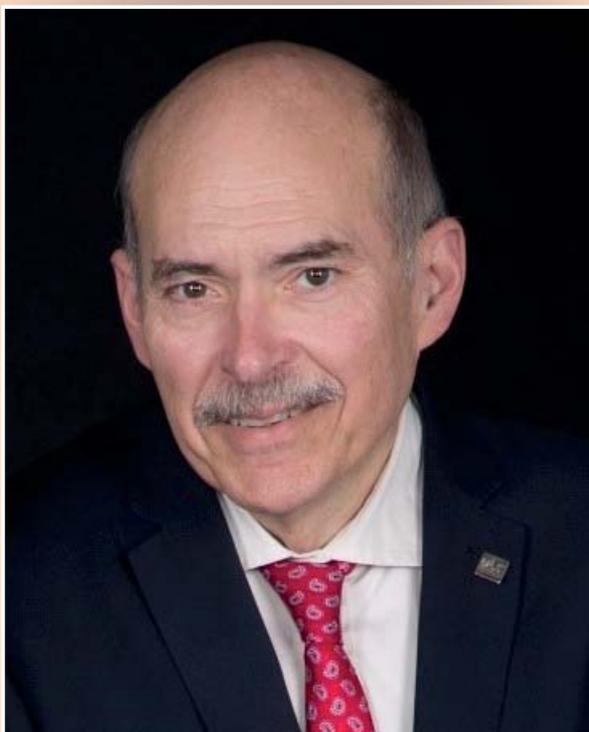


ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 10
Nº 47 abril-mayo 2021



Lluís Giner Tarrida

Presidente de la Conferencia de
Decanos de Odontología

“En las universidades estamos preparados
para ser centros de formación de las
especialidades”

“La universidad tiene dos misiones básicas:
la de generar conocimiento y su difusión, y la
de formar personas en la dimensión
profesional y humana”



José María Malfaz Vázquez

“Hacer un buen plan de tratamiento pasa
por hacer un correcto diagnóstico, que
es la parte más importante”



Ignacio Sanz Sánchez

“La formación online ha venido para
quedarse, pero conviviendo con la
presencial”



La justicia anula la propuesta de dentista
municipal del Ayuntamiento de Barcelona



PROMOCIÓN MAYO
Pieza unitaria fresada
desde 53,85€*

(IVA no incluido)

Consulte condiciones a su delegado Ticare
o en el email info@ticareimplants.com



**MECANIZADO PRECISO EN
LAS CONEXIONES**

Con tolerancias inferiores a
7 micras para un ajuste con
gapZero libre de filtración
bacteriana

**PRÓTESIS PERSONALIZADA
MECANIZADA**

Para mayor calidad y menor
aflojamiento de
tornillo



Consulte condiciones
www.ticareimplants.com

Sólo un ajuste perfecto
cuenta con gapZero



AJUSTE



CALIDAD



TRANQUILIDAD



SEGURIDAD



PERFECCIÓN

Trabajos para conexiones de otras marcas

El centro de fresado Ticare BioCam realiza trabajos para conexiones de otras marcas:
Straumann®, Nobel®, Zimmer Biomet®, BioHorizons®, Astra® y compatibles.
Consulte todas las conexiones disponibles con su delegado de zona
o en el email info@ticareimplants.com



@ticareimplants
www.ticareimplants.com



983 309 602
info@ticareimplants.com

*Promoción válida hasta el 31 de mayo de 2021

Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- 🕒 El desarrollo del pensamiento crítico
- 🕒 LA ODONTOLOGIA ONLINE o el valor de la semiología
- 🕒 Ortodoncia basada en la Evidencia, en la Eminencia o en el Marketing?
- 🕒 La vacunación avanza y la Era post pandemia se acerca

Entrevista 16

- 🕒 Lluís Giner Tarrida
- 🕒 José María Malfaz Vázquez
- 🕒 Ignacio Sanz Sánchez

Actualidad 27

- 🕒 El II Congreso Nacional Multidisciplinar COVID-19 de las Sociedades Científicas de España pone de manifiesto la importancia de la salud bucal y su impacto sobre el SARS-CoV-2
- 🕒 NOTA DE PRENSA, ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA
- 🕒 La Justicia anula la propuesta de dentista municipal del Ayuntamiento de Barcelona
- 🕒 IFEMA MADRID se lanza al liderazgo en el negocio digital con una renovada marca
- 🕒 Jaime A. Gil, presidente del comité científico del congreso
- 🕒 Dentro de EXPODENTAL SCIENTIFIC CONGRESS el 24/06/2021

Ciencia y salud 36

- 🕒 Liquen plano reticular
- 🕒 Procedimientos de exploración y revisión en salud Oral. Parte III. Casos Prácticos de metodología, esquemas de flujos de trabajo en equipo multidisciplinar
- 🕒 Carga inmediata bimaxilar mediante la técnica de electrosoldadura intraoral. A propósito de un caso clínico

Historia de la Odontología 56

- 🕒 Florestán Aguilar, en el advenimiento de la II República
Javier Sanz

Gestiona tu consulta 62

- 🕒 ¿RELACIÓN LABORAL O TRABAJO AUTÓNOMO? CRITERIOS Y RIESGOS
- 🕒 PARA PESCAR PECES, DEBES PENSAR COMO UN PEZ, NO COMO UN PESCADOR

Empresas 67

- 🕒 SEPA Los españoles encabezan el ranking europeo en mejora de salud bucodental durante la pandemia del Covid-19
- 🕒 Acuerdo entre Ytrio y Ticare #BioCam
- 🕒 Webinario 10 mayo. Control del dolor y edema en implantología bucal

EDITOR
Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:
Antonio Castaño Seiquer

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



Hygoclave 40

Fácil, rápido e intuitivo



Plan renove, descuento adicional 545€
Consigue tu autoclave por:

3450¹⁰⁰

DU0389 18 Litros

3995¹⁰⁰
~~4920¹⁰⁰~~

Plan renove, descuento adicional 960€
Consigue tu autoclave por:

3535¹⁰⁰

DU0390 23 Litros

4495¹⁰⁰
~~5195¹⁰⁰~~

Plan Renove

Te damos hasta **960€** por tu viejo autoclave

Te ofrecemos las mejores marcas del mercado y el mejor servicio post-venta



Contacta con nosotros



www.antonsl.es



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es



Especialidades en odontología.

Reapertura del debate

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Estos días nos remite una nota de prensa un conjunto de colegios que, si bien no conforman la mayoría de los colegios, resulta que sí representan a la mayoría de los dentistas colegiados. Merece la pena pararse en este punto, el Consejo de Odontólogos representa a los colegios y son los colegios los que representan a los colegiados, que en virtud de un asimétrico reparto del voto representado hace que la proporción entre capacidad de decisión y número de representados en la asamblea del Consejo General, esté alterada y sólo se equilibre para la contribución económica, que es la única en directa proporción al número de colegiados.

Haciendo un poco de historia reciente de la profesión, recordamos cómo hace más de 25 años, accedió a la presidencia del Consejo el Dr. Villa Vigil, que en su programa destacaba su impulso a la creación de especialidades en odontología. Después de casi veinte años sin lograrlo fue sucedido por quien se consideró su delfín y seguimos sin tener especialidades en odontología.

La nota de estos nueve colegios, que publicamos en páginas interiores, es muy descriptiva de lo que ocurre en el consejo. Años sin reunirse la comisión de especialidades y repentinamente reunión urgente de la Asamblea General de Colegios, para aprobar las alegaciones al proyecto de *"R. D. por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud y de los diplomas de área de capacitación específica, el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación"*.

Un Consejo General donde su presidente plantea guardar secreto hasta de las resoluciones judiciales y llena de loas a su persona todos los comunicados, está más próximo a Corea del Norte que a Europa.

Felicitemos a estos colegios que nos comunican lo que pasa en la profesión y que acuerdan unirse para aprobar por unanimidad, en beneficio de una gestión eficaz, para evitar más retrasos en cuestiones tan trascendente para la profesión.

Son muchas las cuestiones a debatir en este asunto olvidado, o secuestrado a la opinión, en los últimos años. Aquí mencionamos alguna para reabrir el debate.

¿Qué especialidades son las prioritarias? ¿Las que disponen de profesionales preparados ya para su ejercicio, o aquellas que nos vemos obligados a remitir a otros especialistas médicos? Aquí proponemos la "medicina oral". Algunos colegios presumen de establecer acuerdos con la sanidad pública en su comunidad autónoma para referir de forma ágil cualquier lesión sospechosa de la mucosa bucal a los servicios de cirugía maxilofacial, y está muy bien, pero nunca se han preocupado de plantear la creación de esta especialidad en odontología como un asunto prioritario, eso sí, luchan para que estos compañeros queden excluidos de los implantes.

¿Dónde se impartirán estos estudios? La Universidad parece el lugar más lógico. En odontología no se dispone de grandes centros como los hospitales para el M.I.R. También habría que establecer unos requisitos, con un efectivo control, de las necesidades de los centros que las imparten, tanto personales como materiales, no acabemos viendo como en otras disciplinas, que dirigen cátedras personas sin titulación suficiente para matricularse como alumnos.

¿Cómo se accederá a estos estudios? Nuestra propuesta deberá contar con un generoso y responsable consenso por parte de todas las universidades, tanto públicas como privadas. Un examen nacional único como ocurre en otras disciplinas sería una garantía de igualdad en el acceso.

Y algo que estos nueve colegios plantean, de ninguna manera servirán para excluir a nadie del ejercicio y las competencias que la Ley 10/1986 establece para el odontólogo.

Con la confianza en el buen hacer de estos colegios y de la Conferencia de Decanos y la gran duda que la administración desgraciadamente nos trasmite, esperemos poder salvar la inacción de quién en más de un cuarto de siglo no logró llegar ni a un consenso mínimo y público en el lado de la profesión.

El desarrollo del pensamiento crítico

Laura María Díaz Guzmán

*Ex Presidente de Asociación Dental Mexicana, Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas A.C.
Directora de la Facultad de Odontología de la Universidad de la Salle Bajío, León, Guanajuato, Mexico.*



La ex Presidente de la Asociación Dental Mexicana, Laura María Díaz Guzmán, afirma que las decisiones profesionales sobre la salud de nuestros pacientes o sobre nuestro desarrollo profesional, deben reflexionarse.

Tomar decisiones en la vida cotidiana y profesional es un proceso en el que, después de analizar un problema, se escoge un curso de acción.

Con el objetivo de ser asertivo en el desarrollo de este proceso, el individuo pone en juego diversos factores. Uno de ellos, muy importante, es el efecto que pueda tener la decisión en un futuro lejano; este proceso debe ser más meditado que aquellos que influyen en el momento, en el futuro cercano. Si empleamos un ejemplo odontológico, cuando tomamos decisiones sobre la rehabilitación de un paciente, lo hacemos pensando en que lo que hagamos se mantenga en la boca por muchos años, de manera funcional y estética.

Otro elemento que entra en juego es el impacto que la decisión puede tener sobre diversas áreas o actividades; mantener un diente con un pronóstico dudoso puede repercutir en el resultado de la rehabilitación protésica o periodontal, en los costos del tratamiento, en el ánimo del paciente.

También es muy importante considerar la posibilidad de revertir con facilidad o dificultad lo que se ha decidido; extraer un diente no tiene marcha atrás; en cambio, puede que se decida mantener un diente con afectación en el tejido de soporte periodontal y, ante una falla en el pronóstico, se puede reconsiderar y cambiar de opinión.

Aquello que involucre valores profesionales, éticos, laborales, de prestigio o credibilidad profesional, suele ponerse también en juego durante el proceso de decidir, todo ellos son elementos muy importantes. En cambio, hay decisiones que son tomadas con cierta frecuencia y en esta periodicidad radica la facilidad de tomarlas.

Todos los días estamos decidiendo en el aspecto personal y profesional, a veces de manera muy meditada y otras con cierta

rapidez. ¿Quién nos enseñó a decidir? ¿Quién nos enseñó a pensar? Lo que para algunos de nosotros es muy sencillo, resultado de la observación y la experiencia de los años, puede que para otras personas no lo sea.

Durante mis años de docencia, recuerdo claramente a un alumno, que tenía que prescribir 2 gramos de amoxicilina una hora antes de un procedimiento quirúrgico que debía realizarse en un paciente con riesgo de endocarditis bacteriana. Cuando le pedí que redactara la prescripción me sorprendí al percatarme de que aunque conocía la dosis de profilaxis antibiótica, le estaba indicando a su paciente 500 mg de amoxicilina cada 8 horas por 6 días. Para mí era inconcebible que no razonara y entendiera lo que debía hacer; yo terminé molesta y el alumno confundido ya que no entendía el porqué de mi malestar. Una amiga cercana, doctora en educación, me abrió los ojos: “Tienes que enseñarle a pensar”, me dijo. “Para ti es muy claro, para tu alumno no”.

Las generaciones han cambiado, son educados de diferente manera y lo que antes para personas de mi generación eran procesos fáciles de entender, decisiones sencillas, para algunas personas no lo son; por lo tanto, debemos enseñarles a pensar, a desarrollar el pensamiento crítico. Todas las escuelas y facultades de odontología en la actualidad, a nivel mundial, incluyen dentro de sus programas curriculares el desarrollo del pensamiento crítico de sus egresados.

Por definición, el pensamiento crítico consiste en analizar, entender y evaluar la manera como se organizan los conocimientos que se quieren interpretar, evaluar la consistencia de los razonamientos, en especial aquellas afirmaciones que la sociedad o la comunidad científica aceptan como verdaderas. Desarrollar el pensamiento crítico ayuda a tomar mejores decisiones en la vida cotidiana y en la profesional. Un pensador crítico es capaz de evaluar el conocimiento adquirido, cuestionar la información, las conclusiones y los puntos de vista.

Uno de los objetivos más importantes para las escuelas y facultades de odontología es desarrollar profesionales con capacidades de reflexión, y de tomar decisiones de manera lógica para dar solución a los problemas bucales de sus pacientes. El pensamiento crítico se aplica en el desarrollo del proceso de diagnóstico bucal y sistémico, en la identificación de los factores de riesgo de caries, enfermedades periodontales o cáncer bucal y en diseñar e implementar medidas preventivas personalizadas; lo empleamos al decidir solicitar exámenes complementarios imagenológicos o de laboratorio, al consultar al médico para ampliar la información sobre el estado de salud del paciente, al consultar a otros especialistas odontológicos, en la prescripción de medicamentos, en el diseño del plan de tratamiento, el presupuesto, en el desarrollo de los procedimientos clínicos, la solución de problemas o complicaciones durante el tratamiento, al evaluar los resultados de los procedimientos clínicos o administrativos, al encarar dilemas éticos.

Pero esto va aun más allá: el odontólogo debe analizar su propio desarrollo profesional, reconocer sus fortalezas y debilidades, así como diseñar su propio programa de mejora continua. Debe saber reconocer sus errores e identificar sus fallas para corregirlas.

El pensamiento crítico contribuye también a que el odontólogo pueda identificar las fuentes de información adecuadas, y distinguir las de las que no son científicas, reconocer revistas o páginas de internet confiables, seleccionar los congresos, cursos, seminarios o talleres de educación continua que son válidos y sólidos.

“Uno de los objetivos más importantes para las facultades de odontología es desarrollar profesionales con capacidades de reflexión, y de tomar decisiones de manera lógica para dar solución a los problemas bucales de sus pacientes”

El pensamiento crítico se basa en razones, evidencias y datos, está enfocado, evalúa sentencias que creemos y acciones que hacemos. Es objetivo y tiene como fin solucionar un problema, resolver una pregunta o explicar algo. Se expresa mediante conceptos e ideas, da conclusiones interpretando datos e información.

Todos los días tomamos decisiones por cuestiones personales y la mayoría de las veces lo hacemos sin reflexión alguna, acertando en los resultados, usando el pensamiento crítico en segundo plano de la conciencia. Sin embargo, para las decisiones profesionales sobre la salud de nuestros pacientes o sobre nuestro desarrollo profesional, debe reflexionarse. Olvidarnos del pensamiento mágico, los buenos deseos, aquello de que “en mis manos funciona” y responsabilizarnos del proceso.

Qué bueno que las nuevas generaciones estén aprendiendo desde las universidades a ser críticos y reflexivos y no tienen que esperar a aprender de los errores para ganar experiencia.



Ilustración de Commons.

Este artículo ha sido publicado inicialmente en *Dental Tribune Latinoamérica*

Lactoflora[®]

salud bucodental

SABOR MENTA

¿Problemas
dentales y
de encías?
¿Mal aliento?



CN: 180654.3



El complemento para
la higiene bucal diaria

Triple Efecto

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

Efecto bactericida frente caries,
candidiasis, gingivitis y halitosis

Efecto protector de
la dentina y las encías

Efecto restaurador de
la microbiota oral

Documentación dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios

• Sin gluten • Sin lactosa



Our Mission - Your Health

Recomendado por:



www.lactoflora.es

LA ODONTOLOGIA ONLINE o el valor de la semiología

Dr. Manuel Ribera Uribe

Jefe Area Preventiva Y Medicina Oral

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



Las circunstancias que nos ha tocado vivir han propiciado la incorporación del mundo online al ejercicio de la medicina en particular y de la salud en general. Todo tiene su lado bueno, faltaría más. Sin embargo, el otro día una paciente me contaba que durante los tiempos de pandemia ha tenido necesidad de consultar con el sistema público un par de veces, por la presencia de flemones con dolor en su maltrecha boca, y que en ambos casos (el último hace un par de meses) le han resuelto amablemente el problema prescribiéndole un antibiótico y un antiinflamatorio para evitar el desplazamiento al Centro de Salud durante estos momentos de tanto riesgo.

Sin entrar en la valoración del caso concreto y su resolución, me vinieron a la cabeza los cambios que ha sufrido la profesión médica y la odontológica en los últimos años. Concretamente en la relación con el paciente. Nos enseñaron a que el primer e inexcusable contacto con el paciente se basaba en el correcto interrogatorio y la paciente y meticulosa exploración en busca de signos y síntomas con los que realizar un diagnóstico de presunción que se completaba o descartaba con la ayuda de las pruebas complementarias. Eso tenía validez para todas las ciencias de la salud: medicina, odontología, veterinaria... Insistieron en el tema, en el campo de la medicina al menos, ilustres figuras como Pedro Pons, Ferreras Valentí por citar algunos de mi entorno formativo cercano, por ellos y gracias a ellos se desarrolló la propedéutica como herramienta de enseñanza previa al aprendizaje y a la toma de decisiones. Efectivamente, existían asignaturas de Propedéutica clínica que ponían en valor la necesidad de una buena comunicación y de una hábil interpretación de los signos y de los síntomas. Se crearon contenidos formativos en torno a la entrevista clínica como elemento capital del ejercicio profesional.

Todos estos considerandos son los que hicieron que médicos y dentistas, entre otros, respondiéramos, absolutamente convencidos de lo que decíamos, ante las demandas de los pacientes que nos preguntaban "Doctor, ¿me puede decir lo que tengo?", pues verá: eso tendría que verlo. Esa misma formación, en odontólogos, médicos, farmacéuticos propiciaba el que no podíamos dar un antibiótico a un paciente sin que lo "viera el médico o el dentista". Las farmacias negaban su administración y los profesionales prescriptores insistíamos en que no podíamos prescribir sin

ver. Me dirán ustedes que con cosas como el teléfono, las video conferencias, la fotografía etc. podemos disponer de mucha información. Es posible pero se me hace que el contacto directo, la comunicación verbal y no verbal va a ser complicada de sustituir.

Comprenderán que me cueste, respetando las medidas de prevención para mí y para mis pacientes en tiempos tan complicados, renunciar o posponer, la visita presencial. Es la nuestra una profesión de riesgo. Lo fue siempre. Lo era cuando nuestro mayor enemigo eran las hepatitis, lo siguió siendo en la época del sida y lo es con igual razón ahora que tenemos al coronavirus. Lo cierto es que, una vez pasado el primer impacto de la pandemia en el que muchísimas clínicas cerraron, en el mundo de la odontología privada se retomó la actividad, con las medidas necesarias: mascarillas, desinfección, purificación de ambientes, limitación de accesos convirtiendo las consultas en los establecimientos de atención al público probablemente más seguros... pero, la inmensa mayoría de las veces, atendiendo al paciente en modo presencial, incluso para un flemón o para darle un presupuesto. Necesitamos el contacto directo, asumiendo los riesgos, no minimizándolos, pero tampoco adoptando actitudes histriónicas alejadas algunas veces del sentido común e incluso de la evidencia científica. Todo necesita una cierta dosis de equilibrio e incluso si tuviéramos que resolver los casos prescindiendo del contacto con el paciente (no lo quiera Dios), necesitaríamos también una propedéutica específica en habilidades adaptadas, en comunicación telefónica y en entrevistas online para hacer bien nuestro trabajo. No podemos pasar de ver a todos los pacientes a prescribirles por teléfono o a posponer tratamientos que, aunque no sean vitales (en odontología no hay casi nada vital), sí son necesarios. El Dr. Herbert L. Fred, director de educación médica del hospital St. Joseph en Houston, acuñó el término de "hipopericia" para designar la falta de recursos profesionales basada en la tendencia a dar más importancia a la técnica y a la enfermedad que al contacto con el paciente, olvidando que el Dr. Gregorio Marañón decía ya, a principios del siglo pasado, que no hay enfermedades sino enfermos y la semiología, los signos y los síntomas, venidos a menos en una era de pruebas complementarias, están por supuesto en los pacientes y se obtienen desde la proximidad de un oficio que se ejerce y se seguirá ejerciendo durante muchos años a pocos centímetros del paciente.

VISTAVOX S CEPH

UNIDAD DE RAYOS X CBCT PARA IMÁGENES 2D Y 3D



**DÜRR
DENTAL**
THE BEST, BY DESIGN



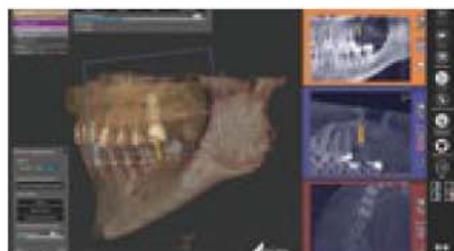
2210200728 VISTAVOX S CEPH

- Excelente calidad de imagen 2D y 3D gracias a la alta resolución de nuestro sensor Csl con tamaño de pixel de 49,5 µm.
- FOV'S de 13 x 8.5 y 13 x 7 adaptados al arco mandibular completo.
- FOV de 5 x 5 con resolución a elegir entre 80 o 120 µm.
- Tecnología S-Pan en 2D que mejora los errores de posicionamiento.
- Programas para diagnóstico panorámico en 2D: Panorámica estándar, pediátrica y segmentada, estudios ATM, tomas sinusales, aletas de mordida y ortogonales.
- 6 programas para diagnóstico Ceph: Lateral, lateral completa, PA, submentonvertex, proyección de Waters y carpus.



Vistasoft Trace

Software para ortodoncia con inteligencia artificial.



Vistasoft Implant

Software para la planificación de implantes modo backward planning.



Vistasoft guide

Software para la planificación de guías quirúrgicas.

**LES ESPERAMOS
EN NUESTRO STAND EN**



Sales rep. zona centro / Madrid
Sales rep. Cataluña
Sales rep. Levante / Baleares
Sales rep. Andalucía / Canarias
Sales rep. zona norte
Sales rep. Portugal

Iván Ortega 629 283 063
Carolina Mora 639 446 715
Marta Miragall 627 679 206
Manuel Ruiz 666 198 385
Santiago Calleja 671 646 576
Philip Manteigas +351 916 111 201

Contacto

info@durrdental.com
Tel. +34 937 18 33 35
www.duerr.de



Ortodoncia basada en la Evidencia, en la Eminencia o en el Marketing?

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 de libros como "Ortodoncia. Eficiencia Clínica y Evidencia Científica". Visite su página web en: dsqtraining.com



El Profesor David Suárez Quintanilla, una de las máximas autoridades de la Ortodoncia a nivel mundial y creador de la Técnica SWLF, critica duramente "los cursos con un marcado sesgo comercial, donde el conferenciante tiene el doble papel de docente y vendedor".

El concepto de Ortodoncia Basada en la Evidencia (OBE) deriva de la medicina y hace referencia al deseo de que la mayoría de nuestros protocolos y decisiones diagnósticas y terapéuticas estén basadas en pruebas y hechos adquiridos por el método científico.

La OBE abre un nuevo horizonte en la Ortodoncia y, en gran parte, sustituye otros enfoques más subjetivos y personalistas de terapéuticas basadas en opiniones de expertos o lo que podría denominarse ortodoncia basada en la eminencia. La OBE optimiza la toma de decisiones clínicas y hace que éstas sean más eficientes.

Un famoso médico español, Gregorio Marañón, decía que la medicina, y por extensión la odontología, era una ciencia que debía de ser ejercida mientras la estábamos descubriendo, y aquí radica uno de los problemas de la Ortodoncia: no hay suficiente investigación, ni en número ni calidad, que aporte las necesarias evidencias científicas para sustentar nuestro trabajo clínico cotidiano.

Este problema, unido a la desmedida presión tecnológica y de marketing de las compañías fabricantes de productos ortodóncicos, aún complica más la práctica clínica sustentada en la verdad científica o, al menos, en el falsacionismo popperiano, resultando profético el editorial del American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics "In the land of no evidence, is the salesman king?" de 2010, por Kevin O'Brien y Jonathan Sandler.

La nueva revolución tecnológica y digital está produciendo un giro copernicano en nuestra especialidad y cambiando muchos de nuestros paradigmas clínicos, pero hemos de ser conscientes que "no es oro todo lo que reluce", y que los nuevos procedimientos tecnológicos que la industria intenta vendernos a toda costa, han de pasar por el filtro de la investigación rigurosa.

Soy realista y por ello sé que es solo en la etapa universitaria de formación, en el pre y postgrado, donde se alienta el pensamiento crítico, ayudando al alumno a separar el marketing y la pseudociencia de las evidencias científicas de tal o cual sistema terapéutico, acorde con la pirámide de la evidencia científica (ver de Priti Subhash Mulimani el artículo en el American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, de 2017, "Evidence-based practice and the evidence pyramid: A 21st century orthodontic odyssey"). Necesitamos más y mejor investigación en ortodoncia, porque la mayoría de metaanálisis no arrojan ninguna luz a nuestras dudas clínicas y los ensayos controlados y aleatorizados e incluso de cohortes son escasos.

El problema se complica después de la formación universitaria porque la principal fuente de conocimiento pasa a ser, sin ninguna duda, los cursos con un marcado sesgo comercial, donde el conferenciante tiene el doble papel, le guste o no, de docente y vendedor.

"Resulta desolador comprobar cómo los artículos científicos desmontan las afirmaciones de esos conferenciantes-vendedores, que tanto daño hacen a los ortodoncistas con menos experiencia, que acaban creyendo que los resultados de los casos expuestos en los cursos son lo que van a obtener ellos de manera rutinaria en su clínica".



Se produce así un círculo vicioso perverso donde a los mejores conferenciantes-vendedores las compañías (que a su vez nutren de conferenciantes los congresos) se les premia con prebendas comerciales y más cursos.

Como es lógico, pero no ético, las compañías buscan contratar conferenciantes-vendedores (muchas veces sin grandes conocimientos clínicos y nulos científicos), en lugar de ortodontistas con una sólida formación clínica y científica que pudieran poner en aprietos a la propia compañía a la hora de defender-vender sus productos.

Todos tenemos en mente a los conferenciantes-vendedores de brackets mágicos, alineadores que todo lo solucionan o aparatos vibradores capaces de reducir más del 50% la duración del tratamiento.

Resulta desolador comprobar cómo los artículos científicos rigurosos, solo en los tres últimos años, desmontan las rotundas afirmaciones de esos conferenciantes-vendedores (kevinobrienorthoblog.com), que tanto daño hacen a los ortodontistas con menos experiencia, que acaban creyendo que los resultados de los casos expuestos en los cursos, cuidadosamente seleccionados y sesgados para gloria del bracket a vender, son lo que van a obtener ellos de manera rutinaria en su clínica; no saben lo que les espera cuando descubran que no hay brackets mágicos

y que, de momento, los alineadores presentan muchas limitaciones y una eficacia comprometida.

La profesión parece hacer oídos sordos a esto y cuando se quiere organizar un congreso o un evento, al menos en España y Latinoamérica, lo primero que se hace es pedir a las grandes compañías de ortodoncia su correspondiente conferenciante-vendedor; el círculo vicioso está servido. Quiero en este punto, destacar la excepcionalidad, seriedad y rigurosidad de la European Orthodontic Society, que he tenido el gusto de presidir.

Tampoco hemos de caer en el dogmatismo de la ciencia ni podemos demorar nuestras decisiones clínicas a la espera de la investigación. Tanto critico a los clínicos que tienen la osadía de profetizar las excelencias de un producto o una técnica, sin una mínima formación conceptual y científica en ortodoncia, como a aquellos ortodontistas “de laboratorio” incapaces de tratar un paciente por falta de experiencia clínica.

No somos físicos teóricos, la buena ortodoncia es una aquilatada mezcla de trato cotidiano con el paciente y sus deseos, empatía y estudio de conceptos y evidencias científicas. El camino de la ortodoncia del futuro ha de estar jalonado de experiencia clínica, investigación y tecnología. Como diría nuestro genial poeta Antonio Machado: “Caminante no hay camino, se hace camino al andar”.



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

Palacio Municipal de
Congresos IFEMA

**AFORO
LIMITADO**

**CONGRESO PRESENCIAL O EN STREAMING
¡TÚ ELIGES!**

LIVE STREAM

**TARIFAS REDUCIDAS
HASTA 31 DE MAYO**

**AFORO LIMITADO EN PRESENCIAL
NO TE QUEDES SIN TU PLAZA**

www.congresosepes.org/2021madrid/

La vacunación avanza y la Era post pandemia se acerca

Alejandra Llorente
Odontóloga



Cuando toda esta pesadilla empezó nos dijeron que solo atenderíamos urgencias, nos dijeron que nos protegeríamos, que cambiáramos nuestros protocolos, que donáramos nuestro material de protección a hospitales y ambulatorios y lo hicimos.

Pasamos miedo por el futuro de nuestras clínicas, por llevarnos el bicho a casa y la vida que todos conocíamos desapareció.

Las calles vacías se fueron llenando de gente con mascarillas, con gel hidroalcohólico por todas partes... el mundo había cambiado y nosotros también.

Nos acostumbramos a mandar salvoconductos a los pacientes para que pudieran venir a sus citas, a los controles de temperatura, a los test de antígenos.

Y de repente llegó la esperanza, la vacuna.

Supongo que lo que vivimos en la Junta del Colegio de Madrid se repitió en todas las Juntas de los Colegios de Dentistas de España.

Debatíamos la vacuna, la queríamos cuánto antes, era una cuestión prioritaria que nos quitaba el sueño.

La gestión de cómo, cuándo y que teníamos que hacer para que nos la dieran. Si tuviéramos que comprar congeladores o no y muchas otras cosas más.

Una Junta con un solo objetivo proteger a todo el equipo de las clínicas, auxiliares, higienistas y dentistas. Nunca habíamos organizado nada parecido.

La repuesta de la Comunidad de Madrid, desde la Consejería de Sanidad, no ha podido ser más satisfactoria, ceder la gestión de la vacunación al propio colegio ha marcado un ejemplo de colaboración entre administraciones. El sentido común, el menos común de los sentidos, en Madrid triunfo. La capacidad de entendimiento entre el presidente del COEM y el consejero de Sanidad, permitió vacunar a todo el colectivo en tiempo récord y abrir una puerta a futuras colaboraciones en beneficio de toda la sociedad a la que nos debemos.

Nunca olvidaré el día que empezó la vacunación en el COEM, estaba nerviosa, aunque estaba todo estudiado al milímetro.

Cuando vi al primer colegiado vacunándose de la emoción casi se me salta una lágrima, lo habíamos conseguido, empezaba el primer paso para el fin de esta época tan oscura.

El futuro sin miedo había empezado en ese instante. Lo veía en la cara de alivio que ponían todos los compañeros que pasaron a vacunarse, el miedo y la angustia se desvanecía, lo sabíamos esto iba a salvar vidas.

Porque sé todo el esfuerzo que se ha hecho quiero dar las gracias a todos los presidentes de los Colegios Profesionales de Odontólogos y Estomatólogos de toda España y a sus Juntas por sus contactos con las Comunidades Autónomas, por todo el interés y preocupación que han tenido para ayudarnos en esta pandemia.

Ahora nos queda pensar en el futuro de la profesión, si los nuevos protocolos han venido para quedarse o si volveremos a la vida de antes. ¿Cómo va a terminar la crisis que nos ha sacudido?

Respuestas que tendremos que solucionar entre todos.



Oferta Especial

HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2021

iClave plus AUTOCLAVE DE CLASE B CON TECNOLOGÍA DE VANGUARDIA



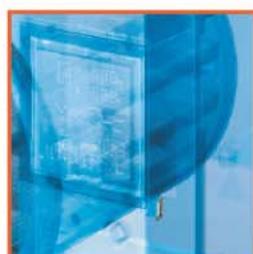
MODELO **iClave plus** CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003077**

3.399€* 7.292€*

MAYOR SEGURIDAD • MAYOR CAPACIDAD



1 La bomba de vacío expulsa todo el aire de la cámara y de las cavidades de las piezas de mano antes de proceder a la esterilización, mejorando el rendimiento del autoclave y asegurando una mayor seguridad.



2 Todos los ciclos de esterilización se guardan en una unidad flash USB, sin necesidad de tener que instalar un software especial para ver e imprimir los informes.



3 El iClave plus hace pasar el aire a través de un filtro bacteriológico durante la fase de secado, eliminando la posibilidad de que el instrumental vuelva a contaminarse y maximizando la seguridad.



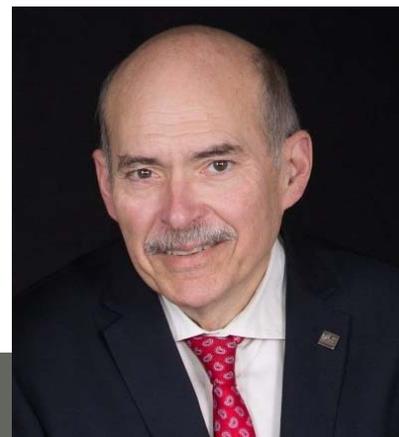
4 El sistema de Calor Adaptativo permite alcanzar una temperatura uniforme en todo el interior de la cámara evitando dañar los instrumentos. La cámara de cobre asegura una mayor eficacia térmica.



5 El especial sistema de bandejas optimiza y utiliza los 18 litros de la cámara, con un volumen útil equivalente a un autoclave de 24 litros.

Hablamos con Lluís Giner Tarrida

Presidente de la Conferencia de Decanos de Odontología



El pasado 15 de marzo el Dr. Lluís Giner Tarrida, Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Cataluña, ha sido elegido presidente de la Conferencia de Decanos y Responsables Académicos de Facultades y Escuelas de Odontología. Sucede en el cargo al Dr. José Carlos de la Macorra, hasta ahora también Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid y que ocupó la presidencia de la Conferencia desde 2015, siendo secretario durante este tiempo el Dr. Giner.

El Dr. Lluís Giner presentó en esta ocasión su candidatura junto con la Dra. María Jesús Mora, Decana de la Universidad de Santiago de Compostela, que ha sido elegida secretaria de la Conferencia de Decanos/as y Responsables Académicos de Facultades y Escuelas de Odontología de España.

El Dr. Giner es miembro desde su fundación de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología, académico de número de la Real Academia Europea de Doctores, ha desarrollado una intensa labor dedicada a la docencia desde 1988 en que ocupó el puesto de Director del Área de Biomateriales y Prótesis de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Cataluña y Decano de esta facultad desde el año 2011.

El Dr. Giner participó en la edición del Libro Blanco de la odontología en el proceso de convergencia de la educación superior en Europa en 2004.

Alejandra Llorente

¿Quiénes forman parte de esta conferencia y cuál es su principal apuesta?

En la actualidad la conferencia de decanos/as y responsables académicos de las facultades de odontología de España, cuyo acrónimo es CRADO, está formada por las 23 facultades de odontología o departamentos de odontología que imparten esta titulación en España, 11 en universidades públicas y 12 en universidades privadas.

En los últimos años ha habido nuevas aperturas de facultades de odontología y reestructuraciones de las ya existentes, pasando a formar parte de la facultad de ciencias de la salud, pero en general todos hemos apostado por una formación cada vez más integrada en el entorno interprofesional.

¿Cómo ha sido hasta ahora su presencia en la Conferencia de decanos?

Desde que he podido estar en la conferencia de decanos, primero como vicedecano y posteriormente como decano, todos los presidentes que he conocido, el Dr. Mariano Sanz, El Dr. Pedro Bullón, y el Dr. José Carlos de la Macorra, impulsaron la misma filosofía basada en la unidad, el diálogo y el consenso, marcado por la confianza. Al Dr. de la Macorra le agradezco su confianza durante el tiempo que trabajé con él en la gestión como secretario de la conferencia.

En esta nueva etapa todos los representantes de la CRADO nos han dado la confianza a la Dra. María Jesús Mora, coordinadora del título de odontólogo de la Universidad de Santiago de Compostela, y a mí para representarlos. Estamos muy agradecidos por este apoyo de todos.

■ ¿Qué actividades tienen previstas?

De las acciones y actividades de la CRADO, hay algunas que son muy urgentes y otras más de consolidación, pero todas son de gran importancia para las instituciones universitarias y, en general, pensamos que para la profesión y la sociedad.

Uno de los retos pendientes más importantes es la creación de las especialidades en odontología en España, algo que venimos solicitando desde diferentes instituciones desde hace años. En este sentido estamos incorporados en la comisión de especialidades del Consejo General de Odontólogos de España, junto con sociedades científicas, trabajando conjuntamente para ver hecha realidad una aspiración que pensamos será muy positiva para la profesión y también para la sociedad. En este sentido creemos que en las universidades estamos preparados para ser centros de formación de las especialidades, ya que en todas ellas ofrecemos en este momento programas de formación adaptados a lo que posiblemente serán la mayoría de los requisitos formativos de las especialidades, y disponen de los formadores acreditados para ello.

Otro de los temas importantes, especialmente por la dimensión de las personas a las que afecta y que estamos convenidos resolveremos pronto, es el de las pruebas o programas formativos para el proceso de homologación de títulos extranjeros.

Durante años estas pruebas se hacían en cuatro universidades del país al mismo tiempo, pero en las últimas convocatorias que se pudieron hacer, que fueron antes de la pandemia, el aumento de solicitudes desbordaba la capacidad logística de las universidades en donde se efectuaban. Con la pandemia se tuvieron que suprimir las convocatorias de año pasado y ahora estamos en conversaciones con el ministerio de universidades a fin de lograr una forma favorable para resolverlo a la vez que podamos asegurar el mismo rigor académico que tenemos en la obtención de las competencias de nuestros alumnos en las titulaciones que impartimos.

■ ¿En relación con el plan de estudios del grado de odontología, qué tienen en su agenda?

Otro punto, que llevamos dos o tres años valorando, es la revisión del plan de estudios y de las competencias de los estudios de odontología. Si bien llevamos plenamente implantado el plan Bolonia desde hace 11 años, la preparación, el diseño y el planteamiento de las competencias ocuparon varios años anteriores. Con los cambios que hemos vivido en los últimos años, pensamos que es el momento de valorar si, en el plan de estudios

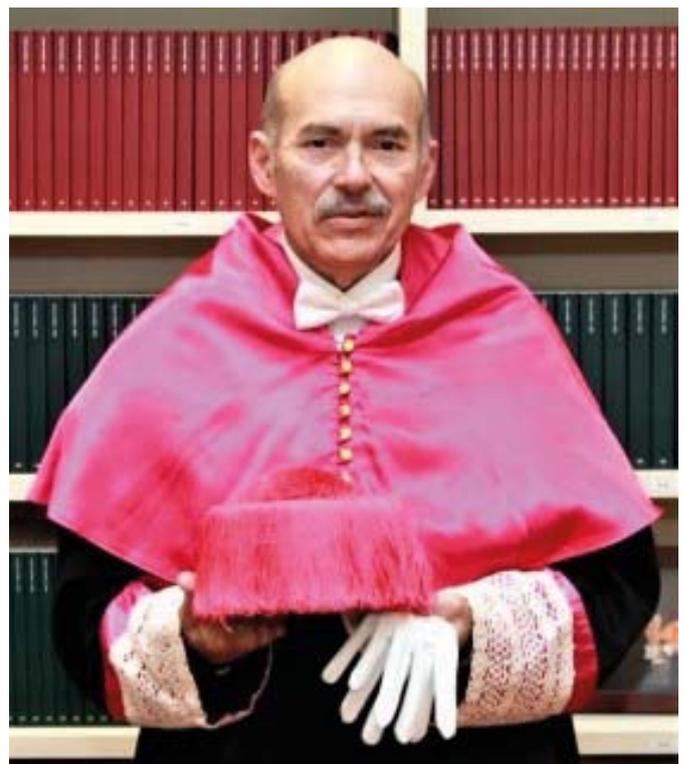
que tenemos aprobado, podemos incluir todos estos avances, o hemos de proceder a un planteamiento nuevo en algunos aspectos. Evidentemente todo ello debe de ser consensuado con el ministerio correspondiente y a ser posible conjuntamente con otras titulaciones.

“En las universidades estamos preparados para ser centros de formación de las especialidades”

■ ¿Los avances técnicos nos están deshumanizando como profesión?

Es indudable que los cambios tecnológicos propician una mejora en el diagnóstico y en los tratamientos odontológicos, y también aseguran un mejor pronóstico a largo plazo; sin embargo, pueden causar, en parte, la pérdida de la relación de confianza entre odontólogo y paciente. Por esta razón debemos revisar los planes de estudio para ver cómo aseguramos que las nuevas generaciones de profesionales tengan este aspecto humano y vean, más allá de las patologías orales, a la persona en general y cuál es su necesidad como tal.

También se pone de manifiesto cada vez con mayores evidencias la importancia del odontólogo en el mantenimiento de la salud no sólo oral, sino general. Esto es así tanto por las re-



“La universidad tiene dos misiones básicas: la de generar conocimiento y la de su difusión”

percusiones que tienen las enfermedades bucales en la salud global, como por el protagonismo que tiene el odontólogo en la vida de las personas, ya que los pacientes acuden al médico si tienen una dolencia, pero, en general, acuden al odontólogo para una revisión. Es en este momento donde el odontólogo puede influir de forma importante en el cuidado general y la motivación para el mantenimiento de la salud, como decíamos tanto oral como general. Por ello, es importante la relación de la odontología con las otras titulaciones y, en la medida de lo posible, con algunos aspectos de la formación interprofesional.

¿CRADO trabaja en coordinación con otras instituciones europeas?

Es fundamental estar bien coordinados con las directrices europeas. En este aspecto, tanto mis antecesores en el cargo como en la actualidad, estamos en contacto con las diferentes instituciones europeas de educación, sociedades científicas y sobre todo con la ADEE (Association for Dental Education in Europe) que es la sociedad que ha armonizado la implementación del Espacio Europeo de Educación Superior en la formación de los odontólogos.

¿En su opinión qué fines debe perseguir la Universidad?

La universidad tiene dos misiones básicas: la de generar conocimiento y su difusión, y la de formar personas en la dimensión profesional y humana. Por esto, una inquietud importante de la CRADO es también ayudar a la investigación, entendiendo bien que es un motor importante tanto para la universidad como para la sociedad. Muchas de las facultades de odontología de España tienen tradición en ello. Prueba de ello es que, en el ranking

mundial de facultades de odontología en la que se valora de forma importante la investigación que en ellas se hace, tenemos cuatro facultades de España dentro de las 200 mejores. Así pues, opinamos que es importante que desde la CRADO motive-mos al máximo en esta vertiente.

La pandemia que vivimos ha frustrado muchas iniciativas. ¿A CRADO qué le ha supuesto esta situación?

Hay proyectos que estaban bien asentados y teníamos el apoyo de la industria en ello, como es el premio al mejor expediente de los alumnos graduados de cada facultad de odontología, algo que pensamos impulsa a la búsqueda de la excelencia. Lo mismo ocurre con las becas que, gracias a la colaboración de la industria, se ofrecían para seguir estudios de postgrado, pero que con la llegada de la pandemia se han parado. Esperamos recuperarlas pronto.

“Tenemos cuatro facultades de España dentro de las 200 mejores en el ranking mundial”

Durante este año largo de pandemia, la CRADO ha sido esencial para las facultades de odontología de España, ya que hemos podido afrontar los retos que la Covid nos ha traído de forma conjunta y con un mismo criterio de actuación. Fue fundamental para conseguir la reapertura de las clínicas universitarias odontológicas, en el posicionamiento a los retos del nuevo curso académico, etc., La CRADO es una asociación que, entre todos los miembros, aseguramos la calidad de la docencia de la odontología en España al tiempo que afrontamos los retos con otras instituciones.

“Es fundamental estar bien coordinados con las directrices europeas”

ESPECIAL
EQUIPOS



antón
Suministros Dentales

¿Qué buscas
para tu equipo?



Calidad - Precio - Garantía



 **antasis**
Trust Technical Service

Contacta con nosotros



www.antonsl.es



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

Hablamos con José María Malfaz Vázquez

Médico y Odontólogo



Médico y Odontólogo. Expresidente de A.E.D.E. se dedica en exclusiva a la endodoncia. Nos cuenta los avatares de su vida y nos invita a un paseo por el mundo de la endodoncia, recordando en todo momento la importancia de un buen diagnóstico, atenerse a la evidencia científica y trabajar en condiciones propias del Siglo XXI.

Patricia Puertolas

¿Cómo surgió tu vocación por la odontología?

Tuve el privilegio de nacer en un ambiente propicio para amar y odiar esta profesión. En mi caso yo quería ser como mi padre y como mi abuelo que amaban lo que hacían. A mí me pasó como a muchos compañeros, nací prácticamente en una clínica dental dado que entonces muchas consultas compartían parte de la vivienda familiar. Naces escuchando ese soniquete de la turbina, aspiración, naces oliendo a cómo olían aquellas consultas, ese olor tan característico a cresophene o eugenol.

Las tres generaciones de dentistas en mi familia pertenecemos a planes de estudios diferentes, mi abuelo Abilio Vázquez era médico y odontólogo de la época previa a la estomatología a la que pertenece mi padre que es médico Estomatólogo. Después yo cuando estaba estudiando medicina cambiaron los planes de estudios y transformaron las escuelas de estomatología en las facultades de odontología, en mi caso al igual que mi hermana Coral, decidí acabar medicina y una vez finalizado acceder al cupo para médicos de la facultad de Odontología de Granada.

Allí en Granada tuve la suerte de conocer a Alejandro Ceballos, mi mentor en la facultad de odontología, él me inspiró y me motivó para ser un buen profesional. Gracias a su perseverancia logré terminar bajo su dirección mi tesis doctoral, siempre me decía tienes que leerla "la tesis doctoral es muy importante y nunca sabrás para que te va a servir en el futuro". Efectivamente esa tesis doctoral y todo lo que Alejandro me inculcó ha sido para mí como un salvoconducto y un hilo conductor en mi carrera. Si hubiese habido facultad de Odontología en Valladolid cuando llegué, posiblemente me hubiera dedicado en profundidad a la docencia y a la investigación.

¿Cómo fueron tus inicios profesionales?

Después de tantos años estudiando, 9 años entre medicina en Tenerife y odontología en Granada lo que tienes ganas es de

trabajar e independizarte económicamente. Aunque mi intención inicial siempre fue volver a Tenerife a la consulta de mi padre, aterricé en la ciudad de Valladolid por casualidad. Valladolid realmente es la cuna de mi familia, de hecho, mi apellido Malfaz es originario de un pueblo de Valladolid, Cigales, famoso por su vino clarete. Donde mi abuelo paterno fue médico y ejerció prácticamente toda su vida. A su vez mi abuelo materno era un reconocido dentista que tenía su consulta en la plaza mayor de Valladolid y donde mi madre aprendió la profesión, cómo no me iba a quedar aquí.

Los inicios profesionales se viven con ilusión y los míos la verdad que fueron muy buenos no me puedo quejar, aunque en aquellos años 1992 y 1993 teníamos una crisis económica terrible en España, era relativamente fácil abrir tu propia consulta no había tantas normativas como hay en la actualidad. Aunque yo empecé a finales de 1992, fue 2 años después que me pude dedicar en exclusiva a Endodoncia. En esa misma época nos casamos Mar y yo, y tuvimos que pedir un crédito para poder hacer frente a los gastos de la clínica para poder dedicarla exclusivamente a endodoncia, renunciando a los ingresos que suponía la dedicación a la odontología general. En Valladolid jugaba con una ventaja, los dentistas más veteranos que estudiaron con mi padre y los que conocieron a mi abuelo enseguida confiaron en mí y gracias a ellos no me costó prácticamente nada despegar como endodoncista. Así poco a poco me fui estableciendo y teniendo referidores de forma estable en mi consulta de Endodoncia y Traumatología dental.

¿El aterrizaje en la endodoncia cómo se produjo en aquellos tiempos, en que no había la oferta en másteres y cursos de posgrado en nuestras universidades como hoy?

En un principio me formé en Endodoncia con lo que me enseñaba mi padre, estudiando de todo libro de Endodoncia que caía

en mis manos, apuntándome a todos los cursos que había y si tenías suerte te invitaba algún endodoncista de renombre a verle trabajar a su consulta, en mi caso tuve el privilegio de ser acogido unos días por Joan Olivieros en Barcelona, y de verdad que esta era la forma más habitual en aquella época de aprender una especialidad en España.

También desde un primer momento fue muy importante participar de las sociedades científicas, me hice socio de la Asociación Española de Endodoncia y de la American Association of Endodontists para poder asistir a todos los congresos que podía y precisamente en uno de ellos allá por el año 1998 en Nueva York conocí a mi mentor en endodoncia, Borja Zabalegui, persona que me marcó un antes y un después como endodoncista. Me acuerdo que le pregunté si me podía enseñar cirugía endodóntica y me dijo que no, que lo que me iba a enseñar era endodoncia de verdad como a él le habían enseñado en California. Y así fue, con él me formé en su casa literalmente, durante un intenso año y desde entonces formamos un equipo que va creciendo día a día.

¿Qué motivó tu decisión de formarte en Estados Unidos? ¿Hasta qué punto esta decisión ha marcado su vida profesional?

Era un sueño para mí ser especialista en Endodoncia, el hecho de no estar reconocida las especialidades en España fue también un punto determinante a la hora de tomar la decisión de irte fuera de España en busca de un lugar donde estuviese reconocida la especialidad, donde se forman especialistas conforme a unos protocolos académicos basados en la evidencia científica, donde se forman verdaderos especialistas en la materia. Quería aprender de primera mano lo que sabían aquellos endodoncistas que conocía de conferencias en los congresos internacionales y sus artículos científicos. Nosotros teníamos una endodoncia diferente, en España éramos muy buenos clínicos, pero nos faltaba algo.

Era un sueño para mí ser especialista en Endodoncia, el hecho de no estar reconocida las especialidades en España fue también un punto determinante a la hora de tomar la decisión de irte fuera de España

Borja, que fue el primer Endodoncista español titulado en Endodoncia en Estados Unidos, que me hizo una carta de recomendación y me abrió las puertas de la University of Southern California para formarme como especialista con el Prof. James H Simon.

No fue fácil después de 10 años trabajando en mi consulta de Endodoncista, profesionalmente reconocido, renunciar a todo e irte a Estados Unidos a estudiar casi 2 años y medio, a tiempo completo 6 días a la semana, mis amigos no lo entendían. Cerré la puerta de mi consulta, mi mujer y yo hicimos las maletas, cogimos a nuestro perro y nos fuimos a vivir a Los Ángeles.

¿Hasta qué punto esta decisión ha marcado su vida profesional?

Es una decisión que ha marcado profundamente mi vida profesional y personal, es una experiencia muy enriquecedora en todos los aspectos. Además que para mí fue un trampolín internacional, de haber estudiado bajo la dirección del profesor James H Simon que además me ofreció quedarme allí, de haber sido uno de los pioneros a nivel mundial del uso del CBCT en Endodoncia y Traumatología dental, premiado por Asociación Americana de Endodoncistas, de tener el honor de ser uno de los coautores en la última edición de lo que se considera la biblia de la endodoncia el libro Ingle's Endodontics, invitado a dar conferencias y seminarios por medio mundo compartiendo muchas veces cartel con aquellos que eran tus referentes endodónticamente hablando, y sobre todo tener grandes amigos en todos los rincones del planeta. Cuando das un paso así en tu vida profesional y cambias de país debes tener claro qué vas a hacer cuando acabes y te gradúes de la especialidad. Yo cuando me gradué tuve muchas ofertas profesionales que rechacé, yo soy feliz aquí en España, en la ciudad de Valladolid que tan bien me acogió desde un principio, con mis referidores, mis pacientes, mis alumnos y mis amigos.

¿Cómo se ha vivido en la endodoncia el paso de lo analógico a lo digital, de las pequeñas placas de acetato a la pantalla del ordenador?

Recuerdo como si fuese ayer cuando mi padre nos enseñaba de niños a mi hermano Luis y a mí a revelar radiografías, siempre le vimos desde pequeños como se metía en un cuartito con su luz roja para revelar y nos decía lo importante que era una buena radiografía. Esta transición de la radiología analógica a digital fue muy fácil, pasar de ver una imagen en una placa muy pequeña que teníamos que revelar con esos líquidos, a poderla ver en una pantalla más de 200 veces ampliada al instante fue una revolución.

Todo esto simplemente es la punta del iceberg del cambio tecnológico, el paso de la radiografía analógica a la radiografía digital es solamente una pequeña muestra de los cambios tan tremendos que ha dado la especialidad de endodoncia en las últimas décadas, de hecho ahora para nosotros es imprescindible la radiología digital volumétrica en 3 dimensiones.

¿Estamos en la era de la endodoncia digital y mecanizada o ya está superada esa fase? ¿Cuál es el momento actual en endodoncia?

Esta es una pregunta muy profunda, porque si nos referimos a la forma de preparar los conductos, si lo hacemos de forma mecanizada o manual, entramos en un error de concepto muy extendido en la odontología general, porque las limas manuales son imprescindibles en varias fases de la preparación de los conductos radiculares, y las limas mecanizadas facilitan y complementan el trabajo a estas primeras. Y erróneamente lo que se pretende vender por intereses comerciales y sin base científica es que la lima mecanizada es la varita mágica que hace todo el trabajo.

Si nos referimos a una endodoncia digital o automatizada nos encontramos que la tendencia hoy en día en las líneas de investigación es poder hacer tratamientos de conductos in vivo sin utilizar lima alguna mecánica o manual. Estas líneas de investigación no son nuevas prácticamente son desarrolladas a partir de trabajos in vitro que llevan con nosotros más de 25 años. Cuando hice la especialidad en Estados Unidos una cosa fundamental que aprendí, es que la lima es lo de menos en el proceso del tratamiento de endodoncia, lo más importante pasa por el diagnóstico para tener muy claro el objetivo de tratamiento sustentado en unos principios biológicos y científicos que prácticamente no han cambiado en los últimos 100 años. Lo que evoluciona es la forma de llegar a ese mismo resultado para “conservar diente, hueso y papila”.

La próxima inversión que haremos es la incorporación de la “navegación guiada en endodoncia” con el propósito de ser más precisos a la hora de trabajar

¿Cuál es tu próxima apuesta innovadora en la clínica?

La próxima inversión que haremos es la incorporación de la “navegación guiada en endodoncia” con el propósito de ser más precisos a la hora de trabajar por ejemplo en esos conductos calcificados, acceder de una forma más conservadora en esas zonas donde actualmente no podemos. Realizar tratamientos, por decirlo de algún modo retórico, más mínimamente invasivos. Y con el mismo objetivo tengo previsto incorporar un sistema para preparación e irrigación de conductos que se llama GentleWave® que está revolucionando la endodoncia.

En este punto quiero recalcar que me parece muy importante que tenemos que ser conscientes que la tecnología avanza más

deprisa que nuestra capacidad de amortizar económicamente lo que tenemos que invertir para no quedarnos obsoletos. Esto realmente es un problema que tenemos nosotros cuando compramos tecnología y esa tecnología posiblemente en poco tiempo esté desfasada, yo intento evitar que mi consulta o nuestras consultas sean un cementerio de aparatos que ya no usamos, y esto tristemente es una realidad. Hay países europeos que tienen otra cultura, o como en Estados Unidos, donde los tratamientos de endodoncia tienen un coste económico para el paciente prácticamente equiparable a un implante. Ahí está la diferencia muchas veces en la capacidad de invertir en tecnología que nos ayude a mejorar el tratamiento que le podemos ofrecer al paciente. Esto es muy importante y quiero que quede muy claro, lo primero es que no significa que el pronóstico de estos tratamientos sea mejor utilizando más tecnología, lo único que se puede significar es que la selección de casos es mucho más amplia y podemos realizar tratamientos más complejos en situaciones antes inaccesibles. Segundo, un profesional no es mejor porque invierta más en tecnología, es al revés, el buen profesional invierte en la tecnología que necesita para mejorar en su trabajo.

Hay quien desprecia la endodoncia, y probablemente más de uno, en favor de la extracción para poner un implante. ¿Qué le puedes decir a estos compañeros, sin morderte la lengua?

Todos los que me conocéis sabéis que no me suelo morder la lengua.

Hay un concepto básico para contestar esta pregunta; No podemos plantearnos la ecuación implantes versus endodoncia, los implantes sirven para rehabilitar los espacios edéntulos cuando hay pérdida dental. En nuestra especialidad de Endodoncia y Traumatología dental por supuesto que encontramos casos extremos donde no podemos salvar un diente por tener muy mal pronóstico o por no ser restaurable, entonces posiblemente la mejor opción terapéutica es su exodoncia y posterior plan de tratamiento para implante, siempre y cuando se tenga unas condiciones de soporte óseo favorables para una correcta osteointegración. También tenemos casos en que existe muy mal pronóstico de un diente con gran pérdida ósea, y como alternativa podemos planificar un tratamiento de conductos “temporal” para regenerar ese hueso, y si procede posteriormente programar su extracción para posterior sustitución por implante.

En el campo concretamente de la Traumatología dental suele pasar situaciones insólitas, vemos verdaderas aberraciones con planes de tratamiento obsoletos donde se están perdiendo muchos dientes que se podían conservar y sustituyendo por implantes. La causa principal es debido al desconocimiento de cómo se debe actuar en estas situaciones, nosotros tenemos hoy en día unos

protocolos de actuación para intentar preservar esos dientes y tejidos adyacentes minimizando las posibles complicaciones.

Pero lo que más me molesta es esa persona que desprecia la Endodoncia y la Traumatología dental porque probablemente desconoce la evidencia científica o que trabaje en condiciones deplorables en pleno siglo XXI, como va a funcionar un tratamiento de conductos en ese escenario. Entonces si buscamos una causa que justifique tal posición posiblemente sea por la ignorancia de los principios biológicos en los que se basa la evidencia científica que respalda la endodoncia o por no dominar una técnica predecible para hacer un tratamiento de conductos, con lo cual muchos de estos planes de tratamientos podrían incurrir en mala praxis. Yo he llegado a ver en mi consulta un paciente joven que me pide una segunda opinión para intentar conservar dos molares inferiores 46 y 36, programados para exodoncia y sustitución por implantes, cuando en realidad presentan unas simples caries tipo I sin afectación pulpar que con un plan de tratamiento restaurador se soluciona.

Un buen diagnóstico en endodoncia ayuda a salvar dientes y en ocasiones vidas. ¿Te llega a ti y en general a los que os dedicáis a esta área en exclusiva, el reconocimiento de vuestra aportación por parte del paciente, y de los compañeros?

Efectivamente cada día detectamos más patología premaligna o incluso patologías en estados avanzados muchas veces sin clínica aparente.

Los propios pacientes como los compañeros agradecen la labor que hacemos, sin olvidar que tanto los referidores como nosotros hacemos un trabajo en equipo, cuatro ojos ven mejor que dos, afortunadamente para el paciente pasa por dos filtros y muchas veces hemos detectado a tiempo patologías que han podido comprometer la propia vida del paciente. Nosotros como endodoncistas estamos entrenados no sólo para diagnosticar y tratar una patología pulpar, al paciente que atendemos en la clínica le tenemos que hacer una exploración profunda de todo aquello que se aprecie en las radiografías que hemos realizado o que encontremos en nuestra exploración clínica. Como le digo a mis alumnos, realmente no tenemos que llegar a un diagnóstico de la posible patología sino intentar detectar todo aquello que no es normal, describirlo e informarlo para derivarlo llegado el caso a manos más expertas como los profesionales que se dedican a la medicina bucal, patólogos o máxilofaciales.

Hay un punto en el que soy muy crítico que tenemos que corregir cuanto antes, es nuestra forma de entender el diagnóstico. Seguimos pecando en nuestra sociedad del mismo error, el diagnóstico no puede ser gratuito, algunos profesionales siguen pensando que si no cobran un diagnóstico posiblemente tengan más pacientes,

y no es así. Hacer un buen plan de tratamiento pasa por hacer un correcto diagnóstico que es la parte más importante del proceso, en la que yo invierto más tiempo. Y es aquí donde se pueden descubrir estas patologías muchas de ellas asintomáticas que pueden comprometer la vida del paciente como desgraciadamente he visto algún caso que hemos llegado demasiado tarde.

¿Qué interés por la formación continuada tienen los dentistas en nuestro país?

El interés es muy alto, sobre todo la gente joven que pone mucho entusiasmo en ponerse al día.

Tenemos que estar seguros de que la formación continuada que se recibe sea de calidad, hoy en día consecuencia de la pandemia nos hemos dado cuenta de la importancia de las redes sociales y de la formación online, ya que la difusión vía internet

Lo que más me molesta es esa persona que desprecia la Endodoncia y la Traumatología dental porque probablemente desconoce la evidencia científica

ha sido el único medio real para transmitir los conocimientos.

A la sociedad científica ahora nos preocupa que en esta revolución virtual han aflorado muchos "líderes de opinión de paja" que tergiversan la realidad en nuestro caso de la Endodoncia y promocionan formas de trabajar sin base científica, basadas en opiniones o con un interés comercial desproporcionado que lleva al espectador a ver una ciencia desvirtuada e incluso a aprender técnicas poco predecibles que perjudican a la especialidad y a la salud de paciente. En mi experiencia creo que la solución para que la formación continuada sea realmente de calidad debería ser obligatoria, supervisado por un comité de expertos donde participen las sociedades científicas y universidades, todo ello sin incurrir en intereses meramente comerciales.

¿Cómo ves el futuro de la profesión?

En mi opinión el futuro de la profesión es muy bueno, yo siempre he sido muy optimista cuando me hacen esta pregunta. Tenemos una profesión apasionante en plena evolución que nos permite disfrutar día a día de lo que hacemos. Tenemos muchos frentes abiertos tanto tecnológicamente como sociales, incluido el desarrollo necesario de las especialidades en España que actualmente es un freno muy grave para todos aquellos dentistas españoles que desean moverse internacionalmente, y a nivel nacional

dará un empujón muy importante en la calidad de la enseñanza y la calidad de los tratamientos que ofrecemos. No me digáis que no es apasionante el futuro próximo.

Obviamente existe una plétora profesional, también existe un problema socioeconómico importante en nuestro país que influye en el poder adquisitivo de nuestros pacientes sin dejar de lado la incursión de empresas y fondos de inversión que han desvirtuado la forma de entender la parte comercial de la odontología. Qué implica esto, que nosotros como trabajadores o como pequeños empresarios nos tenemos que esforzar en ofrecer la mejor atención y el mejor tratamiento para nuestros pacientes.

¿Nos puede transmitir una recomendación para los dentistas jóvenes que están en sus inicios profesionales?

Estar al día constantemente y disfrutar de la profesión. Nuestra profesión tiene un componente vocacional muy importante y el entusiasmo con el que se empieza a trabajar es tremendo. Tenemos que dejar a un lado la faceta individualista de la profesión, tenemos que aprender a trabajar en equipo, ya sea física o virtualmente. Yo tengo la fortuna de compartir equipo con Roberto Aza, Jesús Santos y Borja, que sin ellos me sería imposible progresar y estar motivado para estar al pie del cañón día a día. Ya lo decía el proverbio “Si caminas sólo llegarás rápido. Si caminas acompañado llegarás más lejos”

Mi otra recomendación, aunque con la pandemia hayamos podido estar comunicados virtualmente a tiempo real con cualquier persona del mundo, cuando vuelvan los congresos presenciamos

les tenemos que hacer el esfuerzo de asistir, ya no solo por su contenido académico sino por su labor fundamental de relación social, de contacto físico, de lo contrario no convertiremos en ermitaños sociales escondidos detrás de una pantalla.

¿Cuándo dejas los “dientes” en qué ocupas tu tiempo?

A disfrutar de la vida que no es poco, con mi mujer Mar y mis perros. Aunque ahora vivimos en un periodo de pandemia donde toda la actividad ha cambiado, antes viajaba mucho fuera de España dando cursos y conferencias por medio mundo y aprovechábamos esos momentos para disfrutar de unas minivacaciones arañando unos días más a esos viajes. Ahora ese poco tiempo libre que me queda fuera de mi vida académica y profesional se lo dedico a mis hobbies ocultos como el bricolaje, la electrónica, la informática, de hecho, ahora estoy inmerso en el mundo de la impresión en tres dimensiones y estudiando inteligencia artificial para aplicarlo a lo que yo he bautizado como Endodoncia 4.0.

También este diminuto tiempo libre lo disfruto con mis amigos, yo tengo dos peñas de amigos, la primera se llama “Endotxoko” en la cual nos reunimos para hablar de endodoncia en torno a una buena mesa, y la segunda se llama “La Genfis” que fundamos hace muchos años un grupo mayoritariamente del gremio en una bodega de un pueblo de Valladolid, donde nos reunimos todos los miércoles del año en torno a unas buenas viandas y prohibido hablar de trabajo.

En resumen, ojalá el día tuviese 48 horas.

Reglas básicas para una buena endodoncia

La realidad de la endodoncia para que sea predecible en la mayoría de los casos es muy simple y lo podemos resumir en 5 puntos fundamentales muy sencillos, que la mayoría de los “negacionistas” de la endodoncia no tienen en cuenta. Lo **primero**, es hacer un buen diagnóstico clínico y radiológico. Lo **segundo** es tener en cuenta que hay que aislar con el dique de goma, para que la “saliva no forme parte de la irrigación”. **Tercero**, hay que reducir al máximo mecánica y químicamente, la contaminación del sistema de conductos. **Cuarto**, cuando vayamos a obturar tenemos que sellar y no utilizar “una gutapercha simbólicamente colocada dentro del conducto”. Y **quinto**, sellar la cámara pulpar para aislar y evitar la filtración de saliva que pueda contaminar a corto o largo plazo nuestro tratamiento. Con estos 5 simples consejos basados en la evidencia científica tenemos un éxito funcional del 97 % en nuestros tratamientos de endodoncia y un 90 % en los tratamientos de reendodoncia. Con lo que

la endodoncia es un tratamiento completamente predecible para conservar una pieza dental, sobre todo y más importante que no nos damos cuenta es que conservamos o regeneramos hueso y mantenemos las papilas. Si aun así no les he convencido les recomiendo que vengan a alguno de mis cursos, conferencias o que nos vengan a ver al Centro de Formación en Endodoncia Microscópica BZ en Leioa que dirige Borja Zabalegui.





¿Quieres conectar con **tus clientes**?

Oklok • Organizamos a medida **tu evento online**, con la mejor estrategia, **garantizando el éxito de la acción:**

1 · Concepto y línea gráfica

Un buen **desarrollo visual**, con diseño de **home + Emailings** de comunicación del evento



2 · Herramienta de gestión

Captación, registro y parametrización de asistentes en tiempo real

3 · Retransmisión en streaming

Rodaje en directo o con postproducción



Contáctanos!!!
www.oklok.es
91 366 55 24



Sepa.

Hablamos con Ignacio Sanz Sánchez

Vocal de Formación de la Junta Directiva de SEPA



Redacción

Licenciado y Doctor en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid, es en la actualidad Vocal de Formación de la Junta Directiva de SEPA.

Desde que se decretó el aislamiento en marzo de 2020, ya más de un año, y las siguientes medidas de contención de la pandemia, todas las actividades sociales se han visto afectadas en mayor o menor medida y la formación continuada en odontología, una de las profesiones que mejor ha sabido superar las dificultades, ha adaptado sus formas y modos para conseguir cumplir sus metas. Conversamos con Ignacio Sanz para conocer de cerca como se ha vivido esta situación desde el interior de esta sociedad científica y acercarnos al futuro proyecto de formación.

¿Cuál fue su primer sentimiento cuando se decretó el estado de alarma pensando en los cursos y el congreso programados?

Lo primero que se nos pasó por la cabeza fue un sentimiento de frustración. Habíamos puesto mucho esfuerzo en realizar un programa científico espectacular para el congreso. Luego, trabajando nos dimos cuenta que como casi todos los obstáculos éste se podía solventar, con paciencia y creatividad, dando un giro a todo para adaptarse a un nuevo formato.

¿Cómo valora lo realizado por SEPA en este último año?

SEPA ha trabajado de una forma constante. En los días fuertes del confinamiento los miembros de la junta nos reuníamos todos los días en formato virtual, para que las distintas actividades de formación no quedasen en el olvido y seguimos dando un papel importante a las empresas que tan necesarias son para SEPA

¿Cómo se encuentran las perspectivas de cara a poder realizar un próximo congreso presencial?

Lo vamos a realizar en noviembre. Todos los profesionales quieren salir del formato online y disfrutar de la presencialidad. Lo pondremos en marcha y luego veremos cómo las circunstancias y la normativa nos acompañan. Nuestro esfuerzo está dirigido a conseguir el formato presencial, iremos a por todas en Sevilla.

¿Qué nivel de asistencia han tenido los cursos online programados hasta hoy?

Durante este año hemos realizado dos SEPA-Joven y una serie de sesiones con las que lanzamos la formación online que venimos realizando en marzo, abril y mayo, luego el Sepa-OnAir, ahora viene la segunda de Sepa-OnAir. Hemos realizado una serie de

actividades con y sin las empresas a las que han asistido miles de profesionales que se han conectado. SEPA me atrevo a decir que ha liderado la formación online nacional e internacional.

¿Cuáles son los proyectos en materia de formación continuada previstos a partir de mayo de este 2021?

En formación presencial la apuesta de SEPA en 2021 ha sido lanzar tres cursos en la U.C.M. que están teniendo gran participación. Hemos lanzado nuestras aulas clínicas, que son curso en los que dedicamos un día a la adquisición de técnicas muy específicas, en las que tratamos de adquirir los conocimientos teóricos y también de una manera muy práctica.

Los higienistas siempre han tenido a SEPA como encuentro de formación. ¿Tiene previsto alguna actividad para estos profesionales?

En SEPA pensamos que la figura del higienista es fundamental en cualquier clínica y por eso nuestra apuesta por su formación seguirá activa, tanto en las aulas clínicas, como en el congreso y en el curso de higiene avanzada, que intentaremos llevar a más ciudades.

¿La formación online, en su opinión, ha venido para quedarse o sufrirá un recorte importante una vez superemos el estado de pandemia?

Ha venido para quedarse pero conviviendo con la presencial, en que porcentaje una y otra ya lo veremos. Hay ciertos aspectos que precisan del contacto directo entre el maestro y el alumno. En SEPA apostamos por las dos. En SEPA seguiremos apostando por una formación específica y de calidad en todos los formatos.

El II Congreso Nacional Multidisciplinar COVID-19 de las Sociedades Científicas de España pone de manifiesto la importancia de la salud bucal y su impacto sobre el SARS-CoV-2

El congreso, en el que ha participado la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (**SEPA**), ha llevado a cabo numerosas sesiones científicas organizadas por 78 sociedades científicas españolas participantes, donde se están intercambiando experiencias y conocimientos en lo relativo a la repercusión que ha tenido la pandemia en sus respectivos ámbitos de actuación.

Para la **Dra. Paula Matesanz**, secretaria de la Junta Directiva de SEPA y co-moderadora de esta sesión, *“la crisis provocada por la COVID-19 ha hecho que muchas personas tomen conciencia de su salud por primera vez, y es importante que la Odontología esté presente y sea tenida muy en cuenta en este nuevo escenario”*; de esta forma, asegura, *“se destaca de la importancia de lo que significan las enfermedades bucodentales y su prevención dentro del conjunto de la salud global”*.

Según han demostrado diversos estudios, la boca no es un sistema aislado dentro del conjunto del cuerpo humano, sino que hay una relación entre las patologías periodontales y diversas enfermedades como las cardiovasculares, las infecciones respiratorias como la neumonía o exacerbaciones infecciosas de la EPOC, la diabetes o hasta los efectos adversos durante el embarazo. De hecho, la boca se considera una de las principales vías de entrada y salida de distintos microorganismos en nuestro cuerpo que pueden multiplicarse y producir infecciones in situ y a nivel sistémico. Tal y como indica el **Dr. Miguel Carasol**, co-mo-

derador de esta sesión y coordinador científico de los Grupos de Trabajo de SEPA, *“a periodontitis no diagnosticada o no tratada supone un riesgo conocido para agravar la condición sistémica de los pacientes con COVID-19, sobre todo en los que presentan mayor gravedad, y más aún en los pacientes ingresados en UCIs con ventilación asistida”*.

El **Dr. David de la Rosa**, presidente del Comité Científico del Congreso, destaca la importancia de mantener siempre una buena salud bucal para cuidar la salud general. *“Se ha revelado que mejorar las medidas preventivas de higiene bucal y tratar la enfermedad periodontal puede asociarse a una disminución del riesgo de desarrollar neumonías, exacerbaciones de la EPOC u otras enfermedades víricas, así como la gravedad de las mismas. Es muy importante, por lo tanto, formular campañas de prevención en salud bucal, en especial, dirigidas a pacientes con enfermedades respiratorias o con tendencia a desarrollarlas, así como establecer protocolos de tratamiento integral al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que incluyan una adecuada prevención y/o tratamiento de la enfermedad periodontal”*, concluye.

Los expertos también han hecho hincapié en los resultados de los últimos estudios de laboratorio que demuestran que algunos colutorios inactivan el virus SARS-CoV-2, sugiriendo que podrían disminuir la carga viral y el riesgo de transmisión del virus, reforzando el importante papel que jugaría la boca en la pandemia.

Conclusiones:

La salud bucal repercute en la salud general de las personas, ya que la boca es una vía de entrada y de transmisión de microorganismos que pueden multiplicarse y desencadenar infecciones a nivel sistémico.

La disminución de la carga viral en la cavidad bucal con el uso de colutorios con antisépticos específicos, como el Cloruro de Cetilpiridinio (CPC), podría ayudar a disminuir el riesgo de transmisión y la severidad de la COVID-19.

La periodontitis y una deficiente higiene bucal pueden favorecer el agravamiento de la COVID-19, según estudios epidemiológicos.

NOTA DE PRENSA, ESPECIALIDADES EN ODONTOLÓGIA

El pasado viernes, 23 de abril, se reunió de forma extraordinaria y con carácter de urgencia la Asamblea General de Colegios de Dentistas de España, para trabajar y aprobar el informe final de alegaciones de la Organización Colegial al Proyecto de Real Decreto por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud y de los diplomas de área de capacitación específica, el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación.

En relación a este tema, los **Colegios de Dentistas abajo firmantes** apoyan la reactivación y convocatoria, después de varios años sin el concurso de la Comisión de Especialidades del Consejo General sobre esta importante cuestión para la profesión odontológica, y consideran muy positivo que el informe presentado por el Comité Ejecutivo del Consejo General y la Comisión de Especialidades, se haya enriquecido finalmente con la aportación del resto de Colegios, siendo aprobado en su Asamblea por unanimidad.

Sin embargo, manifiestan que es imprescindible sean tenidas en cuenta las modificaciones propuestas desde nuestra organización colegial, así como un desarrollo normativo

posterior más específico que tenga en cuenta las especiales características del ejercicio de la profesión sanitaria de los dentistas, del conjunto de las previsiones relativas a su implantación dictadas por parte de las Directivas Europeas y las competencias que, en materia de asistencia sanitaria, tienen atribuidas las Comunidades Autónomas.

Sin estas modificaciones y este desarrollo, sin este avance absolutamente necesario, el citado Real Decreto, lejos de suponer un paso decidido para la creación de las Especialidades en Odontología supondrá un nuevo retraso para la creación de estas.

En este sentido apoyan inequívocamente que, desde la Organización Colegial de los Dentistas, se presente un proyecto serio de implantación de las Especialidades que ineludiblemente debe estar capitaneado por su Comité Ejecutivo, con una hoja de ruta establecida y con el concurso de la Comisión de Especialidades, así como la participación de los Colegios de Dentistas de España.

Por último recordar que las Especialidades Odontológicas en Europa no tienen carácter excluyente ni práctica reservada.
27 de abril de 2021

Colegio de Dentistas de Alicante, Almería, Castellón, Cataluña (COEC), Córdoba, Granada, Madrid (COEM), Navarra y Valencia



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



La Justicia anula la propuesta de dentista municipal del Ayuntamiento de Barcelona

La sentencia da la razón al COEC, ya que considera que la administración local no tiene competencias para ofrecer este servicio.

El juzgado contencioso-administrativo número 7 de Barcelona ha declarado la nulidad de pleno derecho del acuerdo de marzo de 2019 del Ayuntamiento de Barcelona en el que proponía iniciar la actividad económica de servicios de odontología a través de la empresa municipal Barcelona de Serveis Municipals, S.A. Esta sentencia es el resultado del proceso judicial iniciado por el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña (COEC) el 25 de abril de 2019, cuando interpuso un recurso contencioso administrativo contra la creación de este servicio.

La sentencia, estima el primero de los motivos alegados por el COEC en su recurso y resuelve que el Ayuntamiento no tiene competencia para iniciar esta actividad, ya que le corresponde a la Generalitat de Catalunya. El texto recuerda la prohibición de que dos Administraciones puedan prestar el mismo servicio simultáneamente, tanto por motivos de sostenibilidad financiera como para no confundir a los usuarios.



Antoni Gómez Jiménez

“...la Administración podrá prestar servicios de carácter público o ejercer la iniciativa económica siempre que goce del apoyo de la competencia en cuestión; entender lo contrario implicaría atribuir una potestad exorbitante a la Administración local en detrimento de la iniciativa privada, de las competencias atribuidas a otras Administraciones e, incluso, en perjuicio del propio ciudadano, confundido respecto a la Administración competente a la que debe dirigirse, y ello sin olvidar el posible riesgo para la sostenibilidad financiera de la Administración local.”

La sentencia no es firme, pero según explica el presidente del COEC, el Dr. Antoni Gómez, es tan contundente el pronunciamiento judicial, que garantiza que el Ayuntamiento de Barcelona y el resto de corporaciones locales que han planteado actuaciones idénticas detendrán cualquier iniciativa de construcción o de apertura de centros dentales como los propuestos en el acuerdo ahora anulado.

El Dr. Antoni Gómez ha desempeñado una intensa labor en contra de la creación de las denominadas clínicas Low Cost, que tantos problemas han generado a los usuarios de estas.

Las felicitaciones al Dr. Antoni Gómez han llegado desde todos los espacios de la profesión. En este sentido se ha pronunciado el Dr. Juan José Guarro, presidente de AECAD (Asociación de empresarios de clínicas dentales de Cataluña) quien ha expresado sus felicitaciones al Dr. Antoni Gómez y su Junta, por el resultado del proceso judicial contra el Ayuntamiento de Barcelona, con respecto a la creación del Dentista Municipal por parte de la sociedad Barcelona Serveis Municipals, SA.

Añade el Dr. Guarro que gracias al COEC, se bloquea la creación de una nueva Cadena de clínicas LOW COST, dejando estas actuaciones solidarias en manos de las clínicas dentales privadas, como siempre han defendido.

EXPODENTAL

SCIENTIFIC
CONGRESS

24-26
JUNIO
2021

CONOCIMIENTO TECNOLOGÍA FUTURO



PROMUEVE:



federación española
de empresas de
TECNOLOGÍA SANITARIA

ORGANIZAN:

brand_comunicación



IFEMA
Feria de
Madrid

PATROCINA:



PARTE DE **Bupa**

ifema.es/expodental

IFEMA MADRID se lanza al liderazgo en el negocio digital con una renovada marca

Sus Majestades Los Reyes asistieron, junto a la Presidenta del Senado, la Presidenta de la Comunidad de Madrid, la Ministra de Industria, Comercio y Turismo y el Alcalde de Madrid, entre otras autoridades, políticos y empresarios, a la presentación de la nueva estrategia y marca corporativa.

La entidad encara una revisión estratégica dirigida a impulsar sus dos principales objetivos: digitalización e internacionalización.

IFEMA MADRID da un paso al frente para visibilizar el proceso de transformación que está desarrollando e impulsar las claves de lo que será el modelo de negocio de la entidad. Un cambio que persigue ofrecer un producto más digital, inspirador, flexible e inteligente, ambicionando para Madrid un liderazgo internacional del sector de ferias, congresos y reuniones.

Según el presidente del Comité Ejecutivo de IFEMA MADRID, Jose Vicente de los Mozos, *“hoy nadie se cuestiona el potencial de los eventos digitales e híbridos, que están dando paso a convocatorias más inteligentes, más competitivas y rentables. Han llegado para satisfacer a una sociedad que está cambiando, lo cual para IFEMA MADRID representa un doble reto: revolucionar su modelo de negocio y liderar no solo en España sino también en los mercados internacionales”*.

La incorporación de la digitalización ha permitido mantener durante estos meses el vínculo con las empresas; con los sectores representados en las ferias, contando a fecha de hoy con una programación que contempla en 2021 16 salones 100% digitales, y además sobre esta experiencia convertido en hí-



bridos los más de 50 salones presenciales que celebraremos este año.

Entre estos salones para 2021 se encuentra Expodental Scientific Congress programado para los días 24, 25 y 26 de junio.

Este momento de nuevo impulso ha querido hacerse coincidir con un cambio de identidad corporativa, a través del diseño y la concepción de una nueva marca que represente los valores de este potente proyecto de futuro.

Según Eduardo López-Puertas, director general de IFEMA MADRID, *“la magia de IFEMA está en su capacidad de conectar ideas y personas. De generar ecosistemas de innovación y de desarrollo. De su capacidad de armonizar la inteligencia, el ingenio y la creatividad de tantas empresas, personas y sectores, que comparten talento y conocimiento. Una magia que sin duda hemos plasmado en la nueva marca de IFEMA MADRID para visibilizar nuestra capacidad de seguir inspirando a las empresas y seguir siendo fuente de transformación”*.

IFEMA con garantía de calidad

IFEMA logra la certificación de garantía de Madrid, gracias a las soluciones implantadas contra el COVID en tres niveles: cumplimiento de medidas, medidas extraordinarias y acción social

El certificado Garantía Madrid es una iniciativa del Plan para la Reactivación del Gobierno de la Comunidad de Madrid. Se gestiona desde la Fundación Madrid para la Competitividad a través de Madrid Excelente.

Toda la información sobre las medidas de seguridad implementadas se encuentra en la página web: www.ifema.es



EXPODENTAL

SCIENTIFIC
CONGRESS

24-26
JUNIO
2021

Jaime A. Gil, presidente del comité científico del congreso.

Animo a todos los dentistas a participar en este evento, el primero presencial dese hace más de un año, que nos brindará la oportunidad de reencontrarnos y a los que no puedan hacerlo presencial que se conecten a través de la red. Seguro que quedarán satisfechos, el plantel de conferenciantes lo garantiza.



El profesor Gil nos cuenta cómo cuando desde FENIN se le planteó presidir este evento acepto con gusto el reto de colaborar en el que podía ser el primer reencuentro científico de la profesión tras la pandemia. Lo primero que planteo a los organizadores es que siendo un congreso científico era obligado contar con las sociedades científicas, al margen de los respetables intereses de la industria, siendo las sociedades científicas las que organizadas por bloques temáticos, coordinasen los contenidos en relación con su actividad.

La respuesta de las sociedades científicas ha sido generosa y vital, para confeccionar un programa de altísimo nivel, dirigido al dentista general y al especialista que quiere ponerse al día en las otras áreas.

Todos los ponentes son nacionales y es una idea que desde el primer momento fue muy bien asumida por todos, tenemos un plantel de excelentes conferenciantes en nuestro país, nos manifiesta el profesor Gil, que permite alcanzar el máximo nivel sin necesidad de salir a buscarlos fuera, y los ponentes de este congreso son una parte de los muchos de alto nivel con que contamos.

El profesor Gil se muestra agradecido a todos, sociedades científicas, FENIN y a IFE-MA, a los que reconoce un gran esfuerzo de trabajo y colaboración que está seguro desembocará en un exitoso congreso. No quiere perder la ocasión de agradecer al Dr. Nacho Rodríguez su aceptación de la vicepresidencia de este comité científico, la ayuda del Dr. Rodríguez, hombre de equipo y gran capacidad de gestión, como le define el profesor Gil, ha sido un gran pilar de la organización.

Vaya desde aquí nuestra felicitación y deseos de éxito para todos



VIERNES - 25 JUNIO 2021

SÁBADO - 26 JUNIO 2021



DRA. ANA MOLINA

CÓMO APLICAR LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EFP PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS ESTADIOS I-III



DR. MANUEL CABEZAS

TRATAMIENTOS COMBINADOS INTERDISCIPLINARES PERIO/PROS PARA LA OBTENCIÓN DE UNA ESTÉTICA IDEAL - 1a PARTE



DR. RAMÓN ASENSIO

TRATAMIENTOS COMBINADOS INTERDISCIPLINARES PERIO/PROS PARA LA OBTENCIÓN DE UNA ESTÉTICA IDEAL - 2a PARTE



DR. MIGUEL ROIG

FLUJO DIGITAL EN PROSTODONCIA ¿PRESENTE O FUTURO?



DR. JAIME JIMÉNEZ

TRATAMIENTOS INTERDISCIPLINARES COMPLEJOS CON FLUJO DIGITAL: PROTOCOLOS CLÍNICOS



DR. JAVIER PÉREZ

PROTOCOLOS DE TRABAJO EN LA ERA DIGITAL



DR. AUGUST BRUGUERA

DISEÑO DE SONRISA DIGITAL



DR. EDUARDO VÁZQUEZ

EL USO DE LOS DISPOSITIVOS INTRAORALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN CRANEOMANDIBULAR



DR. MANUEL ROMAN

ALINEADORES: TRATAMIENTOS EN CASOS CLÍNICOS COMPLEJOS. HASTA DONDE PODEMOS LLEGAR - 1a PARTE



DR. ARTURO VELA

ALINEADORES: TRATAMIENTOS EN CASOS CLÍNICOS COMPLEJOS. HASTA DONDE PODEMOS LLEGAR - 2a PARTE



DRA. VANESSA PAREDES

INDICACIONES, RECOMENDACIONES Y TRUCOS EN EL USO DE MICROTORNILLOS EN ORTODONCIA. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS



DR. JUAN CARLOS PÉREZ-VARELA

NUEVAS FRONTERAS Y PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS MALOCCLUSIONES ESQUELÉTICAS EN JÓVENES Y ADULTOS



DR. JOSÉ ENRIQUE SOLANO

FLUJO DIGITAL EN EL TRATAMIENTO ORTODÓNICO INTERDISCIPLINAR EN EL FRENTE ESTÉTICO ANTERIOR: ARCO DE SONRISA



DR. JOSE ARANGUREN

LÍMITE DE LA ENDODONCIA: RESOLUCIÓN DE CASOS COMPLEJOS



DR. JOSE MARIA MALFAZ

CBCT EN ENDODONCIA: SITUACIÓN ACTUAL Y ENFOQUE FUTURO



DR. BORJA ZABALEGUI

ENDOHUESO®. SIGNIFICADO CLÍNICO

Dentro de EXPODENTAL SCIENTIFIC CONGRESS el 24/06/2021



16:15 - 17:00 H

PABLO RAMÍREZ Y JOSÉ MANUEL NAVARRO

Cómo integrar el diseño de sonrisa y los alineadores en la resolución de casos restauradores.



18:15 - 18:45 H

CRISTINA ZARAUZ

El escáner intraoral en 2021, herramienta imprescindible en la monitorización y tratamiento del paciente con desgaste dentario.



17:00 - 17:30 H

NICOLÁS GUTIÉRREZ

¿Rígido o flexible en materiales de restauración CAD/CAM?



18:45 - 19:15 H

OSCAR FIGUERAS

Herramientas gratuitas en implantología protésicamente guiada, de Blueskybio a Meshmixer.

19:15 - 20:15 H

MESA REDONDA

No te quedes con dudas, tu futuro digital depende de ti. NOSOTROS te ayudamos. Envíanos tus preguntas desde hoy mismo y te responderemos en directo.



MODERADORES



PROFESOR MIGUEL ROIG

PROFESOR GUILLERMO PRADÍES

Liquen plano reticular

Francisco Cardona Tortajada

Acude a la Sección de Salud Bucodental una paciente mujer de 52 años, sin antecedentes de interés, que se nota algo raro en la mucosa oral, que le tira, y que al explorarla sólo se aprecian las lesiones de las figuras 1 y 2.

las zonas posteriores de las mucosa yugales, de forma simétrica, pueden extenderse o aparecer en cualquier otra parte de la mucosa oral (figuras 3, 4 y 5).



Figura 1:



Figura 2:



Figura 3:



Figura 4:



Figura 5:

Nos encontramos frente a una patología bastante prevalente.

El aspecto clínico es el de un liquen plano oral reticular, con esas lesiones de estrías blancas (estrías de Wickham) que se entrecruzan, localizadas en la zona posterior de ambas mucosas yugales. La paciente no tiene clínica, no tiene ninguna sintomatología; sólo nota la sensación producida por la menor elasticidad de las lesiones reticulares; es lo que hay que explicarle a la paciente.

Estos líquenes planos reticulares no requieren ningún tratamiento, es suficiente con revisiones anuales; por ejemplo, a la vez que se revisa la salud dental.

Estas estrías blancas, estas lesiones reticulares, siendo típica su aparición en

Otra cosa distinta es cuando en vez de estrías blancas, o además, aparecen zonas ulceradas (figuras 6, 7 y 8), que ya suelen producir clínica: dolor; lo que conlleva la necesidad de tratamiento para controlar el brote (el liquen plano oral es una enfermedad que cursa a brotes);



Figura 6:



Figura 7:



Figura 8:

este tratamiento se realiza con corticoides tópicos como primer arma. Solemos utilizar soluciones acuosas o pomadas en orabase de diferentes corticoides, para uso tópico; es conveniente añadir el uso de nistatina para prevenir la aparición de candidiasis.

Teniendo en cuenta que el liquen es una enfermedad premaligna (aunque hay diferentes opiniones sobre el porcentaje de malignización y qué tipo de líquenes orales pueden malignizar), es necesario revisar a los pacientes.

Tenemos todo lo
que necesitas para
tu clínica dental



NewTom



Trabaja **CÓMODO**
Trabaja **FELIZ**



946 076 521

info@sonriaxfavor.es



sonría
xfavor

Procedimientos de exploración y revisión en salud Oral. Parte III

Casos Prácticos de metodología, esquemas de flujos de trabajo en equipo multidisciplinar

A. de Juan Galindez

Dr. en Medicina y Cirugía UPV/EHU

Especialidad ESTOMATOLOGIA UPV/EHU.

Diplomado en Medicina y Cir. Bucal por la Univ. Valencia.

Prof. Mtr. Patología Bucal UPV/EHU.

CEO en Clínica Euskalduna.



El modelo, a replicar, es el desarrollado en los servicios de Atención Primaria en Medicina (Declaración Alma-Ata).

Es la SALUD de nuestros pacientes desde un punto de vista holístico, en el ámbito de nuestro campo de competencia, el objetivo de nuestra actividad. Esto va a exigir una formación multidisciplinar, que precisamente debe estar incorporada en la competencia de un Odontólogo Generalista. Al menos en sus aspectos en cuanto a Diagnóstico y en cuanto a ideario de tratamiento.

Con el análisis de los datos recogidos en la Historia clínica en las Exploraciones o Revisiones y una vez procesados según la metodología explicada en los artículos anteriores (ver artículos Parte I y II) aplicando esta sistemática a nuestros pacientes (Figura 1) nos va a permitir:

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

El registro, la gestión de los datos que lleva a la estandarización de los pacientes, nos permite medir **las necesidades de salud de nuestros pacientes** en cuanto a Odontología general y especializada o en cuanto al requerimiento de colaboraciones con

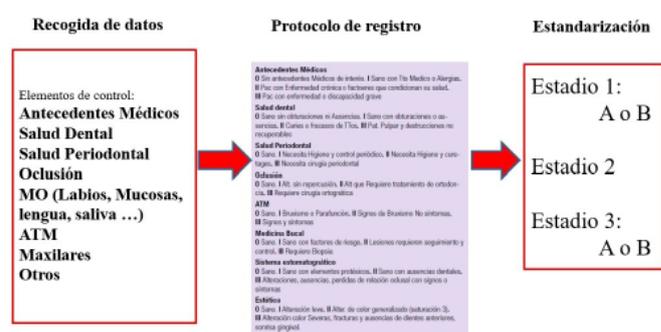


Figura 1.

especialidades sanitarias complementarias. (Ginecólogos, Pediatras, A. clínicos...).

Podemos tener un **control de calidad de nuestra actuación profesional**, dado que el objetivo principal de nuestra actuación persigue el mantenimiento de la salud en nuestros pacientes. De esta forma cuanto mayor sea el número de pacientes que controlamos y mantenemos en **Estadio 1** (SANOS), en el conjunto de pacientes de influencia activos, indicará que mejor estamos haciendo las cosas.

Permitirá tener un control de lo **certero** de nuestros **diagnósticos**, de la eficacia de los **tratamientos** y del **pronóstico**.

Cuando se detecte en una exploración/revisión una patología o alteración nos permite, de forma más fácil, identificar el **tipo de patología, el plan y la estrategia de tratamiento** que requerirá y transmitirlo.

Una vez de realizado el tratamiento y que el paciente pasa a ingresar el estatus de paciente sano (**Estadio 1B**), consigue de

una forma sencilla identificar los elementos que deben intervenir y las **claves necesarias** para mantenerlo con esta etiqueta el mayor tiempo posible, sea cual sea su patología tratada, conocer el **Pronóstico**.

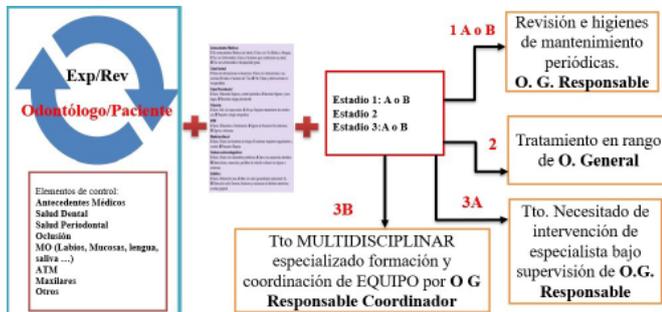


Figura 2: Flujo de registro y dinámica de toma de decisiones.

En una clínica donde se realicen tratamientos o colaboraciones con distintos especialistas, el **Odontólogo generalista (OG)** en salud oral debe ser responsable de **Controlar** todos los factores implicados en la salud en un paciente (datos). Debería **planificar y responsabilizarse** del plan de tratamiento, convocando a los colaboradores necesarios. Por lo tanto el Odontólogo Generalista Responsable Coordinador (**OGRC**), debe **Coordinar** a todos los concurrentes que intervienen o interactúan, **Odontólogos Especialistas** intervinientes (**OE**), en la consecución de la restitución y mantenimiento de salud del paciente.

Estadio 1: Casos Prácticos.

1. Caso Práctico en una Exploración

Exploración 1ª cita

La información se registraría de forma sistematizada, en el orden establecido con terminología técnica, de forma más clara y sintetizada posible:

Toma de datos:

AM: Diagnostico de cancer de Mama a los 25a, recibió tto específico actualmente con Tamoxifeno y controles. **SD:** No caries Sano. Rec. estética de 1's y 2's sup. **Perio:** No calculo Sonda-je Sano No sangrado, se palpa algo de rugosidad subgingival. **Oclusión:** Se realizó Tto de ortodoncia con Invisaline, estable clase 1, Disclusión canina. Bruxismo usa férula de descarga inferior. **MO:** Sano. Refiere cordales Exodonciados.

Citar para higiene, solicito OPG para valoración general y Revisión tras la higiene. Hacer Fotos.

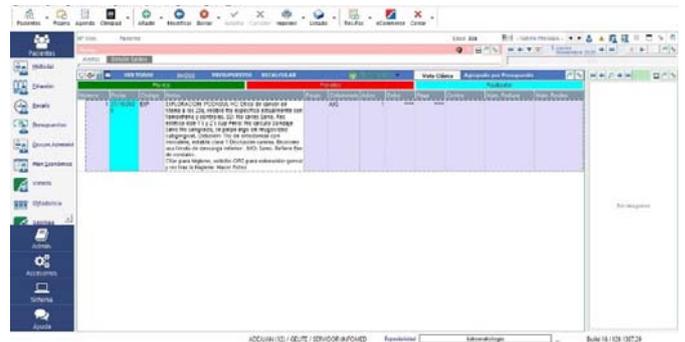


Figura 3. Programa informático tipo.

Protocolo de registro

Exploración 2ª cita: Cita de diagnóstico (se ha hecho Higiene y se ha informado la OPG)

En la segunda cita, considerada como la cita de informar del diagnóstico, los datos se registrarán según el baremo del protocolo en relación a los apartados descritos, tipificándolos. Quedando así registrado en la historia clínica, con las instrucciones en cuanto a resultado de pruebas complementarias, diagnóstico, actitud terapéutica y claves de pronóstico:

Diagnostico:

AM: (I) Sano con Tto Tamoxifeno en control Médico **SD: (I)** Sano con obturaciones en 1's y 2's. **SP: (I)** Control periódico e higiene **Oclusión: (I)** clase uno con Férula descarga. **ATM (I)** Bruxismo o Parafunción usa Férula. **MO (O)** Sano **Sistema estomatognático (O)** Sano. **Estética (O)** Sano **OPG:** sin signos de patología, ausencia de 8's **Estadio 1 B: SANO.**

Actitud Terapéutica/Pronóstico:

Seguir usando Férula, valorar cambiar por Férula de inserción Sup. Rev en 6 meses valorar Perio. e Higiene de mantenimiento.

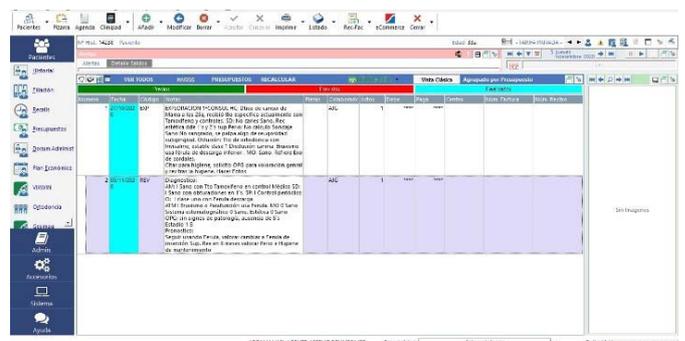


Figura 4. Programa informático tipo.

2. Caso Práctico en Revisiones de mantenimiento

Son pacientes conocidos que acuden regularmente a la consulta según nuestras indicaciones de mantenimientos, en los que debemos pasar la batería de registro propuesta para constatar que se mantiene en salud y en caso necesario educar en nuevas claves o medidas generales (MMGG) para seguir manteniendo este estatus de Estadio 1B: SANO

26	03/11/202	REV	REVISION	SD: No caries aparentemente Sano. Atricción en obt de oclusal de 2.6 valorar cambiar según síntomas. Perio: No calculo Sondaje Sano No sangrado. Oclusión: En Rango de Clase 2 estable, sin guía canina. MO: Sano. Citar para higiene en Feb. Rev en 9 meses	AJG	1
----	-----------	-----	----------	--	-----	---

Figura 5. Inserción de datos de Revisión en estadio 1B, en programa informático.

REVISION AM: S/I (0). **SD:** No caries, **Rx:** Sano. Atricción en obt de oclusal de 2.6 valorar cambiar según síntomas (I). **Perio:** No calculo Sondaje Sano No sangrado (0). **Oclusión:** En Rango de Clase 2 estable, sin guía canina(I). **MO:** Sano (0).

Estadio 1B: SANO

Actitud Terapéutica/Pronóstico:

Citar para higiene de mantenimiento en 4 meses. Revisión en 9 meses para control valorar hacer Rx de aletas.

Las claves del Estadio 1

1. Importancia de generar interés en el paciente por su salud Oral
2. Demostrar la utilidad de las revisiones generales periódicas, manteniendo el interés en su seguimiento. Independiente de los mantenimientos específicos que precise.
3. Hay que objetivar el beneficio en salud para el Paciente
4. Prevenir mejor que tratar.
5. El diagnóstico precoz lleva a tratamientos más sencillos y a mejores pronósticos.
6. Hay que hacer un esfuerzo por conseguir que el paciente no pierda el interés en el mantenimiento de su salud, para con-

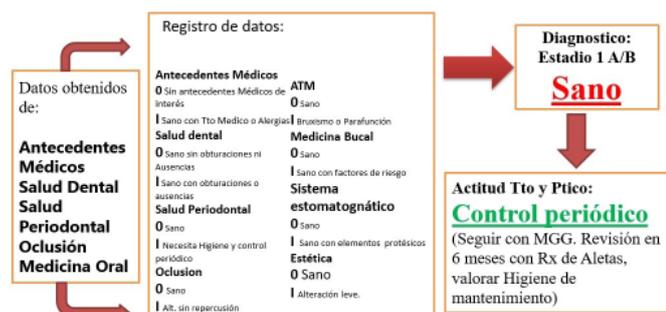


Figura 6. Flujo en datos en el Estadio 1A o 1B.

seguir que acuda a las revisiones y cuidados periódicos de mantenimiento que precise (ejemplo modelo: “mantenimientos regulares o según kilometraje de un coche”), demostrando el beneficio de la observación de los protocolos de mantenimiento.

7. Desde la administración de la clínica, estructurar un sistema que fidelice al paciente en el seguimiento de sus consultas, aprovechando las herramientas de permite la digitalización.

Estadio 2: casos prácticos

Este paciente puede llegar por dos líneas:

O bien es un paciente que acude para consultar un “problema”. Puede ser un paciente NO habitual (Exploración) o habitual (valorar si es fallo de nuestro sistema de control).

O bien es un paciente que en la revisión de rutina y al pasarle nuestra batería de protocolo, se le detecta un “problema”. En este caso, debería ser un “problema” relativamente banal o leve, si ha seguido los controles adecuados y si se han seguido los mantenimientos recomendados. Aquí está el valor diferenciador de este modelo. Con estos procedimientos No podemos garantizar que NO aparezca patología, pero si podemos detectarla en fases iniciales o precoces.



Figura 7. Caries interproximales como hallazgo casual en Rx intraorales en revisión de rutina .

Requiere de Diagnóstico, por presentar patología y de un plan de Tratamiento, que será solucionable en el rango de odontología general. Registrándose como Estadio 2. Una vez realizado el tratamiento requerido, pasaría al estatus de Estadio 1B.

Casos de Estadio 2:

1º: Tras realización de Rx intraorales en Revisión...



Datos:

REVISION AM Diagnosticado de GIST de Estomago en Tto con Inmunoterapia TCT's. **(II) SD:** Caries en D de 3.5 y 3.7 en RX. **(II). Perio:** algo de cálculo Sondaje Sano No sangrado. **I. Oclusión:** estable condicionada por ausencias **(I). MO:** Sano, sin secundarismos de TCT's en mucosa oral **(I).**
Estadio 2: Caries interproximales en D de 3.5 y 3.7.
Plan de Tto: Programar para Higiene y Obt en 3.5 y 3.7.

Una vez realizado el tratamiento indicado el paciente recupera el estatus de SANO (Estadio 1B) entrando en el flujo de control propio de los pacientes de este Estadio con las medidas generales específicas de cada caso, a fin de mantener su pronóstico.

OBTURACION COMPOSITE en D de 3.5, M de 3.6, D de 3.7 Fs A3b Bulck.

Estadio 1B: Rev en 6 meses y valorar Rx de aleta bilateral e higiene.

2º Caso de Estadio 2: En el sondaje periodontal en revisión...

111	26/11/2019	REV	juan del día 25/09 por el 02/10 a las 17:50 h REVISION SD: No caries RX: Sano, calculo sub gingival en distal de 3.8/3.7. Perio: No calculo Suprag Sondaje Sano salvo zona de 3.7/3.8. Oclusión: estable. MO: Sano, mucocelos de repetición. HC: Prot de cadera tto con corticoides y AINES. Estadio 2: Citar para TPM (anestesia en post Inferior) Gel de Clorhexidina y Rev en 6 meses	AJG	1	****	****
112	20/12/2019	TPM	TPM TERAPIA PERIODONTAL MANTENIMIENTO (RAPAJE DE MANTENIMIENTO), con anestesia en molares inferiores y el 1.6, bolsas periodontales en 3.6,3.7 y en 1.6. Hago rx del 3.7 para comprobar si hay cálculo,vuelvo a reparar otra vez.	JDA	1	****	****

REVISION SD: No caries **RX:** No caries, imagen de calculo sub gingival en distal de 3.7/3.8 **(I). Perio:** No calculo Supra gingival, Sondaje Sano salvo sangrado en zona de 3.7/3.8 **(II). Oclusión:** estable **(I). MO:** Sano, mucocelos de repetición. **(I).**

HC: Prot de cadera tto con corticoides y AINES (I).

Estadio 2: Programar para RAR (anestesia en 3.7/3.8) Gel de Clorhexidina. Rev en 6 meses, control Perio.

En esta situación se considera por parte del OGRC que una vez realizado el tratamiento básico de tartrectomía e higiene básica por Higienista avezado, el paciente evoluciona favorablemente, los tejidos blandos recuperan la salud, **Estadio 1.** Circunstancia que será constada en las revisiones sucesivas. De no ser así y persistiendo la patología periodontal, deberá pasar a ser considerado Estadio 3, necesitando la concurrencia y valoración del OE en Periodoncia.

3º Caso de Estadio 2: En historia clínica paciente refiere Bruxismo...

114	20/07/2020	REV	gnral. REVISION SD: No caries Sano. Perio: No calculo Sondaje Sano No sangrado. Refiere sangrado gingival en zona 3.7/3.8. Oclusión: estable, bruxismo y atricciones posible motivo de fractura de 3.1/3.2 (II). MO: Sano. Gingivitis friccional. Estadio 2: Citar para toma r impresiones y realciones oclusales para Férula, valorar evolución de 3.7/3.8 si problemas EXO y valorar reponer 2.6/3.6	AJG			
115	26/10/2020	CON	CONSULTA gran sensibilidad y dolor en 1.6 (realmente es 1.7) RX: gran caries en D	AJG			

REVISION SD: No caries Sano **(I). Perio:** No calculo Sondaje Sano No sangrado. Refiere sangrado gingival en zona 3.7/3.8 **(I) Oclusión:** estable, bruxismo y atricciones posible motivo de fractura de 3.1/3.2 **(II). MO:** Sano. Gingivitis friccional.
Estadio 2: Citar para toma de impresiones y relaciones oclusales para Férula, valorar evolución de 3.7/3.8 si problemas EXO y valorar reponer 2.6/3.6.

La existencia de bruxismo por sí misma no debemos considerarlo como patológico, sino como una condición o factor fisiopatológico a controlar. Solo deberíamos tratarlo en el caso de que detectemos consecuencias locales, en relación a su existencia.



Figura 8. Flujo en datos en el Estadio 2.

Claves de Estadio 2:

La Revisión periódica en salud oral debe ser muy exhaustiva, no tanto para encontrar patología, si no para descartar su existencia.

Muy importante no caer en los sesgos que nos puedan condicionar la actitud, así conseguir registrar todos los aspectos que debemos chequear.

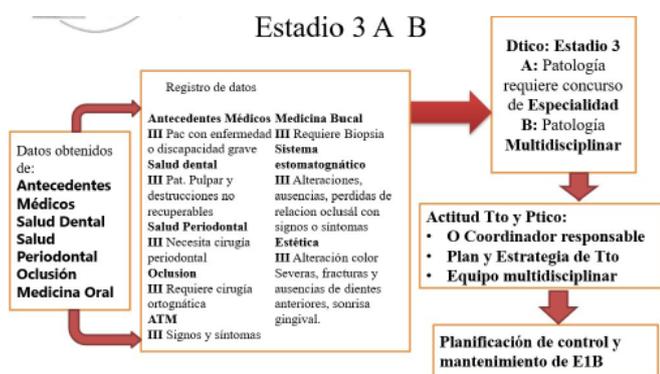
La existencia de muchos tratamientos odontológicos de distintos tipos y en distintos tiempos, condiciona de tal forma que favorece la aparición de patologías secundarias. Por eso es muy importante identificarlos y aplicar las claves de mantenimiento y medidas generales que nos permitan controlar el pronóstico en la evolución natural.

Estadio 3: casos prácticos

Normalmente son Pacientes que consultan por algún problema: Dolor, Ulcera, sangrado de encías, mal posición dentaria o un cambio de actitud en cuanto a una mejora de una situación previamente considerada como asumible. Un ejemplo sería el paciente que encuentra la motivación necesaria para acometer un tratamiento ortodóncico o la rehabilitación de la pérdida de un molar. Clásico en **Tipología E3A**.

Otro grupo son los pacientes nuevos que acuden a consulta, a Exploración, en busca de solución ante un problema importante o consultan en busca de una “segunda opinión”. **Tipología E3B**.

Como hemos dicho, en este Estadio los pacientes nos plantean situaciones que va a requerir tratamientos que exijan la concurrencia de Odontólogos Especializados (OE) en determinadas disciplinas, para poder garantizar la predictibilidad en los resultados terapéuticos que se requieran. Pero estos Odontólogos especialistas deberán ser coordinados por el Odontólogo Generalista responsable del paciente. Por eso se le ha llamado **Odontólogo Generalista Responsable Coordinador (OGRC)**.



Flujo en Estadio 3: Odontólogo General Responsable como coordinador de equipo Multidisciplinar.

Requieren un Diagnóstico muy fino, que abarque todos los factores comentados que afectan a su fisiopatología, hacer un buen diagnóstico diferencial con pruebas complementarias específicas para acotar todas las circunstancias concurrentes en el desarrollo de su estado patológico.

Casos Prácticos de Estadio 3A:

1º. Consulta por “Dolor de muelas”

115	26/10/2020	CON	CONSULTA gran sensibilidad y dolor en 1.6 (realmente es 1.7) Rx: gran caries en D subgingival. Dtico Pulpitis. Programar para endo de 1.6 y muñón, intento sellar con flow para barrera física para estímulo. Está tomando Diclofenaco. OJO!!! USAR ANESTESIA SIN VASOCONSTRUCTOR (MEPIVACAINA)	AJG
-----	------------	-----	---	-----

Consulta por gran sensibilidad y dolor en 1.6. Rx: gran caries en 1.6 D subgingival.

Dtico: Pulpitis irreversible.

Estadio 3A: Programar para Tratamiento de conductos por “Endodoncista” (OE) y muñón de 1.6...

Una vez realizado el tratamiento el paciente pasa recuperar el estatus de sano (Estadio 1B) y se registraría:

Estadio 1B : control en 3 meses por su “Odontólogo general responsable coordinador (OGRC)” con Rx de diente tratado.



Flujo en Estadio 3 A: OGRC concurrencia de OE en Endodoncia, las flechas rojas indican el flujo de actuación y las azules los momentos de comunicación entre profesionales.

2º Caso: Clase 3 A: problema Ortodoncia por Oclusión y Estética grado III

Un caso típico es el paciente infantil o juvenil que consulta para valoración de desarrollo de erupción y posible existencia alteraciones en la posición de los dientes. Donde las circunstancias en el desarrollo del paciente y en el caso de niños la coordinación con el Pediatra, en cuanto a la historia clínica del paciente, puede ser claves.



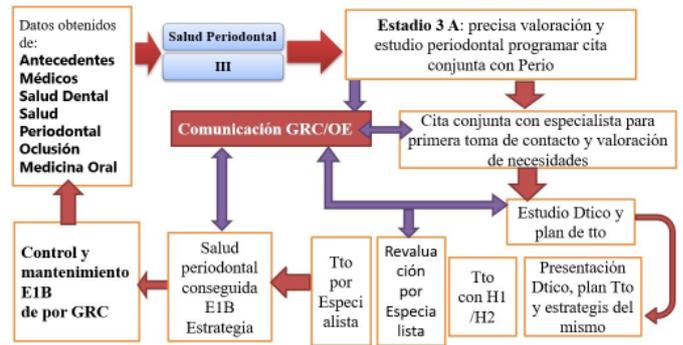
EXPLORACION 15a HC S/I (0) SD: No caries Sano (0) . Perio: algo de placa Sondaje Sano No sangrado (I). **Oclusión:** Apiñamiento anterior y cruzamiento lateral Izq. Todos los dientes erupcionando y posicionándose con Claes 1 molar y rango de clase 2 canina. Requerirá tratamiento Ortodoncico. (III) **MO:** Sano (0). Solicito OPG.

Estadio 3 A: por mal oclusión y apiñamiento. Solicitud de tratamiento de ortodoncia.

Programar para Higiene y cita conjunta con Ortodoncia.



Flujo de comunicación y acción entre GRC y OE en Ortodoncia.



Flujo de comunicación (azul) y acción (rojo) entre Odontólogo Generalista Responsable Coordinador (GRC) y Odontólogo Especialista (OE) en Periodoncia. Intervención de Higienistas básica o especializada (H1/H2) según grado de requerimiento del tratamiento periodontal.

Dadas las características de este tipo de tratamiento en todo momento el OGRC debe tener el control, definiendo los objetivos y motivaciones para realizar el tratamiento. Dando el **“visto bueno”** tanto al diagnóstico emitido por el OE, como al plan de tratamiento y así como al tiempo de desarrollo según estrategias. Siendo su responsabilidad reevaluar periódicamente el desarrollo del proceso, en cuanto al cumplimiento de los objetivos previstos, como tener control sobre posibles efectos secundarios que puedan presentarse en el desarrollo de dicho tratamiento.

En esta especialidad las nuevas tecnologías y la digitalización ha abierto nuevos horizontes, haciendo más accesible, predictivo y “atractivo” el acceso a este tipo de tratamientos en edad adulta.

3º Caso de Clase 3 A: problema Periodontal grado III

Paciente que consulta por presenta inflamción periodontal importante con sondaje activo, con sangrado y dolor de encias, que no conseguimos estabilizar con higienes regulares. Precisa una valoración por OE en Periodoncia.

156	28/12/2020	REV	REVISION Periodontitis generalizada con sangrado al sondaje. Hablar con dra. Albizua para planificar rev y directamente cirugía periodontal
-----	------------	-----	---

Ejemplo de anotación poco correcta, parece que pide “socorro”.

Se propone:

Consulta por sangrado espontaneo de encias. **SP:** Periodontitis generalizada con sangrado al sondaje. **(III)**.

Estadio 3 A (Periodoncia) Programar cita con periodoncia para planificar valoración y estrategia de tratamiento.

El paciente en Estadio 3 A con patología periodontal, a diferencia del paciente de Estadio 3 A con necesidad de OE en Endodoncia o en Ortodoncia, es un paciente en que los factores que determinan su patología no están del todo claros. Donde la susceptibilidad personal, además de otras circunstancias externas o condiciones de ámbito general, juegan un papel muy determinante. Son pacientes que van a tender a la cronicidad en su patología periodontal con frecuentes recurrencias. Por tanto, van a tardar más en llegar a estatus Estadio 1B.

En esta patología en la integración del equipo de trabajo se incluye de una forma fundamental la intervención de la figura del **Higienista (H1/H2)**, el cual deberá estar asistida y asistiendo tanto al OGRC como al OE en Periodoncia. Coordinandose con ellos en cuanto a actuaciones, comunicación y diseño de estrategias. Estos pacientes requerirán de una planificación exhaustiva de mantenimientos periodontales autónomos con H1/H2, así como de revisiones de control sucesivas minuciosas con OGRC con recurrentes reevaluaciones por el OE en Periodoncia, que irá modificando la estrategia de mantenimiento según los casos.

Estadio 3 B

Paciente nuevo que consulta para valorar estado, “segunda opinión” o tratamiento de rehabilitación.

Paciente que una vez estabilizado en E1B, se motiva para acometer una mejora en cuanto a su condición oclusal.

Es de abordaje multidisciplinar y complejo. Requiere trabajo de equipo donde es fundamental la labor del generalista como coordinador (OGRC). Una vez de realizado un diagnóstico teniendo

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Díez y M. Santos Ichaso Rubio. La Atención Primaria en España. Análisis histórico y retos de futuro. *Rev Adm Sanit* 2005;3(1):9-12.
- Fernando Lamata Cotanda. "Atención Primaria en España: Logros y Desafíos".
- *REV CLÍN MED FAM* 2017; 10(3): 164-167.
- Vicenç Navarro López y Amando Martín-Zurro. La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Ed: Concepció Violan Fors
- Departamento de Salud. Ejercicio de participación en la reforma del contrato dental: hallazgos detallados. 2015.
- Servicio Nacional de Salud. Directrices del Instituto Nacional de Excelencia Clínica: Retiro dental: intervalo de retiro entre exámenes dentales de rutina. Londres: AGRADABLE; 2004. <http://www.nice.org.uk/CG019NICEguideline>. Consultado en julio de 2018.
- Informe anual del desarrollo del Decreto 118/90 sobre asistencia dental a la población infantil de la C.A.P.V. PADI 2018 y 2019. Servicio Dental Comunitario.
- Oficina de Estadísticas Nacionales. Encuesta de salud dental para adultos. Salud bucal en el Reino Unido. Londres: The Stationery Office; 1998. p. 2000. [Google Scholar]
- Pablo Alonso-Coello, Andrew D. Oxman, Jenny Moher, Romina Brignardello-Petersen, Elie A. Akl, Marina Davoli, Shaun Treweek, Reem A. Mustafa, Per O. Vandvik, Joerg Meerpohl, Gordon H. Guyatt, Holger J. Schünemann, el GRADE Working Group. "Marcos GRADE de la evidencia a la decisión (EtD): un enfoque sistemático y transparente para tomar decisiones sanitarias bien informadas. 2: Guías de práctica clínica".
- Vita Machiulskiene. Guglielmo Campus. Joana Christina Carvalho. Irene Dige. Kim Rud Ekstrand. Anahita Jablonski-Momeni. Marisa Maltz. David J. Manton. Stefania Martignon. E. Angeles Martinez-Mier. Nigel B. Pitts. Andreas G. Schulte. Christian H. Splieth. Livia Maria Andaló Tenuta. Andrea Ferreira Zandona. Bente Nyvad. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Res* 2020;54:7-14
- Tarifa PA, Riley P, Worthington HV, Clarkson JE, Boyers D, Beirne PV. Intervalos de recordatorio para la salud bucal en pacientes de atención primaria. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2020, número 10.
- Sheiham A. ¿Existe una base científica para los exámenes dentales semestrales? *Lanceta*. 1977; 2 : 442-444. doi: 10.1016 / S0140-6736 (77) 90620-1
- Davenport C, Elley K, Salas C, Taylor-Weetman CL, Fry-Smith A, Bryan S, et al. La efectividad clínica y la rentabilidad de los controles dentales de rutina: una revisión sistemática y una evaluación económica. *Evaluación técnica de la salud*. 2003; 7 (7): i-127. doi: 10.3310 / hta7070
- Riley P, Worthington HV, Clarkson JE, Beirne PV. Intervalos de recordatorio para la salud bucal en pacientes de atención primaria. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 12: CD004346
- Leake JL, Birch S, Main PA, Ho E. ¿Las visitas regulares están asociadas con costos más bajos? Analizar patrones de utilización de servicios en la población de las primeras naciones en Canadá. *J Salud Pública Dent*. 2006; 66 (2): 116-122. doi: 10.1111 / j.1752-7325.2006.tb02566.x
- Mettes TG, van der Sanden WJ, Mulder J, Wensing M, Grol RP, Plasschaert AJ. Predictores de decisiones de asignación de memoria por parte de los odontólogos generales que realizan exámenes orales de rutina. *Eur J Oral Sci*. 2006; 114 (5): 396-402.
- Loe H. El índice gingival, el índice de placa y los sistemas de índice de retención. *J Periodontol*. 1967; 38 (6): Supl-6.
- Pitts NB, Stamm JW. Taller de consenso internacional sobre ensayos clínicos de caries (ICW-CCT) - declaraciones finales de consenso: acordar hacia dónde conduce la evidencia. *J Dent Res*. 2004; 83 : C125 - C128.
- Ismail AI. Detección visual y visuo-táctil de caries dentales. *J Dent Res*. 2004; 83 : C56 - C66.
- Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Amaya A, Sen A, Hasson H, et al. El sistema internacional de detección y evaluación de caries (ICDAS): un sistema integrado para medir la caries dental. *Epidemiol oral de Community Dent*. 2007; 35 : 170-178.
- Slade GD. Derivación y validación de un perfil breve de impacto en la salud bucal. *Epidemiol oral de Community Dent*. 1997; 25 (4): 284-290.
- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. La escala de ansiedad dental modificada: validación y normas del Reino Unido. *Community Dent Health*. 1995; 12 (3): 143-150.
- Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Otras pruebas de la fiabilidad y validez de la escala de ansiedad dental modificada. *Int Dent J*. 2000; 50 (6): 367-370. doi: 10.1111 / j.1875-595X.2000.tb00570.x
- Clarkson JE, Young L, Ramsay CR, Bonner BC, Bonetti D. Cómo influir eficazmente en el comportamiento de higiene bucal del paciente. *J Dent Res*. 2009; 88: 933-37
- Beirne PV, Worthington HV, Clarkson JE. Escamas y pulido de rutina para la salud periodontal en adultos. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (Edición 4. Art. No.): CD004625. 10.1002 / 14651858.CD004625.pub3.
- Chesters RK, Pitts NB, Matulienė G, Kvedariene A, Huntington E, Bendinskaite R, et al. Un diseño de ensayo clínico de caries abreviado validado durante 24 meses. *J Dent Res*. 2002; 81 (9): 637-640.
- Clarkson JE, Turner S, Grimshaw JM y col. Cambiando el comportamiento de los médicos: un ensayo controlado aleatorio de tarifas y educación. *J Dent Res*. 2008.
- Clarkson JE, Worthington HV, Davies RM. Tratamiento restaurativo proporcionado durante cinco años para adultos que asisten regularmente a la práctica dental general. *J Dent*. 2000; 28 (4): 233-239.
- Thomas Lamont , Helen V Worthington, Janet E Clarkson, Paul V Beirne. "Routine scale and polish for periodontal health in adults" *Cochrane Database Syst Rev*. Meta-Analysis. 2018 Dec 27;12(12).
- Luca Lombardo, Yildiz Öztürk Ortan, Özge Gorgun, Chiara Panza, Guiseppe Scuzzo y Giuseppe Siciliani. "Cambios en el entorno oral después de la colocación de aparatos de ortodoncia lingual y labial". *Prog Orthod* 2013; 14: 28. Publicado en línea el 11 de septiembre de 2013.
- Stephen B. Edge, MD,1,2 and Carolyn C. Compton, MD, PhD. The American Joint Committee on Cancer: the 7th Edition of the AJCC Cancer Staging Manual and the Future of TNM. *Ann Surg Oncol* (2010) 17:1471-1474.
- Jan E. Clarkson, Nigel B. Pitts, Debbie Bonetti et cols. "INTERVAL (investigation of NICE technologies for enabling risk-variable-adjusted-length) dental recalls trial: a multicentre randomised controlled trial investigating the best dental recall interval for optimum, cost-effective maintenance of oral health in dentate adults attending dental primary care". *BMC Oral Health* 2018; 18: 135. Published online 2018 Aug 7.
- Craig R Ramsay, Jan E Clarkson , Anne Duncan , Thomas J Lamont , Peter A Heasman ,Dwayne Boyers , Beatriz Goulão , Debbie Bonetti , Rebecca Bruce , Jill Gouick , Lynne Heasman , Laura A Lovelock-Hempleman , Lorna E Macpherson , Giles I McCracken , Alison M McDonald , Fiona McLaren-Neil , Fiona E Mitchell , John DT Norrie , Marjon van der Pol , Kirsty Sim, James G Steele , Alex Sharp , Graeme Watt , Helen V Worthington y Linda Young. "Mejora de la calidad de la odontología (QuaD): un ensayo controlado aleatorio factorial de grupos que compara la efectividad y el costo-beneficio de los consejos de higiene bucal y / o instrumentación periodontal con la atención de rutina para la prevención y el manejo de la enfermedad periodontal en adultos dentados que asisten a atención primaria dental". *Evaluación de tecnologías sanitarias*, No. 22.38
- Søren Jepsen. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *Journal of clinical Periodontology*. Volume 44, Issue S18 p. S85-S93.
- Egle Lapenaite 1 , Kristina Lopatiene, Aira Ragauskaite . "Prevention and treatment of white spot lesions during and after fixed orthodontic treatment: A systematic literature review". 2016;18(1):3-8.
- Jianru Yi , Meile Li , Yu Li , Xiaobing Li , y Zhihe Zhao . Reabsorción radicular durante el tratamiento de ortodoncia con brackets convencionales o autoligados: revisión sistemática y metanálisis. *BMC Salud Bucal*. 2016; 16: 125. Publicado en línea el 21 de noviembre de 2016.



Carga inmediata bimaxilar mediante la técnica de electrosoldadura intraoral. A propósito de un caso clínico

Dr. Ismael Soriano Santamaría

Doctor en Odontología Cum Laude, UAX. Experto clínico periodontal, UCM.

Máster de Cirugía e Implantología oral, US.

Experto en Cirugía avanzada con atroñas severas de tejido óseo y cirugía de Implantes Cigomáticos, INEPO.

Director médico del área de cirugía, periodoncia, prostodoncia e Implantología del Centro de Formación en Implantología.

Director de cursos en Implantología nacionales e internacionales. Ponente de cirugías en directo.

Dra. Carla Sofía Bonilla García

Graduada en Odontología. URJC.

Máster de Prótesis sobre implantes. URJC.

RESUMEN

En cuanto a la rehabilitación total mediante implantes, es posible rehabilitar con éxito maxilares edéntulos desde el día de la cirugía. Una solución viable para proporcionar estabilidad y retención de la prótesis en poco tiempo es la electrosoldadura intraoral. Se trata de una técnica ideal para protocolos de carga inmediata de múltiples implantes que, a través de la soldadura de una barra de titanio a pilares de provisionalización inmediata directamente en la cavidad oral, permite la creación de una restauración provisional reforzada con metal, de ajuste pasivo, precisa y personalizada. En el caso a continuación, la paciente solicita una rehabilitación fija que siga una sistemática efectiva con un tiempo de tratamiento reducido con el objetivo de cumplir sus expectativas y satisfacción mediante una función inmediata y una apariencia mejorada.

Palabras clave: *rehabilitación implantológica, carga inmediata, electrosoldadura intraoral.*

ABSTRACT

Regarding total rehabilitation using implants, it is possible to successfully rehabilitate maxillary and edentulous jaws from the day of surgery. A viable solution to provide stability and retention of the prosthesis in a short time is intraoral electrowelding. It is an ideal technique for immediate loading protocols of multiple implants that, through the welding of a titanium bar to immediate provisionalization abutments directly in the oral cavity, allows the creation of a metal-reinforced provisional restoration, of adjustment passive, precise and personalized. In the case below, the patient requests a fixed rehabilitation that follows an effective system with a reduced treatment time so as to meet her expectations and satisfaction through immediate function and improved appearance.

Keywords: *implant restoration, immediate loading, intraoral welding.*

INTRODUCCIÓN

Se han publicado numerosos estudios sobre la carga inmediata de múltiples implantes soldando una barra de titanio directamente sobre los pilares para crear una restauración provisional o definitiva reforzada con metal. En particular, la electrosoldadura intraoral es muy eficaz en la carga inmediata de implantes colocados en crestas edéntulas atroficas. Por tanto, en caso de carga inmediata, la fijación y estabilidad adecuadas de los implantes

son condiciones muy importantes para prevenir el riesgo de micromovimientos y pérdida de implantes. En este contexto, una ferulización rígida parece tener un papel importante en la respuesta de los tejidos periimplantarios, ya que es capaz de reducir la tensión ejercida sobre los implantes.¹

El ajuste pasivo y, por tanto, el éxito a largo plazo de una prótesis fija implantosoportada de arcada completa, está determinado por la transferencia de la posición del implante desde la cavidad oral al modelo definitivo. La ausencia de pasividad puede estar aso-

ciada con una posición excesivamente inclinada de los implantes, una profundidad acentuada de los mismos, el material de impresión y/o la técnica de impresión.² Cualquier desajuste entre la estructura y los implantes, sea clínicamente detectable o no, conducirá casi con certeza a complicaciones biológicas o técnicas. Las complicaciones biológicas incluyen, pero no se limitan a; pérdida de osteointegración, dolor, acumulación de placa alrededor de los implantes y pérdida de hueso marginal. Sin embargo, las complicaciones técnicas incluyen la fractura de cualquiera de los componentes del implante, incluido el propio implante y el aflojamiento del pilar y/o tornillos y astillado y/o fractura del material de recubrimiento estético. Es probable que las restauraciones ferulizadas presenten menos complicaciones técnicas a largo plazo.³ Por otra parte, desde una perspectiva de ingeniería biomédica, la colocación no paralela de los implantes puede resistir mejor las cargas oclusales. La falta de paralelismo entre múltiples implantes puede aumentar la estabilidad de una prótesis cuando los implantes están ferulizados. Bajo carga, esta colocación distribuye las tensiones a través de más superficie ósea que los implantes paralelos. El paralelismo puede ser deseable para facilitar la confección y fabricación de la prótesis, pero no es obligatorio para un resultado exitoso del tratamiento.⁴

La interpretación de los datos y uso de un software de diseño y fabricación asistida por ordenador (CAD/CAM) para el diseño de una estructura metálica que posteriormente se transmitirá al centro de modelado para la fabricación de la prótesis definitiva, aseguran un ajuste pasivo más consistente y superior, ya que el proceso CAD/CAM permite la omisión de varios pasos utilizados en la técnica convencional que introducen inexactitudes, las cuales pueden volverse más evidentes cuanto más amplia sea la estructura. Crear un flujo de trabajo digital completo y simple es clave para aprovechar estas oportunidades digitales y ofrecer sus beneficios a todos los pacientes. Hacer de los flujos de trabajo digital la rutina en lugar de la excepción es fundamentalmente importante para hacer crecer la práctica dental en este nuevo entorno.⁵

DESARROLLO

Paciente femenino de 62 años de edad, fumadora, en buen estado de salud, sin alergias de importancia clínica, que no refiere antecedentes médicos o personales de relevancia, solicita un tratamiento implantosoportado para la restitución de la función y estética de forma inmediata. Durante la exploración clínica se observan ausencias dentales, lesiones cariosas en los dientes presentes, recesión gingival generalizada y movilidad Grado II y III de la mayoría de piezas remanentes que ayudan a la paciente a cumplir las funciones masticatorias, ligero apiñamiento antero-inferior y extrusión compensatoria de algunas piezas dentales por

el esquema oclusal propio de la paciente. El examen clínico se complementa con una Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), que permite visualizar una notable pérdida ósea generalizada además de defectos puntuales por presencia de focos de infección en la arcada superior.

PLAN DE TRATAMIENTO

Aspectos generales

- Sedación consciente intravenosa.

En el maxilar

- Exodoncia de las piezas 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23 y 24.
- Colocación de implantes en posiciones 12, 14, 16, 22, 24 y 26.
- Provisional fijo superior desde la posición 16 hasta la 26, de carga inmediata con electrosoldadura intraoral.

En la mandíbula

- Exodoncia de las piezas 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46 y 47.
- Colocación de implantes en posiciones 32, 34, 36, 42, 44 y 46.
- Provisional fijo inferior desde la posición 36 hasta la 46, de carga inmediata con electrosoldadura intraoral.

TRATAMIENTO

Una vez recogidos en la historia clínica los datos pertinentes de la paciente y firmado el respectivo consentimiento informado, se procede a realizar la exploración sistemática extraoral e intraoral (Figuras 1-6), seguida de la planificación quirúrgica según la información recopilada.



Fig. 1. Situación inicial. Fotografía frontal extraoral.



Fig. 2. Situación inicial. Fotografía frontal intraoral.



Fig. 6. Situación inicial. Fotografía oclusal inferior.



Fig. 3. Situación inicial. Fotografía lateral derecha.

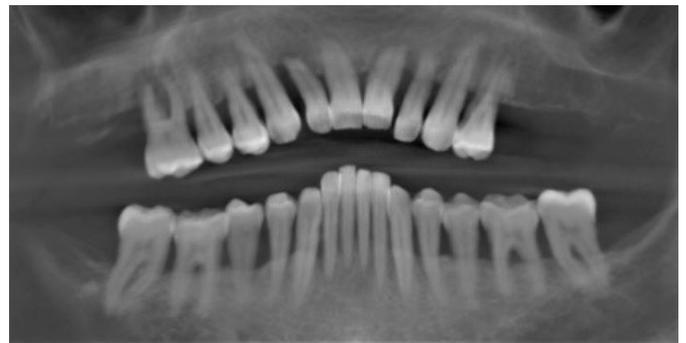


Fig. 7. Ortopantomografía inicial.



Fig. 4. Situación inicial. Fotografía lateral izquierda.

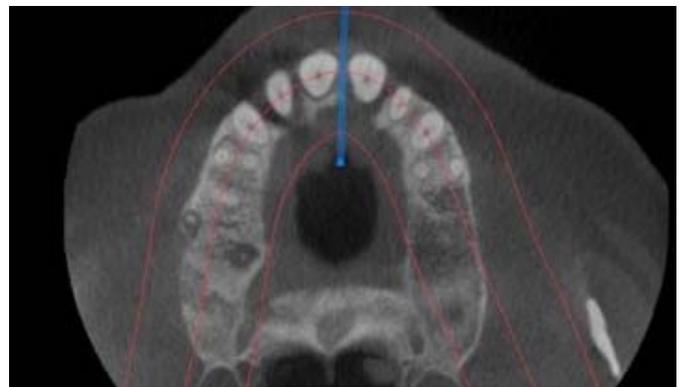


Fig. 8. CBCT inicial. Corte axial correspondiente a la arcada superior.



Fig. 5. Situación inicial. Fotografía oclusal superior.

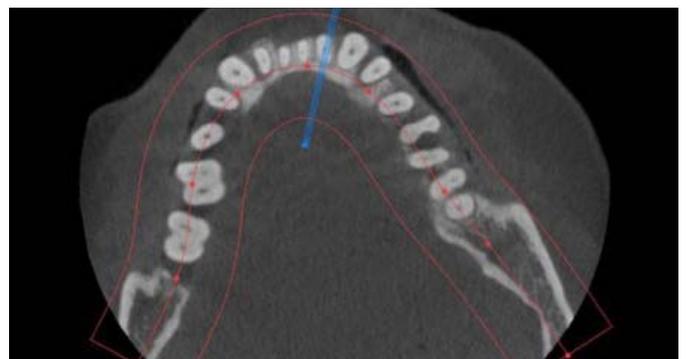


Fig. 9. CBCT inicial. Corte axial correspondiente a la arcada inferior.

Mediante un CBCT (Figuras 7-9), se programa la colocación de los implantes tomando en cuenta las exodoncias a realizar, la disponibilidad ósea y las zonas de riesgo anatómico.

La intervención se realiza bajo sedación consciente intravenosa por un especialista. Previa a la cirugía, se administran los fármacos necesarios, proporcionales a los requerimientos de la paciente; se utilizan Midazolam, Fentanilo y Propofol. Durante todo el tratamiento la paciente permanece monitorizada con pulsioxímetro y el especialista gradúa el suministro de los medicamentos con perfusión continua y de forma puntual con bolos de fármacos. Localmente, se anestesia los maxilares mediante técnica infiltrativa con Articaína 40 mg/ml + Epinefrina 0,01 mg/ml.

Se inicia la cirugía realizando las exodoncias programadas de las piezas 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23 y 24, y se preparan los lechos óseos con un legrado minucioso previo a la colocación de los implantes. Se realiza la incisión lineal y despegamiento del colgajo a espesor total (Figuras 10-12).

Con una velocidad de 1.000 rpm y con la asistencia del set de paralelizadores disponible en la caja quirúrgica, se efectúa la secuencia de fresado acompañada de una irrigación ininterrumpida con suero fisiológico. Las posiciones planificadas para los implantes en el maxilar son 12, 14, 16, 22, 24 y 26 (Figura 13).

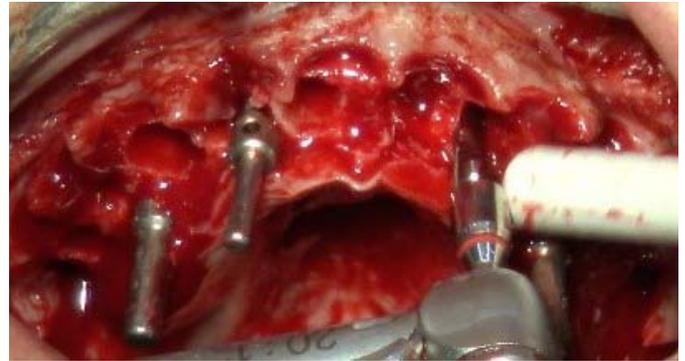


Fig. 13. Secuencia de fresado en el maxilar.

Se utilizan implantes RADHEX®, de la línea PCI 280 y 350 (diferencia de diámetros) de plataforma cónica interna, que responden a un diseño autorroscante, redireccionable y de elevada estabilidad primaria, con cambio de plataforma y superficie microtexturizada por método sustractivo, con las siguientes medidas:

- Posiciones 12, 14, 22 y 24 de Ø 4 x 12 mm (PCI 280).
- Posiciones 16 y 26 de Ø 5 x 12 mm (PCI 350).

Una vez hecha la preparación del lecho óseo, se procede a la colocación de cada implante en la arcada superior con una velocidad de 25 rpm y un torque de 40 N/cm (Figura 14).

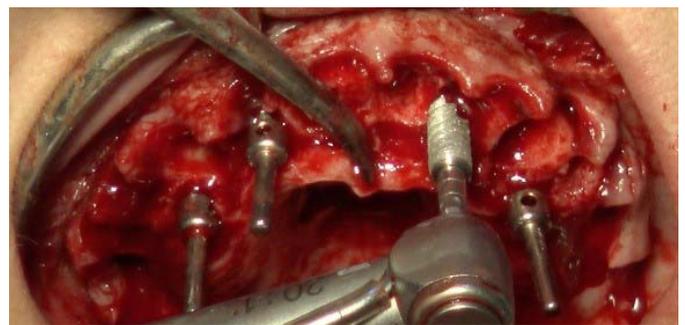


Fig. 14. Colocación de los implantes superiores con el apoyo del set de paralelizadores propio de la caja quirúrgica empleada.



Fig. 10. Momento de exodoncias en el maxilar superior.

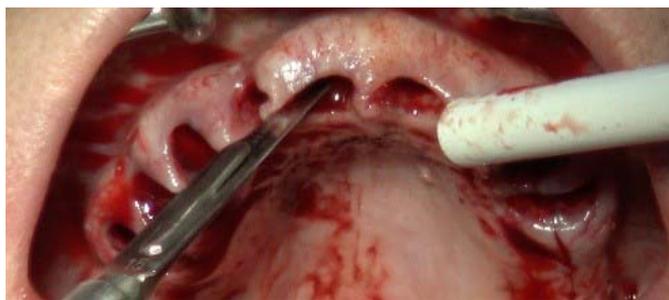


Fig. 11. Incisión sobre cresta superior.

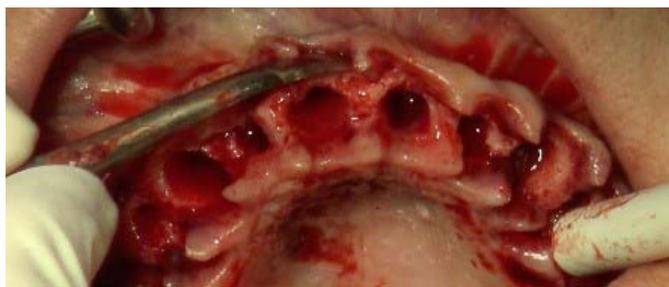


Fig. 12. Despegamiento a espesor total en el maxilar

Posteriormente, se sitúan los pilares transepiteliales impregnados en TERRAMICINA® y se posicionan los pilares de provisionalización inmediata sobre los cuales asentará la prótesis provisional superior. Se cierra la herida dando puntos simples con una sutura reabsorbible de ácido poliglicólico de 3/0 de grosor del hilo (Figuras 15-17).

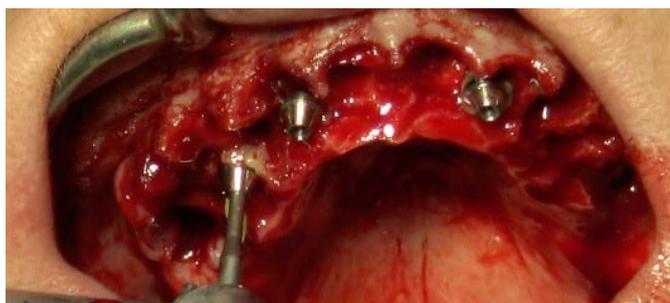


Fig. 15. Colocación de los pilares transepiteliales superiores impregnados en pomada antibiótica.

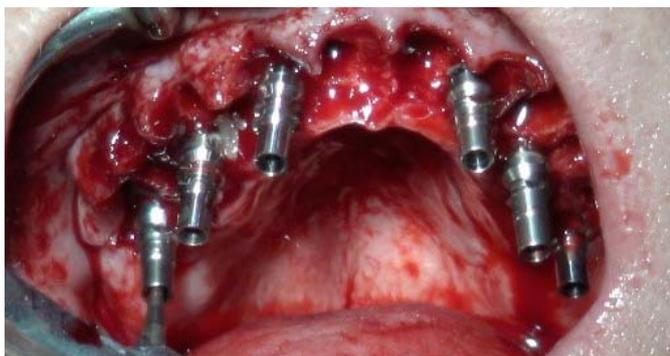


Fig. 16. Posicionamiento de los pilares de carga inmediata en el maxilar.



Fig. 17. Momento de sutura en el maxilar.

Mediante dos barras de titanio de grado II de 1,5 mm (palatino), otras dos barras de 1 mm (vestibular) de diámetro y la técnica de electrosoldadura se ferulizan entre sí los implantes colocados (Figura 18).

Una vez fijados los pilares de carga inmediata en la arcada superior por medio de la soldadura, se confecciona la prótesis provisional maxilar con una extensión de 16 a 26 para el restablecimiento de la función y estética de la paciente desde el día de la cirugía. Para su elaboración, se apoya sobre las caras vestibulares de los pilares de carga ferulizados un frente estético realizado con una llave de silicona que, posteriormente, será completado con composite de autocurado basado en la tecnología de probada calidad nano-híbrida de poco tiempo de aplicación, estética óptima, un menor grado de rugosidad superficial, brillo sin pulido y una



Fig. 18. Técnica de electrosoldadura intraoral llevada a cabo en el maxilar.

extraordinaria duración. Se finaliza con el contorneado y acabado de los márgenes de la prótesis provisional (Figura 19 y 20).



Fig. 19. Acomodación del frente estético sobre la estructura soldada en el maxilar.



Fig. 20. Contorneado, acabado y pulido de la prótesis provisional en la arcada superior.

En la mandíbula se lleva a cabo la exodoncia de las piezas 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46 y 47, y la preparación del lecho óseo para recibir los implantes en posiciones 32, 34, 36, 42, 44 y 46. Se procede a realizar la incisión lineal, despegamiento del colgajo a espesor total y secuencia de fresado

siguiendo el orden establecido por el fabricante (Figuras 21 y 22). De igual forma, los implantes seleccionados son RADHEX®, de la línea PCI 280 y 350, respectivamente, de plataforma cónica interna con un diseño anatómico de rosca progresiva con geometría de alta estabilidad primaria indicada especialmente para protocolos de carga inmediata, y que cuenta con una mecánica de roscado de espiras activas de ángulos cerrados que favorecen el contacto hueso-implante. Se planificaron las siguientes medidas según la posición del implante:

- Posiciones 32, 34, 42 y 44 de Ø 4 x 12 mm (PCI 280).
- Posiciones 36 y 46 de Ø 5 x 10 mm (PCI 350).



Fig. 21. Exodoncia de piezas inferiores.

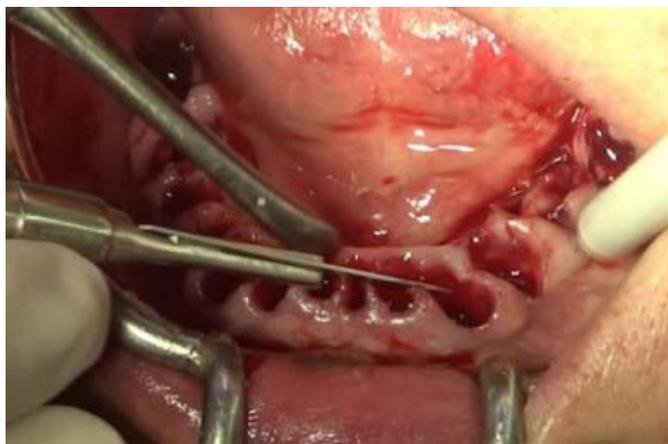


Fig. 22. Incisión en el sector anteroinferior.

Se insertan los implantes correspondientes y se continúa con la colocación de los pilares transepiteliales impregnados en pomada antibiótica sobre estos. Seguidamente, se posicionan los pilares de carga inmediata, los cuales servirán de soporte para la prótesis provisional inmediata mandibular. Una vez suturados los tejidos, se inicia con la electrosoldadura a nivel inferior utilizando dos barras de titanio de grado II de 1,5 mm (lingual), otras dos barras de 1 mm (vestibular) de diámetro con el fin de conseguir una estructura ferulizada que permita conservar los tejidos y repartir las fuerzas oclusales brindando estabilidad y resistencia (Figuras 23-27).

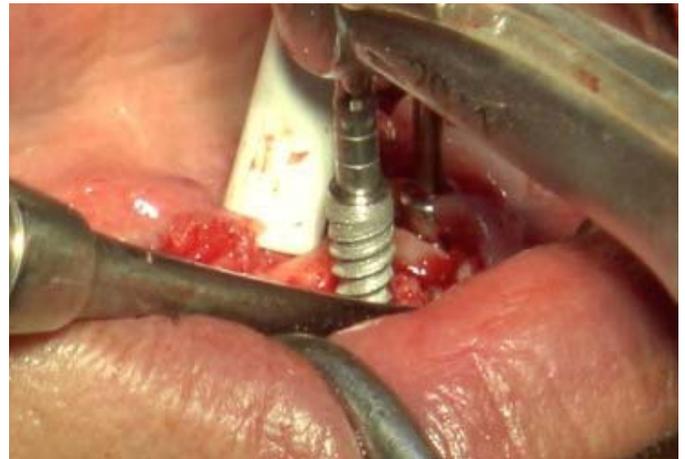


Fig. 23. Colocación de los implantes en la mandíbula.

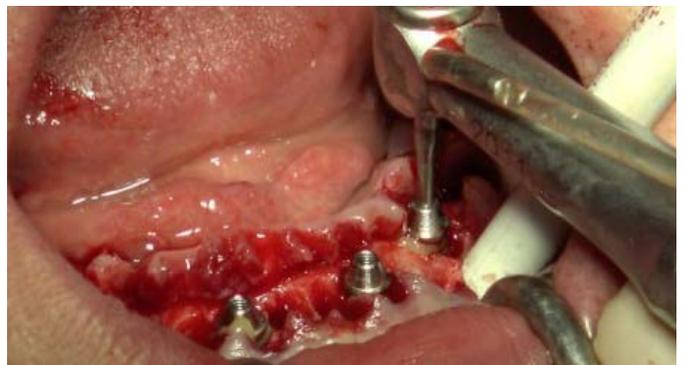


Fig. 24. Pilares transepiteliales colocados en la arcada inferior.



Fig. 25. Pilares de provisionalización inmediata inferiores ubicados en la boca.



Fig. 26. Sutura inferior.

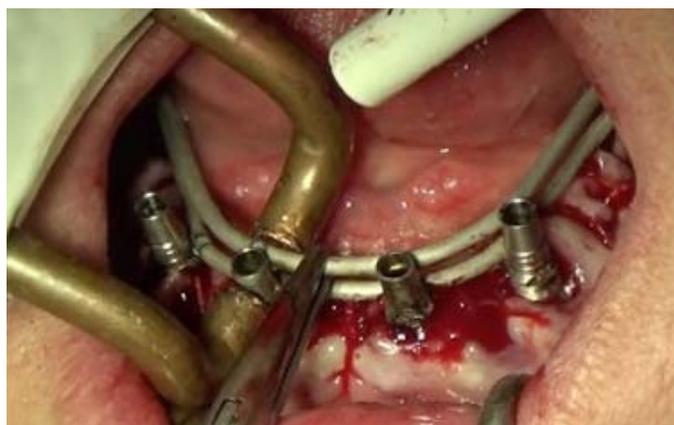


Fig. 27. Electrosoldadura intraoral inferior.

Una vez ferulizados los pilares de carga inmediata por medio de la técnica de electrosoldadura intraoral en la arcada inferior, se confecciona la prótesis provisional con una extensión de 36 a 46 con composite autopolimerizable sobre la estructura metálica. Se le da un contorno anatómico respetando los tejidos blandos y se ajusta la oclusión con respecto a la prótesis antagonista (Figuras 28 y 29).



Fig. 28. Confección de la restauración provisional inferior.



Fig. 29. Contorneo del provisional inferior y ajuste de oclusión.

Tras el periodo de osteointegración, se procede a la toma de medidas y registro oclusal, momento en el cual se definen parámetros estéticos como el tamaño y forma de los dientes, la exposición del borde incisal en reposo y relación con el labio inferior, la línea media, línea de sonrisa y línea de caninos, y se envía al laboratorio la receta escrita con las especificaciones y datos necesarios para la realización del trabajo. El técnico de laboratorio escanea los modelos para una planificación digital del caso y diseño en tres dimensiones (3D) de las prótesis definitivas a través de la tecnología CAD/CAM. Primeramente, envían una estructura metálica para su prueba en boca y corroboración de un correcto ajuste y espacio protésico para el posterior recubrimiento estético.



Fig. 30. Visión frontal. Diseño CAD/CAM.

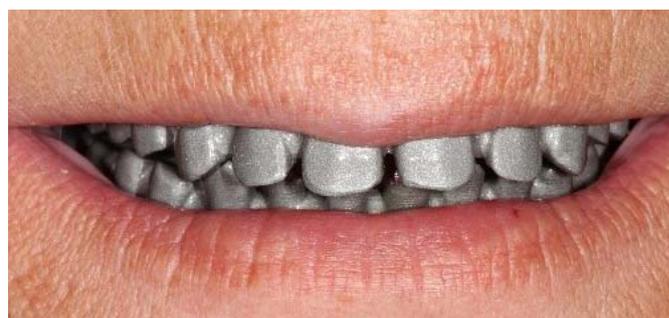


Fig. 31. Visión extraoral. Prueba de estructuras metálicas.



Fig. 32. Visión intraoral. Prueba de estructuras metálicas.

Se envían de nuevo al laboratorio junto con un nuevo registro oclusal las pruebas de metal para la adición de porcelana una vez hechos los arreglos con la finalidad de obtener como resultado una configuración compensada de las prótesis finales (Figuras 30-34).



Fig. 33. Fotografía intraoral. Prótesis definitivas.



Fig. 34. Fotografía extraoral. Prótesis definitivas.

Se comenta a la paciente el control periódico establecido que deberá seguir a partir de la colocación definitiva de las restauraciones con el fin de comprobar una correcta evolución del tratamiento junto con instrucciones de higiene oral e indicaciones relevantes para el adecuado mantenimiento de las prótesis e implante.

DISCUSIÓN

Una buena estabilidad primaria, que es criterio esencial para la obtención de la futura osteointegración y un requisito previo para la función inmediata sobre implantes, se puede conseguir gracias

a la técnica de electrosoldadura de barras de titanio sobre pilares de provisionalización inmediata.

El micromovimiento del implante se refiere al movimiento o desplazamiento del implante bajo cargas laterales y es la única medida directa de la estabilidad del implante.

Dado que el micromovimiento no puede medirse directamente en condiciones clínicas, la evaluación cuantitativa de la estabilidad durante el tratamiento o el seguimiento del implante se puede realizar indirectamente mediante varias pruebas y dispositivos basados en diferentes principios físicos. El cociente de estabilidad implantaria (ISQ) es una escala de medición que se utiliza con la técnica de análisis de frecuencia de resonancia (RFA). El RFA es un método no invasivo basado en la aplicación de una fuerza de flexión lateral al sistema del implante mediante la estimulación de un transductor adherido al implante y mide la frecuencia de oscilación resultante del implante dentro del lugar del mismo. Un estudio menciona que el protocolo de carga no tiene un impacto significativo en los valores de ISQ en ninguno de los puntos de tiempo de evaluación independientemente de la dirección de medición.⁶

En cuanto a macrogeometría del implante, estudios han demostrado que, en comparación con otras geometrías de rosca, las roscas progresivas ofrecen un efecto de condensación ósea al hueso circundante durante la inserción y pueden ayudar significativamente a garantizar una mayor estabilidad primaria al maximizar los contactos hueso-implante.⁷

Por otra parte, los implantes que incluyen un cambio de plataforma en sus diseños, aumentan significativamente el grosor del tejido blando periimplantario en pacientes tanto de fenotipo fino como grueso. En combinación con otros factores como una restauración provisional inmediata, puede tener un efecto aditivo en el mantenimiento de la dimensión del reborde vestibulolingual y la estabilidad de los tejidos blandos periimplantarios.⁸

Cabe mencionar que para minimizar el riesgo de necrosis por compresión ósea, en hueso de alta densidad o cortical, es de vital importancia evitar un torque de inserción excesivo utilizando fresas con un diámetro mayor que el del cuerpo del implante y formadores de rosca.⁹ Se ha demostrado que la rugosidad de la superficie del implante puede aumentar la cantidad de partículas óseas translocadas y, por lo tanto, también tiene un efecto beneficioso sobre la respuesta osteogénica. Se puede plantear la hipótesis de que estos fragmentos óseos en la situación clínica se comportan como un autoinjerto en miniatura y pueden desempeñar un papel importante para mejorar la osteogénesis periimplantaria.¹⁰

CONCLUSIÓN

La toma de decisiones de carácter clínico con respecto al mantenimiento y tratamiento frente a la exodoncia y reemplazo de dientes puede representar un desafío significativo en la práctica diaria. La práctica actual de la odontología no se puede entender sin las especialidades. Es de suma importancia que las diferentes especialidades se interrelacionen para el beneficio de los tratamientos realizados a los pacientes. La visión parcializada de alguna especialidad puede conllevar a no ofrecer las mejores alternativas de tratamiento; para evitar esta situación debemos trabajar con especialistas en diversas áreas y de esta manera optimizar nuestros resultados clínicos. Un equipo multidisciplinar que trabaja coordinadamente para

restaurar la salud bucodental ofrece mejores resultados, una planificación de antemano, mayor comodidad para el paciente y diagnósticos más precisos, ítems necesarios para llevar con éxito restauraciones como la presentada anteriormente. planar, es decir, habilidades tanto quirúrgicas como protésicas. La decisión de colocar implantes post-extracción para el aprovechamiento de las dimensiones óseas existentes, utilizando diseños que ayudan a conseguir una alta estabilidad primaria y conexión al pilar definitivo, es un abordaje que ofrece una solución segura, eficaz y bien aceptada para la rehabilitación de arcadas completas. Cuando el tratamiento está bien planificado, coordinado y ejecutado, los resultados a corto, mediano y largo plazo pueden ser satisfactorios para los involucrados, desde el equipo profesional hasta el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fogli V, Camerini M, Lauritano D, Carinci F. Success and high predictability of intraorally welded titanium bar in the immediate loading implants. *Case Rep Dent*. 2014;2014:215378. doi: 10.1155/2014/215378. Epub 2014 May 22. PMID: 24963419; PMCID: PMC4054875.
2. Carneiro Pereira AL, Medeiros VR, da Fonte Porto Carreiro A. Influence of implant position on the accuracy of intraoral scanning in fully edentulous arches: A systematic review. *J Prosthet Dent*. 2020 Oct 22:S0022-3913(20)30472-8. doi: 10.1016/j.prosdent.2020.09.008. Epub ahead of print. PMID: 33268069.
3. Ravidà A, Saleh MHA, Muriel MC, Maska B, Wang HL. Biological and Technical Complications of Splinted or Nonsplinted Dental Implants: A Decision Tree for Selection. *Implant Dent*. 2018 Feb;27(1):89-94. doi: 10.1097/ID.0000000000000721. PMID: 29283896.
4. Flanagan D. Parallelism of Dental Implants. *J Oral Implantol*. 2019 Apr;45(2):87. doi: 10.1563/aaid-joi-D-18-00291. Epub 2018 Dec 12. PMID: 30540537.
5. Coachman C, Sesma N, Blatz MB. The complete digital workflow in interdisciplinary dentistry. *Int J Esthet Dent*. 2021;16(1):34-49. PMID: 33502130.
6. Daher FI, Abi-Aad HL, Dimassi HI, Baba NZ, Majzoub ZA. Factors Affecting Implant Stability Quotients at Immediately and Conventionally Loaded Implants in the Posterior Maxilla: A Split-Mouth Randomized Controlled Trial. *J Prosthodont*. 2020 Nov 20. doi: 10.1111/jopr.13296. Epub ahead of print. PMID: 33215755.
7. Romanos G, Damouras M, Veis AA, Hess P, Schwarz F, Brandt S. Comparison of histomorphometry and microradiography of different implant designs to assess primary implant stability. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2020 Jun;22(3):373-379. doi: 10.1111/cid.12915. Epub 2020 May 6. PMID: 32374483.
8. Chu SJ, Saito H, Östman PO, Levin BP, Reynolds MA, Tarnow DP. Immediate Tooth Replacement Therapy in Postextraction Sockets: A Comparative Prospective Study on the Effect of Variable Platform-Switched Subcrestal Angle Correction Implants. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2020 Jul/Aug;40(4):509-517. doi: 10.11607/prd.4440. PMID: 32559033.
9. Pérez-Pevida E, Cherro R, Camps-Font O, Piqué N. Effects of Drilling Protocol and Bone Density on the Stability of Implants According to Different Macrogeometries of the Implant Used: Results of an In Vitro Study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2020 Sep/Oct;35(5):955-964. doi: 10.11607/jomi.8176. PMID: 32991646.
10. Tabassum A, Walboomers F, Wolke JG, Meijer GJ, Jansen JA. The influence of surface roughness on the displacement of osteogenic bone particles during placement of titanium screw-type implants. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2011 Dec;13(4):269-78. doi: 10.1111/j.1708-8208.2009.00216.x. Epub 2009 Aug 5. PMID: 19673924.



Kits para fotografía dental pensados para adaptarse a todas las necesidades. Fácil manejo, incluso sin conocimientos de fotografía.

Servicio
Ready To Use
de regalo

- Preconfiguración del equipo* con tres modos de disparo para fotografía dental en clínica: **INTRAORAL – EXTRAORAL – CIRUGÍA**
- Configuración personalizable según las necesidades concretas de cada usuario.

*Configuración limitada a las posibilidades técnicas de cada equipo.



OLYMPUS



Packs de servicio posventa a tu medida

★ Pack de servicio Fotolandia PREMIUM

- 📞 Atención telefónica/videollamada para asistencia técnica.
- 📄 **10% de descuento en productos y accesorios** para fotografía dental de las marcas Nichrominox, Fotodental y Smile Line Flexipalette.*
- 🕒 Aviso y asesoramiento para la **actualización de firmware**.
- 👤 **60 min. de formación online** anual para refrescar conceptos y protocolos, así como la posibilidad de solucionar dudas generales con la valoración de fotos realizadas.
- 🔧 **Gestión de reparaciones con el SAT:** presupuesto sin cargo y retorno de material sin gastos de envío.
- 📷 **Equipo de sustitución** equivalente durante reparaciones.
- 🔧 **Revisión anual del equipo,** funciones y programación. Limpieza de sensor incluida.

★ Pack de servicio Fotolandia TOP

- 📞 Atención telefónica/videollamada para asistencia técnica.
- 📄 **10% de descuento en productos y accesorios** para fotografía dental de las marcas Nichrominox, Fotodental y Smile Line Flexipalette.*
- 🕒 Aviso y asesoramiento para la **actualización de firmware**.

*Descuento válido al contratar uno de los Packs de servicio Fotolandia y susceptible de ser modificado sin previo aviso.

Consulta nuestra amplísima gama de espejos y todo tipo de accesorios para fotografía odontológica.

Florestán Aguilar, en el advenimiento de la II República

Este país de números redondos, más proclive a la celebración de efemérides que a la propia creación de futuras, rememora profusamente estos días el 90 aniversario del 14 de abril de 1931, fecha que cambió el rumbo político de España. Sin embargo, en los reportajes leídos hasta la fecha, no suele aparecer, al menos como merece, un personaje secundario pero no tanto, que vivió de cerca como muy pocos otros españoles los acontecimientos que se sucedieron precipitadamente hasta desembocar a los cinco años en un cambio de régimen de muy larga duración. Era Florestán Aguilar, “el dentista del Rey”.

Florestán Aguilar¹, dentista de la Real Casa

Florestán Aguilar superaba en 1931 las tres décadas como odontólogo de la Real Familia, desde que en 1900 sucediera al seguntino Fernando Ibáñez² con tal nombramiento. Así lo recogía en su día la revista “La Odontología”:

Nuestro director, D. Florestán Aguilar, ha merecido la alta distinción de ser nombrado Dentista de Cámara de SS.MM.

El día 14 último, fué llamado á Palacio, donde oyó amables palabras de encomio que le dispensó S.M. la Reina, por las referencias que de sus aptitudes tenía, encargándole de su asistencia profesional, y de la de S.M. el Rey y SS.AA.

El cargo que ha sido conferido al señor Aguilar, ha venido siendo desempeñado durante veintidós años por el señor Ibáñez, quien por razones de su salud ha dejado de prestar sus servicios á la Real Familia³.



AUTOR:

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

No obstante de la noticia de este nombramiento “oficial”, sus servicios profesionales parecen remontarse cinco años atrás, cuando la Reina María Cristina, madre de un rey niño, Alfonso XIII, sufriera un accidente en la Casa de Campo mientras paseaba en tálburi, yéndose a estrellar contra el pasamanos anterior, lo cual le supuso la fractura de los dientes incisivos



Florestán Aguilar:

superiores. Evacuada a la consulta de Aguilar, la feliz intervención de éste le hizo merecedor en lo sucesivo de la confianza de la Reina. Por otra parte, el apoyo de la Regente desde entonces sería definitivo para la Odontología española, especialmente cuando tras recibir a una comisión de dentistas⁴ que Aguilar introdujo en Palacio el día 6 de enero de 1901, advirtiera de sus propósitos a su Gobierno, para decretarse al fin, mediante Real Orden de 1 de marzo de ese mismo año, publicada el 14 de abril, la creación del título de “Odontólogo”, cuyos estudios previos tendrían al fin nivel universitario.

Florentino Jorge Eduardo Augusto Moisés del Carmelo Aguilar y Rodríguez nació en La Habana el 15 de abril de 1872. Hizo sus estudios en Madrid hasta que en 1895 se trasladó a Filadelfia en cuyo “Dental College” cursó la carrera de Doctor in Dental Surgery, en buena medida gracias a la ayuda del Decano, el prestigioso cirujano oral Dr. James Garretson⁵, quien procuró suplir las carencias económicas de la familia Aguilar.

Tras concluir sus estudios en 1890 regresó a España para instalarse en Cádiz, donde se domicilió, fundó la revista “La Odontología”

y creó un depósito dental. Además, el inquieto Aguilar llegaba al Ayuntamiento de esta ciudad y ponía en marcha un pionero servicio de bomberos.

En 1893 acudió a una reunión promovida en Madrid con otros compañeros con el fin de tratar de la reforma del plan de estudios de la “carrera” de Cirujano-dentista, título en vigor en nuestro país desde 1875. Su afán de búsqueda de la solución a los serios problemas que ocasiona el hecho de ganar sin dificultad alguna este título que da acceso al ejercicio legal de la dentistería le lleva a trasladarse a Madrid de forma definitiva en 1895, pasando a colaborar en la clínica del Dr. Harry Highlands⁶, a cuyo frente quedaría cuando cuatro años después éste tuviera que abandonar el país. No hay que olvidar que Aguilar, en Filadelfia, se ha formado en una de las tantas prestigiosas escuelas dentales que proliferaban con éxito desde que en 1840 abriera sus puertas el Baltimore College of Dental Surgery en los Estados Unidos

Así, pues, instalado en Madrid y formado como no lo estaba el común de los dentistas patrios, no tardó la fama del dentista en llegar a otras Cortes cuyos miembros se hallaban vinculados a la familia Real española y, así, prestaría sus servicios a las Reales Familias de Austria y Baviera⁷ también como Dentista de Cámara cuando sus ocupaciones se lo permitían. Por ejemplo, el verano de 1906 sabemos que lo dedica, entre otras actividades docentes, formativas y profesionales, a desplazarse hasta sus lugares de residencia para atender a dichas familias⁸.

En 1910 vería culminada su ilusión de ver elevada la carrera de Odontología a la duración de cinco años. Este mismo año obtiene él mismo el título de Odontólogo y al siguiente el de licenciado en Medicina y Cirugía pero en la Universidad de Santiago de Compostela, doctorándose en 1913 y culminando su carrera académica con la obtención de la cátedra de “Odontología” de la Escuela de Odontología, adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad Central -cuya dirección ostentaría después- el 10 de diciembre de 1914.

Entre las distinciones profesionales más importantes que disfrutó, aparte de la de Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina, donde tomó posesión el 7 de junio de 1933, cabe nombrar la concesión del premio Miller en 1931 —el mayor galardón de la Odontología mundial— tras la presidencia de la Federación Dental Internacional durante el periodo de 1926 a 31, organización internacional de la que fue fundador -junto con Godon, Miller, Brophy y Kirk- en el Congreso de París de 1900⁹. Florestán Aguilar compensaría la desventura de tan fatídico año en lo político y personal con el más alto premio internacional en lo profesional.

También tuvo mucho que ver Aguilar en la construcción de la Ciudad Universitaria madrileña, nombrándose por R.D. de 17 de abril



Alfonso XIII preside la mesa y Florestán Aguilar lee el discurso inaugural del IX Congreso Dental Español y de la Asamblea de la FDI. (Madrid, 4 de septiembre de 1922).

de 1927 la Junta Constructora de la misma de la que el profesor dentista formaría parte en calidad de Secretario. Su relación con Alfonso XIII le hará merecedor del título que en 21 de mayo de 1928 S.M. le concederá: Vizconde de Casa Aguilar.

Aguilar llegaría a poseer prestigiosas condecoraciones civiles: la Gran Cruz de la Orden de Isabel la Católica, Caballero de la Orden de Carlos III y la Gran Cruz de la Orden de Alfonso XII, entre otras, premiándosele también en el extranjero: Caballero, Oficial y Comendador de la Legión de Honor (Francia, 1900, 1922 y 1925 respectivamente), Comendador de la Orden de Francisco José (Austria), Gran Cruz de la Orden de la Corona (Italia), etc.

Atentado del anarquista Sancho Alegre, que es retenido en casa del dentista del Rey

Mala fecha para supersticiosos: 13 de abril, y de 1913. Mal lugar también pues 43 años atrás había sufrido un atentado de consecuencias mortales el presidente del Consejo de Ministros, don Juan Prim, en la noche de un nevado 27 de diciembre. Hablamos de la madrileña calle del Turco.

Pues bien, la escena de aquel crimen se habilitaba para perpetrar otro, que resultó frustrado. Esa vez, un anarquista aragonés de nombre Rafael Sancho Alegre abandonaba a principios de año Barcelona, se llegaba a la capital del reino y establecía contacto con el grupo anarquista "Sin Patria". Ahora, el objetivo, S.M. Alfonso XIII, salvaba el pellejo y escapaba ileso. El motivo del fallido regicidio parece ser la venganza por la muerte del anarquista Francisco Ferrer Guardia, ejecutado en 1909 tras ser acusado de instigador de los sucesos de la Semana Trágica de Barcelona en julio de 1909, aunque también había sido acusado previamente de complicidad en el célebre atentado del 31 de mayo de 1906 en el que Mateo Morral quiso acabar con el monarca lanzando desde un balcón de la calle Mayor, 88 (actual 84) una bomba disimulada en

un ramo de flores contra la comitiva que se dirigía a Palacio tras la celebración del matrimonio de Alfonso XIII con Victoria Eugenia de Battenberg.

La prensa odontológica de la época, concretamente la revista "La Odontología" que dirige Aguilar, da cuenta de lo sucedido en una breve nota: *Al ser detenido después del atentado Sancho Alegre, la policía, temerosa de las iras populares, lo refugió en el portal de la casa del Sr. Aguilar como más próximo al sitio de la ocurrencia; pero no siendo aquel sitio adecuado y más teniendo en cuenta que el criminal estaba herido, para esperar la llegada del juzgado que dispusiera, y habiendo exteriorizado la policía el deseo de utilizar algún sitio ó lugar más seguro y reservado de la casa, nuestro director ofreció su domicilio particular hasta que se dispusiera el traslado á la prisión. Se aceptó y allí pasó unas horas hasta que se tomaron las disposiciones antedichas¹⁰.*

En realidad, la calle del Turco ya no lucía tal rótulo en sus esquinas desde 1900, habiendo pasado a llamarse calle del Marqués de Cubas, denominación que conserva. No era mal barrio el de don Florestán, pero su domicilio poco tenía que ver con el que le aguardaba, nada menos que el llamado palacio Longoria, espléndido edificio modernista que el año anterior había adquirido la Compañía Dental Española por medio millón de pesetas para residencia de su presidente, a la sazón F. Aguilar, y que hoy es sede de la Sociedad General de Autores y Escritores de España (SGAE).

Alfonso XIII en el dentista. Aguilar revela hasta donde puede

El antepenúltimo monarca español contó con la amistad y la colaboración permanente de Florestán Aguilar, en quien vio no sólo un hombre capaz de poner en orden su vacilante profesión sino también una persona a la que confiar empresas mayores, como es el caso ya dicho de la construcción de la Ciudad Universitaria de Madrid. Su relación llegó a términos que han quedado reflejados anteriormente y la devoción de Aguilar por su "Real paciente" fue de dominio público, por lo que existen numerosos testimonios en la prensa no sólo profesional sino diaria de la época.

Una valiosa entrevista realizada por Luis Antón del Olmet al Dr. Aguilar¹¹ en la sala árabe del citado palacio de la calle de Fernando VI, nº. 4 nos permite hoy en día conocer al Rey ante el dentista, a tenor de las respuestas del facultativo. Así se confiesa el dentista, sin menoscabo de quebrar el secreto profesional:

- ¿Visita al Rey desde hace mucho tiempo?
- Desde que el Rey tenía nueve años.
- ¿Y va usted á Palacio en muchas ocasiones?
- Sí; con bastante frecuencia.

- ¿Luego S. M. padece de la boca?
- *No; tiene una dentadura magnífica, que se cuida con esmero. Padece, claro está, como padecemos todos los mortales. Tiene algunas orificaciones (...)*
- Diga usted, ¿ha venido S. M. á esta casa en alguna ocasión?
- *Varias veces. Sí, he tenido ese honor.*
- Y ¿por qué ha venido? ¿No es costumbre que vaya usted á Palacio?
- *Es costumbre; pero á veces no es posible. Aunque hay en Palacio un buen instrumental dental, no puede ser tan perfecto como del que yo dispongo. Aquí ha venido algunas veces.*
- ¿Con aviso previo? ¿No habrá tenido que aguardar el Sobe-rano?
- *Con aviso previo, mas sin ceremonia. Ha venido acompañando de una sola persona: de Aybar, de Quiñones de León...*
- ¿Es sufrido el Monarca para las manipulaciones, á veces dolorosas?
- *Mucho. Pero tiene una costumbre. Antes de abandonarse á mis manos, habla de infinitas cosas, lleno de afabilidad y de ingenio, como si quisiera retardar el trance. ¡Ah, pero en cuanto empieza la operación la soporta con estoicismo ejemplar!*

La entrevista discurre entre elogios a S. M. tanto a su persona como a los adelantos científicos que han venido con su ayuda, centrándose particularmente en el impulso definitivo que regularizó los estudios de Odontología en nuestro país. También aprovecha para adelantar sus investigaciones sobre lo que constituirá en un futuro su antedicho discurso de recepción en la Real Academia Nacional de Medicina, al hilo de lo cual, el periodista interroga:

- Y, diga usted -preguntamos aún-. ¿Es muy marcado el prognatismo de Don Alfonso XIII?
- *No; en vez de encajar sus dientes inferiores en los superiores, chocan alguna vez. Carlos I tenía los superiores encerrados en los inferiores. Y ya ve usted si fué todo un Monarca...*

No son muchos los datos clínicos que Aguilar revela a su interlocutor. No podía ser de otra manera y además El Rey es uno de los hombres mejor constituidos que conozco... Es un caso de salud inaudito...

La fidelidad de Aguilar al Rey, hasta el último día

Eran entonces días de rosas, pero el monarca viviría sus peores horas cuando se viera obligado a abandonar su país. El domingo 12 de abril de 1931, don Alfonso regresa a Palacio a eso de las siete de la tarde, tras su habitual paseo por El Pardo. Mientras merienda, llega su dentista y hombre de confianza e inquiriere telefóni-

camente al ministro de la Gobernación acerca de noticias sobre los resultados electorales. Antes de la cena, la habitual cena familiar de los domingos, Su Majestad le pide a Aguilar que le acompañe mientras se viste el smoking e, inquieto, le pregunta: ¿Qué dice la gente? ¿Qué pasa por Madrid? ¿Cómo interpretas tú todo esto? De ti, de tu franqueza, de tu honradez me fio. Eres mi único amigo; los demás, y sobre todo los políticos, me engañan.

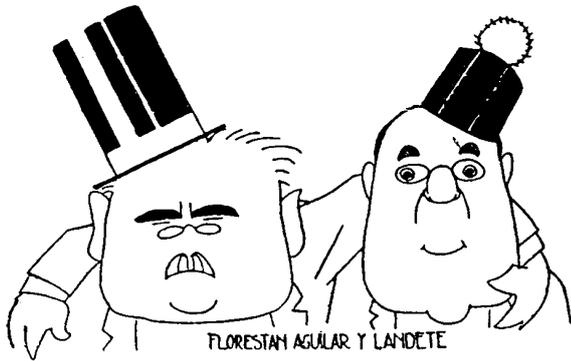
Tras la cena, despedidos los invitados, don Alfonso y doña Victoria Eugenia se trasladan al despacho del monarca donde les aguarda Aguilar, estatua viviente de la fidelidad, a quien encargan la tarea de telefonar a derecha e izquierda en procura de noticias electorales, recibidas en cifras que la Reina va apuntando con ansiedad.

El desastre esbozado en los primeros recuentos se acentuaba a medida que, con la noche, los datos eran más copiosos. En todas las grandes ciudades, Madrid y Barcelona a la cabeza, la monarquía era derrotada. A las dos de la madrugada los Reyes se retiraban a descansar y don Alfonso agradecía a Aguilar su lealtad diciéndole: el trago ha sido duro, ante lo cual el dentista intenta darle ánimos: Vuestra Majestad no debe desesperar. Aún faltan censos enteros de provincias. Pero aunque se confirmara nuestra derrota en las capitales, ¿acaso no hemos triunfado en los pueblos? Seguramente tendremos una mayoría de concejales monárquicos, mucho más que republicanos.

La mañana del 14, antes de partir para el Hospital General, Gregorio Marañón visita a Romanones. El doctor le transmite su oscura impresión sobre los hechos recientes y se muestra muy pesimista con lo que podría estar por venir. Poco después es otro doctor eminente, Amalio Gimeno, quien traslada a Romanones el trasunto de una conversación mantenida con su compañero en la Academia de Medicina, Florestán Aguilar, la noche anterior cuando éste regresara de Palacio. El Rey era consciente de la nueva situación,



Alfonso XIII escuchando las explicaciones del secretario general de la Junta Constructora de la Ciudad Universitaria, Florestán Aguilar.



Aguilar y Landete en días de su mejor relación (caricatura de Ricardo Puente).

sin duda, pero albergaba alguna esperanza. Romanones le encarga a Gimeno que haga lo posible para que Aguilar se acerque a su domicilio. El dentista del Rey no tiene inconveniente pues sabe que cualquier contribución puede ser de ayuda, o quizá no, tal vez alivie la situación o acaso contribuya a dar una solución definitiva, incluso la por él no deseada. El ministro de Estado, tras escuchar a Aguilar, le pide a éste que transmita un mensaje al Rey y el dentista intuye que es de importancia capital, por lo cual le ruega que se lo entregue por escrito. Éste fue el texto que don Florestán Aguilar entregaría esa mañana en Palacio:

Señor: el conde de Romanones y Gascón y Marín [Ministro de Instrucción Pública], me han llamado para encargarme, con toda urgencia, transmitiese a V.M. las palabras siguientes:

Los sucesos de esta madrugada les hacen temer que la actitud de los republicanos pueda encontrar adhesiones de elementos del Ejército y fuerza pública, que se nieguen en momentos de revuelta a emplear las armas contra los perturbadores y se unan a ellos, y se conviertan en muy sangrientos los sucesos.

Para evitarlo (en opinión de los mencionados ministros) podría S.M. reunir hoy el consejo de Ministros para que cada cual tenga la responsabilidad de sus actos y que el Consejo reciba la renuncia del Rey para hacer ordenadamente la transmisión de poderes. Así se haría posible, en su día, la pronta vuelta a España del Rey por el clamoroso llamamiento de todos.

Sólo como servidor de V.M. cumplo el encargo de la urgente transmisión de las anteriores palabras¹².

La fidelidad a su real amigo es de las que se califican de inquebrantable y le sigue en su viaje al definitivo exilio. Alfonso XIII, abatido, es acompañado del Duque de Alba y de Quiñones de León. En la frontera se informa Aguilar de que el monarca sigue su viaje a París y el dentista real permanece en la estación internacional de

enlace, aguardando el paso del tren real que conduce a Francia a la Reina y a sus augustos hijos. Con la Familia Real llega Aguilar a París y se pone a las órdenes del Rey. Éste, tajantemente, le dice que, por patriotismo, nadie debe desertar de su puesto.

El monárquico Aguilar destronado por sus colegas republicanos

Esta intensa relación de Florestán Aguilar con la monarquía, relación profesional y también amistosa, le acarrió más problemas de los que hubiera podido imaginar. En efecto, la dentistería española está partida en dos bandos: los “odontólogos” (partidarios de que esta sea una carrera independiente) y los “estomatólogos” (partidarios de que sea una especialidad médica, como todas las demás). Instaurada ya la II República, Aguilar es desposeído de sus cargos: la dirección de la Escuela de Odontología, la secretaría general de la Junta Constructora de la Ciudad Universitaria o la presidencia de la Liga del Cáncer¹³. Llegaba la hora de sus rivales, los prestigiosos doctores Landete, Mayoral y Mañes, hombres de acrisolada reputación científica que simpatizan con el nuevo régimen. El enfrentamiento “odontología *versus* estomatología” equivalía al fin de “monarquía *versus* república¹⁴”. Numerosos testimonios quedan impresos en la revista del bando estomatologista “Odontología Clínica”, en cuyas páginas se puede leer la fábula titulada “El naufrago”:

El Gran Pontífice (Aguilar) era un viajero de primera en el magnífico “Alfonso XIII”, fantástico barco que marchaba por las aguas tranquilas del poder.

Florestán, amigo del señor, mandaba en el barco y vivía una vida feliz de fox-terrier de lujo, cruzado el pecho por más cruces que un calvario y más bandas que Valencia en fiestas... Pero viene la tormenta, y el “Alfonso XIII”, que a pesar de su apariencia era un trasto inservible hecho con tablas viejas, naufraga y sus brillantes pasajeros caen al agua, gritos, desmayos, lágrimas y D. Floro que se debate entre las olas, logra agarrarse a un madero, ve lejos el magnífico barco “República”, hecho por el pueblo y para el pueblo, y jadeante, desteñido e hiposo, se acerca a la borda y, suplicante, dice:

¡Señores, sólo soy un profesor...!

Don Floro, desde el madero, ansía subir al preciado barco... Ojo, “República”, el naufrago es mal pasajero; salvó todo su equipaje del “Alfonso XIII” y si quiere subir que pase una temporadita agarrado al madero y, si se ahoga, será la primera vez en su vida que no haya sabido nadar y guardar la ropa¹⁵.

Aguilar vive el escarnio público. Además padece graves problemas oculares que le hacen pasar por el quirófano en su flamante edificio. No son sus mejores tiempos aunque permanece fiel a la causa monárquica como veremos ahora pues, más allá que su dentista, ha sido el amigo del Rey.



Proclama aparecida en la revista científica "Odontología Clínica", tras la proclamación de la II República.

La cúpula de la Escuela de Odontología es entonces ocupada por los afines al nuevo régimen y Juan Mañes toma la dirección, aunque sería sucedido muy pronto por Bernardino Landete. El ambiente en el centro es de euforia y tienen lugar significativas proclamas políticas en el seno educativo. Por ejemplo, cuando el inmediato 17 de abril se celebra asamblea para proceder a la reorganización del centro, se lee el preámbulo de las correspondientes bases para llevarla a cabo, tras el cual el *Dr. Landete dice si alguien quiere hacer uso de la palabra para tratar del mismo, la pide el Dr. Mañes, que dice: ¡Viva la República! (Aplausos)*¹⁶.

El editorial de octubre sigue la ruta marcada y, así, no se duda en proclamar que *Si venturosa ha sido la República para todas las clases sociales, no lo ha sido menos la República [sic.], que ha sido el yugo, que con una máscara de proteccionismo pesaba*

*sobre nuestra Escuela de Odontología... dejando para el final la alabanza de los logros que desde el venturoso 14 de Abril se vienen produciendo: Esto es, a grandes rasgos, lo primero que se ha conseguido en nuestra Escuela, que gracias a la República entra por luminosos caminos de justicia*¹⁷.

El duro final del patriarca de la Odontología española

Tras el enorme declive físico sufrido en los últimos años, al que no fueron ajenas las controversias políticas del país, como tampoco las desgracias familiares pues contempló en los últimos años la muerte de su alter ego, su joven sobrino Enrique Lluria Iruretagoyena¹⁸, dentista sobresaliente, como también la de su otro sobrino y también joven dentista, José Mascias Aguilar, y las de su hermana Consuelo y marido, ahogados ambos en la playa de Zarauz, Aguilar falleció sin descendencia el 28 de noviembre de 1934. Una calle con su nombre, en el taurino barrio madrileño de las Ventas de la capital del reino, perpetúa en la actualidad su recuerdo.

Alfonso XIII no olvidó a su dentista, a su "único amigo", y así, tres años después de la partida, cuando falleciera Aguilar y fuera enterrado en olor de multitud, su viuda, doña María Iruretagoyena, recibirá el pésame regio: *Señora viuda Casa-Aguilar: De corazón comparto tu inmenso dolor por muerte leal amigo y preclaro doctor, que tanto laboró por la ciencia española y por la patria. Te abraza afectuosamente, Alfonso*. Enviaron telegramas doña Victoria Eugenia de Battemberg y doña Beatriz, doña Cristina, don Jaime y don Alfonso de Borbón. Al exministro y jefe de Renovación Española Antonio Goicoechea le mandó Alfonso XIII desde el exilio otro cable con el siguiente texto: *Roma. Ruégote representarme entierro vizconde Aguilar reiterando sentidísimo pésame*¹⁹.

Su Majestad, en el exilio, quedaba en mayor soledad. Había perdido a quien fuera "su único amigo".

Bibliografía

1. Sobre Aguilar, consultar preferentemente el número extraordinario de La Odontología dedicado a su memoria. Madrid, 1935. (Varios autores).
2. Cfr. Sanz, J. IBÁÑEZ, Fernando. Diccionario Histórico de Dentistas españoles. Madrid, Acción Médica S.A, 2001, pág. 27.
3. La Odontología, 10, 1990, pág. 472.
4. Formada por Aguilar, Losada y Subirana (por la Sociedad Odontológica Española) y Carol, Plet y Alonso (por el Círculo Odontológico de Cataluña).
5. Cfr. Sanz, J. JAMES E. GARRETSON (1828-1895). Diccionario biográfico histórico de Dentistas. Madrid, Delta Ediciones, 2018, págs. 50-51.
6. Sanz, J. HIGHLANDS, H.E. Diccionario Histórico... págs. 25.
7. La Odontología. Ídem. pág. 20.
8. Ídem. pp. 30.
9. Sanz, J. Naissance de la Fédération Dentaire Internationale, FDI, 1900, Paris. Actes de la SFHAD, 14, 2009, págs. 60-62.
10. La Odontología, 1913, 5, pág. 296.
11. Publicada en La Odontología, 1914, 5, págs. 261-266, constituye uno de los capítulos del libro Los Grandes Españoles: Alfonso XIII. (Madrid, Imprenta del Alrededor del Mundo, 1914), que escribió en colaboración con Arturo García Carraffa.
12. Esta nota fue publicada por Jesús Pabón y la recogió Marino Gómez-Santos en su libro Gregorio Marañón. (Barcelona, Plaza y Janés, 2001), págs. 330-331.
13. VV.AA. La Odontología, 1935, pág. 104.
14. Sanz, J. Odontología versus Estomatología. (O monarquía versus república). Un caso excepcionalmente singular en la España científica del siglo XX. Medicina e Historia, 4, 2000. (Número monográfico.)
15. Odontología Clínica. 1931, pág. 406.
16. Ídem, 5, 1931, págs. 308-309.
17. Ídem., 10, 1931, pág. 661.
18. Cfr. LLURIA, Enrique. Diccionario Histórico... págs. 33-34.
19. Gómez-Santos, M. Ídem., pág. 387

¿RELACIÓN LABORAL O TRABAJO AUTÓNOMO? CRITERIOS Y RIESGOS

Paloma Medina Payo • pmp@galendebuzon.com
Marta Domínguez Benito • mdb@galendebuzon.com
Abogadas

La prestación de servicios puede encuadrarse en dos grandes grupos, por un lado, las personas que trabajan por cuenta propia (autónomos/as) o aquellas que lo hacen por cuenta ajena (relación laboral común).

La diferencia entre el trabajo por cuenta propia y cuenta ajena, no es insignificante, pues de ello derivan múltiples consecuencias como, por ejemplo, las garantías existentes, las consecuencias del cese de los servicios, o la jurisdicción a la que acudir en caso de un conflicto.

Existiendo estas dos categorías principales, nos referimos a los de “falsos autónomos”, cuando hacemos referencia a aquellas personas trabajadoras que aparentemente trabajan por cuenta ajena, porque así lo recoge su contrato o las notas de su relación mercantil y, sin embargo, en atención a las condiciones bajo las que prestan sus servicios, deberían tener la consideración de trabajador por cuenta ajena.

En ocasiones el empleador puede pensar que con la redacción de un contrato mercantil la situación del autónomo queda protegida ante la Inspección de Trabajo o ante una demanda que pretenda el reconocimiento de la relación de laboralidad. No obstante, debemos tener en cuenta que la clave para entender si estamos ante una relación laboral o una relación mercantil, es la realidad de la prestación, y es a ello a lo que atenderán los órganos jurisdiccionales y la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Según una más que asentada jurisprudencia del Tribunal Supremo (véase Sentencias 765/2010, de 30 de noviembre; y 335/2013, de 7 de mayo, STS Civil 693/2019, de 18 de diciembre de 2019, entre otras), “los contratos son lo que son y no lo que las partes dicen que son”. Ello significa que por mucho que entre la empresa y el trabajador autónomo exista un contrato mercantil, si la realidad de la prestación denota que se trata de una prestación laboral, será así a todos los efectos (principalmente, derechos laborales, indemnización por despido, cotizaciones de Seguridad Social), y el autónomo tendrá abierta la vía judicial para reclamar su laboralidad. Por supuesto, la Inspección de Trabajo podrá intervenir en el mismo sentido.



La doctrina y la jurisprudencia concurren en considerar que el centro de la gravedad del contrato de trabajo son las notas de dependencia y ajenidad, que son las que, a priori, con mayor frecuencia, determinan si una relación es o no laboral.

Aplicado al sector sanitario, podemos determinar que estaremos ante una prestación de servicios y no ante un contrato laboral si se dan las siguientes notas:

- No existe sumisión al horario de la clínica.
- Capacidad de organización del tiempo de trabajo y de vacaciones
- Capacidad del autónomo o autónoma para organizar su agenda, pudiendo rechazar o reprogramar visitas y/o consultas de los pacientes
- Uso de su propio uniforme
- Pago de los materiales o productos que sean necesarias para el desempeño de su actividad
- Fijación de los precios y tarifas de manera individual, sin someterse a los criterios de la clínica en la que preste servicios
- Prestación de servicios en varias clínicas
- Pago de una cantidad mensual determinada en concepto de alquiler de espacio y/o personal de la clínica que sea común (por ejemplo, recepcionista).
- Facturación variable en función de los servicios prestados
- Aplicación de criterios médicos sin sometimiento a los criterios de la clínica.

“La clínica debe repercutir IVA al trabajador autónomo e ingresarlo en Hacienda”



A parte de la repercusión laboral que puede suponer esta figura, también nos encontramos que la cuestión trasciende al ámbito fiscal, en tanto que, la adecuación de que los materiales sean abonados por el trabajador autónomo tiene importantes implicaciones a efectos contables y fiscales, en concreto el IVA. Una de las características que se exigen para demostrar que el acuerdo es realmente mercantil es detallar el concepto del importe que retiene la clínica, estos son dos principalmente: alquiler del espacio y venta del material. Tanto el alquiler del espacio como la reventa del material son operaciones sujetas a IVA, esto implica que la clínica debe repercutir IVA al trabajador autónomo e ingresarlo en Hacienda.

El gran problema de tener que repercutir IVA para la clínica se produce por entrar en régimen de prorrata en IVA por tener sectores diferenciados, uno exento de IVA (el sanitario) y otro sujeto a IVA (el alquiler del espacio y el suministro de materiales). Al entrar en régimen de prorrata la clínica que contrate a través de autónomos.

Al entrar en prorrata se deberá presentar declaraciones trimestrales de IVA declarando el total del IVA repercutido, mientras que del IVA soportado, solo se puede deducir el porcentaje de ingresos que estén sometidos al impuesto, para ello se toma como referencia el porcentaje que suponen los ingresos sujetos a IVA y en ese mismo porcentaje será deducible en IVA todo el IVA soportado, mientras que la parte del IVA soportado que se impute a las actividades exentas seguirá siendo un gasto como hasta ahora.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que configurar una relación laboral como si de una mercantil se tratase, puede resultar muy atractivo para la empresa, en tanto que mensualmente ahorrará una suma importante en cotizaciones a la Seguridad Social y en caso de finalización de la relación, no existiría la obligación de abono de indemnizaciones a la persona autónoma. Sin embargo, el riesgo al que se expone la clínica es sumamente elevado, en tanto que existen dos vías principales de responsabilidad: por un lado, ante la persona autónoma, que con toda seguridad ejercerá la oportuna acción judicial; por otro, ante la Inspección de Trabajo, que puede actuar de oficio, como consecuencia de una

“La clave para entender si estamos ante una relación laboral o una relación mercantil, es la realidad de la prestación”

denuncia del autónomo o como consecuencia de una sentencia estimatoria por la demanda laboral que pueda interponerse, que emplazará a la Inspección a regularizar la relación laboral.

En este sentido, la persona “falsa autónoma” podrá articular todas y cada una de las acciones laborales con el fin de obtener el reconocimiento de su relación laboral. Por ejemplo, la demanda puede pretender simplemente el reconocimiento de la relación laboral (estando ésta vigente), o acompañar esta pretensión de una impugnación de despido (en caso de extinción contractual), solicitar una reclamación de cantidad (en caso de impagos de facturas -en realidad, salarios-), iniciar un procedimiento de vacaciones (si existe una denegación), solicitar la extinción contractual ante una modificación sustancial de las condiciones de trabajo, entre otras.

“Los contratos son lo que son y no lo que las partes dicen que son”

Naturalmente, si la sentencia resulta estimatoria, irá acompañada de la oportuna indemnización, en su caso (por ejemplo, acción de despido), así como de la obligación de regularización de cuotas de los últimos cuatro años ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Es por ello por lo que, puesto que “los contratos son lo que son y no lo que las partes dicen que son”, es importante realizar una correcta regulación de la relación que se mantiene con aquellas personas que prestan servicios en nuestra clínica que sea acorde a Derecho y, sobre todo, a la realidad.

PARA PESCAR PECES, DEBES PENSAR COMO UN PEZ, NO COMO UN PESCADOR

Dr. Alberto Manzano
CEO & Fundador de Plan Synergia



Quizá pienses que este artículo se nos ha colado por error y que no tiene nada que ver con las clínicas dentales, pero tiene más relación de la que piensas. Déjame que te cuente una pequeña historia...

Había una vez un joven que se hizo muy famoso por el gran pescador que llegó a ser. Ganó muchos premios de pesca y se brindó una gran reputación entre sus compañeros. Ganaba casi todas las competiciones a las que se presentaba. Una vez un periodista le preguntó:

- Jeremy, eres relativamente joven y no usas las cañas más modernas ni alta tecnología para pescar, sin embargo aún así eres de los pescadores más exitosos que hay ¿cuál es tu técnica o truco para pescar tantos peces?

A lo que Jeremy le contestó:

- Desde que empecé, supe que si quería ser un gran pescador y pescar muchos peces, debía pensar como lo hacen ellos. Así que comencé a estudiar todo acerca de sus hábitos, qué suelen comer, a qué horas, cómo varían sus costumbres con las estaciones... También indagué un poco sobre la manera que tienen de organizarse y relacionarse, de qué manera se desplazan cuando inician la migración, si hay diferencias de comportamiento dependiendo del tipo de agua (dulce, salada, templada, fría), etc... Mientras tanto, muchos de mis compañeros estudiaban libros sobre tipos de anzuelos, mejores materiales para las cañas, los mejores sonar y radares para encontrar peces, etc...

De esta manera –continuó– cuando me enfrento a una nueva competición, sé leer las variables del agua, temperatura, estación del año, tipología de pez, e intento averiguar en qué zonas y a qué horas habrá más peces, cuál es su tipo de comida favorita, y sólo tengo que lanzar la caña en el sitio adecuado, a la hora más adecuada y con el mejor cebo. No hay margen para la intuición, simplemente pienso como ellos lo hacen.

MORALEJA: Si quieres pescar peces, piensa como un PEZ, no como un pescador. Si quieres atraer pacientes a tu clínica, piensa como lo hacen los PACIENTES, no como un dentista.

Muchos colegas piensan como dentistas, se compran los aparatos chulos que a ellos les gusta, se centran en el tratamiento



como lo juzgaría otro compañero, pero muy pocos son capaces de centrar toda su actividad en el paciente.

Además de procurar el mejor tratamiento para nuestro paciente, tenemos que asegurarnos de que ellos perciben que les estamos dando la mejor atención posible.

Por ponerte un par de ejemplos: los pacientes van a dar más importancia a si disponen de agua en la sala de espera (o por qué no una Nespresso o wi-fi de cortesía) a como obturamos la endodoncia, con condensación lateral, vertical o thermafil. Y del mismo modo, debemos invertir en tener unas redes sociales (imagen) cuidadas y actualizadas, antes que invertir en un aparato para impresionar al paciente porque nos ha dicho el vendedor que lo tienen los más importantes y que generalmente no nos hace falta.

Es más duro de lo que crees y habrás caído en la misma trampa más de una vez, pero cuanto antes aprendas a poner al paciente en el centro, mejores resultados obtendrás en tu consulta.

¿Te gustaría saber más acerca de qué, cómo y por qué confían los pacientes?

¿En base a qué eligen a una clínica u otra?

¿Cuándo es el mejor momento para presentarles el presupuesto?

Si es así, puedes contactar con nosotros a través del mail info@plansynergia.com


sweden & martina

Mejora tu
potencial.
Piensa en digital.



PRAMA, EL PRIMER Y ÚNICO IMPLANTE INTRAMUCOSO.
prama.sweden-martina.com

Celler Vell

CAVA ARTESANAL - ECOLÓGICO

www.cellervell.com

f @cellervell

DISFRUTEN DE SUS CAVAS CON UN
DCTO. DEL 10% Y SIN PORTES AÑADIDOS

BRUT NATURE
RESERVA

49€ / 6 botellas
- 10%



ESTRUCH EXTRA
BRUT ROSÉ

61.7€ / 6 botellas
- 10%



ESTRUCH CUVÉE LES
SOLANES BRUT NATURE
RESERVA

105.3€ / 6 botellas
- 10%



Encargos con el asunto "Odontólogos de hoy" al mail
info@cellervell.com o al tel. 607-182-783.



SEPA

Los españoles encabezan el ranking europeo en mejora de salud bucodental durante la pandemia del Covid-19

El 2020 ha sido una prueba de fuego para la atención bucodental. El mundo no solo ha tenido que enfrentarse a una pandemia, sino que además ha tenido que adaptar su día a día a las medidas de protección e higiene fijadas por las Autoridades Sanitarias. GSK Consumer Healthcare, en colaboración con Ipsos, ha analizado los hábitos de salud y consumo cotidianos en materia de salud bucodental a través de una encuesta en la que han participado 4.500 personas de más de 18 años y que ha contado con ciudadanos de España, Gran Bretaña, Alemania, Francia, Rusia, Singapur, Indonesia, Tailandia y Filipinas.

Las principales conclusiones de la encuesta realizada por GSK Consumer Healthcare en colaboración con Ipsos, en la que se analizan los hábitos de salud y consumo cotidianos en materia de salud bucodental a 4.500 personas de más de 18 años, son:

Concienciación con la salud dental durante la pandemia	El 74% de los encuestados se ha lavado las manos más regularmente
	El 10% de los europeos se ha cepillado o dicen haberse cepillado los dientes de forma más frecuente (16% en el caso de los españoles)
	Los principales motivos que impulsan a los europeos a cepillarse los dientes son el uso de mascarillas y el hecho de ser más conscientes de su propio aliento
Hábitos de consumo en el último año	El 20% de los españoles indica haber utilizado más enjuagues bucales durante la pandemia (por delante del 17% de los rusos, el 11% de los alemanes y británicos o el 6% de los franceses)
	Los españoles se sitúan a la cabeza en el consumo de pastas de dientes (18% frente al 17% de los rusos, el 9% de los británicos, el 7% de los alemanes y el 5% de los franceses)
	Menos de una cuarta parte de los europeos aumentó su consumo de frutas y verduras como consecuencia de la pandemia. El 20% de los españoles asegura haber aumentado su consumo de aperitivos
Diferencias generacionales	Los jóvenes se cepillan los dientes con mayor frecuencia que los mayores. El 21% de los jóvenes de entre 18 y 29 años lo hacen; frente al 13% de los de la franja de 30 a 39 años, el 9% de los de la franja de 40 a 49 años o el 6% de los mayores de 50 años
	Los jóvenes europeos de 18 a 29 años han realizado más cambios en sus hábitos de consumo para mejorar la salud diaria: el 34% ha comido más fruta, el 30% ha aumentado su consumo de verduras y el 28% ha tomado más vitaminas y suplementos
Visitas al dentista	El 26% de los europeos afirma haber acudido a la consulta con menos frecuencia de la habitual
	Los españoles han visitado a su dentista con la misma regularidad que de costumbre, mientras que los británicos manifiestan que han visitado de forma menos frecuente
	El 64% de los europeos planean visitar a un dentista en los próximos seis meses; aunque casi a la mitad le preocupa que haya mucha gente en la clínica, que no haya distancia social o poder contraer el Covid -19 a través de los instrumentos dentales
	El coste de la consulta y el tratamiento dental es la principal preocupación para el 36% de los españoles (frente al 60% de los rusos, el 41% de los británicos, el 38% de los franceses y el 22% de los alemanes)
Educación en salud	Los resultados de la encuesta han arrojado la necesidad del consumidor de contar con unos conceptos básicos en materia de higiene bucodental

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

Acuerdo entre Ytrio y Ticare #BioCam



Ticare, la marca española de implantes dentales, consolida su colaboración con Grupo Ytrio, grupo independiente de laboratorios protésicos que, gracias a su experiencia y especialización, consiguen de manera común ofrecer soluciones prácticas e innovadoras que diferencian el trabajo de los profesionales de la odontología.

Un punto importante de esta colaboración es la apuesta por el flujo digital. Todos los laboratorios del grupo están completamente digitalizados, facilitando una comunicación más directa e inmediata entre clínica y laboratorio, con el objetivo final de realizar prótesis personalizadas de calidad Ticare #BioCam.

La gestión de la información también es un punto a destacar. Grupo Ytrio trabaja con un software de gestión especializado en el sector dental, que unido a Genetic -el sistema de gestión y trazabilidad de Ticare- permite que la clínica y el laboratorio estén asociados para gestionar directamente los trabajos, haciendo más eficiente todo el proceso.

Grupo Ytrio es el elemento que necesita el sector para diferenciarse, facilitar y potenciar al máximo la calidad. Para unir y aportar conocimientos junto a Ticare, la única marca con evidencia científica de ser el implante libre de filtración bacteriana, que tiene como filosofía el cuidado de los tejidos: *Tissue Care Philosophy*.

Webinario 10 mayo. Control del dolor y edema en implantología bucal

Dr. Rui Figueiredo

El día 10 de mayo, el Dr. Rui Figueiredo impartirá un webinar sobre "Control del dolor y edema en implantología bucal", a las 22:00 h (hora peninsular) en Implant Training <https://www.implant-training.es/>.

La inscripción es gratuita y se puede realizar en esta misma plataforma.

Todos los webinarios que han tenido lugar en el pasado, incluyendo los de este nuevo ciclo de 2021, se pueden ver en diferido en Implant Training en www.implant-training.es



Durante el mes de mayo se va a realizar el roadshow de Ticare BioCam para mostrar el ajuste perfecto de sus prótesis personalizadas y que sólo un ajuste perfecto cuenta con gapZero.

Entre los beneficios de Ticare BioCam cabe destacar: prótesis personalizada mecanizada que aporta mayor calidad y menor aflojamiento de tornillo, verificación del 100% de las piezas y trabajos que asegura el ajuste mediante la sustitución de las conexiones por sus geometrías garantizadas, el uso de materiales premium (cromo-cobalto y titanio grado V) y mecanizado especialmente preciso en las conexiones para un ajuste libre de bacterias.



ORTODONCIAS & FÉRULAS

5 millones de personas en España usan ortodoncia¹



Alineador
transparente



Protector bucal
transparente de PVC
(Bio-art) formado al vacío



Protector bucal transparente
de policarbonato

TESTADO EN
20
MATERIALES
COMUNES^{2,3}

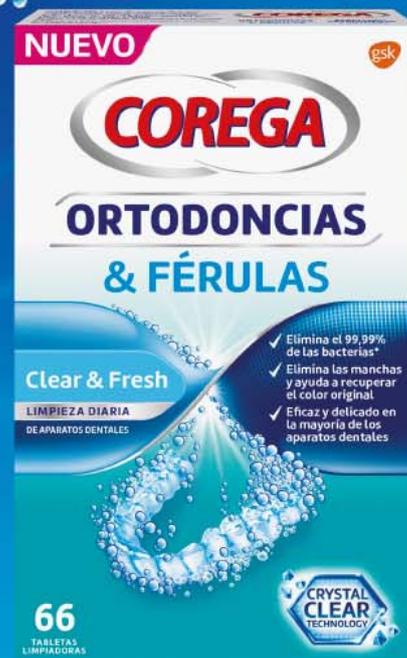


Retenedor transparente
(tecnología Align)

- Elimina el 99,99% de bacterias causantes del mal olor^{*4-6}
- Ayuda a mantener el retenedor o alineador transparente^{2,3}
- Elimina las manchas y ayuda a recuperar el color original^{7,8}



TECNOLOGÍA
**CRISTAL
CLEAR**



*En pruebas de laboratorio.

Referencias: 1. Landscape mini tracker March 2019, Kantar health. 2. GSK data on file, 2020, Material Compatibility Testing, Fraunhofer Institute. 3. GSK data on file, 2020, Compatibility testing of an aligner material, Fraunhofer Institute. 4. GSK data on file, 2011, MD#024-11. 5. GSK data on file, 2012, MD #012-12. 6. GSK data on file, 2011, MD#040-10. 7. GSK data on file, 2015, CP/MVR/EDCU/09. 8. GSK data on file, 2016, CP/MVR/EDCU/15.

Los productos de la gama Corega cumplen con la normativa vigente de productos sanitarios.

Las marcas son propiedad del, o están licenciadas al, grupo de compañías GSK © 2021 grupo de compañías GSK o licenciante.

PM-ES-PLD-21-00045