuántos dientes y muelas hay en la boca y cómo se nombran”. Aun así, el contenido es más largo que el enunciado pues entra en la patología y adelanta algunos remedios si bien dejando las operaciones definitivas, las exodoncias, en manos de los barberos.

Así pues, *Dientes y muelas son miembros simples, de substancia espermática, de complexión fría y seca, y de substancia dura. Es de saber que todos los huesos de nuestro cuerpo son incapaces de dolor por no tener como no tienen sentido, excepto los dientes y muelas que sienten lo frío y el calor, por parte y causa de unos nerviecicos que vienen por sus raíces*.

Vuelve el autor a exponer la denominación antedicha de los mismos tras hacer el conteo, en número de 28 o 32, repartidos en “cada quijada” en número de catorce o dieciséis, siendo sus nombres, de nuevo: *dos aduales, dos adrupales, dos caninos, ocho molares y dos caisales*. No es difícil deducir que, al seguir un orden antero-posterior se corresponden aduales con centrales, adrupales con laterales y caisales con cordales. No se distinguen, de acuerdo a la herencia recibida, premolares de molares, siendo para el autor, como para tantos otros, la misma cosa premolar y molar si bien varían en el tamaño.

Respecto a la patología, dos son las “entidades” que sufren: *Estos dientes y muelas padecen dolor y corrupción*; ahora bien, lo

único que aborda es lo primero: *El dolor es por causa y parte del nerviecito que le entra por su raíz y no por doler habrá que extraer hasta haber intentado algunos remedios: como son vinagre cocido con unos granos de pimienta, y con ello se enjuague la boca y si con esto no se le quitare el dolor, que será por ser el humor frío, hágase este remedio que es más principal y de mayor efecto que se ha visto, con el cual yo he reservado muchos dientes y muelas sin sacarlos, el cual es este que se sigue: Moja un pliego de papel blanco en agua fuerte y enjuáguese a la sombra y ya que esté seco toma gengibre, pelitre y pimienta, una onza de cada cosa, con seis granos de apio, y todo se haga polvos con el papel y se ponga en la encía de la muela que doliera, que aunque esté la encía hinchada se quitará el dolor.* No bastando esto, se procederá entonces a la exodoncia, debiéndose tener conocimiento de las posibles hemorragias subsiguientes para las cuales aporta remedio: *si sucediere flujo de sangre conviene echar polvos restrictivos o de incienso en una clara de huevo y ferrar el vaso donde se ha sacado la muela con hilas mojadas en clara de huevo donde están los polvos arriba dichos.* Si no bastare con ello, todavía se propone otro remedio tras quitar las hilas poniendo polvos de trociscos de minio y luego se ponga encima de los *polvos unos pañicos mojados en vino y ponga el dedo encima de todos ellos hasta que esté seguro el flujo de sangre,* haciendo saber al paciente que al dormir deberá apretar con los dientes los paños que se hubieran puesto en “la parte enferma”. Deja el autor para el final, cuando debería haberlo hecho anteriormente a estas complicaciones, que *acabando de sacar el diente o muela se le ponga en el vaso de donde saliere unas hilas mojadas en vino en que se haya cocido un poco de romero y sal¹³,* entendiéndose esto como norma general a aplicar tras cualquier exodoncia, al menos de alguna laboriosidad.

Es en el Tratado V, del “mal de bubas”, denominación de la época de la sífilis, donde el autor expone lo que ha observado a consecuencia del remedio empleado en el tratamiento, lo que entonces se llamaron “unciones”. El capítulo II se titula claramente, “De las úlceras que se hacen de la boca después de haber tomado las unciones”, si bien dichas úlceras, y hasta la destrucción del paladar duro, sabemos hoy que son consecuencias de esta enfermedad y aparecen en su tercer estadio. Así se puede leer: *Suelen venir a la boca grande diversidad de enfermedades, algunas veces ulcerándose la campanilla, comiéndose toda, y que luego pierden el órgano del hablar hablando por las narices feamente. Y otras veces oradándosele el cielo o lo alto de la boca, saliéndole huesos por él, lo cual es incurable; y otras veces en las quijadas. También suelen venir en la lengua unas habas como carne esponjosa. De suerte que en la boca hay muchas maneras de enfermedades, que para todas es bueno este lavatorio, con el cual yo he escusado muchas veces las unciones: Toma dos dracmas de solimán, cuatro onzas de vino y otras tantas de agua, y en ello se eche media onza de bermellón y con esto le den con un cepillo en todas las llagas de la boca¹⁴.*

Por fin, el Tratado VI, titulado “De fracturas y dislocaciones”, viene a proponer el mecanismo de reducción de la “Dislocación de las quijadas”, que es de lo que trata el capítulo V. *Suelen dislocarse las quijadas hacia abajo porque siempre que se dislocan o desconciertan las quijadas es bostezando, la cual dislocación es muy dificultosa para tornarla a su lugar, para lo cual se ha de hacer de esta manera:*

Tomen dos ministros, los cuales traigan una faja o paño de manos por debajo de la barba al enfermo y sáquele el paño por una y otra parte diestra y otra por la siniestra tratando cada uno de los ministros por la parte que le cupiere, estando el ministro sentado sobre una silla. Y si no se pudiere restaurar el enfermo, échelo tendido en el suelo, y puestas las rodillas en los hombros del paciente, tire cada uno de su parte hacia arriba tirando la faja o paño con duración, y el restaurador con las manos vaya ayudando hasta que vuelva a su lugar. Ninguna dislocación hay que tanto convenga que luego se restaure como es ésta, porque luego vienen grandes accidentes, y algunas veces espasmo. Y puesto en su lugar, póngase esta bilma:

Toma polvos de incienso y mirra con aguardiente, se haga como unguento y se ponga junto a las orejas, porque allí está la dislocación. No coma si no fuere cosa bebida para que no se torne a dislocar¹⁵.

La segunda edición, 1595.

Así pues, diecisiete años después salió una nueva edición en el mismo país aunque en distinta imprenta. Bien aumentada y corregida, llevaba implícito en el título las nuevas aportaciones: *Svmma y recopilacion de Cirurgia, con vn Arte para sangrar, y Examen de Barberos.* A esto añade la detallada exposición sobre “las reumas” que también ha incluido en el texto que suma ahora diez tratados, otorgándole precisamente a este tema lugar principal pues abre la nueva edición. Igualmente se incluyen sendos tratados sobre las enfermedades del parto y las de los niños, ampliándose así los conocimientos necesarios que, como en la edición anterior, deben poseer de nuevo no ya los cirujanos menores y los barberos, sino también quienes deseen acometer pequeñas actuaciones principalmente de índole quirúrgica.

En los prolegómenos de la presente edición se cuenta la licencia, por tiempo de veinte años, de D. Luis de Velasco; la del gobernador, Juan de Cervantes; la aprobación, del Dr. Ortiz de Hinojosa, y de dos pareceres del Dr. Francisco Bravo.

De nuevo en el rastreo de las informaciones de carácter estomatológico, venimos a encontrar las siguientes. Es en dicho primer tratado donde encontramos las primeras nociones de nuestra

especialidad con mayor amplitud que en la edición de 1578, en los capítulos XXII a XXV, y así el más temprano se titula “Del mal de la boca”, adelantando que en ella se hacen enfermedades de muchas maneras, como son llagas en la lengua, y vnas como berrugas, y se hincha la campanilla, y si con diligencia no se curase, come la campanilla y hablà por las narizes, y se corrompè los huessos del cielo de la boca y hablan gangoso, correspondiéndose estas lesiones con las del mal de bubas referidas entonces si bien ahora se atribuyen a causa reumática: *Las reumas que ordeno naturaleza para humedecer todos los miembros motiuos, como la boca tiene tâta necesidad, porque se mueuen muelas, quixadas y diètes, y la lengua: y como naturaleza tiene necesidad de reparar todo esto, ay siempre en la boca mucha humedad, y con pocas ocasiones se altera y se hacen llagas de differètes maneras como vemos que vnas vezes se derritè las reumas con mucho calor accidentado del sol, y otras vezes accidentadas de vnas calenturas y calores.*



Segunda edición, 1595.

Establecida así la causa del mal de la boca, evidentemente referido a mucosas en general, pasa a continuación a la cura del mismo mal con elaboradas recetas que transcribimos en su totalidad pues algunas de las plantas son desconocidas en el viejo continente hasta la fecha. Primero se recomienda un régimen alimenticio: *A de comer por ante passas, y de postre rosquete, o atole, y aue, o carnero assado, y el agua se cueza con canela, y en ella despues de cozida se le heche çarçaparrilla: los xaraues se hagan de esta manera:*

Toma quatro onças de miel rosada, y en ellas se le heche peso de dos tomines de poluos de los llanos de las minas de Guanaxuato, o de Colima, o de Mechoacan, y desde aya acabado de tomar cada dia dos dos cucharadas comèçara a tomar estos sudores. Toma quatro onças de çarçaparrilla, y dos varitas de raiz de pulque, y cueza en tres açumbres de agua, hasta que desmengue la mitad, y luego se le añida vna escudilla de miel, y otra de açucar vna libra, y de que este colado tome cada dia media escudilla a la mañana, y otro tanto a la noche, y si fuere menester mayor desecacion, le den los sahumeros de copal, o de bermellon, por la orden que dexamos dicho, y el sudor se limpie muy biè y se pòga ropa limpia, y sea caliète, y si la boca esta inflamada d calor se haga gargarismo con leche y açucar, y sin son llaguillas que se an hecho poco a poco, se laue con esta agua.

Toma vino aguado, y vn grano de soliman, y con vn guisopillo se

laue las llaguillas dos vezes cada di, como no este fuerte, tambien es bueno cardenillo y azeite, y con un guisopito limpien la boca, y si el enfermo quedare achacoso con enfermedades no conocidas, son buenos estos poluos.

Toma pimienta, y canela, y ojas de piziete y anis, tres onças de cada cosa, y media libra de açucar y vna libra de çarçaparrilla, y todo bien molido y destos poluos tomen dos cucharaditas cada noche: con vnos tragos de agua de çarçaparrilla; son muy prouechosos estos poluos para reumas que se an destemplado en el estomago, y hazen enfermedades no conocidas¹⁶.

El siguiente capítulo, nº. XXIII lleva por título “Del dolor de dientes” y de nuevo una introducción pone el asunto sobre la mesa, advirtiendo que los únicos huesos del cuerpo humano que duelen son los dientes y las muelas, por razón de *vn neruezito que les sirve como de tutano, q ordeno naturaleza para atar y ligar las muelas* y, de nuevo, es *la reuma alterada* la causante de este dolor excesivo.

Y de nuevo expone sucesivamente causa y cura del mal. Referente a lo primero, una vez el frío ha alterado el cerebro, *corre la reuma por las vías q mas acomodadas halla, y assi baxa a los dientes y muelas*, si bien otras veces será el nequijón, como se verá dos capítulos adelante, el responsable pues llegando al nervio se siente terrible dolor, especialmente con las bebidas frías y calientes.

Referente a su tratamiento, destacan principalmente los vahos y la cauterización en la zona auricular. Mientras tome los “lamedores”, *vna cucharadita de miel rosada, o de maguey*, el paciente debería hacer vahos de la siguiente manera: *Toma pimienta y oliuque, y cueçase con vino, y desde este hiruiendo tape la olla con vn embudo, y el cañon en la boca reciba el baho dos o tres vezes. Despues, y para que se acabe de quitar, y que no le buelua a mas le quemè las venitas, que estan dentro de la oreja, desta manera.*

Toma vn herrecito que tenga vna caudurita quanto quepa la vena de la oreja; como la luna de cinco días, o como vna dexarretadera, y no se a d apretar mucho la mano y el hierro no a de ser agudo, y a de tener de grueso como un tostò, y no duelè mas las muelas, así como tampoco se padece ciática, y es cosa maravillosa ver como quita el dolor de muelas y diètes¹⁷.

Trata el capítulo XIV “de la tova” y sigue la misma estructura:

definición, causa y tratamiento. La primera es de precioso estilo y así reza: *Llaman toua vnas arenillas, que se quajan entre los dientes y los ligan, y es de tal manera que se hazè vna mesma cosa cò ellos, de donde a uenido el vulgo a llamarla toua, por que traua vn diente cò otro, como hazè las touas que hechan a los pies traundo vno con otro, la qual toua destruye la carne de la encia, quedàdose ella en su lugar dexando defraudada la encia del beneficio, quele hazia allí su carne.*

Al quedar incluido este mal en este tratado no podía esperarse sino que la causa sean los reumas *que ordeno naturaleza para humedecer la boca, y lengua, dientes, y muelas, y con el frio de la respiracion se quaja, y haze toua*, del mismo modo que se originan otras que podríamos llamar “calculosis” en riñones o en las articulaciones de los gotosos. Refiere el testimonio de *vn medico docto de nuestros tiempos* que comentó el caso de un paciente a quien *se le cayeron todos los dientes de vna grande abundancia de reumas, sin corrupcion de la mandibula ni de los dientes* y al cabo de unos días le abrieron una especie de tumorcillos aparecidos en las encías, encontrando allí *vnos terroncillos de toua*, deduciéndose categóricamente que *son reumas las que hacen la toua, y no el humor, ni las limosidades de la boca.*

El tratamiento de esta afección pasa por varias fases, comenzando con un buen régimen de vida que incluye dormir con la boca cerrada para evitar que el aire inspirado y espirado enfríe los reumas con que están humedecidas las raíces dentales; después, se debe ser cuidadoso con la higiene dental: *teniendo cuidado de limpiar a menudo los dientes, y de quando en quando con vn buril cerrados los dientes, cò vn tomin metido entre ellos* pues se desprende con facilidad. Asimismo propone unos polvos dentífricos: *Toma piedra pómez, o de amolar, o arenilla bien cernida, y poluos de incienso, y sangre de drago, partes yguales, y con agua de goma se van formando peuetes como dedos, y no tan gruesos sino como vn cañon, con los quales se limpie vna vez cada semana lauandose la boca con orines, y la boca cada mañana se laue con vino, con lentisco o poluos de incienso, con que se aprietan los dientes y engendran buè olor, lo qual se a de hazer hasta del todo quitar la toua*¹⁸.

Por último, se ocupa en el capítulo XXV “del neguijón”, enfermedad correspondiente a la caries dental, en cuya etimología repara y así considera que recibe tal nombre *por pararse el diente negro como lo esta la neguilla que nace en los trigos por aquella semejança que tiene con ella*. De nuevo la causa *son reumas alteradas y detenidas entre las muelas y diètes*, además de la mala higiene si bien en íntima relación y no como causa distinta pues con *la limpieça se resueluen las reumas, y asi no abria lugar de corromperse los huesos d los dientes*. Tal corrupción no duele hasta que *la corrupciò es penetrante, y llega al neruezito q es el que siète dolo, al qual dolor acude luego el humor y haze*

la hinchazón, y es causa de corromperse las dichas muelas y apostemar sus enzias, y corromperse las mandíbulas hasta descubrir sus rayzes. Todo esto podría evitarse, lavándose la boca tres veces al día, por la mañana, tras la comida y tras la cena, además de masticar por ambos lados y así, contundentemente, la boca *jamás criara neguijon*.

También el *maxcar cicle haze no parar en los dientes y muelas reumas*, pero si algún diente estuviere ya afectado, con caries penetrante, convendrá desviarlos de los vecinos o limarlos, y todavía tendría remedio quemándolo con agua fuerte, *cò la raiz del mole y maxque del almèdra del capote* pero en caso de no remitir el dolor, es *mejor sacar el tal diente o muela*, y aun si se hinchara la boca, convendría sangrar, y todavía si no cediera la inflamación con la sangría convendría administrar *tres o quatro sahumeros con copal o pastilla que lleua bermellón, y purguese con vna cucharadita de poluos de Colima, o Guanajuato, o Mechocà*. Termina este capítulo con el testimonio de los dos hombres que él había visto *como pasmados* por dolor de una muela y aun de todo el cuerpo, de lo que curaron tras la exodoncia¹⁹.

Es ahora el Tratado II, “De Anothomia”, que ocupa un apartado “De la boca”, cuyas partes son cinco, *los labios, los dientes, la lengua, el paladar, la campanilla, o pligoto*²⁰, repitiendo lo referente a los dientes como en la primera edición.

De igual manera, reitera la expuesto en aquella edición de 1578 lo relativo a la sangría de las venas leónicas²¹ y es en esta edición cuando indique que *Nunca el baruero a de sangrar sin licècia del medico*²², así como también será competencia de éste mandar poner ventosas²³.

Más acertado se muestra en la nueva edición cuando habla en el capítulo tercero, “de la dislocaciò de las quixadas”, del libro VII, titulado “De fracturas y dislocaciones”. Debe seguirse el siguiente procedimiento para reducción de dicha luxación: *El paciente ha de estar sentado sobre vn banco, o sobre la cama, y el artífice delante del, y vn ministro por detras del paciente sentado, y vn paño de manos por debajo de la barba, y el ministro por delante del enfermo, y el dedo pulgar metido por la boca, y con la otra mano tenga la cabeça, y le lleue la quixada mansamente hazia el lado sano, y buelua otra vez hazia el lado mismo, y esto se haga tantas vezes, hasta que se reduzga el hueso en su lugar, y el ministro tirando hazia arriba, hazia un lado, y hazia el otro, hasta que encaxe en su lugar, y luego se le ponga esta bilma.*

*Toma yncienso y mirra, y tratese con trementina, y hechese esta bilma junto a las orejas ambas, y en su lugar sea oxite, todo con poluos de la simiente del árbol del Piru tostado, y biè caliente, y quàto lo pudiere sufrir, y la ligadura sea por debajo de la barba, y se ate ençima d la cabeça*²⁴.

Por último, en el Antidotario incluido al final del libro recopila algunas fórmulas farmacológicas para otros tantos usos. Una de ellas es el *Ynguento para limpiar la boca de los que estan en vñ-ciones, y dice así: Tomar cardenillo, y alùbre, Media onça de cada cosa, y hechese en quatro onças de azeyte, estando subtilmète molido, y tratese cò vn palito, y cò esto se limpià las llagas de la boca doz vezes cada dia, sin otro genero de lauatorio por q se caen los dientes, con la frialdad del lauatorio*²⁵.

Otra es el siguiente *Gargarismo para la boca*, compuesto de la siguiente manera: *Toma vn puñado d la yerua d la golòdrina, y cueza en vn açumbre de agua, hasta que mengue la mitad, y despues que se aya colado le añidan vnos granos de grana de cochinilla molida, y vn granito de soliman crudo, y con esto se haga gargarismo: dos vezes cada dia, que en poco tiempo sana las llagas de la boca, y de la garganta, por de mala calidad que sear*²⁶.

Dejemos un colofón sobre esta obra. Quedando claro el propósito del autor, no lo es tanto en la práctica. Está claro, sobre todo en la primera edición, que su intención no es redactar un tratado académico de altos vuelos, dirigido a colegas ni siquiera a estudiantes de la Medicina o la Cirugía. Pero quien quiera interpretar este libro habría de partir de unos conocimientos previos, siquiera mínimos, que no obran en poder de aquellos “cualquiera que supiere leer”. Menos aún se les puede animar a practicar alguna acción quirúrgica, si acaso a la aplicación tópica de una receta, dando por bueno, que ya es dar, la interpretación, por no decir diagnóstico, del mal sobre la que intervendría ese “cualquiera que supiere leer”. No es, desde luego, un libro de tantos dedicado al pueblo, de aquellos que se conocen como “de medicina doméstica o popular”. Para nosotros es más bien un libro de

cirugía elemental, con contenido a gusto del autor, dedicado a esos cirujanos menores que ante la escasez de profesionales de mayor nivel tanto trabajo tuvieron no sólo en México sino incluso en países europeos de milenaria tradición quirúrgica escrita y centenaria docente, pudiendo encontrárseles contratados con toda legalidad por ayuntamientos incluso en el siglo XIX pues estaba legitimados por su carta de autorización extendida por el Tribunal del Protocirujano.

La segunda edición mantiene el tono aunque amplía el programa con la inclusión del más extenso tratado dedicado a los reumas, si bien encaja forzosamente en esta teoría algunos males de los expuestos a continuación con explicaciones muy elementales sobre su etiopatogenia. También son novedad ahora los referidos tratados sobre el parto y las enfermedades infantiles más frecuentes, con lo que intenta aumentar la utilidad del libro. De biblioteca pobre, Aristóteles, Cornelio Celso, Dioscórides y Guy de Chauliac son los únicos citados y no con profusión; Juan de Vigo y el coetáneo español Luis Lobera de Ávila, abundantemente referido, aparecen más para corroborar sus teorías que para sostenerlas. Desconoce, evidentemente, el *Coloquio breve y compendioso...* de Francisco Martínez de Castrillo, editado tan sólo siete años antes de su partida para Nueva España.

No obstante de ser una obra quirúrgica menor, no olvida la materia que hoy llamamos estomatológica, y quedan estas elementales nociones, más amplias en la segunda edición, entre las primeras impresas del Nuevo Continente que sedimentaron como referencia en la que aprender y afirmar lo más elemental para ir evolucionando con experiencias posteriores.

Bibliografía

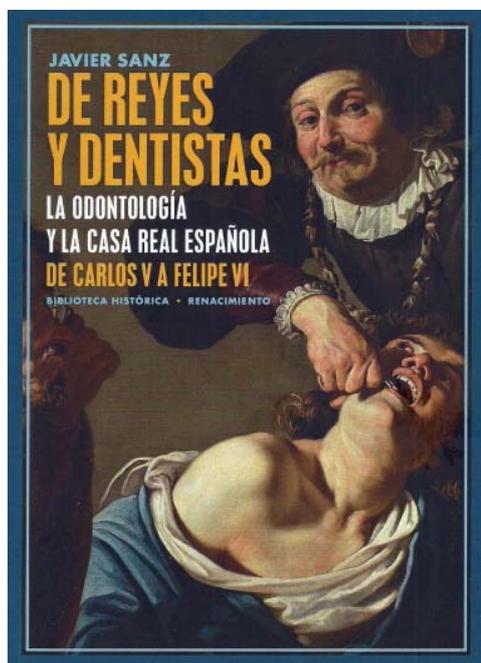
- Quizá el estudio más detallado sobre el autor y la obra sea el de Somolinos D'Ardois, G. Vida y obra de Alonso Lopez de Hinojosos. En: López de Hinojosos, A. Suma y recopilación de Cirugía, con un arte para sangrar muy útil y provechosa. México, Academia Nacional de Medicina, 1977. Colección Nuestros Clásicos, 1. (Edición consultada). Cfr. también: López Sala, M.L. Alonso López de Hinojosos. <http://dbe.rah.es/biografias/19563/alonso-lopez-de-hinojosos>
- López de Hinojosos, A. Op. cit., pág. 33.
- Martínez Hernández, G. La llegada del cirujano Alonso López de los Hinojosos a la Nueva España. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 49 (4), 2011, págs. 459-462.
- Ídem., pág. 104.
- Ídem., pág. 105.
- Nos referimos al Tratado breve de Flobotomía (Madrid, Juan González, 1620) de Diego Pérez de Bustos y a la Instrucción para Barberos flebotomianos (Valencia, Juan Chysostomo Górriz, 1621) de Alonso Muñoz.
- Martínez Hernández, G. Op. cit.
- Cfr. también Cordero Galindo, E. Alonso López de Hinojosos, el primer cirujano novohispano. Estudio comparativo de su obra. Boletín del Instituto de Investigaciones Bibliográficas, 1997, vol. II, 1, págs. 41-64.
- López de los Hinojosos, A. pág. 77.
- Ídem., pág. 75.
- Ídem., págs. 90-91.
- Ídem., pág. 100.
- Ídem. págs. 104-105.
- Ídem. pág. 187.
- Ídem. págs. 199-200.
- López de los Hinojosos, A. Op. cit., 1595, págs. 31 vº-32 vº.
- Ídem., págs. 32 vº-33.
- Ídem., fº. 33 vº-34 vº.
- Ídem., págs. 34 vº-35 vº.
- Ídem., pág. 83.
- Ídem., pág. 89.
- Ídem., págs. 91-91 vº.
- Ídem., pág. 92.
- Ídem., pág. 145.
- Ídem., pág. 183.
- Ídem., pág. 125 vº.

De reyes y dentistas

Javier Sanz

Editorial Renacimiento publica esta breve obra de erudición, donde la odontología sirve al autor para pasearnos por la salubridad y la ciencia de los últimos cinco siglos en España.

De los barberos y sacamuelas, en tiempos de los Reyes Católicos, hemos pasado a la disciplina médica de primeros del XX, este recorrido odontológico llega a Alfonso XIII, y a la entrada de dicha disciplina en la Universidad española. Abarca un periodo de cinco siglos, que comienza con la legislación de los barberos, que doblaban su actividad como sacamuelas, en tiempos de los Reyes Católicos, y termina con el ascenso de este viejo oficio manual a la categoría de universitaria.



Como cada cual, también los Reyes pertenecieron a la humanidad doliente. Y quien no hubiera caído en la cuenta, que abra este libro y se pasee por la vida cotidiana de Austrias y Borbones, hasta la fecha. Verá que los males de la boca no respetaron categorías humanas y todos acabaron pasando, antes o después, por las manos del dentista. Cosa diferente fueron las artes de quienes fueron contratados por la Casa Real para dar alivio dental a sus titulares. Aquí sí que hubo categorías, desde los sacamuelas denostados por Quevedo hasta los dentistas formados a finales del XIX en los mejores centros de los Estados Unidos, claro que mientras estos últimos fueron excepción, no así los otros. Príncipes y princesas, reyes y reinas, antes o después se vieron en manos de quienes dieron remedio, o al menos lo procuraron, a las agujeradas dentaduras regias, aunque también intentaron hermoPEARLAS y hasta perfumarlas mal que bien. Sin esta minuciosa narración, quizá pareciera la historia de nuestro Reyes y allegados un impenetrable misterio de la torre de marfil. Pero no, es precisamente cuando se averió el regio marfil bucal cuando se humanizó su historia.



(Sigüenza, 1957). Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España, ocupa el sillón 24 «Historia de la Medicina». Doctor en Medicina y Cirugía, en Odontología y en Historia, y especialista en Estomatología, es profesor de la Unidad de Historia de la Medicina de la UCM y socio fundador y presidente, durante veinticinco años, de la Sociedad Española de Historia de la Odontología (SEHO). A esta especialidad ha dedicado su mayor atención docente e investigadora. Autor de numerosos libros, desde una Historia General de la Odontología Española hasta un Diccionario Biográfico Histórico de Dentistas, sin olvidar los diez volúmenes de la colección que edita, Clásicos de la Odontología Española, ha dedicado atención a otros asuntos como la historia de la Farmacia, de los Hospitales o de las Universidades, teniendo siempre como referente la investigación archivística. Espectador de la vida de su país, ha colaborado como columnista en diferentes medios: Guadalajara Dosmil, La Crónica de Guadalajara y Nueva Alcarria durante más de dos décadas, apuntando a los temas de índole política, cultural y social y también condujo la sección de historia de la Medicina en el programa El ojo clínico de TVE.

La belleza y la comunicación como tándem de futuro en nuestro sector

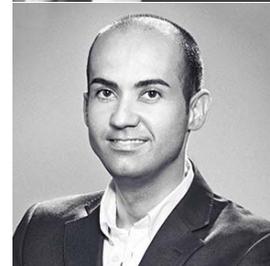
Aurora Llaveró

Responsable de Comunicación en Plan Synergia



Dr. Alberto Manzano

CEO & Fundador de Plan Synergia



Afortunadamente la salud bucodental va calando cada vez más en las nuevas generaciones. Creo (y espero) que la mayoría de nuestros hijos y sus amigos tendrán el índice CAO más bajo de la historia. Por desgracia, seguirá existiendo en áreas socio-económicas más deprimidas, aunque éste es un sector que tampoco suele caracterizarse por sus revisiones periódicas a nuestras consultas.

Por ello, comunicar sobre la importancia que tiene la estética en nuestras vidas, lo vemos como un gran flotador para el futuro de nuestras clínicas. En Plan Synergia seguimos muy de cerca la comunicación de los grandes “gurús” actuales del sector en otros países, sobre todo en EE.UU. Y nos da envidia a veces ver, en primer lugar, lo mucho y bien que comunican y, en segundo lugar, la importancia que le dan a la estética ellos y sus miles de seguidores. Por todo ello vamos a divagar ligeramente en este espacio sobre la belleza real y dar una visión actual de hacia dónde están dirigiendo las grandes firmas del sector de la belleza sus recursos de comunicación.

Todos conocemos “el canon de belleza” predominante desde el siglo pasado: una mujer de medidas concretas 90-60-90 y piel de porcelana, sexy y complaciente; y un hombre atractivo, musculado, desafiante y poderoso.

Sin embargo, se está haciendo cada vez más evidente que la vida hoy debe transcurrir entre lo global, las diferencias y la inclusión. Llevamos décadas de discriminación a muchos niveles, y si hablamos de belleza física, el cuerpo que no se ajusta a “el canon”, no se ha valorado como bueno o con posibilidades. Pero desde hace algunos años se está reivindicando la diversidad física para colocarla en el lugar que se merece, el de “ser”, así de simple. No somos una máquina perfecta, y a veces nuestro cuerpo falla, y en esos momentos, la salud y el simple hecho de sentirse bien deben ser prioridad. En este proceso las marcas tienen la responsabilidad de hablar de lo

saludable, humanizándose. A este movimiento se le ha denominado “*body-positive*”.

Las marcas ligadas a la imagen (moda, cine, cremas, publicidad, etc...) tratan de ajustarse a la actualidad, porque su “esquema mental” ha estado arraigado a “el canon” durante muchos años, y se han dado cuenta que necesitan conectar con algo más que una aspiración de sus clientes, tienen que conectar con ellos. No hay más que fijarse en las últimas campañas de Abercrombie, Calvin Klein, Victoria’s Secret o H&M para darnos cuenta de esta tendencia.

¿Qué podemos hacer nosotros para conectar también con la nueva generación y su nuevo concepto de belleza? Pues copiar a los grandes. Mostrar sonrisas individualizadas, remarcar ese concepto de la personalización: diseños de carillas por ordenador (cad-cam), pruebas de *mock-up*, mostrar los diferentes tonos de blanco de nuestras guías... Sí, conceptos básicos para nosotros, pero todo un mundo a descubrir por nuestros pacientes. Cada vez más, los grandes *influencers* dentales muestran



Calvin Klein.



Victoria's Secret



Campaña viral de H&M



Abercrombie & Fitch

sus trabajos con maquillajes y pequeñas imperfecciones, hasta los americanos se han unido a esta forma de plantear sus casos, como ejemplo podemos ver el Instagram del exitoso Dr. Apa, que pese a que de vez en cuando tiene pacientes que le exigen ese blanco Hollywood y dientes hiperperfectos, cada vez más genera sonrisas más naturales. En contraposición, podemos poner el ejemplo de @maisondental con resultados más "exagerados", como siempre para gustos, los colores. ¿Y tú, de qué lado estás?

También hemos comprobado al medir los tiempos que pasa cada usuario en las webs de nuestros clientes, que la sección de "nuestros casos" (con sus virtudes y sus defectos) es mucho más interesante que usar fotos de "bancos de imágenes", aunque menos guapos y perfectos, es algo más atractivo que

una sonrisa Hollywood re-retocada por Photoshop®. Atrévete, muestra tu trabajo, comunica, haz fotos, comparte los entresijos de tu clínica, piensa que el 95% de la comunicación que hay en redes, las fotos se toman con el móvil.

Como último consejo, queremos compartirte que la famosa frase de "en redes sociales, el contenido es el rey" ha cambiado a "en redes sociales, el cómo se comunica es más importante que el propio contenido". Todos hablamos de lo mismo, pero buscar tu estilo de comunicación propio, acorde a los valores que quieres transmitir, será lo que enganchará a tu audiencia. Canciones que hablan del amor hay millones, pero todos los meses sale alguna nueva que triunfa... Al igual que cada nueva canción de reguetón encuentra una nueva forma de decir "mueve ese culito" ;)



Transformación Digital

Eduardo Martín
Experto en Gestión y Marketing Dental
Licenciado en Administración y Gestión de Empresas



Durante los últimos años hemos visto como la fibra, wifi y smartphones se han introducido en nuestras vidas de manera fugaz empujándonos a ver el mundo a través de pantallas, facilitándonos en la mayoría de ocasiones nuestra forma de vida a la hora de buscar información, lugares, compras, etc y sobre todo comunicarnos de manera rápida y productiva.

Justamente en estos últimos meses la población se ha metamorfoseado y ha abandonado lo analógico mirándolo desde un punto de vista obsoleto y del pasado, a los que nos definíamos digitales ha sido un paso más a lanzarnos con confianza a este nuevo estilo de vida, y para los más reticentes a las tecnologías ha sido la entrada a la era digital, en resumen todos nos hemos transformado en seres digitales y racionales.

¿LO PUEDO APLICAR A MIS PACIENTES?

Si alguien tiene dudas sobre si sus pacientes son digitales y puede aplicar estos cambios con ellos obteniendo los resultados esperados, debemos preguntarnos si nuestros pacientes utilizan internet todos los días, whatsapp, Redes sociales, etc **¡Claro que son digitales!**

Seguramente no serán el 100% porque aun tendremos alguna generación analógica en nuestra base de datos, pero la mayor parte son usuarios o coquetean con las tecnologías.

Estamos de acuerdo que no todos serán digitales, pero debemos **buscar la diferenciación con los que sí lo son, debemos adaptar el lenguaje y comunicación a cada tipo de paciente**, esto nos asegura valor añadido a nuestros servicios.

¿MI CLÍNICA PODRÁ DIGITALIZARSE?

Por supuesto, no tengáis la menor duda. En mayor o menor medida podemos empezar a digitalizarnos en muchos aspectos de manera rápida, el sector dental lleva años evolucionando en este aspecto, solamente hay que mirar fuera, asistir a congresos o ferias y veremos un gran número de opciones que se han integrado en muchas clínicas con buenos resultados a nivel clínico y de gestión.

Las metas que debemos marcarnos es llegar a nuestros pacientes a través del mayor número de canales posibles

ENTONCES, ¿CÓMO TRANSFORMAR MI CLÍNICA TRADICIONAL A CLÍNICA DIGITAL?

Como todo en la vida y en la gestión dental es necesario realizar una buena planificación de nuestra nueva clínica, armándonos de toda la información necesaria y que esté disponible para tomar decisiones con el objetivo de mejorar nuestro trabajo diario, ofrecer mayor calidad, que nuestros pacientes nos vean actualizados, modernos y adaptados a las nuevas exigencias del 2020.

Las metas que debemos marcarnos es llegar a nuestros pacientes a través del mayor número de canales posibles, ofrecer una imagen actualizada para crear confianza e implementar en nuestro día todas las ventajas que aporta tanto a la clínica como al paciente este fascinante mundo a través de la digitalización. A nuestros pacientes **debemos darles una Experiencia Digital Full time**, desde el momento que buscan información pasando por la primera interacción en nuestras instalaciones, durante todo el proceso de tratamiento y por supuesto una vez ha finalizado buscando algo tan valioso y costoso como la Fidelización.

Este proceso quizás para los que empiecen puede dar vértigo si miramos a corto plazo, siempre ponemos barreras mentales a los cambios, que nos impiden realizar nuevas acciones, actitudes específicas, nos auto convencemos y autosaboteamos pensando que lo de siempre continuará funcionando y que la novedad son inventos poco fiables, añadiendo la gran barrera económica, la salida de la zona de confort, cambiar mi forma de trabajo que tan cómodo he estado estos años y como me ha ido bien pues no he visto la necesidad de adaptarme.

Ahora hay un PERO, **la situación nos obliga a cambiar, a adaptarnos, no es una opción.**

La visión generalizada que observamos en las formaciones que impartimos a clínicas dentales es que lo miran con recelo y creen que solo las clínicas grandes o grupos con gran capacidad económica pueden invertir en esta experiencia digital o realizar protocolos de trabajo digitales, en mi opinión es procrastinar, todas las clínicas podemos dar el cambio con una gran actitud por parte de todo el Equipo y con herramientas sencillas y económicas.

Visualicemos las vías a tratar en nuestra clínica, lo dividimos en EATP (Experiencia Atención al paciente) y ECTD (Experiencia Clínica Tratamiento Digital).

EATP (Experiencia Atención al paciente)

Debemos observar todo el proceso y el conjunto de interacciones que tiene la clínica con el paciente, cuales son los momentos de la verdad “touchpoint” donde puedo introducir estos elementos digitales. Desde el momento en que hago la promesa al paciente a través de mis acciones de marketing Digital (Redes Sociales, Mailing, Whatsapp, Web, etc), pasando por la confirmación de visita y acogida en clínica ofreciendo una gran primera visita Digital, etc. En estos puntos hemos utilizado una pequeña inversión económica asumible para atraer pacientes cuidando el diseño, mensaje e imagen de nuestro centro. En el resto del proceso haremos que nuestro paciente respire confianza que la experiencia digital aporta sin lugar a dudas.



CONFIRMACIÓN DE CITA



PRIMERA VISITA DIGITAL

ECTD (Experiencia Clínica Tratamiento Digital)

Con la EATP vinculando al paciente dicha seguridad del tratamiento con nuestras herramientas digitales, desde el momento que realizamos OPG o CBCT digital para obtener un diagnóstico adecuado a su plan de tratamiento hasta que escaneamos su boca para realizar tratamientos protésicos o de Ortodoncia de alineadores.

En todo el largo proceso de un tratamiento podemos apoyarnos de una **gran variedad de herramientas sencillas y de acceso para todos**, que influyen positivamente en la Experiencia Global del paciente, tanto herramientas como la vídeo consulta virtual (después del confinamiento todos somos expertos), como herramientas que marcan la diferencia en la comunicación Clínica-Paciente, ofreciendo de simulación de resultados, sin lugar a dudas los detalles marcan la diferencia.

*No es necesario cambiar.
La supervivencia no es obligatoria”.*

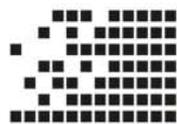
Alguna de estas herramientas pueden ser **inversiones recuperables a corto plazo, que con un buen uso en la comunicación de la primera visita y durante el tratamiento** nos reportará un gran índice de aceptaciones, diferenciación y recomendaciones. Todo esto debe acompañarse de un sencillo Plan estratégico centrado en las necesidades del paciente, quién lo pruebe vivirá un antes y un después en su calidad profesional.

¿Aún crees que la Transformación Digital no es para tu clínica?

Si estas convencido que puedes, Adelante no esperes más y da el paso con actitud. En caso contrario suerte, al final siempre pasa lo mismo, o nos adaptamos o vemos a nuestros pacientes en la clínica de al lado.



EQUIPOS FOTOGRAFICOS CONFIGURADOS

 **FOTOLANDIA**
dental
by casanovafoto



Canon



OLYMPUS

**3 MODOS
DE
DISPARO**

INTRAORAL

EXTRAORAL

CIRUGÍA

933305162 · 933302969

fotolandia@casanovafoto.com

www.fotografiadental.cat

Webinario Cómo aprender a prevenir la periimplantitis, 8 de octubre

Dr. Alberto Monje



El día 8 de octubre Ticare emitirá en diferido el webinario “Cómo aprender a prevenir la periimplantitis a través de su tratamiento” impartido por el Dr. Alberto Monje con la moderación por parte del Dr. Jose Nart. Será a través de la plataforma Implant Training <https://www.implant-training.es/> y tendrá difusión en todas las redes sociales de Ticare.

Dr. Alberto Monje es Licenciado en Odontología por la Univ. Europea de Madrid, Máster en Periodoncia por la Universidad de Michigan (USA) e investigador en el Departamento de Cirugía Oral e Implantología en la Universidad de Berna (Suiza).

La implantología a debate, jueves 15 de octubre.



Los doctores
Carlos Larrucea,
Mariano Sanz,
Juan Blanco y
Alberto Monje.

El día 15 de octubre, jueves, Ticare emite por primera vez el coloquio entre los doctores Mariano Sanz, Juan Blanco y Alberto Monje, con la moderación del Dr. Carlos Larrucea, sobre la implantología. En este debate, que se grabó durante el Congreso Ticare Evidence, se tratan temas de enorme calado como las causas y el tratamiento de la periimplantitis, y cómo influye la presencia de filtración bacteriana en la conexión entre implante y pilar o, por el contrario, contar con gap “0” frente a las bacterias. La emisión será acceso libre y se anunciará en todas las redes sociales de Ticare.



ABRIMOS CUADRO MÉDICO RAPID TEST COVID19

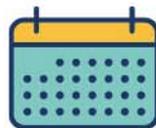


¿QUIERES RECIBIR PACIENTES
PARA HACER TEST SEROLÓGICO?

¿CÓMO FUNCIONA?



El paciente compra el test en nuestra web y recibe un voucher por e-mail



Escoge la clínica del cuadro médico donde quiere hacerse el test y pide cita



El día programado el paciente va a la clínica, presenta el voucher y le hacen el test

NOTICIAS TICARE



ticare TISSUE CARE
PHILOSOPHY

Nueva perfiladora Ticare Inhex para fresado subcrestal



El lanzamiento de la **nueva perfiladora Ticare Inhex para fresado subcrestal** ofrece una alternativa más en la colocación del implante. Esta técnica permite **enterrar el implante por debajo del nivel óseo** y reducir el riesgo de exposición de la parte coronal del implante.

La perfiladora Ticare Inhex para fresado subcrestal, fabricada en acero inoxidable, permite realizar el perfilado de implantes colocados por debajo del nivel óseo para implantes Inhex STD

Tornillos BioCam de Ticare para chimeneas anguladas



ticare TISSUE CARE
PHILOSOPHY



ticare
BioCam

Nuevos tornillos Ticare para todas las **conexiones anguladas que se fabrican en BioCam** de Ticare. Permiten trabajar en las rehabilitaciones de BioCam de Ticare con correcciones de angulación.

Los nuevos tornillos dinámicos se adaptan mejor a la prótesis BioCam de Ticare y permiten **mayor corrección de angulación en las conexiones** que fresa la compañía **para Ticare y para otras marcas**. El criterio seguido es que con cualquier conexión BioCam Ticare de las que fresamos, se pueda **corregir al menos una angulación de 20°**.

Otra característica importante de estos tornillos es que tienen en general cabezas algo más pequeñas y formas más redondeadas. El hecho de tener menos cabeza es importante por varios motivos:

1. El tornillo con menos cabeza girará mejor dentro de la chimenea angulada, con lo que será **más fácil su inserción dentro de la prótesis**.
2. Esta facilidad de giro permite reducir el vaciado interno de la prótesis, dando lugar a chimeneas internas más pequeñas, por lo que **la prótesis será más robusta** al tener más material.
3. Además del factor mecánico, la reducción del diámetro de la chimenea, irá acompañada de una **mejora del factor estético**, al ser más pequeño el agujero que se ve a simple vista en la prótesis y disminuir las posibilidades que el agujero se vea por vestibular.

NSK agradece la participación en la campaña #NSKHELPS

NSK
CREATE IT.



#NSKHelps
#NingúnHogarSinAlimentos

NSK Dental Spain agradece a todos aquellos distribuidores y dentistas que el pasado mes de julio, participaron en la campaña solidaria #NSKHELPS. La colaboración realizada por NSK con FESBAL en España y FBPA en Portugal resultó ser un rotundo éxito, consiguiendo recolectar más de 12.000 ki-

los de alimentos en ambos países. En total, la campaña consiguió ayudar a más de 500 familias. Desde NSK queremos reiterar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas y empresas que colaboraron para poder llevar a cabo esta donación.

Máster en Odontología Familiar y Comunitaria. Universidad de Sevilla

Desde el 1 de octubre se encuentra abierto el plazo de matriculación para la **XV Edición del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria** de la Universidad de Sevilla. El proceso de matriculación permanecerá abierto hasta el 20 de octubre de forma impropor- gable.



El “**Master in General Dental Practice**” constituye la maestría con mayor actividad clínica del país, al formar al alumnado en odontología hospitalaria, atención primaria de salud y formación integral en las distintas especialidades (odontopediatría, endodoncia, implantología, prótesis, cirugía oral, etc).

Más información en acastano@us.es

QUIERE
**FINANCIACIÓN
FÁCIL?**
PARA SUS PACIENTES

FINCLINIKS®
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL



CONVENIO
CON NUEVAS
FINANCIERAS

infórmese en
918 291 241

¡NOVEDAD!

**NUEVA PLATAFORMA AUTOMATIZADA,
MUCHO MÁS SENCILLA Y ÁGIL**

🌐 www.fincliniks.com | ✉ info@fincliniks.com



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/



Los productos Corega, pastas de dientes Parodontax y Sensodyne Repair & Protect y Sensodyne Rapid Action cumplen la normativa vigente de productos sanitarios. CHESP/CHSEN/0067/19