ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 11
Nº 51 febrero-marzo 2022

Rafael Bengoa
Experto en sistemas de Salud

"La ciencia ha salido reforzada de la pandemia, pero las administraciones han perdido credibilidad"

Ana Hospital
Médico Forense y Odontóloga

Juanjo Gaite
Presidente Congreso Nacional S.E.O.C. (Pamplona)

ODONTÓLOGOS de hoy
Cumplimos 10 años

Información independiente al servicio de la profesión

ticare
TISSUE CARE PHILOSOPHY

antón Suministros Dentales

NSK

FINCLINIKS®
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

gapZero
ticare

EL IMPLANTE LIBRE DE FILTRACIÓN BACTERIANA

Siempre que se utilicen aditamentos Ticare

Sumario

Opinion 05

- Protocolos del proceder ético en salud. El Juramento Hipocrático adaptado a la Odontología
- Los cambios de la odontología en 10 años
- Baja de maternidad
- Consulta gratuita

Tribuna de salud pública. 17

- Cambiar el *chip*

Actualidad 18

- Celebración de Santa Apolonia en el Colegio de Navarra
- Presentación de la edición impresa del "Atlas de patología de la mucosa oral", obra de Doctor Francisco Cardona y conferencia magistral del autor
- Nombramiento de Colegiado Honorífico y medalla de oro a José Ángel Napal
- Cofradía de Santa Apolonia de Barcelona
- La Comunidad de Madrid destina 2,2 millones de euros para financiar tratamientos dentales a la población de 7 a 16 años

Entrevista 24

- Rafael Bengoa
- Anna Hospital Ribas
- Juanjo Gaite

Ciencia y salud. 32

- Leucoplasia
- Rehabilitación completa con provisional fijo de carga inmediata mediante electrosoldadura intraoral
- El virus que actualizó el idioma

Historia de la Odontología 44

- El primer "Código Ético Odontológico" español

Cultura 50

- Sonrisas de película

Gestiona tu consulta. 51

- El acceso indebido a la historia clínica: una práctica demasiado habitual que puede tener graves consecuencias
- ¿Cuánto vale para Hacienda mi casa?

Empresas 58

- Curso modular de implantes: Dr. Alberto Salgado
- Curso sobre flujo digital: de la clínica al laboratorio | Ytrio y Ticare
- Ticare lleva el gapZero a Expodental

EDITOR
Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:
Antonio Castaño Seíquer

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

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

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

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

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

Distribución exclusiva a odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales

Vistavox S CEPH

antón
Suministros Dentales

"VistaVox S es un sistema de radiografía híbrido que ocupa poco espacio, es fácil de manejar y se puede usar de forma universal: no existen limitaciones técnicas para el diagnóstico y la planificación en el trabajo cotidiano de la clínica. El aparato convence gracias a su funcionamiento, manejo y configuración óptica. Nuestros pacientes también están encantados y la radiografía les resulta una experiencia técnica agradable"

DÜRR DENTAL

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

antasis
Trust Technical Service

¿Quieres que te mostremos todas las novedades en la

EXPODENTAL

687 527 479

antonsl@antonsl.es

Nota del editor. La revista "Odontólogos de hoy" en su línea editorial apuesta por la defensa de los valores éticos de la profesión y el respeto a la universidad. En este décimo aniversario sustituimos el editorial por este artículo del Profesor Ustrell, máxima autoridad académica en odontología de la Universidad de Barcelona, y miembro de La Federación Internacional de Decanos de Escuelas y Facultades de Odontología (FIEFO), así como presidente de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy y socio de otras prestigiosas instituciones internacionales defensoras de los valores de los profesionales, como el International College of Dentist (ICD).

Protocolos del proceder ético en salud. El Juramento Hipocrático adaptado a la Odontología

Josep M. Ustrell Torrent
Vicedecano de Odontología de la Universidad de Barcelona
Presidente de la Pierre Fauchard Academy. Sección Española

Necesidad de un código deontológico

El código deontológico se define como un conjunto de principios cuyo objetivo principal se orienta a la correcta actuación profesional, teniendo en cuenta los escenarios sociales y culturales del momento en que surgen, por su condición de aplicarse a la comunidad.

Para elaborar un código deontológico en odontología es necesario encontrar, de forma consensuada, los procedimientos más adecuados para una correcta solución a los dilemas éticos que se presentan en la práctica de la profesión.

Su desarrollo supone un alto grado de madurez y de reflexión de los profesionales y confiere el reconocimiento de la sociedad. Sin embargo, un código deontológico no es algo cerrado, sino que debe adecuarse a las necesidades que acontecen en cada momento y prever los nuevos dilemas éticos que pueden aparecer y a los que se debe dar respuesta. Por otra parte, debe estar contextualizado y ser el resultado de la reflexión colectiva, en el que comprometer los criterios éticos mínimos para la profesión.

Estos criterios se identifican en cinco ámbitos: 1) la propia profesión, 2) la correcta relación entre compañeros, 3) la institución que debe tener las condiciones necesarias para el buen ejercicio profesional, 4) la interacción con los/as pacientes no debiendo olvidar el respeto y 5) la necesidad de atender a sus preocupaciones[1]. El código deontológico debe recoger las normas propias de nuestra profesión, tanto las que colaboran al incremento de la confianza pública, como las que fomentan su progreso mediante el perfeccionamiento, la formación permanente y la investigación.

Códigos de la actividad clínica

La odontología es una profesión que debe ser determinada desde diversos puntos de vista: a) de quien la practica, b) del ámbito en el que se desarrolla su actividad y c) de sus funciones. Porque presta un servicio específico a la sociedad, de forma institucionalizada, realiza un conjunto de actividades profesionales, obteniendo un medio de subsistencia a quien se le dedica de forma estable, y forma un colectivo que trata de obtener la regulación del ejercicio de la profesión, a la que se accede después de un proceso de capacitación teórica y práctica, de la que depende la acreditación que otorga la universidad.

Pero sería insuficiente si estas funciones no llevasen implícito un comportamiento ético que viene regulado por diferentes protocolos.

1 European Council of Medical Orders. Modern Physicians' pledge approved by World Medical Association [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.ceom-ecmo.eu/en/modern-physicians-pledge-approved-world-medical-association-892.

Protocolos del comportamiento ético en salud

El ethos o carácter del médico que se observa en su conducta, desde que se tuvo consciencia de su necesidad, está expresado en forma de juramentos y códigos que al mismo tiempo orientan y salvaguardan al profesional, y proporcionan confianza al paciente y a la sociedad.

Juramento Hipocrático

Los médicos, desde Hipócrates[2], y actualmente también los odontólogos, al finalizar sus estudios realizan un juramento que, a pesar de ser una rutina, no deja de ser el acto más importante previo al desarrollo de su actividad clínica. Este juramento es un código deontológico, que incluye valores de ética y de humanismo, cuya simbología sólo la comprenden los más humanistas.

Este juramento contiene una afirmación y una negación testimoniada. Es la afirmación del compromiso de asumir determinadas conductas morales y la negación de realizar acciones punitivas, invocando como testigo la más alta dignidad. La reprobación estaba en la conciencia y en la pérdida de la autoestima y de la reputación.

Está elaborado con sabiduría, posee fuerza y es una belleza porque en él se evidencia la dignidad profesional, el espiritualismo de la vida, el respeto al maestro, la consideración por la persona en global, particularmente su salud y su vida, y el secreto médico, con el objetivo de alcanzar la comprensión de la conducta humana[3].

Contiene muchas referencias, directas o indirectas, al ámbito de la ética profesional, empezando por la responsabilidad. El término *spondere* significa, etimológicamente, un compromiso con alguien y en el idioma griego significa "obligación". Según Hipócrates, las ocupaciones (cirugía) estaban sujetas a la responsabilidad jurídica, en cambio las profesiones (arte de curar) estaban bajo la orientación de la responsabilidad moral. El profesional responsable en ese momento era impune, aunque el médico hacía, profesionalmente, una proclamación y prometía un sacerdocio fisiológico.

En el dominio de la ética profesional, el Juramento se refiere al secreto cuando en el texto se expresa: *todo lo que vea o sienta en el ejercicio de mi profesión y que no tenga que ser divulgado, lo conservaré como secreto*.

En el ejercicio de su profesión, el médico deberá cumplir con su deber delante del paciente, de otros médicos y de la *physis* (naturaleza). Estos conceptos están indirectamente expresados en el Juramento y escritos en otros textos del *Corpus Hippocraticum*, constituyendo materia de ética profesional.

El médico favorecerá al paciente cuando, para tratarlo, elija los mejores recursos terapéuticos a su alcance y actúe correctamente cuando haga visitas asiduas y sepa respetar su decoro.

La intuición del terapeuta tendrá en cuenta, a parte de la salud, la prudencia del paciente, porque en la buena apariencia resplandece la perfección de la *physis*.

Después, el médico observará con reverencia un decreto inexorable de la divina naturaleza, aceptando los límites de su arte y los suyos propios, evitando un pecado de la *hybris* (fuerza exagerada).

En el aspecto profesional, un punto fundamental de la relación ética entre el médico y el paciente son los honorarios. Se censura el lucro deshonesto y se resalta el riesgo de aquellos que acreditan que, con la fuerza del dinero, se puede comprar la curación.

La relación económica entre el médico hipocrático y sus pacientes se ajustará a las siguientes normas:

1. Para el médico hipocrático, servidor de la naturaleza, los honorarios sólo estarán justificados éticamente cuando la conducta profesional busque la perfección en el arte que practica. El buen médico debe estar siempre aprendiendo de su arte, el cual, en última instancia, justifica su ganancia.

2. El médico honrado, según la rapidez del mal, no tiene que buscar lo que le dé provecho, sino la gloria.

3. El médico debe tener en cuenta, cuando establece el importe de sus honorarios, la situación económica del paciente, sin abusar de la exigencia ni de la ausencia de humanidad.

4. Muchas veces, el médico prestará servicios gratuitamente. Según la ética profesional hipocrática, la asistencia gratuita al paciente se debe a dos motivos fundamentales: anhelo de fama y anhelo de amor al paciente y, a través de éste, amor a la naturaleza. En resumen, diríamos que se trata de una filantropía de la *physis*.

2 Hipócrates (460 - 371 a. C.) fue un médico griego, nieto e hijo de médicos, que eliminó las explicaciones sobrenaturales del origen de las enfermedades y desarrolló un sistema racional basado en la observación. Se le atribuye el Iusiurandum o Juramento que era, en realidad, el código profesional de ética que practicaban los iniciados en la percepción global y concepción científica de Asclepio, el dios de la medicina.

3 https://www.ucm.es/data/cont/docs/107-2017-12-02-Tema%209.%20Introducci%C3%B3n%20a%20la%20%C3%A9tica%20y%20a%20la%20deontolog%C3%ADa%20profesional.pdf.

De forma que, caben destacar dos puntos importantes: 1) evitar la obsesión por el beneficio y 2) mantener la formación de una forma continuada.

La ética y el dominio del conocimiento científico y técnico forman un ritual que debe ser siempre observado.

El Juramento constituye el paradigma, no sólo de la ética clínica, sino también de la ética profesional. El médico hipocrático, en la sociedad griega de la época, aparecía como un sacerdote de la naturaleza y no como un sacerdote religioso.

La moral ideal del Juramento alcanza su cenit cuando, en el primer párrafo, se dice que la actividad del médico será el bien y lo bueno. Se trata de un texto de ética racional y humanista. En el mundo homérico, la excelencia del hombre, por su benevolencia, no era mejorar el aspecto físico o moral de las clases nobles sino, más bien, acceder a la virtud de aquellos que practican un arte, en este caso el arte de curar.

El *Iusiurandum* es la expresión ética de una axiología humanista y de una aretalogía racional que congrega los principios universales de la ética profesional, y fue presentado como la primera síntesis deontológica para la clase médica.

Oración de Maimónides

Maimónides, filósofo, médico y talmudista hebreo que llegó a convertirse en líder de las comunidades judías en Egipto, destacó por la publicación de la "Guía de los perplejos", la obra más teológica del judaísmo rabínico, encaminada a resolver la contradicción entre filosofía y religión. Su compromiso con el paciente se plasmó en la "Oración de Maimónides".

No deriva directamente del Juramento Hipocrático, pero se orienta en el mismo sentido. Enfatiza en no admitir el interés por la gloria y las ganancias, en pedir que se colme de empatía por quien sufre y que se logre su confianza, y da importancia al hecho de ser humilde y de seguir en la búsqueda de los avances en el conocimiento.

Declaración de Ginebra

Fue aprobada por la II Asamblea General de la Asociación Médica Mundial celebrada en 1948 y legalizada en Sidney el año 1968.

Los preceptos de esta declaración son una continuidad de lo anteriormente expuesto en relación a los compañeros de profesión, a los pacientes de cualquier condición, al secreto profesional y al respeto por las leyes humanas.

El médico debería cumplir esta declaración sin esperar que los demás le reconozcan su esfuerzo. *Hay alguien que en silencio observa y es Él quien al final de los días le dará su recompensa. Si las cumple, conseguirá el respeto del Gran Arquitecto del Universo, la admiración de sus compañeros y el respeto de la comunidad donde reside. En caso contrario, estará utilizando su profesión para fines contrarios a los que la originaron, faltará a la ética, no respetará a Dios y, en consecuencia, no se respetará a sí mismo, y sus días serán oscuros y estará tan perdido como una hoja que el viento de otoño lleva de un lado a otro*. Se trata pues de una generalización del Juramento Hipocrático[4].

Carta Europea de Ética Médica

Fue aprobada por organizaciones médicas de Europa en *Asklepieio*[5] de Kos en 2011[6].

Pero después de dos milenios, ¿en qué se ha modificado el compromiso profesional? En casi nada. Sólo ha cambiado la forma -de juramento a promesa-, la expresión, el orden de formulación y el número de proposiciones; pero no ha variado su significado.

Consideramos que hace unos años era importante la formación ética que se recibía de los maestros, pero las nuevas generaciones no se acuerdan de ellos, tienen otros referentes. La competencia y todo lo necesario para lograr el éxito han hecho que la formación tenga otros objetivos. Ya no se forma en ética porque ésta ha pasado de ser un valor fundamental a estar implícita en nuestra vida cotidiana.

Las razones de estos cambios pueden atribuirse a las transformaciones en la propia salud pública o en el papel que ésta representa dentro de la vida social. Por eso aparecen nuevos consejos de actuación con los pacientes, como tales y como ciudadanos.

Juramento Hipocrático adaptado al siglo XXI para Odontología

En el año 2017 en el claustro de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud[7] de la Universidad de Barcelona, se plantó un

4 Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-ginebra/

5 Templo de salud consagrado al dios Asclepio, donde se cree que Hipócrates habría recibido su formación médica. Lugar donde, durante siglos, nuevos médicos/sacerdotes hicieron el Juramento Hipocrático.

6 https://issuu.com/revistaordemdosmedicos/docs/120.

7 Campus Clínico August Pi i Sunyer. https://www.ub.edu/web/ub/es/menu_eines/noticies/2017/10/041.html?

brote del Árbol de Hipócrates de la isla de Cos[8]. Durante el acto, el profesor Pere Gascón[9] destacó la figura de Hipócrates como la del maestro inspirador y modelo a seguir por los médicos e hizo hincapié en tres rasgos característicos de la medicina hipocrática: la visión desacralizada de la enfermedad, una metodología que combina experimentos y observación, y un alto contenido ético. Además, citó algunos de los aforismos hipocráticos que siguen de plena actualidad, como: *la mejor medicina es educar a la gente para que no la necesite o caminar es la mejor medicina para el hombre*.

En el año 2020, profesores de la misma Facultad revisaron el Juramento Hipocrático clásico y propusieron una nueva redacción adaptada al contexto histórico de este siglo XXI. Siendo pues una ciencia de salud global, la Odontología se adaptó a esta propuesta hecha realidad.

Se acepta con respeto los logros científicos de la profesión dental, con un reconocimiento para aquellos que lo hicieron posible y aceptando dar el relevo a los que seguirán. Se compromete en el tratamiento equilibrado orientado a evitar el sufrimiento. Recoge la idea original de que la odontología comparte ciencia y arte de modelado y rehabilitación funcional, añadiendo una parte de humanismo en el que combina la cordialidad que incluye calidez, juicio y razón, como elementos colaterales de curación y consecución de la confianza. La humildad aparece en el mismo sentido del alumno en relación con el maestro, a quien puede y debe pedir ayuda cuando sea consciente de su falta de conocimiento temporal. En el sentido más legal se hace hincapié en guardar el secreto de las confesiones y datos de salud de quien consulta.

Está implícito el compromiso de procurar la prevención y/o la curación necesaria para restablecer la calidad de vida de las personas cuando están enfermas, pensando siempre en las consecuencias de su padecimiento y teniendo muy presente que el profesional forma parte de la comunidad.

Se otorga la responsabilidad de preservar las tradiciones y costumbres de la profesión dental y el deseo de experimentar la satisfacción de curar. Finaliza con el mismo propósito de los demás "juramentos", el del anhelo de gozar de la vida y de tener la consideración del respeto en esta vida y para siempre.

La odontología entró de lleno en el ámbito global sanitario y su actuación profesional contribuye a la salud física y mental de los pacientes a los que ofrece sus terapéuticas. Como el objetivo es el mismo paciente que sufre, el compromiso ha de estar, y está, en el mismo marco que la medicina. Y, como en todos los anteriores, se expresa el deseo del recuerdo positivo de su actuación, con lo que queda implícito el compromiso por una continuada actuación ética.

Un razonamiento lógico que puede concluir este texto es el pensamiento de una personalidad de la medicina del siglo XIX: Fèlix Janer Bertran (1779-1865) que nos hará reflexionar y comprender perfectamente el significado de lo que juramos.

"Sed, en una palabra, dignos de vuestro arte, tanto por la excelencia y generosidad de vuestra alma, como por las luces y sagacidad de vuestra razón. […] Cultiven, pues, con esmero la parte moral de la profesión, a la par de la científica, todos los facultativos, sean cuales fueren su edad y experiencia, sus conocimientos y reputación, sus empleos y distinciones; y con la feliz reunión de una y otra parte de la facultad, al paso que satisfarán a su propia conciencia, alcanzarán las bendiciones y aplausos de la humanidad"[10].

Referencias bibliográficas

1. Buxarrais MR. El cuidado ético como camino hacia el ser. En: Buxarrais MR, Burget M. (cords.) Aprender a ser. Por una pedagogía de la interioridad. Barcelona: Ed. Graó; 2016.
2. Herranz G. Comentarios al código de ética y deontología médica. Pamplona: EUNSA; 1995.
3. Sánchez-Salvatierra JM, Taype-Rondán A. Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? Carta al director. Rev Med Chile. 2018;146(12). http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498.
4. Serrão D, Nunes R. Ética em cuidados de saúde. 3ª ed. Porto: Porto Editora; 1990.
5. Ustrell JM, Borges RD. Ética y deontología profesionales. En: Ustrell JM. (coord.) Manual de ortodoncia. Barcelona: Publ. i Ed. de la Universitat de Barcelona; 2011. p. 971-85.
6. Ustrell JM, Buxarrais MR. Ética aplicada a la odontología. Valencia: Lisermed Ed.; 2020. p. 27-36.

8 Es un esqueje del Árbol de Hipócrates bajo cuyas ramas, según la leyenda, el padre de la medicina enseñaba a sus discípulos.

9 El doctor Pere Gascón es profesor de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona y uno de los oncólogos de mayor prestigio internacional. Defensor de la medicina integrativa apuesta por el uso de las terapias complementarias. https://www.clinicaomegazeta.com/oncologia/oncologia-integrativa-dr-pedro-gascon/

10 Arnabat R. A manera de pròleg: Fèlix Janer, un bon Metge i un home bo. En: Baltà J. El Metge Fèlix Janer Bertran i la Catalunya del seu temps. Vilafranca del Penedès: Gràf. del Foix; 2014. p. 15-7.

Anexo

Juramento Hipocrático adaptado al siglo XXI para Odontología

Juro cumplir, lo mejor que sepa y con el mejor juicio, este compromiso solemne:

1. *Respetaré todos los avances y ganancias de la ciencia que han alcanzado los dentistas que me han precedido en el camino que ahora empiezo, y también compartiré con mucho gusto los conocimientos que tengo con todos aquellos que me deben seguir.*

2. *Aplicaré, en beneficio de los pacientes, todas las medidas que sean necesarias, evitando siempre caer en las trampas tanto de tratar en exceso como de abstenerme de tratar si puedo evitar sufrimientos.*

3. *Recordaré siempre que existe una parte de arte y una parte de ciencia en la odontología, y que la simpatía, la calidez y la comprensión pueden ser más poderosas que el mejor instrumento o el mejor medicamento.*

4. *Nunca me avergonzaré de decir "no lo sé", ni tampoco evitaré pedir consejo a mis compañeros, siempre que sus conocimientos y habilidades sean necesarios en beneficio del paciente.*

5. *Respetaré la privacidad de mis pacientes. Cuidaré especialmente de los aspectos que hacen referencia a cuestiones de su salud.*

6. *Si tengo la oportunidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes lo haré agradecido.*

7. *Recordaré siempre que no tratamos síntomas, sino personas enfermas, cuya enfermedad puede afectar a la estabilidad y la economía de una familia. Mi responsabilidad incluye también estos problemas, si quiero tratar a los enfermos de manera adecuada.*

8. *Prevendré la enfermedad siempre que se pueda, dado que la prevención es preferible al tratamiento.*

9. *Recordaré siempre que soy un miembro más de la sociedad en la que vivo, con unas obligaciones especiales para con todos los seres humanos que la configuran, tanto sanos como enfermos.*

10. *Que siempre pueda actuar para preservar las mejores tradiciones y costumbres de esta profesión, y que pueda experimentar la satisfacción de curar a todas las personas que me pidan ayuda.*

11. *Si no rompo este juramento, que me sea permitido disfrutar de la vida y de las muchas artes que la configuran, que sea respetado mientras viva y que sea recordado con cariño cuando ya no esté.*

NSK
Create it

EXPODENTAL
24 al 26 de marzo de 2022
Ven a visitarnos a nuestro stand:
6D10, Pabellón 6

Ofertas Especiales

HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2022

S-Max M CONTRA-ÁNGULOS DE ACERO INOXIDABLE

2 Contra-Ángulos del mismo modelo

MODELO **M25**
C. PEDIDO **C1027**

- **Sin Luz**
- Velocidad Directa 1:1
- Spray Simple
- Velocidad Máxima: 40.000 min^{-1}
- Para fresas CA (ø2,35)
- **2 AÑOS** de Garantía

599€*
~~1.244€*~~

MODELO **M25L**
C. PEDIDO **C1024**

- **Con Luz**
- Velocidad Directa 1:1
- Spray Simple
- Velocidad Máxima: 40.000 min^{-1}
- Para fresas CA (ø2,35)
- **2 AÑOS** de Garantía

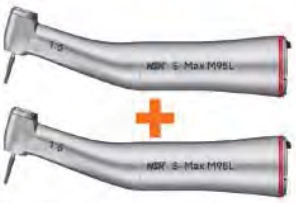
799€*
~~1.650€*~~

2 Multiplicadores del mismo modelo

MODELO **M95**
C. PEDIDO **C1026**

- **Sin Luz**
- Multiplicador 1:5
- Spray Quattro
- Velocidad Máxima: 200.000 min^{-1}
- Para fresas FG (ø1,6)
- **2 AÑOS** de Garantía

799€*
~~1.656€*~~



MODELO **M95L**
C. PEDIDO **C1023**

- **Con Luz**
- Multiplicador 1:5
- Spray Quattro
- Velocidad Máxima: 200.000 min^{-1}
- Para fresas FG (ø1,6)
- **2 AÑOS** de Garantía

999€*
~~2.192€*~~

* Los precios no incluyen IVA
Ofertas limitadas hasta el 31 de agosto de 2022 o hasta fin de existencias.

S-Max M TURBINAS DE ACERO INOXIDABLE CON LUZ LED

POTENCIA 26W

- Clean Head System **(Anti-Retorno)**
- Torque: 26W
- Tamaño del Cabezal: ø12,1 x Al 13,3 mm
- Velocidad: 325.000~430.000 min^{-1}
- Cuerpo de Acero Inoxidable
- Spray de Agua Quattro
- Porta-fresas Push Botton
- Rodamientos de cerámica
- Fácil cambio del cartucho por el propio usuario
- **2 AÑOS** de Garantía

2 Turbinas del mismo modelo

Conexión NSK
MODELO **M900L**
C. PEDIDO **P1254**

799€*
~~1.694€*~~

Conexión KaVo® MULTIflex®
MODELO **M900KL**
C. PEDIDO **P1258**

799€*
~~1.900€*~~

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

NSK Dental Spain S.A. **www.nsk-spain.es**
Módena, 43 · El Soho-Europolis · 28232 Las Rozas de Madrid - tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es

Los cambios de la odontología en 10 años

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

Esta revista celebra en este número los 10 años de su fundación. Durante este tiempo ha sido fiel testigo del acontecer de la profesión. Posiblemente en ese momento los dentistas sentíamos el pálpito de que el cambio en nuestra manera de vivir y de trabajar era inminente. Que los problemas en los que estaba inmerso nuestro ejercicio iban, en un ejercicio de confianza en nosotros mismos y en el poder del colectivo, camino de resolverse. Nos preocupaba la plétora profesional, la creación de especialidades el impacto de las nuevas formas de gestionar la profesión, el papel de la atención primaria en la odontología , la incorporación de la tecnología a nuestras clínicas y unas cuantas cosas más . Dejo para ustedes el enjuiciar cuántas de esas preocupaciones se han resuelto y cuantas siguen coleando de una u otra manera. Muchas de ellas son evidentemente de difícil resolución. Intereses contrapuestos y visiones diferentes confluyen en el mundo de la odontología. La innegable capacidad de resiliencia adaptativa de los profesionales del diente nos ha permitido seguir, al menos, confiando en que el futuro será cada vez mejor. Aún así, las expectativas de influir para que la odontología mejore la vida de la gente y el futuro de los odontólogos, se centran más en la presencia de personas con la autoridad moral y profesional suficiente para que, a todos los niveles, sean líderes de opinión y activos en la toma de decisiones. Diez años, y muchos cambios, han acontecido desde que inició su singladura Odontólogos de Hoy. Cambios en el ministerio de Sanidad (desde Ana Matos, de infausta memoria, hasta Carolina Darias). Cambios en las políticas sanitarias (de derecha a izquierda), en las leyes en la sociedad. Con todas las prevenciones que una afirmación de este tipo implica, yo creo que las decisiones trascendentes para la población (profesionales y pacientes) se toman muy especialmente en la política, desde dentro de la política. Desde luego es necesario influir. Crear grupos de opinión o de presión. Participar en ellos. En estos diez años una generación de odontólogos han demostrado con creces su capacitación profesional, su conocimiento y habilidad en el manejo de las técnicas y los procedimientos propios de nuestra actividad. En definitiva su capacidad de influencia. En estos mismos diez años nuestros representantes y dirigentes profesionales se han fajado, me consta, en dar salida a ese pálpito con desigual resultado. Y es que, amigos, es difícil servir a dos señores. La enorme dedicación y esfuerzo que supone seguir la rueda de la actividad profesional o docente y a la vez influir en cambios políticos "desde dentro de la política" convierten ese objetivo en un reto difícilmente alcanzable. Estos años que empezaron en Enero de 2012 con la polémica generada por la campaña publicitaria de Vitaldent diciendo a la población: "Haz las paces con el dentista" (como si los dentistas estuviéramos en guerra con los pacientes), han permitido demostrar que , si resilientes somos los dentistas, tanto o más lo son los conflictos de la profesión y los agentes que la distorsionan. Pese al impagable esfuerzo de nuestros representantes en todos los foros y a la presencia de revistas como la presente, que dan voz a nuestras esperanzas, logros y cuitas, los problemas se mueven más rápido que las soluciones. Sin embargo en estos últimos 10 años ya han aparecido colegas que han hecho el tránsito de la odontología a la política con aspiraciones a tomar decisiones de gobierno. Representan solo a una manera de ver del mundo. Necesitaremos más y en todas las opciones. Como seguiremos necesitando a los grandes técnicos y la ímproba labor de nuestros representantes profesionales. Reflejando todos los puntos de vista, buscando contactos e influencias desde todas las opiniones políticas y vitales. Es cierto que a medida que vas sacando los pies de la trinchera del día a día la perspectiva va alejándose de la realidad y los que se formaron en la profesión, sino la viven, van alejándose de ella. Sin embargo me queda el convencimiento de que siempre existirá un hálito de odontología en su interior para interpretar las necesidades y la confianza en el acervo popular cuando dice aquello de que lo mejor es haber sido monaguillo antes que fraile. Y estoy seguro que Odontólogos de hoy seguirá estando ahí para dar testimonio de lo que va ocurriendo entrevistando a todos aquellos odontólogos que desde diferentes opciones política y vitales, puedan tener la autoridad suficiente para tomar decisiones ejecutivas que modifiquen la profesión y la asistencia dental en el país.

En los últimos diez años, una generación de odontólogos han demostrado con creces su capacitación profesional, su conocimiento y habilidad en el manejo de las técnicas y los procedimientos propios de nuestra actividad

IX Simposio Internacional / *IX International Symposium*

AVANCES EN CANCER ORAL

ADVANCES IN ORAL CANCER

UPV EHU | NAZIOARTEKO BIKAINTASUN CAMPUSA
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

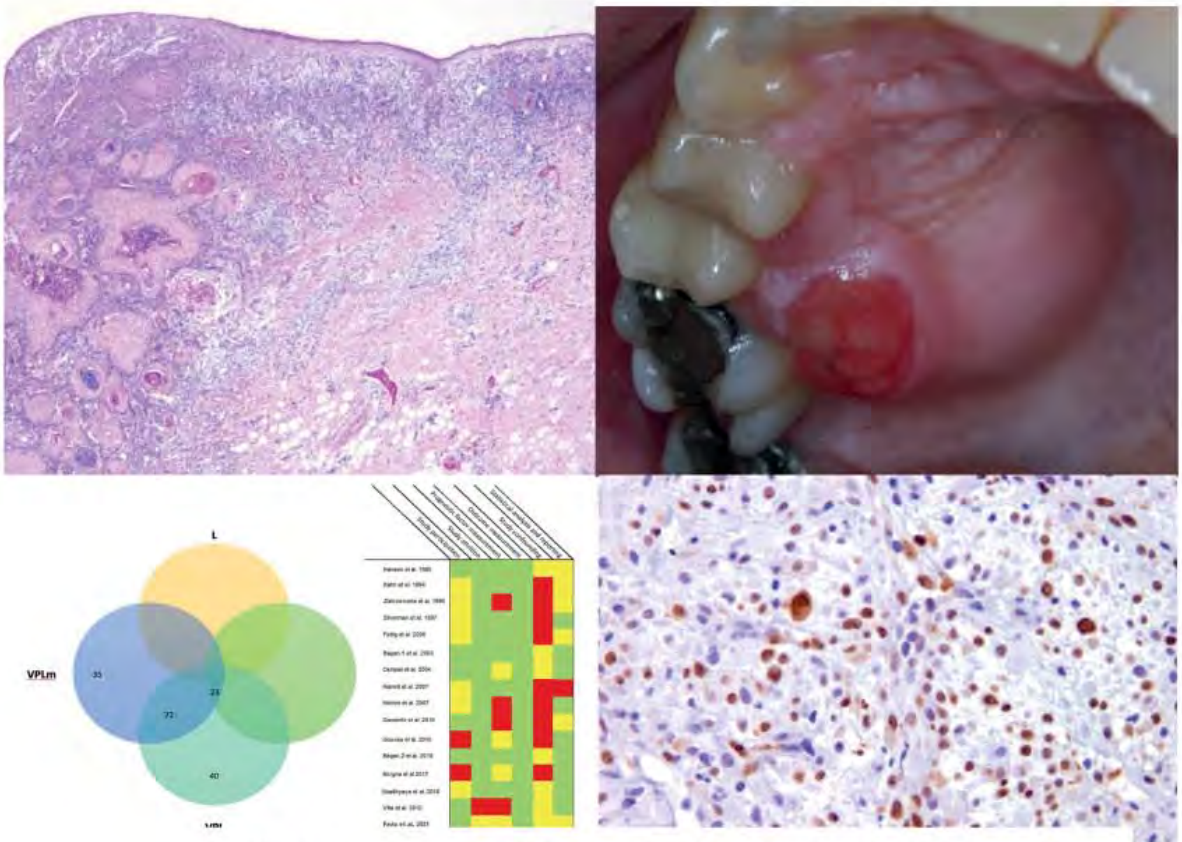
Dpto. Estomatología II

ONLINE 2022

1 - 2 Julio 2022

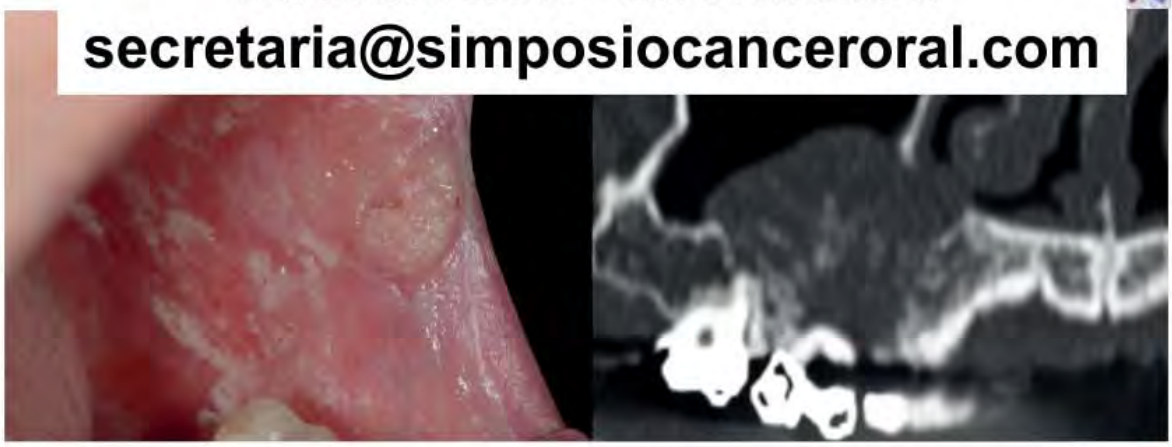
July 1st - 2nd 2022

SEMO SECIB



Información / Information

secretaria@simposiocanceroral.com



AIPMB

EAOM

Baja de maternidad

Alejandra Llorente
Odontóloga

Hemos hablado muchas veces de la publicidad engañosa, de la mercantilización de la profesión, y de muchos otros problemas que nos rodean.

Pero en una profesión en la que cada día somos más y más mujeres creo que no hemos hablado suficiente de algo que cada día cobra más importancia, y es la baja de maternidad de las Odontólogas autónomas.

La conciliación familiar y laboral en una profesión como la nuestra, con los horarios que tenemos en España me resulta bastante difícil y la baja de maternidad es un problema añadido.

Las prestaciones por baja de maternidad de las Odontólogas autónomas como la de cualquier otra profesión son tan bajas que realmente económicamente supone una pérdida.

El subsidio por maternidad da derecho a la trabajadora autónoma a una prestación que tendrá una duración de 16 semanas.

Y es aquí al punto al que quiero llegar.

La teoría dice 16 semanas, la realidad es que la mayoría de las Odontólogas autónomas que llevan sus propias clínicas te cuentan que hacen lo posible para poder volver cuánto antes a la clínica.

Algunas compañeras me dijeron que volvían al mes, otras que a los dos meses, el récord una que a los quince días, casi ninguna hacía las 16 semanas que les correspondía.

El peso y la responsabilidad cuando es tu propia clínica es tan grande que parece que no queda otra que volver antes.

Creo que el ser madre en cualquiera de los escenarios autónoma o no es de valientes, pero en una situación en la que hay tanta competencia entre clínicas, y en la que hay más dentistas de los recomendados por número de habitantes según la OMS parece que es vital no cometer ningún error.

Desde aquí quiero reconocer el esfuerzo a todas las Odontólogas autónomas o no que lidian con un embarazo teniendo en cuenta el esfuerzo físico que envuelve nuestro trabajo, que traen a los bebés al mundo, y que sacan fuerzas de dejarlos para reincorporarse a la vida laboral de nuevo.

SEOC

SEDE
MUSEO UNIVERSIDAD DE NAVARRA

30 ANIVERSARIO

XXIV Congreso Nacional y XI Internacional

12, 13 y 14 de Mayo 2022

Museo Universidad de Navarra

Pamplona · Iruña (Spain)

Alberto García de la Fuente · Álvaro Fernando · Ana Roig · Antonio Saiz-Pardo · Beatriz Martín · Benjamín Martín · Carlos Fernández Villares · David García Baeza

David Uroz · Ferrán Llansana · Francesc Abella · Giuseppe Cantatore · Guillermo Pradies · Ignacio Sanz · João Carlos Ramos · Jon Gurrea

Jose Antonio Vega · José Gaviño · José Manuel Reues · Juanjo Iturralde · Luis Corsteria · Luis Ibzarbe · Manuel Ruiz · María Cura

Mariá Santamaría · Miriam Teulé · Olga González Castro · Pablo Castelo · Pablo Gómez Cogolludo · Rafael Ibáñez · Rafael Vila · Sara Rodríguez

I Encuentro Nacional de Profesores de Odontología Conservadora
Actualización en Cariología

Carmen Llena · Javier Cortés · Jenifer Martín · María Melo · Victoria Fuentes

@congresosoecpamplona2022 www.congresosoecpamplona2022.com

Consulta gratuita

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor Odontólogos de hoy

¿Es ético anunciar la consulta gratuita?

Sobre que la consulta es el diagnóstico y que es la primera parte y fundamental del acto médico u odontológico hay un gran consenso. Sin un acertado diagnóstico todo lo que venga después nos conducirá al desastre, es por eso por lo que ofertar como gratuito algo tan esencial y que requiere los conocimientos obtenidos fruto de un gran esfuerzo por formarse es desprestigiarse como profesionales desde un concepto deontológico y trabajar por debajo de coste en un plano puramente mercantil, lo mires como lo mires no parece aceptable.

El problema que traigo a colación es si esto tiene excepciones y de ser así cuales. Una consulta gratuita por motivos caritativos a quién no puede pagarla es aceptable, ocasionalmente por otros motivos que no vamos a enumerar por innecesario también puede aceptarse, siempre de forma puntual. Como reclamo para obtener pacientes a los que ofertar tratamientos pone en duda la imparcialidad u objetividad del diagnóstico, puesto que el objeto de éste es ofertar tratamientos.

El término "gratuito" nos persigue o nos acompaña y somos nosotros mismos quienes lo ensalzamos, sin percatarnos de ello y con la mejor intención seguramente.

Desde la Organización Colegial se están ofertando campañas de "revisión gratuita". La última sobre prevención de cáncer oral y cito textualmente una parte del comunicado del consejo:

> *"no serían posibles ni lograrían su objetivo sin el compromiso y labor altruista de miles de profesionales de todo el país que participan voluntaria y generosamente en las mismas"… y sigue: "Como representantes de la profesión de dentista, nuestra labor es la de ser referentes en la mejora de la salud bucodental de la población. Por ello, animamos a todos los dentistas a que participen y colaboren en estas acciones como parte de nuestro compromiso hacia la sociedad y nuestros pacientes"*

No cuestiono la buena voluntad sino la oportunidad de este tipo de campañas. Se imagina alguien a los ginecólogos poniendo a disposición sus consultas, a los oftalmólogos, a los dermatólogos y otros especialistas, para suplir lo que es obligación de la administración pública sanitaria, yo no.

El compromiso con los pacientes como dice el comunicado no necesita de estas campañas, a los pacientes se les debe atender siempre empezando por la realización de un buen diagnóstico sin necesidad de campañas.

Que el compromiso con la sociedad pase por ceder las instalaciones, personal y propio trabajo, lo dudo, ¿es que deben los dentistas tener algún tipo de mala conciencia por ser dentistas?, pagan sus impuestos como todos y además sostienen a una Organización Colegial con un presupuesto anual en su Consejo General de más de dos millones seiscientos mil euros, a lo que habría que añadir el de cada colegio.

En un país como el nuestro en que se nombran asesores de ministros que carecen de titulación académica conocida, sin experiencia y sin formación, con sueldos de cincuenta mil euros al año, es una vergüenza que desde el Consejo General se anime a los odontólogos a ofrecer su trabajo y sus instalaciones y personal auxiliar, al que ellos pagan, para suplir lo que ese ministro o ese gobierno es incapaz de ofertar a los ciudadanos.

Los representantes colegiales deberían replantearse si esto es la forma de defender a la profesión, cubriendo las dejaciones del sistema como si fuesen su culpa en vez de denunciarlas. Unas campañas a las que se adhiere menos del 4% de la colegiación y tienen en contra a varios colegios, deberían hacerles pensar que no van por buen rumbo.

Pueden y deben hacerse campañas para promover la salud oral, pero con acciones que prestigien a los profesionales y valoren su trabajo, no regalando, que es una forma de devaluar lo que se ofrece.

No creo que tengan que hacer el trabajo que no hacen otros y de forma altruista, como dicen desde el Consejo, por muy loable que el acto pueda parecer. Yendo más lejos, lo grave sería y tal vez esté ocurriendo, que no todo fuese altruismo y se utilizasen estas campañas con fines propios, bien para apropiarse de los resultados en beneficio de alguien de la organización o para obtener más pacientes en su consulta, porque eso sería deplorable.

Nuevos equipos S-Line

antón
Suministros Dentales

S
by Ancar

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

antasis
Trust Technical Service

¿Quieres que te mostremos todas las novedades en la

EXPODENTAL

687 527 479

antonsl@antonsl.es

Cambiar el *chip*

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

Parece que esta pandemia está entrando en una nueva fase y se cumplen las predicciones de los virólogos que señalan que, normalmente, en las mutaciones sucesivas predominan por efecto de la selección natural los virus que tienen más contagiosidad y menor patogenicidad. Hay que *cambiar el chip*. El virus ha ganado la partida y se va a quedar entre nosotros. Será probablemente una infección respiratoria más que se sumará a los coronavirus más frecuentes causantes del catarro común. No es que la pandemia esté superada –algunos dicen que esta sexta ola es el principio del fin- si no que estamos ante un nuevo escenario. Se hace necesario abandonar la mentalidad impuesta por las circunstancias al inicio de esta crisis porque ahora las condiciones son totalmente diferentes. Llegaremos a un equilibrio entre este virus y nosotros. La ciencia, una vez más, será la determinante para producir este acomodo.

Por primera vez desde que todo esto comenzara a comienzos del año 2020, las tasas de incidencia por grupos de edad se han cruzado. Al principio, la mayor incidencia se dio entre las personas mayores mientas que ahora se ha trasladado a las edades infantiles y juveniles, particularmente por debajo de los 12 años. Parece como si el virus tuviera cada vez menos recorrido. Las infecciones son más leves y, además, se testea un número mucho mayor de infecciones que de casos de enfermedad respiratoria aguda. Por otro lado, una vez que la población adulta ha adquirido cierta inmunidad, ya sea por infección o re-infección o por inmunidad vacunal, el virus ataca en mayor medida a los más jóvenes y en ellos la infección es considerablemente más leve. Prevalecen ahora los casos asintomáticos o con sintomatología leve. Según datos del Instituto Carlos III la mitad de las infecciones declaradas son asintomáticas y los índices de hospitalización son menores que en oleadas anteriores. Y ello a pesar de que, según un estudio llevado a cabo en Suiza, las infecciones declaradas suponen solo el 42% de las reales.

Actualmente, diferentes países y regiones comienzan a cambiar sus estrategias. Algunos empiezan a rebajar las restricciones cuando no a eliminarlas en parte, incluido el uso de la mascarilla en espacios interiores, como es el caso de Dinamarca. El nuevo escenario no debe llevar a banalizar la situación porque el número de muertes por o con Covid 19 es todavía alto y la amenaza al sistema de salud persiste. En opinión de este lego en virología pero aficionado a la salud pública, este nuevo escenario nos tiene que obligar a cambiar de actitud. No podemos seguir viviendo en una escafandra ni manteniendo nuestras relaciones sociales a distancia, como empujando al otro hacia atrás para que no se nos acerque demasiado. No nos podemos permitir seguir haciendo nuestro trabajo bajo mínimos porque haya que cuidarse del contagio: el contagio se producirá antes o después. No nos podemos permitir que todo el sistema se tambalee por más tiempo. Debemos quitarnos el estigma de ser un transmisor potencial porque todos podemos contagiar o podemos ser contagiados en cualquier momento; es que es lo que va a ocurrir. Es necesario liberarse de esa carga de culpa. También va en ello nuestra salud, la física y la mental. Y la económica, que es la madre de todas las batallas.

Todos debemos cambiar de actitud. Empezando por los políticos y los medios de comunicación. En sus primeras oleadas estaba justificado abrir los informativos y la prensa escrita con los datos de la pandemia: contagios, UCI, muertes... Ahora estamos saturados de tanta información. Algunas voces se alzan reclamando que esto debe cambiar. Hace unas semanas lo argumentaba sólidamente el editorial de la revista AMF, órgano de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria *(https://amf-semfyc.com/web/article/3063).* También Juan Simó, médico de Atención Primaria, resumiendo su posición en "Dejar de hacer para poder hacer" *(https://saludineroap.blogspot.com/2021/12/hay-que-parar-esto-dejar-de-hacer-para.html).* Estos escritos resumen la opinión que muchos podemos tener pero no acertamos a comunicar.

> *"Todos debemos cambiar de actitud. Empezando por los políticos y los medios de comunicación"*

Por lo que afecta a nuestra profesión, algo sí ha cambiado y se debe quedar: las medidas de protección frente a los aerosoles. Esto se debe convertir en una nueva rutina en la odontología.

Nota aclaratoria. Las últimas decisiones sanitarias parecen confirmar ese cambio de escenario al que aludía en mi escrito –terminado el 21 de enero de 2022-. La IA a 14 días era entonces de 3.418/100.000 hab., hoy, 18 de febrero, es de 984; el porcentaje de camas hospitalarias ocupadas por o con Covid ha pasado en las mismas fechas del 15% al 8%. La tendencia se consolida. La realidad ha sobrepasado con creces a la opinión.

COENA
Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra

Celebración de Santa Apolonia en el Colegio de Navarra

El miércoles 9 de febrero los odontólogos de Navarra celebraron su patrona, Santa Apolonia. Tras un año con reuniones telemáticas, los colegiados respondieron con una elevada asistencia a las actividades previstas.

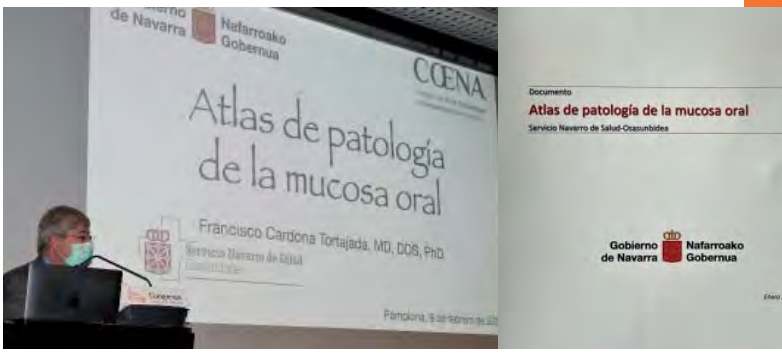
La festividad comenzó con una misa en iglesia de San Francisco Javier de Pamplona en recuerdo de los colegiados fallecidos.

Posteriormente, los odontólogos y estomatólogos de Navarra pudieron asistir al acto principal de la festividad: una conferencia magistral en la que el colegiado Francisco Cardona presentó su libro "Atlas de patología de la mucosa oral".

Una vez terminada la conferencia, se dio la bienvenida a los nuevos colegiados y se impuso la medalla del Colegio a aquellos que cumplían sus bodas de plata colegiales, entre ellos los Dres. Mariano Rubio y Kepa Lekuona. Por otro lado, se nombró colegiado honorífico al Dr. José Angel Napal, recientemente jubilado, quien ha estado 38 años colegiado y 26 años en la Junta del Colegio.

Presentación de la edición impresa del "Atlas de patología de la mucosa oral", obra de Doctor Francisco Cardona y conferencia magistral del autor

Los odontólogos y estomatólogos de Navarra pudieron asistir al acto principal de la festividad: una conferencia magistral en la que el colegiado Francisco Cardona presentó su libro "Atlas de patología de la mucosa oral". No es habitual que sea un miembro del propio colegio el encargado de pronunciar una conferencia magistral, pero la personalidad y el carisma de Cardona y el aprecio con que cuenta en su propia casa, el Colegio de Navarra lo convierte en algo más que normal imprescindible.



En el acto de presentación, el Presidente del Colegio, Dr. Oscar Pezonaga, destacó la gran labor profesional e inmensa capacidad humana del Dr. Cardona y, sobre todo, su extraordinaria disposición para trabajar, no solo en el Colegio, pues ha sido Presidente de la Comisión Científica y Tesorero durante algo más de 20 años, sino también para "atender a todos los pacientes que le envían los colegiados, incluso antes y después de su horario laboral en el Servicio Navarro de Salud", añadió Pezonaga. Estas palabras fueron reconocidas y aplaudidas por todos los asistentes, que quisieron apoyar masivamente al Dr. Cardona.

Por esa misma razón, añadió: "los colegiados de Navarra no le dejan jubilarse". El Dr. Pezonaga, además, hizo hincapié en el gran conocimiento de la medicina oral que posee el Dr. Cardona, quien ha llegado a convertirse en un referente en la Comunidad Foral y también fuera de ella.

Por su parte, el Dr. Cardona, agradeció la acogida que el Colegio y el resto de los compañeros le brindaron hace 20 años, cuando llegó desde su Valencia natal, y no se olvidó en su discurso de Cristina Ibarrola, por entonces directora de Atención Primaria, gracias a quien pudo escribir el libro en versión online y tampoco de toda la Junta del colegio, a quienes agradeció su apoyo para que este libro haya podido ver la luz en formato físico.

Una de las sensaciones que nos comenta Cardona le produce este "humilde libro de fotografías", según define él mismo su obra, es de la culminación de mi carrera profesional, dedicada a mis pacientes y a mis compañeros. Un orgullo el ver que todas aquellas personas que se esforzaron en enseñarme algo, han dejado huella en mi actividad, manifestando así, un reconocimiento a todos sus profesores lleno de agradecimiento por sus enseñanzas.

El libro ha sido publicado en papel por el Colegio de Dentistas de Navarra y editado online por el Gobierno de Navarra. El Colegio de Navarra puede enviarlo en este último formato a cualquier colegiado de España que lo desee.

Dr. José Ángel Napal

Nombramiento de Colegiado Honorífico y medalla de oro a José Ángel Napal

El Doctor José Ángel Napal, recientemente jubilado fue nombrado colegiado honorífico y recibió la medalla de oro del colegio. Napal tras 38 años de servicio a la profesión en su querida Estella, con una trayectoria profesional intachable y de dedicación a sus pacientes, cerró su clínica para disfrutar de ese merecido descanso que trae la jubilación, con la buena fortuna de haber sido abuelo recientemente. José Ángel ha dedicado 26 años a la Junta de Gobierno del Colegio de Navarra, pieza fundamental en el surgimiento de este colegio, en otros tiempos junta provincial del de Vizcaya (VII Región) y después del de Guipúzcoa (XIV Región), fue el encargado de redactar los estatutos que en 1999 dieron plena carta jurídica al Colegio de Navarra, sus conocimientos de gestión y su manejo acertado de los temas legales y deontológicos han hecho de él un importante activo para el colegio al que nunca le escatimó ningún esfuerzo y donde se ha ganado un merecido respeto de todos sus compañeros.

Dr. Pezonaga y Dr. Napal

Cofradía de Santa Apolonia de Barcelona

Barcelona, 9 de febrero

El miércoles 9 de febrero Catalunya celebró la festividad de Santa Apolonia dentro de las actividades que organiza la Cofradía de Santa Apolonia de Barcelona. Esta festividad correspondió al 30 aniversario de la renovación de la Cofradía.

Después de dos años sin haber podido celebrar la fiesta patronal de Santa Apolonia, la Cofradía de Santa Apolonia de Barcelona se reunió nuevamente, pero en un lugar diferente, en Sant Cugat. Las Hermanas Dominicas de Montesión ya no están en Esplugues. La priora, Montserrat, murió en 2020 y las demás hermanas están en los Monasterios de San Cugat y de Manresa. La festividad de este año se celebró en el Monasterio de Hermanas Dominicas de San Cugat.

El acto consistió en un encuentro en el Monasterio de Hermanas Dominicas de la ciudad de Sant Cugat, que dirige la Priora Carmen Hornillo, la misa fue celebrada por el Padre Carlos Cahuana y presidió el acto el Cofrade Mayor Josep M. Ustrell.

Fueron nombrados y distinguidos nuevos cofrades. De la Escuela de Odontología de la Universidad de Barcelona: Profa. Dra. Sebastiana Arroyo Bote y Prof. Germán Pareja Pané, actual presidente del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Catalunya; de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Catalunya: Prof. Dr. Oriol Cantó Navés, Prof. Dr. Carlos Muñiz Roca y el gerente Sr. José María García Navas; de la Industria: Sr. Josep Munté Fàbregas, director de Curaden España; y la Profa. María José Muñoz Leal, que fue vicedecana de la Universidad Europea de Madrid y miembro de la Conferencia de Decanos (CRADO). Al numeroso público los padrinos, Prof. Dr. Esteban Brau Aguadé, Prof. Dr. Lluís Giner Tarrida y Prof. Dr. Josep Maria Ustrell i Torrent, leyeron el currículum de los galardonados reconociendo los méritos que han aportado al desarrollo y mejora de la profesión dental.

A continuación, se pudo degustar el tradicional desayuno en una sala habilitada dentro del Monasterio y al final del acto se estableció un calendario para marcar los objetivos de los próximos años.

EXPODENTAL

SALÓN INTERNACIONAL
DE EQUIPOS, PRODUCTOS
Y SERVICIOS DENTALES

Comunidad invitada:

COMUNITAT VALENCIANA

Promueve:

federación española de empresas de tecnología sanitaria
fenin

Patrocina:

TIPSA
Nos gustan tus envíos

Tecnología al servicio de los profesionales.

24-26 Mar 2022

Recinto Ferial
ifema.es

IFEMA MADRID

La Comunidad de Madrid destina 2,2 millones de euros para financiar tratamientos dentales a la población de 7 a 16 años

La Comunidad de Madrid destina este año 2.242.677 euros para financiar tratamientos dentales especiales que precisen los menores de 7 a 16 años, mediante el sexto convenio suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud -SERMAS- y el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM). En el mismo se detalla el acceso a estas prestaciones, desde las unidades de Salud Bucodental de los centros de salud, de unos 720.000 menores.

Entre los tratamientos especiales que cubre el convenio se encuentran endodoncias, reimplantes dentarios o la colocación de mantenedores de espacio, y grandes reconstrucciones u obturaciones sobre endodoncias previamente realizadas o sobre pérdida de tejido debido a traumatismos dentales. Por su parte, la población infantil con diversidad funcional física o psíquica reconocida oficialmente que necesite sedación es atendida en el Hospital público Infantil Universitario Niño Jesús.

Desde la puesta en marcha de este convenio en 2017, la Comunidad de Madrid ha invertido 8 millones de euros para ayudar a las familias en la financiación de tratamientos dentales y se han atendido a un total de 38.663 pacientes, con un coste medio de 204 euros por cada menor. Durante el año pasado, en plena pandemia, el convenio se mantuvo y, en total, se llevaron a cabo estas actuaciones a 2.815 niños, con una media de 2,4 por cada menor. Los principales motivos de atención fueron endodoncia del molar (25%), gran reconstrucción (24%) y colocación de mantenedor de espacio (11%).

La atención a la salud bucodental en la Comunidad de Madrid se desarrolla en 87 USBD de centros de salud. En ellos, anualmente se realizan 900.000 consultas, entre la población adulta y la infantil, atendidas por odontólogos e higienistas dentales.

En menores, estos profesionales realizan cada año 120.000 revisiones, que comprenden el análisis del estado dental y de índices de caries, la valoración de hábitos inadecuados e información sobre medidas higiénicas, entre otras actuaciones. En las USBD, además, si es necesario, se les realizan aplicaciones de flúor tópico, sellado de fosas, obturación de los dientes (empastes) y tartrectomías (la limpieza de boca).

De manera complementaria a la actividad asistencial, los profesionales de las USBD realizan actividades para prevenir enfermedades, tanto en consulta como en talleres de Educación para la Salud impartidos en centros educativos de la región, promocionando estilos de vida saludables e higiene dental.

sonría xfavor

946 076 521

info@sonriaxfavor.es

Te esperamos en

NewTom Cone Beam 3D Imaging what's next

EXPODENTAL

8B11 - PABELLÓN 8

- Fácil e **intuitivo** para el usuario
- **Cómodo** para el paciente
- Campos disponibles de serie: 6x6, 8x6, 10x6, 8x8, 10x8, 13x16, 13x10, 13x8, 13x14, 10x10, 16x18, 16x10, 15x6

4X4; 7X6; 9X16

CAMPOS PARA ESTUDIOS ESPECIALIZADOS LA MAYOR RESOLUCIÓN DEL MERCADO (VOXEL 68M)

Descubre la mejor imagen de diagnóstico del mercado

Hablamos con Rafael Bengoa

Experto en Sistemas de Salud

Por Alejandra Llorente

Doctor en Medicina por la Universidad del País Vasco, máster en Gestión de Sistemas de Salud y máster en Salud Comunitaria por la Universidad de Londres. Es Senior Fellow de Harvard y de la Universidad de Manchester.
Es *Honoris Causa* por la Universidad de Ulster.
Ha sido vicepresidente de Horizon 2020 de la Unión Europea.
Durante quince años trabajó para la Organización Mundial de la Salud donde fue director de Sistemas de Salud hasta el 2007.
De 2009 a 2012 fue consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, en calidad de independiente.
Ha apoyado a numerosos gobiernos en sus reformas sanitarias.
Esta pandemia ha hecho que su imagen como la de otros expertos en salud pública aparezca en los medios generales, ante la necesidad de explicaciones científicas que la población ha demandado y ha obtenido en expertos independiente como Rafael Bengoa.

ODH: La esperanza de vida en España es mayor, vivimos más años. ¿Qué medidas debemos tomar para evitar lo que en términos coloquiales se dice "morir de éxito"?

Vivimos mucho pero no todos los años añadidos son en buena salud. Por ejemplo, una mujer de 65 años en España vivirá 22 años de media, pero solo 10 de eso años serán en buena salud. No hay ninguna razón para que esto sea así. Se puede extender los buenos años actuando durante toda la vida de forma más preventiva tanto por la mujer como por el sistema de salud.

ODH: Los dentistas en los primeros días de marzo de 2020, tenían elaborados protocolos de actuación para prevenir la transmisión del COVID en las consultas, elaborados por los colegios, entidades privadas, e incluso profesionales por su iniciativa personal, todos muy similares y que han demostrado ser efectivos, todos desde una iniciativa al margen de las distintas administraciones públicas, autonómicas, central o europea. En los inicios del S.I.D.A. se hizo un protocolo conjunto entre administración y colegios con excelentes resultados. ¿Han perdido las administraciones públicas el liderazgo en esta pandemia?

Esta ha sido una pandemia de variantes. Diferentes variantes en diferentes olas. No se puede criticar la actuación en la primera ola, pero si se puede decir que no ha habido aprendizaje entre olas. Se ha desescalado precipitadamente en prácticamente todas las olas.

El resultado es que la ciencia ha salido reforzada de la pandemia, pero las administraciones han perdido credibilidad y confianza. Ahora toca recuperar la confianza de la población reforzando el sector social y sanitaria.

"La ciencia ha salido reforzada de la pandemia, pero las administraciones han perdido credibilidad"

ODH: Los dentistas son casi los únicos profesionales que tienen que atender a pacientes sin mascarilla y en la distancia más corta. ¿Cree que las medidas implementadas por el COVID deberán mantenerse en el futuro?

Pienso que es recomendable y los pacientes esperarán ver a los dentistas con mascarillas siempre.

Se quitará la restricción de usar mascarillas esta primavera, incluso en interiores, pero se recomendará seguir usándola en trasporte público y aviones y en situaciones como la odontología.

ODH: Se está hablando de una "gripalización" de la pandemia, desde ámbitos no técnicos. ¿Cuál es su opinión sobre este posible Paso?

SARS-COv-2 ha matado a más gente en dos años que la gripe en los últimos 30 años¡ Ha sido prematuro plantear una gripalización con las cifras que teníamos hacia un enero/febrero 2022. Esa banalización del virus ha hecho disminuir la percepción de riesgo en la población la cual ha cambiado su comportamiento y ha bajado la guardia.Cuando eso ocurre hay más infección comunitaria, hay más gente inmunodeprimida y vulnerable ingresada (o peor) y epidemiológicamente se frena el descenso de la sexta ola.

No hay que imitar al primer ministro ingles Johnson en esto ¡Ha levantado todas las restricciones este fin de febrero!

Tampoco hay que imitarle en las fiestas que organiza en plena pandemia

ODH: En España hemos conseguido una participación ciudadana líder en Europa junto a Portugal en población vacunada. ¿Hasta qué punto ha sido decisivo en la contención del virus?

Ha sido fundamental. Solo podemos levantar las restricciones actuales este mes de marzo porque nos hemos vacunado. En caso contrario se hubiera tardado mucho más.

La ciudadanía en España ha comprendido algo que en otros países no han entendido. Eso significa que, en términos de comunicación, aunque ha habido muchas contradicciones, la población ha sabido filtrar la información que le era útil.

ODH: Se está dando mucha importancia a esta primera reacción aguda de la infección por COVID, lógico por sus consecuencias, pero la aparición de casos asintomáticos o menos graves lleva a pensar que todo se acaba ahí. ¿Qué consecuencias se conocen en este momento nos traerán las secuelas futuras de esta infección?

La Covid persistente ya ha sido aceptado como real por la OMS. Se está empezando a crear clínicas especializadas en ello. A estas alturas lo que se puede afirmar es que la Covid ha creado aún más enfermos crónicos, lo cual se añade a la epidemia de crónicos provocada por las enfermedades no transmisibles.

ODH: Los dentistas son profesionales sanitarios, generalmente poco tenidos en cuenta por las administraciones en labores de salud pública, pero una amplia fuente de consulta por parte de los ciudadanos que si les valoran. ¿Nos puede dar una pauta para explicar a los pacientes cómo actúan las vacunas y qué esperar de las actuales y de las futuras?

Los dentistas son científicos. La población les percibe como tal. Las vacunas y la ciencia han salido revalorizadas de esta pandemia. La pregunta que hará la población será sobre la cuarta dosis de refuerzo. De momento solo está justificada en inmunodeprimidos y gente muy mayor. A la gente hay que decirles que sus defensas no van de solo anticuerpos, sino que se ponen en marcha otras capas defensivas (células B y T) y que tenemos, por razones evolutivas, unas super defensas una vez que estamos vacunados.

ODH: En el País Vasco y en Navarra existe el P.A.D.I. que obviamente usted conoce bien ya que ha desempeñado importantes puestos en el Departamento de Sanidad y ha sido consejero. ¿En su opinión se está dando la importancia que merece a la salud bucal? ¿Una ampliación del catálogo de prestaciones, con su correspondiente partida presupuestaria, sería rentable en términos de retorno de salud general y prevención del agravamiento de otras patologías?

El PADI ha tenido unos resultados espectaculares y es un ejemplo de intervención preventiva que deberíamos imitar en muchas otras patologías. El Dr. Federico Simón tuvo razón en insistir tanto.

"El PADI … es un ejemplo de intervención preventiva que deberíamos imitar en muchas otras patologías"

ODH: Es conocida su participación como asesor en la administración del presidente Obama. ¿Qué tipo de asesoramiento buscaba Obama en un europeo?

Buscaba influir sobre los políticos y ciudadanos americanos con ejemplos europeos de mayor acceso universal a la salud tanto por gobiernos europeos de izquierda como de derecha. La idea era que el acceso a los servicios de forma universal no era partidista.

Hablamos con Anna Hospital Ribas

Médica Forense y Odontóloga

Por Patricia Puértolas

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona y Licenciada en odontología por la Universidad de Barcelona, es Médico Forense, especialista en Medicina Legal y docente en la Universidad Internacional de Catalunya y directora del Diploma de Odontología Legal y Forense.

¿Cómo surgió su interés por la medicina y posteriormente por la odontología?

Mi interés por la medicina surgió a finales del bachillerato. Siempre me habían interesado la anatomía, la biología, el estudio del cuerpo humano, si bien mi interés por estudiar Medicina no surgió hasta justo al iniciar la carrera de Medicina.

Mi interés por la Medicina Legal y Forense surgió cuando cursaba tercer curso de Medicina. Fue entonces cuando empecé a trabajar en la consulta de un pediatra y médico forense Dr. Narcís Bardalet. Él me introdujo en el mundo de la Medicina Forense. Cuando acabé Medicina empecé a trabajar como médico forense interina y al mismo tiempo estudié odontología. Siempre he pensado que los conocimientos de odontología pueden ser muy útiles para la medicina forense dado que pueden ayudar a esclarecer muchos casos en los Tribunales de Justicia, como por ejemplo todos los temas de identificación de víctimas vivas o cadáveres tanto en casos aislados como en catástrofes, tema de estudio de mordeduras, responsabilidad profesional en odontología, etc.

Yo siempre había creído que mi vocación era ser docente. Esto lo tenía claro ya desde la infancia. Lo cierto es que tanto Odontología como Medicina Forense son dos especialidades que tampoco tenía planificadas al iniciar los estudios de Medicina. Si bien actualmente me siento muy orgullosa y satisfecha de haber elegido estas dos especialidades dado que se complementan, y además la parcela de docencia al final he podido realizarla dado que imparto clases en la Universidad Internacional de Catalunya de la asignatura de Odontología Legal y Forense.

La odontología forense es un área poco conocida. ¿Háganos una introducción a esta ciencia, a ver si animamos a los más jóvenes?

La Medicina Forense es aquella especialidad que tiene por objetivo asesorar a los Tribunales, Jueces-Magistrados, y Fiscales de todos aquellos temas médicos que se presenten en Justicia, ya sea en la investigación de un crimen, una muerte violenta o sospechosa de criminalidad, en la identidad de un presunto asesino, prestar asistencia médica a los detenidos... A nivel coloquial parece que el médico forense sea" el médico de los muertos", pero debemos tener en cuenta que el trabajo del médico forense en relación a los cadáveres (patología, tanatología) supone tan solo un 10% del trabajo de un forense. La medicina forense es muy amplia, tiene una parte de valoración del daño corporal ya sea por agresiones o accidentes y te obliga a estudiar y estar al día de muy diversas especialidades como traumatología. También hay una gran parte de psiquiatría para valorar el estado mental de un delincuente en el momento de los hechos, o para valorar una demencia en personas que deben incapacitarse o que precisan de un ingreso involuntario en un hospital psiquiátrico. Debes hacer peritajes para los Tribunales de Justicia de cualquier tema médico que se plantee en los Juzgados, incluidos los casos de responsabilidad profesional médica.

La Medicina Forense es una especialidad que definiría como "la gran desconocida". De entrada, la mayoría de los estudiantes de medicina la descartarían en un primer momento (incluida yo) y sobre todo si nos situamos en los años 80. Aunque actualmente esto ha cambiado y ya es muy conocida. Las series televisivas como BONS, CSI…la han puesto de moda. Es una especialidad que, si entras en ella y la conoces, te atrapa y te acaba

apasionando sobretodo todo el tema de investigación criminal. También ha evolucionado y ha mejorado la tecnología por el avance de la ciencia y con la creación de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Hoy en día se han creado especialidades hay más medios, hay formación y puede trabajarse en equipo que supone un gran avance en la Medicina Forense.

Para mí es fácil convencer a los jóvenes dado que soy una apasionada de la medicina forense, es una especialidad que cuando la conoces y entras en ella ya no puedes salir dado que tiene su parte humana, su parte científica y de investigación. Vives unas situaciones extremas que te hacen ver la vida de una manera diferente, y sobretodo valorar más la vida y la profesión.

Intervienes en la investigación de situaciones a veces inimaginables, extremas y te hacen reflexionar sobre la vida, la muerte, la libertad, ... Es una medicina muy humana, por muy contradictorio que pueda parecer.

Te das cuenta qué, entre la vida y la muerte hay un pequeño hilo y que en cualquier momento se puede romper. Ello te hace amar más la vida. Vives situaciones al límite cuando debes hacer un informe psiquiátrico para valorar las capacidades mentales de un presunto asesino. Esto supone una reflexión muy importante y gran responsabilidad, y a veces hay situaciones que te das cuenta qué la acción violenta ha podido ser explicada por la patología del presunto asesino, otras veces, al contrario. Vives situaciones que llevan en sí una gran reflexión y situaciones que por mucha coraza que lleves al realizar tu trabajo acaban afectándote emocionalmente.

Alguien alguna vez me ha preguntado si los muertos hablan y yo diría que el carácter de un forense debe ser muy observador, muy metódico e imparcial y si exploras de forma meticulosa al cadáver sí que te habla en el sentido de que te da muchísima información de como han acontecido los hechos tan solo explorando las lesiones que presenta.

¿El ADN ha relegado el sistema de identificación odontológico?

No, el ADN ha revolucionado la medicina forense y ha supuesto un gran avance en la investigación criminal; sin embargo, tampoco lo puede resolver todo. La odontología forense también ha avanzado y hoy en día si tenemos que examinar una dentadura tenemos muchos más ítems a la hora de valorarla. Antes la gente no visitaba con tanta frecuencia al dentista ni se realizaban los múltiples tratamientos que la sociedad actual se realiza. Hoy en día casi no encuentras a nadie que no haya ido al dentista, que no tenga una ortopantomografía y que no tenga tratamientos dentales en boca. Todo ello nos ayuda, y es de gran ayuda para hacer una identificación comparativa.

La odontología forense es una ciencia rápida, barata y reconocida desde el punto de vista científico por la Interpol, igual que la dactiloscopia y DNA. Sin embargo, las tres técnicas son comparativas y siempre necesitamos cotejar para poder identificar y poder poner nombre y apellido a cada una de las víctimas. Ningún método ya sea DNA, Odontología, o dactiloscopia, no lo puede resolver todo. Hay casos que el DNA puede ayudar, pero no puede identificar por si solo. Por ejemplo, caso de niños adoptados, casos de hermanos, casos en que no tengamos con qué cotejar, no disponemos de registro ante mortem solo post mortem. La odontología tampoco lo puede resolver todo. Es por ello, que en casos de catástrofes cuando hay múltiples víctimas se utilizan a la vez las tres técnicas. Se intenta siempre tomar huellas dactilares, estudio odontológico y se recogen muestras de ADN tanto en el ante mortem como en el post mortem con la finalidad de identificar a cada una de las víctimas y posteriormente cotejar los datos.

Ha participado en la identificación de cadáveres en grandes catástrofes. ¿Qué se siente en esas situaciones?

Gracias a la confianza que han depositado en mí los directores del IMLCF de Catalunya he tenido la oportunidad profesional de participar en algunas catástrofes como en el atentado terrorista del 11 M, la identificación de las víctimas del Tsunami en Tailandia, el accidente aéreo Germanwings en los Alpes franceses, el atropello de tren en Castelldefels, accidentes aéreos y de helicóptero, incendios...

Cada catástrofe es distinta y de todas ellas aprendes por muy buena formación que tengas. En todas ellas la odontología forense ha sido clave para la identificación gracias a las características que tiene la cavidad bucal, dado que no hay dos dentaduras iguales. La composición de los dientes los hace resistentes a la acción de traumatismos, del fuego, fenómenos cadavéricos, etc. Como dice el Profesor Reverter la cavidad bucal es nuestra CAJA NEGRA.

Cuando participas en una catástrofe es una situación dura, muy emotiva, porque desde el punto de vista humano te afecta y vives situaciones que llegan a emocionarte. Situaciones que es imposible olvidar, dejan huella en tu vida. Tal como dice una muy buena amiga y compañera médico forense *"en cada catástrofe te llevas un muerto a casa"*. Y es que siempre te afecta desde el punto de vista emocional, y tienes que ponerte una coraza para seguir con el trabajo y poder ser efectivo desde el punto de vista científico.

¿De todas las situaciones de catástrofe en que ha intervenido, cual ha sido la más compleja?

Cada catástrofe tiene sus dificultades y es distinta, por muy bien preparados que estemos siempre es difícil gestionar una catástrofe. Si bien el caso del accidente aéreo Airbus A320 de Germanwings vuelo 4U-9525, en que el piloto se suicidó fue especialmente complejo dado que el avión chocó en un lugar imposible de acceder por vía terrestre. Solamente se podía acceder por vía aérea y ello dificultó totalmente las tareas de levantamiento y de identificación. Esto no permitía aplicar los protocolos establecidos hasta el momento, como era el tema de etiquetaje de los diferentes restos, por lo que los grupos DVI (Identificación Victimas en desastres) adaptaron un nuevo protocolo. Se pudieron realizar las tareas de identificación de forma totalmente científica y de forma meticulosa y con éxito. Y siempre aprendemos de ellas a pesar de estar muy bien formados y preparados.

Dirige el Diploma de odontología Legal y Forense de La Universidad Internacional de Catalunya. ¿Qué objetivos tiene y a quién va dirigido estos estudios?

Los objetivos del Diploma es saber resolver los problemas que se plantean en situaciones de desastres y grandes catástrofes, o en casos aislados en que es necesaria la odontología para la resolución del caso. Tener experiencia en los formularios de la Interpol desde el punto de vista odontológico. Adquirir conocimientos suficientes sobre los principales aspectos de la identificación humana, de la criminalística, de la genética y la antropología forenses. Adquirir los conocimientos suficientes para poder resolver los problemas que se planteen en relación con la Administración de Justicia. Proporcionar los conocimientos necesarios para el ejercicio de la odontología, sobre todo en los aspectos legales de la actividad de la profesión. Conocer la valoración del daño odontológico. Baremos. Elaborar informes periciales, etc.

Y va dirigido a profesionales relacionados con la Odontología, Biología, Medicina y Criminología, así como miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, Policías Autonómicas, higienistas dentales.

"Estamos en una sociedad en que cada día aumentan las reclamaciones en el campo de la Odontología y es importante estar al día de las normas legales"

También imparte docencia en la asignatura de odontología legal y forense de la U.I.C. ¿Qué aptitud tienen los alumnos de grado con esta asignatura?

Tendríamos que preguntárselo a ellos, pero creo por lo que me comentan que les encanta la asignatura. Por las características de la misma crea interés y motivación en conocerla. También creo que es muy útil para desempeñar una odontología según una buena praxis asistencial.

La aptitud es muy positiva. Yo creo que es una asignatura diferente a las que se imparten en el grado de odontología por su contenido, y los alumnos muestran gran interés dado que ven aplicación de los conocimientos odontológicos que han adquirido durante la licenciatura de odontología para fines forenses y también ven la importancia de la adquisición de conocimientos legales para ejercer una buena praxis asistencial en su vida profesional. En general, los alumnos muestran interés en la asignatura e intento inculcar la importancia de los conocimientos odontológicos para resolver temas jurídicos o de la administración de Justicia.

¿Como percibe la formación de los dentistas en odontología legal?

Siempre la parte legal es menos atractiva que la parte forense, si bien, cada día vemos que es importante tener estos conocimientos y aplicarlos en la vida profesional diaria dado que cada día hay más reclamaciones contra profesionales ante un resultado negativo, aunque se hayan realizado buenos tratamiento. Es en la elaboración de un buen peritaje donde tiene que valorarse si se trata de una mala praxis o no. Estamos en una sociedad en que cada día aumentan las reclamaciones en

el campo de la Odontología y es importante estar al día de las normas legales.

¿Considera que se debería aumentar la carga formativa en esta área en los estudios de grado?

Creo que sí. La formación en odontología legal cada día cobra más importancia. Cada día vemos que aumentan las reclamaciones profesionales en el campo de la Odontología y es importante la formación en odontología legal.

¿Qué recomendación da usted a este dentista que un día le requieren un informe de un juzgado?

Si es un informe porque le han denunciado por una presunta mala praxis, lo primero de todo es que busque la historia clínica, evidentemente no modifique nada y que se ponga en contacto con su abogado. Si es durante el juicio, estudiar muy bien el caso, buscar bibliografía y sobre todo explicar al Tribunal con la mayor claridad posible, aportando toda la documentación necesaria y utilizando términos que el juzgador pueda entender; es decir, alejarse de terminología que no sean fácilmente entendibles. Explicar al Juez o tribunal su actuación odontológica y demostrar al tribunal que a pesar de un resultado negativo se ha actuado de forma correcta.

En la actualidad es usted secretaria de la Academia Pierre Fauchard, cargo para el que ha sido reelegida junto al Profesor Ustrell como presidente, en la última asamblea celebrada en octubre en Sant Cugat. ¿Cuéntenos que tipo de institución es esta Academia?

Es una entidad fundada en 1940 con el objetivo de favorecer la investigación y luchar por la integridad y la ética profesional en el ámbito de la odontología. Los estatutos de la Academia Pierre Fauchard se basan en los objetivos de Elmer Best (dentista de Minnesota) y se centra en la integridad y la ética de los dentistas. Un objetivo primordial en el momento de su fundación es preservar la independencia de las publicaciones científicas. La Academia lleva el nombre de Pierre Fauchard (1678-1761), un dentista francés considerado el "padre de la odontología moderna". Fauchard escribió un libro titulado Le Chirurgien dentiste, ou Traité des dents , el primer libro de texto de odontología de los tiempos modernos.

En 2017 la Generalitat de Catalunya le concedió su máxima distinción, la Cruz de San Jordi. ¿Qué significó en su vida personal y profesional?

Fue una gran satisfacción personal y profesional, un orgullo tener la Cruz de San Jordi dado que es la máxima distinción de la Generalitat de Catalunya. Para mi es un reconocimiento tanto desde el punto de vista profesional como humano.

También recibió el premio Santa Apolonia del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña en 2018. ¿Cómo se sintió al verse arropada por sus compañeros?

Para mi fue un honor recibir la medalla de Santa Apolonia (patrona de los dentistas) y la recibí con gran ilusión dado que fue un premio otorgado por el colegio de Dentistas de Catalunya, por mis compañeros tal como Ud. muy bien dice. Profundamente agradecida, sobre todo con los compañeros que consideraron que merecía esta distinción.

En un ámbito más pequeño, que no menos importante, también hemos sabido que en 2017 fue pregonera de fiestas en su ciudad natal, Banyoles. ¿Ha conseguido ser profeta en su tierra?

Dicen que nadie es profeta en su tierra, si bien yo creo que soy la excepción y sí soy profeta en mi tierra. Banyoles, ciudad que admiro y me siento muy orgullosa de ser banyolina, y además tengo a mi familia en Banyoles. Ciudad olímpica que dispone de un lago precioso y muy buena gente y sobre todo deportista. Fue un honor para mí hacer el pregón de fiestas, del que me siento muy orgullosa.

¿De las actividades que desarrolla, médico y odontólogo clínico, forense, docente, cual es la que más le gusta?

Muy buena pregunta. La verdad es que me gustan todas, creo que todas se complementan y creo que lo mejor es aplicar los conocimientos de una en la otra. Disfruto en mi trabajo y no me supone ningún sacrificio pasar tantas horas en la consulta, en la Universidad o en los Juzgados.

Verdaderamente, trabajo en lo que me gusta y me apasiona lo que hago.

Hablamos con Juanjo Gaite

Presidente del XXIV Congreso Nacional y XI Internacional de la S.E.O.C.

La Sociedad Española de Odontología Conservadora y Estética, celebra los días 12, 13 y 14 de mayo su XXIV Congreso Nacional y XI Internacional, en la ciudad de Pamplona. Hablamos con Juanjo Gaite, presidente del comité organizador, profesor de la U.P.V. y de la U. de Navarra, con un amplio curriculum en odontología conservadora nos cuenta algunos detalles del congreso, al que desde aquí animamos a asistir, la calidad de los ponentes y la ciudad de Pamplona son garantía de éxito.

Qué supone para usted la organización de este congreso.

Ha supuesto una gran ilusion y un gran orgullo tanto para mi como para el comité organizador poder volver a reunirnos muchos compañeros y amigos en torno a este congreso,poder hacerlo en nuestra tierra,la siempre acogedora Pamplona y en el fantástico campus de la Universidad de Navarra.
Creo que el nivel de ponencias y de actos sociales,tambien importantes,van a cubrir con creces todas las espectativas de los que vengan a estar con nosotros estos dias.

En su programa destaca la sesión dedicada a la Cariología, que no suele ser habitual en otros congresos dentales. ¿Qué razones le han llevado a incluirla?

Creo que a veces en los congresos y cursos nos centramos mucho en las técnicas y procesos encaminados a resolver una patología ya creada, focalizamos demasiado el tratamiento de las lesiones y olvidamos la enfermedad. Creemos que también es muy importante que volvamos al origen y, puesta al día, sobre todo de la prevención de esta patología todavía presente entre nosotros. La cariología afronta la enfermedad en su conjunto y desde la conservadora afrontamos la rehabilitación del diente afectado por ésa enfermedad.

¿Cree usted que la profesión se ha olvidado de la importancia de la caries y su prevención, absorbida por el estudio de nuevas técnicas reparadoras?

A medida que la salud dental entre la población está mas extendida que en épocas pasadas, se ha mejorado mucho en la incidencia de esta patología y van apareciendo otras áreas como la estética dental, etc. pero como he dicho anteriormente el origen de muchos de nuestros tratamientos sigue estando en esta enfermedad y creemos muy necesario que nos pongamos al día tanto en su actualización como en su prevención.

Dentro de este congreso está programado el I Encuentro Nacional de Profesores de PTD. ¿Cuál es la finalidad de esta reunión?

Nos ha parecido que poder conocernos profesores de toda España,poder compartir inquietudes y experiencias docentes en el marco de este congreso y dentro de un ambiente universitário puede ser muy enriquecedor para todos.

A su vez, vemos interessante también poder contrastar los curriculums de la asignaturas relacionadas de diferentes universidades.

Han logrado atraer a un buen plantel de ponentes. ¿Qué temas destacaría usted en el congreso?

Hemos querido estructurar las ponencias en tres áreas diferenciadas pero a la vez muy interrelacionadas como son la endodoncia, la odontología restauradora y estética y las nuevas tecnologías que ya están presentes y tanto nos pueden ayudar en nuestros tratamientos. Quiero destacar el alto nivel de cada uno de los ponentes presentes, hemos hecho un gran

esfuerzo en traer a los mejores de cada área. A su vez se han organizado una serie de talleres de carácter muy práctico para complementar la formación. Hemos tenido a su vez un apoyo muy importante de la industria para poder llevar acabo todo lo previsto.

Es usted docente y tenemos una reunión de profesores ¿Cómo valora usted la actual enseñanza de odontología en España? ¿Salen los nuevos profesionales bien preparados?

El alto nivel de los profesionales de la odontología en nuestro país es un hecho ya contrastado, eso se traslada al nivel docente en nuestras facultades, cada vez hay docentes mas jóvenes de mucho nivel que dominan las nuevas tecnologías y apoyados por la experiencia clínica y docente de los que llevamos mas tiempo hacen que el nivel de docencia y por tanto de preparación de los alumnos, tanto de grado como de postgrado, sea muy completo.

¿Existen currículos docentes unificados en PTD? ¿Cuál es su visión de la docencia de la odontología conservadora en la universidad española?

Hasta hace unos años existía una mayor homogenización de los curriculums. A día de hoy, cada universidad ha hecho un planteamiento parecido, pero no igual, del desarrollo de la asignatura. Nos encontramos en muchas universidades, la división clásica de PTD I y II en 3º y 4º de grado. Pero en otras, han optado por una subdivisión, afectando a distintos cursos del grado. Esto ha hecho, en la práctica, una dificultad en el intercambio de alumnos entre facultades, que creo que no redunda en uno de los objetivos claves de la formación universitaria, como es el intercambio de experiencias docentes, en la Universidad Española y Europea.

¿Cuáles son los fines fundacionales de la Sociedad Española de Odontología Conservadora y Estética?

la SEOC, desde su fundación ha tenido como 2 líneas argumentales básicas: de un lado, el conocimiento, difusión, y creación de canales para la investigación de la Odontología, en el campo de la Patología y Terapéutica Dental, transmitiéndolo a toda la comunidad odontológica española. Pero de otro lado, en su ADN, lleva impregnado el sello de la Universidad, y fue la mejor expresión para el encuentro, conocimiento mutuo de los profesores, de esta disciplina, a lo largo de los años. Este

segundo punto, creo que no se ha cultivado, en los últimos años, y conscientes de ello ha sido el Encuentro de Profesores, dentro de las actividades del Congreso.

Otro punto a resaltar sería también la cada vez mayor comunicación internacional con Sociedades afines, dentro del paraguas de la EFCD. Es algo natural, que los profesores, y socios de la SEOC, miremos más a Europa y el mundo, para estar en la vanguardia de la Odontología Conservadora.

"El alto nivel de los profesionales de la odontología en nuestro país es un hecho ya contrastado, eso se traslada al nivel docente en nuestras facultades"

Ejerce usted en Navarra, una de las dos primeras comunidades donde se implantó el PADI (Plan de Atención Dental Infantil) y hablamos de caries. ¿Cuál es su visión de este programa?

Creo que tras muchos años ya implantado en nuestra comunidad, ha servido para concienciar a la población de la importancia de la prevención en la salud dental sobre todo en edades tempranas en la población infantil y ha permitido por ejemplo entre otras cosas que la caries en nuestro entorno este ya mucho mas controlada y lo notamos año a año en nuestras consultas.

Leucoplasia

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

Presentamos el caso de una paciente de 62 años que acude a la Sección de Salud Bucodental remitida por médico de cabecera de Atención Primaria porque le ha consultado por una mancha que se ha notado en la boca. Es una paciente sin antecedentes de interés, pero fumadora de un paquete de cigarrillos al día, desde hace muchos años. A la exploración se puede ver, **figura 1**, que se trata de varias leucoplasias homogéneas localizadas en el suelo de la boca, la palpación descarta la induración, se mantiene la elasticidad de la mucosa, ligeramente reducida por las placas leucoplásicas. El primer consejo es indicarle a la paciente la cesación en el tabaco, y revisarla pasado un poco de tiempo. En la revisión posterior, aunque ha disminuido la cantidad de tabaco fumado a la mitad, las leucoplasias siguen igual. Parece difícil su extirpación quirúrgica, por lo que tras la biopsia (como dicen los expertos, el mejor sitio para una leucoplasia es el porta de un microscopio) habría que planificar el tratamiento con láser de CO_2.

La leucoplasia es una lesión premaligna; aunque las leucoplasias homogéneas son las que menos malignizan, la localización en el suelo de la boca sí es de mayor riesgo que otras localizaciones en la cavidad oral.

Aunque en este caso hemos presentado una leucoplasia homogénea, la más habitual, como lo es también la de la **figura 2**, hay que tener en cuenta que pueden existir leucoplasias no homogéneas, nodulares **(figuras 3 y 4)** o eritroleucoplasias **(figuras 5 y 6)** que tienen mayor posibilidad de malignizar. Por último, cabe destacar la existencia de la leucoplasia verrugosa proliferativa **(figuras 7, 8 y 9)**, cuyo porcentaje de malignización en muchísimo mayor.

Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

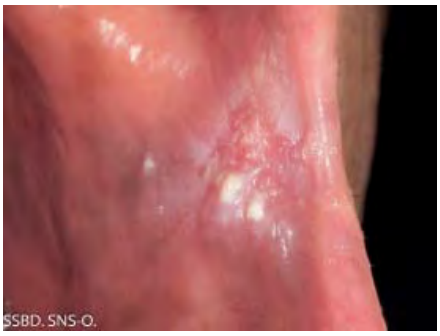


Figura 4.

Figura 5.

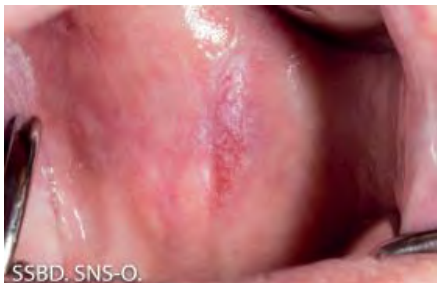


Figura 6.

Figura 7.

Figura 8.

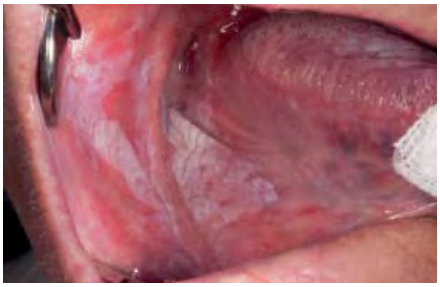


Figura 9.

Lactoflora®

salud bucodental

SABOR MENTA

¿Problemas dentales y de encías? ¿Mal aliento?

CN: 180654.3

Triple Efecto

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

Efecto bactericida frente caries, candidiasis, gingivitis y halitosis

Efecto protector de la dentina y las encías

Efecto restaurador de la microbiota oral

Documentación dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios

• Sin gluten • Sin lactosa

Recomendado por: adilac

www.lactoflora.es

STADA

Our Mission - Your Health

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

REHABILITACIÓN COMPLETA CON PROVISIONAL FIJO DE CARGA INMEDIATA MEDIANTE ELECTROSOLDADURA INTRAORAL

A propósito de un caso

Ismael Soriano Santamaría

Doctor en Odontología Cum Laude. UAX.
Experto clínico periodontal. UCM.
Máster de Cirugía e Implantología.
Experto en Cirugía avanzada con atrofias óseas severas y cirugía de Implantes Cigomáticos. INEPO.
Director médico del área de cirugía.
Formación en Implantología.
Ponente de cursos nacionales e internacionales de cirugía.

RESUMEN

La colocación de implantes es considerada como la mejor forma de reponer los dientes perdidos desde hace muchos años, restableciendo así la estética y función perdidas. Los protocolos iniciales contraindicaban la carga inmediata debido a la necesidad de un período entre 3 y 6 meses para colocar la carga. Sin embargo, a lo largo de las últimas décadas, numerosos estudios han alcanzado el éxito clínico del tratamiento, convirtiéndose en uno de los métodos más usados para las rehabilitaciones de prótesis sobre implantes.

Se presenta un caso clínico de una rehabilitación bimaxilar en un paciente completamente edéntulo con 6 implantes de conexión interna, recibiendo una carga inmediata con provisionalización y siendo ferulizados mediante la electrosoldadura intraoral.

Palabras clave: carga inmediata, rehabilitación completa, electrosoldadura intraoral, CAD/CAM.

ABSTRACT

Implant placement is considered the best way to replace teeth that have been lost since many years, thus restoring lost aesthetics and function. The initial protocols contraindicated immediate loading due to the need for a period between 3 and 6 months to place the load. However, over the past decades, many studies have achieved the clinical sucess for the treatment, making it one of the most widely used methods for implant prosthesis restorations.

This case describes a bimaxillary rehabilitation in a completely edentulous patient with 6 implants of internal connection, receiving an immediate load with provisionalization and being splited using intraoral electro-welding.

Keywords: immediate loading, complete rehabilitation, intraoral electro-welding, CAD/CAM

INTRODUCCIÓN

El edentulismo tanto total como parcial, supone un gran problema psicológico para los pacientes debido al compromiso fonético, estético y funcional. Actualmente, la Implantología es la mejor alternativa para sustituir los dientes perdidos y recuperar las funciones requeridas.[1]

Entre los diferentes tipos de prótesis, las mucosoportadas suponen para muchos pacientes problemas de movilidad y buscan una solución a largo plazo.[2]

La técnica de carga inmediata devuelve la función masticatoria, estética y fonatoria que busca el paciente. Es una técnica efectiva

que ofrece la colocación de implantes y rehabilitación protésica en un corto período de tiempo. Es importante repartir bien los implantes en cada arcada para distribuir las fuerzas masticatorias. Si realizamos una prótesis provisional tras la carga inmediata, los implantes deben estar ferulizados y no debe ser retirada hasta 3 meses después de la intervención para conseguir la osteointegración. Se trata de una técnica que está contraindicada en casos de bruxismo, ya que el exceso de carga oclusal supondría un riesgo para la carga de los implantes.[3,4,5,6,7]

También tiene que tenerse en cuenta la atrofia ósea que puede sufrir el paciente. Es un proceso que se da con los años y se acelera con las extracciones dentales. Cuando el hueso está estimulado mecánicamente como en la técnica de carga inmediata, se aumenta la formación de hueso alveolar alrededor de los implantes, mejorando el proceso de cicatrización y osteointegración.[2,3,4]

Por otro lado, tras la colocación de implantes de carga inmediata y la provisionalziación, la electrosoldadura intraoral consigue un buen anclaje inicial. La estabilidad primaria de los implantes es fundamental para este tipo de tratamiento. La técnica consiste en soldar barras de titanio grado II de un diámetro de 1,5 mm a los pilares provisionales previamente atornillados sobre los implantes. Gracias a la gran intensidad eléctrica se consigue una temperatura tan alta que produce deformación y unión de los metales. Es una técnica segura para los tejidos periimplantarios. La estabilidad y resistencia conseguidas evita movimientos superiores a 150 µm. De esta manera se consigue una restauración inmediata tras la cirugía, retención y estabilidad de los implantes y menos fractura de los mismos.[8,9,10]

La tecnología ha permitido el desarrollo del CAD/ CAM (diseño asistido por ordenador) que nos aporta un margen de error casi nulo. Este proceso simplifica los tiempos de elaboración de restauraciones dentales y es económico. Se usa sobre todo para la elaboración de prótesis fija, dando lugar a restauraciones de porcelana, resina compuesta o metal.[11, 12, 13,14]

Una buena técnica quirúrgica, con las visitas y tiempos establecidos por el odontólogo y una buena higiene por parte del paciente, son las bases del éxito del tratamiento.

DESARROLLO

Se presenta un caso de un paciente hombre de 76 años, portador de prótesis completa removible, no fumador, no tiene alergias y padece diabetes e hipertensión arterial. No informa sobre el tipo de medicación que toma.

Llega al centro de Formación en Implantología refiriendo rotura de su "dentadura postiza" y solicitando un tratamiento fijo para recuperar la estabilidad y función que no tenía. Se le informa al paciente del protocolo del tratamiento con implantes además de los aspectos diagnósticos, quirúrgicos, prostodónticos y de mantenimiento. El paciente autorizó el tratamiento mediante el consentimiento informado.

Durante la exploración clínica extraoral se observa la pérdida de la dimensión vertical, la presencia de arrugas peribucales y labios adelgazados debido a la ausencia total de piezas dentales **(Figura 1)**. En la exploración

clínica intraoral se observa macroglosia, una avanzada e irregular reabsorción del hueso alveolar residual y escasa encía epitelizada **(Figura 2)**.

Figura 1.

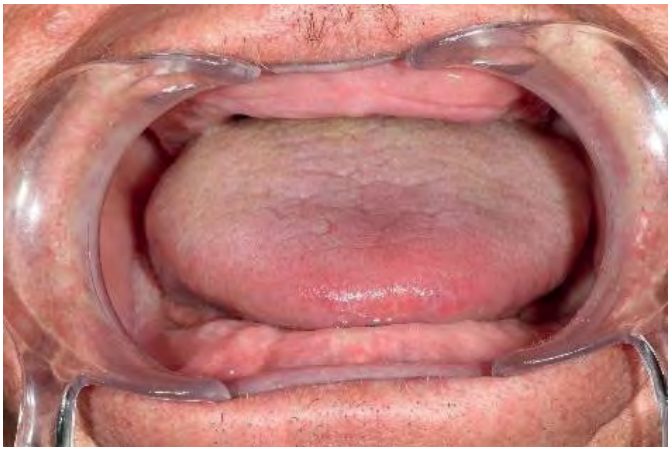


Figura 2.

Para la planificación de la colocación de los implantes, la exploración clínica se complementa con la radiológica. La Radiografía Panorámica (OPG) **(Figura 3)** y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) **(Figura 4)** nos permiten obtener la medición de los implantes y su punto de colocación. Además, la Tomografía Computarizada de Haz Cónico (CBCT) nos informa sobre la cantidad y calidad ósea prequirúrgica. **(Figura 5)**

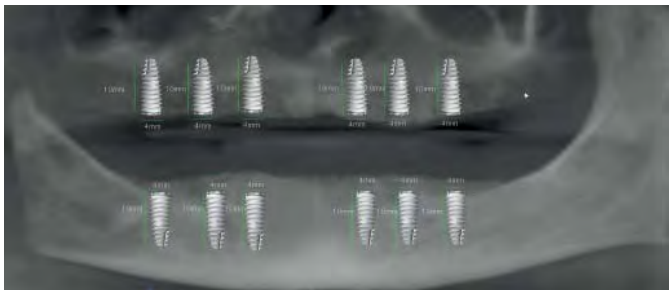


Figura 3.

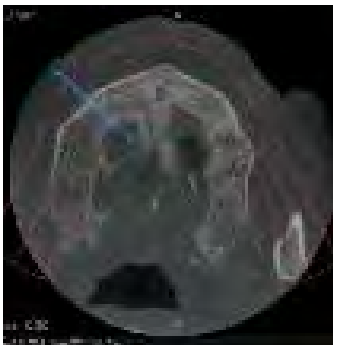


Figura 4.

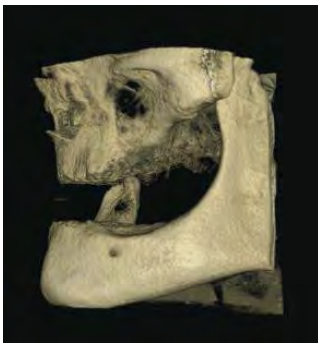


Figura 5.

PLAN DE TRATAMIENTO

En el maxilar

- Colocación de implantes en 12, 14, 16, 22, 24, 26.
- Provisional fijo superior de carga inmediata con electrosoldadura intraoral, desde 16-26.
- Prótesis fija superior elaborada mediante CAD-CAM.

En la mandíbula

- Colocación de implantes en 32, 34, 36, 42, 44, 46.
- Provisional fijo inferior de carga inmediata con electrosoldadura intraoral, desde la posición 36-46.
- Prótesis fija inferior elaborada mediante CAM-CAM.

TRATAMIENTO

Tras la elaboración de la historia clínica, anamnesis, exploración clínica y radiológica y firma del consentimiento informado se procede a la planificación de la cirugía.

Antes de la cirugía, se comprueba que los niveles de glucosa sean menores de 180 mg/dL para trabajar con un margen de seguridad, se cita al paciente por la mañana y se infiltra de manera local la anestesia Articaína 4 % + Epinefrina 1:100.000 en ambas arcadas como dosis máxima por sus patologías.

En el maxilar

Se comienza la intervención con la incisión lineal y despegamiento a espesor total en la maxilar. Los implantes planificados se colocan en 12, 14, 16, 22, 24, 26 según la secuencia de fresado del fabricante con

irrigación constante con suero. Los implantes son RADHEX ®, de la línea PHIA, de titanio puro y conexión interna hexagonal. Las referencias y medidas son las siguientes:

- 12, 14, 16, 22, 24, 26: 10 mm de longitud y 4 mm de diámetro.

Una vez preparado el alveolo, se procede a la colocación de cada implante en la arcada superior a una velocidad de 25 rpm y un torque de 40 N/cm, con el apoyo del set de la caja quirúrgica utilizada. **(Figura 6)**

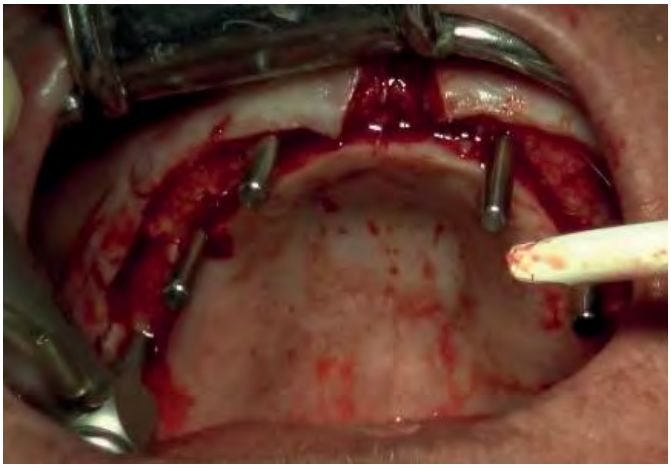


Figura 6.

Una vez introducidos los implantes, se colocan los pilares transepiteliales **(Figura 7)** con pomada antibiótica TERRAMICINA® y se posicionan los pilares de carga inmediata sobre los que se pondrá la prótesis provisional superior. Por último se sutura con puntos simples utilizando una sutura reabsorbible de ácido poliglicólico (PGA) de 3/0 de grosor.

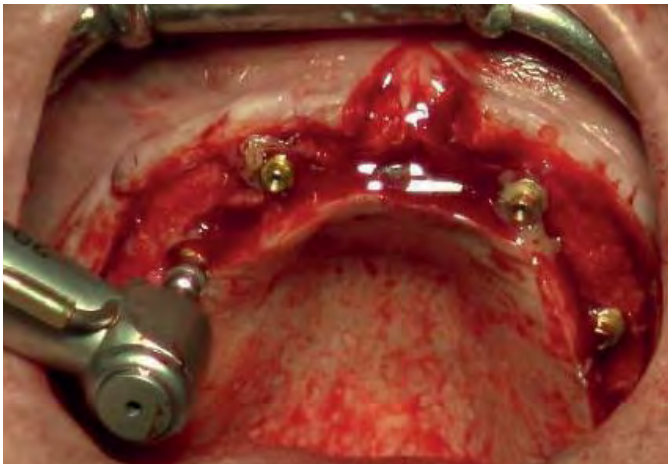


Figura 7.

Para ferulizar los implantes colocados, se utilizó la técnica de la electrosoldadura intraoral, Por medio de dos barras de titanio grado II. **(Figura 8)**

Figura 8.

En la mandíbula

La preparación quirúrgica de la arcada inferior siguió el mismo protocolo. Se realiza la incisión lineal y despegamiento a espesor total en la mandíbula. Se realiza la secuencia de fresado para la colocación de implantes según el fabricante en 32, 34, 36, 42, 44, 46 de la misma marca y modelo que los superiores. Este tipo de implante por su diseño permite obtener una estabilidad primaria, necesaria para la carga inmediata.

Las referencias y medidas son las siguientes:

- 32, 34, 36, 42, 44, 46: 10 mm de longitud y 4 mm de diámetro

Una vez colocados los implantes, se procede al posicionamiento de los pilares transepiteliales multiunit® inferiores , impregnados de nuevo en pomada antibiótica . Seguidamente se fijan los pilares de carga inmediata **(Figura 9)** y se sutura los tejidos con PGA de 3/0 de grosor con puntos simples.

Figura 9.

Por último, usando las dos barras de titanio grado II de 1 mm y 1,5 mm de diámetro, se realiza la electrosoldadura intraoral. De esta manera conseguimos ferulizar la estructura y proteger los tejidos aportando estabilidad.

Prótesis provisionales

Tras ferulizar en ambas arcadas por medio de la electrosoldadura los pilares de carga inmediata, se continúa el tratamiento con la confección de las prótesis provisionales, comenzando así la remodelación ósea y tisular el mismo día de la cirugía y aportando al paciente estética y función.

Se aplica a la estructura metálica realizada, resina acrílica autopolimerizable a lo que se le añade un frente de resina confeccionado anteriormente. Se ajusta el frente aportando un contorneado anatómico respetando los tejidos blandos y ajustando la oclusión de ambas arcadas. **(Figura 10)**

Una vez realizado esto, se establece el protocolo de revisiones de 3-6 meses tras la cirugía para comprobar la osteointegración de los implantes y que todo siga su curso normal. Se realiza un nuevo CBCT para su comprobación.

Prótesis definitiva

Tras conseguir la osteointegración, se toman las medidas y registros necesarios para la elaboración de la prótesis fija superior e inferior de metal-porcelana.

Retiramos la prótesis provisional y se toman los registros estéticos enviándolos al laboratorio. Una vez en el laboratorio el técnico mediante la tecnología CAD/CAM planifica el diseño protésico en tres dimensiones. **(Figura 11)**

Primero el laboratorio envía la prueba de metal **(Figura 12)** de la prótesis para comprobar el ajuste y espacio protésico. Tras esto, se vuelve a enviar a laboratorio con el registro oclusal para el recubrimiento estético con porcelana feldespática.

Una vez terminada la prótesis final y colocada en la boca del paciente **(Figura 13)**, se le dan instrucciones de higiene y mantenimiento de implantes y prótesis. Se le da importancia a las revisiones periódicas para una buena evolución del tratamiento realizado. También se realiza un CBCT de control **(Figuras 14 y 15)**.

Figura 10.

Figura 11.

Figura 12.

Figura 13.

DISCUSIÓN

Debido al restablecimiento estético, funcional y psicológico del paciente y el alto nivel de satisfacción, este tipo de rehabilitación completa es una de las más demandas por los pacientes. El protocolo de carga convencional supone una gran desventaja debido a los tiempos de espera. Aunque ambos tipos de cargas siguen los mismos objetivos: diseño y planificación del plan de tratamiento, valoración de las expectativas del paciente, evaluación de la calidad y cantidad de tejido óseo y tisular y verificación de patología ósea.[15,16]

Figura 14.

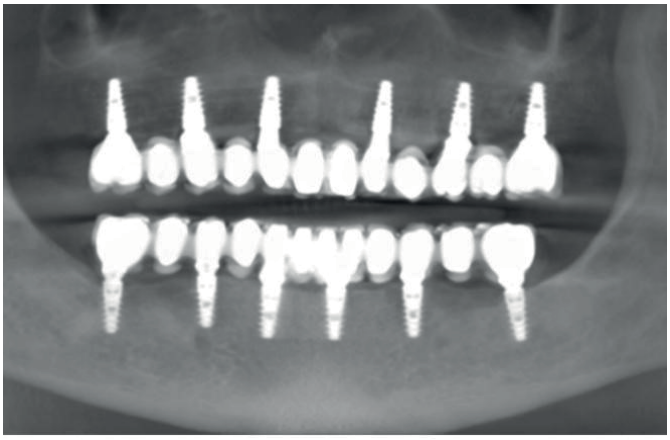


Figura 15.

El Dr. Leonard Linkow fue pionero en la técnica de carga inmediata en los años setenta. Después en los años ochenta Branemark realizó investigaciones añadiendo nuevas posibilidades de tratamiento. En aquellos tiempos el porcentaje de éxito era menor que el de los implantes en dos fases. Sin embargo, modificando factores como la biomecánica y el diseño de los implantes se consiguió un éxito entre 95-100%.[17]

Se deben considerar una serie de características para la elaboración de la carga inmediata. Tarnow en 1997 y otros autores hablaron de ellas para obtener la estabilización de los implantes, son las siguientes:[18,19,20]

CONCEPTOS CLÁSICOS:

- Estabilidad primaria del implante
- Ferulización de los mismos
- Provisionalización para su ferulización, previniendo así el movimiento en el período de cicatrización
- Tratamiento multidisciplinar

Posteriormente se establecieron los criterios actuales de la carga inmediata:

- Ubicación y Nº de implantes
- Estado de cicatrización del lecho óseo receptor
- Tipo de implante y superficie
- Longitud de los implantes
- Tipo de prótesis
- Estabilidad inicial

Actualmente con el uso de la técnica del CAD/CAM se crea un margen de error casi nulo.[11,13]

Para alcanzar esa estabilidad inicial se usa la técnica de la electrosoldadura intraoral, obteniéndose una restauración base fija que evita los movimientos en la osteointegración de los implantes y aportando un ajuste pasivo de la prótesis sobre los pilares.[21,22]

La prótesis provisional colocada sobre la electrosoldadura debe permitir la correcta cicatrización de los tejidos blandos y establecer una buena relación oclusal de una arcada con su antagonista.[21, 23]

CONCLUSIÓN

Para poder llevar a cabo una correcta rehabilitación completa es imprescindible realizar un buen estudio intra y extraoral . Para reducir los tiempos protésicos y que la rehabilitación sea menos traumática se escoge la carga inmediata . Numerosos estudios nos permiten concluir que es un tratamiento predecible y que supone numerosas ventajas respecto al protocolo de caga convencional.

Por medio de la electrosoldadura intraoral conseguimos alcanzar la estabilidad

primaria favoreciendo así la osteointegración de los implantes. Mediante el CAD/CAM simplificamos y perfeccionamos la elaboración de la prótesis y el paciente recupera la función y estética desde el primer momento con la colocación de la prótesis provisional fija.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scala R, Ghensi P, Cucchi A, Pistoia E. Postextraction implant placement with immediate provisionalisation and finalisation, using a simplified technique: technical notes and case report. Open Dent J, 2012; 6: 164-169.
2. García-Roco Pérez Oscar, Arredondo López Miguel. Evolución en el tratamiento de la atrofia alveolar. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2002 Ago [citado 2019 Sep 30] ; 39(2): 234-249
3. 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
4. Munjal S, Munjal S. Immediate implant loading: current concepts: a case report. J Orofac Res, 2011; 1
5. Sanagustín Cantudo E, Corrales Gutierrez A, González Mesa R, Martín González M, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL. Rehabilitación completa del maxilar superior y mandíbula con implantes transmucosos postextracción y carga inmediata: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Gaceta Dental 2015; 271: 162-184

6. Concejo Cútoli C., Montesdeoca García N. Carga inmediata en implantes dentales. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2005 Oct [citado 2019 Sep 26] ; 27(5): 255-269
7. Schwartz-Arad D, Gulayev N, Chaushu G. Inmmediate versus non-inmmediate implantation for full-arch fixed reconstruction following wxtraction of all residual teeth: A retrospective comparative study. J Periodontol 2000;71:923- 928
8. Dal Carlo L, Pasqualini ME, Mondani PM, Rossi F, Moglioni E, Shulman M. Mondani intraoral welding: historical process and main practical applications. J Biol Regul Homeost Agents. 2017 Apr-Jun;31(2 Suppl 1):233-239. PMID: 28691478
9. Nardone M, Vannini F. Implantología emergente elettrosaldata: metódica, material e clínica. Doctoros. 2008; 19 (3):1-8
10. Fornaini C, Meleti M, Vescovi P, Merigo E, Rocca JP. Laser welding and syncristallization techniques comparison: “Ex vivo” study. Laser Therapy 22.4: 275-281 2013
11. Macías F. Tecnologia CAD/CAM en la consulta dental.Revista de Operatoria dental ybiomateriales. 2015; 4(1): p. 1-3
12. 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. JProsthet Dent. 2014 Jan;111(1):1-5. doi:10.1016/j.prosdent.2013.04.010. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24189115
13. Matta-Valdivieso E1, AlarconPalacios M2, Matta-Morales C3. Espacio biológico y prótesis fija: Del concepto clásico a la aplicación tecnológica. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(2):116-120
14. Sánchez E, Machado C. Odontología CAD/CAM artículo de revisión. Revista Odontos 2011; 36:71-78.
15. Crespi R, Capparé P, Gherlone E, Romanos GE. Immediate versus delayed loading of dental implants placed in fresh extraction sockets in the maxillary esthetic zone: a clinical comparative study. Int J Oral Maxillofac Implants, 2008; 23: 753-8.
16. Szmukler-Moncler S, Piatelli A, Favero GA, Dubruille JH. Considerations preliminary to the application of early and immediate loading protocols in dental implantology. Clin Oral Impl Res 2000; 11:12-25. Misch C. Dental Implant Prosthetics, 2005.
17. Lemus Cruz LM, Justo Díaz M, del Valle Zelenenko O, Fuerte Rufín L, León Castell C. Carga inmediata en implantología oral. Rev Haban Cienc Med. 2009; 8(3).
18. Tarnow DP, Emtiaz S, Classi A. Inmediate loading of threaded implants at stage 1 surgery in edentulous arches. Ten consecutive case reports with 1 to 5 year data. Int J Oral Maxillofac Inplants 1997;12:319- 24.
19. Ganeles J, Rosenberg MM, Holt RL, Reichman LH. Inmediate loading of implants with fixed restorations in the completely edentulous mandible: Report of 27 patients from a private practice. Int J Oral Maxillofac Implants 2001;16:418-26
20. Aparicio C, Rangert B, Sennerby L. Inmediate / early loading of dental implants: A report from the Sociedad Española de Implantes World Congress Consensus Metting in Barcelona, Spain, 2002. Clin Implant Dent Relat Res 2003;5:57-60
21. Aparicio C, Rangert B, Sennerby L. Inmediate / early loading of dental implants: A report from the Sociedad Española de Implantes World Congress Consensus Metting in Barcelona, Spain, 2002. Clin Implant Dent Relat Res 2003;5:57-60.
22. De Bruyn H, Raes S, Ostman PO, Cosyn J. Immediate loading in partially and completely edentulous jaws: a review of the literature with clinical guidelines. Periodontol 2000. 2014 Oct;66(1):153-87. doi: 10.1111/prd.12040. PMID: 25123767
23. Albiero AM, Benato R, Fincato A. Immediately Loaded Intraorally Welded Complete-Arch Maxillary Provisional Prosthesis. Int J Periodontics Restorative Dent. 2015 Sep- Oct;35(5):725-31. doi: 10.11607/prd.2293. PMID: 26357702
24. Uribe R, Peñarrocha M, Balaguer J, Fulgueiras N. Immediate loading in oral implants. Present situation. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10 Suppl2:E143-53

FOTOLANDIA dental
by casanovafoto

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 substitución** equivalente durante reparaciones.
- **Revisión anual del equipo**, funciones y programación. Limpieza de sensor incluida.

Pack de servicio Fotolandia TOP

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

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

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

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

El virus que actualizó el idioma

Dr. Enrique Jadal
Especialista en Rehabilitación Oral, investigador y conferencista con práctica privada en Barranquilla (Colombia).
Fundador y Director Científico de Helident Training Center en Sevilla, España.

El Dr. Enrique Jadad aborda en este artículo los términos médicos relacionados con el virus causante de la pandemia con los que nos hemos tenido que familiarizar y el significado de estos.

La aparición del virus SARS-CoV-2 trajo a nuestro léxico diario una serie de términos que bien vale la pena comentar su significado y la importancia de entenderlos, comprenderlos y aplicarlos.

Uno de esos términos es "carga viral", que describe la concentración del virus en fluidos como sangre o saliva, lo que a su vez implica una mayor gravedad de enfermedad y mayor probabilidad de contagio. El virus requiere un tiempo de incubación mínima de entre 4 y 6 días (puede llegar a de 2 a 14 días), y una vez que alcanza su etapa de replicación tiene una carga viral detectable por el sistema inmune. La idea de usar medicamentos, vacunas o colutorios, es para darle tiempo al sistema inmune para reducir la carga viral, lo cual disminuye el nivel de contagio.

Medir la carga viral nos ayuda a entender en qué momento una persona es más contagiosa. Algunos estudios indican que hay un pico de carga viral dos o tres días antes de que aparezcan los primeros síntomas y que después la cantidad de virus disminuye. Gracias a esto sabemos que las personas pueden contagiar antes de que sepan que tienen la enfermedad.

Desde la aparición del Covid-19 empezamos a evaluar y analizar una gran cantidad de literatura en la que se hace referencia a la presencia de la carga viral en saliva, en mucosas, periodonto, lengua y demás estructuras de la boca. Si una persona usa un colutorio con eficacia demostrada contra el virus puede reducir la carga viral hasta en un 99.99% en boca, garganta, saliva. Esta barrera química impide que el virus pueda replicarse y ayuda al sistema inmune a ser más efectivo, reduciendo el riesgo de complicaciones por Covid -19 y de infectar a otros.

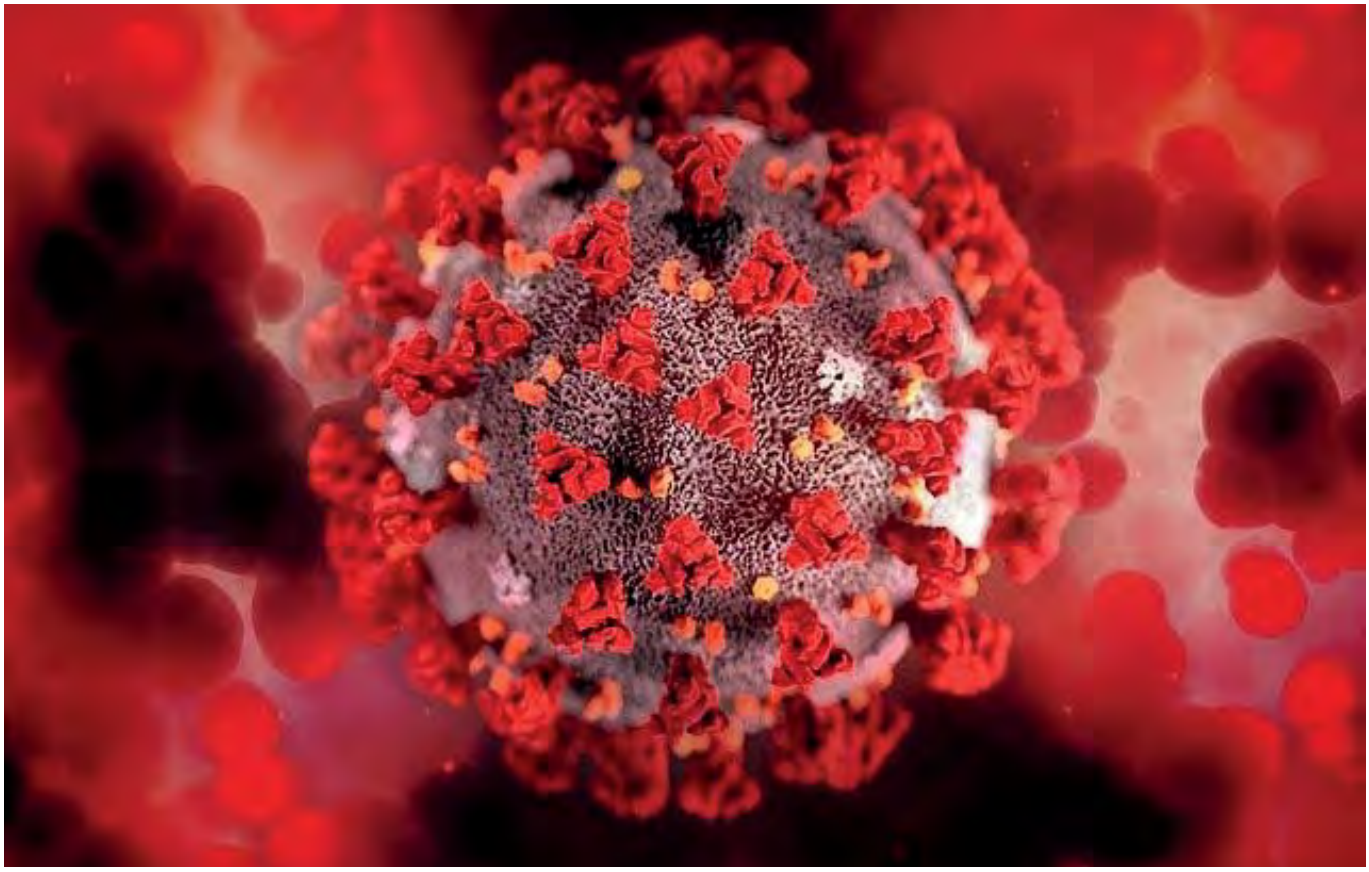
Gracias a la pandemia nos hemos familiarizado con términos como la doble membrana fosfolipídica de esta familia de virus de envoltorio. Algunos enjuagues bucales contienen componentes para romper esta parte vital de los virus de envoltorio, evitando que puedan replicarse.

Otro término ahora familiar es la "sustantividad" de las moléculas de los enjuagues bucales que son parte de estos productos de higiene oral. La sustantividad es la capacidad de un producto para unirse a distintas localizaciones de la boca y liberarse lentamente manteniendo niveles terapéuticos. En otras palabras, es la cualidad que mide el tiempo de contacto entre una sustancia y un sustrato en un medio dado.

"Una dosis infecciosa mínima relativamente baja podría explicar por qué el virus se está propagando de forma tan eficiente".

En la infecciones orales es una cualidad muy importante, ya que el agente antimicrobiano necesita cierto tiempo de contacto con el microorganismo para inhibirlo o eliminarlo, a diferencia de las infecciones sistémicas en las que el tiempo de contacto deseado puede obtenerse mediante aplicaciones periódicas parenterales o enterales del fármaco. Esta propiedad de los antisépticos ha dado lugar a una clasificación en generaciones de los agentes. Los agentes antimicrobianos de primera generación (baja sustantividad) comprenden antibióticos, compuestos de amonio cuaternario, fenólicos, agentes oxidantes y fluoruros. Los agentes antimicrobianos de segunda generación (alta sustantividad) son las biguanidas. Las sustancias de tercera generación son las que inhiben o interfieren la adhesión bacteriana.

Es destacable que los fármacos a base de plantas medicinales presentan una ventaja respecto a los tratamientos químicos. A menudo, los extractos naturales deben su actividad biológica al sinergismo entre sus diversos compuestos ya que actuando por separado ofrecen menor actividad que juntos. Se considera que la toxicidad de los extractos es más reducida cuando están todos sus compuestos que cuando se encuentran purificados, un fenómeno llamado *"buffering"*.



Varias investigaciones indican el efecto sinérgico de los aceites esenciales, los cuales mostraron resultados prometedores contra el *Streptococcus mutans*. Algunos autores sostienen el efecto sinérgico de los aceites esenciales su actividad antimicrobiana. Esto puede ser atribuido a la composición, la configuración estructural de los componentes de los aceites vegetales volátiles, sus grupos funcionales y las posibles interacciones sinérgicas. Revisando literatura sobre aceites esenciales conocimos la existencia de un terpeno primo de la menta que se conoce como D-Limoneno, que tiene múltiples aplicaciones en medicina como agente antibacteriano, antifúngico y antiviral.

La dosis mínima infectante -la cantidad de virus necesaria para que esa persona se infecte- es uno de los grandes misterios del Covid-19. Generalmente, se determina calculando la dosis del virus que logra infectar al 50% de los cultivos celulares en laboratorio. En personas, la dosis infecciosa mínima se define como el número más bajo de partículas víricas que causan una infección en el 50% de individuos.

Para el virus del SARS, la dosis infecciosa en modelos con ratones fue de sólo unos cientos de partículas virales, por lo tanto se podría esperar, aunque no se sabe con certeza, que necesitamos inhalar unos cientos o miles de partículas de SARS-CoV-2 para desarrollar síntomas. Esta sería una dosis infecciosa relativamente baja y podría explicar por qué el virus se está propagando de forma tan eficiente.

Se han hecho algunos experimentos para determinar cuánto virus suele expeler una persona infectada. Por ejemplo, un artículo publicado en PLOS One en 2020 indica que un solo estornudo puede generar 3.000 gotas; de ellas, alrededor de 390 pueden contener virus y cada una podría contener alrededor de 1.000 partículas infecciosas. Por lo tanto, en una sola tos habría suficiente virus para cubrir la dosis mínima infectante.

Por lo tanto, estar lejos de alguien cuando respira o tose significa probablemente que le llegan menos partículas de virus y, por tanto, se infecta con una dosis menor y enferma menos.

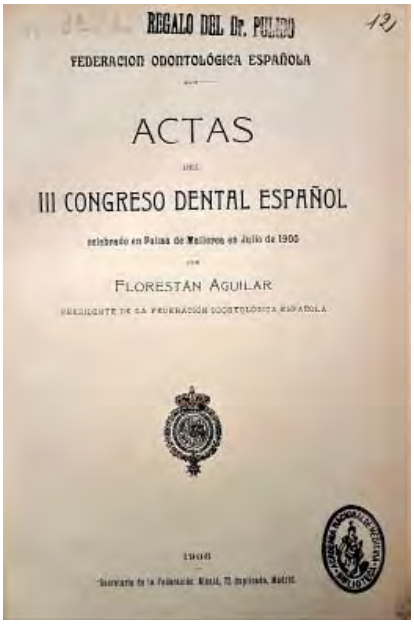
Algo muy importante, y ampliamente documentado por la literatura científica, es que las vacunas son valiosas y nos protegen a nivel sistémico. Pero el virus, a pesar de estar vacunados, puede instalarse en las estructuras de la cavidad oral. Las personas que tengan una carga viral baja reducen su riesgo de infección en doble vía; es decir, si estoy infectado o soy portador del virus en bajas cantidades, el riesgo de ser infeccioso disminuye, y si la persona expuesta a estas gotículas tiene un compuesto activo efectivo para destruir el virus en su boca, saliva o tejidos, el riesgo de ser contagiada disminuye por el efecto desengrasante y destructivo de la membrana del virus.

Este artículo se publicó en Dental Tribune Latinoamérica

El primer "Código Ético Odontológico" español

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)


REGALO DEL Dr. PULIDO

FEDERACION ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

ACTAS

DEL

III CONGRESO DENTAL ESPAÑOL

celebrado en Palma de Mallorca en Julio de 1905

POR

FLORESTÁN AGUILAR

PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

1906

Libro de actas del III Congreso Dental Español

Apenas iniciado el siglo pasado, la tradición congresual del colectivo odontológico español iba a afianzarse rápidamente con la celebración de reuniones periódicas en no dilatados espacios de tiempo. Así, el III Congreso Dental Español tuvo lugar en la ciudad de Palma de Mallorca, durante los días 28 de julio a 1 de agosto de 1905. Hacía el tercero de los congresos dentales nacionales[1], tras el de Madrid (1879) que se celebrara en el "Colegio Español de Dentistas" del que era director y propietario Cayetano Triviño, y el de Barcelona (1899), si bien en 1902 había tenido lugar en Madrid la IV Reunión de la Federación Dental Internacional dentro del XIV Congreso Internacional de Medicina a la que concurrió un buen número de dentistas nacionales y supuso para el colectivo un revulsivo que se vivió como la ilusionante confianza en las posibilidades de una rama de la Medicina que acababa de ingresar en la Universidad española.

Fue organizado este III Congreso Dental Español por la Federación Odontológica Española (FOE), presidida por el omnipresente Florestán Aguilar. Esta corporación se había constituido en 1903, agrupando a las sociedades profesionales regionales existentes: el Círculo Odontológico de Cataluña (1879), la Sociedad Odontológica Española (1894), la Sociedad Dental de Baleares (1900), la Sociedad Odontológica Malacitana (1901) y la Sociedad Odontológica Valenciana (1902). Al haberse celebrado los primeros en Madrid y Barcelona, respectivamente, se optó con diplomático criterio por llevar a las islas el siguiente congreso, de acuerdo al orden cronológico de creación de dichas sociedades.

Contaban además con la presencia en la ciudad de acogida de Domingo Casasnovas, que cumplió como eficaz presidente del comité de organi-

zador local del congreso. Casasnovas fue el primer profesional que obtuvo en España el título de "Cirujano-Dentista", en fecha 18 de julio de 1877, y también el promotor de las sociedades balear y valenciana, presidiendo la misma y fue nombrado socio de honor de las que surgieron en otras regiones. En la ciudad de Palma se estableció y prestó sus servicios profesionales en los hospitales, asilos e instituciones benéficas, y también en la guarnición militar, hasta su fallecimiento en 1917[2].

La comisión del Código de Ética profesional.

De las ocho comisiones en las que el congreso dividía sus contenidos[3], una de ellas se tituló "Comisión del Código de Deontología" y quedó encargada *de redactar los artículos de un Reglamento de etiqueta (sic.) profesional, en que se consignen los deberes morales que la buena conducta del dentista exige para sus compañeros, sus clientes y su profesión. La Comisión redactará el proyecto de Código de Deontología, que será discutido y adoptado por el Congreso*[4]. Bien elocuente es este párrafo pues ya anuncia lo que es el código, más de deontología que de ética, en el amplio sentido que este término representa en la actualidad, si bien el asunto reseñado de "deberes morales" es hoy el leitmotiv de la Bioética. Esa "etiqueta" que se pretendía y a la que se aspiraba no era sino el icono del exquisito comportamiento del dentista con los compañeros, los pacientes y la propia profesión.

En sus tres bloques de información en el libro de actas del congreso esta comisión se denominaría de tres maneras diferentes: comisión del código de "deontología", más adelante de "ética odontológica[5]" y al fin de "ética profesiona[6]", las cuales confluyen en el mismo fin.

Quedó formada esta comisión por Jaime D. Losada (presidente) y Mariano Trallero, Ramón H. Portuondo, G. Edwards y Manuel Oliveira (vocales). Todos ellos eran distinguidos dentistas españoles y ejercían en localidades diferentes: el presidente y Portuondo, en Madrid, Trallero en Barcelona, Edwards en San Sebastián y Oliveira en Bilbao. Jaime D. Losada, de doble titulación, médica y odontológica, era uno de los seis miembros de la comisión para la reforma de la enseñanza que habían visitado el 6 de enero de 1901 a Su Majestad la Reina para exponerle sus aspiraciones; apenas dos meses después el título de "Odontólogo" era una realidad, creándose con él la enseñanza universitaria de esta carrera.

Nótese en el avance de los cometidos de la comisión que éstos centraban en las relaciones profesionales del dentista, lo cual no es sino el sentir de la época donde "ética" y "moral" profesional vienen a ser una misma cosa, esto es, el dentista ha de asumir en tanto que tal profesional de esta rama sanitaria una actitud de honradez en su ejercicio profesional, marcada por unas normas que ha de observar y cumplir, con sus compañeros, por consiguiente con su profesión, y también con sus pacientes.

Grosso modo no era muy diferente a lo que ya en la VI reunión de la American Dental Association (ADA) se había acordado en 1866 con la redacción de un *Code of Dental Ethics* por un comité presidido por George Watt y que quedaba compuesto por cuatro apartados: Deberes de la profesión con sus pacientes, Mantenimiento del carácter profesional, Deberes relativos de los dentistas y los médicos y Deberes mutuos de la profesión y el público. Como ya advertimos en un artículo anterior[7], ambos códigos son de ética profesional, lo que hoy, aun siendo más propio de la Deontología, es sólo una parte de lo que hoy abarca la "Bioética", disciplina que conoció sensu estricto su nacimiento a mediados del siglo pasado con el espectacular auge de la ciencia, y más concretamente de las ciencias de la vida, para desarrollarse con sólida base a partir del trabajo de Van Rensselaer Potter y los principios de Beauchamp y Childress, a partir de los setenta. Si en un programa formativo de Bioética no puede faltar este asunto es por la inevitable actuación de agentes profesionales en la relación clínica y/o sanitaria.

Cabe preguntarse de dónde surgía esta necesidad de elaborar un código ético o deontológico (de ambas formas se le denomina). Creo que caben al menos dos respuestas. La primera deriva de un sentir "internacional", pues ya cuatro décadas atrás se había adoptado en los EE.UU. como queda dicho, pero también, como se recoge en el debate congresual sobre este código, debería aspirarse a que la ética profesional formara parte de los estudios odontológicos como en ese momento ocurría en los Estados Unidos y en Francia[8], de ahí que se hiciera presente el debate en este foro y constase en el libro de actas. La segunda, de una "especial" situación nacional pues el intrusismo era habitual en la época y no bastaban los medios de carácter legal para poner coto, máxime cuando en este tiempo habían desaparecido los subdelegados de Odontología en provincias, encargados de vigilar el ejercicio legal de la profesión.

El "Código de Ética profesional".

El código propuesto había sido redactado por el presidente de la comisión, Jaime D. Losada y fue expuesto y debatido en la sesión del día 31 de julio, para continuar su discusión el día siguiente, quedando aprobado con las pocas modificaciones que fueron introducidas por alguno de los congresistas. El texto final, el del primer código ético odontológico español fue el siguiente:

Asistentes al III Congreso Dental Español. (En la fila inferior, Florestán Aguilar en el centro, a su izquierda Domingo Casasnovas, presidente del comité organizador local)

Artículo 1º. El Dentista tendrá siempre en cuenta la importancia de las obligaciones concernientes al ejercicio de su profesión y al trato de sus clientes. Como éstos no pueden en general juzgar si las operaciones están bien ejecutadas, la honradez y buena fe del dentista deben servirles de garantía.

Artículo 2º. El dentista debe ser fiel guardador del secreto profesional, no prestándose nunca á contestar preguntas indiscretas, ni á satisfacer curiosidades que tiendan á averiguar las operaciones hechas á sus clientes, así como cualquier otro detalle de índole profesional que conozca.

Artículo 3º. Cada uno de los casos encomendados á su cuidado deberá ser asistido con la más escrupulosa atención, no olvidando que operamos en tejidos vivos y sensibles. Asimismo debe ser nuestra norma el bien de los pacientes, sin tener en cuenta la remuneración que nos va á dar y atendiendo lo mismo á los pobres que á aquellos que pueden satisfacer altos honorarios.

Artículo 4º. Cada uno de los miembros de la profesión dental está obligado a mantener el honor de la misma y trabajar con entusiasmo para ensanchar su campo de utilidad. También ha de evitar todo lo que pudiera desacreditarla y debe tener para sus compañeros respeto y consideración.

Artículo 5º. La ética profesional prohibe el recurrir á anuncios llamativos en sitios públicos, telones de teatros, carteles en las paredes, muestras exageradas, tarjetas ofreciendo trabajos imposibles de ejecutar, procedimientos secretos ó proclamara superioridad sobre los demás comprofesores. Asimismo no es profesional recomendar ó propagar remedios secretos, ni publicar certificados de curaciones inciertas. Igualmente no deben llamarse especialistas en enfermedades de la boca, ni en construcción de dentaduras, ni llamarse doctor quien no posea este título universitario.

Artículo 6º. Si es consultado por el cliente otro Dentista, debe abstenerse de preguntas ó insinuaciones que puedan desacreditar á aquél, ó que estén encaminadas á disminuir la confianza del paciente en su Dentista, y si los intereses de la salud del cliente no corren peligro, el caso debe ser tratado temporalmente y recomendarlo de nuevo al Dentista de la familia.

Artículo 7º. Cuando los miembros de la profesión que ejercen en una misma ciudad hayan adoptado reglas generales respecto á honorarios ú á otro particular, es censurable apartarse de ellas, excepto en casos en que las circunstancias forzosamente así lo requieran.

Artículo 8º. Los Dentistas no deben garantizar los trabajos con el fin de adquirir clientes; además, el éxito de aquéllos no depende sólo de la habilidad con que han sido realizados, sino de la idiosincrasia del sujeto y del cuidado que tiene con su boca.

Artículo 9º. Todos los Dentistas deben procurar la propagación de los preceptos de higiene bucal y prevenir al público contra los estragos que causan los intrusos, curanderos y charlatanes, haciendo ver el peligro grande que corren al confiarse á ellos.

Artículo 10º. La Junta Directiva de la Federación Odontológica Española es la encargada de velar por el cumplimiento de este Código, castigando á los que lo contravinieren, y según el delito, con diferentes penas, como son: notificación particular al interesado, notificación pública en las Sociedades, expulsión de las mismas é incapacitarlo para que no pueda pertenecer á Congreso alguno.

Secreto profesional (artículo 2º), principio de Beneficencia (artículo 3º), altruismo (artículo 3º), lucha contra la publicidad engañosa (artículo 5º), lucha contra la competencia desleal (artículo 7º), educación sanitaria y fomento de salud oral comunitaria (artículo 9º) y lucha contra el intrusismo (artículo 9º) permanecen como temas de actualidad bien transcurrido un siglo largo si no en el campo más propio de la todavía joven Bioética, al menos en el de los deberes de los sanitarios, en nuestro caso, los dentistas.

Viene a corroborarlo esta citada dependencia (artículo 10º) de la Federación Odontológica Española, agrupadora de las sociedades científicas odontológicas, las cuales acabarían por transformarse en colegios profesionales por Real Orden de 27 de mayo de 1930. Si hubiera que buscar una interpretación desde la actualidad, obviando el presentismo histórico, bien pudiera relacionarse con la más antigua tradición deontológica de la profesión dental en cuanto que asociada y, después, colegiada, en España, atribuyéndole si no la excelencia al menos el intento colectivo identificado en una comisión representativa, de ejercer la dentistería de acuerdo a unos mínimos cumplimientos en busca de la buena praxis, de la cual resultara beneficiada en lo propiamente odontológico la sociedad española, sin duda potenciada desde dicha praxis a través de la solvencia profesional respaldada por las correctas relaciones entre los miembros del colectivo, legitimados por la titulación de cada uno de ellos en su momento.

Este código tuvo actualizaciones en congresos posteriores. Así, podemos ver en el siguiente congreso, celebrado en Valencia del 30 de julio al 3 de agosto de 1907, el trabajo de la "Comisión de Deontología[9]" nombrada así al principio, y después "Comisión de Código de Ética Profesional[10]", presidida por Ramón H. Portuondo, de Madrid, y completada por Guillermo E. Mitchell, de La Coruña; Emilio Buesa, de Vitoria; Miguel Linares, de Alcoy, y Antonio Ferrari, de Alicante. No carente de razón el presidente cuando advierte de que había transcurrido poco tiempo para proceder a revisiones significadas, se centraría en los artículos 10º y siguientes pues los demás ya habían sido aprobados en el congreso anterior. Por lo demás, fueron también de contenido deontológico y no los traemos pues no variaron sustancialmente del primer código, objeto de este artículo que recuerda dicho establecimiento nacido en el seno de la profesión y para control de la misma, en una especie de autocontrol supervisado por la representación máxima del colectivo odontológico español.

Todavía en el VI Congreso Nacional se aprobaría, en sesión de 3 de noviembre de 1911 una nueva versión, reducida a nueve artículos, del "Código de Deontología profesional", que se inserta en el libro de actas del VIII congreso profesional, celebrado en Bilbao en 1916[11]. En el artículo 8º se obliga a los "miembros de la profesión odontológica" a aceptar y cumplir las previas "reglas de conducta" -así se denominan dichos artículos- de tal manera que quien faltara al código sería juzgado por la junta directiva de la F.O.E., constituida en "Tribunal de honor". A la larga, tras una década, se consolidaba como código deontológico, esto es, regulador de los aspectos derivados del ejercicio profesional.

Notas

1. Cfr. Sanz, J. *Los Congresos Nacionales de Odontología y Estomatología en España*. Madrid, GlaxoSmithKline.
2. Sanz, J. *Diccionario Histórico de Dentistas Españoles*. Madrid, Acción Médica S.A., 2001, págs. 15-16.
3. Comisión para gestionar la implantación de Subdelegados de Odontología, Para estudiar el nombramiento de dentistas en el Ejército y de la Armada, de Legislación, de Higiene Dental pública, de Reforma de la Enseñanza dental, de Reglamento y Estatutos, y de actas.
4. Aguilar, F. (Ed.) *Actas del III Congreso Dental Español*. Madrid, Imp. y Lit. de J. Palacios, Madrid, XII.
5. Ídem., 146-157.
6. Ídem., 195-200.
7. *Los inicios de la Bioética en Odontología. Un siglo transcurrido desde la obra de Edmund Noyes*. Odontólogos de Hoy, 48, junio-julio 2021, 44-50.
8. Aguilar, F. (Ed). Ídem., 157. Así lo manifiesta el congresista José Zarzoso tras una larguísima intervención.
9. Aguilar, F. (Ed.) *Actas del IV Congreso Dental Español*. Madrid, Imprenta de "La Odontología", 1909, XVII.
10. Ídem., 143.
11. Aguilar, F. (Ed.) *Actas del VI Congreso Dental Español*. Madrid, Imprenta de La Odontología, 1917, 11-12.

XIX Congreso SECIB

Pamplona 15 -17 septiembre 2022

¡Que no se te pase!

CUOTA ECONÓMICA hasta el 21 de Marzo
Inscripción abierta

Implantología y Regeneración
Julio Suay
Gustavo Ávila
Mickael Samama
Maria Àngels Sánchez
Pablo Galindo
Leonardo Trombelli

Medicina y Cirugía Bucal
Rubén Davo
Adalberto Mosqueda
Vanessa Blanc
Toni España
Jason Motta Jones
Carmen Pomares

Cáncer Bucal Interdisciplinar
Miguel A. González Moles (SEMO)
Amaia Garatea (SECOM)
María Pagola (SEOR)
David Viñal (SEOM)
Daniel Torres (SECIB)
Santiago Costa (SEPES)

Prótesis y Flujo Digital
Xavier Rodríguez
Xavier Vela

Comunicación con el paciente
Ramón Ramos

Casos Clínicos
Juanjo Iturralde vs Joaquín Garatea
Antonio Castilla vs Arturo Bilbao

Talleres
Marcelo Clermont
Leonardo Trombelli

Curso de Higienistas
Lara Moreno
Berta Cortés
Fernando Gutiérrez
Marcel Martín
Angustias García
Lara Moreno

SECIB
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
www.secibonline.com

MdV
Grupo MERAKI
Eventos con Alma

Secretaría Técnica

Grupo Meraki- Eventos con alma
c/ Bruc, 28, 2º - 08010 Barcelona
Tel. 607 499 365
congreso@secibonline.com

ODONTÓLOGOS DE HOY

Diez años de información independiente al servicio de la profesión

Cumplimos diez años gracias a todos, los que nos habéis leído, los que posasteis en nuestros reportajes, los que generasteis noticias, los que escribisteis y los que os dejasteis entrevistar.

A modo de recordatorio y agradecimiento recuperamos algunas de nuestras entrevistas.

JAIME GIL

«Por encima de cualquier disciplina está la salud bucal»

LAURA CEBALLOS

«La misión esencial de la Universidad pública es formar a los mejores profesionales»

ISABEL MAURA

«Estamos viviendo el mejor momento de la odontopediatría"

SANTIAGO JANE

«Su objetivo es ayudar a proyectos solidarios y educativos relacionados con la Odontología»

AGUIRRE URIZAR

«La Medicina Oral y la Patología Oral han sido reconocidas como especialidad en numerosos países»

LUIS GINER

«Tenemos cuatro facultades de España de las 200 mejores en el Ranking mundial»

ANTONIO MONTERO

«Es necesario un control del número de odontólogos que la sociedad puede asumir»

MARGARITA SALAS

«La investigación en España tiene muy buena calidad, aunque le falta financiación»

Sonrisas de película

Javier Martínez de Pisón
Director de Dental Tribune Spain y Dental Tribune Latin America,
Editor y periodista especializado en temas médicos, politicos y culturales.

Como relámpagos en la noche o disparos de flashes de paparazzi ante una glamorosa estrella, las blancas dentaduras de Leonardo DiCaprio, Cate Blanchett y Mark Rylance brillan cual estrellas en ese otro firmamento que es la pantalla, de cine o television, trasmitiendo un anhelo de perfección estética que solo sirve para ocultar temporalmente la banalidad de los personajes que interpretan.

Esos destellos de los dientes de los protagonistas iluminan una buena parte de la película "No mires arriba", que ha obtenido merecida popularidad por ser una dura sátira de la política más mezquina posible, que tiene el valor agregado de que esa mezquindad es aplicable a todos los politicos de cualquier país en que uno pueda pensar.

Ese blanco fulgor dental, esa simetría de los arcos mandibulares y esa sonrisa cándida son los elementos que trasmiten una sensación de buena salud y de belleza superficial, y son es el trabajo del técnico dental inglés Chris Lyons, el especialista más buscado en Hollywood cuando se trata de obtener una estética dental especial, sea pura como en este caso u extraña como en otros ejemplos.

"No mires arriba" es una crítica al sistema político norteamericano, cuya presidenta, encarnada por Meryl Streep, antepone sus mezquinos intereses electorales a un evento tan potencialmente catastrófico como el impacto de un cometa con el planeta en el que habitamos.

Más allá del argumento, que no tiene desperdicio, varias escenas muestran sucesivas entrevistas de televisión con los dos científicos que han descubierto esta catástrofe potencial, donde uno de los principales efectos especiales son los resplandecientes dientes blancos de los dos presentadores, protagonizados por Cate Blanchett y Tyler Perry.

Ese blanco resplandor dental es precisamente una de las maneras en que la película destaca la banalidad de la TV y de la propia presidenta de Estados Unidos, que prefiere ocuparse de minucias partidistas en vez de proteger a la población de la tragedia que se cierne sobre la humanidad.

La capacidad de Chris Lyons para crear características dentales especiales en el mundo del cine es legendaria. A este británico se le deben los dientes de actores como Rami Malek, que interpretó a Freddy Mercury en "Bohemian Rhapsody" o Meryl Streep en "Big Little Lies", al igual que los personajes de películas y series de TV como "La Guerra de las Galaxias", "Harry Poter" o "Juego de tronos".

Lyons es el fundador de la compañía Fangs FX y cobra un precio medio de 1.000 dólares por una prótesis dental total para una película. En el caso de "Bohemian Rhapsody", Lyons realizó 20 juegos de dentaduras para las diversas escenas y ángulos en que Malek interpreta al cantante de Queen.

Además de los presentadores de "No mires arriba", otros dientes especialmente resplandecientes son los del multimillonario propietario de una gran empresa tecnológica que controla la Casa Blanca tras batidores, personaje interpretado por Mark Rylance que es una repelente mezcla de Elon Musk, Tim Cook y Bill Gates. Es precisamente él, con su imperturbable y beatífica sonrisa luminosa, quien convence a la presidenta de que el cometa les puede hacer todavía más ricos si pueden explotar los minerales raros que contiene haciéndolo explotar antes de que choque con la Tierra.

Esos dientes perfectos y blancos como la nieve esconden malignos deseos, invirtiendo así la estética convencional que por lo general asocia la blancura y la simetría de la sonrisa con la belleza, la pureza y la buena salud.

Pero no todos los dientes de "No mires arriba" son tan frívolos como parece. En el caso de la actriz Jennifer Lawrence, que encarna a la científica que descubre el cometa cuya trayectoria tiene un curso de colisión con la tierra, durante el rodaje perdió una carilla de la parte frontal de la dentadura, por lo que le tuvieron que hacer una prótesis especial para que pudiera rodar la película. Y, según contó en una entrevista, se la mandaron al lugar de rodaje sin tener que ir al dentista.

Los maravillosamente blancos dientes de Cate Blanchett y Tyler Perry, los presentadores de TV en "No mires arriba", son el símbolo por excelencia de una estética bling-bling que en este caso sirve para encubrir a personas banales. (Foto: Netflix

PRÓXIMAMENTE

XYNTRUS

Donde vayas, donde estés

El primer BIOENJUAGUE ORAL con eficacia de un 99.99 % frente al virus de:

SARS-CoV-2, Herpes Simple, hongos y bacterias

BRIX MEDICAL SCIENCE

medical kp3

BIOENCAPSULATED ENZYME EBE EBE TECHNOLOGY

www.kp3medical.com

El acceso indebido a la historia clínica: una práctica demasiado habitual que puede tener graves consecuencias

Jon Pellejero
Asesor jurídico del Colegio de Médicos de Gipuzkoa

Acceder a la Historia Clínica de una persona cuando no es para la atención del paciente, con carácter general, supone una infracción del derecho a la intimidad. Y es que lo primero que se debe tener en cuenta es que los datos personales relativos a la salud son considerados como datos sensibles, especialmente protegidos.

Como se establece en el propio art. 27.3 del Código de Deontología Médica, *"el hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional"*.

Desgraciadamente esta práctica es demasiado habitual y aún hoy muchos profesionales sanitarios desconocen que el mero hecho de consultar una Historia Clínica de una persona que no es nuestro paciente puede suponer una infracción y conllevar unas consecuencias jurídicas muy graves.

Conviene, por tanto, asesorarnos debidamente antes de acceder a una Historia Clínica de una persona que no es nuestro paciente, ya **que la infracción se comete por el mero acceso**, no es necesario que exista un perjuicio a tercero, simplemente con el acceso a los datos de quien no se va atender, en principio estaríamos infringiendo la intimidad del mismo, lo que como ya he se ha adelantado anteriormente se encuentra penado.

La historia clínica se define como un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Por tanto, cualquier acceso que no sea con esta finalidad, la de "asistir al enfermo", si no existe un motivo asistencial que lo justifique, no se debe realizar. Existen excepciones que deben ser valoradas en el caso concreto de forma individualizada, pero la norma general es que no se debe acceder cuando no es para la atención del paciente.

En principio, únicamente las y los *"profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica"* del paciente (art. 16.1 Ley 41/2002 Básica Regulador de la Autonomía del Paciente).
En la actualidad, además, cualquier acceso informático a las historias se encuentra totalmente identificado y registrado, por lo que se puede saber quién ha accedido a la misma.

CONSECUENCIAS

El Código Penal, en el artículo 197, tipifica varias conductas punibles bajo el título de **"Delito de descubrimiento y revelación de secretos"** y es muy fácil incurrir en una de estas conductas **por el mero acceso, sin estar autorizado**, con unas consecuencias jurídicas muy graves.

En el ámbito administrativo (Osakidetza), puede considerarse una **falta grave** con una posible sanción de **suspensión de funciones de hasta dos años**. Sin embargo, en el supuesto de que se considerase una falta **muy grave** la suspensión podría resultar **de dos a seis años** (arts. 72 y 73 Estatuto Marco).

Desde el punto de vista PENAL, son de aplicación los artículos 197 y 199 del Código Penal, que establecen unas penas de **prisión de 1 a 4 años e inhabilitación de 6 a 12 años** (lo que podría suponer la pérdida de la condición de personal estatutario-funcionario), además de multa de 12 a 24 meses.

La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, de 17 de marzo, nº 250/2021, rec. 2463/2019**, establece que el acceso indebido a la historia clínica es constitutivo de delito, reiterando lo que ya había manifestado en la Sentencia del Tribunal Supremo 178/2021, Sala de lo Penal, de 1 de marzo de 2021, manifestando:

> *"En dicha sentencia se enjuició un caso muy similar en el que una profesional sanitaria entró en una historia clínica sin autorización y, como aquí, por curiosidad, y se tuvo conocimiento de ese acceso por una conversación posterior que dio lugar a la formulación de la denuncia. Esta Sala consideró típica la conducta y estimó procedente la sanción penal porque el acceso no autorizado a datos sensibles relativos a la salud colma las exigencias del tipo por el singular carácter sensible de esos datos.*
>
> *En dicha sentencia hemos reiterado que "(...) tratándose de datos albergados en ficheros de salud, ese perjuicio aparece ínsito en la conducta de acceso. Se trata de datos sensibles que gozan una especial protección por tratarse de datos relativos a la salud. La salud forma parte de la estricta intimidad de la persona y, de acuerdo a nuestra cultura, se considera información sensible y es inherente al ámbito de la intimidad más estricta, es "un dato perteneciente al reducto de lo que normalmente se pretende no trascienda fuera de la esfera en que se desenvuelve la privacidad de la persona de su núcleo familiar (...)".*

CORTEX
The Future of Dental Implants

Formando el futuro de la odontología, Juntos.

Sistema de Implantes

MAGIX
Ø 3.3-3.8-4.2

DYNAMIX Cónico
Ø 3.0-3.3-3.8-4.2-5.0-6.0

DYNAMIX Hexagonal
Ø 3.3-3.8-4.2-5.0-6.0Ø 3.3-3.8-4.2

SATURN
Ø 3.8-4.2

CORTEX Digital innovative Solutions

Cirugía Guiada

Scan Body
Ti-Bases
Pre-Mills

Kit de Cirugía Guiada Universal

Escáner Intraoral

Licencia ANUAL GRATUITA
Actualizaciones GRATUITAS
Archivo STL/PLY ABIERTO

DNS dental new solutions

SOLICITA DEMOSTRACIÓN
Tel. 680 831 701 / 933 27 95 86
E-mail. info@dentalnewsolutions.com

¿Cuánto vale para Hacienda mi casa?

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

A la hora de liquidar nuestros impuestos saber cuánto vale nuestra casa ha sido una gran fuente de conflicto entre Hacienda y los contribuyentes, como forma de evitar este conflicto las comunidades autónomas publicaban sus valores mínimos que también han sido fuente de conflictos por no adecuarse a la normativa vigente la fórmula de cálculo utilizada.

Con el objetivo de poner fin a estos problemas desde el 1 de enero de este año ha entrado en vigor un nuevo sistema de determinación del valor real de los inmuebles mediante un nuevo valor de referencia que se obtiene del análisis que hace la Dirección General del Catastro mediante los datos comunicados por los registros de la propiedad durante los meses previos.

Los valores fijados este 1 de enero han sido fijados con la información obtenida de enero a octubre de 2021 y se irán actualizando cada año con la información del año anterior.

Este cambio afecta a la determinación del valor que se utilizará para liquidar el Impuesto de sucesiones y donaciones (ISD) y para el impuesto de transmisiones patrimoniales (ITP), este cambio no afectará al IBI. Este nuevo valor de referencia también servirá a efectos del Impuesto sobre el Patrimonio, pero solo para inmuebles adquiridos a partir del 1 de enero de 2022, no para el patrimonio preexistente.

Hasta ahora, la base imponible hacía referencia al valor real de los inmuebles. Un valor real que estaba en directa relación con el valor de mercado. Por su parte, las haciendas autonómicas llevaban años aplicando a los inmuebles unos valores teóricos que en muchas ocasiones resultaban superiores a los precios reales a los que se habían transmitido los inmuebles, en especial en periodos de bajadas de precios en el mercado. Los tribunales han declarado en multitud de ocasiones que aquellos valores teóricos no eran idóneos para establecer la base imponible de esos impuestos, y han obligado a motivar las valoraciones teniendo en cuenta las circunstancias concretas de cada inmueble valorado, lo que en muchos casos suponía una visita para conocer el estado real del bien.

Este nuevo valor de referencia pretende reflejar una cifra cercana pero inferior al valor de mercado. En principio, en la inmensa mayoría de los casos será superior al valor catastral, y servirá para calcular la base imponible del ISD o del ITP, salvo que el contribuyente declare un valor superior o que el precio pactado en la transmisión sea superior, en cuyos casos se aplicará el valor superior.

Este valor de referencia es público, se puede consultar en la página web de la sede catastro y es válido para todo el territorio nacional salvo para País Vasco y Navarra cuyo sistema de referencias catastrales es diferente al del resto de España.

Riesgo de litigios

Estas nuevas referencias se establecen tomando como partida el comportamiento medio de los precios de las compraventas de los inmuebles comunicadas por los registros de la propiedad, es decir, se determina el valor medio en una zona, que no tiene por qué coincidir con un barrio o un edificio concreto.

En mi opinión, el gran fallo que tiene, aunque debería individualizar los valores, al tomar el precio de una zona como referencia, se asigna el mismo valor al primer piso que al último, un interior de un exterior o si en una zona se fijan un valor, puede ocurrir que dos edificios contiguos uno de obra nueva y otro antiguo tengan mismo valor.

Hasta ahora, las partes consignaban un valor y la Administración, en caso de desacuerdo, debía comprobarlo y demostrar la diferencia, lo cual ha generado una elevada litigiosidad durante años. A partir de ahora se da la vuelta al sistema y será el contribuyente quien deba probar que el valor de referencia según el Catastro no se ajusta al valor que realmente tiene el inmueble, lo cual también abre la puerta a litigios contra la Administración.

Según si se mejora la precisión e individualización de estos valores sabremos si siguen los litigios frente Hacienda o si por fin se ha creado un sistema que nos otorgue seguridad jurídica.

NSK
Create it

EXPODENTAL

24 al 26 de marzo de 2022
Ven a visitarnos a nuestro stand:
6D10, Pabellón 6

Go beyond.

MODELO
Surgic Pro2 LED
CÓDIGO DE PEDIDO
Y1004195
3.999€
~~6.301€*~~

MODELO
Surgic Pro2
CÓDIGO DE PEDIDO
Y1004196
2.999€
~~4.773€*~~

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 deirrigación, selección de programa, dirección de rotación y velocidad de rotación. Además, el pedal puede personalizarse al gusto de cada profesional.

* Los precios no incluyen IVA - Ofertas limitadas hasta el 31 de agosto de 2022 o hasta fin de existencias.

NSK Dental Spain S.A. **www.nsk-spain.es**
Módena, 43 · El Soho-Europolis · 28232 Las Rozas de Madrid - tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es

01 VENTAJAS

DESDE

10€

AL MES

02 VENTAJAS

+ PACIENTES

03 VENTAJAS

+ SERVICIOS

04 VENTAJAS

FINANCIACIÓN + FÁCIL PARA SUS PACIENTES

05 VENTAJAS

FIDELIZACIÓN CLIENTE

06 VENTAJAS

ORTOALIGNGROUP

orto align group

EL PRIMER CUADRO MÉDICO DEL PAÍS CON GESTIÓN INTEGRAL
DE LAS NECESIDADES DE SU CENTRO DENTAL

GSOG

ODONTOGRUP®

GRUPO GLOBAL DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Tel. 900 272 040

www.odontogrup.com
info@odontogrup.com

EXPODENTAL

SALÓN INTERNACIONAL
DE EQUIPOS, PRODUCTOS
Y SERVICIOS DENTALES

Comunidad invitada:

COMUNITAT VALENCIANA

Promueve:

federación española de empresas de TECNOLOGÍA SANITARIA

Patrocina:

TIPSA
Nos gustan tus envíos

Tecnología al servicio de los profesionales.

24-26 Mar **2022**

Recinto Ferial
ifema.es

IFEMA MADRID

Curso modular de implantes: Dr. Alberto Salgado

El curso modular de implantes, de Medymás, tendrá lugar en el mes de abril.

Contempla un ambicioso programa dividido en 12 módulos con cirugías en directo y prácticas.

Ticare colabora con el **Dr. Alberto Salgado**, quien imparte dos de estos módulos: Los días **1 y 2 de abril "Regeneración de I grupo anterior"**, contando con una cirugía en directo de implantes inmediatos en sector anterior estético con regeneración y conectivo. Los días 22 y 23 de abril hablará sobre **"Complicaciones en elevación de seno"** realizando una cirugía en directo de elevación de seno con ventana y práctica sobre pacientes.

Más información e inscripciones en nuestra página web *www.ticareimplants.com/formación*

Curso sobre flujo digital: de la clínica al laboratorio I Ytrio y Ticare

El curso "Conoce el flujo digital completo: De la clínica al laboratorio" tendrá lugar el próximo 18 de marzo en el laboratorio de prótesis dental IGM (Santa Cruz de Tenerife), del grupo Ytrio. El programa será impartido por el Dr. Carlos Castillo Pedrero y el Sr. Manuel Izquiedo.

Los objetivos del curso son: Conocer el flujo digital certificado Ticare BioCam, entender la odontología digital desde el punto de vista de un odontólogo y de un protésico y ver en la práctica todas las fases de escaneo, diseño del trabajo, archivo STL, fresado y resultado.

Más información e inscripciones en nuestra página web *www.ticareimplants.com/formación*

Ticare lleva el gapZero a Expodental

Ticare presenta en Expodental la consolidación de sus últimos lanzamientos: **Ticare Perio Hybrid**, el implante para el paciente periodontal que cuenta con gapZero®, y la línea de pilares TCP, un pilar de emergencia estrecha que da más espacio a los tejidos blandos. Para ello llevará los primeros casos clínicos realizados con ambos productos junto con los estudios que los avalan.

En Expodental los profesionales pueden conocer los **últimos estudios que avalan el gap 0** de Ticare frente a bacterias (dos de los cinco artículos sobre este punto se han publicado en 2021) junto con los **estudios que se están desarrollando bajo las Cátedras Ticare** con la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Santiago de Compostela, bajo la dirección del Prof. Mariano Sanz y el Dr. Juan Blanco, respectivamente. También es un buen momento para conocer toda la oferta formativa de Ticare *training*, así como los webinarios que se ofrecen en la plataforma *online Implant-Training*. Además, quienes visiten el stand recibirán un detalle de Ticare.

Accede a todos los números en la hemeroteca de nuestra web

www.odontologosdehoy.com

¿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