

ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 10
Nº 48 abril-mayo 2021



Víctor Manuel Guerrero Reynoso

Editor de : Emprendedores. Testimonios de vida y pasión



Alejandra Llorente

"Os animo a poner el cartel del 016 en los baños"



Manuel Ribera Uribe

El equipo multidisciplinar y el liderazgo





ticare

TISSUE CARE
PHILOSOPHY

Línea de pilares TCP

TISSUE CARE
PHILOSOPHY

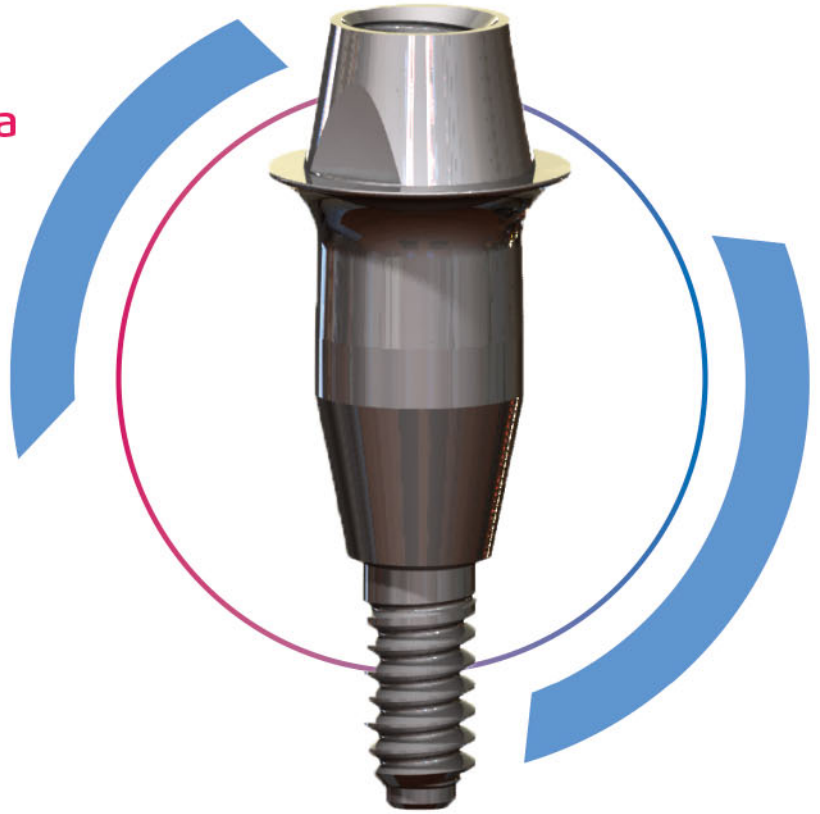
Un pilar de **emergencia estrecha** con **perfil suave** que da más **espacio a los tejidos blandos** mejorando la **estabilidad periimplantaria** a largo plazo



Pilar cónico 30°
emergencia TCP



Interfase Titanio
Hexagonal TCP



Pilar cónico 10° emergencia TCP

DA MÁS ESPACIO A LOS TEJIDOS BLANDOS

Consulta con tu delegado comercial Ticare

Haz tu pedido por Genetic

genetic.ticareimplants.com



@ticareimplants
ticareimplants.com



gapZero
ticare

Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- 🔗 El equipo multidisciplinar en odontología: una orquesta o el valor de la semiología
- 🔗 La Paciente de las 4
- 🔗 El especialista exclusivo. Su futuro
- 🔗 ¡Prevenir es mejor que curar!

Tribuna de salud pública. 14

- 🔗 ¿Y ahora qué?

Entrevista 16

- 🔗 Víctor Manuel Guerrero Reynoso

Actualidad 22

- 🔗 SEMO: Te lo perdiste, !!! ...Te lo contamos... !!!
- 🔗 Expodental

Ciencia y salud. 30

- 🔗 Tumores en la lengua
- 🔗 La radiación ultravioleta no es aceptable para esterilizar el instrumental
- 🔗 El uso de implantes angulados para la carga inmediata maxilar mediante una rehabilitación fija. A propósito de un caso clínico

Historia de la Odontología 44

- 🔗 Los inicios de la Bioética en Odontología

Gestiona tu consulta. 52

- 🔗 ¿Cómo seguir trabajando al alcanzar la edad de jubilación?
- 🔗 Más rentable y seguro que invertir en BITCOIN

Empresas 57

- 🔗 Presentación del nuevo Surgic Pro2 de NSK

Formación 58

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



Con menos medios, en el siglo XIX consiguieron más

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Volviendo a lo que en el número anterior denominé “reapertura del debate” en torno a las especialidades en odontología, leyendo el último libro que ha publicado Javier Sanz Serrulla (Historia de la Odontología Española), encuentro en una de sus páginas un hecho acaecido en 1892, pronto hará ciento treinta años.

Publicaba el Heraldo de Madrid lo siguiente:

Se agita entre los dentistas más reputados de esta corte de elevar una instancia con carácter urgente al ministro de Fomento, significando la necesidad de reformar el vigente programa de exámenes, pues los rápidos progresos realizados en prótesis y cirugía dental reclaman manifiestamente que esta especialidad de la Facultad de Medicina se ponga a la altura de las demás naciones civilizadas

El autor de este libro continúa escribiendo: Dicha comisión, en definitiva, quería «civilizar» la Odontología Española.

Ahora no entraré en si tenemos o no necesidad de civilizar la profesión, tal vez algo o a alguien sí, pero esto para otro día.

Lo que llama la atención, y con orgullo, es el interés desde la profesión por ir subiendo el listón de nuestras propias exigencias. Aquellos “dentistas” de hace 130 años, que no disponían de la infraestructura de estos tiempos, fueron capaces de reunirse y luchar por dignificar su trabajo. Sin internet, sin celulares y sobre todo sin la abundante recaudación de cuotas a los colegiados de la que participa la más alta “representación” de los dentistas, fueron consiguiendo lo que somos hoy, sin ese protagonismo narcisista de nuestra “alta representación”.

Al fin, al inicio del Siglo XX como nos relata el autor de este libro se vería cumplido el deseo ansiado de la clase odontológica española y a partir de 1901, menos de diez años desde aquella publicación, el que quisiera ejercer como dentista, debería pasar por las aulas universitarias de las que saldría con un título de Odontólogo.

Quien quiera conocer más detalles y mejor expuestos, le remito al libro de Sanz Serrulla mencionado al inicio. Sin conocer el pasado, nuestra historia, difícilmente lograremos conquistar el futuro.

Los estudios de odontología están en la universidad, como otros de profesiones sanitarias que se han ido creando después, especialmente en los últimos años.

La cuestión es si vamos a permitir que ahora salgan de la universidad, me refiero a las especialidades.

Es mi opinión, y como tal una más, que deben hacerse dentro de la universidad.

Si nos fijamos en la medicina y lo traigo a colación porque ya alguno de los partidarios de crear “academias particulares”, plantean que las especialidades en medicina no se imparten en la universidad sino en los hospitales, les recomiendo que se fijen en que los más prestigiados hospitales de este país se han esforzado en vincularse a la facultad de medicina y denominarse “Hospital Universitario”.

Esta profesión debe tener como objetivo principal el servicio público, sin menoscabo de permitir a sus integrantes cumplir sus necesidades y aspiraciones económicas, estas no deben ser el primer y destacado fin en su ejercicio profesional.

Sacar las enseñanzas de especialización de la universidad, puede llevarnos a que se implementen estas con intereses económicos por encima de las necesidades asistenciales de nuestra población por una parte y a romper los principios de igualdad, mérito y capacidad, por los que se debe procurar el acceso a esta formación.

La Conferencia de Decanos de Odontología debe ser el primer estamento en luchar por su creación y mantenimiento en el ámbito de la universidad.

El equipo multidisciplinar en odontología: una orquesta o el valor de la semiología

Dr. Manuel Ribera Uribe, JMD, DDS, PhD

*Profesor de Gerodontología, Pacientes Especiales y Prostodoncia
Presidente de Comité de Ética en Investigación y Medicamentos UIC
Universitat Internacional de Catalunya*



Cada vez más el ejercicio de la odontología se parece más a tocar en una orquesta. Hubo un tiempo en que los dentistas éramos solistas, trabajábamos en nuestras consultas de modo aislado, con pocos contactos con el resto de profesionales o limitados a escasos encuentros en congresos o eventos. A la vez además de solistas éramos capaces de tocar casi cualquier instrumento: éramos prostodoncistas, periodoncistas, cirujanos, endodoncistas.

La vida actual está inmersa en una avalancha de información, también odontológica. Internet, las redes sociales, etc. Los pacientes se nutren con la misma tranquilidad y ligereza de la opinión de un influencer o de alguien que escribe en la red con total impunidad, que de un profesional con años de ejercicio y reconocida solvencia. Todas las webs de las clínicas informan de todo, como no cuesta nada, no vale nada y he ahí que pocos pagan por la experiencia del dentista o por su confianza. A ello se une, que incluso entre los profesionales, cada cual entiende de lo suyo y la formación Universitaria o no, en másteres y posgrados, y la posible ley de Especialidades en ciernes dan la sensación de propiciar la fragmentación del conocimiento en parcelas y facilitar que el paciente pierda el dentista referente de toda la vida. La medicina ya pasó por ese tránsito, los médicos de cabecera, los médicos de pueblo, los que establecían el primer contacto, la primera línea, fueron perdiendo su prestigio y la confianza de los usuarios en pro de la figura del especialista, hasta que llegó la atención primaria, se revalorizó la primera línea de contacto y en los últimos tiempos todos reconocen ya la importantísima labor que los médicos de cabecera han llevado a cabo especialmente en el último año.

En odontología, la figura que actúa de aglutinante entre todos los elementos de la consulta, el líder que explica con matices el tratamiento, usando como apoyo la confianza y la relación con el paciente, está en franca decadencia. Cada especialista da todo lujo de detalles de su parcela, demasiados en algún caso, e incluso en ocasiones, desgraciadamente, se permite transmitir al paciente su opinión sobre otros campos. Eso no es un trabajo interdisciplinar. No es una orquesta afinada. Es una suma de músicos tocando al unísono.

*“Sólo puede haber un líder en cada trabajo,
el que diseñó el plan que aceptó el paciente”*

Los planes de tratamiento son como las partituras. Las escribe uno, incluso las puede interpretar otro pero la orquesta solo la maneja el director. Son demasiadas las veces que el plan de tratamiento diseñado por alguien, que ha de ser ejecutado por varios, se cambia porque uno de los dentistas implicados, no solo se permite aconsejar a paciente sobre su campo sino que también le propone cambios o alternativas en lo que no es de su directa incumbencia.

A mi modo de ver solo puede haber un líder en cada trabajo, el que diseñó el plan que aceptó el paciente. En todo caso, en su elaboración puede y muy a menudo debe consultar a sus músicos, para finalmente explicarlo él y hacerlo suyo al transmitirlo. Su visión del trabajo debe ser holística, engranado no solo los aspectos técnicos de todas las especialidades implicadas sino también los aspectos humanos, de relación y económicos que conoce gracias a su relación empática con el paciente. Cualquier cambio que proponga un especialista debe venir explicado y tamizado por el autor del plan, por el director de la orquesta. La orquesta suena mucho mejor si los miembros, por muy excelsos solistas que sean, se limitan a tocar su parte, la parte prevista en la partitura pero sin modificar nada, sin tocar otro instrumento que no sea el suyo. Su calidad profesional se pone en evidencia si sigue lo pactado y si, teniendo dudas del tipo que sean, se las plantea al director, antes que al público.

*“El paciente confía en un dentista y lleva mal
el que cada uno le diga cosas diferentes”*

Esta coordinación afecta tanto a los protocolos de trabajo clínicos como a los protocolos de procedimientos. El paciente confía en un dentista y lleva mal el que cada uno le diga cosas diferentes, le dé razones distintas o le cambie lo que el primero de todos le explicó. Este proceder es sumamente frecuente en policlínicas donde, a pie de cañón, quien está a todas horas es una higienista o un gestor con más visión económica que clínica. O en aquellas en las que el Director médico es simplemente una figura de paja necesaria administrativamente pero con poca autoridad ejecutiva o moral sobre el resto de profesionales. Incluso en aquellas clínicas en las que el que realiza las primeras visitas es el que menos experiencia tiene (cuando en realidad debería ser al revés), básicamente porque la dinámica del mercado ha puesto las visitas iniciales de planificación y presupuesto a precio cero. Seguramente no podremos cambiar esa dinámica fácilmente pero lo cierto es que el paciente ganaría en confianza y posiblemente el tratamiento ganaría en eficiencia si el líder, odontológico o médico, de la clínica se ganara la vida simplemente por ejercer como tal, tutelando la correcta ejecución de los planes de tratamiento que previamente supervisó, con una razonable interrelación entre la rentabilidad económica y la calidad técnica. Realmente, en general, es un difícil trabajo el liderar una empresa, una clínica o una orquesta dando la espalda a las presiones. Ser capaz de influenciar y escuchar a la vez, tener una cierta independencia de los agentes externos es una condición muy necesaria en todo aquel que diseña un plan de tratamiento.

Lactoflora®

salud bucodental

SABOR MENTA

¿Problemas
dentales y
de encías?
¿Mal aliento?



Probióticos

Vitamina
D₃

El complemento para
la higiene bucal diaria

Triple Efecto

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

Efecto bactericida frente caries,
candidiasis, gingivitis y halitosis

Efecto protector de
la dentina y las encías

Efecto restaurador de
la microbiota oral

Documentación dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios

• Sin gluten • Sin lactosa

Recomendado por:
**no
lactosa** **adilac**
Asociación de intolerantes
a la lactosa España

www.lactoflora.es

STADA
Our Mission - Your Health

La Paciente de las 4

Alejandra Llorente
Odontóloga

Era una tarde cualquiera, oscura y lluviosa de invierno en Reino Unido como muchas otras.

Había sido un día tranquilo hasta que entra la paciente de las cuatro con su marido.

Ella miraba al suelo como si la conversación no le importase mientras él me explicaba que como iba borracha se había caído al suelo en la gasolinera golpeándose en el pómulo y que querían que la revisara por si se había roto algo y si estaban bien los dientes.

Yo la observé de arriba abajo como habríamos hecho cualquiera y mi cerebro empezó a reaccionar, buscando un diagnóstico las preguntas empezaron a salir.

¿Cómo te has caído? ¿Cuándo? ¿Te duele? Déjame que te vea...

No obtuve respuestas.

Según me acercaba veo que lo que tiene en la cara es una marca redonda como la de un puñetazo en el cigomático y casi intuyo la marca de los nudillos en su piel.

Entonces se me ocurre decir ¿Cómo te has caído dándote solo en esa zona sin darte en la nariz? Si te caes de frente, en la nariz también te tendrías que haber dado y según lo digo me doy cuenta de lo que tengo delante.

El marido refunfuña de nuevo diciendo que estaba borracha, que era una irresponsable y que no preguntará más.

El miedo me paraliza unos segundos, pero recordé el curso de cómo proteger a adultos vulnerables que había hecho hacía poco al llegar a Inglaterra, curso que pensé que jamás iba a utilizar.

Paso uno, alejar a la víctima del supuesto agresor.

Vale, pues vamos al panorámico a hacer una radiografía, usted se queda aquí, no puede entrar en la sala de rayos-x, mi auxiliar y yo traeremos a su mujer en dos minutos de vuelta, tenemos que ver si hay algo roto.

Mi auxiliar me mira extrañada pero me sigue...no la solía llevar a la sala del panorámico pero no me la iba a jugar dejándola a solas con él.

Salimos las tres.

Cuando entramos en la sala del panorámico le digo a la paciente, dime la verdad tu no te has caído, esta marca es de un puñetazo y sabes que lo tengo que denunciar. No habéis ido a urgencias de un hospital porque se iban a dar cuenta pero aquí tampoco pasa desapercibido.

La auxiliar le dice al marido que el panorámico está dando fallos y que vamos a tardar un poco más.



La paciente se sentó en el suelo confusa y cansada y yo me senté a su lado. La verdad que no sabía qué hacer, solo se me ocurrió contarle el cuento de la rana y de cómo la meten en una cazuela.

Al principio la rana que era friolera estaba muy contenta pero el agua se iba calentando a fuego lento hasta que al final la rana no tenía fuerzas para escapar y muere. El maltrato empieza así, si te hubiese dado este puñetazo el primer día no estarías aquí temblando a mi lado. Va poco a poco hasta que llega un día que no sabes lo que está bien o mal y ya es demasiado tarde.

Coge mi móvil, y métete en el baño de la clínica y llama al teléfono que tienes en la pared, es el de ayuda a las víctimas de maltrato. Tienes que hacerlo tu porque tienes que saltar de la cazuela ya.

A los cinco minutos teníamos a cuatro policías en la consulta. A ella la escoltaron al hospital para determinar las lesiones y el salió esposado.

Desde entonces entiendo porque en Reino Unido en muchos baños públicos tanto de bares, restaurantes, y centros médicos ponen el teléfono de ayuda a las mujeres maltratadas, porque es de los pocos lugares al que van solas.

Hoy dijeron en la televisión que en España según datos recientes moría una mujer por violencia de género cada tres días.

Creo que sería una buena iniciativa que lo hiciéramos en España también porque no importa en qué barrio tengamos la consulta, esta lacra afecta a todas las clases sociales, y tenemos como profesionales sanitarios que velar por nuestros pacientes.

Os animo a que pongáis el cartel del 016 en los baños de vuestras clínicas, porque un pequeño gesto puede salvar una vida.

Go beyond.



El nuevo Surgic Pro2

Operabilidad, seguridad y conectividad inalámbrica. Los tres puntos en los que el nuevo Surgic Pro2 marca la diferencia.

El micromotor quirúrgico de NSK presenta una extraordinaria innovación. Diseñado para dar a los profesionales el mejor dispositivo y disfrutar de la experiencia de trabajo más efectiva, segura y cómoda.

Cualquier motivo es bueno para elegir el Surgic Pro2: el brillante progreso, que te permite dar un paso más.



1 Operabilidad mejorada gracias al nuevo y más compacto motor. El centro de gravedad más cerca del cabezal del contra-ángulo: más confort, menos fatiga.



2 Display sensible y seguro gracias a la nueva pantalla plana fácil de limpiar. El panel táctil inteligente ha sido diseñado para responder cuando se utilizan guantes quirúrgicos.



3 Luz LED de color de Alta Resolución para permitirle ver la sangre y las encías como si tuvieran luz natural y, por lo tanto, brindar una mayor visibilidad durante cada intervención, generando una cantidad mínima de calor.



4 Silencio y suavidad gracias a la nueva bomba de irrigación, que proporciona un flujo de irrigación constante mientras se adapta perfectamente al diseño compacto del dispositivo.



5 Máxima precisión de torque. El sistema de calibración avanzada AHC de NSK ofrece a máxima seguridad en la colocación de implantes.



6 Precisión y control para mejorar las decisiones a la hora de realizar la carga de un implante. Especialmente en aquellos tratamientos de carga inmediata o pacientes de alto riesgo.



7 Conexión inalámbrica con múltiples dispositivos como el VarioSurg3, el Osseo100+, el pedal de control inalámbrico y iPad, para mejorar significativamente el alcance de los tratamientos quirúrgicos.



8 Pedal de control inalámbrico 400 g más ligero que el modelo anterior. Las funciones de selección de flujo de irrigación, selección de programa, dirección de rotación y velocidad de rotación. Además, el pedal puede personalizarse al gusto de cada profesional.

El especialista exclusivo. Su futuro

Josep M. Ustrell Torrent
Vicedecano de Odontología

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



La ciencia y la práctica dental evolucionaron, a lo largo de los siglos, de una forma empírica, de forma que se mantenía el conocimiento durante períodos de centurias. A partir de finales del siglo XIX, con la reforma de los estudios, la evolución fue progresiva y durante todo el siglo XX y en el siglo actual, esta evolución ha conseguido una progresión geométrica, de forma que se observa una gran aceleración de los avances científicos y tecnológicos.

Para conseguir alcanzar el nivel que se exige actualmente, los estudios no pueden ser sólo técnicos sino que deben ser apoyados desde la base y, en este sentido, el médico y humanista Moisès Broggi i Vallès (1908-2012), que fue presidente de la Real Academia de Medicina de Catalunya, proponía que los estudios en Ciencias de la Salud tuviesen los dos primeros años con asignaturas básicas y comunes, un año de preclínico y, a partir de ahí, cada área debería añadir los años necesarios para completar sus estudios específicos y llegar a la titulación de Grado.

Este periplo es sólo un inicio que nos prepara para los estudios de posgrado, que Urbina¹ los define como la vía para el desarrollo de la superación profesional y la formación académica en la adquisición de competencias, y nos dirige a la especialidad como la rama de una ciencia a la que se quieren dedicar en la profesión.

Presenta una estadística de estos estudios de posgrado, que los divide en doctorado, másteres y especialidades, haciendo una valoración de las diferentes visiones que se tienen en Europa, América Latina, Estados Unidos y Canadá. En términos generales, Europa da un gran valor a los estudios de máster, América Latina a las especialidades y Estados Unidos y Canadá a doctorados y másteres.

Concretamente a los másteres los más procurados son: Ortodoncia, Cirugía Oral, Odontopediatría, Periodoncia y Endodoncia, siendo la Cirugía Oral en América Latina el máster menos requerido.

En relación a las especialidades las más solicitadas siguen el mismo criterio, aunque la Cirugía Oral en América Latina aumenta su porcentaje de procura.

Centrándonos en nuestro territorio, ponemos de ejemplo al país vecino. En Portugal, siguiendo la normativa europea², se crearon las especialidades de Ortodoncia y Cirugía Oral, para las que son necesarios tres años de estudios a tiempo completo, con las mismas horas que nuestros másteres. Actualmente ya han implementado dos nuevas especialidades: Odontopediatría y Periodoncia.

Ventajas e Inconvenientes a las especialidades.

La especialización comporta como ventajas: un mayor conocimiento específico, con más conocimientos teóricos y prácticos; un incremento de las habilidades; un mayor nivel de exigencia; la conveniencia de estancias en otras universidades; mayores oportunidades laborales, con acceso a la bolsa de trabajo y una salida laboral asegurada (en y fuera del país); mejores condiciones de trabajo y, normalmente, mejor salario; y trabajo en equipo y *networking*. Pero también tiene ciertos inconvenientes como: la pérdida progresiva del conocimiento de la práctica clínica general y, por ello, depender de los generalistas; una gran inversión de tiempo y dinero; los desplazamientos y la vivienda mientras se estudia; la inversión en material específico; y la incorporación tardía al mercado laboral.

¿Cuál puede ser el futuro?

Nos queremos equiparar a lo que está a ser desarrollado en Europa garantizando la Igualdad de condiciones en el acceso a la formación especializada, y la libre movilidad de los profesionales. Para ello están implicados las Universidades, el Consejo General de Dentistas y las Sociedades Científicas, que están “negociando” con el Gobierno, a través de los ministerios de Educación y Sanidad.

Para profundizar en este posible futuro, tomo las opiniones del Dr. Fernando Gutiérrez, editor de la revista *Odontólogos de Hoy*³, entre las cuales nos recuerda que hace más de 25 años que el Consejo ya se planteó el impulso a la creación de las especialidades y remarca lo anteriormente dicho, que se empiezan a diseñar las estrategias para desatascar este tema.

“las especialidades son necesarias para mejorar el avance en cada una de las partes que forman la ciencia odontológica”

.....

Nos recuerda el Real Decreto por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, siendo ésta una vía posible que se debería especificar.

También da su opinión de las que podrían ser prioritarias y, en general, apuesta por aquellas en las que tengamos los profesionales mejor preparados o en aquellas en las que nos vemos obligados a remitir a otros compañeros. Sobre dónde deberían

impartir la docencia no tiene dudas de que serían las Universidades. Y en el modo de acceso, con examen nacional único, tipo sistema MIR. Ya al final deja claro que las especialidades de ninguna manera servirán para excluir a nadie del ejercicio y las competencias que la Ley 10/1986 establece para el odontólogo.

Aunque la implementación de las especialidades no descarta la evaluación profesional en “criterios de calidad”. Así opina el Dr. Carlos Faria, del Servicio de Estomatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Porto, cuyo razonamiento está motivado por el aumento del número de especialidades en Portugal. Según su criterio, hay que tener en cuenta que determinadas áreas del conocimiento odontológico se superponen en especialidades diferentes y, aunque existan las especialidades se debería implementar la formación continua obligatoria, y pone como ejemplo que, aunque el ortodoncista no haga otros tratamientos debería tener conocimientos básicos en periodoncia, oclusión y cirugía craneofacial, entre otras.

En mi opinión las especialidades son necesarias para mejorar el avance en cada una de las partes que forman la ciencia odontológica, pero no debemos olvidar la formación básica tan necesaria para el ejercicio de la profesión, porque nos da una visión global de la patología que afecta al paciente. Precisamente debido a la especialización por áreas es cuando es más evidente que deberían ser ejercidas en equipo y, mejor aún, en ambiente hospitalario, donde deberían tener Consultas de Estomatología y Odontología.

Una pequeña historia sobre las “especialidades” para reflexionar: el maestro (M) espera a que llegue un sustituto para hacer unas merecidas vacaciones y este sustituto resulta que fue su discípulo (D).

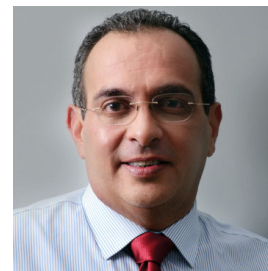
- D. Le comunica que no podrá ir para ejercer la medicina familiar porque se ha especializado.
- M. ¿En qué se ha especializado? le pregunta
- D. En Otorrinolaringología
- M. ¿En cuál de las tres: nariz, oído o laringe?
- D. En laringe
- M. ¿En qué lado, derecho o izquierdo?

*“es necesario formar especialistas no sólo en la curación individual, sino también en la preventiva, la social y la colectiva”
(Antoni Trias)*

En conclusión: Es necesario incrementar en la oferta de los estudios de especialización: Gestión, Investigación, Nuevas Tecnologías y mayor y mejor Transferencia del Conocimiento, para generar profesionales capaces de ejercer internacionalmente. Y muy importante sería acrecentar también: Historia de la Odontología, Psicología aplicada y Valores de la Ética. Hace pocas semanas se presentó en enfermería una tesis en la que se evaluaban los valores éticos en relación a los pacientes y sus resultados se compararán con los de la odontología, iniciándose así la profundización en esta área. Y en palabras del Dr. Antoni Trias i Pujol⁴ (1891-1970): es necesario formar especialistas no sólo en la curación individual, sino también en la preventiva, la social y la colectiva, que nos deja claro que no hay que perder la parte más humanista de nuestra profesión, la interacción con la persona enferma.

1. Omayda Urbina. La educación de posgrado en las universidades médicas cubanas. [En línea]. Educación Médica Superior. 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2141201500020001
2. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo para el reconocimiento de las calificaciones profesionales. Directiva 2006/100/CE del Consejo Europeo de 20 de noviembre de 2006, en relación a la libre circulación de personas. C 137/8 Boletín Oficial de la Unión Europea PT 4.6.2008: Notificación de títulos de formación de médicos especialistas, enfermeros responsables de cuidados generales, dentistas especialistas, comadronas y arquitectos.
3. Gutiérrez de Guzmán F. Especialidades en Odontología. Odontólogos de Hoy. 2021;11.
4. Vilaseca JM. L'aspecte docent. Glossa – Antoni Trias i Pujol. Gimbernat 2021;75:161-7.

¡Prevenir es mejor que curar!



*Enrique Jadad Bechara
Especialista en Rehabilitación Oral, investigador y conferenciante con práctica privada
en Barranquilla (Colombia).
Fundador del grupo Dignificar la Odontología (FaceBook)*

Enrique Jadad aborda un tema que requiere no solo que el odontólogo eduque a sus pacientes sobre los hábitos higiénicos que debe seguir para mantener una buena salud oral, sino que le dé la importancia que se merecen en sus consultas.

¡Más vale prevenir que curar! Esta la expresión favorita de miles de seres llamados precavidos. Este refrán nos quiere decir que es mucho mejor evitar que algo malo suceda antes que tener que solucionarlo una vez que ha pasado. Es decir, es preferible tomar las medidas necesarias que no tener que arreglar después.

En Odontología, es indispensable evitar la aparición y desarrollo de cualquier patología oral, especialmente si tenemos en cuenta que las técnicas preventivas son muy fáciles de implementar y están a disposición de todos los actores involucrados en temas de salud oral y profesiones afines.

Hoy día contamos con innumerables y sofisticados tratamientos para rehabilitar, curar, reemplazar y corregir las alteraciones que se presenten en las estructuras dentales y los órganos asociados a la cavidad oral. La gran mayoría son procedimientos cuya finalidad es garantizar la salud oral de las personas que nos buscan para que les brindemos soluciones a sus problemas.

Cuando hablamos de prevenir nos estamos refiriendo a factores o decisiones que tienen la finalidad de evitar que aparezca cualquier tipo de enfermedad en la cavidad oral. Debemos realizar todos los esfuerzos posibles para que nuestros pacientes pongan en práctica los hábitos de una adecuada higiene oral, ya que es la alternativa más eficaz para prevenir la presencia o proliferación de enfermedades en la cavidad oral y estructuras adyacentes.

Muchas personas piensan que esta rutina está relacionada solamente con el hábito de cepillarse los dientes después de cada comida, pero a esto debemos añadirle el uso del hilo dental,

un elemento que para la gran mayoría de pacientes no tiene la importancia que merece. Se le debe inculcar a los pacientes que el hilo dental presta un gran servicio, ya que ayuda a retirar los restos de alimentos que se quedan atrapados en los espacios de difícil acceso y que no alcanzamos con el cepillo.

El tercer elemento indispensable para prevenir patologías en los dientes y encías son los enjuagues bucales, que completan la tríada básica indispensable para tener una rutina de higiene dental adecuada.

De otro lado, es importante el tema de la alimentación para prevenir enfermedades orales. Es recomendable explicar a nuestros pacientes que deben evitar aquellos alimentos que contengan azúcares, debido a que son los principales causantes de enfermedades dentales como la caries. Si consumimos alimentos azucarados, es recomendable cepillarse los dientes inmediatamente después de consumirlos para evitar que las bacterias y los ácidos que liberan causen daños en el esmalte dental y otras estructuras dentales y periodontales.

Al educar a los pacientes, se les debe concientizar para que tengan presente que la conducta que más les ayudará a prevenir las enfermedades orales es el visitar regularmente a su odontólogo,

*“La prevención en el campo de la salud
implica una concepción científica de trabajo,
no es sólo un modo de hacer, es un modo
de pensar”*

.....



especialmente aquellos pacientes que tienen alta predisposición a desarrollar caries y enfermedades periodontales.

A su vez, el odontólogo le debe dar un valor real a la fase higiénica o limpieza dental con la que se elimina la placa bacteriana y cálculos que se adhieren al esmalte y cemento radicular. Implementando este simple e indoloro tratamiento evitaremos la presencia de las principales enfermedades dentales.

Otra alternativa preventiva recomendable es el sellado de fosas y fisuras, terapia que lleva muchos años demostrando su eficacia en aquellos pacientes con tendencia a desarrollar caries, tanto en niños como en adultos.

Definitivamente, es mejor prevenir que curar, de esta forma evitaremos malestar y dolor. El tratamiento de una lesión de caries necesita el uso de anestesia, un tratamiento más complejo que una actividad de prevención, y el consumo de tiempo en el caso de tratarse de una urgencia. Además, por más bien restaurado que esté el diente, nunca será igual que mantenerlo intacto y sano.

“Un sistema de salud será más eficaz en la medida que prevenga más y cure menos”

Un sistema de salud será más eficaz en la medida que prevenga más y que cure menos. No es lo mismo tener una sociedad con avances cualitativos y cuantitativos en lo que a indicadores de salud se refiere, lo cual implica un bienestar de sus miembros y un mayor desarrollo socioeconómico. La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un sistema de salud.

Todos sabemos que es mejor prevenir que curar. La prevención es una piedra angular en Medicina y Odontología. Una sociedad capaz de abordar el peldaño preventivo en toda su plenitud —a nivel médico, social, medioambiental y laboral—, supondría una madurez en la que se verían mayormente satisfechas las necesidades generales de la población.

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

¿Y ahora qué?

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



Estamos vislumbrando ya la salida del túnel COVID-19 aunque como todos sabemos no hay que echar las campanas al vuelo. La paciencia es la madre de la ciencia, es lo que dice un viejo aforismo. Con el relajamiento que está produciendo la posible contención de la pandemia, llega el momento de hacer introspección y se debería huir de posturas autocomplacientes. Como en toda actividad humana, ha habido luces y sombras. El poder tiende a ser autocomplaciente –ejemplos tenemos estos días- pero los soldados de a pie, mejor nos centramos en ser críticos. La tensión de fuerzas es lo que hace avanzar.

Los presidentes de las Sociedades Científicas y Colegios Profesionales regionales, 36 en total, han respondido a una pregunta formulada por una revista del sector –autocomplaciente, lo que decía- sobre los cambios que se pueden esperar en nuestra profesión en el próximo futuro. De la variedad de respuestas ganan el pulso las que tienen que ver, por este orden, con: la comunicación *online* tanto con pacientes como entre profesionales; la implementación de medidas de protección frente a virus e infecciones; la digitalización; la necesidad del reconocimiento de las especialidades; y la necesidad de la prevención, todas ellas como piedras angulares de nuestra futura actividad profesional. Particularmente pienso que lo más urgente es el reconocimiento de las especialidades. Este proceso de consenso necesario se está demorando demasiado. Según noticias recientes, el proyecto de Real Decreto sigue su curso, va cumpliendo etapas. Ojalá después del verano haya noticias concluyentes. Con ello ganaremos todos: nosotros y nuestros pacientes.

A la comunicación *online* con los pacientes le veo un recorrido limitado porque nuestra especialidad necesita la presencialidad para la mayoría de los tratamientos. Pero es verdad que la prevención y el consejo sanitario deberán ir ganando terreno y esto se puede hacer telemáticamente. No así muchos diagnósticos y prescripciones medicamentosas. La pandemia ha mostrado el aumento de prescripción de antibióticos sin suficiente justificación. Por otra parte, la digitalización vendrá impuesta por el imparable avance tecnológico y la manera de trabajar y relacionarse de las nuevas generaciones. Ya es una realidad:

es el curso de la vida. Y lo que parece indudable es que las nuevas medidas de protección se deben incorporar al protocolo “sí o sí”, como se ha puesto de moda en el hablar coloquial. Por si no lo éramos ya, ahora somos plenamente conscientes de que trabajamos en una “nube de aerosoles”. Y esa nube contiene todos los patógenos. El SIDA nos hizo incorporar la barrera del guante; la COVID-19 nos ha hecho incorporar las barreras frente a aerosoles.

Algunos compañeros expresan el deseo de la “humanización” de nuestra actividad frente a posturas mercantiles. Habrá que repetirlo hasta la saciedad: somos médicos de la boca, no vendedores



Pero junto a estas predicciones en las que coinciden la mayoría de estos compañeros consultados, algunos expresan unos deseos. El primero, y el que me parece más acertado, el deseo de la “humanización” de nuestra actividad frente a posturas mercantiles. Habrá que repetirlo hasta la saciedad: somos médicos de la boca, no vendedores. Como colectivo profesional de la salud es algo irrenunciable, no lo podemos obviar. Cada día se avanza más en el conocimiento de cuántos factores de la salud general se relacionan con la salud bucodental y viceversa. Esto no debería ponerse sobre el papel por su obviedad. Pero los primeros que lo deben entender son los responsables políticos de regular la actividad sanitaria. Hay demasiada permisividad hacia entramados mercantiles que se benefician de las necesidades de la población para hacer negocio a costa de su salud. En algunos casos con una falta absoluta de escrúpulos. Suficientes ejemplos ha habido en los últimos años. Hacen daño a los pacientes y a la sociedad. No sé si es falta de voluntad política o simplemente desidia, abandono. Aquí los que perdemos somos todos: sociedad, pacientes y profesionales. El futuro de la salud y de nuestra actividad pasa también por que se aborde esta anomalía.



9 - 11 de octubre
SEPEs
50º Congreso Anual
Madrid 2021

*Por un
paciente
feliz*



Dr. Guillermo Pradiés
Presidente del congreso

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Guillermo Pradiés Ramiro
Vicepresidente: Rafael Martínez de Fuentes
Secretaria: Eva Rosel Gallardo
Tesorera: Marta Romeo Rubio
Vocal: María Paz Salido Rodríguez-Manzaneque
Vocal: Marisol Ucha Domingo
Vocal: Gabriel García García

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: Jaime Jiménez García
Vocal: Jaime A. Gil Lozano
Vocal: Francisco Martínez Rus
Vocal: Sandra Fernández Villar
Vocal: María Jesús Suárez García
Vocal: Jaime del Río Highsmith
Vocal: José Manuel Navarro Martínez

INSCRÍBETE HASTA EL 15 DE JULIO
con la tarifa reducida al congreso presencial o al online

AFORO
LIMITADO

www.congresosepes.org/2021madrid/

Hablamos con Víctor Manuel Guerrero Reynoso

Odontólogo



Hablamos con Víctor Manuel Guerrero Reynoso, odontólogo mexicano con una larga y brillante trayectoria profesional, ha participado en numerosas actividades tanto en México como a nivel internacional.

En su largo currículum destaca el haber sido director de la Facultad de Odontología de la Universidad de La Salle Bajío (León, México), siendo promotor y fundador de los estudios de postgrado. Socio fundador de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología. Miembro de varias asociaciones Internacionales. Presidente de la Asociación Dental Mexicana. Presidente del comité organizador del Congreso Mundial de la Federación Dental Internacional en México en 2011. Tiene una Maestría en Educación y otra en Gestión de Proyectos.

Es editor del libro "Emprendedores. Testimonio de vida y pasión"

■ ¿Nos puede contar qué le motivó a realizar los estudios de odontología?

La verdad es que nadie en mi familia cercana o lejana era odontólogo como para haber sido motivado por esa razón a estudiar esta noble y gratificante profesión. La verdad vengo de una familia de once hermanos, cuando me tocó decidir mis hermanos mayores habían estudiado Arquitectura, Contabilidad, Ingeniería Química, un sacerdote Jesuita y un Lic. en Administración de Empresas, de tal forma que no quería repetir alguna de ellas. Me gustaba el área médica, más no quería estudiar Médico Cirujano. En México la carrera de Cirujano Dentista es independiente de la de Médico Cirujano, el bachillerato (Preparatoria) era de tres años, dos comunes y al llegar al tercero nos dividíamos por áreas de interés, yo me inscribí al área de Ciencias Biológicas y posteriormente para la universidad me decidí por la carrera de Cirujano Dentista, en la Universidad Autónoma de Guadalajara. De tal forma que fue de una manera espontánea, no inducida por nada, ni nadie.

■ ¿Cómo surgió la idea de este libro?

Inicialmente quisiera comentar que es un libro electrónico y gratuito, quiero aclarar que yo no escribí el libro, fui el líder de éste proyecto dónde motivé e invité a los participantes, coordiné los

esfuerzos e interactué con ellos, con el diseñador, hasta editarlo. Agradezco sobremanera la confianza que tuvieron en mí de todos los autores para compartirme sus historias de vida y al Dr. Javier de la Fuente Hernández por hacerme el honor de escribirme el prólogo, agradezco a todos ellos el darme la autorización para compartir con los interesados en este libro digital.

A medida que pasaba el tiempo de estar confinados en marzo del año pasado, inicialmente tuve la idea de entrevistar al Dr. Ernesto Acuña, ex presidente de la Asociación Dental Mexicana, un hombre reconocido internacionalmente, destacado por representar a ADM y a México en los grandes congresos y asociaciones internacionales por muchos años y que fue enlace por muchos años entre ADM y la Federación Dental Internacional, Presidente mundial de International College of Dentists en 1983, Presidente mundial de la Pierre Fauchard internacional para el 2013, en fin un personaje muy destacado de la odontología mexicana. Esta entrevista se iba a publicar en un diario de un amigo mío, Edgar Molina, que lo distribuye en los Congresos de AMIC Dental, el Congreso Dental más grande de habla hispana con 15,000 M2 de exposición comercial y la visita de aproximadamente 30,000 personas en cinco días. Se celebran en la Ciudad de México en los meses de mayo y diciembre de cada año. Pasa el tiempo de la pandemia y se cancela el AMIC de mayo y posteriormente se cancela también el de noviembre, de tal forma que no pude publicarlo en ese medio.

El 5 de noviembre cumpla 40 años de pertenecer a la Asociación Dental Mexicana, donde he participado en muchos comités directivos y tuve el honor de ser presidente de la misma, por lo que he tenido la oportunidad de viajar y estar en los congresos internacionales más importantes del mundo y he sido muy afortunado al conocer a grandes personajes de la odontología mundial, los cuáles al paso del tiempo, se convirtieron en mis amigos.

Grandes seres humanos y profesionales de la odontología. Pensé en plasmar en un libro digital, las historias de vida y pasión de estos hombres y mujeres emprendedores, con el fin de compartir a todos los lectores potenciales que entiendan el español en el mundo,

A este libro le llamo hijo de la pandemia, dado que en este tiempo fue que nació la idea y se terminó.

■ ¿Cómo define usted el contenido de esta obra?

Es una obra inspiracional, donde podemos encontrar alguna enseñanza o motivación para nuestra vida profesional o personal, donde nos encontraremos las más diversas historias de vida, todas ellas de dedicación, trabajo, de lucha, de esfuerzo, hasta conseguir llegar a la cima y ser personas de éxito.

Es un libro de muy fácil lectura, pues tienen un promedio de doce a catorce páginas cada participación, adicionalmente ninguna historia está relacionada con otra.

Este libro tiene la participación de doce Odontólogos de México y otras partes del mundo, seis líderes de la industria dental mexicana y una institución: Agrupación Mexicana de la Industria y Comercio Dental (AMIC Dental). No se puede entender el inicio de la práctica profesional de la odontología, sin el de la industria dental mexicana.

■ Son muchos y prestigiosos los profesionales que han participado, personas siempre muy ocupadas, ¿cómo ha conseguido tan alto nivel de participación?

He sido muy venturoso de contar con la amistad de los autores y afortunadamente aceptaron participar en el proyecto en el momento en que se los propuse. Hice una guía general para todos, que a la vez fue flexible. Había una fecha de entrega, que también fue flexible, pero parte importante fue el seguimiento con ellos, del proyecto.

El trabajo fue empezar, así poco a poco fueron enlazando sus historias, las revisaban, agregaban sucesos, corregían, buscaban fotos, etcétera.

Lamentablemente no pudieron participar todos los autores que yo hubiera querido, no sé al momento si habrá una segunda parte, donde más personajes de la odontología e industria dental me hagan el honor de participar, Dios dirá.

■ ¿Nos puede contar alguna anécdota que haya vivido durante el desarrollo de su libro?

Con gusto, uno de los participantes me costó mucho trabajo su participación, tenía voluntad de participar, se le hacía buena idea, pero no se le generaba la inspiración para empezar a escribir, lo contactaba y le pedía iniciara, me decía que sí, pero pasaba el tiempo y no podía comenzar, no desistí e insistí e insistí. Le propuse para que no se tardara más tiempo, podíamos tener una video llamada y yo grababa el audio y posteriormente mandaría a hacer la transcripción. La participación de cada uno de los participantes era de 12-14 páginas.

Por fin llegó el día y la hora y pues empezó la conversación de manera fluida y la duración de la grabación fue de cuatro horas, que representaron al transcribirla 42 páginas, lo que ocasionó que yo tuviera que hacer un resumen para estandarizar el número de páginas en el libro.

Después de todo esto le dije, lo bueno fue que no estabas inspirado y nos dio mucha risa.

■ No es habitual escribir un libro y regalarlo, como ha decidido usted, aunque sea el formato digital. ¿Qué objetivo se ha marcado?

El objetivo desde un principio era compilar las historias de vida de emprendedores exitosos relacionados con la odontología y la industria dental y compartir sus historias de vida y pasión a la mayor cantidad de personas que entiendan el español, en cualquier parte del mundo, nunca pensé en tener una utilidad, sino en que el libro electrónico pudiera llegar al mayor número de personas.

Este proyecto tuvo un costo en el diseño editorial del libro, las traducciones, transcripciones, registro del libro que está en trámite, el lanzamiento oficial en un estudio profesional, con producción, con traducción al inglés, conductora profesional, etc., sin embargo como ya dije, no tenía en mente venderlo, sino compartirlo.

En México se va a hacer una edición impresa limitada a cambio de un donativo para programas asistenciales de la Fundación de la Asociación Dental Mexicana. Esto sucederá en noviembre de este año en el Congreso de AMIC Dental en la Ciudad de México.



SUEÑOS Y ENSEÑANZAS DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA



DESCARGA GRATUITA

EMPRENDEDORES. TESTIMONIOS DE VIDA Y PASIÓN

¡Disponible para su descarga!



DESCARGAR LIBRO
8.7 mb



SOBRE EL EDITOR

Dr. Víctor Manuel Guerrero Reynoso

Odontólogo, nacido el 8 de Noviembre de 1952 en León, Gto., México.

Para los que les gusta el zodiaco soy escorpión, miembro de una familia grande de once hermanos, que ha crecido tanto que actualmente somos 118 integrantes.

Egresado de la Carrera de Cirujano Dentista de la **Universidad Autónoma de Guadalajara** en 1975, práctica privada por cuarenta años. Director de la Facultad de Odontología de la Universidad De La Salle Bajío, Maestría en Educación en la **Universidad De La Salle Bajío**, Maestría en Gestión de Proyectos de la Univesidad Ramón Llul de Barcelona.

Vicepresidente de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, expresidente de la Asociación Dental de León, expresidente de la **Asociación Dental Mexicana A.C.**

CONOCER MÁS

Foto: Felix Palomo Briseño
Edición: Bertha Alicia Mora Martínez



Ha recorrido usted numerosos países por motivos profesionales, en este libro participan colegas de América, Europa y África. ¿Somos diferentes como profesionales o es más lo que nos une que la distancia que nos separa?

Definitivamente yo considero qué es más lo que nos une y aunque tenemos una gran diversidad cultural, pero justamente esa diversidad es la que enriquece este libro.

Pronto hará treinta años que fundó usted los estudios de postgrado en la Facultad de La Salle Bajío. ¿Cree usted que es necesaria la especialización en odontología?

Yo pienso que sí, la misma medicina, desde hace muchos años lo ha hecho. El paciente debe tener un mejor tratamiento con un Cirujano Dentista especializado y por parte del profesional mejores habilidades y destrezas para atender a sus pacientes, con mayores posibilidades de éxito en los tratamientos, sin descartar los tratamientos de odontólogos generales que tienen una tendencia en una rama de nuestra profesión y tienen mucha práctica y destreza, pero definitivamente no creo en los odontólogos todólogos, pensando en que todo lo hagan de maravilla.

Esta usted retirado de la actividad clínica en una profesión en la que se graduó en 1975. ¿Ha cambiado mucho esta profesión desde entonces?

Definitivamente ha habido un avance impresionante en todos sentidos, materiales, instrumental, equipos, etcétera. Por ejemplo en la parte diagnóstica de trabajar con radiografías y cefalometrías de película el avance más importante es la radiografía digital y la tomografía computarizada.

En el diagnóstico de las lesiones de caries dónde del explorador, pasamos en 1998 al Diagnodent para detectar las lesiones de caries, de pasar en la operatoria dental de la extensión por prevención en la preparación de cavidades a la mínima invasión.

Tenemos equipos nuevos digitalizados desde la tecnología Doppler, lo que es el Spectra o tecnologías mucho más completas como es Canary. Otra área muy importante en lo que respecta a prevención es el Screening de cáncer oral como el Velescope.

En operatoria dental también el cambio de las turbinas tradicionales a los micromotores eléctricos, disminuyendo el ruido, reduciendo significativamente la ansiedad y miedo del paciente. En materiales la aparición de los adhesivos y su desarrollo para

llegar a los adhesivos universales, pasar de la amalgama dental a la resinas y ahora de los materiales bioactivos para restaurar, las porcelanas desde la Feldespáticas tradicionales pasando ahora por el disilicato de litio y las diferentes Zirconias.

En los implantes dentales, de los implantes de navajas hasta pasar a los diferentes sistemas Corevent en los años 80's y actualmente toda la tecnología de Nobel pharma, de Straumann y ahora hay una cantidad enorme de implantes. Parte importante actualmente son los scanners para la elaboración de restauraciones.

Para el control del dolor la aparición de las computadoras para anestesiarse que han ido evolucionando, eliminando las jeringas, desde la Wand hace más de 25 años, luego apareció la Compu-dent, actualmente STA.

Son enormes los avances en las diferentes áreas para el desarrollo de nuestra práctica profesional y me atrevo a decir que en los últimos 20 años ha habido mas avances, que en los 200 anteriores.

Usted es un profesional polivalente: clínico, docente, escritor, gestor de negocios inmobiliario etc. ¿Cuál de estas actividades le reporta mayor satisfacción personal?

Afortunadamente de todas mis actividades he recibido grandes satisfacciones, tuve una época de mi vida que era Director de la Facultad de Odontología de la Universidad La Salle Bajío, Presidente del Consejo de Administración de Inmobiliaria Guerrero del Bajío, tenía mi práctica privada en mi clínica y mis actividades gremiales. Iniciaba mis actividades a las 7 de la mañana y llegaba a mi casa a las 21.00 hrs. Siempre me entrego a lo que hago.

Pienso qué si te gusta lo que haces, lo disfrutas, te desarrollas y consigues motivarte continuamente con satisfacciones de lo que hacer, no podrás llamarle trabajo, como se le dice regularmente, porque si lo haces como lo mencioné, no es trabajo.

Doy gracias a Dios por todo lo que me ha dado la oportunidad de vivir y de haberme guiado por los caminos que he caminado.

En nuestra eterna búsqueda de la felicidad, ¿cuál sería su recomendación a los lectores de "Odontólogos de Hoy" para alcanzarla?

Para empezar, el significado de la felicidad en cada persona tiene diferente significado.



Yo no soy nadie para dar consejos, más de acuerdo a tu pregunta, comparto lo que yo pienso al respecto:

La felicidad no hay que buscarla, debemos trabajar en nosotros mismos para tener paz interior y al conseguirla, seguramente, caminará a nuestro lado por siempre y eso se nota cuando eres congruente entre lo que piensas, lo que dices, lo que haces y como te relacionas con los demás.

Para mi también un componente fundamental es la familia, promover y facilitar la permanente unión, comunicación y convivencia. Tener muy buenas relaciones entre todos los miembros de la familia. Esto será siempre un combustible que permanentemente nos ayuda en el tema de la felicidad.

Como dicen varios autores, la felicidad no es una meta, es el camino. Algunas personas lo relacionan con el sentido de perte-

nencia, etc., a final de cuentas mientras les de resultado, sensacional.

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

Los jóvenes tienen una situación muy complicada actualmente por el tema de la pandemia, principalmente los estudiantes de odontología: Sus clases son virtuales, no han desarrollado sus prácticas preclínicas y clínicas convenientemente y por otro lado las Facultades tendrán la necesidad de egresarlos de alguna forma, lo que si me queda claro, es que no saldrán lo suficientemente preparados para realizar una práctica profesional adecuada y satisfactoria.

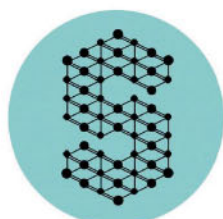
El tema de la teoría como quiera se solventa con las clases virtuales, aunque también el grado de atención, concentración, el tomar las clases en una casa habitación que tiene vida propia con muchos distractores, el tener un celular o tableta por un lado contestando WhatsApp, viendo el Facebook o Instagram, su aprovechamiento no será óptimo.

Aunado a esto, el problema más serio es que el desarrollo de sus habilidades y destrezas, no están haciendo preclínicas, no están atendiendo pacientes y para regresar dependerá del avance de la vacunación y del semáforo en que cada ciudad tenga, que cada semana se va informando y el tiempo va pasando.

Aunado a esto, por algún tiempo se estará en una nueva normalidad, que limitará el número de estudiantes en las diferentes actividades de los chicos en sus actividades en la Universidad y no sabemos por cuanto tiempo.

A los jóvenes los invito a que permanentemente se actualicen, la educación continua es indispensable para siempre dar un servicio profesional de buena calidad a sus pacientes. De la mano va el también estar actualizado en materiales dentales, equipo y tecnología.

Ánimo jóvenes a enfrentar los retos que la vida les dio, ustedes tienen las fuerzas y las agallas para triunfar en la profesión que escogieron.



SESO

+ MICROBIOTA ORAL
+ SALUD PÚBLICA ORAL



XXVI CONGRESO SESO

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA ORAL

ZARAGOZA
1-2 OCTUBRE
2021

Te lo perdiste!!!. Te lo contamos ...!!!



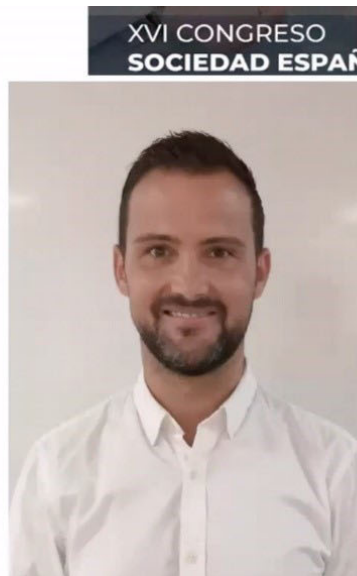
A. de Juan Galindez

JUNTOS ... AVANZAMOS acertado lema de esta esperada reunión científica que vuelve a organizarse On-Line en una situación, pandemia COVID19, que por prolongada lo hace más complicada.



Congreso SEMO 2021

Con “Juntos ... avanzamos” se ha conjuntado la suficiente energía para echar andar este magnífico evento científico en clave de SALUD Oral, siendo meritorio el reto que aceptó el “equipo de Murcia” con la **Dra. Pía López Jornet** (Facultad de Medicina y odontología de la Universidad de Murcia) a la cabeza, como la presidente del comité organizador, con el gran trabajo desplegado por todos los miembros por sacar adelante este congreso.



Comité Organizador: Dra. Pía López Jonet, Dr. Francisco José Gómez García y colaboradores de Universidad de Murcia.

Los apasionados de esta todavía no reconocida especialidad de la Odontología, Medicina Oral, sabemos que esta es uno de los pilares importantes en el que debe cimentarse la SALUD de nuestra sociedad y tenemos una responsabilidad dentro del ámbito de nuestra competencia. Por ello la Sociedad Española de Medicina Oral presidida por la **Dra. Rocío Cerero Lapiedra** y su junta directiva, tenía claro que a pesar de las dificultades había que sacar adelante este evento.



Dra. Rocío Cerero Lapiedra. Presidente SEMO.

Este congreso es de periodicidad bianual, por ello también es muy meritoria, junto con el comité organizador, la labor del comité Científico presidido por el **Dr. Andrés Blanco Carrión** y sus colaboradores, por conjuntar un programa lo suficientemente atractivo con el nivel científico como el que ha demostrado y que además aporte novedades científicas.



*Dr. Andrés Blanco Carrión.
Presidente del comité científico.*

Sinceramente ENHORABUENA equipo, y no porque yo lo diga, a las pruebas me remito, el congreso ha sido un éxito.

En este sentido es obligado reconocer esfuerzo de las instituciones y empresas que con su apoyo económico han hecho posible que este evento pueda haberse celebrado.

Se programó en bloques por temas a modo de mesas redondas de debate.

1ª Mesa Redonda - Un poco de luz en Medicina Oral

Moderada por el **Dr. Andrés Blanco Carrión** la primera mesa redonda titulada, con un ocu-
rrente juego de palabras, ***“Un poco de luz en Medicina Oral”***, al referirse al Laser y la foto-
bioestimulación como protagonistas del bloque.



2ª Mesa Redonda - Actualización en medicina oral e implantes



Moderada por el **Dr. Andrés Blanco Carrión** la primera mesa redonda titulada, con un ocu-
rrente juego de palabras, ***“Un poco de luz en Medicina Oral”***, al referirse al Laser y la foto-
bioestimulación como protagonistas del bloque.

SEMO JOVEN

Se continuó con la sección SEMO JOVEN, donde los alumnos y profesionales jó-
venes de distintos grupos científicos, vinculados habitualmente al ámbito Universi-
tario, participan con aportaciones interesantes tanto como casos clínicos o como
reconocimiento a los TFG de mérito.



Moderada por el **Dr. Javier Alberdi** y la **Dra. Pilar Gándara**.

Presentación trabajos TFG ganadores de Semo Joven

Los TFG premiados, ambos de la Universidad de Santiago Compostela, fueron el de **Alba Pérez Torres** de título: ***“Consumo de alcohol y actitud del Habito, entre los estudiantes de Medicina y odontología de una universidad del noroeste de España”*** destacando el Alcohol con un factor causal de varias patologías entre las que destaca el COCE y el Cáncer Hepático, siendo uno de los factores patológicos, junto con el tabaco, evitables más importante para la salud general.

3ª Mesa Redonda - Descifrando el dolor

La sesión de tarde empezó con el tema: ***“Descifrando el dolor”*** moderada por la presidente de SEMO, **Dra. Rocío Cerero**, dando la palabra primero al **Dr. Andrea Sardella** que presento la esperad ponencia titulada ***“Guías clínicas para pacientes con síndrome de boca ardiente”*** donde explicó de forma jerarquizada las formas de gestión de este síndrome. Destaco que en el manejo de este síndrome es muy importante identificar y tratar el cortejo de comorbilidades y/o enfermedades sistémicas que lo acompañan.

Cerró este bloque el **Dr. Francisco Javier Hidalgo** presen-
tando ***“Nuevas propuestas terapéuticas en dolor orofa-
cial”***, explicando los tipos de dolor en relación a su origen y
las distintas técnicas de desactivar o modular la respuesta
dolorosa o bien a nivel periférico o bien a nivel central. Con
el objetivo, en el dolor crónico, de conseguir la desensibili-
zación del estímulo. Los tratamientos deben ser conserva-
dores y es importante, también, jerarquizar.



4ª Mesa Redonda - Un presente apasionante y un futuro inimaginable



Este último bloque del viernes, moderado por el **Dr. Ángel Martínez Sahuquillo** versó sobre nuevas tendencias y aplicaciones de distintas disciplinas como la electro-estimulación y/o los modelos matemáticos para predecir patrones de tratamiento y de pronóstico en patología oral, de ahí el título de ***“Un presente apasionante y un futuro inimaginable”***.

5ª Mesa Redonda - Actualización en Trastornos Orales Potencialmente Malignos (TOPM)

Moderado por el **Dr. Gonzalo Hernández Vallejo**.



Sesiones generales - Defensa posters seleccionados

La segunda jornada comenzó temprano con la defensa oral de los posters seleccionados para ser presentados. Moderada correctamente por la **Dra. Yolanda Jiménez** y el **Dr. Germán Esparza**, este plantel da la medida del interés que SEMO da a esta importante sección, que es una de las que más ha ganado en relación a estos nuevos formatos *online*.



6ª Mesa Redonda - Buscando soluciones

Moderada por la **Dra. M. J. García Pola**, dando paso al último bloque de conferencias en las que se desplegó las distintas tendencias en cuanto dar soluciones en los manejos de las TOPM y de los COCE.



Y ... como no puede ser de otra forma ...
¡¡¡ Allí estaremos !!!

EXPODENTAL

SCIENTIFIC
CONGRESS

24-26
JUNIO
2021



El congreso multidisciplinar del sector dental se desarrolló, entre el jueves 24 y el sábado 26 de junio, con un programa científico y multidisciplinar que pretendió mostrar un cambio de tendencia y las innovaciones tecnológicas que pueden mejorar la actividad de las clínicas dentales y laboratorios protésicos, la atención al paciente y el cuidado de la salud bucodental. Todo ello complementado con talleres prácticos, charlas, presentaciones de producto y una zona de exposición con las soluciones tecnológicas de vanguardia, en aparatología médica, y herramientas de altas prestaciones que ayudan a los profesionales del sector dental a ampliar sus capacidades de tratamiento.

Reunió a los profesionales, en torno a 24 ponencias, a lo que se sumaron 23 talleres prácticos y más de una veintena de presentaciones de producto en el auditorio del pabellón 9, donde también se situó la exposición comercial de 97 empresas de 7 países

IFEMA MADRID y FENIN están ya trabajando en la próxima gran cita bienal con la industria dental, EXPODENTAL 2022 que se celebrará en el Recinto Ferial del 24 al 26 de marzo de 2022, y que va a representar una gran oportunidad de negocio y contacto profesional para el sector.







DVD

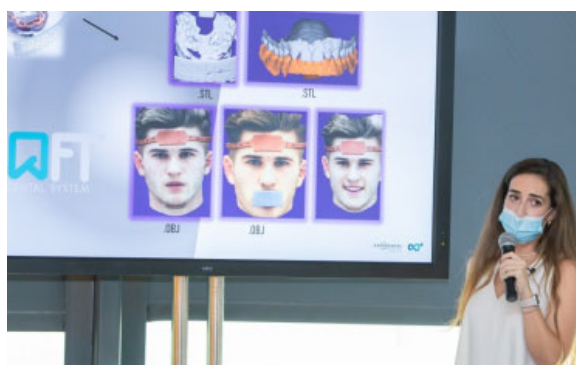
Pasión dental



NSK

Create it





Tumores en la lengua

*Francisco Cardona Tortajada, MD, DOS, PHD
Jefe de Sección de Salud Bucal. Servicio Navarro de Salud*

Presentamos esta miniserie de tumores en la lengua.

Son tres pacientes que acudieron a la Sección de Salud Bucodental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Son tumores benignos que se originan en el tejido nervioso, se trata del tumor de células granulares; también conocido como tumor de Abrikosoff desde que este autor lo describió en 1926.

Más frecuente en mujeres, como los tres casos de esta miniserie. Se presenta a cualquier edad, con picos de incidencia

en la cuarta y sexta décadas (como los casos presentados).

Suele aparecer de forma aislada. La localización predilecta es el dorso de la lengua, o incluso el borde lateral de la misma, aunque también se han descrito otras localizaciones intraorales.

Clínicamente, como se aprecia en las imágenes, se muestra como un nódulo asintomático, pequeño, firme, duro a la presión, bien definido, blanquecino, rojizo (figuras 1 y 6) o de color normal (figura 2). El picor lingual de la mujer de 65 años no parece debido al tumor, pues tiempo

después de su extirpación acudió de nuevo por ese motivo a la Sección de Salud Bucodental, diagnosticándosele un síndrome de boca ardiente.

El diagnóstico clínico es de sospecha, y la anatomía patológica es de confirmación.

En algunas ocasiones hay que hacer el diagnóstico diferencial, con el COCE, dado que a veces en la superficie se produce una hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

El tratamiento es la resección quirúrgica (figura 3), que si se hace de toda la lesión (figuras 4 y 5), es curativa, sin recidivas

	Edad	Evolución	Tamaño	Tacto	Color	Clínica	Figs.
Mujer	65	3 meses	4 mm	Indurado	Rojizo, halo blanquecino	Picor en lengua	1
Mujer	34	6 meses	10 mm	Indurado	Rosado	Asintomático	2, 3, 4, 5
Mujer	70	1 mes	3 mm	Indurado	Rojizo, halo blanquecino	Asintomático	6



Figura 1:



Figura 2:



Figura 3:



Figura 5:

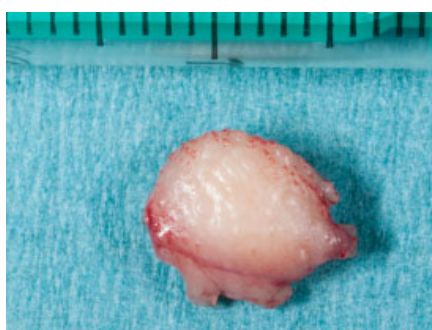


Figura 4:



Figura 6:



Tenemos todo lo
que necesitas para
tu clínica dental

NewTom



Trabaja **CÓMODO**
Trabaja **FELIZ**



946 076 521

info@sonriaxfavor.es



sonría
xfavor

La radiación ultravioleta no es aceptable para esterilizar el instrumental*

Dr. Enrique Acosta-Gio, DDS, PhD

Jefe del Laboratorio de Microbiología, División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México



“Si un objeto es expuesto bajo un emisor UV, el lado sombreado no recibirá la UV”

El Jefe del Laboratorio de Microbiología en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México advierte de los riesgos que entraña utilizar métodos de esterilización que no son efectivos, como la radiación ultravioleta.

No existen reportes de la aplicación de tecnología ultravioleta para la esterilización de instrumental médico o dental en la Food and Drug Administration (FDA), en los estándares de la Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI), ni en la literatura especializada arbitrada y con factor de impacto.

La radiación ultravioleta (UV) es germicida mediante la inactivación de biomoléculas. La región UV del espectro electromagnético va de los 10 a los 400 nm (el ojo humano no detecta longitudes de onda <400 nm). La radiación UV-C (100 a 280 nm) tiene su máxima actividad germicida a 265 nm. Empleamos UV-C en el laboratorio de microbiología, dentro de los gabinetes de bioseguridad (**Fig. 1**), y también se le aplica para la desinfección de superficies en los hospitales (**Fig. 2**).

Los emisores LED están desplazando a otras lámparas UV, ya que los LED emiten en longitudes de onda específicas (± 5 nm) para el óptimo efecto germicida, mientras que las lámparas UV convencionales, con vapor de mercurio, entregan $>80\%$ de su energía a 280 nm.

Fenómeno de superficie

La radiación UV tiene un efecto germicida sólo sobre las superficies expuestas, no se ha validado un proceso estandarizado en el que sea confiable para penetrar textiles, rollos de algodón, gasas ni envoltorios de papel.

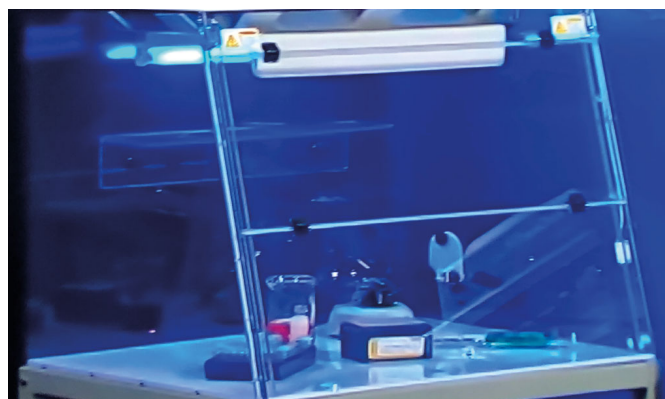


Fig. 1. Gabinete de Bioseguridad.



Fig. 2. Desinfección ambiental.

Penumbras y sombras

Para lograr el efecto germicida, la fuente de UV deberá estar a una distancia óptima de la superficie a tratar, según su intensidad. Las zonas lejanas no recibirán la misma acción germicida, ya que al incrementar la distancia se divide la energía entre la raíz cuadrada del incremento.

La radiación UV no alcanzará a los microorganismos ocultos en las irregularidades de la superficie. Si un objeto es expuesto bajo un emisor UV, el lado sombreado no recibirá la UV.

Para evitar las sombras se pueden colocar superficies reflejantes o más emisores UV, pero el objeto estará apoyado en alguna superficie y esos puntos de contacto no recibirán UV. Tampoco recibirá UV el interior de la bisagra en una tijera, fórceps o pinza, mucho menos el interior de un tubo largo y angosto, como una cánula.

En el consultorio dental, es IMPOSIBLE que la radiación UV penetre a los mecanismos internos de las piezas de mano. Es común que alguien haga intentos por desinfectar la superficie externa de la pieza de mano, pero la contaminación es mayor en su interior.¹

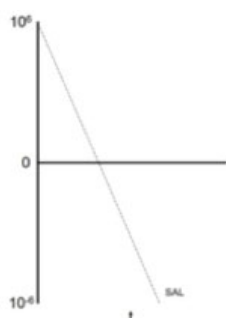
Esterilización y Esterilidad

La esterilización del instrumental debe destruir todo microorganismo, para así evitar que el uso de los instrumentos transmita enfermedades infecciosas. La esterilización se logra sólo mediante tecnologías validadas bajo estrictas pruebas de laboratorio descritas en la literatura internacional especializada.

¿Cómo validar una nueva tecnología?

La validación de un equipo de esterilización exige evidencia científica obtenida de una batería de pruebas minuciosas, que incluyen la evaluación del desempeño biológico ante diversas configuraciones de la carga en pruebas de uso simulado. De estas pruebas se obtienen el tiempo equivalente del proceso de esterilización, la muerte a medio ciclo, la muerte total al punto final, y el valor "D"². El valor D es el tiempo requerido para destruir al 90% de una población homogénea de endoesporas resistentes y refleja la tasa de muerte.³

El concepto "estéril" es el resultado de un cálculo conservador de la letalidad de un equipo y condiciones de carga específicas. Este nivel de probabilidad de esterilidad es conocido como "sterility assurance level" (SAL) que se expresa como 10^{-n} ⁴.



El valor "D" es la inclinación de la hipotenusa, el cateto adyacente es la población de esporas resistentes en saltos logarítmicos ($\log_{10}$), y el cateto opuesto es el tiempo (t). La hipotenusa se extenderá, más allá de la intersección del tiempo en el que hay cero sobrevivientes, hasta el tiempo en el que la probabilidad de que una endoespora bacteriana sobreviva sea de una en un millón (SAL 10^{-6}).

La UV no es aceptable esterilizar instrumental médico

Una garantía de esterilidad del 99.99% **ES UN ABSURDO**. Si un instrumento está contaminado con 1 millón de patógenos y mueren 99.99%, entonces sobrevivieron 100 (0.01%), y ese instrumento NO está estéril.

La FDA (fda.gov/medical-devices) y la AAMI aplican estándares basados en evidencia para el desarrollo de evaluación de equipos de esterilización, particularmente los estándares de la asociación de microbiólogos AOAC (aoac.org).

El laboratorio de tercera, que realiza la evaluación, debe reportar el SAL y otros parámetros de validación, pues la esterilidad de una carga de instrumental debe ser cuantificable, reproducible y verificable.

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-20155, de cumplimiento obligatorio en consultorios dentales, indica:

8.20 *Atender pacientes sólo con instrumental estéril. Esterilizar mediante vapor a presión o por calor seco todo instrumental crítico y semicrítico, según las recomendaciones del fabricante.*

8.22 *Los establecimientos de atención médica y los consultorios de estomatología deben contar con equipo de esterilización de vapor a presión (autoclave) para esterilizar mediante vapor a presión diversos instrumentos no procesables por calor seco, como las piezas de mano de alta y baja velocidad, así como los contraángulos, según los pasos recomendados por el fabricante.*

Las técnicas de esterilización son falibles

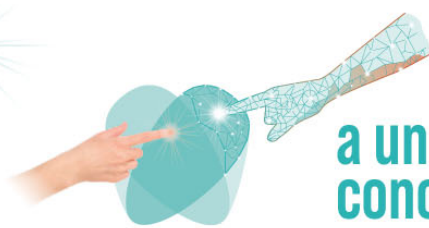
Las técnicas de esterilización deben ser verificadas mediante testigos biológicos, específicos para el método de esterilización.

La NOM-013-SSA2-2015 vigente hace obligatorio también el uso periódico de testigos biológicos en consultorios dentales. Pero no se han promulgado recomendaciones para la vigilancia del equipo UV mediante testigos biológicos, pues la UV no es aceptada para la esterilización del instrumental.

Recomendaciones basadas en evidencia

- "Infection Prevention in Dental Settings" (cdc.gov/features/dental-check-app/).
- "Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities 2003 Updated: July 2019".⁶

*Este artículo fue publicado en Dental-Tribune Latinoamérica y se reproduce con permiso de la publicación



🕒	VIERNES 24 SEPTIEMBRE 2021
	MATINAL Simposium industria
14:30	Bienvenida - Presidentes
14:35	BLOQUE 1: MANEJO DEL ALVEOLO POSTEXTRACCIÓN Moderador ▶ Ma Àngels Sánchez Garcés
14:40	Fisiología osteogénica del alveolo postextracción ▶ Pablo Galindo Moreno
15:10	Postextraction immediate implant ▶ Markus Hürzeler
15:40	Alveolar ridge preservation techniques How can I make the right decisions ▶ Ronald Jung
16:10	MESA REDONDA
16:40	BLOQUE 2: PAÍSES INVITADOS Moderador ▶ Cosme Gay-Escoda
16:45	Predictibilidad y complejidad de la extracción del tercer molar inferior ▶ Belmiro Vasconcelos
17:15	Manejo conservador de los quistes de los maxilares ▶ Hugo D. Gherzi Miranda
17:45	Lesiones de células gigantes. Características clínicas y tratamiento ▶ Alonso Moctezuma
18:15	Qué debe saber el cirujano bucal del labio leporino y de las fisuras alveolo-palatinas ▶ Guillermo Carlos Trigo
18:45	MESA REDONDA
19:15	BLOQUE 3: ACTUALIDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA Moderador ▶ Abel García García
19:20	Osteoquimionerosis de los maxilares ▶ José Vicente Bagán Sebastián
19:50	Rehabilitación del paciente oncológico ▶ José Luis Cebrián
20:20	MESA REDONDA

🕒	SÁBADO 25 SEPTIEMBRE 2021
14:30	BLOQUE 4: PERIIMPLANTITIS: FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO Moderador ▶ Miguel Padial Molina
14:35	Ventajas y limitaciones de la implantoplastia ▶ Rui Figueiredo
15:05	Local factors affecting the prevalence of periimplantitis ▶ Ausra Ramanauskaite
15:35	Efecto de las partículas desprendidas en la colocación de implantes de cresta ósea en el comportamiento biológico de los tejidos ▶ Javier Gil
16:05	MESA REDONDA
16:35	BLOQUE 5: TERCER MOLAR Moderador ▶ Manuel María Romero Ruiz
16:40	¿Cuándo extraer un cordal asintomático? ▶ Eduard Valmaseda Castellón
17:10	Autotransplantation of teeth ▶ Anthony Pogrel
17:40	¿Es necesario regenerar tras la exodoncia de un tercer molar incluido? ▶ Isidoro Cortell Ballester
18:15	MESA REDONDA
18:40	BLOQUE 6: SESION DE CASOS CLÍNICOS: Aportación de las técnicas quirúrgicas guiadas a la Cirugía Bucal Moderador ▶ Jordi Gargallo Albiol
18:45	Casos clínicos 1.- Optimizando la cirugía guiada y navegada Técnica Doble Factor en endentulismo total ▶ Carmen Pomares Puig 2.- Flujo Digital en Cirugía Guiada ▶ Berta García Mira 3.- Autotransplante dental: nuevo protocolo de cirugía guiada ▶ Ernest Lucas Taulé 4.- Elevación del seno maxilar con abordaje lateral guiado ▶ Andreína Filipa de Araujo Simoes 5.- Flujo de trabajo totalmente digital para la reconstrucción ósea alveolar ▶ Jorge Bertos Quílez & Daniel Paternostro Betancourt
20:25	CLAUSURA Fin del Congreso

QUIERE FINANCIACIÓN FÁCIL? PARA SUS PACIENTES

FINCLINIKS®
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL



CONVENIO
CON NUEVAS
FINANCIERAS

infórmese en
918 291 241

¡NOVEDAD!

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

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



El uso de implantes angulados para la carga inmediata maxilar mediante una rehabilitación fija. 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 atrofas 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

Una opción interesante al momento de rehabilitar de forma inmediata la totalidad de un maxilar es el uso de implantes angulados. La función propia de la porción emergente desde la plataforma del implante es el poder realizar la carga inmediata en menos de 48 horas desde la colocación de los implantes. La gran estabilidad del implante en el hueso así demandada, se consigue finalmente mediante un cuerpo autorroscante y el soporte bicortical. Entonces, se adoptan para el aprovechamiento máximo del hueso disponible y evitación de zonas de riesgo, como el seno maxilar y el nervio alveolar inferior.

En el siguiente caso, la paciente demanda una rehabilitación fija maxilar que siga un orden meticuloso y efectivo en un tiempo reducido con el objetivo de cumplir sus expectativas y satisfacción mediante una función inmediata y una estética renovada.

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

ABSTRACT

An interesting option when immediately rehabilitating the entire maxilla is the use of angled implants. The intrinsic function of the portion emerging from the implant platform is immediate loading. The great stability of the implant in the bone thus demanded is finally achieved by means of a self-tapping body and the bicortical support. Then, it is adopted for the maximum use of the available bone and avoidance of risk areas, such as the maxillary sinus and the inferior alveolar nerve.

In the case below, the patient demands a fixed maxillary rehabilitation that follows a meticulous and effective technique in a reduced time in order to meet her expectations and satisfaction through immediate function and renewed aesthetics.

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

INTRODUCCIÓN

Las decisiones de tratamiento para los dientes periodontalmente comprometidos suelen ser complejas y brindan excelentes oportunidades para evaluar la aplicación de resultados científicos objetivos y el impacto de la experiencia clínica individual de los es-

pecialistas. Aunque existe evidencia externa sobre los efectos a largo plazo de opciones de tratamiento específicas, como el tratamiento periodontal quirúrgico o no quirúrgico, la terapia regenerativa, las prótesis dentales fijas o los implantes colocados con o sin injerto óseo, la decisión odontológica de mantener o extraer y reemplazar una pieza con pronóstico cuestionable también dependerá de varios otros factores relacionados con la gravedad

de la enfermedad, la necesidad de tratamiento de los dientes adyacentes, el plan de tratamiento integral de la dentición y las preferencias de los pacientes y su situación económica.¹

El uso de implantes angulados es adecuado para la rehabilitación con prótesis fija y carga inmediata. Los requisitos básicos son el empleo de implantes de cuerpo autorroscante de diámetro y longitud adecuados, la estabilidad primaria del implante obtenida mediante su soporte bicortical en un alojamiento de precisión y la comprobación constante de una oclusión balanceada.²

Una buena estabilidad primaria se puede conseguir gracias a la técnica de electrosoldadura de barras de titanio sobre pilares de provisionalización inmediata. De hecho, el procedimiento se puede realizar directamente en la boca eliminando la posibilidad de errores o distorsiones debidas a la toma de impresiones y positivado de modelos.^{3,4}

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.^{5,6} Desde su descubrimiento, la implantología dental se ha convertido en una de las disciplinas odontológicas donde están produciéndose más innovaciones que, junto a una precisión absoluta en el diagnóstico, la planificación y la ejecución del tratamiento, aseguran el éxito multidisciplinar.

DESARROLLO

Paciente femenino de 58 años de edad, fumadora, sin alergias clínicamente relevantes, que refiere haber padecido cáncer de mama y en actual tratamiento antihipertensivo, solicita un tratamiento implantosoportado para la restitución de la función y estética de forma inmediata. Para el control de la hipertensión arterial esencial la paciente toma Enalapril, que da lugar a concentraciones reducidas de angiotensina II, que conduce a la disminución de la actividad vasopresora y secreción reducida de aldosterona. Además, como indicación terapéutica para el antecedente de tumoración maligna, la paciente toma Tamoxifeno, que actúa como antiestrógeno, previniendo la unión del estrógeno al receptor estrogénico. Es importante destacar que también se encuentra bajo un tratamiento farmacológico antidepresivo con los medicamentos de nombre Trankimazin y Escitalopram. Durante la exploración clínica se observa a nivel superior la exposición de zonas marginales de rehabilitaciones dentosoportadas por la recesión gingival, consecuencia de la gran pérdida ósea entendida por la observación de una migración generalizada de los tejidos blandos por acompañamiento de las estructuras óseas. Además, las piezas maxilares presentan movilidad Grado II y III. El examen clínico se complementa con una Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), que permite visualizar una notable pérdida ósea generalizada maxilar y la confirmación de la existencia de lesiones cariosas bajo las restauraciones dentosoportadas.

PLAN DE TRATAMIENTO

Aspectos generales

- Sedación consciente intravenosa.

En el maxilar

- Exodoncia de las piezas 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 23, 24, 25 y 26.
- 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.

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.

Mediante un CBCT (**Figuras 7-9**), se programa la colocación de los implantes tomando en cuenta las exodoncias a realizar, las



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.

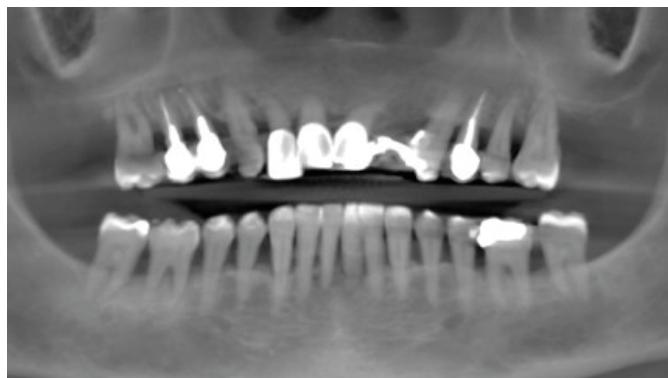


Fig. 7 Ortopantomografía inicial.



Fig. 4 Situación inicial. Fotografía lateral izquierda.

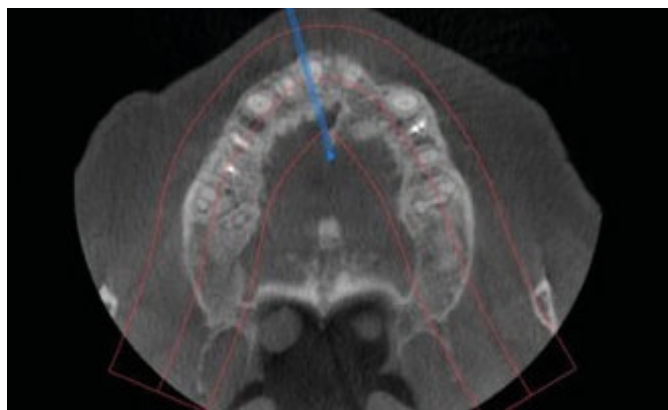


Fig. 8 CBCT inicial. Corte axial correspondiente a la arcada superior.



Fig. 5 Situación inicial. Fotografía oclusal superior.

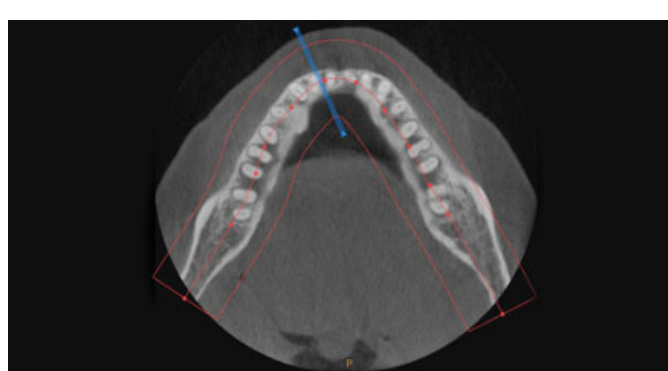


Fig. 9 CBCT inicial. Corte axial correspondiente a la arcada inferior.

zonas de riesgo y la angulación para los implantes en posición 16 y 26.

La intervención se realiza bajo sedación consciente intravenosa a manos de un especialista. Previo a la cirugía, administra 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 anestesista 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 Articaina 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, 23, 24, 25 y 26, y se preparan los lechos óseos con un legrado minucioso previo a la colocación de los implantes. Se realiza la incisión lineal a espesor total y despegamiento (Figuras 10 y 11).

Con una velocidad de 1.000 rpm y con la asistencia del set de paralelizadores disponible en la caja quirúrgica, se efectúa la

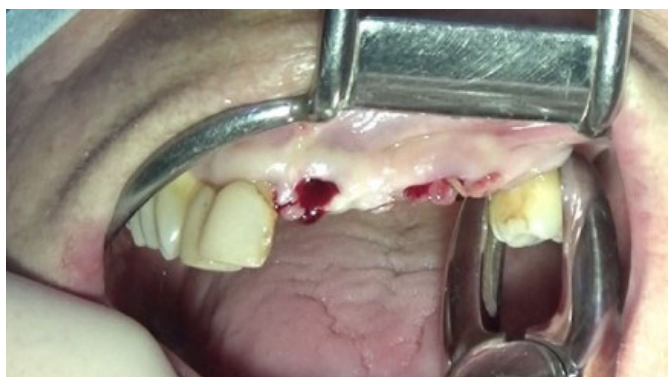


Fig. 10. Exodoncias de la arcada a rehabilitar por pérdida de soporte óseo acompañado de movilidad Grado II y III en la mayoría de piezas y desadaptación de restauraciones dentosoportadas antiguas.

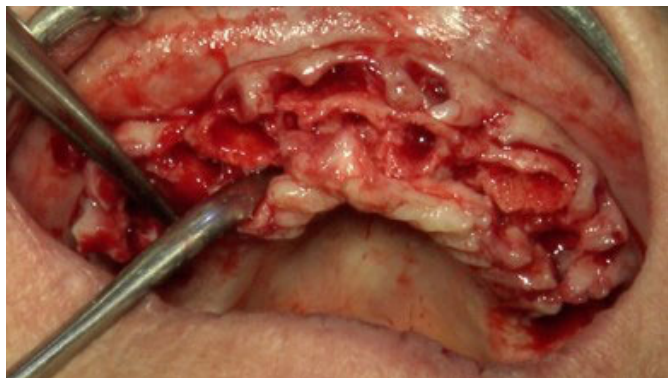


Fig. 11. Incisión y despegamiento a espesor total en el maxilar.

secuencia de fresado acompañada de una irrigación ininterrumpida con suero fisiológico. Las posiciones planificadas para los implantes en la arcada a rehabilitar son 12, 14, 16, 22, 24 y 26 (Figura 12).

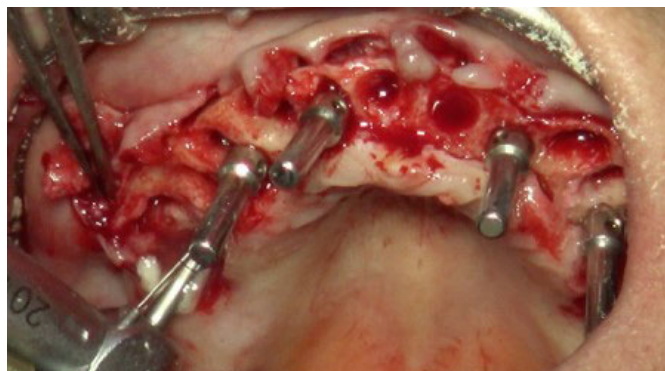


Fig. 12. Secuencia de fresado en el maxilar.

Se utilizan implantes RADHEX®, de la línea PCI de plataforma cónica interna, cuya macrogeometría se basa en un diseño que al mismo tiempo ofrece seguridad y agresividad, con un perfil autorroscante que posibilita una maniobra de inserción suave, segura y firme, de elevada estabilidad primaria y de progresión rápida por su alto paso métrico de avance, con las siguientes medidas:

- Posiciones 12, 14, 22 y 24 de Ø 4 x 12 mm.
- Posiciones 16 y 26 angulados de Ø 4 x 12 mm.

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 13).

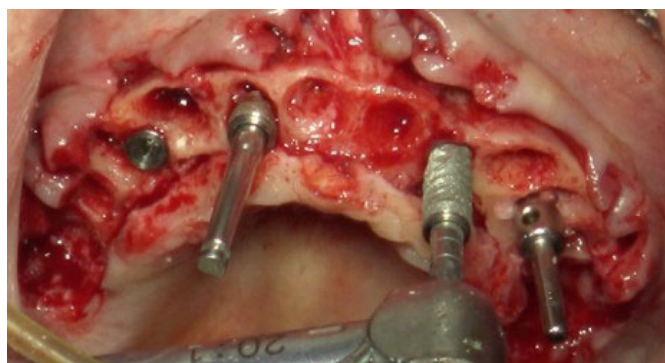


Fig. 13. Colocación de los implantes superiores con el apoyo del set de paralelizadores propio de la caja quirúrgica empleada.

Posteriormente, se sitúan los pilares transepiteliales impregnados en TERRAMICINA®, una pomada antibiótica, 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 14-16**).

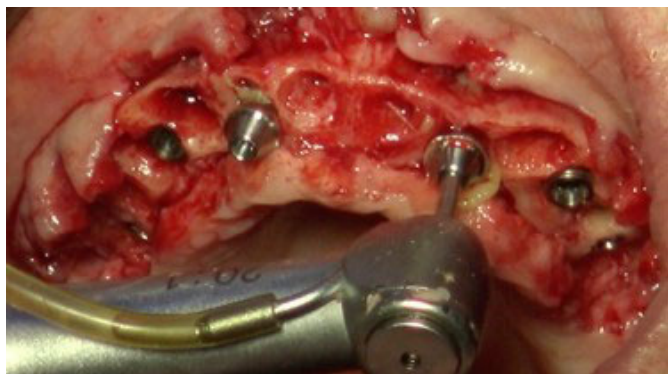


Fig. 14 Colocación de los pilares transeptiliales superiores impregnados en pomada antibiótica.

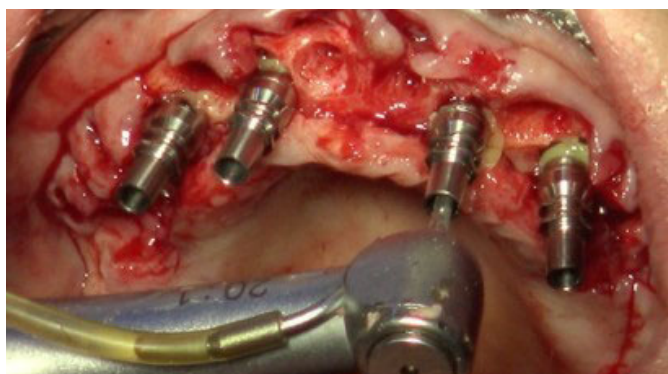


Fig. 15 Posicionamiento de los pilares de carga inmediata en el maxilar.

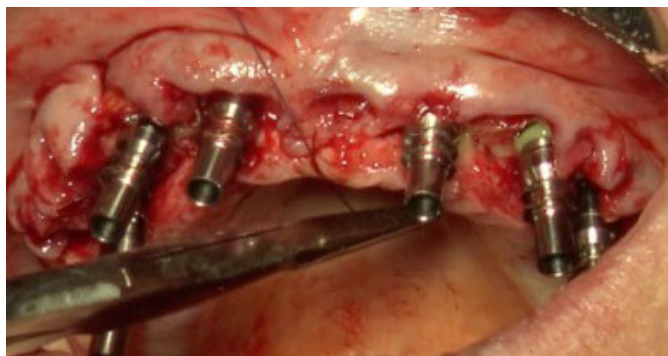


Fig. 16 Momento de sutura en el maxilar.

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 17**).

Una vez fijados los pilares de carga inmediata en la arcada superior por medio de la soldadura, se confecciona la prótesis



Fig. 17 Técnica de electrosoldadura intraoral llevada a cabo en el maxilar.

provisional fija 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 extraordinaria duración. También, se utiliza resina rosa biocompatible, de sabor y olor neutro, estable en color y estética, con efecto de adaptación para la reproducción de la encía. Se finaliza con el contorneado y acabado de los márgenes de la prótesis provisional (**Figura 18-20**), y se ajusta la oclusión con respecto a la arcada antagonista (balanceada).



Fig. 18 Acomodación del frente estético sobre la estructura soldada en el maxilar.

Tras el periodo de osteointegración, se procede a la toma de medidas y registro oclusal, momento en el cual se definen los parámetros estéticos (tamaño y forma de los dientes, exposición del borde incisal en reposo y relación con el labio inferior, línea media, línea de sonrisa, línea de caninos, entre otros aspectos) 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



Fig. 19 Uso de resina rosa para la reproducción de la encía y caracterización.



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

caso y diseño en tres dimensiones (3D) de la prótesis definitiva 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.

Se envía de nuevo al laboratorio junto con un nuevo registro oclusal la prueba de metal para la adición de porcelana una vez hechos los arreglos con la finalidad de obtener como resultado una configuración compensada de la prótesis final (**Figuras 21-25**).

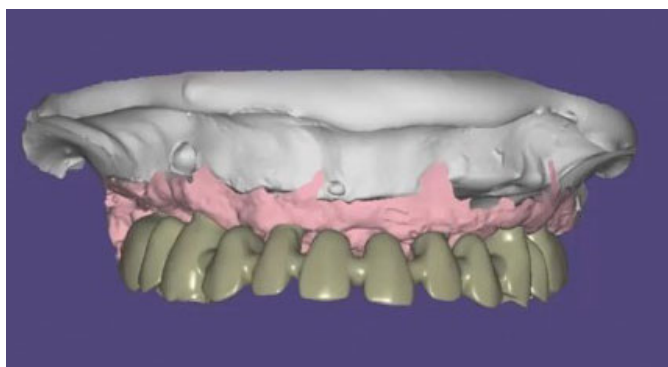


Fig. 21 Visión frontal. Diseño CAD/CAM.



Fig. 22 Visión extraoral. Prueba de estructuras metálicas.



Fig. 23 Visión intraoral. Prueba de estructuras metálicas.



Fig. 24 Fotografía intraoral. Prótesis definitivas.



Fig. 25 Fotografía extraoral. Prótesis definitivas.

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

DISCUSIÓN

La satisfacción del paciente es uno de los objetivos más importantes a alcanzar en la rehabilitación oral mediante implantes y debe utilizarse para evaluar el éxito de dichas terapias. Es necesario integrar la evaluación “objetiva” del profesional y la evaluación “subjetiva” del paciente, esta última recogida mediante cuestionarios de satisfacción cuyas respuestas se cuantifican en escalas analógicas visuales.

Esto no solo establecería el grado de acuerdo o desacuerdo entre los dos puntos de vista, sino que también haría que el especialista fuera consciente de los parámetros que harían más agradable la rehabilitación implantosoportada desde el punto de vista estético a los ojos del paciente.

No obstante, se ha demostrado que los índices de postratamiento estéticos y funcionales de los pacientes son significativamente más altos que sus expectativas previas a la terapia con implantes.^{7,8} Entre las opciones de tratamiento, se ha demostrado que las prótesis implantosoportadas mejoran la calidad de vida a nivel oral y proporcionan una óptima satisfacción. En comparación con la rehabilitación mediante implantes sin el uso de injertos, los procedimientos de aumento óseo conllevan un mayor riesgo de morbilidad y complicaciones para el paciente, así como mayores costos y mayor tiempo de tratamiento y, por lo tanto, a menudo presentan una baja aceptabilidad por parte del paciente. Cuando se logra suficiente estabilidad primaria, la probabilidad de un tratamiento exitoso utilizando seis implantes para soportar una prótesis completa es alta, y se puede aplicar una carga inmediata. La carga inmediata representa un abordaje válido, con altas tasas de supervivencia, que permite la colocación de implantes y prótesis en un solo procedimiento, restaurando así la función y estética en un tiempo de tratamiento reducido.⁹ La reabsorción ósea periimplantaria es un proceso dinámico y re-

versible determinado por la carga aplicada. Se estabiliza cuando se alcanza una oclusión equilibrada. La radiolucidez periimplantaria corresponde a la reabsorción ósea y es fisiológica dentro de ciertos límites. El uso de implantes angulados no tiene complicaciones significativas. La reducción de la intensidad de todas las fuerzas oclusales y no axiales solo puede lograrse cuando dos o más implantes son ferulizados. La electrosoldadura intraoral se ha utilizado durante años con el fin de soldar estructuras de titanio a los pilares de provisionalización inmediata para permitir la carga de los implantes insertados en espacios edéntulos. Unir los implantes conduce a un modo diferente de distribuir las tensiones que actúan sobre la estructura; los implantes ya no actúan individualmente, sino que participan en un esfuerzo conjunto para proporcionar un soporte mecánico para la prótesis. Puede ser un procedimiento adecuado para lograr mayor estabilidad durante la cicatrización con la finalidad de romper las fuerzas no axiales promulgadas, por ejemplo, por la lengua, músculo orbicular de los labios y músculo buccinador. Adaptar este enfoque de estabilización provisional por soldadura intraoral a la carga inmediata representa un mayor progreso del procedimiento cuando se puede programar el tiempo quirúrgico y disminuir el de tratamiento.¹⁰

CONCLUSIÓN

El éxito del tratamiento está en la planificación. El criterio de selección de pacientes es fundamental para la práctica de protocolos de carga inmediata. La mimetización entre el conjunto estructural implantosoportado y los tejidos blandos, además de la obtención de una integración total entre los dientes remanentes y el recubrimiento estético de la restauración, forman parte de una serie de aciertos que dan como resultado índices de satisfacción altos y porcentajes elevados de funcionalidad a largo plazo. El aprovechamiento máximo del hueso disponible y evitación de zonas de riesgo, como el seno maxilar y el nervio alveolar inferior, son factores clave para la terapia con implantes. No obstante, es importante mencionar que contar con un equipo multidisciplinar ofrece una serie de ventajas que repercuten en la aceptación y perfeccionamiento de los tratamientos, como la optimización de los procesos, el aumento de la calidad asistencial y la comodidad del paciente y la actualización de los profesionales a cargo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zitzmann NU, Scherrer SS, Weiger R, Lang NP, Walter C. Preferences of dental care providers in maintaining compromised teeth in relation to their professional status: implants instead of periodontally involved maxillary molars? *Clin Oral Implants Res.* 2011 Feb;22(2):143-50. doi: 10.1111/j.1600-0501.2010.02062.x. Epub 2010 Dec 29. PMID: 21198899.
2. Morgano AT. Functional load in oblique bicortical implants: parasinusal implants and palatine implants. *J Oral Implantol.* 2013 Aug;39(4):467-74. doi: 10.1563/AAID-JOI-D-09-00121.1. Epub 2010 Jun 16. PMID: 20594058.
3. Thomé G, Caldas W, Bernardes SR, Cartelli CA, Gracher AHP, Trojan LC. Implant and prosthesis survival rates of full-arch immediate prostheses supported by implants with and without bicortical anchorage: Up to 2 years of follow-up retrospective study. *Clin Oral Implants Res.* 2020 Nov 19. doi: 10.1111/clr.13678. Epub ahead of print. PMID: 33211323.
4. Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Waltimo T, Weiger R. Strategic considerations in treatment planning: deciding when to treat, extract, or replace a questionable tooth. *J Prosthet Dent.* 2010 Aug;104(2):80-91. doi: 10.1016/S0022-3913(10)60096-0. PMID: 20654764.
5. Joda T, Ferrari M, Gallucci GO, Wittneben JG, Brägger U. Digital technology in fixed implant prosthodontics. *Periodontol 2000.* 2017 Feb;73(1):178-192. doi: 10.1111/prd.12164. PMID: 28000274.
6. Lin WS, Harris BT, Zandinejad A, Morton D. Use of digital data acquisition and CAD/CAM technology for the fabrication of a fixed complete dental prosthesis on dental implants. *J Prosthet Dent.* 2014 Jan;111(1):1-5. doi: 10.1016/j.prosdent.2013.04.010. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24189115.
7. Baracat LF, Teixeira AM, dos Santos MB, da Cunha Vde P, Marchini L. Patients' expectations before and evaluation after dental implant therapy. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2011 Jun;13(2):141-5. doi: 10.1111/j.1708-8208.2009.00191.x. PMID: 19681923.
8. Annibali S, Bignozzi I, La Monaca G, Cristalli MP. Usefulness of the aesthetic result as a success criterion for implant therapy: a review. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2012 Mar;14(1):3-40. doi: 10.1111/j.1708-8208.2009.00234.x. Epub 2009 Aug 6. PMID: 19673953.
9. Thomé G, Caldas W, Bernardes SR, Cartelli CA, Gracher AHP, Trojan LC. Implant and prosthesis survival rates of full-arch immediate prostheses supported by implants with and without bicortical anchorage: Up to 2 years of follow-up retrospective study. *Clin Oral Implants Res.* 2021 Jan;32(1):37-43. doi: 10.1111/clr.13678. Epub 2020 Dec 13. PMID: 33211323.
10. Avanzo P, Fabrocini LA, Ciavarella D, Avanzo A, Lo Muzio L, De Maio RA. Use of intraoral welding to stabilize dental implants in augmented sites for immediate provisionalization: a case report. *J Oral Implantol.* 2012 Feb;38(1):33-41. doi: 10.1563/AAID-JOI-D-10-00047. Epub 2010 Oct 8. PMID: 20932150.

Los inicios de la Bioética en Odontología

Un siglo transcurrido desde la obra de Edmund Noyes



AUTOR:

Javier Sanz
Académico de Número de la Real
Academia Nacional de Medicina
de España
Magister en Bioética Clínica (UCM)
Profesor de "Historia de la
Odontología y Bioética" (UCM)

Es bien sabido que, en la civilización occidental, la ética médica hunde sus raíces en la medicina helénica, helenística y romana, con especial significación en el Corpus hipocrático¹. En este repertorio, crucial para el desarrollo de la Medicina, abundan pasajes que marcan un comportamiento ideal al que tender en la relación entre el médico y el enfermo, o el paciente. Uno de los más significativos es el que aparece en el tratado titulado "Epidemias I", atribuido al propio Hipócrates por algunos estudiosos, donde podemos leer lo siguiente: *Declara el pasado, diagnostica el presente, pronostica el futuro. En cuanto a las enfermedades, acostúmbrate a hacer dos cosas: ayudar y no causar daño...* Desde entonces más de dos milenios han transcurrido con un propósito de "bien obrar" en el médico y para el enfermo, salvo puntuales casos y momentos "oscuros" que han de ser tenidos como excepciones.

De otro lado también es bien sabido, y se resume grosso modo en una frase que ha hecho fortuna no sin razón, que "la Medicina -valga para sus especialidades, entre ellas la Odontología- ha avanzado más en los últimos treinta años que en los últimos treinta siglos", lo cual se debe a algunos factores, entre los principales al menos estos cuatro: el desarrollo espectacular de la Biología, la toma de conciencia de los riesgos de la investigación científica, la aplicación de las nuevas tecnologías a la Biomedicina, y la emancipación de los pacientes. Pues bien, es superada la mitad del siglo pasado cuando tiene lugar el nacimiento de la Bioética como disciplina autónoma y, ya, de evolución imparable².

No obstante, a día de hoy siguen siendo mayoría los que atribuyen la creación del vocablo "Bioética" al bioquímico y oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter (1911-2001) a raíz de la publicación en 1970 de su artículo *Bioethics: The science of survival*³ y, sobre todo, de la edición de su capital libro *Bioethics: Bridge to the Future* (New Jersey, Prentice Hall, 1971), considerado como la pieza clave en el inicio de esta capital disciplina. Sin embargo, sensu stricto, la paternidad del vocablo le correspondería al teólogo protestante alemán Fritz Jahr (1895-1953), quien realizó

tal aportación en un artículo editado nada menos que en el año de 1927 con el título *Bio-Ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*⁴.

Quiere decirse que si bien a partir de los trabajos de Potter la bioética vivió una eclosión, surgida de los interrogantes que planteó el mencionado desarrollo espectacular de la biología, que suscitó cuestiones inimaginables anteriormente que bien pueden resumirse en la cuestión clave acerca de si todo lo técnicamente posible que afecta al ser humano o al planeta es éticamente aceptable no por ello muchos aspectos de los que hoy se ocupa esta especialidad fueron ignorados, antes al contrario, pues alguno, refiriéndonos ya a la Odontología, fueron planteados casi a mediados del siglo XIX, si bien ajenos a una corriente caudalosa como la que se iniciaría a raíz de los trabajos de Potter y otros autores de su tiempo tan fundamentales como T.L. Beauchamp y J.F. Childress con su obra *Principles of Biomedical Ethics* (New York, Oxford University Press, 1979).

Así, el “Code of Dental Ethics” fue adoptado en la VI Reunión de la American Dental Association (ADA), celebrada en la temprana fecha de 1866, lo cual supuso un claro avance en lo que nos ocupa. El presidente del comité fue George Watt (1820-1893), médico, dentista, profesor de química y metalurgia en el Ohio College of Dental Surgery y editor, con J. Taft, de algunas publicaciones odontológicas como “Dental Register of the West” y, después, del “Ohio Journal of Dental Science”, además de ejercer como presidente de la ADA. Este temprano código, que dio la pauta a posteriores otros códigos éticos de diversas sociedades dentales de ámbito local o regional, constaba de cuatro artículos: I.- Deberes de la profesión con sus pacientes. II.- Mantenimiento del carácter profesional. III.- Deberes relativos de los dentistas y los médicos. IV.- Deberes mutuos de la profesión y el público. A vista de pájaro pudiera parecer que se trataba más de un asunto deontológico que propiamente bioético, sin embargo no sería acertado delimitar de un tajo ambos aspectos pues, además, mantienen cierta relación.

Particularmente interesante fue la aportación posterior del dentista y escritor norteamericano, Benjamin Adolph Rodrigues Ottolengui⁵ (1861-1937) sobre un asunto que conmovió la práctica dental de su tiempo como fue el de las patentes. Un importante trabajo suyo fue leído ante la National Dental Association en 1911 y publicado ese mismo año en “The Dental Cosmos” con el título *Dental Ethics and Dental Patents*⁶. Para este ilustrado dentista, *la ética es la ciencia de vivir correctamente. Por vivir correctamente se entiende que un hombre debe conducirse de tal manera que haga justicia completa a la comunidad en general, a cada hombre con el que entra en contacto, y a sí mismo. El hombre más ético hace justicia en el orden citado: primero a la comunidad, luego a su vecino, y luego a sí mismo.* De entrada, Ottolengui reconoce con categoría de ciencia a la “ética general”, para después abordar la definición



Van Rensselaer Potter, pionero de la Bioética.

de “ética dental”, sobre la que así opina y ya entra de lleno en el asunto que entonces preocupaba a buena parte del colectivo odontológico de los EE.UU., las disputas sobre la patente del caucho, material usado como base de las dentaduras: *¿Qué pasa con la ética dental? ¿Puede la ética dental, en cualquier sentido, ser ética si en la práctica trasciende las reglas de la ética general, las reglas de la vida correcta, la regla de dar a cada hombre un trato justo? La proposición se responde a sí misma. La ética dental no puede contradecir más la ética general de lo que puede tener una ordenanza si es contraria a los estatutos del Estado, o la promulgación legislativa puede durar si se considera que se opone a la ley de la Tierra. Por lo tanto, la ética dental puede medirse según los estándares de la ética general, y cualquier inequidad así encontrada debe invalidar la regla; de hecho, cuanto antes se aboliera tal regla, mejor, pues de lo contrario la inequidad podría convertirse en un manto para la inequidad, tal como ocurrió con las reglas no escritas de la ética dental en relación con las patentes dentales.*

Ottolengui concluía proponiendo que aquel código ético de 1866 anteriormente citado incluyera a partir de ahora un apartado dedicado a las patentes, para que los inventores de cualquier adelanto



Fritz Jahr, creador del término "Bio-Ética" en 1927.

en el campo odontológico no quedaran a la intemperie si podía aprovecharse cualquier dentista en su propio beneficio, todo ello tras razonar cabalmente de la siguiente manera: *¿Cree que nuestro arte podría haber alcanzado la etapa actual de la perfección sin la cooperación seria de nuestros fabricantes de productos dentales? y ¿cree que estos fabricantes podrían haber sido inducidos a invertir su capital sin la protección que ofrecen las patentes?*

Ambas aportaciones, medio siglo de por medio, quizá sean las más significativas en lo relativo a la ética que podríamos etiquetar de "odontológica", sin embargo hubo de por medio y en lo sucesivo algunas iniciativas, si bien dispersas, presentadas en reuniones, congresos o insertas en las múltiples revistas, preferentemente norteamericanas, de aquellos tiempos. Estos escritos, en definitiva, fueron redactados con buena voluntad y cierta experiencia aunque más bien pertenecen al ámbito legal, pero sin un sistema metódico sobre el que construir las bases de una ética propia de la odontología y de la profesión odontológica.

Pero si fuera obligatorio proclamar un precursor de una "Bio-ética odontológica" seguramente convergerían los expertos en el

nombre del dentista norteamericano Edmund Noyes, gracias a la publicación de una obra de su autoría que hay que considerar de referencia y que fue editada por primera vez en 1915 bajo el título de *Ethics and Jurisprudence for Dentists*.

I. EDMUND NOYES. SEMBLANZA BIOGRÁFICA⁷

Edmund Noyes nació el 16 de enero de 1842 en Abington, Massachusetts, descendiente de una familia que a mediados del siglo XI pasara de Normandía a Inglaterra. Uno de ellos fue caballero cruzado con Ricardo I. James y Nicholas Noyes llegaron a Newbury en 1634.

La familia de Edmund llegó a Iowa en 1855 y se instaló en una granja próxima a Independence. Hasta los 14 años se educó Edmund en las escuelas de Massachusetts y posteriormente en centros públicos y selectos de Independence, durante tres trimestres. Antes de los dieciséis años, enseñó en dos distritos diferentes y durante un verano anduvo en dos condados de Iowa dedicado a la venta de libros sobre la historia de la guerra civil, sin mucho éxito.

En mayo de 1865 comenzó el estudio de la odontología con el doctor E.L. Clarke, en Dubuque, Iowa, ganando su manutención durante un año como conserje de una iglesia. Cursó un año en el Ohio Dental College of Dental Surgery, durante el invierno de 1866-67 y completó su aprendizaje con el Dr. Clarke durante el mes de septiembre siguiente. A finales de octubre de 1867 se trasladó a Chicago y compró el gabinete de Mrs. Lucy Hobbs Taylor —la primera mujer en la historia que obtuvo un título de dentista en una escuela universitaria.

Tuvo una activa participación en los órganos colegiados de su profesión. En la primavera de 1868 se afilió a la "Chicago Dental Society" de la cual sería posteriormente su secretario de actas y su presidente. También se inscribió en la "Illinois State Dental Society" durante su congreso de 1872, un año después sería nombrado también secretario de actas y durante el curso de 1883-84 fue su presidente, como fue también el presidente de su comité ejecutivo y preparó el programa del congreso de 1886. Asimismo fue miembro de la "Northern Illinois Dental Society" y uno de los diez dentistas que organizaron la "Odontological Society of Chicago", desempeñando también los cargos de secretario y, después, presidente. Fue miembro de esta última sociedad hasta que se fusionara con la "Chicago Dental Society", pasando a denominarse "Chicago Odontographic Society". También se afilió a la "American Dental Association" en 1877 y permaneció como socio hasta su muerte.

En lo que se refiere a su actividad docente, hay que señalar su pertenencia a la "Chicago Dental Infirmary", que dos años después se transformó en el "Chicago College of Dental Surgery" y

en la primera graduación en este centro, en 1884, recibió el grado honorario de D.D.S. Explicó materia médica dental, después patología y terapéutica dental y posteriormente, durante cuatro años, fue profesor de operatoria dental. Cuando en este centro se organizó el Beta Chapter of Delta Sigma Delta Fraternity, fue nombrado miembro honorario vitalicio. En 1891 tomó parte en la reorganización y fue miembro de de la Northeastern University Dental School y fue su secretario hasta la combinación con el American College of Dentistry, desempeñando a partir de entonces precisamente el profesorado de ética y jurisprudencia. Como se dice en su obituario, *su fidelidad a los grandes ideales en su vida profesional ejerció una poderosa influencia para mejorar la ética entre los dentistas de todo el mundo*. Sin embargo, curiosamente, no se cita su tratado de ética, aunque sí se dice que fue autor de numerosos artículos, del capítulo de "Operatoria dental" para una historia de la odontología editada por C.R.E. Koch.

Edmund Noyes estuvo casado cuatro veces. La primera, en 1869, con Elizabeth Miller, de Detroit, Michigan, que murió en 1884. De este matrimonio nacieron cuatro hijos, entre ellos **Frederick Bogue Noyes** (1872-1971)⁸, quien sería célebre histólogo dental y decano del Dental Department de la University of Illinois. Un hijo de éste, **Harold J. Noyes** (1898-1969)⁹, también sería decano de una escuela dental, la University of Oregon Dental School.

En 1886 casó con Mary S. Wells, de Hartford, Connecticut, y tendría tres hijos más, falleciendo la esposa en 1892. Dos años después contraería nupcias con la hermana de ésta, Fanny H. Wells, que murió dos años después. En 1897 lo haría con Adaline C. Horning, de Milwaukee, Wisconsin.

Edmund Noyes falleció, de neumonía, el 28 de marzo de 1927, en Hollywood.

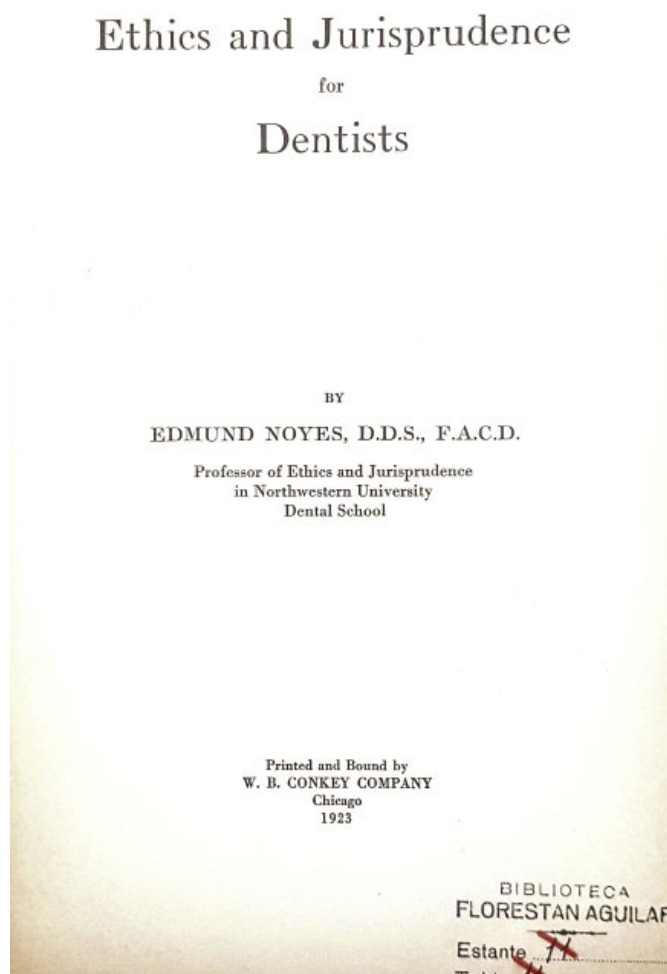
II. ETHICS AND JURISPRUDENCE FOR DENTISTS

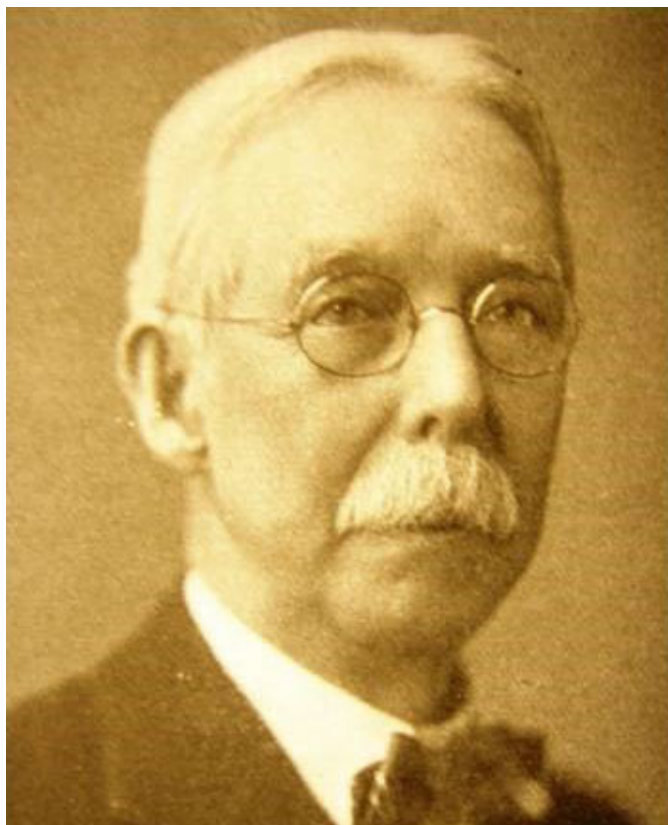
En 1915 se editó en Chicago (Tucker-Kenworthy Co.) el libro *Ethics and Jurisprudence for Dentists*, cuyo autor aparece en portada como "Edmund Noyes, D.D.S. Professor of Ethics and Jurisprudence in Northwestern University Dental School". El libro tendría una segunda edición en 1923, con leves modificaciones.

En el prefacio, el autor deja sinceramente clara la poca originalidad de buena parte del texto, advirtiendo que el apartado de ética está tomado principalmente del *System of Ethics* de Friedrich Paulsen (1846-1908) célebre filósofo alemán (discípulo predilecto de Gustav Theodor Fechner) que en 1896 sucedió a Eduard Zeller como profesor de filosofía moral en Bonn. El libro había sido traducido del alemán al inglés por Frank Tilly, profesor de filosofía en la Cornell University.

Igualmente dice de la materia sobre jurisprudencia, que está inspirada principalmente en el libro "Dental Jurisprudence" de William E. Mikel, profesor de Derecho en la universidad de Pennsylvania, y, en menor medida, en los libros de igual título de Elmer D. Brothers, profesor de Jurisprudencia médica y dental en la de Illinois, y de William F. Rehfuss, doctor en cirugía dental. En la segunda edición, como refiere en un breve prefacio, en este apartado había hecho uso libre de los artículos aparecidos en la revista "The Dental Cosmos" bajo el título de *Laws for the Dentist*, cuya autoría correspondía a Leslie Childs (1881-1954)¹⁰, los cuales se verían compendiados en la edición que esta revista hiciera en Filadelfia, en un volumen, en el año de 1934 y con este mismo título.

Todavía conviene detenemos en el tercer y último párrafo del prefacio, pues justifica la extensión, para algunos quizá excesiva, del apartado que sobre ética inicia el libro, pero él lo justifica de la siguiente manera: *Es posible que alguno pueda pensar que se le ha dado al tema de la ética general un espacio desproporcionado. El escritor cree, sin embargo, que vale la pena para los jóvenes que se preparan para cualquier profesión o negocio alguno dar algo de*





Edmund Noyes

tiempo para un estudio de los principios fundamentales y las sanciones de la moral y las facultades y disposiciones de la mente y el corazón porque la conducta de la vida debe ser determinada y las normas de derecho deben de ser obedecidas; en otras palabras, las virtudes y deberes que caracterizan a los hombres buenos. La ética profesional puede tener poca autoridad y el mando poco respeto a menos que se entienda que descansan sobre la base sólida de los principios generales de la moralidad¹. Lo cual no parece sino manifestar un sentir común de aquellos días: que la odontología y otras profesiones, seguramente, bastante tenían con lo que hoy denominamos "Odontología legal" como única referencia para un correcto ejercicio.

El libro queda dividido, pues, en tres partes: "Ethics", "Professional Ethics" y "Dental Jurisprudence", sumando un total de veintinueve capítulos.

II.1. "Ethics"

La primera parte no es otra cosa que un resumen del libro del mencionado Paulsen, hasta el punto de que en el encabezado de las páginas consta el título del libro, "System of Ethics", de la misma manera que es el único autor citado a pie de página. Los siguientes nueve capítulos la conforman.

- I. El ideal moral.
- II. Evolución de la moral, deber y conciencia.
- III. Egoísmo y Altruismo. Virtud y Felicidad. Moralidad y Religión. Libertad de albedrío.
- IV. Doctrina de virtudes y deberes, Autocontrol, Templanza, Valor.
- V. La vida corporal, Comida y bebida, Vivienda y Vestimenta, Descanso y Recreo, La Vida económica. Profesión o Vocación. Frugalidad y Extravagancia.
- VI. La vida espiritual y la cultura, Ciencia y Arte, Honor, Autoconocimiento.
- VII. Compasión y Benevolencia, Justicia, Magnanimidad.
- VIII. Amor al prójimo.- Limitaciones.- Caridad.- Egoísmo.- Amor.
- IX. Veracidad.- Mentira de necesidad.- Promulgación de la verdad.- El martirio por la verdad.

Nuestro autor elige oportunamente para introducir el tema un editorial aparecido el 18 de octubre de 1904 en el Chicago Tribune titulado "The Medical Ethical Code", que se remonta al Juramento Hipocrático, paradigma ético en la historia de la medicina, pero también de cualquier otra profesión secular.

"Ética y moralidad son términos sinónimos y pueden definirse de manera comprensible como 'La ciencia que trata sobre las acciones humanas y los afectos mentales considerados como virtuosos y viciosos, como correctos o incorrectos' y también como la aplicación de esta ciencia a la conducta de la vida, en otras palabras, el arte de vivir correctamente. En estas materias, como en otras tantas, el arte precede a la ciencia, sin embargo, el objetivo principal de comprensión de la ciencia es el de permitirnos perfeccionar el arte."

Algunos han tratado de distinguir entre estas palabras y llamar a la ética como una ciencia y a la moralidad un arte. Prefiero ensanchar la importancia de ambas palabras, y decir que la ética, además para ser la ciencia de valores morales incluye también el uso de sus hechos y teorías de la conducta de vida, y que podemos tener una teoría así como una práctica de moralidad, por lo tanto que podemos tener la práctica ética así como la ciencia ética y la teoría moral así como la conducta moral.

No es razonable esperar que la conducta profesional de un hombre será buena si su carácter y conducta en otros aspectos son malos. Debemos tener una justicia general de carácter y corrección de vida si esperamos soportar las pruebas de tiempo y de tentaciones profesionalmente. Es apropiado, por lo tanto, considerar, con tanta concisión y tan brevemente como podamos, alguno de los principios más importantes y los requisitos de la ética antes de descubrir su uso en la conducta profesional.

Finalmente, antes de pasar a desarrollar lo que sería un curso entero de ética, en lo cual no podemos detenemos ahora debido al poco tiempo que tenemos, Edmund Noyes tiene una aspiración de

satisfacción: “algo que puedo decir en el tiempo asignado puede ser completamente inadecuado e insatisfactorio, considerado como una exposición de gran ciencia y arte de moralidad. Si puedo hacerlo de algún pequeño valor considerado como una base o autoridad, e introducción a la ética profesional, estaré satisfecho”.

II.2. “Professional ethics”

Forman esta segunda parte un total de siete capítulos, a saber:

- X. Ética de los negocios, del empleo, de las profesiones.
- XI. Publicidad profesional. Ganancias por la práctica profesional. Impuestos a pacientes.
- XII. Los deberes del dentista con sus compañeros y con la profesión dental. Trabajos leídos en reuniones de sociedades. Cuotas.
- XIII. Especialistas.
- XIV. Comisiones y divisiones de honorarios. Códigos éticos.
- XV. Patentes.
- XVI. Principios de ética médica de la “American Medical Association.”

El principal objeto de la práctica de la odontología, por el que la profesión de dentista existe, es el bienestar de los pacientes y pertenece a nuestro cuidado. Esto es de suma importancia y si los demás derechos y obligaciones entran en conflicto con éste, deben de ceder en beneficio de aquél.

De entrada: La exigencia ética más importante en cada negocio es que todas las partes salgan beneficiadas.

El desempeño de la profesión de dentista no es el del comerciante puro pues se anteponen algunos valores que predominan en el panorama de la relación clínica. Algunos párrafos definitivos son los que transcribimos pues hablan por sí solos, si bien nos llamará la atención su actualidad. A modo de biopsias que tomamos para diagnosticar la calidad de este libro, son los siguientes:

Los intereses de los médicos y de los dentistas tienen importancia extrema, implicando la simetría personal y la belleza, la comodidad y la salud, no raras veces la vida misma. La comunidad debería esperar, y las profesiones deberían procurar mantener en sus filas, el estándar más alto de salud, una mejor educación, la inteligencia mayor general, y por encima de todo, un alto estándar de excelencia moral y la escrupulosidad más escrupulosa.

La relación de un dentista y su paciente no es la del vendedor y el comprador, ni la de patrón y empleado. Es una confianza; se confía al dentista el paciente, quien confía su futura comodidad, belleza, salud, no raras veces la prolongación de vida sí mismo, al conoci-

miento, la habilidad, el buen juicio, la sinceridad, la honestidad y el desinterés del dentista.

Especialistas: escrito a primeros de siglo anterior, justo cuando intentan consolidarse las especialidades odontológicas —que comenzaron una autonomía por término general a finales del siglo XIX—, Noyes tiene dudas sobre el correcto ejercicio de las mismas en exclusividad. Quien se anuncia como tal especialista debe poseer unos conocimientos y destreza especiales en ese campo, y la ley se los requiere por encima de cualquier otro práctico general, cosa que ignoran algunos jóvenes, quienes se anuncian especialistas después de una o dos escasas semanas de formación. Una aceptable formación se conseguiría después de un año de aprendizaje en una buena escuela dental que emitiera el correspondiente título después de examen, por ejemplo ante el State Board of Examiners.

Pensemos en lo que dice ahora: “Cuando un hombre que ha restringido su práctica durante algunos años al tratamiento de la piorrea (que es una enfermedad de la membrana peridental) confiesa que nunca ha visto una imagen microscópica de la membrana peridental es una justa manera de confesar que nunca hizo un intensivo estudio científico de su estructura, su función o sus enfermedades”. Su especial talento estará limitado a las técnicas operatorias y al uso empírico de fármacos que haya usado, si es que no ha estorbado a los esfuerzos de la propia naturaleza... (Lo mismo sucederá con el ortodoncista que desconozca el crecimiento cráneo-facial y se limite a colocar aparatos para corregir malposiciones dentales.) Si así obrara, incumpliría la sección segunda del código ético de la American Dental Association.

Papeles leídos ante las sociedades dentales. En este momento, el autor aboga por la originalidad en la preparación de las comunicaciones, así como rechaza la postura de quienes, con algunas notas hace una lectura extemporánea con materiales que estudió quince o veinte años atrás. Tampoco le son de recibo aquellas comunicaciones escritas pocos días antes de la reunión, incluso en el viaje. Y si alguien lee un paper ante otra sociedad previamente, debería pedir permiso a ésta, y los derechos de publicación le pertenecerían también a la primera, debiéndose de evitar también la reelaboración de la publicación. También es criticable la presencia de autores que no fueron tales, sino que acompañan a los primeros firmantes.

II.3. “Dental Jurisprudence”

Finalmente, bajo este rótulo se agrupan los cinco últimos capítulos del libro que corresponden a los siguientes títulos:

- XVII. El status del dentista. El derecho a la práctica. Poder del Estado para regular la práctica. Relación entre dentista y paciente.

- XVIII. Responsabilidad para indemnización. Esposas, menores, padres, tutores, etc. Infracción de contrato.
- XIX. Responsabilidad con el paciente por mala práctica. Por infectar al paciente. Por operar sin consentimiento. Daños. Estatuto de limitaciones. Definición de mala práctica.
- XX. Responsabilidad del dentista con el Estado. Responsabilidad por práctica ilegal. El dentista como testigo. Comunicaciones privilegiadas. Testimonio como experto. Identificación de cadáver. Derecho a jurado.
- XXI. Inclusión de cuentas de pólizas de seguros.

En primer lugar, el autor recoge las dificultades tradicionales para ubicar en el lugar que le corresponde a la dentistería, o sea, definir cuál es su territorio y quién debe de trabajar en él de acuerdo a una capacitación previa. Mientras para algunos es una rama de la medicina o de la cirugía, para otros es una profesión autónoma, pero no de índole exclusivamente mecánica porque requiere de unos conocimientos previos de “fisiología de la dentadura¹²” de acuerdo a una resolución de la Mississippi Court of Errors and Appeals, pero el autor traerá también algunas resoluciones de otros tribunales que intentan afilar el lápiz que redacte finalmente una definición del arte dental.

Es muy aceptable, en este sentido, la legislación de Illinois, que en su “sección 5” dice lo siguiente: *Cualquier persona puede ser considerada practicante de dentistería o de cirugía dental con este significado si trata o profesa el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión dental o maxilar, o extrae dientes, o prepara y obtura cavidades en dientes humanos o corrige las malposiciones dentales o suministra dentaduras artificiales para sustituir a la dentadura humana. Con tal que nada en este acto sea interpretado para impedir a los médicos y cirujanos extraer dientes¹³*. Y el estatuto de Maryland es más generoso al suplir “dientes y maxilares” por “boca”, con lo cual, según el autor, queda ampliado el campo de acción del dentista.

Uno de los asuntos más sorprendentes tratados en esta tercera parte del libro es el relativo a la responsabilidad por tratar al paciente sin su consentimiento. Aunque tengamos la percepción de que se trata de algo si no nuevo, al menos de introducción relativamente reciente en la relación clínica —el “Consentimiento Informado”—, advierte el autor cómo *Toda persona tiene el derecho a la inviolabilidad de su persona* y se remonta en su comentario a una disposición de 1888, “el Estado versus Housekeeper.” Si el práctico opera sin el consentimiento de el paciente cuando está en condición de ser consultado, es responsable de daños en una acción por agresión con lesiones. En odontología muy raras veces resultará que la necesidad urgente de una operación inmediata surgirá cuando el paciente está en tal condición como para ser imposible consultarlo. En caso de discapacitados o niños (menores de 17 años) sería necesario el consentimiento del padre o tutor. En casos de necesidad extrema sí podría hacerlo, si bien debe operar teniendo en cuenta las consecuencias de un posible litigio. Por último, el paciente, advertido de la falta de pericia por el propio profesional, o habiendo notado él mismo dicha impericia, una vez surgida alguna complicación no tendría derecho a quejarse.

No es de extrañar, pues, que cuando la Bioética irrumpió en los planes de enseñanza de las Facultades de Odontología a finales del siglo pasado¹⁴ y comienzos de éste, buscara con urgencia fuentes potables para regar este campo que urge cuidar toda vez que no empieza sino a verdear. Ante la ausencia de textos actuales solventes¹⁵, que probablemente se hallen en construcción, no es de extrañar que el libro de Edmund Noyes haya sido una referencia casi imprescindible casi un siglo después y siempre desde el punto de vista histórico, pues no ha cambiado lo básico tanto como lo accesorio, por eso sigue siendo útil en cuanto que algunas de las cuestiones planteadas nos guían en la reflexión. Por ello no es de extrañar que tuviera una reedición nada menos que en el año de 2008. ¿Cómo curiosidad bibliográfica? No sólo.

Notas

1. Cfr. el muy útil libro de Jonsen, A.J. *Breve histórica de la ética médica*. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas-San Pablo, 2011.
2. Cfr. entre la magna obra de Gracia, D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid, Triacastela, 2007 (2ª edición). También: Sánchez González, M.A. *Bioética en Ciencias de la Salud*. Madrid, Elsevier, 2021.
3. Perspectives in Biology and Medicine, 14, 1, 1970, págs. 127-153.
4. Kosmos: Handweiser für Naturfreunde, 24, 1, 1927, págs. 2-4.
5. Wahl, N. *Rodriguez Ottolengui, MDS, DDS, LLD, F.A.C.D.* American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 3, 2000, págs. 365-366.
6. Ottolengui, R. *Dental Ethics and Dental Patents*. The Dental Patents, 11, 1911, págs. 1244-1253.
7. Anónimo. *Obituary. Dr. Edmund Noyes*. The Dental Cosmos, 69, 1927, págs. 654-655. Black, A. *Edmund Noyes, D.D.S., F.A.C.D. (1842-1927)*. The Journal of American Dental Association, 5, 1927, págs. 927-928. Sanz, J. *Diccionario biográfico histórico de Dentistas*. Madrid, Delta, 2019, págs. 117-118.
8. Anónimo. *Frederick Bogue Noyes*. The Angle Orthodontist, 31, 4, 1961, págs. 264-265. Graber, T.M. *Frederick Bogue Noyes*. American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics, 5, 1927, págs. 927-928.
9. Jump, E.B. *In Memoriam. Dean Harold J. Noyes*. The Angle Orthodontist, 39, 3, 1969, págs. 215-216.
10. En efecto, Leslie Childs, de Greenfield, Indianapolis, publicó una serie de 24 artículos en esta revista antes de la aparición de la segunda edición, en septiembre de 1923.
11. Noyes, E. *Ethics and Jurisprudence...* Preface, 6.
12. Ídem., pág. 170.
13. Ídem., pág. 172.
14. Cfr. Gracia Guillén D. *La bioética: una nueva disciplina académica*, Jano 781, 1987, págs. 69-74. Muy interesante asimismo Simón Llorda, P. Barrio Cantalejo, M. *Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética*. Medicina Clínica, 15, 1995, págs. 583-597.
15. Es de gran utilidad el repertorio de Rules, J.T. y Veatch, R.M. *Ethical Questions in Dentistry* Quintessence Pub. Co., 2004 (2ª edición).

Ediciones CEU presenta esta obra de **F. Javier Sanz Serrulla** (Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina) con prólogo de José Lázaro (Prof. de Humanidades Médicas en la U. A M.)

Sinopsis



Con señas de identidad muy propias y tantas veces peculiares, signadas en lo más remoto por el pintoresquismo de las actuaciones de sus protagonistas, la Odontología siguió un resignado y duro camino de progreso hasta convertirse en una de las muchas parcelas de la Medicina. El caso español no fue muy diferente a los otros «casos europeos» que se ven coronados en el siglo XXI con la alta consideración social, consecuencia de su desarrollo científico, técnico y tecnológico. Desde el Medievo hasta la Pandemia de la COVID-19, el libro descifra minuciosamente la alargada trama de esta especialidad en sus varios hilos profesional, social, docente y científico, tejidos por una legión de dentistas, anónimos al principio y bien perfilados en adelante, incluso acreedores de reputación europea como el renacentista Martínez de Castrillo, que tuvieron que asumir más dificultades que facilidades hasta llegar a dar con el ingreso definitivo en el mundo universitario. Fue en este momento, apenas estrenado el siglo XX, cuando comenzó a guiarse ya con el irreversible rumbo de progreso que hace que la Odontología española avance a la par que las demás especializaciones del mundo médico

¿Cómo seguir trabajando al alcanzar la edad de jubilación?

*Ignacio Gutiérrez Galende
Socio en Galende – Buzón Abogados
igg@galendebuzon.com*

Cuando se alcanza la edad de jubilación surge la duda qué hacer para mantener el nivel de ingresos. Hay gente que lo ha ido preparando creándose unos ahorros pero otros muchos por falta de previsión o de capacidad de ahorro no lo han hecho y desean seguir en activo unos años más.

La primera opción y más clásica es seguir trabajando y cotizando lo que se conoce como demorar la jubilación. Actualmente tiene unos incentivos por cada año de retraso y el número de años cotizados, pero está actualmente en plena reforma legal, por lo que lo dejaremos para futuros artículos cuando esté aprobada la nueva versión.

Existen tres opciones de compatibilizar nuestro trabajo cobrando la pensión, son: jubilación parcial, flexible y activa.

Jubilación parcial

Solo puede ser parcial, es decir, no permite compatibilizar un trabajo a tiempo completo con el cobro de la pensión. Tienen derecho a acceder a este tipo de pensión los trabajadores por cuenta ajena, los socios trabajadores o de trabajo de las cooperativas y los que cumplan las condiciones necesarias para obtener una pensión contributiva de jubilación.

A la jubilación parcial se puede acceder de dos formas: con o sin contrato de relevo, un tipo de contrato que se celebra con una persona desempleada, generalmente joven, que ocupa parcialmente el puesto del beneficiario como relevista.

Para acceder a la modalidad con contrato de relevo, el beneficiario debe estar contratado a tiempo completo y tener 60 años si es mutualista, 62 años si tiene cotizados al menos 35 años y tres meses o 63 años si tiene 33 años cotizados. Deberá reducirse la jornada entre un mínimo del 25% y un máximo del 50%, o del 75% si el contrato de relevo es a jornada completa y por tiempo indefinido. Además, tendrá que tener una antigüedad en la empresa de al menos seis años.

Para acceder a la modalidad sin contrato de relevo, los beneficiarios deberán tener 65 años si suman 37 años y tres meses



cotizados o más, o 66 años si se acreditan cotizados menos de 37 años y tres meses. La reducción de la jornada será la misma, pero no será necesario acreditar antigüedad en la empresa.

En ambos casos, la cuantía de la pensión se reduce en proporción a la jornada de trabajo del pensionista y cuando el beneficiario se quiera jubilar por completo, la nueva pensión se calcula según las últimas cotizaciones que se hayan realizado.

Jubilación flexible

La jubilación flexible también permite compatibilizar la pensión con un contrato a tiempo parcial. Sin embargo, esta modalidad se diferencia de la anterior en que la solicita una persona que ya está jubilada y quiere volver al mercado laboral.

Para acceder a la jubilación flexible, el pensionista tendrá que iniciar un trabajo con una reducción de jornada de entre un 25% y un 50%. Puede realizar varios trabajos siempre que el total de la jornada no supere el 50%. Aunque no puede realizar una actividad por cuenta propia, ni trabajos en el sector público.

Durante el tiempo que dure el contrato a tiempo parcial, se cotizará aplicando las mismas reglas que para cualquier otro trabajador. Asimismo, la cuantía de la pensión se reduce en proporción a la jornada de trabajo del pensionista. Una vez que el beneficiario se quiera jubilar por completo, la cuantía de la nueva pensión se recalculará según las últimas cotizaciones que se hayan realizado.

Jubilación activa

Se diferencia de las otras dos porque permite cobrar la pensión y trabajar a la vez, ya sea a tiempo completo o parcial y recibiendo ingresos profesionales ilimitados.

Para acceder a esta posibilidad, es necesario haber cumplido la edad ordinaria de jubilación, es decir, 66 años en 2021. Además,

solo podrán acceder los trabajadores que hayan cotizado los años suficientes para obtener el 100% de la pensión, es decir, 36 años.

La cuantía de la pensión mientras dure la situación de jubilación activa será equivalente al 50% de la prestación. Y no podrán solicitar el complemento a mínimos mientras se compatibilice pensión y trabajo. Sin embargo, los autónomos que contraten a un trabajador para prestar la actividad, sí podrán compatibilizar el trabajo con el 100% de su pensión.

Si el contratado es un hijo u otro familiar es válida la contratación para cumplir este requisito siempre que quede demostrado que ese familiar no convive con el autónomo contratante ni depende de él.

Los empresarios y trabajadores deberán cotizar a la Seguridad Social mientras dure la jubilación activa, pero solo por incapacidad temporal y por contingencias profesionales. Además, tendrán que sumar una cotización de solidaridad del 8%.

Caso especial de los autónomos societarios

En el año 2018 la Dirección General de Ordenación de la Tesorería General de la Seguridad Social en julio de 2018 introdujo una nueva puntualización en los **criterios de jubilación activa** con el 100 por cien de la paga: el trabajador contratado por el autónomo debía serlo en su mismo ámbito de actividad.

Esto provocó que en interpretación de la **Seguridad Social** los autónomos societarios se quedaran fuera de la jubilación activa con el 100 por 100 pensión porque no podían contratar a alguien que ejerciera su misma actividad.

Diversas sentencias lo han revocado y de forma general han fijado como requisito para hacer viable la jubilación activa con el 100 por 100 de los autónomos societarios es que el contratado haga funciones relacionadas con la actividad, no sirve contratar en régimen general a la empleada de hogar.

Hasta la fecha estas sentencias solo afectan al autónomo que recurrió, habrá que esperar a nuevas reclamaciones hasta que el Tribunal Supremo unifique criterio.

Por lo que, si ejerces la actividad a través de una sociedad profesional, aunque mantengas a la plantilla no podrás cobrar el 100% de la pensión salvo que recurras.

Momento despedir trabajadores

El artículo 49.1.g del Estatuto de los Trabajadores fija que en caso de jubilación del empresario el contrato de trabajo se extinguirá con un mes de indemnización.

Aquí surge la duda de si entrar en jubilación activa habilita para realizar estos despidos con un mes de indemnización o si continuar supondría perder esta opción y tener que despedirlos con las cuantías del despido por causas objetivas o improcedentes.

Lo determinante, es que, se produzca la jubilación total el empresario individual y no continúe con la actividad que desempeña, es decir, produzca el cese total de la actividad. También es determinante que no se continúe con la actividad por la transmisión a otra persona o entidad, ni que el empresario que se jubile ostente un cargo de dirección o gerente del negocio.

Cualquiera de las tres opciones son compatibles con el rescate del plan de pensiones porque adquirimos la categoría de pensionistas

En el caso de acceder a la jubilación activa, seguida al cabo del tiempo, por la jubilación total, será esta última la que se debe considerar para la causa válida de extinción, al ser la que implica el cese real de la actividad. Es decir, lo concluyente para que se de esta extinción de las relaciones laborales es que se dé la desaparición o cese de la actividad empresarial.

Aquí hay una diferencia muy importante entre los autónomos individuales y los que ejercen a través de sociedades profesionales, mientras los primeros pueden despedir a sus trabajadores con un mes de indemnización los segundos no pueden acogerse a esta opción.

Planes de pensiones

Cualquiera de las tres opciones anteriores son compatibles con el rescate del plan de pensiones porque adquirimos la categoría de pensionistas, antes de decantarnos por una de ellas es conveniente realizar un ejercicio de planificación financiera en el que tengamos en cuenta la parte fiscal para ver qué modalidad es la que se ajusta más a nuestras necesidades y objetivos vitales y cuándo y de qué forma nos conviene rescatar nuestro plan de pensiones

Más rentable y seguro que invertir en BITCOIN

Invierte en tu clínica de manera correcta, es decir, en lo que no te enseñaron en la facultad

Dr. Alberto Manzano
CEO & Fundador de Plan Synergia



Las recomendaciones de pacientes y una página web ya no son suficientes para atraer nuevos pacientes. Uno de los grandes retos del sector dental hoy en día ya no es la oseo-integración de los implantes o la técnica Khoury para regenerar hueso, sino **destacar por encima de la competencia**.

Realizar campañas generalizadas, no segmentadas, cuando las cosas no van del todo bien tampoco es una buena estrategia, que además no te suele traer a los pacientes adecuados...

Tras muchos años gestionando clínicas de compañeros, y con la experiencia que te da probar cientos de cosas en la mía propia, te quiero compartir 2 reglas que siguen todas las empresas top del mundo porque **funcionan**.

La primera es: **focaliza toda tu comunicación en 1 valor diferencial**. Suena fácil, la frase se entiende y seguramente hayas escuchado ya esto alguna vez y estés de acuerdo.

La mala noticia es que materializarlo no es sencillo. Te vas a encontrar con obstáculos como: mi valor diferencial es demasiado genérico, lo usa ya mucha gente, no es algo llamativo para el público general, me da miedo centrarme en una cosa y no quiero descartar otras, etc, etc... Tranquilo, yo ya he pasado por ahí, y todas esas objeciones me las han puesto casi todos mis compañeros.

La buena noticia es que, como toda estrategia sujeta a normas, se puede aprender y replicar. Lógicamente no puedo darte desde aquí TU valor diferencial, no conozco tus circunstancias ni tu competencia, pero sí que puedo animarte a que empieces a investigar y a darle vueltas a la cabeza. Cuando lo encuentres, tendrás una sensación de paz y poder indescriptibles. Se ahorra mucho esfuerzo y dinero, y empiezas a construir por fin una marca (empresas hay muchas, marcas muy pocas...).



El segundo consejo que te voy a dar hoy es que **inviertas en marketing online**. En el mundo virtual es muy sencillo y económico definir una estrategia, y si te equivocas no pasa mucho, es barato rectificar. Invierte en SEO, *blogging*, *e-mailing* y redes sociales. Y puntualmente haz alguna campaña PPC (*Pay Per Click*).

Solamente haciendo estas 2 cosas ya estarás por encima del 90% de las clínicas hoy en día. Si ya lo estás haciendo, puedes seguir avanzando hacia la excelencia implementando técnicas de lenguaje persuasivo en el *copywriting* de tus publicaciones; mejorando la formación y comunicación de tu equipo en la defensa de tus presupuestos o perfeccionando la productividad interna de tu clínica con protocolos y procesos mejores.

Si tienes alguna duda o me quieres comentar tu caso para saber si te podemos ayudar, puedes contactar conmigo en alberto@plansynergia.com

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.

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.



OLYMPUS®



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

Ronda Universitat, 35. BCN - Vandergoten, 8. MAD - T. 93 330 51 62 - fotolandia@casanovafoto.com - www.casanovafoto.com/fotolandia

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

Presentación del nuevo Surgic Pro2 de NSK

Invierte en tu clínica de manera correcta, es decir, en lo que no te enseñaron en la facultad

Go beyond.



The new Surgic Pro2

NSK Dental Spain presentó durante el congreso Expodental Scientific Congress su nuevo micromotor quirúrgico, el Surgic Pro2. La segunda generación de micromotores quirúrgicos Surgic Pro2 de NSK presenta tres claros puntos de mejora en operabilidad, seguridad y conectividad.

NSK

Create it

Grabación cirugía Ticare

Con el Dr. Juan Blanco



Ticare ha realizado la grabación de una cirugía de colocación de un implante Ticare Inhex por parte del Dr. Juan Blanco, en la Clínica Blanco Ramos, Santiago de Compostela.

Esta grabación se emitirá como una formación con el objeto de difundir buenas prácticas en implantología y mostrar la secuencia de fresado de Ticare respetuosa con los tejidos.

En palabras del Dr. Juan Blanco durante la cirugía «Esto es lo que consigue el gap cero, que no haya filtración bacteriana a nivel de tejido blando, para evitar contaminación de estos tejidos blandos y que repercuta en la superficie del implante; donde se podría perder hueso terminando en una periimplantitis»

La emisión se realizará a través de la plataforma de formación Implant Training y se difundirá en todos los canales y redes sociales de Ticare.

www.implant-training.es



Presentación de resultados del primer estudio de la Cátedra Extraordinaria USC-Ticare en Investigación Clínica en Implantología

En la casa de las encías el pasado día 27 de mayo.



Sepa.



Accede aquí al webinar presentación del estudio

<https://register.gotowebinar.com/register/2428143202522044432>

Introducción • Dr. Antonio Bujalcón. Presidente de SEPA

Presentación de la Cátedra USC-Ticare • D. Fernando Mozo. CEO de Ticare

Presentación del estudio clínico • Dr. Juan Blanco. Director del Programa Máster en Periodancia (USC)

"Cambios en el nivel de hueso marginal interproximal en implantes colocados a nivel óseo rehabilitados con puentes diseñados por cad cam directo a implante o con pilares intermedios. Un estudio clínico aleatorizado"

Mesa Redonda

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