ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 9
Nº 45 noviembre-diciembre 2020

Mª Rosario Garcillán

"En este momento nos encontramos formando a los futuros odontólogos como profesionales de la Salud y no solo como técnicos de enfermedad"

Feliz Navidad 2020 y responsabilidad para celebrar todos la Navidad 2021

José Mª Eiros Bouza

"En las profesiones sanitarias la formación continuada es una exigencia de por vida"

Miguel Ángel González Moles

"La creación de una especialidad de Medina y Patología Oral no debería en ningún caso relajar los esfuerzos de formación de aquellos que no serán especialistas en la materia"

24-26
JUNIO
2021

EXPODENTAL
SCIENTIFIC
CONGRESS

Presentado el libro de J. M. Ustrell y M. R. Buxarrais

ticare
anton Suministros Dentales
SENSODYNE
VOCO THE DENTALISTS
NSK
STADA

ticare
TISSUE CARE
PHILOSOPHY

ticare
inhex
quattro

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

LA PREDICTIBILIDAD DE TICARE INHEX

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

ESTABILIDAD PRIMARIA DE TICARE INHEX QUATTRO

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

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

gapZero
ticare

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

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

- La odontologia privada en tiempos de pandemia
- Reflexiones éticas para el ejercicio de la odontología
- Ortodoncia para llevar
- La luz del faro

Tribuna de salud pública 16

- Al menos una buena noticia frente a la COVID-19
  F. Javier Cortés Martinicorena

Actualidad 18

- REUNIÓN INVIERNO SEDCYDO VIRTUAL 2020

Entrevista 22

- José María Eiros Bouza
- Miguel Ángel González Moles
- María Rosario Garcillán Izquierdo

Ciencia y salud 34

- Úlcera por bisfosfonatos
- Estudio epidemiologico de caries en la zona de Atencion Primaria de la Unidad VIII de la GAI de Ciudad Real y su comparacion con las encuestas de salud bucodental en Castilla la Mancha y España

Historia de la Odontología 42

- La Estomatología en la obra de Fray Agustín de Farfán
  Javier Sanz

Gestiona tu consulta 50

- El testamento
- 6 Hábitos que te harán mejorar como líder

Formación 56

- NACE LA CÁTEDRA USC-TICARE EN IMPLANTOLOGÍA
- I Fórum Internacional de Endo-Prótesis de AEDE y SEPES
- ORAL B Presenta el nuevo cepillo Oral-B iO

Empresas 59

- ¿Sabías que... dejar de usar la prótesis dental puede generar problemas en la salud?
- NOTICIAS TICARE

EDITOR
Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:
Antonio Castaño Seíquer

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**!

Restauración básica de "clase X-tra"

- **Imbatiblemente duradero:** soporta completamente las fuerzas masticatorias, excelentes propiedades físicas[1]
- **Imbatiblemente fácil:** Color universal con efecto camaleón, bulk-fill 4 mm
- **Imbatiblemente rápido:** Tiempo de exposicón 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]

MADE IN GERMANY 100%

[1] Tiba A et al., Journal of American Dental Association, 144(10), 1182-1183,2013.
[2] basado en cifras de ventas

VOCO
LOS DENTALISTAS

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Alemania · Línea gratuita 00800 44 444 555 · www.voco.dental

Editorial

No somos responsables

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Con la de cosas buenas que se pueden contar de la odontología y de los odontólogos, lo que más ocupa en la prensa son las continuas situaciones de abandono a los pacientes, por el cierre de franquicias o cadenas de centros donde dicen atender la salud bucal de sus clientes.

Hay algo que se repite con demasiada frecuencia para que nadie le ponga remedio y es la aparición de ciudadanos que dicen haber pagado por adelantado tratamientos que nunca recibieron y por unas cantidades que distan mucho de ser la ganga que pretendían obtener.

No podemos caer en una especie de culpa colectiva compartida, por lo que determinados empresarios, valiéndose de profesionales hayan hecho

Lo que en mi opinión no podemos hacer es caer en una especie de culpa colectiva compartida, por lo que determinados empresarios, valiéndose de profesionales de los que hoy no quiero opinar, quizá otro día, hayan hecho. Tampoco podemos, creo yo, asumir la responsabilidad de lo que esos pacientes o consumidores han optado por hacer libremente, más cuando desde nuestra profesión se ha denunciado tantas veces y tan alto lo que puede ocurrir.

Sé que no es políticamente correcto, algunos me acusarán de cualquier barbaridad que se les ocurra, llamar a las cosas por su nombre no está bien visto. Pero cuantas veces el timado es alguien que quiso ser el timador, la responsabilidad del consumidor también debe ser exigible.

Si ahora aparecen ciudadanos con tratamientos sin terminar, algunos incluso pagados por adelantado, no corresponde al conjunto de los dentistas solucionarles todo el problema, una cosa es que se les de la asistencia que precisen y otra es que corra a cuenta de todo el colectivo. Los colegios, ya desde antes de que empezase a ejercer el más veterano de los actuales, han venido denunciando el intrusismo y las malas prácticas, en sus diferentes formas, que han ido cambiando con los tiempos, pero siempre solos, sin apoyo real de las distintas administraciones, y sin el apoyo de la mayoría de las víctimas, que cuando llega el momento, en la mayoría de los casos, y con harto conocimiento de causa lo digo, no aparecen, dando lugar al sobreseimiento de todas las actuaciones.

Toda persona engañada o timada merece un respeto y una satisfacción por parte de los poderes públicos, que deben propiciar una justicia eficaz y eficiente.

La justicia empieza por legislar adecuadamente y nuestro legislador no lo ha hecho ni parece que tenga intención de hacerlo. Es más, con las actuales leyes son más las ocasiones en que se han visto sorprendidos en reclamaciones los dirigentes colegiales que los causantes de daños a los ciudadanos.

Los colegios deben defender a la profesión y asistir a las administraciones, pero no suplirlas y menos a cuenta de sus presupuestos, que es a costa de los colegiados.

Toda persona engañada o timada merece un respeto y una satisfacción por parte de los poderes públicos, que deben propiciar una justicia eficaz y eficiente

Si se han concedido préstamos para tratamientos que no se han recibido, es la dirección de la entidad financiera quien en todo caso deberá dar explicaciones.

Aparece estos días en la prensa el plan de cobertura pública dental que una cadena de clínicas propone con prestaciones de hasta un 50% y mientras la mayoría opina que es una pura operación de marketing, para desmarcarse del último escándalo y autopromocionarse, no falta el tonto de salón que se lo cree y pasa a reivindicarse a sí mismo en un nuevo ridículo.

Para quienes han montado un negocio a cuenta de más y más tratamientos, con unos programas de financiación, que sólo a las entidades financieras benefician y tan bien les viene, la prevención apunta a no ser más que una cortina de humo.

La odontologia privada en tiempos de pandemia

Dr. Manuel Ribera Uribe
Jefe Area Preventiva Y Medicina Oral
Profesor Titular de Gerodontologia i Pacientes Especiales. Universitat Internacional de Catalunya

Qué para el ciudadano común, la presencia del virus ha supuesto un antes y un después en su vida y en su manera de actuar, es obvio. Ha sido este un año de pérdidas, humanas, económicas, de relaciones sociales y de confianza en el futuro. Si bien es cierto que la vida sigue y nos hemos de acomodar a ella no lo es menos que el lastre que nos ha impuesto la situación no vamos a poder quitárnoslo fácilmente.

En lo que hace a nuestro trabajo me preocupa por supuesto la repercusión de la pandemia en el funcionamiento de nuestras clínicas. Hemos padecido el problema en primera línea, expuestos como los que más al contagio. Hemos entregado nuestros epis y mantenido la asistencia a nuestros pacientes dentro de las pautas permitidas y lo hemos hecho sin que al atardecer nos aplaudiera nadie.

Sin embargo un, más o menos, subliminal mensaje se ha extendido, a mi juicio, entre la población: Necesitamos una sanidad pública más dotada. Sin discrepar para nada con ello, en muchos casos, sin embargo, al ciudadano común le ha llegado, alentado por espurios intereses, la maniquea y simplificante idea de la confrontación entre pública y privada. Intereses empeñados muchas veces en buscar frentes antes que sinergias. Intereses alentados por "gente tóxica" que diría Stamateas, gente que necesita devaluar lo que sienten como ajeno para poner en valor lo que viven como propio. La atención pública es buena, desinteresada, busca el bien para todos y la atención privada es torticera, busca llenar su bolsillo y mira más por el negocio que por la salud. ¡Qué mala es la privatización! ¡Cuánto sinvergüenza hay que hace negocio a costa de la salud de los demás! Tiempo les ha faltado a algunos próceres líderes políticos o de opinión para caricaturizar la actividad privada de la sanidad. Días atrás se publicaba en la Vanguardia una tira gráfica en la que un sanitario le pedía a un paciente que abriera la boca (en la sanidad pública) contraponiéndola a otra que le pedía que abriera la cartera (en la sanidad privada). Elegante (o no) sarcasmo al amparo de la libertad de expresión de un laureado dibujante , que nos pone a los dentistas y sanitarios privados a los pies de los caballos y da pábulo a algunos para envolverse de una pátina de legitimidad cuando promueven programas encaminados a mejorar la salud bucodental del pobre ciudadano con la idea de rebajar las expectativas de "negocio" de las clínicas comunes para aumentar las expectativas de "asistencia" de algunas clínicas Municipales o "sociales" que, eso sí ,solo dan de comer a la estructura y la gente políticamente afín que las promueve . No rinden beneficios que vayan al bolsillo de un "acaudalado empresario". Hecho al parecer censurable en sí mismo para algunos. Todo lo contrario , se destinan a aumentar servicios y nuevos centros perpetuando el bucle que alimenta a gestores , administradores y profesionales alineados con su entorno ideológico o prestando servicios que rompen la universalidad de la prestación y que no vienen dictados por los legisladores legitimados por los ciudadanos sino por la decisión del politizado gestor de turno .

Necesitamos, visto lo visto, una sanidad pública potente y universal, equitativa dentro de las directrices de las autoridades competentes. No "buenista" sino realista. No cicatera sino ambiciosa. Una odontología pública que sobre todo prevenga la enfermedad y que cure la de aquellos que , siendo respetuosos con el esfuerzo que hacemos todos al pagarla , y cumpliendo con las pautas de cuidado y prevención que se les exige , tienen problemas que les superan . Y mientras los que pueden tomar decisiones para invertir en lo primero se lo piensan y encuentran un director de orquesta que sepa de lo que habla, también necesitamos una odontología privada de calidad, asequible al ciudadano medio y respetada por todos, también por los ideólogos de lo público, que permita a sus profesionales vivir de su trabajo dignamente sin que nadie les acuse de peseteros o faltos de sensibilidad social.

La profesión ha dado más que sobradas muestras de implicación con la sociedad y con nuestros pacientes, en su interés porque todo el mundo pueda disfrutar de una salud oral digna. Los colegios profesionales, las asociaciones profesionales y las clínicas dentales en general han trabajado para ello. Hay montones de iniciativas solidarias que nacen desde dentro de la profesión para los desfavorecidos. La pandemia de coronavirus no ha impedido en ningún caso que tanto los dentistas públicos como los privados, siguiéramos proveyendo soluciones a los problemas dentales de nuestros pacientes.

Desde la perspectiva de haber trabajado en ambas , pública y privada, y defendido , durante 40 años , la coexistencia y el respeto mutuo entre las dos, con el convencimiento de que ninguna es buena "per se" sino que lo son por la bondad , la buena intención y el esfuerzo de los que nos dedicamos a cualquiera de ellas y ahora que vamos llegando al final de la vida laboral, creo honradamente que el camino sigue siendo largo y que el transmitir ideas que siembren dudas sobre la bondad del prójimo no es de recibo. No lo es como persona, ni como gestor, ni como político. Mucho menos como profesional. Como no lo es hacer de todo ello un argumento, portador de un sustancial sesgo, para justificar planteamientos ideológicos en una u otra dirección. Siempre nos quedará la esperanza de que las nuevas generaciones detengan la bonhomía de cambiar las pulsiones de sus mayores.

Lactoflora®

salud bucodental

SABOR MENTA

¿Problemas dentales y de encías? ¿Mal aliento?

El complemento para la higiene bucal diaria

Triple Efecto

L. brevis CECT 7480 , L. plantarum CECT 7481 y Pediococcus acidilactici CECT 8633[1-2]

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: adilac Asociación de intolerantes a la lactosa España

www.lactoflora.es

STADA

Our Mission - Your Health

(1) Bosch M, Nart J, Sergi Audivert, Bonachera MA, Santos-Alemany A, Fuentes MC, Colom J. Isolation and characterization of probiotic strains for improving oral health. Arch Oral Biol 2012; 57: 539-549.
(2) Montero E, Iniesta M, Rodrigo M, et al. Clinical and microbiological effects of the adjunctive use of probiotics in the treatment of gingivitis: A randomized controlled clinical trial. J Clin Periodontol. 2017;44:708–716.

Reflexiones éticas para el ejercicio de la odontología

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

Debido a la diversidad de situaciones que enfrentaremos en nuestra actuación como dentistas, deberemos ser capaces de discernir en qué consiste una correcta intervención profesional y en qué no, con el objetivo de favorecer y beneficiar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes.

De ahí la necesidad de revisar la correlación dentista-paciente, mediante un proceso de reflexión adaptado a los cambios que experimenta la sociedad y la relación con los demás profesionales de la salud. Disponemos de la responsabilidad de trabajar en equipo y proporcionar una respuesta compartida que garantice a la vez los derechos y las necesidades de todos. Para conseguirlo es necesario adoptar cuatro principios básicos: 1) El diálogo, como mecanismo que nos permite llegar a acuerdos y establecer consensos, soluciones compartidas y criterios generales de intervención, 2) la razón, que nos ayuda a construir respuestas racionales y razonadas, 3) la sensibilidad ética, que nos permite captar conflictos éticos y distinguirlos de los problemas técnicos, legales o convencionales, y 4) La autonomía moral, que nos impulsa a actuar con libertad y decidir con plena responsabilidad frente a los conflictos.

"El criterio clave de la ética profesional es la buena intervención en el acto sanitario"

El criterio clave de la ética profesional es la buena intervención en el acto sanitario, la que garantiza el bienestar y los derechos y necesidades de los implicados. Tiene que centrarse en la reflexión crítica frente a situaciones dilemáticas de la práctica profesional, más que en la transmisión de códigos normativos o de buenas conductas.

La práctica sanitaria plantea retos éticos reales como la relación profesional-paciente, la confidencialidad, el secreto profesional, el consentimiento informado, la aceptación de participar en ensayos clínicos, la distribución justa de los recursos y el esfuerzo para evitar la masificación en la asistencia. Quienes experimentan esta relación directa con el paciente deberían tener la capacidad de influir en la gestión del sistema sanitario, porque los profesionales consideran que gozan de poca libertad en el momento de decidir sobre aspectos de su responsabilidad profesional cuando tienen que ver con la administración. Esto tiene una gran repercusión en sentirse bien valorado por los pacientes. por los demás profesionales y por las organizaciones donde se ejerce la actividad, porque nuestra práctica se enfrenta a desafíos como la necesidad de la salud, los recursos de que se disponen y la gran dependencia del sector empresa.

Para la renovación del código deontológico nos corresponde tener en cuenta la sensibilidad ética, las habilidades y competencias de los profesionales, y el análisis crítico de las guías de valor que el contexto histórico, social y cultural ha ido construyendo.

Es necesaria una sensibilidad ética y una apertura emocional por parte de los profesionales frente a situaciones y hechos que atentan contra los derechos de los usuarios y contra la justicia social. En este sentido, el primer paso que nos atañe es la capacidad de sentir sin racionalizar, de captar emocionalmente las injusticias, los tratamientos incorrectos y los abusos, estrictamente vinculados con las experiencias de vida de cada uno, porque se es más sensible en la medida que se es capaz de vivir en la propia piel determinadas situaciones problemáticas y de participación directa.

Entre las habilidades y competencias que se requieren está el "juicio moral" como ejercicio de dilucidación mental, que permite reflexionar sobre como deberíamos modificar u orientar nuestra acción para que asegure el bienestar y la calidad de vida de las personas implicadas. Nos permite generar diferentes alternativas a un problema y sopesar las diferentes consecuencias positivas o negativas de cada una de ellas, tratando de equilibrar las diferentes fuentes de tensión presentes en los problemas éticos profesionales como la propia ideología del profesional y las obligaciones del paciente, de la propia profesión, de la entidad que contrata y de la sociedad.

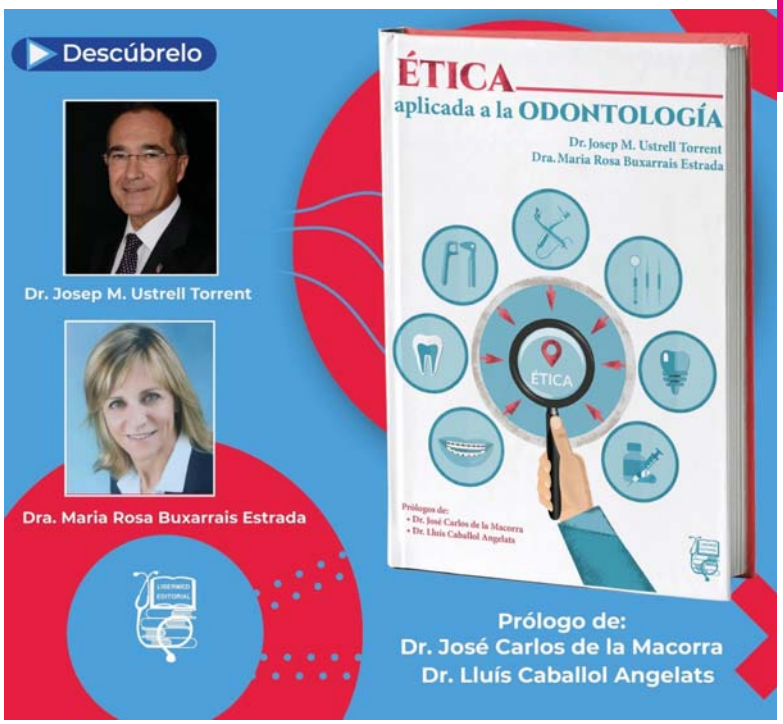
También estarán englobadas la comprensión crítica de la realidad, que faculta para obtener el máximo de información posible de una determinada actuación, contrastarla con experiencias anteriores o con situaciones parecidas y actuar asumiendo la plena responsabilidad y las habilidades dialógicas necesarias, es decir, establecer diálogos fluidos que se encaminen a la búsqueda de acuerdos y consensos.

Es necesaria una sensibilidad ética y una apertura emocional por parte de los profesionales frente a situaciones y hechos que atentan contra los derechos de los usuarios y contra la justicia social

Ética aplicada a la Odontología

Dr. Josep M. Ustrell Torrent
Dra. María Rosa Buxarrais Estrada

Ética aplicada a la Odontología libro obra del Dr. Josep M. Ustrell Torrent y la Dra. María Rosa Buxarrais Estrada, editado por editorial Lisermed, presentado recientemente con gran éxito en el sector. Se compone de siete capítulos y una extensa bibliografía. El prólogo está a cargo del Dr. José Carlos de la Macorra, Decano de la facultad de odontología de la Universidad Complutense y Presidente de la Conferencia de Decanos de Odontología y el Dr. Lluís Caballol Angelats, Profesor Titular de la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona y Síndic de Greuges de la U.B.



Dr. Lluís Caballol:

… Esta es una obra que parte de la persona y su dignidad como axioma central de toda construcción ética.

Dr. J. C. de la Macorra:

… esta ética nos ayuda a estar preparados para tomar las mejores decisiones para ser más felices, que no es poco.

Crítica

Se trata de un texto dividido en siete capítulos muy bien diseñados y de fácil lectura.

Los autores, ambos de la Universidad de Barcelona, Josep Maria Ustrell, director de la Escuela de Odontología y Maria Rosa Buxarrais, catedrática de la Facultad de Educación, se adelantan a su tiempo y llevan a cabo una serie de reflexiones éticas y morales, considerando y reforzando los puentes entre las ciencias de la salud y las humanidades.

Desarrollan las ideas desde una perspectiva humanista, dejando claro que el Odontólogo debe acoger y proporcionar seguridad al paciente, algo que parece obvio pero que se olvida a veces.

Rechazan la Odontología como empresa fría y calculadora y se inclinan por un profesional apasionado y lleno de amor a la especialidad.

Por último, se dedica un capítulo a la Odontología del futuro, al transhumanismo y, lo más difícil en estos momentos, el vislumbrar la enseñanza de la especialidad en los años venideros, por ello, el alumnado de Odontología debería leerlo y poner en práctica lo que en él se dice.

Con estos autores sólo podía salir un libro de élite.

Doctor Pedro Clarós Blanch
Miembro de la Real Academia Europea de Doctores

Ortodoncia para llevar

Reflexiones en fin de semana

David Suárez Quintanilla

El Profesor David Suárez Quintanilla es catedrático de Ortodoncia de la Universidad de Santiago de Compostela (España), ex presidente de la European Orthodontic Society y vicepresidente de Ortodoncia de IADR. Además, es el creador de la Técnica Straight Wire Low Friction y autor del libros como "Ortodoncia. Eficiencia Clínica y Evidencia Científica". Visite su página web en: dsqtraining.com

El reconocido experto español David Suárez Quintanilla realiza un penetrante análisis del impacto en la especialidad y en la sociedad de las nuevas clínicas especializadas en Ortodoncia invisible, que prometen falsamente tratamientos ultrarrápidos imposibles de cumplir clínicamente.
Por la relevancia que tiene este artículo del Dr. Suárez Quintanilla para la odontología, y más específicamente para la ortodoncia, el mismo se publica conjuntamente en las revistas *Dental Tribune Latinoamérica* y en *Odontólogos de Hoy*.

Sócrates comparaba la práctica de su dialéctica con el de un insecto hematófago, el tábano, y así lo expuso en su famoso discurso apologético antes de beber la cicuta. Javier de Pisón, director de Dental Tribune Latinoamérica, lleva tiempo pidiéndome que realice un remedo de esta sana, pero peligrosa, actividad inquisitiva centrada en la actual situación de mi amada especialidad. Para mi desgracia, solo comparto con el ateniense más sabio ("solo sé, que no sé nada") mi calvicie y abultada nariz, según la descripción realizada por Alcíbiades, y por tanto pido perdón de antemano por la comparación. Aquí va otra entrega para reflexión de unos, enfado de otros y polémica de todos. Espero que una buena mordedura del tábano ayude a despertar a alguno; no tengo grandes esperanzas.

Tal como está el panorama, y con el diluvio que está cayendo, unas gotas de lluvia no parecen empeorar aún más la situación de la especialidad, pero los ortodoncistas, quizás por nuestra doble pasión por la profesión y la estética minimalista, somos muy sentidos y recibimos cada pequeño atentado contra los pacientes y nuestra querida especialidad, como una afrenta quijotesca.

En concreto me refiero al anuncio, a los cuatro vientos por redes sociales, de la apertura en España de clínicas franquiciadas *"take-away"* de Alineadores (Impress, SmySecret, Straigt Teeth Invisible, Smile Direct Club, etc.). Ante todo desearles, por el bien de sus futuros usuarios, un próspero negocio, al menos inicialmente, que le permita disponer de la suficiente liquidez para afrontar la devolución del dinero a sus clientes si las cosas se ponen mal y comienzan las reclamaciones y denuncias. Sería una manera de cortar la tónica de quiebras fraudulentas a la que nos tienen acostumbradas este tipo de franquicias (todas "dent" más un prefijo o sufijo hortera) que concentran sus desdichas en las clases más humildes (véanse los vídeos que circulan por internet de pobres pacientes, y pacientes pobres, reclamando muy airados la finalización de sus tratamientos, ya pagados, financiados por el banco). Son lo opuesto a Robin Hood, quitando a los más desfavorecidos para llenar la bolsa de unos pocos pseudoempresarios del diente. Y a éstos me dirijo, recordándoles que vender alineadores no es lo mismo que vender churros en las ferias o hamburguesas en McDonalds (aunque sí comparten con esta compañía el sueldo que pagan, los primeros a sus repartidores y los segundos a sus diagnósticadores-planificadores de casos; siempre hay alguien dispuesto a aprovecharse de la inmigración forzosa de dentistas de países como Venezuela). Esperemos que, de una vez por todas, las autoridades limiten el número de clínicas por profesional (o empresario en la sombra) y exijan a estas cadenas de clínicas un fondo de reserva preventivo intocable para atender a los pacientes en estas situaciones y no sean los verdaderos damnificados, los últimos en la cola para cobrar.

No soy nada sospechoso de ser un tradicionalista de la ortodoncia, al menos en cuanto a novedades tecnológicas y biomecánicas, ni de rehusar el uso de alineadores, que utilizo con profusión en mi clínica, e incluso he desarrollado una técnica propia para su uso en dentición mixta.

Pero precisamente como conozco el objetivo que su nombre bien define, alinear, y sé de las limitaciones de esta técnica, me sorprende este carácter reduccionista y simplificador de los que se dicen "especialistas en ortodoncia" y únicamente utilizan este tipo de aparatos en sus clínicas, argumentando que otras técnicas más clásicas ya están periclitadas. Es un argumento falaz, que, en realidad, oculta un argumento económico (supongo que ahora la conjunción de crisis y mascarilla les hará replantearse volver a la, según ellos, obsolescencia).

Ya decía Albert Einstein que había dos cosas infinitas, la estupidez humana y el universo, pero que de la segunda no estaba seguro

Está claro que hoy se pueden hacer con ellos más cosas que el alineamiento y la expansión, en especial si usamos auxiliares como MARPE, cirugía, elásticos, microimplantes o le colocamos aderezos para el reposicionamiento mandibular, muchos de ellos copias descaradas de la aparatología funcional más clásica (ya decía mi maestro el Profesor José Antonio Canut que el que dice haber inventado algo en ortodoncia es porque no ha estudiado lo suficiente). Este punto es un botón de muestra de cómo nos conducimos los dentistas: durante años, los *Evidence Based Orthodontics* americanos (mucha evidencia, pero poca clínica) han sido contrarios a los resultados clínicos conseguidos en el tratamiento de las Clases II mandibulares, por la escuela funcionalista europea. Ahora que una gran multinacional se dedica a poner un remedo de *bloques gemelos de W Clarck* a los alineadores para corregir esta maloclusión, ahora sí que crece la mandíbula para mayor gloria de los alineadores. Ya decía Albert Einstein que había dos cosas infinitas, la estupidez humana y el universo, pero que de la segunda no estaba seguro.

No hay que negar que todo lo que rodea a los alineadores es un gran negocio empresarial (véanse el valor en bolsa de Align Technology o la reciente decisión de Dentsply-Sirona *[ver mi artículo en Dental Tribune al respecto]* de defenestrar a su marca de ortodoncia clásica, GAC, en favor de los alineadores, solo por motivos de rentabilidad empresarial). Y también un nuevo negocio, cómodo y limpio, para el dentista general sin conocimientos ni experiencia en ortodoncia: solo hay que prescribir (en realidad, solo escribir) "alinear los incisivos", vender el caso, colocar unos ataches, hacer un poco de desgaste interproximal, cuando de verdad lo hace el profesional y no lo delega en el personal auxiliar… y cobrar).

Pero la cuestión clave, la que incluso se hace el profano, es: si existen estos fantásticos sistemas digitales CAD/CAM, tan sencilla y asépticamente infalibles y clínicamente efectivos, ¿por qué hay tontos haciendo másteres de ortodoncia *full-time* de dos o tres años? ¿Son diletantes a los que les gusta perder tiempo y dinero en estudiar crecimiento cráneofacial, biomecánica, biología del movimiento dentario ortodóncico? ¿Pasaremos los docentes universitarios de ortodoncia a engrosar las cifras del desempleo?

Vivimos una sociedad VICA (voluble, incierta, cambiante y ambigua), donde los valores tradicionales se han trastocado por una ética de fluidez mercúrica, que solo responde a las necesidades del mercado. El mercado, y sus exigencias consumistas, son la única guía de las decisiones políticas.

Ya no vivimos en una sociedad donde la excelencia sea un valor de referencia, como la oclusión ideal, sino en una situación en la que el *hombre-masa* de Ortega, aquél que flota y se deja mecer al compás de las mareas de la moda, que solo sabe exigir derechos, y subvenciones, se ha convertido en legión, pegado a un teléfono más inteligente que él, mientras vive feliz en la impersonalidad de la mediocridad.

La excelencia, el gobierno y poder de los más sabios y preparados, está siendo desterrado por lo que da votos: el populismo más ramplón. La incultura de las nuevas generaciones, reflejada en el espejismo de las redes y los youtubers, pintan un sombrío panorama post-covid 19. A la crisis sanitaria y económica se va a sumar una devastadora crisis cultural. Poco podía imaginar, a mis sesenta años, que tuviera añoranza de la dicotomía nietzscheana entre la moral del superhombre y la del esclavo.

Es en este escenario donde hay que incardinar estas clínicas *"take-away"*, en la frivolidad de considerar la ortodoncia al mismo nivel que el bronceado, la manicura o la depilación, sin la más mínima preocupación por la salud del cliente, antes paciente, obligado a firmar como principal y único responsable de todos aquellos problemas y desastres que puedan originar los aparatos precocinados dispensados en cadena por la franquicia. La frivolidad se hizo dentista, y habitó entre nosotros: Que el aparato produce problemas periodontales, la culpa es del paciente. Que

Foto: Quang Tri NGUYEN/Unsplash

el aparato produce una mordida abierta posterior y problemas de ATM, la culpa es del paciente. Que el aparato no funciona, la culpa es del paciente que no se lo pone lo suficiente.

Muchas de estas clínicas de una sola técnica, y muchos de los plástico-adictos, limitan sus objetivos a las exigencias del paciente, que reduce su maloclusión a señalar con su dedo "el diente mal puesto", sin reparar en su Clase II, discrepancia y protrusión dental, mordida cruzada posterior y mordida abierta. Es normal que los pacientes sean así y que reduzcan sus problemas a lo que ven, a los seis dientes anterosuperiores (los *"social six"*). Pero es nuestra misión ética y profesional ejercer la pedagogía del diagnóstico y, una vez analizado y explicado todo, que sea el paciente informado el que tome la decisión. Si los pacientes supieran lo que se tiene que conseguir con un tratamiento de ortodoncia, *otro gallo cantaría*. Pero la simple devolución del dinero, sin reclamar daños y perjuicios, es una magnífica solución a los conflictos para los pseudoempresarios del alineador.

Es cierto que no se ve lo que no se conoce y esto le pasa a muchos neófitos de la ortodoncia, que al no tener un mínimo de formación son incapaces de ver, ya no digo diagnosticar, los diferentes componentes de la maloclusión. En resumen, y esto es la clave de la cuestión, que por el mismo precio (o superior), solo van a poder conseguir un pobre resultado limitado al diente digitalmente señalado (esto es el diagnóstico digital para ellos).

"Los dentistas-marca son aquellos que, en lugar de vender sus conocimientos y servicio personalizado, venden una marca de alineadores, destacando los títulos dados por esa marca en pago al consumo de sus alineadores"

Existen dentistas-Marca, que en lugar de vender su nombre, conocimientos y servicio personalizado, venden una marca de alineadores, destacando los títulos dados por esa marca (máster platinum del universo) en pago al consumo de alineadores; y existen también dentistas-Pinocho, a los que admiro por su capacidad de convencer al paciente de que es el paciente, y solo él, el responsable de los fracasos clínicos del *dentista*. Son "profesionales" que le dicen al paciente que "eso", una mordida cruzada posterior, no es importante, o que "ya está", que hasta aquí es lo que puede llegar a hacer el aparato o, ante una desviación funcional mandibular, que no tenga la "manía" de torcer la boca y que aprenda a morder recto. No son pocos los que tienen ambos títulos (Marca y Pinocho). Caraduras los hay en todos lados y todas las profesiones.

Como nadie va a poner puertas al mar y mucho menos limitar el ejercicio profesional, y menos entre especialidades de la odontología (véase el rotundo fracaso en España y en todo el mundo de las sociedades científicas y profesionales de ortodoncia en este terreno), yo solo veo una solución a este problema, unívoca, clara y diáfana. Con la mano en el corazón soy de los convencidos que la Ortodoncia es una especialidad muy particular de la Odontología, cada día más cerca de la medicina *(véanse otros artículos míos en Dental Tribune)*. Los sorprendentes resultados de las actuales técnicas en ortopedia dentofacial en el adulto, disyunciones no quirúrgicas tipo MARPE, prevención y tratamiento paliativo del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, la roncopatía, el bruxismo, toda la patología disfuncional y de ATM de componente oclusal o el diseño de sonrisa (que no es nada sin el correspondiente tratamiento de ortodoncia en la mayoría de los casos), por no hablar de la increíble capacidad para modelar el crecimiento de la cara de nuestros hijos, nos hacen sentir dichosos y orgullosos de haber escogido esta especialidad.

Solo un lerdo ignorante puede creer que todo el cuerpo doctrinal y biomecánico de nuestra especialidad es un divertimento teórico y que el ejercicio clínico se reduce a pegar brackets mágicos o colocar plásticos, sin realizar ningún tipo de diagnóstico o bajo las directrices, diagnósticas y terapéuticas, de programadores totalmente ajenos a la odontología.

Por eso, porque sé lo que cuesta, en tiempo y esfuerzo, formarse bien en nuestra especialidad, y soy consciente de la falta de líderes y del actual descontrol de los tratamientos *"take-away"*, la solución pasa por una sencilla regla: informar al paciente de lo que debe exigir y reclamar en su tratamiento de ortodoncia y ayudar a éste (y me dirijo a Colegios Profesionales y sociedades científicas y políticas de la Ortodoncia), mediante un concienzudo peritaje, a realizar la oportuna denuncia, pidiendo daños y perjuicios, más allá de la simple devolución del dinero. Esta campaña informativa ha de ser fuerte y potente, con un gabinete de comunicación y de abogados bien pagado, que empiece por explicar al paciente lo que le quieren hacer firmar. Este es, de verdad, el único camino para intentar solucionar todo este maremágnum de desprestigio profesional tan perjudicial para el paciente.

"Los dentistas-pinocho tienen la capacidad de convencer al paciente de que es el paciente, y solo él, el responsable de los fracasos clínicos del dentista"

ESPECIAL
COVID-19

antón
Suministros Dentales

KAVO Dental Excellence

NSK

W&H

Pásate a los multiplicadores

Menos aerosol, evita riesgos

Consulta nuestras ofertas
www.antonsl.es

TU CLÍNICA LIBRE DE VIRÚS Y BACTERIAS

STERILAIR PRO

TECNO-GAZ industries

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**

#todovaasalirbien

Contacta con nosotros

www.antonsl.es

94 453 06 22

antonsl@antonsl.es

La luz del faro

Alejandra Llorente
Odontóloga

Este año ha sido duro, y no creo en lo que dicen de que saldremos más fuertes. Salir saldremos, pero llenos de arañazos... Por la pena de los que no pudieron vencer al virus, por el daño en la economía y las secuelas en la salud mental de todos.

No sé vosotros, pero yo estoy viendo muchos más problemas de ATM y fracturas dentales que antes.

Pero pese a estos tiempos extraños que nos están tocando vivir siguen sucediendo cosas que nos hacen sonreír y esto es muy necesario.

La risa es vital para que incluso en los tiempos más oscuros aparezcan rayos de luz. Cómo la luz de los faros que iluminan las noches para que los marineros lleguen a salvo a tierra.

Por esto os voy a contar las anécdotas que me han ido pasando. Seguro que entre todos podríamos escribir un libro

El ritual del triage a veces resulta muy divertido, los pacientes aparecen a veces con una de las calzas de gorro y el gorro en los pies, o se van con las calzas y el gorro a la calle, que ya hasta el portero me dice que si he puesto un spa.

Luego los que se creen que los algodones para limpiar la nariz tienen que tenerlos todo el rato. Están los que se han bebido el enjuague de peróxido de hidrógeno diluido en agua pese a que les he dicho que lo escupan.

También ha aparecido un grupo que lo voy a clasificar como el de los "desdentados rebeldes". Estos son los que dicen que como ahora con las mascarillas no les ve nadie pues que no se ponen las dentaduras o si se les rompen no se las arreglan. Me dan ganas de decirles que como llevan pantalones ya no les hace falta ropa interior pero luego me doy cuenta de que es mejor no darles ideas.

Al final no digo nada pero el día que vuelva todo a la normalidad van a venir corriendo como si fueran los San Fermines a que se lo arreglemos o a los nietos les van a dar un buen susto.

Todavía me acuerdo la primera vez que vi a mi abuela por accidente sin dientes, tendría unos cinco o seis años.

Escuché un ronquido tremendo por la noche y pensé que era un monstruo terrible y me metí corriendo en su cama, cuando la vi con los rulos, sin dientes y que aquel rugido lo hacía ella, salí de allí pitando.

Estuve durante meses sin querer acercarme a darle un beso hasta que mi padre me explicó cómo funcionaban las dentaduras.

Me quedé más tranquila y empecé a recabar información. Quizás en ese momento empezó mi vocación porque le fui preguntando a todos mis amigos sobre los dientes de sus abuelos. Lo mejor fue lo que me contó mi amigo Manuel, decía que su abuelo a veces se confundía y mojaba la dentadura en el café cómo si fuera una galleta.

Los niños los pobres también tienen lo suyo. El otro día me decía Pablito en la revisión que estaba muy triste porque le habían regañado en el colegio por haberse dado un abrazo con un amigo; que ya no podía ir a casa de su abuela a merendar y que para colmo yo ya no le inflaba el guante como si fuera un globo.

Se fue más contento después de que le asegurara que pese al confinamiento el Ratoncito Pérez sí que pasaría por su casa porque tenía permiso de trabajo.

Quizás en estos momentos, como Pablito, lo que necesitamos es creer en una ilusión para poder seguir llevando el día a día lo mejor que se pueda y sonreír de vez en cuando pese a que debajo de la mascarilla nadie nos ve.

NSK
CREATE IT.

Oferta Especial **Rotatorios Serie M**

Hasta el 31 de diciembre de 2020

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€*~~

- Con Luz

MODELO **M25L**

REF. C1024

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€*~~

- Con Luz

MODELO **M95L**

REF. C1023

KaVo® y MULTIflex LUX® son marcas registradas de Kaltenbach & Voight GmbH & Co. Alemania

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

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

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

Al menos una buena noticia frente a la COVID-19

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

Seguimos hablando de esta epidemia. Es algo cansino pero es el asunto del que no nos podemos sustraer. Sufrimos una invasión informativa que muchas veces nubla otras facetas de la actualidad, nos mantiene en permanente tensión. El aluvión de datos es tan fenomenal que tengo que confesar que, a ratos, me produce más confusión que información. Por ello es necesario separar el grano de la paja y quedarnos con lo importante.

De esta avalancha de datos no se escapa la odontología y esto nos viene bien pues los datos que se están publicando refuerzan nuestra posición. Yo diría que, al ponernos en la foto, nos ayudan a aceptar mejor todas las medidas de protección que nos hemos visto obligados a tomar. Estos datos dicen que, en materia de control de la infección, la mayoría de los dentistas lo estamos haciendo bien. Las medidas de protección parece que están funcionando. Nuestra posición teórica en el vértice de la pirámide de riesgo entre las diferentes profesiones no está siendo avalada por los datos disponibles hasta el momento. Esta pirámide nos sitúa entre los profesionales con mayor riesgo de ser infectados en el ejercicio de nuestra profesión, pero los estudios realizados en estos meses de pandemia no le dan la razón (hasta ahora).

La tasa de dentistas infectados es claramente inferior a la media nacional de su país y también claramente inferior a la media de infectados entre sanitarios

Hace tan solo unos días, un estudio entre dentistas en los EE.UU. informaba que sólo el 0,9% había sido infectado por el coronavirus durante la primera oleada de la pandemia (hasta junio) a pesar de que el 73% no limitó ni suspendió su trabajo. En España, diferentes estudios muestran cifras que se mueven sobre el 3% aunque durante la primera oleada más del 60% de los dentistas cerró, o limitó su trabajo a realizar asistencia telefónica. Se encuentra ya en prensa –y por eso me permito adelantar algún dato- un macro-estudio sobre más de 52.000 dentistas de 36 países (incluido el nuestro) que muestra una ratio de infección Covid-19 en dentistas entre el 0,4 y el 4,1% (salvo alguna excepción). En todos, la tasa de dentistas infectados es claramente inferior a la media nacional de su país y también claramente inferior a la media de infectados entre sanitarios.

De todas las medidas de protección recomendadas por diferentes organismos nacionales e internacionales como el *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC)*, los estudios detectan las que están siendo más adoptadas y las que muestran una mayor asociación con la probabilidad de no ser infectados. Son las siguientes:

- **Cribado telefónico** previo a la cita y toma de datos sobre la salud del paciente en relación a su posible contacto con el coronavirus, y toma de su temperatura corporal al llegar a la clínica.
- **Espaciamiento de citas**, control de distancia entre pacientes, uso de mascarilla hasta iniciar el acto clínico y evitar acompañamiento en la sala de espera.
- **Desinfección del equipo** después de cada paciente y de todas las superficies del entorno clínico que pueden ser tocadas con las manos por pacientes o miembros de nuestro equipo.
- **Protección física** del interior de la clínica con barreras física (mamparas) y aireamiento frecuente.
- **Uso de equipo de protección individual** de todo el equipo clínico con especial énfasis en la mascarilla de alta protección -N95/FFP2 o FFP3- sola o combinada con una quirúrgica (es la medida que muestra más eficacia), guantes, pantalla o gafas protectoras, gorro y bata larga desechable o reutilizable sobrepuesta.
- Y, en menor medida, el **enjuague previo** al acto clínico

Estas medidas están funcionando. Hagámonos a la idea de que van para largo.

* Eurpean Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 infection prevention and control for primary care, including general practitioner practices, dental clinics and pharmacy settings -9 june 2020. ECDC: Stockholm 2020.

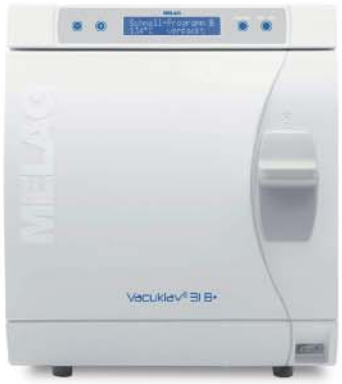
ESPECIAL ESTERILIZACIÓN

antón
Suministros Dentales

MELAQUICK 12+ MELAG

LA SOLUCIÓN
MÁS RÁPIDA
PARA LA
ESTERILIZACIÓN

Plan Renove especial Covid-19



VACUKLAV 31+ MELAG

LINA MB22 W&H

E8 Euronda

Plan Renove

Te damos hasta 700€ por tu viejo autoclave

#todovaasalirbien

Contacta con nosotros

www.antonsl.es

94 453 06 22

antonsl@antonsl.es

REUNIÓN INVIERNO SEDCYDO VIRTUAL 2020

¿Te lo perdiste? Te lo contamos

A. de Juan Galíndez

¿Por qué de la coexistencia y exacerbación de síntomas en los trastornos de la disfunción craneomandibular, dolor orofacial y patología del sueño?

¿Cual es el enfoque correcto de manejo clínico, cual son las claves de diagnóstico y de tratamiento de estos procesos que actualmente se incluyen en los SINDROMES DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL?

Estas y otras cuestiones han sido la motivación central de la reunión ON-LINE de invierno de SEDCYDO 2020.

La bidireccionalidad entre los procesos de disfunción craneomandibular (DCM), el dolor orofacial y la patología del sueño es el concepto que quiere trasmitir la reunión de invierno de SEDCYDO para este atípico año 2020. Haciendo énfasis en el enfoque multidisciplinar a la hora de acometer el intento terapeútico y abogando por un cambio de paradigma en cuanto al abordaje holístico.

Estas tres ideas BIDIRECCIONALIDAD, MULTIDISCIPLINAR y HOLISTICO han sido los conceptos alrededor de los cuales han rotado la temática organizativa en la se han apoyado el Dr. Javier Hidalgo Tallon en su calidad de coordinador de la Reunión de Invierno de este año de esta ya veterana sociedad, actualmente presidida por el Dr. Jose Manuel Torres Hortelano

Dadas las especiales circunstancias de este año 2020 se vuelve a apostar, en este tipo de eventos, por el formato ON-LINE. Para ello la organización ha confiado acertadamente en el **GRUPO MERAKI–EVENTOS CON ALMA S.L**, como secretaría técnica. Encomendándoles el despliegue en cuanto a la organización material. Junto con su equipo técnico audiovisual, que tirando del buen hacer que les caracteriza y de la experiencia acumulada en la organización de este tipo de eventos ON LINE, consiguieron limar defectos de lo encorsetado de este formato y con imaginación e innovación, conseguir unas exposiciones fluidas de alta calidad.

Dr. Torres Hortelano

Dr. Hidalgo Tallón

Programación

Se inicio el evento con la presentación del mismo por parte del Presidente de la Sociedad anfitriona, el **Dr. Jose Manuel Torres Hortelano**.

El programa se dividió en dos bloques temáticos diferenciados, ideando un sistema a modo de coloquio, creando **dos mesas redondas virtuales** con una estructura de panel de conferencias temporalmente comedidas que permitan agilizar un debate final, en tiempo real, sobre los temas desplegados. Permitiendo hacer llegar las preguntas de forma ágil como si se estuviera en la misma sala.

Mesa Redonda 1: Medicina del Sueño y dolor Orofacial

El primer panel de conferenciantes fue moderado por el Dr. Manuel Miguez Contreras, odontólogo, con el título de “Medicina del Sueño y dolor Orofacial”.

El Dr. Míguez destacó que los trastornos y alteraciones del sueño en relación con el dolor orofacial están siendo, en los últimos años, un problema de salud pública importante. Aumentando su prevalencia de forma considerable y muy relacionado al tipo de sociedad en que vivimos.

El Dr. Antonio Romero Garcia, Odontólogo, presentó la relación de los trastornos de Sensibilización Central con las Alteraciones del Sueño. Trastornos del sueño como causa de la hiperalgesia, facilitando la aparición del dolor o hipersensibilidad al mismo. Favoreciendo la aparición de la "sensibilización central" que se traduce en un aumento de los trasmisores que generan la trasmisión del dolor llevando a una hiperexitación, que pueden desembocar en estos Síndromes de Sensibilización Central (Fibromialgia, Sind de fatiga Crónica, Sensibilidad Química Múltiple, Trastornos o desordenes Temporo-mandibulares, Síndrome de Dolor regional complejo, Síndrome de boca ardiente, etc...) Se sospecharía Sensibilización Central cuando el paciente tiene una respuesta exagerada en dolor como respuesta al estímulo, la distribución difusa del dolor y las altas puntuaciones en escalas de mediciones de percepciones en cuestionarios específicos diseñados.

Según el Dr. Romero, la privación del sueño puede alterar la modulación endógena del dolor. Existiendo una relación bidireccional entre los trastornos inmunes que afectan a la calidad del sueño y las alteraciones del sueño que llevan a alteraciones o desajustes del sistema inmune. Así mismo, aboga en el tratamiento de estos síndromes por un enfoque multidisciplinar, por la terapia cognitivo conductual, manejo del estrés y con un enfoque holístico. Aprovechando las posibilidades de Inteligencia Artificial y del Big data para conseguir este enfoque global. Destacó la educación en la neurociencia del dolor, afianzando la alianza terapéutica entre el doctor y el paciente. Presentando como pilares de la prevención la dieta, ejercicio físico y el sueño. Aboga por un enfoque más integrador en la etiopatogenia, considerándolos como trastornos en el ámbito de la Psiconeuroinmunología. Intentando tratamientos no farmacológicos basándose en Terapia cognitiva conductual, normalización del sueño, el ejercicio físico, terapias de *mindfulness*...

El Dr. Alejandro Iranzo de Riquer, Médico Neurólogo, habló sobre su trabajo en el Trastorno de conducta del sueño REM. Trastorno que puede hacer de predictor de las enfermedades neurodegenerativas. Interesantísima disertación, a tener muy en cuenta. Relacionando enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, Parkinson...) con las alteraciones del sueño. Pudiendo ser estas alteraciones del sueño el primer síntoma de estas enfermedades. Poniendo en valor identificar estos trastornos como predictor de diagnóstico precoz de estas enfermedades neurodegenerativas, pudiendo valorar la posibilidad de iniciar tratamientos neuroprotectores.

Describió la Enfermedad de Alzheimer con acumulo de B-Amiloide en las neuronas y la Enfer de Parkinson perdida celular de neuronas que producen dopamina en la sustancia negra, por acumulo de Alfa-Synucleina. Presentando estudios en los que demuestra que los pacientes con el trastorno conducta del sueño REM al de 5 años desarrollan esta enfermedad y el 90% a los 15 años. Pero esto no quiere decir que los pacientes con insomnio vayan a desarrollar una enfermedad neurodegenerativa. Pero sí que un número importante de pacientes con alteración de conducta del sueño REM, sobre todo si se asocia a perdida de olfato, es muy posible que con los años la desarrollen. Muy interesante. El Dr. Luis Miguel Torres, Médico Anestesista, presentó su experiencia sobre el tratamiento con Radiofrecuencia en las neuralgias craneales y en especial Neuralgias Trigeminales. Definiendo las neuralgias como poco frecuentes, pero con un gran impacto en aquellos pacientes que lo padecen. Describiendo estas entidades que producen dolor craneofacial atípico, donde la causa no es odontológica y donde los tratamientos de Radiofrecuencia pude ser una alternativa de tratamiento, en este sentido:

- **En la Neuralgia del trigémino** comentó su relación en algunos casos con yatrogenia en procedimientos odontológicos endodónticos y quirúrgicos. Defendiendo el tratamiento con radiofrecuencia pulsada del Ganglio de Gasser por encima de otras técnicas más clásicas como la sobrecompresión de este ganglio o la Neurolisis con productos químicos del mismo. Siendo la radiofrecuencia la técnica más actual, predecible y por tanto la más usada. Es una técnica percutánea, con cierto grado de sedación, que exige una formación específica dadas sus peculiaridades.
- **Dolor facial idiopático** persistente es un dolor neuropático no dependiente del trigemino. En este caso se actúa sobre el ganglio esfenopalatino en la fosa pterigopalatina. Siendo la radiofrecuencia de resultados más inciertos
- **Cefalea de Horton** donde las mejorías son transitorias.
- **Dolor Disfunción ATM** como dolor recurrente con alteración de articulación, donde el tratamiento con radiofrecuencia también es más impredecible por que la inervación de la ATM es diversa.
- **Neuralgia de C2**, donde defiende la indicación del tratamiento con radiofrecuencia pulsada sobre las raíces C2/C3

Presentó y promocionó la nueva sociedad **científica SEMDOR**, cuyas siglas corresponden a la sociedad Española Multidiscipli-

Dr. M. Miguez

Dr. A. Romero

Dr. A. Iranzo

Dr. L.M. Torres

Dr. J. L. Roldan

nar del Dolor. Interesante si esto conlleva agilizar y mejorar los estudios de estos sindromes que mejore la atención de estos pacientes. SEDCYDO ya está hablando del carácter MULTIDISCIPLINAR y HOLISTICO de los problemas que hacen referencia al dolor. Espero que estas dos sociedades pronto encuentre sinergias colaborativas.

El Dr. Jose Luis Roldan Gonzalez, Médico Estomatólogo, disertó sobre la relación entre Cefaleas y los Desordenes Craneo-Mandibular (DCM). Tanto como coexistentes o con relación bidireccional. Donde el componente articular o muscular del dolor va a influir en la intensidad y la frecuencia respectivamente del dolor en la Cefalea, según trabajos bibliográficos presentados.

Describió la Cefalea primaria, Migraña con Aura o sin Aura. Poniendo énfasis en la necesidad por parte del "dentista" en conocer esta entidad para poder identificarla y diferenciarla de otras entidades relacionadas con los DCM. Diferenciándolas de la Cefales Tensional Episódica, de la Cefalea Tensional Crónica, etc… Donde el tratamiento debe ser individualizado en cada caso. Recomendando los tratamientos con Triptanes. Como novedad comento el uso en estos procesos de fármacos como Diptanes, tipo el Lasmiditan y Gepantes.

Mostró el papel del CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina) en la Migraña y las acciones terapéuticas con los fármacos anti CGRP que básicamente se realizan con anticuerpos monoclonales, es decir INMUNOTERAPIA.

Tras la exposición de las diferentes presentaciones se dio paso a la Mesa redonda propiamente dicha. Destaco el interés por los temas de Sensibilización Central con alteraciones del sueño. Sobre todo, el interés por los trastornos de conducta del sueño REM por lo novedoso, por las implicaciones apuntadas por el Dr. Iranzo tanto en la génesis de enfermedades neurodegenerativas y por el apunte de un origen vírico en todos estos procesos neurodegenerativos.

Mesa Redonda 2: Disfunción CRANEOMANDILAR (DCM)

Con el título de Disfunción cráneomandibular (DCM) y Moderada por Dr. Francisco Ramos Lopez, Médico Estomatólogo, comenzó el segundo bloque de esta reunión, dando una perfecta introducción y presentación a los distintos ponentes y los distintos temas que se desarrollaron.

La ponencia del Dr. Enrique Pozuelo Pinilla, Odontólogo, sobre los acufenos y su relación con los DCM estuvo bien estructurada e interesante. Definiendo los acufenos, mostrando la prevalencias en estudios realizados en EEUU, donde 25% de la población adulta los ha sufrido en algún momento. Donde 1% de la población los padece de una forma que se define como "no compensado", afectando de forma grave a su calidad de vida y produciendo un

Dr. F. Ramos

Dr. Pozuelo

Dr. J. Baeza

Dr. F. Hernández

importante gasto fármaco/sanitario. Dados las distintas posibilidades fisiopatológicas en su génesis se dificulta su control y por tanto sus posibilidades de tratamiento. De origen en el Sistema Auditivo, de origen somatosensorial o dependientes de trastornos del SNC, necesita de distintas especialidades para explorar su diagnóstico. Basando el mismo en técnicas somatosensoriales, sometiendo al paciente a distintos tests somáticos, anamnesis dirigida y tablas de formularios, tipo el "Tinitus hándicap inventary", para conseguir objetivizar su existencia y cualidades.

El Dr. Jose Baeza Noci, Médico Traumatólogo, habló sobre sus trabajos con Ozonoterapia en el Tratamiento del dolor musculoesquelético. Muy didáctico y esclarecedor. Define el dolor Musculoesquelético como la consecuencia conocida del esfuerzo repetitivo. Remarcando el gasto farmacéutico que conlleva el intento de su control, tanto individualmente como a las distintas administraciones. Explicó los mecanismos de la inflamación para producir dolor, el síndrome MIOFASCIAL en sus componentes de Dolor Local, con puntos gatillo de dolor consecuencia de una disfunción de la placa motora mediada por Acetil-colina, y el Dolor Referido. Definiendo el dolor Nociceptivo y el Neuropático, que a su vez divide en Primario y Secundario. Definió el dolor neuropático secundario como patológico, llevando a la sensibilización central. Llegando a la conclusión de que en la certeza en el origen y tipo del dolor es lo que va a hacer exitoso su control y tratamiento. Describió el tratamiento con OZONO tanto de una forma de aplicación directa intraarticular muy indicado para reducir la inflamación. También comentó otras formas de aplicación como la loco-regional, aplicando de forma Subcutánea. O mediante Vía Endovenosa para aplicación a nivel general, para la sensibilización periférica y central. Subrayando la necesidad de más investigación en estos métodos para generar más evidencia científica.

El Dr. Felipe Hernandez Ramos, Nutricionista y Directór técnico para España de Laboratorio Nutergia, patrocinador único este año 2020 de este evento. Insistió en definir de qué estamos hablando, cuando hablamos de Síndrome de Sensibilización Central. Esto demuestra lo perdido que esta la comunidad científica en saber por qué ocurre esto. Reivindica, desde un cambio del ángulo de visión modificando el foco, el origen más celular y a mecanismos inmunometabolicos a la hora de buscar la etiología de estos síndromes, pero coincidiendo con el abordaje multidisciplinar.

Destaca entre los SSC al Síndrome de sensibilidad química, el síndrome de fatiga crónica y a la fibromialgia. Constatando que no es solo un mero trastorno de origen psicológico.

En cuanto a la Fibromialgia, que se manifiesta como dolor muscular, fatiga y trastornos del sueño, en España hay 1 millón de diagnosticados. Su tratamiento ha de ser multidisciplinar y no existe tratamiento etiológico.

Describe factores desencadenantes: Factores Hormonales, alteraciones en la ruta de neurotransmisores como serotonina, dopamina o catecolaminas, sensibilidad a sustancias químicas, capacidad de detoxificación disminuida etc. Aporta una teoría sobre un posible nuevo factor concurrente, a saber, la dexcarboxilación de los aminacidos aromáticos. Implicando en el origen, al estado de salud a nivel intestinal y a nivel hepático. Introduciendo en el tratamiento el concepto de la nutrición celular activa con una fase 1 de tratamiento mediante detoxificación intestinal regulando el sistema intestinal regenerando la flora. Y en una fase 2, más individualizada dependiendo de los defectos que se encuentren en relación a los factores desplegados.

El último panelista el Dr. Fco. Javier Hidalgo Tallon, Médico Odontólogo y coordinador de esta reunión científica, a modo de guinda en su ponencia "Revisando Dogmas: Desde la neurociencia a la oclusión" por fin puso los "puntos sobre las i". Reflexionando, de forma crítica, sobre muchas ideas todavía muy estructuradas que ya es tiempo de ir eliminando de nuestros esquemas de planificación diagnostica y sobre todo de indicaciones o motivaciones terapéuticas.

Apunta la necesidad de revisar dogmas clásicos establecidos en la Odontología actual, basada en la evidencia científica en continua evolución. Reivindica al síndrome DCM como un síndrome de Sensibilización Central.

Desgranando y desmitificando dogmas de Oclusión, desligándolos su relación directa con su etiopatogenia. Abandonando los viejos paradigmas gnatológicos, desmitificando el clásico concepto de que el tratamiento ortodóncico genere un beneficio directo, así como el papel que puedan generar las interferencias oclusales en su desarrollo patológico, pero sin negar el hecho de que su correcta eliminación pueda en algún aspecto mitigar la sintomatología o la excitabilidad. Si reconoce que el odontólogo a la hora de plantear tratamientos de rehabilitación o de ortodoncia debe guiarse modelos de oclusión establecidos como correctos. Pero hay que saber que según estudios presentados más de un 90% de pacientes considerados sanos presenten algún tipo o grado de maloclusión.

Recomienda que en los pacientes con DCM se realicen tratamientos oclusales conservadores y en lo posible reversibles. Porque no se conoce a ciencia cierta la repercusión de estos tratamientos en la evolución del proceso sintomático.

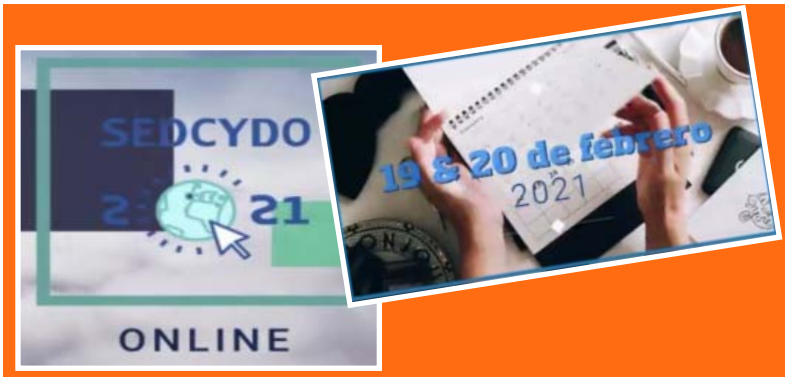
Una vez cerrada esta última ponencia se abrió el segundo coloquio donde se vio el interés suscitado en las distintas ponencias. Destaco el interés por el tratamiento de DCM con Ozonoterapia en la articulación asociado a infiltraciones con otros elementos como Ac Hialurónico o Suero autólogo enriquecido Factores de crecimiento. También interesó los tratamientos con Férula de descarga en los procesos DCM.

Muy apropiado que se genere un panel de tertulia entre los ponentes con turnos de preguntas entre los panelistas, además de las de los asistentes en remoto. Para otros eventos de este tipo, creo que es necesario mejorar este espacio. Dado los niveles de interés que generan las conferencias, si estas han sido bien diseñadas y coordinadas como ha sido en este evento, se prestan al debate. Ésta mejora debería ir encaminada a dar más viveza a las reuniones ON LINE, acercando a la gente a un espacio virtual común, que pudiera competir o suplantar mejor la pérdida del directo en las reuniones presenciales. El sistema permite que los participantes tengan menos "miedo escénico" para participar. Lo que puede motivar a generar interesantísimos coloquios.

La reunión fue clausurada por **el presidente de SEDCYDO Dr. José Manuel Torres Hortelano** en tiempo y forma adecuados. Agradeciendo a todos los participantes, colaboradores y entidad patrocinadora.

En resumen, me ha gustado este evento donde se han visto interesantes ponencias y sobre todo un espíritu colaborativo encomiable. Huyendo de protagonismos, donde el verdadero protagonista es el intento de entender el sufrimiento del paciente y el esfuerzo por conseguir soluciones de estas tan prevalentes afecciones.

El Dr. Torres Hortelano se ha despedido animándonos a participar en el próximo congreso SEDCYDO en Febrero 2021, que dadas las circunstancias, también será ON LINE.



Y como no puede ser de otra forma, una vez más, ¡¡¡allí estaremos!!!

Hablamos con José María Eiros Bouza

Catedrático de Microbiología

José-María Eiros Bouza (Mondoñedo, 1959), es Licenciado (1982) y Doctor (1988) en Medicina y Cirugía y especialista en Microbiología y Parasitología vía MIR (1984-1987) en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Su formación tras la especialidad se ha completado en el "Hospital Gregorio Marañón" de Madrid (1988, 1990); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau" de Barcelona (1989, 1990); Universidad "Claude Bernard" de Lyon (Francia) (1991); y en la "Mayo Clinic" de Rochester (Minn, EEUU) (2000). Es Diplomado en Metodología de la Investigación Clínica por la Escuela Nacional de Sanidad, Especialista Universitario en Bioética, Master en Administración Sanitaria por el Instituto de Salud "Carlos III" y Especialista en Alta Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias por el IESE.

Ha desarrollado su carrera profesional en todos los niveles asistenciales del Sistema Nacional de la Salud tanto en administraciones autonómicas como en la central, en el Servicio de Microbiología del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (2002), coordinando las alertas epidemiológicas de la Junta de Castilla y León y desempeñando la dirección del Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda (Madrid) (2004-2005) dependiente del Ministerio de Sanidad, además de ejercer su actividad en diferentes períodos en la Unidad de Enfermedades Infecciosas y en los Servicios de Microbiología de los Hospitales "Río Hortega" y Hospital Clínico Universitario, cuya Dirección Gerencia ha desempeñado entre 2013 a 2015, desde donde pasó a representar a la provincia de Valladolid como Diputado en la X Legislatura (2016), en la que fue designado portavoz de sanidad del Grupo Parlamentario Popular.

En la actualidad es Catedrático de Microbiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid (UVA), donde ha sido Vicedecano en dos períodos diferentes y Jefe de Servicio de Microbiología del Hospital Universitario "Río Hortega". Ha sido investigador en 68 proyectos financiados, director de 44 tesis doctorales, y de 96 trabajos de Investigación Tutelados. Sus áreas de interés son la epidemiología, diagnóstico y respuesta inmunitaria a las enfermedades infecciosas nosocomiales y comunitarias, las infecciones víricas y el empleo de antimicrobianos, integrado en diferentes grupos de investigación del Sacyl y la UVA En estos ámbitos ha desarrollado su labor como autor en 168 libros y monografías, ha publicado 596 artículos científicos y ha presentado 910 comunicaciones y/o ponencias en Congresos. Ha participado como profesor y conferenciante en 994 Foros Externos. Ha sido Becado en 14 ocasiones con posterioridad a la Licenciatura y ha recibido 29 Premios de Investigación.

Patricia Puértolas

Comenzamos con la retrospectiva de la gripe de 1918. ¿Qué ocurrió en aquella situación ¿Qué sabemos de las pandemias de gripe?

La injustamente denominada "Gripe Española" causó la gran pandemia de 1918, que desde ese año 1918 y hasta 1920 fue responsable de un gran número de casos de enfermedad respiratoria severa y muertes en la población humana. Se estima que el número de infecciones superó los 500 millones de personas, causando aproximadamente 50 millones de fallecimientos, lo que representa entre el 3 y el 5 por ciento de la población mundial de la época. De la dimensión de la misma da una idea el hecho de que en solo un bienio el número de muertes debido a la pandemia de gripe del 18 sobrepasa las causadas por los Virus de la Inmunodeficiencia Humana desde que comenzaron a propagarse entre personas en los años 70 hasta la actualidad

Si bien los episodios de infecciones gripales anuales se conocían desde antes del 1918, nunca la humanidad se había enfrentado a una pandemia respiratoria de tales proporciones. Hoy sabemos que las pandemias de gripe son causadas por agentes provenientes de un reservorio animal, que normalmente son incapaces de transmitirse entre humanos, pero que debido a la adquisición de mutaciones de adaptación, de algún modo que todavía no somos capaces de predecir, se convierten en virus capaces de propagarse de persona a persona. Estos virus de la gripe pandémicos surgen cada 10-50 años, y no logran ser frenados por la memoria inmunogénica frente a los virus gripales estacionales a los que estamos expuestos o vacunados anualmente. Desde el 1918, la humanidad ha sufrido tres pandemias más de gripe, en los años 1957, 1968 y 2009, pero ninguna de la magnitud y escala de la gripe del 1918

Se ha hablado en los medios de un proceso "como una gripe" en relación con el covid-19. ¿Cree que se debe disponer de métodos de diagnóstico diferenciados?

Parece obligado ya que en nuestro hemisferio norte, la perspectiva de coinfecciones que impliquen al SARS-CoV2 junto con los virus gripales y otros agentes habituales en infecciones respiratorias imprime una nueva dimensión a la importancia de disponer de métodos de diagnóstico virológico diferenciados como usted señala, al tiempo que se impulsan medidas de prevención, al menos frente a la gripe, basadas en vacunación.

Un objetivo esencial consiste en reducir la potencial mortalidad que tanto la Covid-19 como la gripe inducen en personas vulnerables, pacientes con patología crónica y adultos mayores. A pesar de que nuestro conocimiento es parcial y todavía limitado, se tiene la convicción de que lo sensato evitar la sobrecarga del sistema sanitario en el presente otoño y en el próximo invierno, implementando un programa de optimización en la disponibilidad de recursos y en la prevención integral de los cuadros que estas entidades originan.

La experiencia de los países del Hemisferios Sur que han salido de su invierno es que la gripe en aquellas latitudes ha mostrado escasa actividad.

¿Qué es lo que la ciencia sabe del origen de este virus?

Se sabe en primer término que asistimos a la tercera vez que en dos décadas un Coronavirus zoonótico salta al ser humano y demuestra capacidad para progresar en nuestra especie. Aunque estábamos acostumbrados a identificar dos coronavirus alfa (HCoV-229E y HCoV-NL63) y dos coronavirus beta (HCoV-HKU1, HCoV-OC43) nos sorprendió en 2002 un brote originario del sur de China por un quinto coronavirus que ocasionó el SARS ("síndrome agudo respiratorio severo o grave"), del que se registraron algo más de ocho mil casos, con una letalidad cercana al 10%. Este virus al parecer se transmitió al hombre desde el murciélago herradura, a través de animales intermediarios como las civetas y con posterioridad mediante la vía respiratoria de persona a persona.

En 2012 se identificó en Arabia Saudita el Síndrome Respiratorio por Coronavirus de Oriente Medio (MERS-CoV), el sexto cronológicamente documentado originario al parecer de camélidos, que motivó un esfuerzo aglutinador en diagnóstico en nuestro medio -coetáneo con el de la denominada gripe aviar- Se mantiene actualmente activo en distintos países y ocasiona un cuadro febril de transmisión interhumana con tos e insuficiencia respiratoria, con una mortalidad cercana al 35%.

A ellos cabe añadir el nuevo coronavirus causante del brote iniciado, hasta donde conocemos, en Wuhan (Hubei), en China a finales de 2019, al que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha decidido denominar "Covid-19", aludiendo al acrónimo en inglés "Coronavirus Disease" para evitar estigmatizaciones geográficas y el Comité Internacional de Taxonomía de Virus SARS-CoV-2 . hay publicaciones recientes que sitúan su circulación con anterioridad.

En un tiempo breve se publicó por parte de las autoridades chinas la secuencia genética inicial. A partir de la misma se han podido diseñar pruebas de diagnóstico molecular basadas en amplificación de su ácido ribonucleico, métodos de diagnóstico indirecto que determinan anticuerpos frente al mismo… y la base internacional GISAID (que se creó para la vigilancia de Gripe) alberga ya más de 200.000 genomas de otros tantos aislados a lo largo del Mundo, estableciendo su dinámica de distribución y sus clados, es decir "la trazabilidad" de su propia deriva biológica en el ser humano.

Son incógnitas diferentes aspectos de su ecología inicial y en el ámbito de la medicina aplicada diferentes mecanismos del establecimiento de la enfermedad, de su manejo y de su enfoque terapéutico. Debiéramos avanzar en el conocimiento de marcadores de progresión a la gravedad una vez que el paciente inicia la sintomatología acompañante. En nuestro medio diferentes grupos de investigación realizan ya aportaciones pioneras en este ámbito. Suscita un vivo interés la esperanza depositada en la disponibilidad de estrategias de vacunación eficientes, que permitan llevar a cabo programas de inmunización activos y que aún necesitan despejar interrogantes que oscilan desde el cam-

po puramente básico a los aspectos de producción, distribución y acceso.

¿La "carga viral" en qué medida incide en la posibilidad de contagio y cómo podemos valorarla?

Conviene saber que desde el punto de vista clínico ausencia de estándares de cuantificación las técnicas de amplificación genómica basadas en RT-PCR proporcionan una estimación semicuantitativa de la carga viral.

En este sentido, el ciclo umbral de positividad -cycle threshold (Ct)- se correlaciona inversamente con la carga viral. Pero existe variabilidad entre los métodos de detección de diferentes fabricantes o los métodos de diseño propio, máxime si las dianas de amplificación son diversas y entre los diferentes tipos de muestras. Tal vez en un futuro inmediato la carga viral en plasma sea un marcador mucho más robusto.

Hemos aprendido que la detección de ARN viral no supone necesariamente la presencia de virus infectivo en las muestras clínicas, sean éstas de la naturaleza que sean. Existen contribuciones muy recientes como la firma como primer autor Muge Cevik (de la Universidad de St Andrews en Escocia) y su grupo en el Lancet del 19 de noviembre de este año que señalan que a partir del noveno día de la detección de positividad mediante una RT-PCR en muestras nasofaríngeas debemos asumir que el paciente no es infectivo…

Hay dos palabras que se están manejando en relación con este virus, es mutante y es estable. ¿Nos puede explicar estos conceptos y su incidencia en la práctica?

Tal vez sea oportuno comentar que la etapa de la expresión genética del genoma es la mas compleja y diversa entre los diferentes virus animales. Es con seguridad la que mayor atractivo suscita para los virólogos moleculares y por ello una de las mas estudiadas y mejor conocidas. Los virus presentan múltiples tácticas para lograr una eficiente expresión de su información genética y la replicación de sus genomas para lo que se valen de las posibilidades que les ofrece la célula a la que parasitan.

La información más compleja y específica de los virus es su secuencia genética, es decir las letras representativas de los nucleótidos que les permite su replicación y desarrollo. En el caso de los virus gripales y del SARS-CoV-2 se trata ARN, en contraposición al ADN que constituye el material heredable en humanos y otros organismos complejos, así como en bacterias

y otros virus. La secuencia completa del material genético de un virus se denomina genoma o borrador de genoma cuando este es incompleto. Esta información sirve para comprender la evolución de un brote

Una mutación en el contexto al que usted alude representa un cambio al azar en la secuencia de nucleótidos del genoma. Surgen normalmente como consecuencia de errores durante el proceso de replicación del ácido nucleico, en este caso del ARN. Quizá resumiendo cabe indicar que muchas no tienen consecuencias biológicas.

Lo que reviste interés para nosotros es conocer que los Coronavirus poseen en su genoma ARN de cadena sencilla de polaridad positiva con un extremo 3`poliadenilado , y que es el de mayor tamaño entre los ribovirus conocidos. Son muchos los atractivos que presentan su estructura genómica. Simplificando estos virus tienen en el referido extremo 3´los genes estructurales y en el otro, (el 5´) los genes que codifican para los genes funcionales (entre ellos la replicasa viral) . Nos resulta muy atractivo entender que durante la transcripción sintetizan una colección de ARN mensajeros de forma que cada uno incluye al inmediatamente anterior (de menor tamaño), más un gen adicional. Hacia la mitad del gen de la replicasa presentan lo que se conoce como un "falso nudo" (*"pseudo-knot"*), que implica un cambio de fase en la lectura del código genético… y eso representa un reto para los grupos que diseñan moléculas antivirales… En el seno de nuestro grupo estamos trabajado, de manera modesta, en modelos *"in silico"* para entender esta dinámica por la que usted me pregunta.

En nuestro ámbito de trabajo disponemos de acceso a la plataforma GISAID *(Global Initiative on Sharing All Influenza Data)* que es una base de datos creada en 2008, de considerable tamaño, dinámica y compleja, inicialmente diseñada para albergar genomas de virus de la gripe, pero que acoge también los de

este nuevo coronavirus emergente y permite a los usuarios registrados descargar los datos, analizarlos y elaborar literatura científica. Esto requiere conocimientos y herramientas de bioinformática, big data, estadística y visualización de datos…

De la información disponible el SARS-CoV-2 acumula una treintena de mutaciones, pero con escasa repercusión patogénica, de ahí que se considere estable…

Esta pandemia afecta a todo el mundo por definición, pero las actuaciones son diferentes ya no solo entre cada país de la Unión Europea, es que en España tenemos 17 programas diferentes de actuación. ¿Cómo cree usted que está afectando al control de la epidemia esta diversidad de criterios?

Debiéramos acometer los retos unidos, como el gran país que somos. Ante los desafíos de todo tipo la unión, lo dice el refrán, hace la fuerza. Las personas entendemos mejor las actuaciones coordinadas, las normas compartidas, sencillas y claras. Existe un atractivo intrínseco en reconocer lo bueno, lo que sirve de verdad al bien común. Es más confiable lo sensato que lo que no lo es.

La vacuna es nuestra gran esperanza. ¿Qué mensaje podemos dar a los reticentes acerca de su seguridad?

No trabajamos directamente en el ámbito vacunal, aunque sí evaluamos desde nuestro Centro Nacional de la Gripe de Valladolid (uno de los tres existentes en España con los de Majadahonda y Barcelona) la respuesta inmunitaria en personas vacunadas.

Las agencias reguladoras del mundo desarrollado, la FDA norteamericana, La EMEA en Europa, nuestra Agencia Española del medicamente, en relación a lo expresado en la respuesta anterior son confiables y han adoptado desde su creación procedimientos que garantizan la seguridad.

Una vacuna que si tenemos ya es la de la gripe y estamos en avanzada campaña de vacunación. ¿Cree que todos los odontólogos y el conjunto del personal de las clínicas dentales deberían vacunarse?

Nosotros somos proclives a la vacunación antigripal y más en el ámbito sanitario y de atención al paciente. No sólo por la protección personal y del entorno sino de cara a proteger también a las personas que nos confían su salud.

La práctica de la odontología va unida a la prescripción de antibióticos, así que no podemos desaprovechar la presencia de un microbiólogo para hablar de resistencia a antimicrobianos. ¿Será posible seguir fabricando nuevos antibióticos para vencer las resistencias que aparecen con los actuales o nos vemos abocados a un grave problema sin solución? ¿Qué debemos hacer como profesionales prescriptores?

En nuestra experiencia son tres las claves. En primer término potenciar la educación sanitaria para minimizar el autoconsumo, en segundo lugar guiarse siempre por la prescripción de un facultativo y en tercer término, ya desde el paciente concreto cumplir y ser adherente a las prescripciones que nos recomiendan.

Las estrategias de creación e impulso de equipos “PROA” y el propio Plan nacional al respecto ofertan iniciativas de vanguardia en las que los odontólogos y todo el entorno asistencial que aglutinan deben ser agentes proactivos.

Nuestra labor desde la microbiología clínica es esencial a la hora de determinar mapas de sensibilidades, monitorizar brotes de microorganismos multirresistentes, dotar de herramientas de diagnóstico molecular la capacidad de monitorización de los microorganismos... En este sentido la colaboración pluridisciplinar y en enfoque “una sola salud” que integra sanidad animal, cadena alimentaria y salud humana pueden establecer sinergias altamente eficientes para luchar contra las resistencia a los antimicrobianos.

Para finalizar de docente universitario de microbiología a odontólogos con práctica clínica, nos puede trasladar una recomendación o un consejo.

Sólo una. En las profesiones sanitarias la formación continuada es una exigencia de por vida. Algunos de nuestros maestros recomendaban que un “residente” no debe dedicar menos de cuatro horas diarias al estudio. Siendo realistas a nosotros nos parece exigible que al menos dos…No cabe duda que el estudio individual exige esfuerzo, pero también aporta valor y es una garantía de calidad para el sistema.

Muchas gracias por la oportunidad que nos brindan de hacerles llegar nuestra visión en este ámbito.

Hablamos con Miguel Ángel González Moles

Catedrático de Medicina Bucal

Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada y especialista en Estomatología.

Catedrático de la Universidad de Granada, Facultad de Odontología, en la disciplina Medicina Bucal. Imparte docencia desde el año 1988.

Es autor de 4 proyectos de innovación docente financiados por la Universidad de Granada. Responsable del grupo de Investigación CTS 392 (Junta de Andalucía), Denominación: "Investigación en biopatología del carcinoma oral de células escamosas". Grupo activo desde 1995; Financiado para su investigación por un total de 10 proyectos competitivos nacionales (FIS) y de la Comunidad autónoma Andaluza. Editor asociado de las revistas *Oral Diseases* y *Cancers*.

Miembro del grupo colaborativo de la OMS para el estudio y actualización de conocimientos sobre el cáncer oral y desórdenes orales potencialmente malignos (Workshop Glasgow, marzo 2020; Director del grupo Saman Warnakulasuriya). Ha dirigido de 21 tesis doctorales y es evaluador externo de máster de investigación en Universidades extranjeras. Tiene 151 publicaciones recogidas en JCR, Índice H: 40 (base de datos google scholar), y 4834 citaciones en revistas internacionales y nacionales. Ha recibido 18 premios de investigación.

Autor de libro *Precáncer y cáncer oral*, Ediciones Avances Medico-dentales, y partícipe en numerosos capítulos de libros internacionales.

Alejandra Llorente

Recientemente ha sido usted seleccionado como miembro del equipo de expertos en cáncer oral del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el estudio del Cáncer y Precáncer oral. ¿Nos puede contar los detalles de este equipo y lo que supone para la medicina oral española su presencia en este foro?

Este es un equipo constituido por 13 profesores e investigadores internacionales en el campo de la Medicina Oral y especialmente en el campo de la oncología oral. El Responsable de este equipo es el profesor Saman Warnakulasuriya, catedrático emérito de Medicina Oral en el King College de Londres. Los miembros de este grupo colaborativo fuimos seleccionados en función de nuestras aportaciones científicas en relación a diversos aspectos del cáncer oral y de las lesiones orales potencialmente malignas. El objetivo del trabajo desarrollado por el grupo ha sido actualizar los conceptos sobre desordenes orales potencialmente malignos, evaluar el conocimiento sobre su ratio de malignización y sobre los factores que incrementa el riesgo de transformación maligna de estas lesiones. El trabajo de este grupo colaborador de la OMS se publicará a principios de 2021 en un volumen monográfico de la revista Oral Diseases. El grupo de trabajo está integrado por los profesores Saman Warnakulasuriya, (King's College London, UK.), Omar Kujan (UWA Dental School, The University of Western Australia), José M. Aguirre-Urizar (Facultad de Odontología, Universidad del País Vasco), José V. Bagan (Facultad de Odontología Universidad de Valencia), Miguel Ángel González-Moles (Facultad de Odontología, Universidad de Granada), Alexander R. Kerr(New York University College of Dentistry, USA), Giovanni Lodi (Università Milano, Italy), Fernanda Weber Mello (Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil), Luis Monteiro (Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Portugal), Edward W. Odell (King's College London. UK), Graham R. Ogden

(Dundee Dental School, Scotland, UK), Philip Sloan (Faculty of Medical, Newcastle University, UK), Newell W. Johnson (Griffith University, Queensland, Australia).

Yo he sido seleccionado para actualizar los conceptos relativos al potencial de malignización del liquen plano oral

La prevención del cáncer oral es la primera línea de actuación en la lucha contra esta enfermedad. ¿Cómo opina usted que esta España en prevención del cáncer oral?

Sin duda alguna queda mucho trabajo por hacer en este sentido. Todavía se siguen diagnosticando una mayoría de cánceres orales en estadios avanzados, con tamaños demasiado grandes y afectación metastásica de los ganglios linfáticos. En esta situación, la mortalidad relacionada con estos tumores es muy elevada y los costes de tratamiento, en términos de calidad de vida del paciente y económicos, son muy altos. Hoy sabemos que la forma más eficaz de combatir el cáncer oral y disminuir su mortalidad y las consecuencias negativas de su tratamiento, es realizar un diagnóstico precoz y para ello, es imperativo conocer cuáles son las manifestaciones clínicas del cáncer oral incipiente y de las lesiones que tienen potencial para evolucionar a cáncer (desordenes orales potencialmente malignos). La responsabilidad de alcanzar el objetivo de un diagnostico precoz del cáncer oral descansa en múltiples pilares: los odontólogos, médicos de familia, dermatólogos y, en general, todos los profesionales que de una u otra forma exploren la cavidad oral, deberían ser capaces de reconocer las lesiones incipientes de cáncer y las lesiones con potencial de malignización, para diagnosticarlas, tratarlas o, en su caso, derivarlas al especialista correspondiente. Las enseñanzas de la Medicina Oral en el grado de Odontología deben prestar una atención muy especial al cáncer y precáncer oral, especialmente en lo relacionado a su diagnóstico precoz; los profesores deberían ser muy exigentes, en primer lugar, consigo mismo para dedicar el tiempo que necesariamente requieren estos aspecto, y además para exigir al alumnado su perfecto conocimiento.

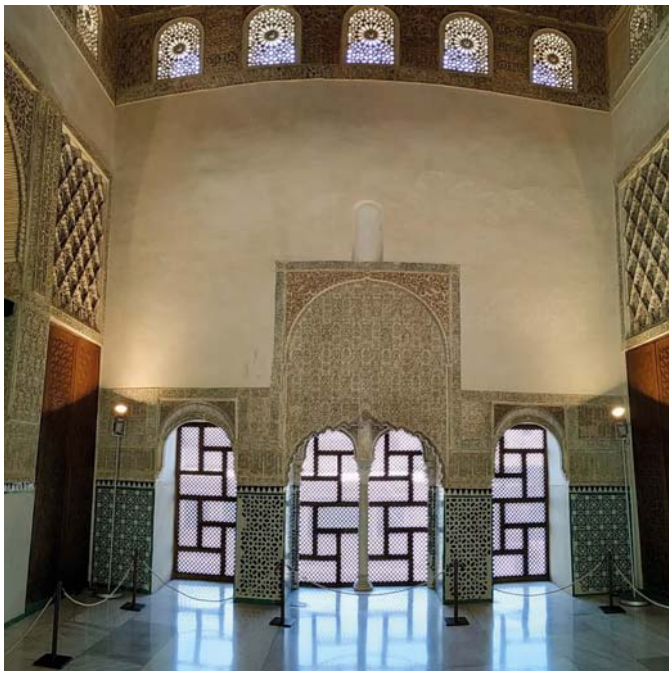
¿Cuál es el nivel de España en el área de patología bucal?

En mi opinión, muy bueno. Varios especialistas en esta materia en España están al más alto nivel mundial, tanto en conocimientos como en investigación clínica y experimental. Algunos autores Españoles son las primeras figuras internacionales en enfermedades de la mucosa oral muy relevantes, como leucoplasia oral (Prof. Bagán y Prof. Aguirre), Leucoplasia verrugosa proliferativa y osteonecrosis por bifosfonatos (Prof. Bagán), carcinoma oral

incipiente (Prof. Seoane), enfermedades de glándulas salivares (Profa. Pía López), entre otros. La actividad investigadora, clínica y docente de la Medicina Oral española se organiza en torno a la Sociedad Española de Medicina Oral, cuya presidenta actual es la Profa. Rocío Cerero. Esta sociedad realiza reuniones anuales en las que se presentan trabajos de un elevado nivel científico y se imparten ponencias que actualizan los temas más relevantes de la Medicina Oral, siempre por expertos con repercusión internacional. En varias Universidades españolas existen másteres de Medicina Oral en los que se forman un nutrido grupo de jóvenes odontólogos que garantizan sin duda la continuidad del nivel científico de la Medicina Oral en España. Además contamos con la revista científica Medicina Oral, dirida por el prf. Bagán, que está recogida en la base de datos JCR, que sirve de órgano de difusión científica de nuestra sociedad. En esta revista publican sus estudios un amplio número de grupos de investigación, esencialmente internacionales.

¿Los odontólogos españoles cree usted que están suficientemente formados y concienciados sobre la importancia de la patología bucal en general y la detección precoz del cáncer en particular?

Mi experiencia personal al respecto es que progresivamente se está alcanzando una mayor concienciación sobre el tema en el



colectivo de Odontólogos en España. Llego a esa conclusión tras años de recibir pacientes con lesiones orales, y especialmente con lesiones precancerosas y carcinomas incipientes, que me son remitiditos por alumnos míos, lo que me hace pensar que nuestro mensaje está calando progresivamente, aunque como he comentado anteriormente, aún queda un trabajo ímprobo por realizar.

"la creación de una especialidad de Medina y Patología Oral no debería en ningún caso relajar los esfuerzos de formación de aquellos que no serán especialistas en la materia"

Las especialidades en odontología es un tema abierto y estancado desde la creación de la licenciatura en 1986. ¿Opina usted que la Patología y la Medicina Bucal, deberían ser reconocidas como especialidad? ¿Cómo están en otros países?

Efectivamente, en otros países de nuestro entorno científico, la Medicina y la Patología oral integran conjuntamente una especialidad. Esto probablemente mejoraría la formación de nuestros especialistas. Yo personalmente no encuentro ningún motivo que desaconseje esta cuestión, aunque debe reconocerse y tener claro, que la primera línea de lucha contra el cáncer oral se desarrolla en el campo de la Odontología general y de la Medicina de Familia, y que por tanto, la creación de una especialidad de Medina y Patología Oral no debería en ningún caso relajar los esfuerzos de formación de aquellos que no serán especialistas en la materia.

Ha visto usted pasar por la facultad a muchas promociones de estudiantes. ¿Ha cambiado el perfil de los nuevos aspirantes a odontólogos en estos años?

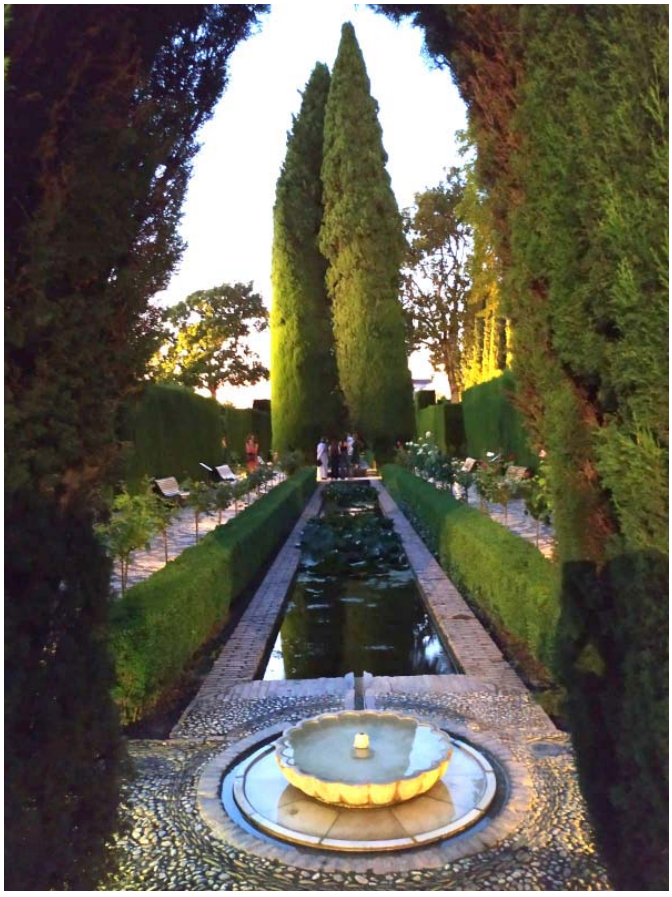
En líneas generales no. Son gente joven, muy bien cualificada desde el punto de vista intelectual, ya que se exigen notas de corte muy altas para ingresar en el Grado, y esto hace que la enseñanza de la odontología sea fácil e ilusionante para los profesores. Como siempre ocurre, en los primeros 2 años del grado, estos alumnos andan un poco desubicados, aunque esto se corrige en el transcurso de su formación. Personalmente he apreciado que tras la finalización de su formación, un número considerable de odontólogos combinan su actividad clínica con labores de formación en investigación ligadas a la Facultad de Odontología de Granada.

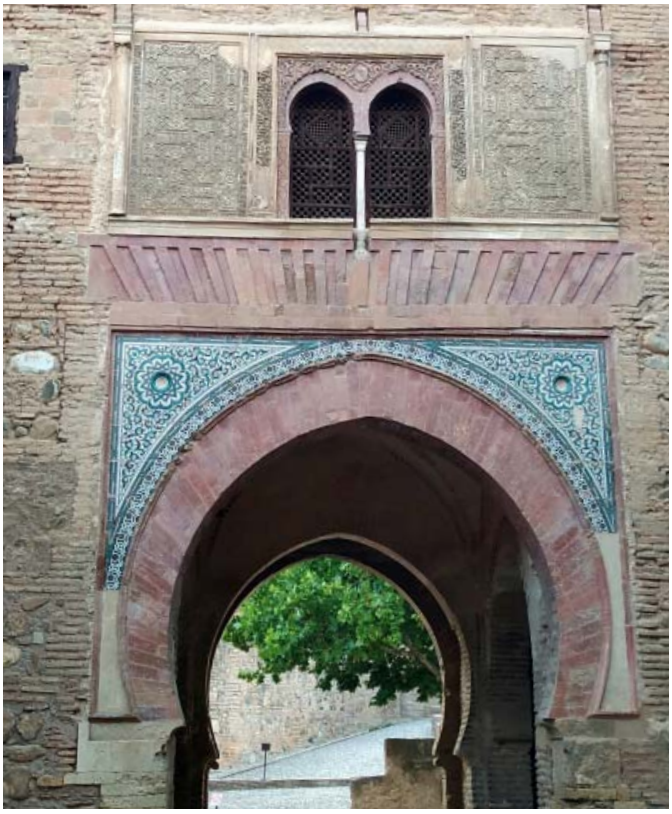
En algún medio de difusión general se ha cuestionado la seriedad de las publicaciones científicas dentro de la odontología española, hablando de plagios incluso. ¿Cómo miembro de acreditada trayectoria de nuestra universidad, cree usted que hoy es posible plagiar y falsear tesis? ¿Podemos confiar en la solvencia de nuestras universidades?

En líneas generales, creo que el plagio en la publicación científica en revistas internacionales hoy es muy difícil como consecuencia de los controles a los que se someten los artículos que se remiten a estas revistas. No sé si esto es tan fiable en la presentación de las Tesis doctorales, aunque en muchos programas de doctorado, para que se pueda proceder a la presentación y defensa de una Tesis es necesario haber publicado algún artículo científico en una revista internacional con impacto, que será sometido a un riguroso proceso de control. El plagio en la investigación o el falseamiento de datos, especialmente en la investigación en salud, es un fraude inaceptable que debería ser rigurosamente castigado. Los "investigadores" que plagian o falsean datos adquieren fáciles ventajas curriculares sobre aquellos que forjan sus currículos a base de esfuerzo y honestidad, y lo que aún resulta más lesivo, emiten información irreal sobre asuntos muy relevantes que puede ser muy nociva para los pacientes. No obstante, en mi opinión los organismos responsables no han tomado las medidas adecuadas.

¿Cuál es su actual línea de investigación?

Estamos trabajando en el estudio de marcadores moleculares de pronóstico de cáncer, de riesgo de desarrollo de campos pre-





malignos orales y de riesgo de desarrollo tumoral múltiple en pacientes con carcinoma oral de células escamosas. Estudio del potencial de transformación maligna de liquen plano oral.

Usted se dedica a la docencia, a la clínica y a la investigación. ¿Cuál es su zona preferida?

Personalmente disfruto mucho enseñando a mis alumnos, aunque la actividad clínica e investigadora son muy satisfactorias también.

¿Qué le pediría a la administración pública sanitaria?

Que dotara de medios a la investigación y a la docencia en salud y que remunerara a sus profesionales, docentes y sanitarios, con unos sueldos justos equiparables a los de los países de nuestro entorno.

Una pregunta personal. ¿Qué aficiones tiene usted fuera de la universidad?

Básicamente tengo tres aficiones, la guitarra flamenca, a la que dedico un tiempo considerable de práctica diaria, la caza menor con perro y el cultivo del olivar.

Hablamos con María Rosario Garcillán Izquierdo

Docente y Defensora a ultranza de la prevención en su sentido más amplio

Licenciada y Doctora en Medicina y Cirugía, Médico Especialista en Estomatología, Especialista en Programas Preventivos en Enfermedades Bucodentales a Nivel Individual y Público, Profesor Titular Universidad de Odontología, Vocal de la Comisión Científica de Prevención del COEM, ICDAS Training Course. Leeds University, Autora de publicaciones, capítulos de libros y Vademecum de Odontología Preventiva, Vicedecana de Grado Facultad de Odontología UCM desde 2016, Directora Master Propio: Programas Preventivos Individuales y Comunitarios: Protocolos.

Redacción

Todos aceptamos sin discusión que es mejor prevenir que curar. ¿Los odontólogos están motivados para poner en práctica este dicho?

Durante la mitad del siglo pasado los tratamientos que se realizaban en Estomatología eran extracionistas y resulta evidente que era un **modelo "mutilador"**

En ese momento la población no nos valoraba muy bien, sólo acudían el profesional en caso de urgencias. Faltaba una educación odontológica. Mi formación me permitió ser mucho mas conservadora porque me habían inculcado el valor de la salud. Siempre me consideré un profesional de la Salud. Los odontólogos de hoy, se dan cuenta que si no proporcionan salud a sus pacientes no conseguirán el éxito que las nuevas tecnologías les ayuda a instaurar

A pesar de ello, cuesta mucho que incorporen de forma habitual la Prevención en sus tratamientos. Vamos integrando este concepto poco a poco. Piensan en los tratamientos innovadores y muy tecnológicos sin valorar que, si previamente no hay salud bucodental, acabará fracasando el tratamiento

¿Los nuevos profesionales de la odontología están recibiendo formación suficiente en el área de prevención? ¿Lo asumen después en su práctica diaria?

Cuando se actualizo el plan de estudios, aproximadamente hace 12 años, se repartieron las cargas docentes del Grado en Odontología y como siempre la Odontología Preventiva fue la Cenicienta de la Odontología. No tenía mucho valor enseñar disciplinas que no eran impactantes y que no ofertaban tecnologías novedosas. Estaban apareciendo las superespecialidades y dar salud no era el objetivo fundamental. Ya éramos especialistas, pero debíamos ser más. Los materiales cambiaban rápidamente y los tratamientos también. Es verdad que se conseguía reconstruir las estructuras con materiales que parecían perfectos. El problema es que había que mantenerlos en boca con salud y eso obedecía al control de múltiples factores

Con el paso del tiempo la Odontología Preventiva mantuvo sus objetivos y hemos conseguido hacernos un sitio en el panorama odontológico. Los profesionales que entendieron su importancia, lo incorporaron en su práctica diaria y ocupan una posición diferente. Los pacientes reclaman esa búsqueda de la salud, no solo la realización de tratamientos. Y esto va aún más en línea con el concepto actual de que los pacientes/ciudadanos sean gestores de su propia salud.

¿Es la salud bucodental la gran olvidada de las administraciones públicas?

En 2006, la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud habla de Atención a la salud Bucodental. El problema son siempre los recursos humanos fundamentalmente. Desde la Facultad se formaron recursos humanos, a través del máster de Odontología Preventiva y Comunitaria. En la actualidad muchas plazas de Atención Primaria en Salud Bucodental están ocupadas por odontólogos formados con nosotros.

¿Cómo se encuentra estructurada en su facultad la enseñanza de odontología preventiva? ¿Qué actividades realizan?

El Decano actual de la Facultad de Odontología de la UCM, creyó en la importancia de la Prevención. Integró esta disciplina en los tratamientos de todos los pacientes, tanto adultos como infantiles. En el currículo actual de Grado, es una materia que se imparte de forma obligatoria en primer y quinto curso.

En este momento todos los pacientes, de todas las edades, pasan por un diagnóstico preventivo de Riesgo de Caries y Periodontitis para establecer protocolos de actuación tanto en casa como en la clínica. No se puede comenzar ningún tratamiento sin conocer que factores de riesgo, indicadores de enfermedad y factores protectores modelan el curso de la enfermedad y que podemos hacer para evitarla. Así mismo, tenemos un aliado importante que ayuda al mantenimiento de las características fisicoquímicas de la cavidad bucal, la saliva.

En estos momentos de pandemia, no realizamos test diagnósticos de saliva para minimizar los contagios. Los estudios en saliva son una fuente de información que potencia nuestras decisiones. Seguro que pronto seguiremos utilizándola.

Todo esto conforma el protocolo CAMBRA. Con este diagnostico de riesgo podemos identificar a la población más susceptible y dedicar los recursos al 20% de la población que sufre el 80% de las lesiones de caries.

También dirigimos los programas a los diferentes colectivos de nuestra sociedad: embarazadas, escolares, ancianos, pacientes discapacitados, pacientes medicamente comprometidos... cada uno con sus necesidades específicas

Han pasado ya más de treinta años desde que se iniciaron los primeros planes de atención dental infantil en el País Vasco y Navarra. ¿Qué opinión merecen para una experta en prevención como usted?

El modelo PADI se caracteriza por:

1. Financiación publica de la asistencia básica dental a todos los niños de 7 a 15 años.
2. Protocolos clínicos explícitos de atención para garantizar el enfoque preventivo.
3. Cuadro facultativo público o privado con total libertad de elección.
4. Talón dental anual personalizado enviado a cada niño para sustanciar la oferta.

Se lo resumiré con los datos:

Han pasado desde 1988 de un CAOD 3.98 a 0,52 y de un 82% de los niños de 14 años con experiencia de caries a un 74% libres de caries a los 12 años (0,79 en Madrid y 0,71 España).

Si estos planes están tan bien valorados por los expertos ¿Cómo es que no han sido reproducidos en otros territorios?

Quizá la idiosincrasia de cada comunidad autónoma hace que los proyectos se desarrollen a diferente velocidad y en diferente momento. Los índices de patología eran menores en Madrid y no se puso tanto énfasis.

En 2017 , el SERMAS (Servicio Madrileño de Salud) suscribió un Convenio de colaboración con el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región para la asistencia sanitaria en materia de salud bucodental, dirigido a la población infantil de 6 a 16 años de edad de la Comunidad de Madrid.

Los servicios específicos a los que tendrán derecho los niños incluidos en el PADI consistirán en:

- Un reconocimiento anual de la cavidad bucal.
- Sellado de fosas y fisuras.
- Obturaciones.
- Tratamientos pulpares y extracciones.
- Urgencias dentales.

¿Sigue siendo la caries el primer problema en salud dental? ¿Qué actuaciones nos faltan por implementar?

Ha variado mucho el concepto de caries dental. La caries dental es una enfermedad dinámica, multifactorial, mediada por biopelículas e impulsada por el azúcar que produce la desmineralización de los tejidos duros dentales.

El consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables y su metabolismo por gérmenes acidotolerantes conlleva a una disbiosis en el biofilm, favoreciendo el desarrollo y crecimiento de gérmenes acidógenos y acidúricos. Como consecuencia, se realza el medio ácido.

La riqueza de la comunidad supragingival disminuye con un predominio de los gérmenes acidofilos y los que no toleran el pH acido, disminuyen.

Sabemos que mientras no tratemos la caries como enfermedad, y no sólo como lesión, no ganaremos la partida.

Como siempre, el diagnóstico inicial de cualquier enfermedad facilita su control. En este momento nos encontramos formando a los futuros odontólogos como profesionales de la Salud y no solo como técnicos de enfermedad.

El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud incluye servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. Esto es lo que necesitamos apuntalar. Necesitamos, que los servicios de atención dental infantil se utilicen de forma regular por las familias y de forma igualitaria entre comunidades

Necesitamos también que la Prevención vaya SIEMPRE ligada al tratamiento.

¿Qué factores de riesgo debe tener presentes el odontólogo en su trabajo diario?

El Odontoestomatólogo debe considerar siempre a todos sus pacientes como potencial fuente de infección. Nos hemos preservado de la Parotiditis, Sarampión, Hepatitis A, B y C, VIH , Sars CoV 2... Desde la infección más benigna hasta la pandemia que estamos padeciendo en este momento. Nos hemos ido protegiendo con elementos que nos aislaban de la enfermedad, PREVENCIÓN, o que aumentaban nuestra inmunidad, PREVENCIÓN. La Prevención está de moda porque es lo que nos está protegiendo ahora y nos evita enfermar hasta que aparezcan las vacunas, más PREVENCIÓN.

Después de 9 meses de convivencia con el coronavirus, conocemos que el mayor riesgo que sufrimos en nuestro trabajo diario son los aerosoles generados en la clínica. Son las partículas que, en este momento, mejor transmiten el virus. Siempre en los escenarios cambiantes en los que se basa la evidencia científica del SARS CoV 2.

Nos hemos blindado con los EPIs y seguimos desarrollando nuestra labor en un medio como la cavidad bucal en la que trabajamos retirando la mascarilla a nuestros pacientes y de donde proviene la fuente de contagio. Aplaudo la valentía de todos mis compañeros que desarrollan su trabajo sin desaliento y no siempre con los mejores recursos disponibles.

El reconocimiento de especialidades en odontología es una aspiración y un debate permanente sin final ¿Opina usted que la especialidad de odontología preventiva es necesaria?

Realmente es una pregunta muy fácil de responder en este momento.

Las decisiones deben tomarse siempre por profesionales especializados que valoren coste / efectividad, coste/beneficio, y en definitiva la eficiencia de las medidas a implantar. Además, la toma de decisiones debe basarse en la evidencia científica, no por opiniones sin fundamento que improvisan y cambian de estrategia desconcertando a los pacientes y profesionales. Las medidas deben ser para todos los colectivos de la odontología y en todas las Comunidades resolviendo los problemas con los medios que estén a disposición de la comunidad.

Se sigue poniendo al frente de los planes de atención dental en las administraciones a profesionales médicos no odontólogos o estomatólogos. ¿Cree que una especialización en odontología preventiva sería la adecuada para dirigir estos programas?

Pensamos que cualquier programa de Atención bucal debe ser planificado minuciosamente. Debemos conocer las necesidades de la población, las prioridades y los objetivos a conseguir, los recursos humanos y materiales con que contamos, que actividades vamos a realizar para conseguirlo y finalmente y muy importante ,evaluar lo que estamos consiguiendo.

Sin esta planificación solo consumimos recursos, tiempo y no devolvemos a la población la salud que nos reclama. Nuestros pacientes quieren y valoran cada vez más mantenerse en salud. Llegará un día en que prefieran pagar por salud y que por enfermedad.

Esta formación sólo se obtiene con una especialización en Odontología Preventiva.

Desde su punto de vista como profesora de universidad y actualmente vicedecana, ante la gran oferta formativa, ¿cómo valora el papel de la universidad pública en la formación de nuevos profesionales?

Como es lógico, perteneciendo a la Universidad Complutense de Madrid, defiendo lo vivido en la Universidad Pública.

Mi formación ha sido en la Universidad Pública y he adquirido todos los conocimientos que he necesitado. Pertenecer a este grupo de profesores me ha costado mucho esfuerzo y dedicación.

Volví a la Facultad porque añoraba el trabajo en equipo y el hábito de estudio, no solo de actualización que realizamos diariamente a través de cursos y congresos, sino estudio en profundidad de un tema atrayente para mí. Realice mi tesis estudiando la microbiología de la saliva, para diagnosticar el riesgo de caries en los pacientes en función de características de la saliva.

Después siendo profesor asociado, prepare las oposiciones al cuerpo de profesor Titular de Universidad.

Los profesores están formados en diferentes áreas al mas alto nivel de cualificación, ya que las plazas tienen perfiles muy definidos. Así los alumnos obtienen la formación más adecuada en cada materia. Cada profesor está especializado en un área concreta para dar el mas alto nivel de conocimientos y experiencia clínica. No todos debemos tener el más alto nivel de formación en todo. Tenemos territorios muy amplios que abarcan mucha patología y distintos tratamientos. No es posible saber de todo con profundidad.

La investigación es otro de los aspectos punteros de la UCM. Tenemos investigadores muy prestigiosos reconocidos en todo el mundo, Doctor Honoris causa, en Universidades Europeas, con líneas de investigación en diversos capítulos de la Odontología. En este momento en QS World University Rankings 2020 estamos en la posición 12. Ocupamos el primer puesto en las Universidades Españolas.

¿Qué le pediría a la administración pública para la salud bucodental? ¿Y a la Universidad?

A la Universidad, le pediría aumentar el nº de recursos humanos para la formación de los futuros Odontólogos. Es decir, aumentar el nº de profesores que forman la plantilla de las Universidades ya que nuestra Docencia requiere una supervisión individual del estudiante

Una vez formados, me gustaría que la salud bucodental fuera un derecho de los españoles que incluya: información y educación para todos, asistencia dental gratuita hasta 18 años y después cobertura de 50% de los tratamientos necesarios

¿Qué proyecto tiene a la vista en este momento? ¿Y que proyecto le gustaría poner en marcha?

EL proyecto mas importante que tengo desde mi comienzo en la Universidad es llevar la Odontología Preventiva a todos los estudiantes que se gradúan en la Facultad, a los compañeros que llevan años trabajando y a las generaciones futuras, Queremos poder inculcar esta forma de trabajo que tenemos los profesores de Odontología Preventiva y al que se suman más compañeros cada día, luchando por la salud y evitando los factores de riesgo, modificando el curso de la enfermedad.

Con respecto a la Universidad, me gustaría desarrollar una Clínica Odontológica en la Facultad, un modelo de asistencia para todo tipo de pacientes y patologías, trabajando en ella todos los días los profesores de odontología y que tuviera la doble función de la atención clínica y la docencia. Mis dos pasiones conjugadas en el mismo espacio y tiempo. Se que es un modelo ambicioso y necesitamos la ayuda de las autoridades académicas para llevarlo a cabo

¿Cómo surgió su vocación por la medicina y posterior especialización en estomatología?

Mis padres me han contado que desde que tenía 7 años quería ser médico. No se si influyo la enfermedad cardiaca que padeció mi tía, a la cual debo su nombre, y que vivíamos muy de cerca. Siempre he tenido un espíritu de servicio y de compartir y me gustaba el ambiente hospitalario. Soy soñadora y me gustaban las artes plásticas, sobre todo la pintura.

De esta mezcla nació mi vocación por la Medicina.

Fui buena estudiante y Cuando cursaba cuarto curso de Medicina empecé a asistir con un médico internista amigo de la familia, al Hospital Clínico de San Carlos a guardias de urgencias. Me conquistó la Medicina y el contacto con el enfermo. Fueron unos años maravillosos, aprendía muy deprisa y me gustaba tener pequeñas responsabilidades ante mi. Cuando termine la carrera me puse a trabajar en un servicio de urgencias domiciliarias, en verano, en donde pase momentos buenos y otros no tanto debido a mi escasa experiencia, aunque siempre podía con todo y me lanzaba a las empresas más difíciles.

Después me presenté a la Escuela de Estomatología y sin saber muy bien si me gustaría, me especialicé pensando que cuando estudias algo en profundidad acabas por quererlo, Así fue en mi caso.

Úlcera por bisfosfonatos

Francisco Cardona Tortajada, MD, DDS, PhD
Jefe de Sección de Salud Bucodental, Servicio Navarro de Salud

En más de una ocasión se nos han presentado pacientes con estas lesiones. Se trata de úlceras relativamente grandes en la mucosa oral, localizadas en cualquier parte de la boca, sin una forma determinada, de larga evolución y que habitualmente el paciente no relaciona con nada.

Como se ve en las imágenes son úlceras grandes, recubiertas de fibrina, dolorosas.

Presentamos el caso de un paciente varón de 55 años de edad, con síndrome de Down.

Acudió a la Sección de Salud Bucodental con estas lesiones que se aprecian en las figuras 1, 2 y 3. Ni el paciente ni sus acompañantes conocían el origen de esas lesiones. Tras la realización de la anamnesis se conoció que el paciente tomaba bisfosfonatos por vía oral. Ésta es una medicación que requiere unas condiciones de ingesta muy especiales; se debe de tomar en el momento de levantarse con un vaso grande de agua, y luego permanecer con el tronco erguido durante media hora por lo menos.

Sin embargo, este paciente lo que hacía era mantener el comprimido en la boca en vez de tragarlo, motivo por el cual aparecieron estas ulceraciones en la cavidad oral. El problema se solucionó dando las oportunas recomendaciones para la correcta ingesta del medicamento.

El mismo problema era el de la figura 4, que corresponde a una paciente de 72 años, que tampoco ingería de forma adecuada el medicamento. La solución es con la curación completa de las úlceras.

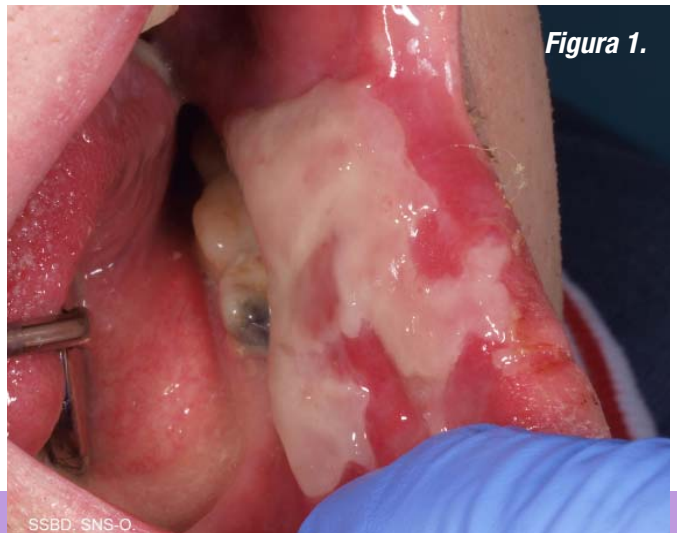


Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

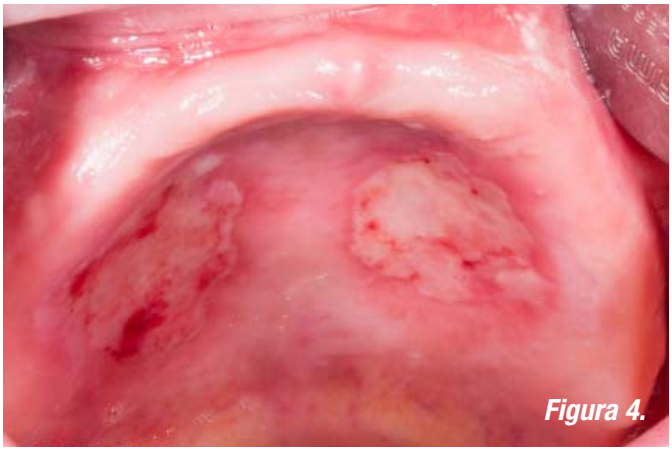


Figura 4.

LANZAMIENTO EN ESPAÑA

El mejor programa de imágenes para comunicarse con los pacientes del que ninguna clínica debe prescindir

Obtenga su descuento con el código: **ESP** en este link

https://shop.dentalmaster.com/spain/

www.dentalmaster.es

3D Cloud

Play Full Screen

La IA única en el mundo que le permite hacer a medida animaciones 3D interactivas reales en menos de 10 segundos! en un modelo interactivo 3D adaptado a la necesidad de su paciente.

Personal Assistant

Play Full Screen

Personal Assistant Cloud es nuestro banco de animaciones en 3D ya preparado que permite explicar la mayoría de los procesos de tratamiento con hasta 400 animaciones.

X-Ray D2D

Play Full Screen

Mejore su talento de dibujo al crear su plan de tratamiento colocando elementos gráficos directamente en la radiografía de su paciente para una planificación de tratamiento simple y fácil.

DentalMagic Cloud

Play Full Screen

¡La magia existe!

En menos de minutos, resalta las áreas que requieren un enfoque estético en la imagen digital de tu paciente y ser capaz de mostrar el antes y el después..:

PowerPrint Cloud

Play Full Screen

Utiliza cualquiera de las imágenes personalizadas de la nube 3D, D2D o DentalMagic para crear impresionantes folletos. Añade una firma, luego guarda, envía o imprime

Estudio epidemiologico de caries en la zona de atencion primaria de la unidad VIII de la gai de ciudad real y su comparacion con las encuestas de salud bucodental en castilla la mancha y españa

Mª Teresa Casero Gómez. Licenciada en Odontología.
María del Prado Acevedo Ruiz. Técnico Superior en Higiene Bucodental.

RESUMEN

Se presentan los resultados de un estudio epidemiológico de caries en un grupo de 108 niños, con 12 años de edad, de las Zonas de Salud que atiende la Unidad VIII de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real y que engloba las de Calzada de Calatrava, Abenójar, Agudo, Alcoba de los Montes y Retuerta del Bullaque. Explorándose en dentición definitiva, el índice CAOD y el cod, en dentición temporal.

Asimismo, se hace un estudio comparativo de los índices actuales obtenidos con los resultados de las encuestas epidemiológicas, de los años 1992 y 2004, en Castilla La Mancha y las del Estado español en 1984, 2000 y 2005.

El índice CAOD a los 12 años de edad, es la edad índice recomendada por la OMS para valorar la evolución de caries en una comunidad de ahí que nosotros ciñamos este breve estudio a ese grupo etario.

Palabras clave: Caries, CAOD, cod, PADI.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia hay una serie de autores que por su aportación y conocimientos al campo de la salud pública en general y bucodental en particular son de obligación recordar en los albores de este trabajo de investigación. Nos referimos, claro está, entre otros, a Lalonde, Donabedian, Landis, Kappa, Keyes, Pineault... Siendo el icono de referencia Alma-Ata (1978), en cuanto que supuso un punto de inflexión en la atención primaria. No podemos olvidar, en estos cerca de 40 años transcurridos desde la conferencia de Alma-Ata, que los vaivenes de la economía mundial han supuesto diferente inversión de los poderes públicos en salud pública, pero con un continuado crecimiento del gasto sanitario en los países de la OCDE. De ahí que en las nuevas Gerencias de Salud Pública (primaria, hospitalaria…) tenga cada vez más peso el conocimiento y valoración de los costes por proceso y de ahí los coste-beneficio y coste-efectividad. También, obviamente, en la salud bucodental.

Llegados a este punto cabe recordar la creación de programas de salud bucodental -PADIs- por las Comunidades Autónomas, una vez que recibieron las transferencias sanitarias, al socaire de la burbuja inmobiliaria y de ahí la entrada de ingentes cantidades de dinero, vía impuestos, en los entes públicos.

La Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha publica su Plan de Atención dental en el DOCM de 12 de noviembre de 2004. Previamente realiza a principios de 2004, y dirigida por Llodrá Calvo, una encuesta de salud bucodental en escolares[1] estudiando los grupos de 7, 12 y 14 años.

Desde la entrada en vigor del referido decreto se han venido ampliando y mejorando las dotaciones de forma que, en la actualidad, existe una unidad de salud bucodental, compuesta por dentista (odontólogo o estomatólogo) e higienista dental, en cada uno de los Centros de Salud de Castilla La Mancha.

La que en adelante denominaremos como Unidad VIII, atiende las poblaciones de las Zonas de Salud de Calzada de Calatrava, Abenójar, Agudo, Retuerta del Bullaque y Alcoba de los Montes. Sumando un total de 16.229 personas.

Por último reseñar que el índice CAOD (suma de dientes permanentes cariados, ausentes y obturados) a los 12 años de edad, es la edad índice recomendada por la OMS para valorar la evolución de caries en una comunidad[2] de ahí que nosotros ciñamos este breve estudio a ese grupo etario.

OBJETIVOS

1. Realizar un estudio epidemiológico de caries, en las poblaciones que atiende la Unidad VIII, revisando a los niños de 12 años.
2. Medir y comparar los diferentes índices, y compararlos con el nivel o estado que revelan las encuestas de 1992 y 2004 en Castilla La Mancha y las del Estado español en 1984, 2000 y 2005.
3. Valorar la eficacia del Programa de Salud Bucodental en la población objeto del estudio.

MATERIAL Y METODO

La población total infantil de 12 años, en las poblaciones objeto del estudio, es de 108 niños. A cada niño explorado, en cada Centro de Salud, se le asigna un número correlativo.

En ellos, se ha realizado revisión bucodental, referenciando el cod (cariados y obturados en dentición temporal) y CAOD (cariados, ausentes y obturados en dentición permanente).

Siendo en todas las exploraciones el mismo observador, siguiendo los criterios de la OMS[3], con espejo dental nº 5, y sonda de exploración de punta fina. Abriendo ficha en cada revisión, según W.H.O[4]. Es decir:

- **Código 0:** Diente sano
- **Código 1:** Diente con caries
- **Código 2:** Diente obturado con caries
- **Código 3:** Diente obturado sin caries
- **Código 4:** Diente ausente por caries
- **Código 5:** Dientes permanentes ausentes por otras razones
- **Código 6:** Sellados
- **Código 7:** Pilar de puente o corona especial
- **Código 8:** Dientes no erupcionados
- **Código 9:** Diente excluido

RESULTADOS

PACIENTE	cod	CAOD
1	2	0
2	0	2
3	2	4
4	12	0
5	0	2
6	4	0
7	0	0
8	0	0
9	5	2
10	3	0
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0
17	0	0
18	2	0
19	1	0
20	0	0
21	5	0
22	0	0
	1,63636364	0,45

Tabla 1. Zona básica de salud (ZBS) de Agudo, Puebla de don Rodrigo y Valdemanco.

PACIENTE	cod	CAOD
1	0	0
2	0	0
3	1	0
4	6	2
	1,75	0,5

Tabla 2. ZBS de Retuerta y Navas.

PACIENTE	cod	CAOD
1	0	0
2	4	1
3	0	0
4	2	1
5	0	0
6	2	0
7	0	0
8	2	0
9	0	0
10	0	0
11	7	3
12	1	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
	1,2	0,33333333

Tabla 3. ZBS de Alcoba, Horcajo, Fontanosas y Arroba.

Tenemos todo lo que necesitas para tu clínica dental

NewTom

946 076 521

sonría xfavor

info@sonriaxfavor.es

PACIENTE	cod	CAOD
1	2	0
2	3	1
3	8	3
4	0	0
5	2	0
6	1	0
7	1	0
8	2	1
	2,375	0,625

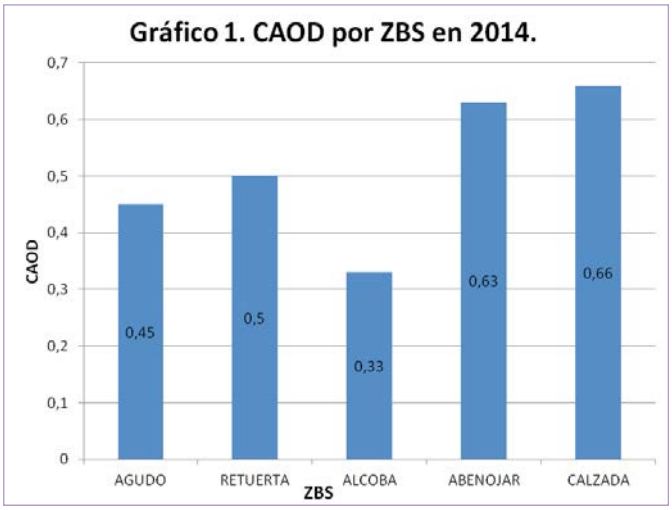
Tabla 4. ZBS de Abenojar, Cabezarados, Fontanosas y Saceruela.

PACIENTE	cod	CAOD
1	6	1
2	2	0
3	7	0
4	8	5
5	0	4
6	2	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	1	4
11	0	0
12	3	1
13	0	2
14	0	0
15	5	0
16	1	0
17	0	0
18	0	0
19	2	0
20	1	0
21	2	0
22	5	6
23	3	0
24	2	2
25	0	0
26	3	0
27	0	0
28	10	2
29	2	0
30	0	0
31	4	0
32	0	0
33	6	0
34	0	0
35	1	0
36	0	0
37	4	5
38	2	0
39	2	0
40	0	0
41	0	0
42	0	0
43	3	1
44	3	0
45	0	0
46	0	0
47	0	0
48	0	2
49	3	1
50	5	1
51	0	0
52	0	0
53	1	0
54	1	0
55	3	2
56	0	0
57	0	0
58	1	0
59	3	1
	1,81355932	0,6779661

Tabla 5. ZBS de Calzada, Aldea del Rey y Granátula.v

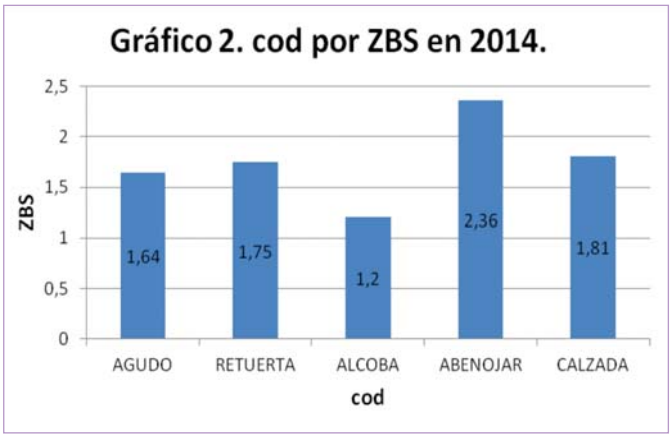
ZBS	CAOD
AGUDO	0,45
RETUERTA	0,5
ALCOBA	0,33
ABENOJAR	0,63
CALZADA	0,66
	0,514

Tabla 6. ZBS con CAOD de media.



ZBS	cod
AGUDO	1,64
RETUERTA	1,75
ALCOBA	1,2
ABENOJAR	2,36
CALZADA	1,81

Tabla 7. ZBS con cod de media.



12 Y 13 DE FEBRERO DE 2021

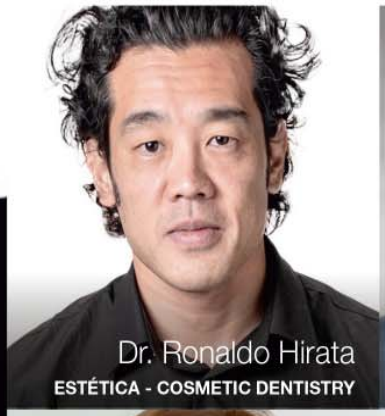
TARIFA REDUCIDA 20 € ¡Inscríbete YA!

AVANCE PONENTES CONGRESO SPEAKERS

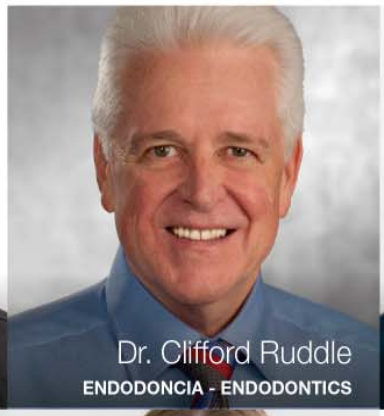
5 CONGRESO BIENAL coem

Actualización multidisciplinar en Odontología

Dr. Pascal Magne
ESTÉTICA - COSMETIC DENTISTRY

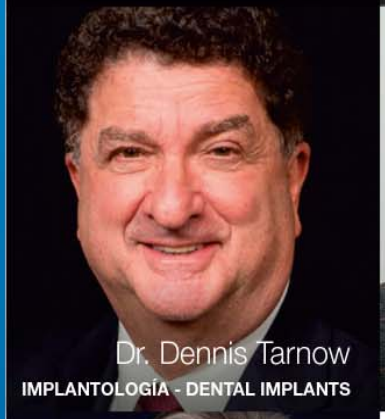


Dr. Ronaldo Hirata
ESTÉTICA - COSMETIC DENTISTRY



Dr. Clifford Ruddle
ENDODONCIA - ENDODONTICS

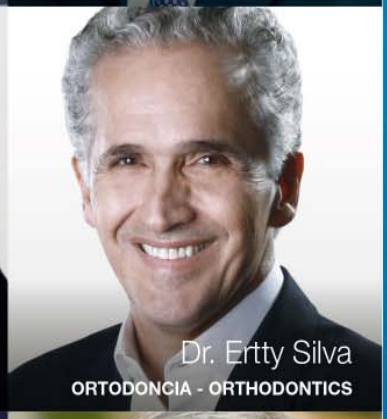
Dr. Nestor Cohenca
ENDODONCIA - ENDODONTICS



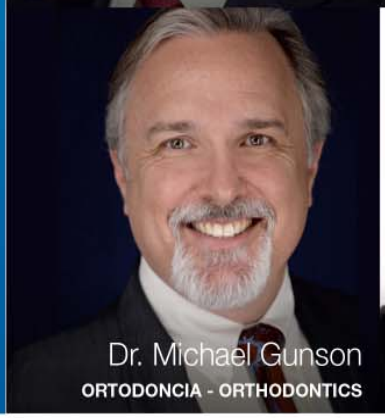
Dr. Dennis Tarnow
IMPLANTOLOGÍA - DENTAL IMPLANTS

Dra. Marie Therese Flores
ODONTOPEDIATRÍA - PEDIATRIC DENTISTRY

Dra. Rebecca Bockow
ORTODONCIA - ORTHODONTICS



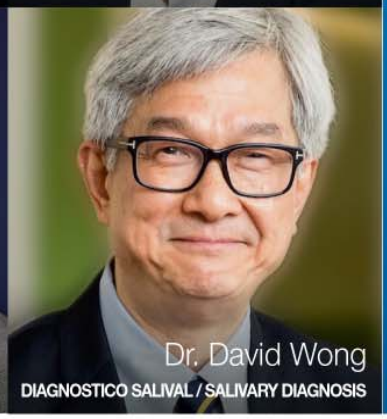
Dr. Ertty Silva
ORTODONCIA - ORTHODONTICS



Dr. Michael Gunson
ORTODONCIA - ORTHODONTICS

Dr. Rafael Decurcio
PRÓTESIS - PROSTHODONTICS

Dr. Jonathan Esquivel
PRÓTESIS - PROSTHODONTICS



Dr. David Wong
DIAGNOSTICO SALIVAL / SALIVARY DIAGNOSIS

☑ INSCRÍBETE EN:
congresocoem.com

TARIFA REDUCIDA HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2020

EDICIÓN ONLINE

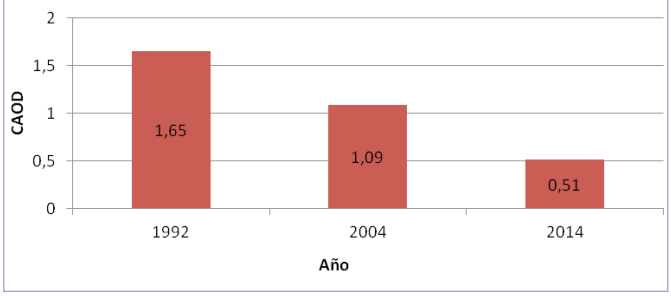
@dentistasCOEM
#5CongresoCOEM
@dentistas.coem

coem
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I ª Región

AÑO	CAOD
1992	1,65
2004	1,09
2014	0,51

Tabla 8. Valores del CAOD en Castilla La Mancha en 1992, 2004 y 2014 (Unidad VIII).

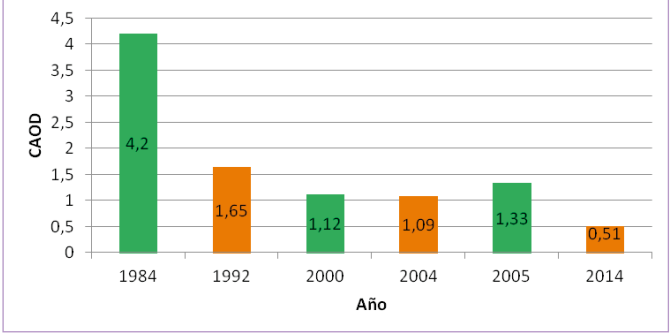
Gráfico 3. Evolución de los índices de caries en Castilla La Mancha.



AÑO	CAOD
1984	4,2
1992	1,65
2000	1,12
2004	1,09
2005	1,33
2014	0,51

Tabla 9. Valores del CAOD en Castilla La Mancha (incluyendo los de la Unidad VIII de 2014) y España en diferentes años.

Gráfico 4. Comparación del CAOD en España y Castilla La Mancha.



En los siguientes apartados se realiza un análisis comparativo de los resultados obtenidos en la encuesta de salud bucodental en la población escolar de Castilla La Mancha en 1992[5], en la encuesta de 2004[6] y en la realizada en la actualidad en las poblaciones antes reseñadas. También se comparan los resultados con la evolución del CAOD en España en 1984, 2000 y 2005.[7]

En el gráfico 4 se aprecia que los niveles de caries en Castilla La Mancha son más aceptables que los de la media nacional. Asimismo, s en el gráfico 3 observamos una disminución paulatina del CAOD en Castilla La Mancha y, aunque es una muestra poco significativa, el resultado de los datos de la Unidad VIII son esperanzadores.

DISCUSIÓN

La inversión realizada en estos 10 años, desde la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, ampliando y mejorando las dotaciones de las USBD, hace imprescindible la realización de controles de calidad en estas Unidades. Esto es, como indicábamos en la introducción, conocer costes y, en nuestro campo, comparar los índices de caries, restauración o necesidades de selladores que determinarán si se va en la dirección correcta y afectará a la planificación futura.

No obstante, con nuestra pequeña muestra encontramos un continuado descenso del CAOD, desde el primer estudio en 1992, lo que nos hace ser optimistas y sugiere una buena implantación del PADI en la zona de atención de la Unidad VIII.

Cierto es que nuestro estudio es limitado. Dejamos para otra ocasión un estudio que refleje los índices de restauración, la necesidad de sellado de hoyos o fisuras, las maloclusiones o las enfermedades periodontales.

CONCLUSIONES

1. El índice CAOD, en la zona de atención VIII de Castilla La Mancha, ha experimentado un notable descenso, si lo comparamos con las encuestas de 1992 y 2004. Podemos aceptar, por ello, que el PADI está realizándose correctamente en la zona de influencia objeto del estudio.
2. Son necesarios estudios más completos para poder establecer que el PADI de Castilla La Mancha está bien orientado y su planificación es acertada.

BIBLIOGRAFÍA

1 Encuesta de salud bucodental en escolares. Castilla La Mancha. 2004
2 Encuesta Poblacional: la salud bucodental en España 2010. Libro blanco. Barcelona, 2010. Grupo Saned, p.11
3 Cuenca E, Canella J, Bellet A. Metodología en los estudios epidemiológicos de caries. Boletín de información dental.1983; p.37-41
4 W.H.O. Oral Health Surveys: Basic methods. Third edition. World Health Organzation. Gèneve, 1987; p.1-52
5 Encuesta de Salud bucodental en escolares de Castilla La Mancha. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castillla La Mancha. 1992
6 Encuesta de Salud bucodental en escolares de Castilla La Mancha. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castillla La Mancha. 2004.
7 Encuesta Poblacional: la salud bucodental en España 2010. Libro blanco. Barcelona, 2010; Grupo Saned; p.12

ODONTÓLOGOS de hoy

La Estomatología en la obra de Fray Agustín de Farfán

Al doctor Uziel Gutiérrez. In memoriam.

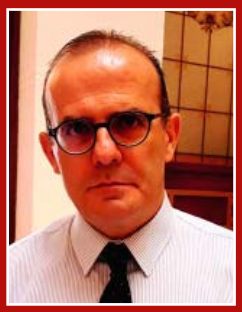
Fray Agustín de Farfán fue autor temprano en el Nuevo Continente con sus dos obras, dadas a la imprenta en México, donde residiría en su doble condición de médico y religioso, tras ingresar en la orden agustiniana. Su "Tratado breve de Medicina", publicado en 1592 es considerado el primer libro médico editado en América, si bien, como tantas primicias, debe ser tomado como anecdótico antes que meritorio. Tanto en esta como en su otra obra, "Tratado de Medicina y Cirugía", se recogen diversos contenidos de índole estomatológica que son los que analiza este trabajo, con la importancia que tuvieron de ser fuente de consulta de muchos prácticos de la medicina y la cirugía con y sin titulación académica.

Agustín de Farfán.

Nació Pedro García Farfán en Sevilla en 1532, y orientado por sus padres se graduó en Medicina en esta ciudad, en 1552, ejerciéndola con éxito hasta el punto de ser nombrado médico de Cámara de Felipe II, si bien una sordera le apartó de Palacio[1].

Acompañado por su mujer y sus tres hijas embarcó con destino al Nuevo Continente donde llegó en 1557 portando cédulas reales para su presentación como verdadero aval de sus méritos, una de las cuales le facilitaba la incorporación a la Universidad de México, donde tras una década de residencia en aquel lugar recibió el grado de doctor en Medicina, con fecha 20 de julio de 1567. Al año siguiente fue nombrado inspector de las farmacias de la ciudad de México y poco tiempo después pasó a desempeñar el cargo de decano en aquella Universidad.

Tras el fallecimiento de su esposa, y una vez que sus hijas tomaran el hábito religioso, decidió ingresar en la Orden de San Agustín, donde profesó a fecha 26 de agosto de 1569, consagrándose al estudio de la Teología, si bien, con la correspondiente dispensa pontificia pudo simultanear la Medicina, atendiendo a numerosos pacientes de otras órdenes religiosas así como a quien quiera solicitaba sus remedios. En el convento de México estuvo a su cargo la enfermería cuando en él residió,



AUTOR:

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

Retrato de Fray Agustín de Farfán a los 47 años.

pues asimismo fue prior de la fundación agustiniana de Oaxaca, de 1584 a 1587, y de Taxco, en 1594, y también visitador de la provincia de México.

Dio a la imprenta las obras que a continuación analizamos, teniendo la singularidad la primera de ellas de haber sido etiquetada como el primer tratado médico impreso en Nueva España.

Farfán y López de los Hinojosos, "vidas paralelas".

Comprobamos, pues, que fue la de Agustín de Farfán una biografía paralela a la de Alonso López de los Hinojosos[2]. Como éste, estudió la Medicina en España, embarcó para el Nuevo Mundo y tras enviudar decidió ingresar en una orden religiosa (Hinojosos en los dominicos, Farfán en los agustinos) una vez los hijos de ambos habían profesado asimismo en otras órdenes. Como tales permanecieron hasta su fallecimiento y en dicho tiempo ejercieron ambos ministerios, médico y religioso, dando a la luz sendas obras con propósitos similares, el de servicio a la comunidad con intenciones también similares pues en ambos casos buscaron ante todo un mensaje sencillo para mejor aplicación, incluso por no titulados, de lo más básico a la patología más frecuente.

El Tratado de Anatomía y Cirugía, 1579.

Fue publicado en la ciudad de México en 1579, en la imprenta de Antonio Ricardo, con el título *Tractado breve de Chirvrgia, y del conocimiento y cvra De algunas Enfermedades q en esta tierra mas comùmente suele auer*. Consta de 274 hojas, que se doblan en el número de páginas. Al final del libro se incluye un grabado, retrato del perfil del autor a la edad de 48 años, a cuyos pies se inserta un pequeño poema.

Los prolegómenos reglamentarios del texto constan de la licencia, por diez años, de D. Martín Enríquez, Gobernador y Capitán General en Nueva España, le siguen las de los doctores médicos Juan de la Fuente y Francisco Bravo, refiriéndose todos ellos a este tratado como "titulado de Anothomia y Cirugia", constan después las licencias eclesiásticas de Fray Alonso de la Vera Cruz y Fray Martin de Perea, éste en el cargo de Provincial de la Orden de San Agustín y a quien va dedicado el libro. Cierra esta serie de escritos un soneto elogioso sobre el autor y su obra firmado por Francisco de Solís.

Era fruto este libro de su experiencia pues, como dice en "Al lector", en esa fecha de 1579 se cumplían *veinte y siete años… q comèçe à professar la sciencia de la medicina, y chirurgia, estudiando en ella y trabajado lo que me ha sido posible*.

Está dividido el libro en seis tratados, a su vez subdivididos en cuantos capítulos necesita el autor para verter su mensaje y se reseñan todos al inicio, a modo de índice. Éste va seguido de una "tabla" *de las cosas mas essenciales qve este tratado tiene*, por su orden alfabético, que facilita la búsqueda puntual de temas, remedios y enfermedades. Antes de entrar en materia se dirige al lector para después, bajo el epígrafe de "Prefacio", definir qué cosa es la Cirugía y cuáles han de ser las cualidades del cirujano.

Así pues, éste, según Farfán, debe reunir las siguientes condiciones: *que sea màcebo, ò casi. Que tenga buena vista, facundo, elegante, gracioso, de buena conuersacion, de lindo ayre, pulido, y asseado en toda su persona, de buena condicion, y còplexion, y sobre todo buè christiano, y temeroso de Dios. Ha de ser, tambien animoso, y presto de manos en su obrar, tenièdo para ello buenos instumètos, sin los quales no se puede hazer cosa alguna bien, ni con presteza, ni sin dolor*[3].

En el Tratado primero, sin título como los demás, ya deja caer en la entrada que justifica su planteamiento anatómico este mínimo recuerdo galénico sobre los dientes: *Los huessos son miembros*

TRACTADO BREBE DE MEDICI
na, y de todas las enfermedades, hecho por el
padre fray Auguſtin Farfan Doctor en Medici
na, y religioſo indigno de la orden de ſant
Auguſtin, en la nueua Eſpaña. A hora
nueua mente añadido.
(*)
DIRIGIDO A DON LVYS DE VE
laſco cauallero del habito de Sãctiago,
y Virrey de eſta nueua Eſpaña.
En Mexico, Con Priuilegio en caſa de Pedro
Ocharte. De. 1592. Años.

Portada del "Tratado breve de Medicina", con el retrato de Farfán, edición de 1592.

simples, y mas duros que los otros todos, carescen de sentimiento, saluo los Dientes como quiere Galeno[4].

El capítulo quinto, titulado *"De la Anothomia del las enzyas, dientes, quixadas y muelas"*, es más confuso que claro, pese a su brevedad, y de las primeras no dice como tales, cosa alguna. Distingue tres tipos de dientes, que, según la opinión de los anatomistas, *son trèyta y dos por numero. Así, algunos son cortadores… otros son caninos, llamados diètes de los ojos. Otros ay molares, porque quiebran y muelen las cosas que se comen, como la piedra del molino muele el trigo*. Ahora bien, causa sorpresa que atribuya un número impar y desigual pues si los superiores suman diecisiete, los inferiores serán quince, como también causa asombro la composición del maxilar, nada menos que de catorce huesos: *Los diez y siete dientes de estos està metidos en la quixada de arriba, la qual es compuesta de de catorze huessos, cuya compostura es oculta, y assi no haremos mencion de ella, ni de su diuision, basta saber, que por vn hueso solo se toma*[5]*. Todos los dientes estan ligados con ligamentos y paniculos, que proceden del panículo y neruios, ya dichos. Por último, la quixada inferior ò baxa es compuesta de dos huessos, hazia la barba, con vna vnión y junta como diètes de sierra, hazia la parte de arriba y è cada parte haze su junta con las mandibulas ò quixadas de arriba*[6].

Trata el capítulo sexto "De la Anothomia de la Lengua, Orejas, y Espondiles" y así es la lengua *de naturaleza espògiosa, y carnosa, compuesta de neruios, de vilos, y lacertos, ò murecillos. Tiene su nacimièto y rayz con ligamètos en el huesso llamado Lambda* y su inervación corresponde al séptimo par, limitando su vascularización a dos venas sublinguales llamadas *Leonicas*. La función de este órgano es *pronùciar la palabra, y mouer, y menear biè la viàda ò comida è la boca: tambien para el gusto, como lo vemos. Y assi los neruios de este miembro son los del gusto*. Es movida por nueve músculos, lacertos, ó murezillos. Debajo de la lengua, por último, hay *vnas carnes glandulosas, en las quales ay dos agujeros, que purgá la saliua à manera de coladero*[7].

En el Tratado tercero de los apostemas, capítulo sexto, se ocupa "De las llagas de la boca". Antes que nada, advierte el autor que *en ellas no se puede poner emplastro, ni vnguento alguno, y lo que por la parte de fuera se pone, no aprouecha ni llega, à hazer buen efecto, y assi para madurar, ablandar, mùdificar ò limpiar las llagas, se pueden poner estas medicinas. Enxùdia lauada de Gallina, y puesta dentro de la boca, tambien los higos secos y majados, las passas majadas sin los granillos, las Rosas hechas con miel, ò el Açucar Rosado, mezclado con vna yema de hueuo,* de tal manera que hacen madurar y abren los tumores, especialmente los que son "de sangre y reúma", los cuales también se hacen en la campanilla.

Respecto a éstos, sangrado el paciente, si conviniere, y purgado, sería buena cosa poner sobre el tumor, siguiendo a Guy de Chauliac, *poluos de Pimienta y de Mirabalanos Cytrinos, yguales partes, y mezclados*. No obstante, el autor tiene mejor experiencia con una receta propia: *es buena la massa de las Pildoras Cochias, de las quales tomen vna dragma, y si tuuiere el estomago rezio el paciente, añadan media dragma, ò vna mas: â vna dragma de estas pildoras mezclen ocho granos de Diagridio, y dorèse, y antes de tomarlas, preparese el estomago del enfermo quatro dias con dos onças de miel Rosada cada vez*. Hecho esto, y de acuerdo con el cirujano medieval, hay que colocar con una espátula o cuchara llana *poluos de Pimienta y de Mirabalanos Citrinos y guales partes, y mezclados* aunque el autor prefiere, por experiencia, los polvos de alumbre quemado, si bien se pueden usar en su tiempo las agallas mezcladas con esta receta: *Agua Rosada, d Llàtè de cada cosa seys òças, Vino, ó el çumo de las Granadas agras y dulces dos òças, Vinagre vna onça, xaraue Violado vna onça, todo se mezcle, y cò esto haga el paciente gargarismo*. También propone otra receta para el mismo propósito de hacer gargarismo: *Ceuada dos puños, Murta ò Vuillas de Arrayhan, Rosas secas de cada cosa vn puño todo cueza en*

qtro quartillos d agua, y de vn buè heruor. Cueles el cocimiento, y añadasele vinagre Rosado de cada cosa tres onças, y si de la inflammacion la carne se viniere à corromper (pudiéndola ver el chirujano) manda el Guido, que con vna espátula se ponga en lo corrompido de ella el vnguento Egipciaco. No obstante, por su experiencia dice Farfán que puede aplicarse aguafuerte, en un algodón, pues quema la corrupción como el cauterio de fuego, tras lo cual deberá usar otro gargarismo, esta vez de la siguiente composición: *agua Rosada, de Llantè, de cada cosa seys onças, Alùbre bueno dos dragmas y media, Solimà vn escrúpulo y medio*, que habrá de cocerse hasta que se deshaga el alumbre sin tener miedo a usar el solimán, y así, *Este remedio y lauatorio es bueno para qualquiera llaga de la boca, aunque este mas adentro de los gaznates*.

Por último se detiene en valorar si es bueno resecar la campanilla cuando ésta se relaja frecuentemente, impidiendo al paciente tanto hablar como tragar con facilidad y se decanta, de acuerdo con Aecio de Amida y Guy de Chauliac en cortar pero sólo la parte más inferior, indicando después al paciente que se enjuague con agua fría para que cese la hemorragia, tras lo cual habrá de hacer gargarismos con este preparado: *agua cozida cò Sarmientos, y Datiles, y vn poco de Alumbre y Rosas*[8].

También de larga extensión es el capítulo décimo, titulado "de las vlceras, y cisuras de los labios". Siguiendo su orden, define a las primeras escuetamente: *son llamadas de Auicena en la sexta del tercero, alcholas, hazense còmunmente de humor caliente, que corre à la boca*. Causadas por corrimiento de reúmas calientes hacia la boca, cuya cantidad determina la extensión de la lesión, no son fáciles de curar en tanto que *las medicinas dentro de la boca, no se pueden aplicar bien, ni detenerse*.

Dicho lo cual dependerá el difícil tratamiento de las mismas de la calidad del humor responsable de su aparición y así, si fuera caliente, procedería sangrar al paciente, *de la vena còmun, q es la de todo el cuerpo*, a criterio del médico o el cirujano, y si fuera necesidad purgarlo conforme se advirtió en el capítulo de las "inflamaciones coléricas". Además, habrá de usar el paciente este "lavatorio" de boca desde el principio: *miel Rosada, vna onça, çumo de granadas agras, agua Rosada, agua de Llanten, de Azederas, que son los xoxocoyoles, de cada cosa tres onças, todo se mezcle, y lo mas del dia lo tenga en la boca*. Asimismo es bueno este otro lavatorio: *Rosas coloradas, Balaustias, Arrayhà, hojas d Oliua, çumaque, Llanten, de cada cosa vn manojo, Alùbre quemado vna onça, hágase cozimièto en tres libras de agua, y cueza hasta q el agua se pare colorada, cuelese y lauese el paciète con el la boca*. Ahora bien, si las llagas fuesen ulcerosas y de humor frío, lo cual se reconoce por no sentirse ardor en ellas ni calor en el cuerpo, convendría poner sobre ellas *los poluos de Alùbre quemado, y de alli a vn poco se laue la boca cò vino tibio*. Si procedieran de humor caliente y frío, se deberían lavar con este otro lavatorio: *capullos de bellotas, nuezes de Ciprez, Lentejas, Rosas, Llanten, çumaque, hojas de Oliua, de Saluia, Romero, y Alumbre quemado, d cada cosa vn poco, todo cueza en el agua q bastare, y dè vn buen heruor, cuelese, y à la postre se añada vna poco de miel blàca, porq limpia muy biè las vlceras de la boca, y las de las enzias, y aunq esten podridas las encarna y suelda*.

También *las hojas de la Oliua*, junto con el lavatorio dicho, aprovechan para toda clase de úlceras bucales, *d qualquiera hvmor q sean*. Ahora bien, si no consiguieran sanar convendría poner en las úlceras *medicinas q corroyan y limpien mas*, siendo bueno el ungüento Egipciaco disuelto en el colutorio reseñado y aun así si tampoco bastare esto, úsese el aguafuerte aplicado con un hisopito de algodón, obedeciendo a Guido.

Una vez mundificadas las llagas, habrían de usarse *medicinas q encarnen, como poluos de Encèsio, de sangre de Drago, con vn poco de vino se desaten, y tibio se laue cò el la boca el paciète a menudo, y aunq el vino escueza, sufralo, por que ayuda de su parte à desecar las vlceras*.

Por último, respecto a las cisuras de los labios o grietas, molestas y causantes de gran dolor, se usa la siguiente receta: *tomen azeyte de las yemas de los hueuos onça y media, miel Rosada media onça, todo se mezcle, y se pòga en las grietas, o bien esta otra: azeyte de Linaça vna onça, poluos de Almartaga dos dragmas, con vna yema de hueuo se mezcle*. Previo a la aplicación de estos ungüentos habría que aplicar con un pañito la siguiente *fomentaciò tibia: Linaza, Maluauisco lo q quisieren, cueza en vna poca de agua, y dè vn buen heruor* [9].

Finalmente, en el capítulo decimonoveno, titulado "Del modo de dar la vncion", entiéndase para enfermos sifilíticos, abunda en el tratamiento de las repercusiones bucales. Una vez untado y resguardado con la ropa conveniente, tanto el médico como el cirujano han de ser muy observadores con la afectación gingival, pues según el entender del autor: *si a las dos ò a las tres vnciones ò a las que fueren, las enzias se hincharè, y la boca se començare à llagar, ha de cessar la vncion, porq esta es la señal mejor, y la mas cierta q manifiesta hauer hecho la vnciò su efecto*. Tan importantes son dichos signos bucales que cuando el médico o el cirujano obvian explorarlos, pueden darse situaciones fatales pues siguen administrando unciones.

Para estas lesiones propone remedio el autor con un *Lauatorio para las llagas de la boca* como así titula este epígrafe, con el cual ha de hacer gargarismos: *tomen Rosas secas, Arrayhan, de cada cosa dos puños, Violetas, Ceuada, de cada cosa medio puño, todo cueza en cinco quartillos de agua, y dè vn buen heruor, cuelen esta agua, y echè en ella Alùbre quemado dos*

dragmas, miel blanca quatro onças, torne à dar todo vn pequeño heruor[10].

A modo de recetario se extiende en fórmulas el decimotercer capítulo, así titulado: "De algunos remedios particulares de enfermedades communes, y que á cada passo se ofrecen". Puestos los ojos en aquellas de nuestro territorio, las siguientes son las más a propósito:

Para las llagas de las Viruelas que se hazen en la boca.
Miel Rosada, çumo de granadas dulces y agras, agua Rosada, y de Llanten yguales partes, todo se mezcle y lauen la boca seys vezes al dia. Y si conuiniere (por estar las llagas algo suzias) añadase al lauatorio vn poco de vino[11].

Sin que aparentemente tuviera nada que ver la receta titulada Para la Erisipela de las piernas, que así se fabrica: *Saquè por alquitara vn açumbre de agua de las hojas de la higuerilla de infierno, échenla en vna olla vedriada, y con ella dos onças de Alùbre bueno, miel blàca quatro onças, todo cueza à fuego màso, hasta q mègue el agua dos dedos, cuelese, y las vezes que hiziere asièto tambien se cuele*, añade a continuación que *Tàbien es buena para las llagas de la boca, lauàdose con ella*[12], de ahí que nos veamos obligados a dar fe de ella.

Para encarnar los dientes.
A los descuydados se les suelen gastar las enzias, y descarnarseles los dientes, y henchirse de toua. Para despues d limpiados son buenos estos poluos Encèsio, sangre d Drago, Bolarmenico, sal còmun de cada cosa vna dragma, Almaciga, huessos de Datiles, Coral colorado, de cada cosa media dragma, mezclese y hagàse poluos muy subtiles. Lauèse cò este vino los dientes, y luego pògan los poluos sobre las enzias. Romero, Encensios verdes, de cada cosa vn puño, vino blanco bueno vn quartillo, todo dè vn hervor[13].

El Tratado breve de Medicina, 1592.

En 1592 editó, también en México y en la imprenta de Pedro Ocharte, el *Tratado brebe de Medicina, y de todas las enfermedades*, que sería reimpresa en edición póstuma, en 1610, en la misma ciudad, pero ahora en la imprenta de Geronimo Bally. Recientemente se han tirado ediciones facsimilares en Madrid, Ediciones Cultura Hispánica, 1944, y en Valladolid, Librería Maxtor, 2003 y 2020.

Consta en primer lugar las licencias a cargo del destinatario de la dedicatoria, D. Luis de Velasco, por mandato del virrey D. Martín López de Gauna, y del Dr. Ortiz de Hinojosa. Siguen dos sonetos en honor del autor firmados por el padre Hernán González de Eslava, el segundo en forma dialogada, lo que anima a Farfán a componer otro a su vez destinado al mencionado Velasco y con el que da remate a los prolegómenos. Al final del libro se incluye una tabla *de las cosas mas esenciales que en este Tratado se contienen*, que, con este título, bien claro deja que se concibe a modo de prontuario donde hallar remedio a muy diversos males, sin clasificación topográfica alguna.

Queda estructurada la obra en cinco libros, a su vez subdivididos en capítulos, no siendo hasta el segundo de aquellos, titulado "De mvchas enfermedades, y indisposiciones, que à cada paso se offrecè", cuando encontramos expuestos algunos saberes de nuestra especialidad, y así, se habla del remedio siguiente:

Para el mal olor de la boca, y de narizes.
Qvando el mal olor d la boca viene de alguna muela podrida sacandola se quita. Y si sale el mal olor del estomago, es por algù humor medio corrompido. El que esto padesciere acostumbre beber agua cozida cò Anis, y entre dia coma muchas vezes el Anis vn potostado (sic.) *Y con ello se quitara el mal olor*[14].

Dentro del variado, como los demás, *"Capitulo Onze"*, se incluyen remedios varios para situaciones muy diversas, y entre ellos alguno para males tan frecuentes como la odontalgia, quedando así relatado:

Para dolores de muelas y dientes.
Tomando en la boca dos vezes ò tres vn poco de vinagre caliente, y trayendolo vn rato, sentiran luego aliuio en el dolor, aùque sea muy grande. Las hojas del Xoxocapatli y por otro nombre Cumiatl el que tiene las hojas anchas y largas cozidas è agua, molidas y puestas por defuera, quità el dolor de las muelas y dientes. Y haze lo mismo el agua de ellas si se exaguà la boca. Sirue tambien esta agua tibia de lauatorios para la gota, por que se resuelue el humor. Es cosa muy experimentada, q si vntan muchas vezes vn palito de Ocote en Chile seco y molido, y se escaruan con el los dientes y las muelas, quita el dolor[15].

Consta asimismo en este libro segundo algún remedio como el que sigue:

Para encarnar los dientes, y fortificarlos de la reuma.
A los descuydados se les comen las enzias y se les descarnan los dièes, y se les hinchè de toua. Para quitarla, hagan esto, tomen media Lima ò media Naranja agra, y echen sobre lo agro Alumbre quemado y molido. Pongàla sobre las brasas, que casi buelua a hieruir el Alumbre. Tomen con vn popote ò palito delgado del alumbre vn poco, y vayan lo ponièdo encima de la toua. De allí à vn poco la vayan escaruando con vn limpia dientes de barbero, y quitarse ha con facilidad. Enxaguense la boca con vn poco de vino, y pongan estos poluos sobre las èzias, y cada ocho

TRATADO BREVE
DE MEDICINA
Y DE TODAS LAS ENFERMEDA-
des, hecho por el Padre Fray Agustin Far-
fan, Doctor en Medicina, y Religioso indigno de
la Orden de san Agustin, en la Nueua Es-
paña. Agora nueuamente añadido.
DIRIGIDO A DON LVYS DE VELASCO CAVA-
llero del habito de Santiago, y Virrey desta Nueua España.
CON PRIVILEGIO.
En Mexico, en la Emprenta de Geronymo Balli.
Por Cornelio Adriano Cesar.
Año de M. DC. X.

Portada de la edición póstuma del "Tratado breve de Medicina", 1610, con la efigie de San Agustín, en cuya orden profesó.

días los pògan con vn pañito, refregandalas blandamente. Tomen Encensio, sangre de Drago, Bolarmenico y Sal blanca de cada cosa vna drama, Almaçiga, huesos de Datiles, y Coral colorado de cada cosa media drama; todo lo muelà mucho y mesclen, y guarden para su vso[16].

Y también esta larga receta:

Para las llagas de la boca, y de la garganta.

…si son superficiales, haciendo gargarismo con leche y en ella vn poco de Açucar, sanaran. Tàbien sanan con este lauatorio, tomen Ceuada Rosas y hojas de Oliua ded cada cosa vn puño, cuezan en en vn quartillo de agua, y de tres heruores. Cuelenla y echenle quatro onças de Miel blanca, y dos onças de vinagre, y dos dramas de Alùbre quemado y molido, y seis granos como Trigo de Cardenillo muy molido. Todo junto de vn heruor, y hagà gargarismo cada quatro horas, y enxaguense la boca con el. Si con estos remedios no sanan las llagas, ay necessidad de sangrar y purgar al enfermo. Y para hacerlo, acudà a la cura de los dolores de cabeça en el capitvlo diez…Si estas llagas estan svzias, y la carne se va comiendo, pongan en ellas (tres vezes en el dia) con un popote y Algodones vn poco de vnguèto Ejiciaco. Luego haga gargarismo con este cozimièto dos vezes, dos escudillas de agua, media escudilla de Miel blanca, tres onças de vinagre, todo en un heruor. Donde no hallaren vnguento Ejiciaco, pongan estos poluos con el popote (mojados los algodones en el cocimiento) sobre las llagas. Alumbre quemado y Cardenillo partes yguales, Aluayalde otro tanto como las dos cosas, muélanlas y mesclèlas. Quando esto no bastare, para que las llagas sanen, quemenlas con vna gota de agua fuerte, puesta en el popote. Si no tienen agua fuerte , hagan este lauatorio del qual yo vse muchas vezes cò mucho prouecho del enfermo. Tomen agua de Ceuada mondada medio quartillo, Alumbre quemado tres dramas, Cardenillo media drama, Soliman vn escrupulo, Miel blanca quatro onças. Muelà bien las tres cosas, y todo junto de vn heruor, y con vn hisopo de lienço mojado en el cocimiento, se curaran mejor. No teman el Soliman, que es muy poco, y no puede hazer daño, si no mucho prouecho, y para las llagas de qualquiera parte es admirable, y mas para las de la boca. Quando las llagas vienen de bubas, no sanaran cò estos remedios, si no con los que puse en la cura de ellas. Las llagas de la boca de los niños se curan y sanan muy bien, refregándolas con vn lienço mojado en azeyte y Cardenillo muy molido[17].

De nuevo, sobre la odontalgia se aportan dos recetas, curiosamente tanto para "dientes y muelas" como para "muelas y dientes".

Para dolores de dientes y muelas.

Cosa es muchas vezes esperimètada, que si (quando duelen los dientes y las muelas) se los limpian a menudo con vn palito de ocote vntado con poluos de chile seco, se quita el dolor. Los mismos poluos metidos cò vna cabeça de alfilel grande dento de las narizes, haze venir à ellas y purgar los reumas, q a los dientes y muelas corrià, y quita el dolor de cabeça, si lo ay. Otro remedio, enxaguense tres vezes la boca cò vinagre templado con agua caliente, y quitarse ha el dolor de los dientes y muelas, como en mi lo he experimentado[18].

Para dolores de muelas y dientes.

Tomen vn poco de palo del Yecahuyexuchil, que los indidios lo ponen en tierra caliente por Vallado, y háganlo brasa, y assi lo echen en el agua. Calienten lo embueluan en vn lienço, y pónganlo sobre la muela o diente[19].

Pasando al *"Libro Qvarto"*, se titula el capítulo sexto *"De la Anothomia de los dientes, muelas, enzias y quixadas"*. En casi todo es similar a lo que dejó expuesto en su primer libro, persistiendo incomprensiblemente en errores de observación, lo cual confirma que la práctica de las operaciones dentales debió dejarlas en manos poco ilustradas como las de los barberos[20].

El siguiente, *"De la Anothomia de la lengua, orejas y Espondiles"* reproduce igualmente lo expuesto en aquel primer libro y asimismo, en su brevedad, deja bastante que desear, como antaño [21] y más adelante, en el capítulo decimoquinto, *"De los musculos de todo el cuerpo"*, va citando por grupos los de diversos territorios: *Doze musculos dio* [la naturaleza] *a las quixadas*. Y también: *Otros dos musculos mueuen la boca, y el labio de arriba, y otros dos q mueuen àbas mexillas. Los musculos q mueuè la lengua, son nueue* [22].

Añadamos como colofón a este trabajo el análisis de ambos textos. Farfán sustentó sus obras tanto en su biblioteca médica como en la experiencia, principalmente americana. Sobre la primera, fueron sus fuentes los clásicos Hipócrates, Aecio, Galeno, los medievales Pablo de Egina, Haly Abbas, Avicena, Rasis, Abulcasis, "el conciliador" Guy de Chauliac –éste sobre todos-, y el renacentista Ioannes de Vigo. No es que no oculte la ayuda de estos sino que ya en la advertencia "Al lector" de su primer libro deja claro que *sacó lo mejor de los autores assi griegos como barbaros, y de los modernos, lo mejor que en sus escriptos dexarò de la chirurgia*.

Cíñese a su casuística y en cuanto a los remedios no quirúrgicos procedentes del herbolario azteca, de largo recorrido en aquellos momentos, no son tan numerosos como cabría esperar, máxime cuando el intercambio entre los médicos allí llegados y los sanadores indígenas fue abundante. La obra de Fray Agustín de Farfán, como la de López de los Hinojosos, es antes de servicio básico a disposición de la comunidad que de altura en planteamientos tradicionales o de innovación, con un propósito manifiestamente claro: *Para que todos los que quisieren, y tuuieren necessidad, se aprouechè de ella*, de tal manera que también algunas personas a través de este libro, *aunque les falten… medicos, ellos se curaran*. El "Tratado breve de Mediçina, y de todas las Enfermedades, que à cada passo se ofrecen" es el mejor ejemplo pues sin planteamiento de la obra se adapta a un continuo de remedios para dar solución a muy diversas y frecuentes enfermedades, intercalándose conocimientos anatómicos y fisiológicos de diversa índole, no entendiéndose muy bien la separación del material expuesto en esos "seis libros" que se suceden pues no tienen sistemática ni continuidad alguna. Cábele al autor, como a López de los Hinojosos, de ser precursores en la edición de estas útiles obras de ayuda, principal propósito antes que el de erudición, en esa contrastada vocación religiosa de ayuda al prójimo en loor a Dios.

Bibliografía

1. Pardo Tomás, J. Pluralismo médico y medicina dela conversión: Fray Agustín Farfán y los agustinos en Nueva España, 1533-1610. Hispania, 248, 2014, págs. 749-776. Lazcano González, R. http://dbe.rah.es/biografias/17892/agustin-farfan.
2. Consultar nuestro artículo en el número anterior: *La Odontología en la "Cirugía" de Alonso López de los Hinojosos*. Odontólogos de Hoy, 44, 2020, págs. 46-52.
3. Farfán, A. de. *Tractado breve de Chirvrgia...*, pág. 2 vº.
4. Ídem., pág. 3 vº.
5. Más adelante referirá cómo Rasis (Rhazes), habla de que a*y veynte y quatro huessos por numero, y otros tàtos en la otra parte de la Quixada* (pág. 23 vº.)
6. Ídem., págs. 11 vº-12.
7. Ídem., págs. 12 vº-13.
8. CÍdem., págs. 101 vº-103.
9. Ídem., págs. 198-199 vº.
10. Ídem., págs. 214-215 vº. (Ojo, entre varias erratas de numeración, la pág. 215 aparece como 206).
11. Ídem., pág. 267.
12. Ídem. págs. 272 vº-273.
13. Ídem, pág. 273. Es muy similar, lógicamente, a la receta incluida en su segunda obra, pág. 170, titulada *Para encarnar los dientes, y fortificarlos de la reuma.*
14. Farfán, A. de. Tratado brebe de Medicina…,pág. 156. No obstante, este asunto formaría parte del "Capitulo Decimo", titulado *La Cura de la Ciatica*.
15. Ídem. pág. 161.
16. Ídem. pág. 170.
17. Ídem. págs. 184 vº-185 vº.
18. Ídem. pág. 193.
19. Ídem. pág. 211 vº.
20. ÍÍdem. págs. 333-333 vº.
21. Ídem. págs. 333 vº-334.
22. Ídem. págs. 349 vº-340.

EQUIPOS FOTOGRÁFICOS CONFIGURADOS

FOTOLANDIA *dental*

by casanovafoto

OLYMPUS

Canon

3 MODOS DE DISPARO

INTRAORAL

EXRAORAL

CIRUGÍA

933305162 · 933302969

fotolandia@casanovafoto.com

www.fotografiadental.cat

El testamento

¿Cómo estarían mis hijos si yo hubiera fallecido la semana pasada?

Ignacio Gutiérrez Galende
Socio en Galende – Buzón Abogados
igg@galendebuzon.com • www.herencias-madrid.es

A muchas personas hablar de testamento les pone los pelos de punta. Se sienten como si estuvieran anticipando su muerte o llamando a los malos augurios. Sin embargo, hacer testamento es un acto de vida, de responsabilidad y, en numerosas ocasiones, un acto de cariño hacia las personas que dependen de nosotros.

El testamento es la mejor forma de asegurarnos que nuestro legado y el futuro económico de nuestros seres más queridos estén asegurados.

En caso de no existir testamento el patrimonio se repartiría según lo que determina la Ley, lo que suele dar lugar a situaciones complicadas, incluso indeseadas. La Ley no siempre coincide con nuestros deseos.

No solo nos ayuda a regular temas económicos, también se puede dejar estipulados aspectos personales. Cómo, por ejemplo, en caso de tener hijos menores o con alguna discapacidad, asegurarnos quién se ocupará de su cuidado y protección.

Además, facilita los trámites a nuestros herederos, ya que, cuando no hay testamento es necesario realizar la declaración de herederos.

Este trámite consiste en solicitar al notario correspondiente que levante un acta por el que se realice el nombramiento de los herederos, para ello, hay que aportar la documentación que justifique nuestro parentesco con el fallecido, y la ausencia de otras personas con mejor derecho.

Esta gestión retrasa todo, aproximadamente, un mes más, lo cual alarga la necesidad de los familiares de cerrar una etapa para seguir adelante, además de encarecer el procedimiento al tener que sufragar una escritura más.

El testamento es la mejor forma de asegurarnos que nuestro legado y el futuro económico de nuestros seres más queridos estén asegurados

Estos son los puntos principales a tener en cuenta a la hora de otorgar testamento:

1. Se protege al testador y sus herederos

¿Has pensado en tu cónyuge?

Se debe tener en cuenta, si estamos casados en gananciales o separación de bienes. En caso de separación de bienes, el total de los bienes a nuestro nombre integrarán la herencia yacente, sin embargo, si estamos en gananciales, previamente, tendremos que liquidar la misma.

Nos encontraremos, que, con el paso de los años, y el incremento de las necesidades, el patrimonio con el que vivía cómodamente el matrimonio al dividirlo por la mitad, devalúe el bienestar de nuestro cónyuge.

De ello se desprende, la necesidad de garantizar la calidad de vida de nuestro cónyuge. La Ley, en el caso de silencio en este aspecto, fija el usufruto de un tercio, por lo que, si queremos dejar aseguradas las necesidades de nuestra pareja, el testamento nos garantizará su estabilidad futura. Es muy importante distinguir entre herencias compuestas de inmuebles donde interesará mantener el usufructo, de las herencias compuestas por patrimonio financiero (saldos en cuentas corrientes, depósitos, acciones), en cuyo caso es más aconsejable fijar que se capitalice y evitar futuros conflictos con los herederos.

¿Has pensado en tus hijos menores de edad?

Es un tema delicado, y en el que nadie desea verse, ya que, queremos ver a nuestros hijos crecer, pero, tristemente, la vida trae muchas vueltas e imprevistos.

Si sigue vivo el otro progenitor, por Ley, la patria potestad le pertenece a este, pero... y, ¿si fallecen los dos?

En este contexto, se debe nombrar un tutor, el cual es determinado por un Juez. Pero, seguramente, leyendo este artículo le venga a la mente familiares y/o amigos en quién confiaría la educación y cuidado de sus hijos, en caso de no poder hacerlo usted. Si expresamos nuestra voluntad de nombrar a esa

persona como tutor, el Juez lo hará, salvo que existan factores objetivos que desaconsejen a la persona elegida.

¿Y si mi relación con el otro progenitor no es buena?

Aunque la Ley fija que, en caso de fallecimiento, la patria potestad la seguirá ejerciendo el otro progenitor, muchas veces, en casos de divorcio o separación, la relación no es la deseada.

Teniendo en cuenta esto, podemos limitar las facultades del otro progenitor, en cuanto, a la administración de los bienes que disponemos. Con el testamento, es posible nombrar un administrador para los bienes heredados impidiendo que esta facultad recaiga sobre el otro progenitor.

¿Has pensado en los altercados por el reparto de la herencia?

Es muy aconsejable dejar indicado qué se quiere dejar a cada persona. Muchas veces nos encontramos con frases genéricas como a "partes iguales" o "a mis hijos". Sin embargo, existen dos formas de realizar el reparto: que todos sean copropietarios en su respectivo porcentaje o indicar qué bien concreto se asigna a cada heredero.

Es cierto, que lo anterior es necesario que haya una herencia de cierto volumen, pero también se pueden detallar objetos personales cuyo valor sea más sentimental que económico. Un reparto equilibrado de dichos recuerdos, muchas veces, es más apreciado que el dinero.

2. No se pierden los bienes que se legan en el testamento

Una preocupación muy habitual es pensar que al otorgar el testamento se pierde el control sobre los bienes. El testamento solo tiene eficacia una vez fallecemos. Además, salvo que nosotros queramos, nadie tendrá por que saber si se ha realizado o no testamento.

Para evitar tener que informar sobre su existencia, existe un registro del Ministerio de Justicia el cuál informará a nuestros herederos si se ha o no otorgado testamento y donde localizarlo, una vez fallece el causante.

3. Hacer testamento es un trámite rápido y sencillo

Existen diferentes tipos de testamentos, centrándonos en lo más comunes:

- Abierto: se hace ante notario, el cual está obligado a mantener secreto del contenido hasta el momento del fallecimiento del testador.
- Cerrado: se redacta en privado y, posteriormente, se declara su existencia ante el notario correspondiente, y se le entrega en pliego cerrado. Este documento no puede leerse ni abrirse hasta el fallecimiento del testador.
- Ológrafo: Testamento elaborado de a puño y letra del testador. Requiere de algunos formalismos para tener validez, como fecha, lugar, firma final y voluntad inequívoca.
  No es aconsejable esta última modalidad, puesto que, se puede perder o ser ocultado por quien no esté interesado en su contenido, y, además, deberá ser legalizado, lo cual retrasa y encarece los trámites.

En todas las modalidades de testamento, debemos tener en cuenta las legítimas para su elaboración, respetándolas en todo caso, salvo casos de desheredación.

Las personas que no estén en su íntegro juicio no podrán otorgar testamento

4. Hacer testamento no es caro.

Muchas veces, al oír que debemos acudir al notario, nos preocupa el coste económico que suponga. No obstante, este tipo de documentos vienen recogidos en el arancel notarial y rondan los 40 o 50 euros.

5. Cualquiera puede otorgar testamento

Para otorgar testamento abierto hay que tener al menos 14 años, estar en posesión de plenas facultades mentales, y acudir, únicamente, con nuestro DNI a la notaría. Con esto, sería suficiente, y no es necesaria la presencia de testigos.

Las personas que no estén en su íntegro juicio no podrán otorgar testamento. No obstante, si el testamento fue otorgado antes de ser incapacitado el testamento será válido.

6. Si cambia de idea, el testamento se puede modificar

Muchas veces nos encontramos con la duda, y si, ¿luego quiero cambiarlo?

Podremos hacer tantos testamentos como tiempo y ganas tengamos. Se podrá otorgar todos los que se deseen, por ello, es aconsejable ir actualizándolo a medida que evolucione nuestra vida. Dado que, nuestras circunstancias no serás las mismas con 30 años e hijos pequeños, que cuando tenemos 65, con una situación laboral distinta, y nuestros hijos ya emancipados.

¿Qué pasa si no se hace testamento?

Una de las consecuencias directas, en caso de no otorgar testamento, será que se aplicará las estipulaciones de nuestro Código Civil[1].

Si la persona fallecida tiene hijos:

La herencia se divide entre todos los hijos a partes iguales y al cónyuge, en el caso de que el fallecido estuviera casado, le corresponde el usufructo de un tercio de la herencia y también la mitad de los bienes gananciales (ganancias y adquisiciones realizadas durante el matrimonio), a no ser que en el momento del matrimonio se haya estipulado régimen de separación de bienes.

Si la persona fallecida no tiene hijos:

En este supuesto, los beneficiaros de la herencia serán los padres por partes iguales. En el caso de no haber padres, serán los abuelos u otros ascendientes.

En el caso de que exista un cónyuge, a éste le correspondería el usufructo de la mitad de la herencia más la mitad de los bienes gananciales.

Si no hubiese ni padres, ni abuelos ni más ascendientes, la herencia iría íntegramente al cónyuge.

En el escenario de que no, hubiera cónyuge, heredarían en este orden: sus hermanos, los hijos de estos y a falta de estos, sus tíos, primos y demás parientes colaterales hasta el cuarto grado.

Sólo en el caso de que no tuviese ninguno de los parientes anteriormente citados, heredaría el Estado.

Consejos para hacer testamento

1. **Las prisas son malas consejeras:** no debe hacerse por un impulso, por el contrario, aconsejamos que se haga de manera meditada. Por ejemplo, podemos redactar un borrador e ir modificándolo hasta dar con el resultado deseado, antes de acudir a la notaría.
2. **El mejor momento es el presente:** nuestro consejo es, que no hay que dejarlo para cuando sea necesario, en ese momento ya sería tarde. El mejor momento para asegurar el futuro es el presente.
3. **Puedes modificar tu testamento todas las veces que quieras,** recuerde, se pueden otorgar tantos testamentos como deseemos. Es aconsejable adaptarlo a nuestras circunstancias personales. Tu vida cambia, los años nos transforman a nosotros y a nuestro entorno, siempre tendremos la posibilidad de adaptar nuestro testamento a las nuevas circunstancias.
4. **Mantén un inventario actualizado de tu patrimonio.** Es conveniente saber en cada momento que tienes y cuanto debes. Ten en cuenta que las deudas también se heredan. Es mejor intentar dejar todo en orden, así evitarás malentendidos y posibles pleitos entre tus herederos.
5. **Detallar los bienes a repartir en ocasiones puede ser muy conveniente.** Es muy frecuente usar frases genéricas cómo “repartir a partes iguales entre mis hijos”. Materializar esto puede ser complicado, dado que todos bienes que no son divisibles y cuantificar su valor es complejo. Por ello, en algunos casos, es preferible detallar que bienes corresponden a cada heredero.
6. **Conviene ser preciso en los detalles formales.** Los nombres, apellidos y el resto de los datos identificativos de los herederos, es importante que sean precisos, sin errores. Cambiar una letra puede provocar confusiones que compliquen a tus herederos e incluso derivar en conflictos judiciales.
7. **Escoge un buen albacea testamentario.** Esta figura es importante, sobre todo cuando la herencia es de gran volumen, o entre los herederos hay menores de edad. El albacea testamentario es la persona que se ocupará de que tu última voluntad se cumpla según tus deseos. Es recomendable que sea una persona de tu más absoluta confianza.

1. Los porcentajes de legítimas afectan a las zonas de derecho civil común, aquellas con derechos civiles propios como Cataluña o Comunidad Valenciana entre otros, tienen otra regulación propia.

B:DS
Barcelona Dental Show

27-29 mayo 2021
CCIB Barcelona

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

www.dentalshowbcn.com

BARCELONA DENTAL SHOW ES UN EVENTO ORGANIZADO POR: NEBEXT NEXT› BUSINESS EXHIBITIONS

6 HÁBITOS QUE TE HARÁN MEJORAR COMO LÍDER

Dr. Alberto Manzano
CEO & Fundador de Plan Synergia

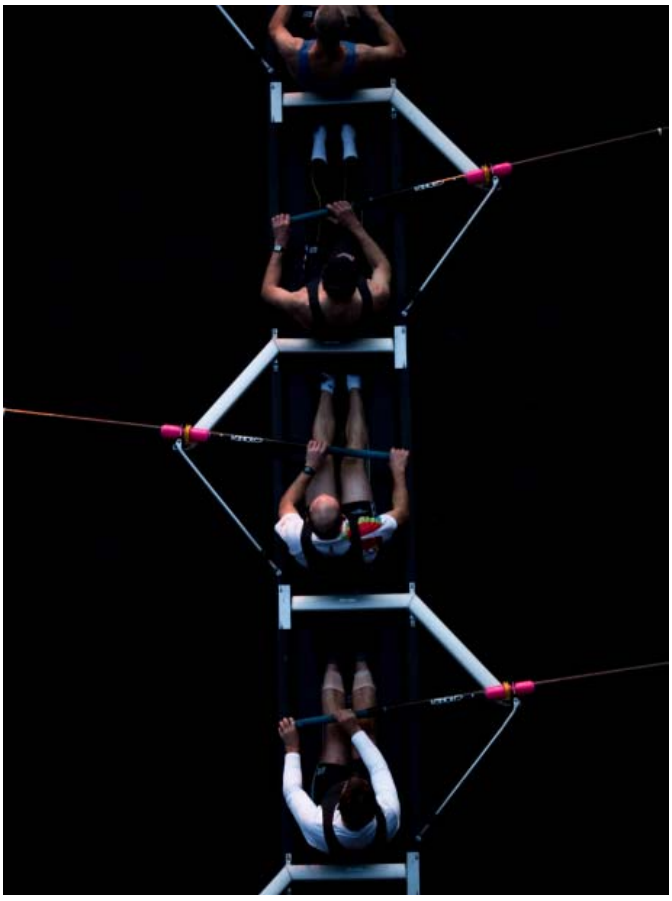
Al principio estabais tú y tu auxiliar. Lo hacías casi todo: hacías los pedidos de material, preparabas el material del gabinete y hasta sacabas la basura. Ahora seguramente ya tienes a otros que hacen esas tareas, pero sigues sin tener tiempo para *dirigir* tu clínica (lo que sea que eso signifique). Tranquilo, no estás solo, le pasa a la mayoría; parece que siempre hay tareas más urgentes y concretas que hacer. Las malas noticias son que si no te paras a pensar en una estrategia empresarial para tu clínica, puede que tus competidores te pasen por delante y tu empresa entre en el océano rojo o zona de riesgo; esta zona se caracteriza porque tienes que competir por precio con tus competidores más próximos.

Tras varios años asesorando clínicas, grandes y pequeñas, nos hemos podido hacer una idea de qué factores y características son comunes en los líderes que sí dirigen su negocio con un rumbo determinado:

1. **Anticipación:** Mira más allá de los límites establecidos de tu clínica, piensa diferente a lo que te enseñaron en la facultad sobre lo que debe ser una clínica, y construye lazos con otras empresas que te puedan ayudar.
2. **Pensamiento crítico:** No esperes a que cierren los de enfrente o la franquicia de turno (siempre habrá una). Cuestiónatelo todo, desde lo más básico a lo más detallado, desde cómo debe de ser una sala de espera a si el color rojo de verdad es incorrecto para una clínica.
3. **Interpretación:** Tómate tu tiempo, busca datos de diferentes fuentes, plantea varias hipótesis o ideas. La incertidumbre es inquietante y te fuerza a veces a tomar decisiones apresuradas. Enfréntate a esto con paciencia. Búscate al menos 2 horas por semana de tu jornada laboral para gestionar, sin pacientes.
4. **Decisión:** Una vez hayas llegado a "tu" conclusión, ve a por ello. Es muy frecuente en algunos directores el síndrome "análisis-paralisis". Un buen balance entre agilidad y rigor es clave en los grandes líderes.
5. **Alineación:** Instruye y motiva a tu equipo en tu visión de empresa. La función de un verdadero líder no es ordenar, sino motivar. Un consenso espontáneo es raro, por eso, un gran líder es también aquel que sabe construir una visión de empresa común y consigue que su equipo la apoye tanto o más que él mismo. Para ello es muy útil entender a las otras personas, promover el diálogo (sobre todo en temas incómodos) y pedir ayuda con humildad. Otras 2 horas semanales que hay que invertir en reuniones de equipo y/o estudio de casos.
6. **No dejes de aprender:** Conforme tu negocio va creciendo, a veces lo hace también tu ego, el mayor enemigo de un gran líder. Dicen los expertos que el para aprender, primero hay que desaprender. Lee mucho y pide ayuda si lo necesitas. Y estate atento para aprender de cualquier situación, de los éxitos y de los fallos.

Seguramente tengas un poco de cada una de ellas, para ser sinceros nadie es cinturón negro en todas. Sin embargo, las buenas noticias es que se pueden aprender y entrenar. ¿Te atreves?

Fuente: Schoemaker, P. (2012). *6 habits of true strategic thinkers.*



¿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

NACE LA CÁTEDRA USC-TICARE EN IMPLANTOLOGÍA

Tiene por objeto la investigación aplicada en osteointegración con implantes.

Santiago de Compostela.

La Universidad de Santiago de Compostela ha firmado un convenio con Mozo-Grau Ticare, empresa española fabricante de implantes dentales para la creación de la *"Cátedra Institucional Ticare para la Investigación en osteointegración y terapéutica con implantes"*.

Durante el acto de presentación de la cátedra, **el rector, Antonio López**, subrayo que el ámbito sanitario y, en concreto, la biomedicina constituye un "eje esencial" para la USC y que con este acuerdo "sumamos una piedra más a este proyecto, un elemento estratégico de la Universidad". Constatando que la colaboración entre la Universidad de Santiago de Compostela y Ticare se enmarca en el objetivo de abrir las actividades de la universidad a entidades privadas que puedan colaborar en la formación de nuestros estudiantes, con la investigación y la mejora de las condiciones de vida de la ciudadanía, en este caso, en materia de implantología, que es el objeto central de Ticare y uno de los ejes de investigación de nuestra Facultad de Medicina y Odontología".

Tras la firma del convenio, se celebró la primera Comisión de Seguimiento en la que se aprobó el nombramiento del **Dr. Juan Blanco como director de la Cátedra USC-Ticare**. En el mismo acto el director de la Cátedra ha propuesto a la profesora Pilar Batalla como codirectora de la Cátedra. llevar a que nuestros pacientes se sientan mejor tratados, con diagnósticos mejores a largo plazo.

El **director general de Ticare, Fernando Mozo**, manifestó el orgullo que supone para la empresa la colaboración con la Universidad de Santiago de Compostela por su prestigio, así como la importancia de contar con "la trayectoria investigadora del profesor Juan Blanco y su reputación en la práctica clínica, que representan un activo para la implantología al que Ticare se sumar a través de esta Cátedra

En el ámbito de la cátedra Ticare se profundizará en el desarrollo científico de la implantología, con especial incidencia en las líneas de investigación en las que Ticare ha colaborado en los últimos años con el Grupo de Investigación OMEQUI (Odontología Médico-Quirúrgica): Evaluación de protocolos quirúrgicos, nuevas modalidades de conexión pilar-implante, nuevos diseños de implantes así como el desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas a la implantología, como nuevos flujos digitales y cirugía guiada. También constituye objeto de la cátedra desarrollar y transmitir conocimientos en el área científica de la osteointegración, sobre todo en sus aspectos de investigación aplicada. En el ámbito de la transferencia, realizará su labor en los niveles de la educación universitaria postgraduada: Master, Doctorado y Formación Continua.

I Fórum Internacional de Endo-Prótesis de AEDE y SEPES

El I Fórum Internacional de Endo-Prótesis de la Asociación Española de Endodoncia (AEDE) y de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES), que se celebró online los días 20 y 21 de noviembre desde las instalaciones del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM), logró reunir a más de 1.000 odontólogos frente a sus pantallas.

Los doctores José Aranguren (AEDE) y Alfonso Arellano (SEPES) fueron los coordinadores y moderadores del evento que conto con treinta ponentes.

ORAL B Presenta el nuevo cepillo Oral-B iO

Rediseñar la categoría de cepillos de dientes eléctricos desde cero; ha sido el mayor reto del centro de investigación Oral.B en Kronberg. Seis años de investigación para presentar el cepillo que trabaja con tecnología magnética en vez de mecánica.

EXPODENTAL
SCIENTIFIC CONGRESS
24-26 JUNIO 2021

NSK
CREATE IT.

Oferta Especial **Rotatorios Serie M**

Hasta el 31 de diciembre de 2020

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€*~~

- Con Luz

MODELO **M25L**

REF. C1024

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€*~~

- Con Luz

MODELO **M95L**

REF. C1023

KaVo® y MULTIflex LUX® son marcas registradas de Kaltenbach & Voight GmbH & Co. Alemania

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

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

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

¿Sabías que... dejar de usar la prótesis dental puede generar problemas en la salud?

Hablar, comer, sonreír y besar con total normalidad son muchos de los objetivos que busca el paciente en una prótesis dental. Este elemento bucodental ofrece al usuario la suficiente confianza y comodidad para mostrar una sonrisa completa y sana. Pero pensar que este es el único beneficio que conlleva llevarla es un error. El uso continuado de la prótesis dental ayuda a mantener el equilibrio de la dentadura y protege la encía evitando consecuencias graves en la salud[1]. No usarla puede causar en el paciente problemas fisiológicos, funcionales y psicológicos, e incluso económicos[1].

No llevar la prótesis genera con el tiempo cambios en las facciones: se adelanta la mandíbula, los pómulos se acentúan ... Esto genera problemas estéticos, pero también importantes cambios en la estructura facial que pueden derivar en dificultades para la alimentación[1]. Además, usarla habitualmente evita el incremento de la presión sobre los dientes restantes y su deterioro, ayudando así a la mejor conservación de éstos[1]. La prótesis evita que los dientes remanentes se inclinen y desplacen hacia los espacios, por tanto, si no se usa la prótesis de manera continua es probable que tenga que crear y adquirir una nueva para la nueva disposición de los dientes[2].

Durante estos últimos meses y desde que la Covid-19 ha llegado, un 21% de los usuarios de prótesis dental están usándola menos que antes de la pandemia según un estudio llevado a cabo en septiembre por GSK CH entre la población de Estados Unidos y Rusia. *"La pandemia del Covid-19 sin duda ha impactado de una manera directa nuestras vidas; una menor socialización fuera de casa y el uso de la mascarilla que oculta la boca, ha provocado que los usuarios de prótesis hayan disminuido el uso de estas mismas"* afirma Helen Tomlinson, directora general de GSK Consumer Healthcare España, *"Ahora más que nunca, es importante incidir en la protección y prevención de los usuarios de prótesis dental e informar y ofrecer al paciente todas las herramientas necesarias para que mantenga buenos hábitos de salud y autocuidado, siempre contando con la ayuda y recomendación del profesional odontólogo"*.

Para que la prótesis dental cumpla su función siempre de la manera adecuada, además de usarla habitualmente y con regularidad, ésta debe ser ajustada y revisada por su dentista de confianza anualmente.

Asimismo, es recomendable usar un fijador o adhesivo junto con la prótesis para conseguir mayor estabilidad y fuerza de mordida, mayor comodidad y evitar la entrada de alimentos entre la prótesis y la encía. Corega ofrece diferentes adhesivos para satisfacer las necesidades de cada usuario de prótesis y una fijación 3D sujetando la prótesis desde todos los ángulos.

Y, por supuesto, en estos momentos en los que la higiene es más importante que nunca, es esencial desinfectar al menos 1 vez al día la prótesis con limpiadores específicos para eliminar los gérmenes, bacterias y hongos. Limpiadores específicos como los de Corega, con una fórmula que consigue acabar con el 99.9% de las bacterias causantes del mal olor* sin dañar la prótesis, para conservar la prótesis dental limpia y fresca y ayudar al usuario a mantener una correcta higiene bucal todos los días.

Referencias

1. Rojas, Mazzini y Romero. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. Dominio de las ciencias, Vol 3, N2, 2, 2007
2. Okeson, Jeffrey. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Elsevier, Quinta edición.

NOTICIAS TICARE

Librerías de Ticare en BlueSky para cirugía guiada

BlueSkyBio es un **software de licencia gratuita** que permite hacer planificación sin inversión inicial en software.

Las librerías de Ticare para este software incluyen **tanto implantes como** las principales **prótesis** del catálogo para permitir planificar la cirugía y posibles correcciones de eje de inserción o angulación.

Siguiendo las instrucciones que genera el software, el **set quirúrgico Fidelis de Ticare se puede utilizar para todos los implantes con cirugía completamente guiada**, y para cirugías semi-guiadas como en el caso de los implantes Ticare Quattro. ¿Quieres usar el set de Cirugía Avanzada Fidelis? Ponte en contacto en info@ticareimplants.com

Adicionalmente, algunos de los implantes Ticare también se pueden planificar con un set quirúrgico genérico de BlueSkyBio, aunque el alveolo está menos adaptado a la geometría cónica de los implantes Ticare.

¡Descarga las librerías de Ticare y aprende a crear tu propia cirugía guiada!

Nuevo iTero Element 5D WHEELSTAND

Ticare, distribuidor oficial del escáner intraoral iTero, completa el flujo digital y ofrece a sus clientes la última novedad de iTero.

Este escáner se posiciona como el primer escáner intraoral 3D con tecnología NIRI, que permite escanear la estructura interna de los dientes de los pacientes en tiempo real.

Con motivo del lanzamiento del nuevo iTero Element 5D WHEELSTAND, Ticare ofrece una promoción combinada con productos Ticare que permite obtener este escáner intraoral con un precio menor que su precio de venta.

rapid test
covid19

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

info@testcovid19.clinic · Tel. 800 00 78 10

GSK | health partner

El nuevo portal exclusivo para profesionales sanitarios

Conéctate a la actualidad de la SALUD

SENSODYNE COREGA parodontax

- Información de **producto**
- **Patologías/ condiciones**
- **Materiales educativos**
- Resumen de **estudios clínicos**
- **Noticias** para mantenerse al día
- Calendario de **eventos** y **Webinars**

Visita virtual VR

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.

PM-ES-PLD-20-00087