

ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 11
Nº 55 noviembre-diciembre 2022



Cosme Gay Escoda

Han pasado 36 años desde la reinstauración de la Odontología en España y, para vergüenza de todos, aún no se han conseguido implementar las especialidades oficiales de la Odontología



Ignacio Barbero Navarro

La importancia de un buen diagnóstico hay que inculcarlo desde el principio



La Academia Pierre Fauchard se Reunió en Sevilla



Merry Christmas & Happy New Year!!!

Felicitación navideña desde la India

Próximamente



ticare^{v2}

Anticipa la **sensación** de estabilidad primaria



Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- 🕒 Atención dental domiciliaria

Actualidad 09

- 🕒 Vicente Lozano nos felicita la Navidad
- 🕒 Presentación del libro “Cajal y las Academias”
- 🕒 Presentación del libro “Dientes Retenidos III”
- 🕒 Reunión anual de la PIERRE FAUCHARD ACADEMY Sección Española
- 🕒 Congreso de la Federación Internacional de Estética Dental
- 🕒 El TSJC confirma la anulación de la propuesta de dentista municipal del Ayuntamiento de Barcelona
- 🕒 Sepes celebró su 50+1 congreso
- 🕒 III Reunión Científico Solidaria ICD -FOS
- 🕒 Día Europeo para el uso Prudente de los Antibióticos
- 🕒 El Dr. Jaime A. Gil nuevo Académico numerario de la Real Academia de Medicina del País Vasco
- 🕒 La Rioja implanta un nuevo programa para que los ciudadanos con discapacidad puedan ser atendido en su propia comunidad
- 🕒 El Govern inicia la creación del Col·legi d’Higienistes Dentals de Catalunya

Entrevista 28

- 🕒 Ignacio Barbero Navarro
- 🕒 Cosme Gay Escoda

Ciencia y salud 38

- 🕒 Herpes Simple
- 🕒 Análisis comparativo de la calidad de vida oral de pacientes con prótesis mucosoportada versus prótesis implantosoportada
- 🕒 Nuevo Paradigma. Espacio biológico en cuatro dimensiones, la clave del éxito

Historia de la Odontología 48

- 🕒 Nicolás Monardes y las medicinas de uso estomatológico traídas de las Indias occidentales

Cultura 52

- 🕒 La expresión artística: ¿vemos, observamos y percibimos o, simplemente, sentimos?

Gestiona tu consulta 56

- 🕒 Implicaciones de la Ley Orgánica de garantía de la libertad sexual en el ámbito laboral

Empresas 58

EDITOR
 Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
 Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
 Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:
 Antonio Castaño Seiquer

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

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

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

Nuevo equipo UniQa



antón
Suministros Dentales

KAVO
Dental Excellence



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

**¿Quieres que te mostremos
todas las novedades?**



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

 **antasis**
Trust Technical Service



¿Incapacidad para concebir nuevas ideas y proyectos?

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Legando estas fechas en que terminamos un año más, uno suele dar un vistazo al tiempo pasado y comprobar cómo ha cambiado todo año tras año.

Lamentablemente hay circunstancias en la profesión odontológica que siguen siendo las mismas desde hace más de treinta años, inamovibles cual muro de granito.

Las especialidades siguen en el limbo de la burocracia más incompetente capaz de imaginar.

Escuchaba la radio esta mañana y volvía a oír uno de esos anuncios que emite el Consejo General, pagados por los dentistas, en los que recuerdan la conveniencia de acudir regularmente al dentista, como si el ciudadano no fuese al dentista porque no se acuerda o no se le ocurre y es posible que al final termine por considerar a los dentistas unos menesterosos. Una vez vale, pero así desde principios de este siglo del que ya hemos agotado más del veinte por ciento y sin resultados es como para pensar en otra cosa.

Por qué no dedican esos espacios radiofónicos, pagados, a recordar las necesidades al político responsable, sí, digo bien, al político y si hace falta con nombre y apellidos para que no se pasen la pelota en el baile de las competencias. Recordémosles las necesidades de la población, las carencias que nuestro sistema sanitario tiene en materia de salud bucal, que a modo de ejemplo seguimos sin dotar a los hospitales de servicios de odontología y el ahorro que supondría cuidar simplemente la higiene bucal de los ingresados, que ayudaría a prevenir infecciones hospitalarias. Estas ac-

tuaciones se deberían hacer aportando los datos y eligiendo a los comunicadores, no puede ser que siempre que se comunique algo la nota de prensa empiece diciendo según indica “el de siempre” ..., y así hasta para contar lo que almorzó su primo el martes pasado, y sin decir quién es el primo.

Como cada año terminará la profesión repartiendo premios, que luce mucho y también pagan los dentistas que como cada vez son más y es entre todos, pues casi no se nota, la única ventaja que se me ocurre de tener una plétora.

Hay circunstancias en la profesión odontológica que siguen siendo las mismas desde hace más de treinta años, inamovibles cual muro de granito

Con todo respeto a los premiados, que ya hubo un preeminente hombre que dijo algo así como que las condecoraciones siempre se aceptan y luego no se exhiben. El valor de una condecoración viene dado por la institución que la otorga y por el jurado que designa al meritorio. La institución está fuera de toda duda, pero el jurado, bueno esto da para mucho. Recuerdo una ocasión en que un miembro del jurado de estos premios de fin de año propuso a un candidato y al momento de darse a conocer la lista de postulados y comprobar que también estaba él, se dedicó no solo a pedir para si mismo el voto, sino que hasta se votó el mismo. La vergüenza es una condición escasa en algunos lugares.

Atención dental domiciliaria



*Dr. Manuel Ribera Uribe, JMD, DDS, PhD
Profesor de Gerodontología, Pacientes Especiales y Prosthodontia
Presidente de Comité de Ética en Investigación y Medicamentos UIC
Universitat Internacional de Catalunya*

El creciente aumento de la longevidad de la población está suponiendo un incremento en el porcentaje de pacientes vulnerables que precisan asistencia dental. En más de una ocasión hemos comentado que la odontología debe adecuarse a la realidad en todos los aspectos: preventivo, asistencial, docente, legislativo etc.

En 2021 la tasa AROPE de riesgo de pobreza o exclusión social, por sus siglas en inglés (*At Risk of Poverty or social Exclusion*), se situó, según el INE, en el 27,8% de la población residente en España. En una España en la que hay 2,5 millones de personas con movilidad reducida de las cuales el 74%, es decir 1,8 millones, necesitan ayuda para poder salir de sus casas. De todas esas, alrededor de 100.000, o sea un 4%, no salen jamás de sus domicilios según un estudio de 2019 de la Fundación Mutua de Propietarios en colaboración con la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica

Los datos son suficientemente significativos y la evolución de la demografía suficientemente determinante como para no tener dudas de que los porcentajes van a ir en aumento. También para pensar en la necesidad de plantearse reflexiones sobre la atención dental a los pacientes con necesidades especiales que habitualmente no acuden a los gabinetes odontológicos convencionales. La previsible y deseable implantación de las especialidades tiene el foco puesto sobre todo en Ortodoncia y Cirugía; probablemente ello permitirá que se desarrollen guías de desarrollo de las mismas al estilo de las del National Health Service. En mi opinión es del mismo modo, sino más necesario, la creación de especialidades como la Odontogeriatría o la de Pacientes con Necesidades Especiales. Especialidades que inciden en la calidad de vida y en la mejora de la salud bucodental de los más vulnerables. La clarificación de las necesidades, capacitaciones y recursos organizativos encaminados a la atención, de modo realista, de esos pacientes es una necesidad imperiosa en nuestro sistema de salud.

También lo es el que las universidades desarrollen las competencias y los planes de estudio de un modo transversal, con un concepto multidisciplinar inclusivo, en el que otras profesiones como los higienistas, los trabajadores sociales, médicos etc sean capaces, de formar con nosotros equipos asistenciales, con una visión social adecuada a la realidad y no pensando solo en la adquisición de habilidades vinculadas casi exclusivamente a los espacios docentes de las clínicas universitarias odontológicas.

La atención domiciliaria es un hecho y una necesidad en ciencias de la salud, una realidad creciente en medicina, enfermería, podología y fisioterapia. Y por supuesto lo es también en odontología. Los conocimientos, los procedimientos, las técnicas, materiales y en general la logística, es suficientemente diferente de lo habitual como para desarrollar una profunda reflexión sobre la manera de proceder.

Desde el punto de vista comercial ya son varias las empresas que se mueven en el mundo de la atención dental a domicilio, trabajando con las limitaciones que las leyes actuales imponen. Las normativas legales actuales son altamente restrictivas, fruto de un concepto de la odontología totalmente obsoleto que circunscribe nuestra actividad a la realización de actos "invasivos". Incluso aquellos tratamientos que, como las curas de enfermería, la aplicación de inyectables o la extracción de sangre domiciliaria, pueden ser "cruentos", pongo el caso evidente de las exodoncias, requieren una valoración para definir cuándo, con qué nivel de complejidad, en qué condiciones y con qué requisitos se pueden realizar. No se puede hacer todo de cualquier manera, pero la solución no puede ser dejar de hacerlo. Lo que hay que hacer es regularlo. La actividad dental, en muchísimos pacientes, debería ser una actividad preferentemente preventiva pero es que, además, en un momento que las intervenciones mínimamente invasivas, en las que se usan materiales como la papaína, el fluoruro de plata, los ionómeros etc, pueden permitir utilizar nuevos protocolos de aplicación, en otros escenarios diferentes a las clínicas convencionales, la profesión no puede cerrar los ojos a esos nuevos campos de actuación ni a nuevas oportunidades de trabajo

Lo que es evidente es que tenemos que tener claro qué vamos a hacer. Cuando llegue el momento, dentro de unos años, de evaluar y valorar la situación de la salud bucodental de la población, tendremos que entender lo que ha ocurrido para tener la cantidad de patología que posiblemente encontraremos y que no es otra que la que hoy tienen nuestros mayores. Para eso hemos de saber qué es lo que queremos ahora para esa ingente cantidad de personas que, in crescendo, se van a ver afectadas por dificultades en la movilidad y por sus propias limitaciones. Era el médico y fisiólogo francés Claude Bernard quien decía que si no sabes lo que buscas no entenderás lo que encuentres".

*Feliz
Navidad*

y **próspero** año nuevo !



ORAL-TECH

II Forum Internacional de EXPODENTAL

Colabora:



**Conocimiento.
Tecnología.
Futuro.**



**21-22
Abr
2023**

Recinto Ferial
ifema.es

brand_comunicación



Vicente Lozano nos felicita la Navidad

El Dr. Vicente Lozano de Luaces nos envía esta felicitación navideña desde Majnu Ka Tila, comunidad tibetana en el estado indio de Himachal Pradesh.

Allí se encuentra instalada una comunidad tibetana desde la década de los años cincuenta del pasado siglo, donde llegaron huyendo de la invasión china del Tibet.

Estos jóvenes se encuentran escolarizados a expensas del Dalai Lama. En estos colegios aprenden su idioma, prohibido en el Tibet bajo dominio chino.

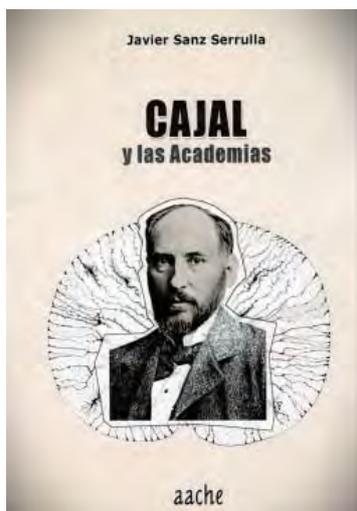
Son pacientes supervisados dos veces al año por dentistas españoles y tratada la patología oral que puedan tener, tanto en Majnu Ka Tila como en Dharamsala, residencia del Dalai Lama.

Agradecemos al Dr. Vicente Lozano su felicitación y le felicitamos por la gran labor que viene ejerciendo en esta zona del mundo. De colegas como Vicente nos sentimos orgullosos.



Presentación del libro “Cajal y las Academias”

El pasado día 10 de noviembre tuvo lugar en Madrid, en la Sede del Instituto de España, la presentación del libro obra de Javier Sanz Serrulla titulado “Cajal y las Academias”, en un acto presidido por Don Benigno Pendás García, Presidente del Instituto de España y de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.

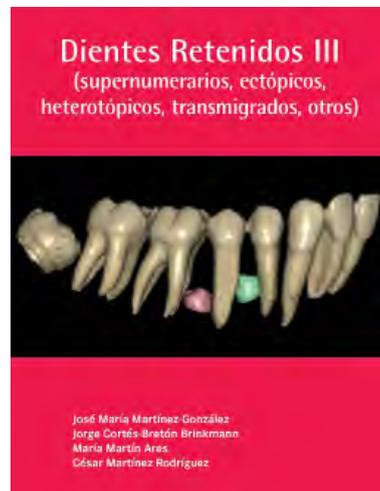


Una de las pocas facetas de Santiago Ramón y Cajal pendientes de estudio era la de su relación con las Reales Academias españolas a las que perteneció, cuando dicha relación se suponía poco menos que insignificante. Este estudio, de investigación principalmente archivista, demuestra lo contrario, su compromiso con estas sabias instituciones que, por su parte, tanto se prestigiaron no ya con su presencia, sino también con su lúcida y habitual participación.



Presentación del libro “Dientes Retenidos III”

El martes 29 de noviembre, Normon Dental presentó en el COEM (Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región) el libro “Dientes retenidos III (supernumerarios, ectópicos, heterotópicos, transmigrados, otros)” de los profesores José María Martínez-González, Jorge Cortés-Bretón Brinkmann, María Martín Ares y César Martínez Rodríguez.



Con este libro finaliza esta trilogía de Dientes Retenidos, compuesta por Dientes Retenidos I (terceros molares), Dientes Retenidos II (caninos) y este nuevo volumen.

“Dientes retenidos III (supernumerarios, ectópicos, heterotópicos, transmigrados, otros)” se centra en el estudio del resto de dientes temporales y permanentes que pueden encontrarse retenidos, así como de los dientes supernumerarios y otras alteraciones que conducen a idénticas situaciones clínicas.

A través de 16 capítulos se analizan aspectos referentes a la terminología, epidemiología y teorías etiopatogénicas y se profundiza en el diagnóstico y la experiencia clínica, entre otros aspectos.





SEGER
LEÓN
2023

www.segerleon2023.es



Prof. Mariano del Canto

Querid@s Compañer@s:

Los días 5 y 6 de mayo de 2023 vamos a celebrar en León el XXI Congreso Nacional y X Internacional de la Sociedad Española de Gerodontología, después de la suspensión de 2020 como consecuencia de la pandemia COVID 19. En este RENACER de SEGERLEON tanto el Comité Científico, presidido por el profesor Miguel Angel Alobera Gracia, como el comité organizador, el cual tengo el honor de presidir, queremos transmitir nuestro entusiasmo renovado por el evento que estamos preparando, pensando en compatibilizar ciencia y ocio.

Sin duda la población adulta mayor en nuestra sociedad actual tiene requerimientos y necesidades enormemente exigentes que tienen mucho que ver con nuestra forma de vida social y de relación. Por ello se hace hoy día y se hará en los próximos años con mayor trascendencia, imprescindible que la formación que el odontólogo recibe en nuestras universidades y fuera de ellas se adapte a estos requerimientos sociales actuales.

Hemos preparado un programa enfocado al odontólogo joven, que será el actor de los tratamientos de nuestros mayores en los próximos años. Queremos que participen y aporten dentro del seno de sus universidades y dedicaremos una parte importante del Congreso a este menester premiando los mejores trabajos.

Queremos que este nuevo Congreso aporte frescura, interacción entre los participantes y vivos debates enriquecedores, por lo que verás que el formato que os proponemos amalgama ponentes y participantes del congreso en un mismo plano.

La sede del Congreso estará ubicada en el Auditorio de la Ciudad de León, sin duda un espacio inigualable para la celebración de nuestro congreso; León, ciudad monumental, cuna del parlamentarismo y la gastronomía, que sin duda no os dejará indiferentes.

En SEGERLEON2023 os esperamos con los brazos abiertos deseando que nuestro trabajo cumpla vuestras expectativas.

Un fuerte abrazo



Reunión anual de la PIERRE FAUCHARD ACADEMY Sección Española



Por la noche se celebró la tradicional cena de gala en las instalaciones del Real Círculo de Labradores de Sevilla

En la mañana del día 22 en un acto solemne presidido por el Decano de la Facultad de Odontología, el Profesor José Luis Gutiérrez Pérez, en representación del Rector de la Universidad de Sevilla, tuvo lugar el acto de inducción de los nuevos académicos.

Los días 21 y 22 de octubre en la ciudad de Sevilla, en la sede de la Fundación Valentín de Madariaga, tuvo lugar la reunión anual de la Sección Española de la Academia Pierre Fauchard.



En la primera sesión el día 21 en un acto presidido por el presidente de la Sección Española de la Academia, el profesor Josep María Ustrell i Torrent (Vicedecano de Odontología de la facultad de Ciencias de la salud de la Universidad de Barcelona) se celebró la asamblea anual y seguidamente la presentación de nuevos académicos.

Por la secretaria de la Academia Anna Hospital i Ribas se procedió a leer las palabras de compromiso de la Pierre Fauchard Academy : "Ser miembro de la Pierre Fauchard Academy obliga a la aceptación del comportamiento profesional de responsabilidad, con un compromiso: "Reconocer que los principios de la Pierre Fauchard Academy serán ejemplares y servirán para mantener la tradición mundialmente reconocida de honor, dignidad y profesionalidad, siempre con unos estándares de ética y moralidad aceptadas para conseguir el arte y la ciencia de la Odontología.

Los nuevos académicos fueron: Doctor Emilio Martínez - Almoina Rifá (Islas Baleares), Doctora Paloma Villalva Hernández -Franch (Sevilla) y Doctor Akram Ali (Barcelona).

Seguidamente cada uno de los nuevos académicos se acercó junto con su padrino a recoger sus distintivos.

Cada uno de los nuevos académicos presentó una ponencia y al terminar estas el Doctor Ignacio Barbero Navarro, profesor de Endodoncia de la Universidad de Sevilla dictó una conferencia magistral sobre microscopio y endodoncia que fue seguida de un interesante coloquio entre los asistentes.



Lluís Giner, E. Martínez-Almoina, A. Castaño, J.M. Ustrell, I. Barbero, P. Villalva, Akram Ali.





Después de un descanso el Doctor Aníbal González, Profesor Titular de la Universidad de Sevilla, dictó una conferencia magistral sobre la obra del arquitecto Aníbal González, su abuelo, autor de numerosas obras emblemáticas de Sevilla como la Plaza de España.



J.L. Gutiérrez, Aníbal González, Antonio Castaño.

Tras unas palabras del Profesor José Luis Gutiérrez Pérez, se procedió a la clausura del acto con el canto del Gaudeamus Igitur como corresponde a las grandes solemnidades académicas.



Anna Hospital, J.M. Ustrell, J. I. Gutiérrez, A. Castaño.







Más allá de la tecnología probada del i700



Fuera cables

Sin cables, el escaneo es cómodo desde cualquier ángulo. Escanee áreas proximales sin esfuerzo y sin restricciones de movimiento



Rápido. Preciso. Conectado

La velocidad de escaneo es de hasta 70 FPS. Precisión de arco completo $10,9 \mu\text{m} \pm 0,98$



Compacto y ligero

Excelente equilibrio de peso, incluso con una batería conectada para mayor comodidad

MEDIT



Medit i700 Wireless

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

¿Quieres que te mostremos todas las novedades?



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

Congreso de la Federación Internacional de Estética Dental

Abu Dhabi los días 27 a 28 de octubre



La reunión por fin se pudo realizar. Inicialmente previsto para 2021, la pandemia obligó a suspender este congreso como otros tantos y por fin en 2022 ha sido posible.

La presidencia del congreso estuvo liderada por el español Jaime A. Gil, Catedrático de la U.P.V. y actual presidente de la Federación.

La Federation of Esthetic Dentistry, fue fundada en 1994 en la ciudad de Florencia, durante la reunión anual de la Academia Europea de Estética Dental, por iniciativa de Ronald Goldstein que primero fue promotor de la Academia Americana de Estética Dental.



Los objetivos en su fundación fueron tres: Tener una organización capaz de coordinar las relaciones entre las distintas academias de estética dental del mundo. Promocionar el concepto de estética dental como tratamiento interdisciplinar con la finalidad de conseguir la excelencia estética como resultado final. Y las academias más potentes como la americana, la asiática y la europea, ayudarían a las más pequeñas a desarrollar sus objetivos y estrategias.

La Federación organiza un congreso cada dos años y en octubre de 2019, la Sociedad Española de Prótesis y Estética Dental SE-PES, fue la academia nacional responsable de organizar la reunión, que tuvo lugar en Barcelona en el Palacio de Congresos de Cataluña y consiguió congregar a más de 4.500 participantes.

El TSJC confirma la anulación de la propuesta de dentista municipal del Ayuntamiento de Barcelona

El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) ha rechazado los recursos del Ayuntamiento de Barcelona y de Barcelona Serveis Municipals y ha confirmado la nulidad de la sentencia que el juzgado contencioso-administrativo número 7 de Barcelona declaró sobre el proyecto de dentista municipal.

Esta sentencia anunciaba la nulidad de pleno derecho del acuerdo de marzo de 2019 del Ayuntamiento de Barcelona en que proponía iniciar la actividad económica de servicios de odontología a la población a través de la empresa municipal Barcelona Serveis Municipales, S.A.

Esta sentencia es resultado del proceso judicial iniciado por el Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya (COEC) el 25 de abril de 2019, que decidió interponer un recurso contencioso-administrativo contra la creación de este servicio. Después de esta decisión, el Ayuntamiento de Barcelona decidió recurrir ante el TSJC.

COEC

Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya

La sentencia del TSJC, determina que la iniciativa municipal “no se ajusta al marco competencial definido legalmente, ni puede considerarse una actividad complementaria”, puesto que “incide en el ámbito material de prestación de servicios sanitarios competencia de la administración autonómica”. Por lo tanto, según el TSJC se trata “de una duplicidad en el ejercicio de las competencias”.

También se aclara que los límites de la Carta Municipal de Barcelona son aquellos “que no estén expresamente atribuidos a otras administraciones públicas o que se trate de actividades complementarias”.



Sepes celebró su 50+1 congreso

En Gran Canaria los días 13 a 15 de octubre 2022

Una alta participación que conto con 2.100 asistentes procedentes de 20 países, 70 conferenciantes, más de 160 comunicaciones presentadas y 50 empresas expositoras avalan el éxito de la edición 2022 del congreso anual de SEPES.

El apoyo institucional a todos los niveles ha sido muy destacado. La Ministra de Sanidad, Carolina Darias, clausuró el primer día la Asamblea General Ordinaria de SEPES destacando en su intervención la importancia de la celebración de foros como el congreso para avanzar en la necesaria conexión entre la salud general y la salud bucodental.



Para Guillermo Pradés, presidente de SEPES, “uno de los temas más atractivos del programa ha sido el papel de la inteligencia artificial como herramienta aplicada a la Odontología. Desde las planificaciones virtuales de simulaciones de sonrisa a la aportación de algunos escáneres con sistemas de detección de caries que pueden incluso llegar a evitar el uso de técnicas radiológicas, el papel de la inteligencia artificial crece día a día en su ámbito de aplicación dentro de la Odontología.

José Manuel Navarro, presidente del congreso puso de manifiesto que en pocas ocasiones se reúne como en este congreso a los más prestigiosos ponentes del mundo, de diferentes ramas

y de tanto nivel”. Prestigiosos clínicos internacionales asistieron al congreso, como Dennis Tarnow que recibió el reconocimiento de Socio de Honor de SEPES. Así mismo destacó la relevancia de los clínicos y técnicos españoles que participaron como ponentes y que colgaron el cartel de “completo” en las salas donde impartieron sus conferencias, evidencia de la calidad clínica de la Odontología española.

Durante los tres días de congreso, dentistas, técnicos de laboratorio, higienistas dentales y personal auxiliar de las clínicas, han tenido la oportunidad de acercarse a los productos y servicios de 50 de las mejores empresas de la industria dental internacional que participaron en la exposición comercial.



La parte lúdica del congreso estuvo protagonizada por la fiesta SEPES White Night que se celebró la segunda jornada y a la que acudieron de blanco más de 600 congresistas.

Medalla de oro SEPES 2022 a Arturo Ruiz Capillas

En esta velada se procedió a la entrega de la Medalla de Oro que anualmente SEPES concede a uno de sus miembros. Este año ha sido Arturo Ruiz-Capillas, presidente de SEPES de 1997 a 2000 y presidente de la 26 Reunión Anual SEPES en Santander.



Premios comunicaciones SEPES Gran Canaria 2022

- Premio SEPES Júnior Clínico: Arnau Alzina Cendra
- Premio SEPES Júnior de Investigación: Patricia Freire Nieto
- Premio a la Mejor Comunicación Oral Clínica: Beatriz Anitua
- Mejor Comunicación Oral de Investigación: Francisco Manuel Visiedo Soriano
- Mejor Comunicación Póster Clínico: Guillermo Galván Lobo
- Mejor Comunicación Póster de Investigación: Angélica Lo Sardo



Beca SEPES Solidaria 2022

La beca SEPES Solidaria este año se repartió entre cuatro entidades: Smile is a Foundation, Fundación Odontología Social Luis Seiquer, Colegio Oficial de Dentistas de León y la Fundación dental Gipuzckoana.

El premio a la Fundación Odontología Social Luis Seiquer fue recogido en nombre del Dr. Antonio Castaño por el Dr. Estuardo Mata Castillo, vicepresidente de la Federación Internacional de Decanos de Facultades de Odontología y Decano de la Facultad de Odontología Francisco Marroquín de Guatemala, uno de los centros educativos más avanzados de América Latina, que asistió al congreso junto con varios miembros de su equipo.



Rafael Martínez, Estuardo Mata Castillo y Guillermo Pradés.

24-25 febrero BARCELONA

SEPES-SEPA CLÍNICA

*Perio-Prótesis, una sinergia esencial
para la Odontología.*

SE P E S

Sepa.

PRÓTESIS Y PERIODONCIA dos disciplinas inseparables si queremos lograr la excelencia.

Más de 20 expertos nos darán la solución a los retos diarios
que plantea la clínica actual de la mano de **SEPES** y **SEPA**

TARIFAS REDUCIDAS hasta el 10 de febrero



SEDE: World Trade Center

Moll de Barcelona, s/n Edificio Sur 08039 - Barcelona



HORARIO

Viernes 15:30 - 20:00 h. / Sábado 9:30 - 13:30 h.

www.sepes.org

SE P E S

Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

III Reunión Científico Solidaria ICD -FOS

El 12 de noviembre se celebró en Sevilla la III Reunión Científico Solidaria ICD -FOS, en beneficio de la Philip dear Foundation. En esta ocasión con la participación de la Universidad de Sevilla y contando con la presencia del Decano de la Facultad de Odontología el profesor José Luis Gutiérrez Pérez, elevando si cabe aún más el nivel académico de estas jornadas, al tiempo que refuerza el vínculo entre la profesión y la universidad tan habitual en la familia odontológica, gracias en buena parte a personalidades como el profesor Gutiérrez Pérez.



J.L. Gutiérrez Pérez.

El lugar escogido fue el Real Círculo de Labradores y la presentación del acto estuvo a cargo del Doctor Antonio Castaño profesor titular de la Universidad de Sevilla, miembro del I.C.D. y presidente de la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (F.O.S.)

Diversas ponencias de gran calidad ocuparon la mañana. El Dr. Roberto Aza (U.A.X.) "Navegación dinámica en endodoncia". El Dr. Jesús Santos (U.B.) "Evidencias en la clínica a través del CBT". El Dr. Pere Riutord (vice decano del Grado en Odontología de la Escuela Universitaria ADEMA-UIB) "Introducción a la simulación háptica y holográfica en la planificación de tratamientos odontológicos reales". El Dr Ignacio Barbero (U.S.) "Microscopía en endodoncia. Estado actual".

La ponencia que más aplausos tuvo por su novedoso contenido quizá, fue la del profesor Gutiérrez Pérez, que destacó la importancia de los odontólogos en la salud general, en una ponencia llena de anécdotas y titulada "20 poemas de amor y una canción desesperada".



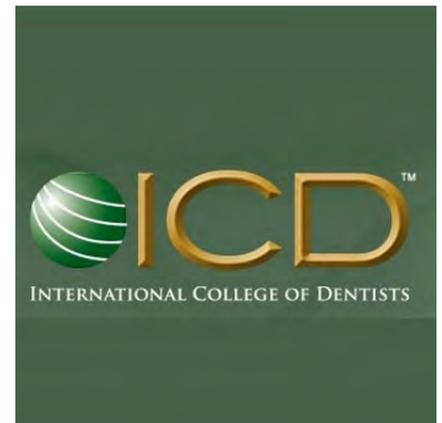
S. Jane Noblon.

La clausura del acto correspondió al Dr Santiago Jane Noblon, Presidente para España del International College of Dentists y como no, en sus palabras además del agradecimiento a todos por su presencia recuerdo el lema del ICD que es "Reconociendo el servicio y la oportunidad de servir".

Al acto asistieron más de 150 personas, principalmente alumnos de la Universidad de Sevilla de los últimos cursos de grado y de master, junto a miembros del I.C.D. procedentes de diversos puntos de España.

El círculo de Labradores de Sevilla es uno de los más antiguos de España, fundado en 1859, con más de 160 años de historia, por concesión de S.M. Alfonso XIII, ostenta el título de Real, que le fue otorgado en 1917. Ofrece un marco espectacular para la celebración de eventos como el que nos ocupa, lleno de historia y solemnidad.

El International College of Dentist es una Sociedad Científica Honorífica con más de 100 años desde su fundación en Esta-



dos Unidos y Japón. El lema del ICD es “Reconociendo el servicio y la oportunidad de servir”, ayuda a proyectos solidarios repartidos por el mundo. Para ser miembro de la organización se accede al ICD por invitación de alguno de los miembros, tras la presentación del Currículum y la aprobación por parte del Board of Regents. Se valora la calidad Profesional, su dedicación y servicio al progreso de la Odontología en beneficio de

la sociedad. El ICD actualmente tiene más de 12.000 miembros y está presente en 122 países. La Philip Dear Foundation, es una Fundación creada en 2005 por la Sección Europea, su objetivo es ayudar a proyectos solidarios y educativos relacionados con la Odontología. Se financia por donaciones y una parte importante de las cuotas de los miembros europeos del ICD.



Día Europeo para el uso Prudente de los Antibióticos

El PRAN presenta el problema en primera persona

Un año más, el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), coordinado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), organizó la jornada por el Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos. El objetivo principal del evento de este año ha sido acercar este problema de salud pública a la población. Un claro ejemplo de ello han sido las vivencias compartidas por los protagonistas de la jornada PRAN de este año, que relataron en directo como se vieron afectados por una infección producida por bacterias resistentes a antibióticos.

La ministra de Sanidad, Carolina Darias, abrió la jornada con un discurso en el que anunciaba los últimos datos de consumo de antibióticos, informando que desde 2014 hasta ahora se ha producido un descenso de un 25,5% en salud humana y un 62,5% en sanidad animal.

Tras la intervención de la ministra, la directora de la AEMPS, María Jesús Lamas, puso en valor los logros del PRAN y presentó los nuevos retos y acciones del PRAN 2022-2024. También, anunció la presentación de las Normas de Certificación de equipos PROA hospitalarios y comunitarios para principios de 2023, y los trabajos que se están realizando para mejorar la herramienta de mapas de consumo. En sanidad animal, destacó el fortalecimiento del diálogo con los diferentes sectores gracias a la nueva organización de los grupos de trabajo, la vigilancia de bacterias patógenas clínicas y la mejora de la disponibilidad de antimicrobianos y alternativas.

El consumo nacional de antibióticos baja un 25,5% en salud humana y un 62,5 % en sanidad animal entre 2014 y 2021.

La vigilancia del consumo de antibióticos es una de las principales acciones del PRAN y coincidiendo con el Día Europeo del Uso Prudente de los Antibióticos se han publicado los informes de consumo de antimicrobianos a nivel europeo en sanidad animal y en salud humana.

Así, en sanidad animal, se ha publicado el 12º Informe ESVAC correspondiente al consumo de antibióticos veterinarios en 2021 en 31 Estados Miembros. En el informe se puede observar como

España ha disminuido en un 62,5% el consumo de antibióticos veterinarios desde el año 2014, año de inicio del PRAN, hasta 2021. Si bien es cierto que la tendencia en la disminución del consumo es muy favorable, se puede apreciar un ligero aumento del consumo del 1.8% desde el año 2020 al año 2021. A pesar de ello, España presenta la evolución más favorable de los 31 Estados Miembros que participan en el informe ESVAC y ello se demuestra, sobre todo, en la disminución del consumo de antibióticos de importancia crítica del 91,5% desde 2014 a 2021 y del 10,5% en el último año, a pesar del pequeño incremento general.

Por su parte, en salud humana, el ECDC ha publicado el informe de consumo ESAC-Net, detallando el consumo de antimicrobianos hasta el 2021 de 29 países europeos. En él se pueden contextualizar la reducción del 25,5% en el consumo de antibióticos en España con el resto de los países, así como la diferencia en el consumo entre el año 2020 y el primer año tras el inicio de la pandemia. En el caso concreto de nuestro país, ha habido una ligera subida del 1.3% respecto al 2020, sin embargo, hemos mejorado un puesto en la posición global respecto al resto de países, indicando que la tendencia europea también ha sido al alza en el pasado año 2021. Con todo ello, España es el séptimo país, de todos los que han reportado al ECDC sus datos de consumo, que mayor reducción ha tenido en los últimos años.

La resistencia en primera persona

La jornada PRAN de este año, moderada por la Dra. en Farmacia y divulgadora científica Marián García (@Boticariagarcía), se dividió en tres bloques que contaron con la intervención de los coordinadores del PRAN en salud humana, Antonio López, en sanidad animal, Cristina Muñoz, y en medioambiente, Ricardo Carapeto. En un primer bloque, Daniel Río, que se vio afectado durante años por una infección causada por una bacteria multirresistente, relató su caso y abrió un diálogo con Antonio López y la Dra. Domingo-Calap, directora del Grupo Virología Ambiental y Biomédica I2SysBio de la Universitat de València-CSIC, quien expuso el papel de la fagoterapia como alternativa a los antibióticos en este tipo de casos en los que ningún antibiótico consigue vencer a la bacteria.

A continuación, Rosa Vallori, veterinaria clínica igualmente afectada por una infección producida por una bacteria resistente, y Christian de la Fe, profesor del Departamento de Sanidad Animal de la Universidad de Murcia, dialogaron sobre sanidad animal



y su vínculo con la salud humana y el medio ambiente junto a Cristina Muñoz y Ricardo Carapeto. De este modo, se ponía en evidencia que la resistencia a antibióticos no distingue de especie ni fronteras, y que por tanto este problema debe enfrentarse desde una perspectiva One Health o de Una Sola Salud.

La jornada continuó con un tercer bloque que incluyó un diálogo abierto entre Marián García y la Dra. Lucía García Bertrand (@Luciampediatra), reconocida pediatra y escritora, donde narraron sus experiencias en consulta y las situaciones con las que se encuentran en su día a día como profesionales de la salud. Durante el mismo, la Dra. Lucía recomendó el uso de las guías terapéuticas PRAN en salud humana y sanidad animal.

Para finalizar, la Secretaria de Estado de Sanidad, Silvia Calzón, hizo entrega de los premios PRAN que reconocen y dan visibilidad a aquellas iniciativas ejemplares que han contribuido de forma sobresaliente a la consecución de las metas de la estrategia nacional frente a la resistencia bacteriana.

El Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos es una iniciativa europea de salud pública anual que se celebra el 18 de noviembre; su objetivo es sensibilizar sobre la amenaza que la resistencia a los antibióticos supone para la salud pública y fomentar el uso prudente de los mismos.

Consumo de antibióticos en España

España se ha situado como el séptimo país con mayor consumo de antibióticos por habitante del conjunto del continente. Un estudio publicado por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) ha estimado que 20 de cada 1.000 ciudadanos hace uso de estos fármacos al día, ya sea por prescripción de Atención Primaria o como resultado de una hospitalización. Una cifra que representa casi cuatro puntos más que la media de 16,4 del bloque comunitario.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con el séptimo peor resultado de los 27 países miembro de la Unión Europea. La tabla la lidera Rumanía con una tasa de 25,7 por cada 1.000 habitantes, seguido de cerca por Chipre (25), según los datos del informe. Un escalón por debajo aparecen países como Bulgaria (24,4), Grecia (23,5), Francia (21,5) o Polonia (20,2). En contraposición, los mejores resultados los arrojan territorios como Países Bajos (8,3), Austria (8,8), Estonia (10,1), Suecia (10,1) o Eslovenia (10,2).

A pesar de la posición en la que se encuentra España, la tendencia hacia reducir progresivamente el consumo de antibióticos se ha convertido en una realidad en los últimos años, tal y como se ha fijado la Unión Europea como objetivo. Los datos de 2021 contrastan con el pico alcanzado en el año 2017 cuando la tasa se llegó a situar en una media de 26,8 por cada 1.000 habitantes. Por entonces se trataba del tercer peor dato tras Chipre y Grecia.

“España se ha situado como el séptimo país con mayor consumo de antibióticos por habitante del conjunto del continente”

El ECDC ha calculado que en España se produjeron un total de 44.329 infecciones como resultado de este fenómeno, mientras que 2.023 personas perdieron la vida por este motivo en el año 2020, el último con registros oficiales.

La cifra, en todo caso, se encuentra lejos del máximo alcanzado por el SNS en su serie histórica. En 2019 los fallecimientos vinculados a la resistencia bacteriana alcanzaron los 2.731 en el conjunto del territorio nacional, mientras que el volumen de enfermos con una infección se cifró en 58.109.



El Dr. Jaime A. Gil nuevo Académico numerario de la Real Academia de Medicina del País Vasco

El Dr. Jaime A. Gil fue nombrado, el jueves día 24 de noviembre, nuevo Académico numerario de la Real Academia de Medicina del País Vasco / Euskal Herriko Medikuntzaren Errege Akademia en una ceremonia que tuvo lugar en el Salón de Grados de la Universidad de Deusto. El título de su discurso fue: *“Estética Dental. Actualización de los tratamientos más innovadores”*.

El acto fue presidido por el Prof. Javier Aranceta Bartrina junto con el Prof. Antonio Bascones Martínez, la Prof. Natalia Ojeda del Pozo y la Prof. Carmen Pérez Rodrigo.



XXXIII REUNIÓN ANUAL DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
DISFUNCIÓN CRANEOMANDIBULAR
Y DOLOR OROFACIAL



La Rioja implanta un nuevo programa para que los ciudadanos con discapacidad puedan ser atendido en su propia comunidad

El Gobierno de La Rioja ha puesto en marcha un nuevo programa de salud bucodental que “salda una deuda” con las personas con discapacidad ya que evitará sus desplazamientos para optar a la sedación.

La nueva prestación garantiza a los pacientes intervenciones quirúrgicas en el Hospital Universitario San Pedro para realizar extracciones, empastes, intervenciones en traumatismos dentales, endodoncias y limpiezas con remineralización (flúor) bajo sedación o anestesia.

Por primera vez en La Rioja, se van a hacer intervenciones bucodentales a personas con discapacidad bajo sedación o con anestesia general”. De este modo, no habrá necesidad de derivar a estos pacientes a otras comunidades autónomas como hasta ahora.

Los pacientes que sean atendidos en las diferentes consultas de odontología de La Rioja y que presenten diversidad funcional o, en anteriores ocasiones, hayan precisado sedación para realizar la exploración odontológica, serán derivados mediante interconsulta a dicha consulta especializada. En



caso de necesitarlo serán intervenidos en el Hospital Universitario San Pedro.

Una de las reivindicaciones de las asociaciones que trabajan en el campo de la discapacidad ha sido la atención de la salud bucodental de las personas con discapacidad que, en muchos casos, requieren de sedación y/o anestesia para ser valorados y tratados correctamente.

El servicio de Maxilofacial del Hospital Universitario San Pedro se ha ocupado tradicionalmente de las extracciones de piezas dentales de estos pacientes en quirófano y con anestesia, pero quedaban fuera tratamientos como los empastes o la limpieza bucal de los pacientes más complejos.

El Govern inicia la creación del Col·legi d'Higienistes Dentals de Catalunya



El Govern ha aprobado en el *Consell Executiu* el Proyecto de decreto para que los higienistas dentales titulados tengan su propio colegio profesional, lo que favorecerá unas normas deontológicas y de control comunes, según los acuerdos del Ejecutivo catalán de este martes.

En caso de que el Parlament de su visto bueno, el Govern podrá aprobar la creación del *Col·legi d'Higienistes Dentals* de Catalunya y será responsabilidad de la *Associació d'Higienistes Dentals i Auxiliars* de Catalunya constituir una comisión gestora que redacte los estatutos en tres meses.

Los higienistas bucales son profesionales sanitarios del ámbito de la salud bucodental con atribuciones en materia de salud pública que desarrollan las funciones de recogida de datos sobre el estado de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica, de educación sanitaria de forma individual o colectiva y de instrucción sobre la higiene bucodental, entre otros.

Hablamos con Ignacio Barbero Navarro

Endodoncista exclusivo y profesor universitario



Dentista en cuarta generación, dedica su actividad profesional en exclusiva a la endodoncia clínica y a la docencia universitaria. Doctor en Odontología, ha sido Decano y Profesor Titular en la Facultad de Medicina Dentaria IUEM Lisboa, Portugal, actualmente es profesor de grado y máster en la Universidad de Sevilla y está acreditado como Profesor Titular por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) desde 2012. Es Académico de la Pierre Fauchard Academy desde 2006, miembro de AEDE desde 1998, integrante de su Junta Directiva desde 2001 a 2005 y Presidente del XXV Congreso de AEDE. Defensor de la endodoncia como especialidad.

Eres cuarta generación de dentistas. ¿Siempre quisiste ser dentista?

Si, históricamente siempre hemos estado muy vinculados al Colegio de Dentistas, mi abuelo fue el segundo presidente del Colegio de la IV región (Sevilla, Córdoba, Huelva, Cádiz y Canarias) en el año 1952, mi padre secretario en 1976 y yo vocal en 1998 en el ya Colegio de Dentistas de Sevilla. Mi tío Emilio Barbero, reconocido dentista en Madrid, tenía la consulta en la calle Columela, en el elitista barrio de Salamanca, muy conocido entre los profesionales de las artes escénicas de la época.

No siempre coincide lo que uno quiere ser de pequeño con lo que se plantea después. En mi caso lo he tenido más fácil, siempre quise ser dentista, lo he vivido y sentido en mi familia desde que nací, es vocacional y hoy en día me sigue pareciendo una profesión hermosa que ofrece grandes satisfacciones.

¿Como surgió la decisión de dedicarte a la endodoncia? ¿Y la formación con las posibilidades de hace treinta años?

Hace aproximadamente entre 30 a 40 años, la endodoncia comenzó a experimentar un gran desarrollo, se fabricaron las primeras limas rotatorias, nuevos sistemas y técnicas de obturación que se salían de los patrones clásicos, se comenzaba a hablar del microscopio, todo esto coincidía con el comienzo de mis estudios pero fue en la consulta del Dr. José Luis Barbero Salcedo, mi

padre, donde por primera vez vi cómo se realizaba un tratamiento de conductos y me llamó la atención la meticulosidad del procedimiento. En la facultad fui recogiendo conocimientos de todas las asignaturas, pero fue el estudio de la endodoncia la que me seguía produciendo más inquietud. Cuando terminé la licenciatura, fue de la mano de mi maestro el Profesor Rafael Miñana Laliga, referente máximo de la endodoncia española de aquel tiempo y quien me abrió las puertas de su consulta, con quien realicé mi primer programa de endodoncia en la Universidad de Valencia, en la que él trabajaba como docente y director del máster. Con él pude perfeccionar y ampliar mis conocimientos en esta especialidad, tuve la suerte de estar al lado de un clínico extraordinario y de una calidad humana formidable. Posteriormente, continué mi formación con el Prof. Singcut Kim en mi segundo programa en Microcirugía Endodóncica y Microendodoncia en la Universidad de Pensilvania (EEUU), pioneros en esta área a nivel mundial.

Has desarrollado una importante labor docente en Lisboa en la Facultad de Medicina Dentaria IUEM. ¿El sistema docente en Portugal es como el español?

Recuerdo mi etapa docente en Portugal con mucho cariño y tengo especial admiración por los profesionales de aquella Universidad. En ambas he encontrado mucho interés en formar al alumnado en valores, conocimientos y capacitación clínica. Considero que la investigación es importante, eso si, acompañada siempre de la adecuada formación del odontólogo integral en clínica, gestión y compromiso social.



Y los alumnos. ¿Son diferentes a los de España?

El alumnado de ambas facultades tiene características comunes: avidez por el aprendizaje y enorme interés en obtener solvencia en el ejercicio clínico diario. Podría ser muy enriquecedor para ellos la colaboración entre universidades portuguesas y españolas como vecinos que somos.

Actualmente estás impartiendo docencia en los cursos máster de la Universidad de Sevilla ¿Cómo llegan los recién graduados, tienen una buena formación de grado, hay diferencias entre las distintas universidades de origen?

Actualmente coordino el módulo de endodoncia del Máster de Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla, dicho máster busca y consigue la formación integral del odontólogo recientemente egresado. Durante el período de formación asistimos a una rápida y sólida transformación en el alumnado. Las últimas ediciones hemos detectado carencias marcadas del alumnado que ingresa ya que sufrieron la falta de prácticas clínicas durante el período pandémico.

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

Antiguamente la mayoría de los egresados, incluso antes de terminar, se planteaban comenzar a trabajar y rápidamente ingresaban en el mercado de trabajo, es cierto que el abanico de posibilidades que existe actualmente para ampliar conocimientos en las especialidades que te pueden atraer no existía antes o era bastante escaso. Ahora noto que muchos alumnos que terminan

no empiezan a trabajar sin haber pasado por un programa de formación continuada.

Hablemos de la endodoncia y permítenos introducir aquí al Dr. Ángel Lasala Carreras con una breve referencia a quien fue, pues la mayoría de los más jóvenes, los que llevan ejerciendo menos de veinticinco años no le conocerán. Ángel Lasala, Zaragoza 1914, falleció en 2005, médico estomatólogo que tuvo que exiliarse a Venezuela por motivos políticos después de la guerra de 1936, es considerado como uno de los padres de la endodoncia. Se jubiló en 1978, pero siguió impartiendo docencia hasta sus últimas fuerzas.

Haya por el año 1992 el Dr. Lasala ponía un gran énfasis en el tacto de nuestros dedos en el manejo de la lima para localizar el ápice. ¿Como ha sido el cambio de la endodoncia en estos treinta años?

Hemos enfatizado que la endodoncia hasta la fecha ha gozado de una serie de mejoras, a través de las cuales ha originado cambios sin menoscabo de las técnicas clásicas. Es verdad que con la incorporación de limas rotatorias al ir montadas sobre un contraángulo no puedes valerte del tacto sensible digital, pero también es cierto que en muchos casos seguimos complementando nuestros tratamientos con limas manuales tradicionales y por consiguiente con el tacto digital que forma parte del legado que nos dejó el Prof. Lasala al que también tuve la oportunidad de conocer.

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

Según mi criterio, nos encontramos en la era de la endodoncia mecanizada y estamos entrando en la era digital, pero publicacio-



nes científicas solventes indican que nos acercamos a la microbótica y nanotecnología en endodoncia.

Las especialidades en odontología son una reivindicación de una parte del colectivo. ¿Visto lo que nos has contado, crees que la endodoncia debería ser tenida presente a la hora de aprobar por fin las especialidades? Plantea tus argumentos a los que aún no las apoyan.

El dentista general debe seguir existiendo, pero estimo que la endodoncia debe prevalecer como especialidad equiparándonos a países desarrollados como EEUU y la mayoría de los de la Unión Europea, de la cual formamos parte y con los que tenemos que convivir en competencia.

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

Es verdad que el paciente de inicio no valora la endodoncia, la cual no la ve ni la aprecia igual que la imagen vigorosa que le ofrece la estética, pero si es bien explicado el trabajo metódico que cuesta y los beneficios que supone al paciente, al final llega a entenderlo y valorarlo.

En relación a los compañeros que nos remiten casos clínicos a los endodoncistas, mi impresión es que no solo sentimos el reconocimiento y el respeto por ello, sino que les estamos agradecidos por su confianza.

En estos tiempos se levantan las voces de grandes profesionales, sobre todo desde el ámbito universitario, alertando del olvido de la importancia del diagnóstico. ¿Compartes esta reflexión?

Esto es graníticamente cierto, lo vivimos casi a diario con los alumnos, algunos se lanzan directamente a preguntar sobre el tratamiento o vienen tan solo con una prueba radiográfica sin haber pasado por un diagnóstico colmado de las pruebas necesarias que evite el error en el tratamiento. La importancia de un buen diagnóstico también hay que inculcarlo desde el principio, convenciendo al alumno de que errar en el diagnóstico es errar en la solución.

En el dilema extracción – implante o endodoncia que desgraciadamente parece inclinarse por lo primero en muchos profesionales. ¿Qué opinas que está fallando?

Veo necesario una orientación conservadora de base que no confunda al estudiante y que le haga ver, liderando desde la sana crítica, que el implante sí, pero cuando sea rigurosamente necesario, valorando previamente las opciones de preservar el diente cuando sea posible.

¿Una recomendación para los que terminan los estudios de grado o llevan poco tiempo en la profesión?

Aconsejo una formación integrada justo cuando el alumno finaliza su estudio de grado para, con esa base formativa, poder elegir una especialidad determinada.

Tuve la inmensa fortuna de contar con maestros de élite como el Prof. Juan Feito Fidalgo (DEP) en el Doctorado, el Prof. Rafael Miñana Laliga (DEP) en mi 1º programa de endodoncia y con el Prof. Singcut Kim en mi 2º programa de microcirugía endodóncica y microendodoncia, un buen maestro clínico en el área por la que más te inclinas, que te guíe en tu formación es decisivo, a mí me ha ido bien y creo que funcionaría para las nuevas generaciones.



Por último, algo personal ¿Qué hace un endodoncista cómo tú en el tiempo que no está en la clínica o en la docencia? ¿Cuáles son tus aficiones?

El poco tiempo que tengo lo reparto entre actividades deportivas, de contacto con la naturaleza, compartir tiempo con familia y amigos y últimamente la apasionante labor de devolver a la sociedad, a través de la odontología social, algo de lo que nos dio. Gracias a la Fundación Odontología Social Luis Seiquer tengo el privilegio de poder ayudar a devolver la sonrisa a los que no pueden acceder a la odontología remunerada.

Cone Beam 3D Imaging
NewTom
what's next

Todos los campos que necesitas
desde 4x4 hasta 16x18
Campos para estudios especializados.
La mayor resolución del mercado
(Voxel 68m)



Equipos Stern Weber
Calidad, al mejor precio.
Trabaja cómodo,
trabaja tranquilo

SAT PROPIO

Hablamos con Cosme Gay Escoda

*Profesor universitario,
defensor incansable de la Cirugía Bucal y de las cosas bien hechas*



El Prof. Dr. Cosme Gay Escoda es catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial de la Universidad de Barcelona, director del Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la EFHRE International University y coordinador del grupo de investigación "Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial" del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Cirujano maxilofacial, cirujano bucal e implantólogo bucofacial y director de la Unidad de Patología de la Articulación Temporomandibular (ATM) de Centro Médico Teknon. Ha sido el primer Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona, uno de los fundadores de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) y defensor de la especialidad de Cirugía Bucal en Odontología, le gustan las cosas bien hechas y expresarse con plena libertad caiga quien caiga.

Usted siempre se ha presentado como profesor universitario. ¿Cuál es la función de un profesor universitario?

Las funciones del profesor universitario deben incluir la docencia, la práctica clínica con los pacientes y la investigación, procurando encontrar un equilibrio estable entre estas 3 actividades, aunque normalmente puede que alguna de ellas sea predominante, pero nunca debe anular al resto. En mi caso, creo haber encontrado un equilibrio entre la docencia, la clínica y la investigación, ya que las tres actividades son igual de importantes en mi día a día. Es cierto que la investigación es más visible, porque los organismos internacionales y las universidades valoran más la investigación que la docencia o la actividad clínica. Por ejemplo, los sexenios de investigación, incrementan el sueldo de los profesores universitarios, hecho que no sucede con los tramos de docencia, ni que decir que no se valora en absoluto la práctica clínica.

En el marco de la Cirugía Bucal, ¿qué proyectos relevantes le han llamado la atención en los últimos tiempos?

En este momento hay muchos temas relevantes que me llaman la atención y con toda seguridad serán objeto de investigación, como la aplicación de la inteligencia artificial en la Cirugía Bucal,

los métodos de detección precoz del cáncer oral, la prevención y tratamiento de la periimplantitis, etc. El listado sería muy extenso, porque como leo muchos trabajos científicos estos despiertan mi curiosidad, lo que me lleva a hacer nuevos estudios o revisiones sobre temas muy variados. Fruto de este interés en ampliar mis conocimientos, en este momento tengo 570 publicaciones científicas en formato de artículos, la mayoría con factor de impacto, 18 libros publicados y 85 capítulos en otros libros de Odontología, Cirugía Bucal y Cirugía Maxilofacial.

¿En qué aspectos de la Cirugía Bucal sería necesario incrementar la labor investigadora?

En la Cirugía Bucal se debe incrementar la investigación en todos los campos y especialmente en los problemas más frecuentes como pueden ser la patología asociada a las inclusiones dentarias, la infección odontogénica, la prevención y el control de las lesiones potencialmente malignas, etc.

Solo tienes que leer las excelentes revisiones de la Cochrane Library para darte cuenta, que siempre quedan muy pocos trabajos válidos para sacar conclusiones y acaban recomendando seguir investigando con criterios de excelencia para mejorar las conclusiones que puedan tener una mejor evidencia científica y se puedan aplicar en la praxis diaria de los profesionales clínicos.

La revista "Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal", dirigida por el Prof. Dr. José Vicente Bagán Sebastián, es la única revista española de Odontología con factor de impacto

Un factor que ha representado una gran ayuda en la publicación de las investigaciones de autores españoles es el hecho de que la revista "Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal", sea la única revista española con factor de impacto. Esta revista está dirigida por el Prof. Dr. José Vicente Bagán Sebastián, que es el profesional que ha luchado más por prestigiar la Odontología española, aunque es curioso que nunca ha recibido ningún reconocimiento por parte del Consejo General de Dentistas, que lleva muchos años dirigido por un grupo de incompetentes, especialistas en el "postureo" y en repartir premios y medallas entre los amigos.

Esta revista española durante el año 2021 ha subido al segundo cuartil con un factor de impacto de 2,883. Quiero recordar que la revista oficial de la Asociación Americana de Cirujano Orales y Maxilofaciales (AAOMS abreviatura en inglés) está en el cuarto cuartil. Yo tengo el honor de ser uno de los subdirectores de la revista y nuestro grupo de investigación tiene un sesgo de publicación importante ya que cada año publicamos en esta revista alrededor de media docena de artículos con el fin de potenciar su difusión y prestigio.

En su caso concreto, son conocidos sus proyectos de investigación sobre dientes incluidos, pero también sobre regeneración ósea y la osteointegración de los implantes. De todos los proyectos realizados, ¿de cuál se siente más satisfecho por la repercusión sanitaria?

Ciertamente nuestro grupo se ha distinguido y seguiría en el futuro, en la investigación de la patología asociada a los dientes incluidos, dato que ha sido valorado en muchos "rankings", que nos colocan como el equipo con más publicaciones sobre este

El Consejo General de Dentistas, lleva muchos años dirigido por un grupo de incompetentes, especialistas en el "postureo" y en repartir premios y medallas entre los amigos

tema. En este punto me gustaría destacar que hemos participado de forma relevante en más de una docena de ensayos clínicos sobre el control del dolor tras la extracción del tercer molar y el haber dirigido una Guía de Práctica Clínica sobre "Diagnóstico e indicaciones para la extracción de los terceros molares" patrocinada por la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) y reconocida por "guiasalud.es", que por cierto será actualizada en los próximos meses.

También la regeneración ósea y la osteointegración de los implantes es otra área de nuestro interés y en este caso quisiera destacar en primer lugar el estudio sobre "Regeneración ósea con factores de crecimiento e ingeniería tisular" incluido en el programa CENIT (Consortios Estratégicos Nacionales de Investigación Tecnológica) y financiado por el CDTI (Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial) 2008-2011, en el que yo era investigador principal. Esta investigación traslacional con la inclusión de varias empresas del sector dental tuvo una aportación económica de más de 2 millones de euros. Nuestra participación fue en una investigación en animales de experimentación (perros y ratas) con una asignación de más de 500.000 euros. Fruto de esta investigación salieron 3 tesis doctorales y 4 artículos en revistas de alto factor de impacto y varias patentes que incluyen el papel fundamental de la fibronectina en la regeneración ósea.

Más recientemente nuestro proyecto de investigación "Evaluación de la toxicidad de la implantoplastia para el tratamiento de la pérdida ósea en implantes dentales" ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Investigación-Instituto Carlos III en la convocatoria del año 2020 (PI20/01596) con el Dr. Eduard Valmaseda como investigador principal y yo como coinvestigador principal.





Fruto de esta investigación hay 3 trabajos publicados en revistas del primer cuartil y con seguridad saldrán varias Tesis doctorales. Este año 2022 nuestro grupo ha presentado otra propuesta para seguir esta investigación sobre la evaluación de la bioseguridad de la implantoplastia en el tratamiento de la periimplantitis, en la convocatoria del Ministerio de Ciencia e Investigación-Instituto Carlos III (Fondos de Investigación Sanitaria – FIS) que ha sido seleccionada para recibir financiación con dinero público.

¿Hasta qué punto se promociona la investigación en el ámbito universitario?

Actualmente es imposible tener una trayectoria destacada en investigación de forma individual, por lo que es imprescindible trabajar en equipo e incluso con ayudas externas para aportar técnicas de las que no tienes experiencia o conocimientos en ciencias básicas afines. Hace ya más de 25 años que puse en marcha un grupo de investigación denominado “Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial” que fue aceptado su adscripción en el Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (Idibell), tras muchos años de lucha. El Idibell está entre los 10 mejores Institutos de Investigación Sanitaria reconocidos por el Ministerio de Ciencia e Investigación.

El formar parte del Idibell nos ha aportado mucha fuerza para luchar en la obtención de recursos económicos en los concursos competitivos, a la vez que nos permite interaccionar con el resto de los grupos de investigación del Instituto. La realidad es que la Universidad y concretamente la Universidad de Barcelona (UB), no ayuda mucho en este tema, pero tenemos la suerte de tener el respaldo incondicional del Idibell.

Este dato no cuadra mucho con la filosofía actual en la acreditación para la obtención de plazas de profesor universitario en la

que se valora de forma excesiva la dedicación a la investigación, dando poca o nula relevancia a la actividad docente y a la práctica clínica. Mi opinión es que deberían valorarse de forma más equilibrada estos 3 apartados que debe abarcar la actividad del profesor universitario, e incluso debería darse más valor a la dedicación a la gestión de la Universidad en cargos unipersonales.

¿Lo digital ha pasado ya de ser futuro a ser presente? ¿Cómo valora la influencia de las soluciones digitales en el día a día de la Cirugía Bucal?

Es cierto que las aportaciones digitales pueden ayudar a mejorar la práctica clínica, pero creo que se está sobrevalorando esta acción, ya que estas solo serán útiles si la formación del profesional tiene las bases científicas adecuadas y suficientes para poder aprovechar estas ayudas que aporta la digitalización de la Clínica Dental. Es cierto que la digitalización y la navegación puede ser muy útil para la colocación de implantes o para cualquier otra técnica quirúrgica, pero lo fundamental es tener los conocimientos para hacer un buen diagnóstico y una correcta planificación terapéutica. De qué nos sirve tanta tecnología si no sabemos hacer un diagnóstico correcto y no conocemos cuando y como debe implementarse una determinada técnica quirúrgica.

Lo fundamental es tener los conocimientos para hacer un buen diagnóstico

En muchas ocasiones he escuchado a muchos conferenciantes, ante una audiencia de jóvenes dentistas, como consiguen su atención con una sobredosis de tecnología, infravalorando los conocimientos fundamentales. Por este motivo las soluciones digitales solo son muy útiles para profesionales bien formados y con experiencia, pero no para inexpertos que quieren basar toda su actividad clínica en las nuevas tecnologías, que con seguridad los conducirá a graves problemas.

¿En qué tipos de tratamientos de Cirugía Bucal se hacen más evidentes las ventajas del abordaje digital?

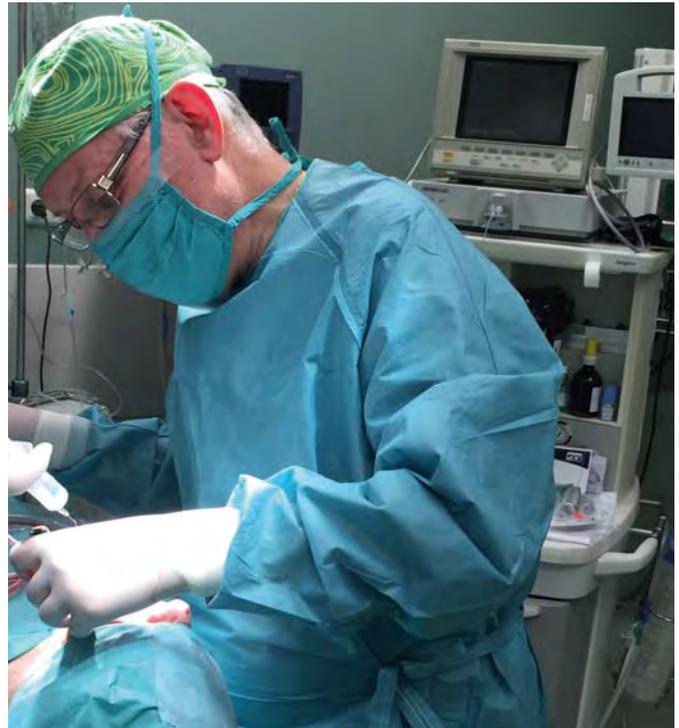
La digitalización puede aportar excelentes soluciones a la organización administrativa de la Clínica Dental, en la gestión de la documentación clínica (historia clínica, consentimientos informados, pruebas complementarias, etc.), también en el estudio de los pacientes (toma de impresiones de las arcadas dentarias, etc.) y en la aplicación de muchas técnicas quirúrgicas, especial-

mente en el campo de la implantología. Pero como he indicado anteriormente ésta ayuda se está sobrevalorando, por ejemplo, para hacer una cirugía periapical (legrado apical, apicectomía y obturación retrograda), yo no necesito una férula confeccionada con tecnología digital para saber dónde está el ápice del diente y la lesión apical que debo intervenir. Yo con una Tomografía Computarizada de Haz Cónico (TCHC) de la zona quirúrgica, ya sé cómo debo actuar para hacer una técnica correcta que me conduzca al éxito del tratamiento.

Hablar de implantología parece que está de moda y es muy rentable económicamente. ¿Qué otros tratamientos están siendo cada vez más demandados por los pacientes?

La cirugía implantológica, al igual que la cirugía periodontal forman parte de la Cirugía Bucal, pero hay muchos otros problemas en los que nuestra especialidad puede aportar la solución en las patologías que puede presentar el paciente. En primer lugar, debo destacar que la intervención quirúrgica más frecuente en Cirugía Bucal es la extracción de los terceros molares, molares de la cordura o cordales. En este campo, parece que ya está todo escrito y claro, y la verdad es que esto no es así, hay que seguir investigando para mejorar el estudio de los pacientes, esclarecer las indicaciones de los diferentes tratamientos, la mejora de la técnica quirúrgica por ejemplo con la inclusión de la ostectomía con puntas ultrasónicas o con el láser, el obtener una mejor calidad de vida en el postoperatorio con el uso del láser blando, el uso de medicamentos pre y postoperatorios, el uso de diferentes anestésicos y técnicas anestésicas, etc. En el campo de las inclusiones dentarias, hay muchos temas para esclarecer, el uso de diferentes técnicas quirúrgicas complementarias a la ortodoncia, como las fenestraciones dentarias submucosas con un colgajo de reposicionamiento apical, el uso de las corticotomías, etc.

Otra patología muy relevante es la prevención, control y tratamiento de las lesiones potencialmente malignas, en la que el cirujano bucal debe estar muy comprometido, por la relevancia que tiene la aparición de una neoplasia maligna en la cavidad oral. El cirujano bucal también debe atender a los pacientes con patología craneomandibular y los cuadros de dolor orofacial, en cuyo tratamiento debe participar, incluido en un equipo multidisciplinar e interdisciplinar, por ejemplo, efectuando los tratamientos de cirugía mínimamente invasiva (inyecciones intraarticulares, artrocentesis, etc.). Podríamos extendernos mucho más, ya que las atribuciones del cirujano bucal incluyen el diagnóstico y el tratamiento de muchas otras patologías: quistes maxilares, lesiones traumáticas dentarias y de los maxilares, cirugía preprotésica, infección odontogénica incluida la sinusitis, lesiones de las mucosas y los maxilares, etc.



En su opinión, ¿estamos hoy más cerca de ver en España la especialidad de Cirugía Bucal?

La verdad es que no estamos más cerca de ver reconocidas las especialidades odontológicas como la Cirugía Bucal, seguimos en la línea de salida. Para entender bien porqué estamos así, será bueno hacer un poco de historia. La Ley 10/1986 de 17 de marzo (BOE nº 68 de 20 de marzo de 1986), sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud bucodental, supuso el restablecimiento de la profesión de odontólogo de acuerdo con los criterios vigentes en los países de la Unión Europea (UE), igual como sucede en la inmensa mayoría de los países del mundo. La reinstauración de la Odontología se hizo de forma impuesta para entrar en la UE y todos los poderes fácticos del país: Universidades, Colegios profesionales y el Consejo General, Sociedades científicas, etc., estaban en contra de esta decisión del Gobierno de España. Estas entidades defendían la Estomatología instaurada tras el golpe de estado del General Franco, en la que los dentistas tenían que ser especialistas, tras terminar la Licenciatura en Medicina (médicos estomatólogos).

Han pasado 36 años desde la reinstauración de la Odontología en España y, para vergüenza de todos, aún no se han conseguido implementar las especialidades oficiales

Este proceso de desarrollo de la Odontología fue muy difícil y traumático porque los poderes fácticos influyeron con toda su fuerza para que la Odontología tuviera un “parto” lo más complicado posible y pusieron todo tipo de obstáculos para que no pudiéramos imponer un modelo de éxito. Un grupo reducido de profesores luchamos para que la Odontología naciera con todos sus derechos y deberes, pero tras 36 años, no se ha conseguido, ni que exista la especialidad oficial de Cirugía Bucal, aunque la Ley 10/86 ya reconocía que debería implementarse de acuerdo con las Directivas Comunitarias. La especialidad oficial de Cirugía Bucal existe en todos los países de la EU, excepto en España. Este dato ya deja claro en qué situación estamos y en la dificultad que existe para obtener el reconocimiento de la especialidad en España a pesar de los esfuerzos de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB).

El Comité Consultivo para la Formación de odontólogos elevó a la Comisión de las Comunidades Europeas (actual UE), la necesidad de regular las especialidades de la Odontología, dando lugar a la Directiva Odontológica 78/686/CEE de 25 de julio de 1978, que reconoce la Cirugía Bucal y la Ortodoncia como especialidades de la Odontología. El 20 de noviembre de 1985 el Comité para la Formación de odontólogos aprobó los campos de actividad y los programas de formación para que los odontólogos pudieran acceder a las dos especialidades de la Odontología (Directiva III/D/1374/5/84). Posteriormente se han publicado numerosas directivas, como por ejemplo las destinadas a facilitar el ejercicio del derecho de establecimiento y libre prestación de servicios en los países de la UE.

Han pasado 36 años desde la reinstauración de la Odontología en España y, para vergüenza de todos, aún no se han conseguido implementar las especialidades oficiales de la Odontología, porque los diferentes gobiernos de la nación no han prestado el más mínimo interés y porque los poderes fácticos antes nombrados han puesto todas las barreras imaginables, aunque la mayoría de las veces, de cara a la profesión, daban su apoyo, pero por detrás ponían todas las pegas posibles. El modelo que debe seguir la especialidad odontológica de Cirugía Bucal es la que marca la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y habrá que nombrar una comisión dependiente de los Ministerios de Sanidad y de Educación para crear la figura del Odontólogo Interno y Residente (OIR) que planteará todos los requisitos y controles que se deben seguir.

Debemos copiar y mejorar el sistema MIR (Médico Interno Residente), con un proceso de selección más justo y con menos peso de la capacidad memorística, que los centros que controlen la formación del OIR estén vinculados a una Facultad de Odontología que disponga de los medios docentes, de investigación y de actividad clínica que permita dar una formación completa, con un director (profesor ordinario de Cirugía Bucal) con un mínimo de 4 tramos de investigación y que al final de los 3 años de formación (uno de ellos podría ser troncal para todas las espe-



cialidades), se realice un examen nacional teórico-práctico para evaluar si se han alcanzado los objetivos previstos.

Podríamos también comentar otros temas que inquietan a la profesión, pero es muy cansino hablar de estos problemas porque hace muchos años que hablamos de ellos, pero no se obtiene ningún resultado positivo. La plétora de dentistas va camino de convertirse, por la cantidad de Universidades privadas que tienen estudios del Grado de Odontología, en algo que hará que pronto el taxista que utilizo para ir al aeropuerto tenga el título de dentista. La titularidad de las Clínicas Dentales debe ser de un profesional con el Grado de Odontología, y en el caso de clínicas propiedad de Mutuas o de empresas privadas (franquicias) deberían ser controladas de forma más estricta y tener un responsable titulado de la profesión. En estos centros debería evitarse que “esclavicen” a los jóvenes dentistas con sueldos mileuristas y sin tener autonomía para hacer el diagnóstico y los planes de tratamiento. La propaganda del área sanitaria es también una vergüenza, porque está llena de mentiras o medias verdades y ya pronto el éxito profesional dependerá del marketing agresivo que hacen las empresas que quieren convertir la Odontología en un negocio, cuando debería ser una profesión sanitaria de servicio a la comunidad, que permita también ganarse la vida dignamente a los profesionales. Qué triste futuro tendrán nuestros jóvenes dentistas. Podríamos enumerar mu-

Debemos copiar y mejorar el sistema MIR (Médico Interno Residente), con un proceso de selección más justo



chos otros problemas, pero creo que no vale la pena, porque esto es como “predicar en el desierto”, ya que no se resuelven porque nadie nos escucha y porque los profesionales no actúan con firmeza y luchan por sus derechos, los Colegios profesionales y el Consejo General se acomodan y los que luchan por la Odontología, no se sienten acompañados por la mayoría de los profesionales. Aunque es poco diplomático y con exceso de crueldad, lo único que podemos aspirar es a no ser destruidos por la “dictadura de la incompetencia”. Estamos en un país podrido por la corrupción generalizada y la incompetencia y sólo veo una solución que es volver a empezar desde cero y renacer con un país nuevo, justo, libre y con respeto a la cultura del esfuerzo y el trabajo bien hecho.

Usted como docente, clínico e investigador experimentado, tiene el reconocimiento de la profesión; un ejemplo es el homenaje que recibió en septiembre por parte de SECIB. ¿Cómo vive esta situación?

Siempre es agradable tener el reconocimiento de los compañeros de tu país, hecho que normalmente viene sesgado por temas personales.

Como fundador de la SECIB, creo tener el apoyo y reconocimiento por todo lo que he hecho, pagando un importante precio personal, por la Cirugía Bucal. Por este motivo les agradezco mucho que durante el XIX Congreso de la SECIB en Pamplona quieran hacerme un homenaje, aunque ellos ya saben que no me gustan mucho este tipo de actos. Con motivo de los 25 años de la creación de la SECIB, que se celebró en el Congreso de Sevilla del año 2019, se hizo un acto solemne en el que tuve ocasión de hacer una exposición sobre su historia y fue muy emocionante ver la respuesta de mis compañeros y amigos.

Finalmente quiero comentar que a principios de julio el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña (COEC) me entregó el premio Santa Apolonia 2022, la máxima distinción que otorga el COEC a sus colegiados en reconocimiento a su trayectoria profesional y en la defensa de la Odontología. La entrega de este premio fue muy emotiva y contó con la colaboración de la SECIB. La apertura la hizo el Prof. Dr. José Luis Gutiérrez Pérez (Catedrático de la Universidad de Sevilla y Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.) Tras esta conferencia el presidente del COEC, el Dr. German Pareja y el vicepresidente del COEC el Dr. Toni Gómez tomaron la palabra y me entregaron el premio Santa Apolonia. Finalmente hice una breve intervención para agradecer al COEC la concesión de este premio, a mi equipo de la UB, a la SECIB y a todos los amigos y compañeros asistentes al acto.

También disfruta de un alto reconocimiento a nivel internacional. ¿Qué nos puede contar?

Supongo que se refiere a la nueva edición (2022) del ranking de la Universidad de Stanford (EE. UU.) que destaca a los 10 investigadores españoles más influyentes de la Odontología.

Este ranking tiene muchos sesgos relevantes, que hacen que aporte unos datos parciales y discutibles, pero solo destacaré 2 consideraciones. En primer lugar, este ranking solo revisa una fuente de datos de las numerosas que existen, por lo que se supone que la información no es completa. Recuerden que en una revisión sistemática se debe incluir como mínimo la consulta de 3 fuentes de datos.

En segundo lugar, los profesionales que destacan en el TOP 10, tienen posiciones académicas y medios económicos muy diferentes, por ejemplo, el Dr. Eduardo Anitua es un empresario con una gran vocación docente e investigadora que dispone de unos medios económicos y de personal (tiene más de 50 empleados) muy diferente de los 9 restantes que somos todos catedráticos de Universidades públicas españolas. El Dr. Anitua ya sale muy destacado en el ranking de empresarios que tiene actividad investigadora. No debería salir en 2 rankings diferentes.

La dedicación de los 9 profesores universitarios es muy diferente porque unos están a tiempo completo con exclusividad a la Universidad y ejercen la profesión en una plaza vinculada con la sanidad pública, como el Dr. José Vicente Bagán y el Dr. Pedro Diz, pero la mayoría están con una dedicación a tiempo completo y ejercen en la práctica privada y solo quedo yo que estoy a tiempo parcial en la Universidad de Barcelona y tengo actividad asistencial privada (en la UB no se permite estar a tiempo completo y tener actividad asistencial privada). Este dato es muy importante porque mi dedicación horaria es mucho menor y el sueldo exactamente igual.

El salir en la 5ª posición en este prestigioso ranking no ha sido un objetivo personal, ya que como he comentado antes, mis publicaciones tienen un sesgo importante hacia la revista española Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal que suele estar entre el 2º y 3er cuartiles, en vez de dedicarme a publicar preferentemente en el primer cuartil, que influye mucho en la valoración de los investigadores.

Para finalizar. ¿Cuál es la clave para mantenerse siempre en primera línea?

Pues el trabajo constante, buscar siempre la excelencia y disponer de un equipo de “primera división”

Herpes Simple

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

Acude a las consultas de la Sección de Salud Bucodental una paciente de 22 años con unas lesiones vesiculosas, arracimadas, en la zona del borde bermellón del labio inferior (**figura 1**); la volvemos a ver al cabo de unos diez días, y dichas vesículas se han convertido en costras (**figura 2**). Es la presentación y evolución típica del herpes simple recidivante extraoral.

Pero este virus del herpes simple también tiene una presentación típica en los casos recidivantes intraorales (**figura 3**) en la mucosa palatina cercana al segundo premolar y primer molar. Aparecen múltiples lesiones vesiculosas, que se ulceran y tienden a coalescer (**figura 4**).

Estos casos que hemos visto son recidivas, extra e intraorales, pero todos tienen una primoinfección, la primera vez que el paciente se contagia de herpes; suele ocurrir en la niñez, de , pero en algunas ocasiones sucede en pacientes de más edad como éste: mujer de 25 años, que acude a las consultas de la Sección de Salud Bucodental con malestar general, febrícula y alguna adenopatía submandibular, con unos 4 o 5 días de evolución (**figuras 5, 6, 7 y 8**). En este caso observamos, aparte de los síntomas generales, vesículas por cualquier parte de la cavidad oral, y una característica afectación de la encía, por lo que se le llama Gingivoestomatitis herpética, y que puede servir de diagnóstico diferencial. El tratamiento es paliativo, excepto en los pacientes inmunodeprimidos que se administra aciclovir.



Figura 1.



Figura 4.



Figura 7.



Figura 2.



Figura 5.



Figura 8.



Figura 3.



Figura 6.



12,13 y 14 de octubre 2023

52
SEPEP
VLC 23

52º Congreso Anual en **Valencia**
Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

Ya somos digitales. Y ahora, ¿qué?



44 Reunión
Anual SEOP
Castellón 2023

del 11 al 13 de mayo

Palau de Congressos Castelló
Avinguda de Lledó, s/n 12003 (Castellón)



XII
CURSO DE INVIERNO
AEDE 2023

20 y 21 de enero
Colegio Oficial de Odontólogos
y Estomatólogos de la
Primera Región - COEM

Ponentes
Josette Camilleri
Giampiero Rossi-Fedele

cursodeinvierno.aede.info

Este año,
el doble de
formación

V REUNIÓN
de INVIERNO
17 y 18 marzo 2023
Formigal, Huesca



Sociedad Española de Láser y
Fototerapia en Odontología



Información e inscripciones:
www.secibonline.com

Análisis comparativo de la calidad de vida oral de pacientes con prótesis mucosoportada versus prótesis implantosoportada

Ramos Seisdedos J, Alobera Gracia MA, del Canto Pingarrón M
Máster en Cirugía Bucal, Implantología y Periodoncia de la Universidad de León

Palabras clave: "OHRQoL", "OHIP", "OHIP 20", "OHIP 14", "QoLIP-10", "clinical research", "edentulous mandible", "edentulous maxilla", "fixed implant prosthesis", "implant, overdenture", "patient satisfaction".

RESUMEN

Introducción: La pérdida dentaria es una patología frecuente, causada por traumatismo, enfermedad periodontal y/o caries. Los implantes dentales son una solución que aporta al paciente una elevada Calidad de Vida Oral (OHRQoL). Es difícil saber que clase de rehabilitación aportará una mayor OHRQoL al paciente.

Objetivo: Evaluar si existen o no diferencias significativas entre la dentición natural, las prótesis completas convencionales mucosoportadas y varios tipos de prótesis sobre implantes. El objetivo secundario será conocer que tipo de restauración será más adecuada y confortable dependiendo del perfil y situación clínica de cada paciente.

Material y método: Se realizó una búsqueda electrónica en MEDLINE para identificar los artículos relacionados con la OHRQoL. Se utilizaron PUBMED y Ovid como motores de búsqueda. Los criterios de inclusión fueron: publicaciones de las revistas indexadas a JCR cuyo idioma fuera inglés o castellano y con una antigüedad igual o menor a los 8 años. El criterio de exclusión fue artículos tipo case report.

Resultados y Discusión: Se emplearon 4 Estudios de Casos y Controles, 2 Estudios de Cohorte, 2 Estudios Transversales, 1 Estudio Prospectivo y 2 Revisiones Bibliográficas. Todas las rehabilitaciones orales obtuvieron excelentes resultados de OHRQoL, similares a la dentición propia.

Conclusiones: Las sobredentaduras, prótesis híbridas y prótesis completas fijas mejoran significativamente la OHRQoL de los pacientes tratados con ellas. No hay diferencias significativas entre los distintos tipos de rehabilitación, aunque son necesarios más estudios. La elección del tipo de restauración estará determinada por la disponibilidad ósea, situación económica y expectativas del paciente.

ABSTRACT

Introduction: Tooth loss is a frequent pathology, caused by trauma, periodontal disease and/or caries. Dental implants are a solution that provides the patient with a high Oral Quality of Life (OHRQoL). It is difficult to know what kind of rehabilitation will provide the highest OHRQoL to the patient.

Objective: To assess if there are significant differences between natural dentition, conventional full mucosa-supported prostheses and various types of implant prostheses. The secondary objective will be to know the type of restoration will be more adequate and comfortable according to the profile and clinical situation of each patient.

Material and method: An electronic search was carried out in MEDLINE to identify the articles related to the OHRQoL. It will be used by PUBMED and Ovid as search engines. The inclusion criteria were: publications of the journals indexed to JCR whose language was other than English or Spanish and with an antiquity equal to or less than 8 years. Case report was the exclusion criterion.

Results and Discussion: 4 Case-Control Studies, 2 Cohort Studies, 2 Cross-Sectional Studies, 1 Prospective Study and 2 Bibliographic Reviews were used. All oral restorations obtained excellent OHRQoL results, very similar to the proper dentition.

Conclusions: Overdentures, hybrid prostheses and fixed complete prostheses significantly improve the OHRQoL of patients treated with them. There are no significant differences between the different types of rehabilitation, although more studies are needed in this regard. The choice of the type of restoration will be determined by bone availability, financial situation and expectations of the patient.

Introducción

La pérdida dentaria es una patología frecuente, con una elevada tasa de morbilidad, y es debida a caries, enfermedad periodontal y/o a traumatismo. Una de las soluciones más demandadas por el paciente son los implantes dentales. Basados en el concepto de osteointegración, descrito por el profesor Branemark en 1952, no sería hasta el año 1965 cuando realizó la primera sobredentadura mandibular exponiendo, de manera precisa, la técnica.^(1, 2, 3)

La Implantología ha evolucionado en los últimos 50 años, aportando tasas de éxito cada vez mayores, al igual que la prótesis sobre implantes. Dicha prótesis, ya sea fija o removible, va anclada al tejido óseo por implantes dentales y rehabilita la función y la estética perdida en el área bucofacial. Dentro de la prótesis fija encontramos coronas, puentes, restauraciones complejas y prótesis híbridas, las cuales son atornilladas y usualmente están fabricadas con acrílico. Por otro lado, en las prótesis completas removibles sobre implantes, tenemos las sobredentaduras implantosoportadas, implantorretenidas y de soporte mixto.^(1, 2, 4, 5, 6, 7)

Muchas personas desdentadas no pueden hacer frente a los impedimentos de las dentaduras postizas; de ahí que los implantes dentales se hayan convertido en una herramienta imprescindible para el dentista.⁽¹⁾

Sin embargo, la terapia con implantes no se ha considerado un sustituto de las prótesis fijas y removibles. Los implantes pueden presentar fallos biológicos, mecánicos, iatrogénicos o relacionados con el paciente. El éxito de la terapia con implantes depende al máximo del estado de salud de la mucosa periimplantaria. La acumulación de placa conduce al inicio de la gingivitis alrededor de los dientes naturales y los implantes dentales, ya que puede inducir una reacción inflamatoria en la mucosa gingival y alveolar. Si no se trata, se produce la reabsorción del hueso subyacente, es decir, periodontitis alrededor de los dientes naturales y periimplantitis alrededor de los implantes dentales.^(1, 6, 8)

En lo referente a la satisfacción del paciente, un punto fundamental es la Calidad de Vida Oral (OHRQoL). Definida como “la percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como en lo que se refiere a los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto socio-cultural.”, de ella influyen factores tan diversos como las patologías existentes, los dientes perdidos, la edad del paciente, la dieta y otros de carácter cultural, psicológico y social. Estudios repetidos han demostrado que las asociaciones entre las

medidas objetivas de la enfermedad dental y las opiniones del paciente sobre el estado de la higiene bucal son débiles. La necesidad de desarrollar un paradigma que abarque la naturaleza multidimensional de la salud bucal y la importancia de las percepciones de los pacientes sobre las afecciones bucales y el tratamiento dental ha sido ampliamente reconocida. Para su medición, se han desarrollado diversos cuestionarios como el Oral Health Impact Profile (OHIP) basado en un total de 49 preguntas, el OHIP 20, que acorta el OHIP en 20 preguntas, el OHIP 14, que acorta el OHIP en 14 preguntas, o el QoLIP 10, específico para rehabilitaciones sobre implantes.^(4, 6, 9)

Los pacientes generalmente prefieren una prótesis fija en lugar de una removible.

Sin embargo, muchos profesionales encuentran dificultades para rehabilitar con prótesis fija completa. Factores que incluyen la falta de soporte para los labios, dificultades en el habla, mala higiene bucal y exceso de cantiléver.⁽⁴⁾

Las prótesis fijas sobre implantes son similares a la dentición natural en términos de funcionalidad y calidad de vida y se puede utilizar cualquier índice genérico para evaluar su efecto sobre la OHRQoL. Sin embargo, las sobredentaduras sobre implantes y las prótesis híbridas sobre implantes fijos difieren sustancialmente en su forma, principios de construcción y biomecánica, lo que puede afectar en cierta medida al bienestar del paciente, requiriendo indicadores específicos de OHRQoL.^(6, 10)

OBJETIVO

El objetivo primario de este Trabajo de Fin de Máster será evaluar si existen o no diferencias significativas entre la dentición natural, las prótesis completas convencionales mucosoportadas y varios tipos de prótesis sobre implantes.

El objetivo secundario será conocer que tipo de restauración será más adecuada y confortable dependiendo del perfil y situación clínica de cada paciente. Para ello, se usarán diferentes cuestionarios para medir el OHRQoL.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda sistematizada del año 2013 al 2021. La búsqueda se realizó en MEDLINE, para identificar los artículos relacionados con la OHRQoL.

Se utilizaron PUBMED y Ovid como motores de búsqueda.

Para realizar nuestra búsqueda utilizamos una serie de palabras clave, las principales fueron: "OHRQoL", "OHIP 49", "OHIP 20", "OHIP 14", "QoLIP 10". Otras palabras utilizadas fueron "clinical research", "edentulous mandible", "edentulous maxilla", "fixed implant prosthesis", "implant, overdenture", "patient satisfaction".

Los criterios de inclusión fueron: publicaciones de las revistas indexadas a JCR cuyo idioma fuera inglés o castellano y con una antigüedad igual o menor a los 8 años.

El criterio de exclusión usado fue artículos tipo *case report*.

La primera selección de los artículos se realizó leyendo el título del artículo y el abstract.

En la primera búsqueda se encontraron un total de 1732 artículos. Después de la revisión del título se descartaron 1656 artículos. Tras la lectura del abstract, se rechazan un total de 37 artículos, por no coincidir con el tema a tratar.

De los 39 artículos restantes, se descartaron 28 artículos por los siguientes motivos: 7 *Case Report*, 8 Revisiones Bibliográficas que no usaban todos los artículos encontrados, 15 artículos repetidos tras utilizar diferentes palabras clave y 9 artículos estaban publicados hace más de 8 años.

En total han sido 11 los artículos usados para este trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla de resultados que se presenta en el Anexo 2 recogemos los principales datos extraídos de nuestros artículos incluidos en la revisión.

OHIP 49, OHIP 20, OHIP 14 Y QoLIP 10 fueron los cuestionarios utilizados para medir la OHRQoL. Un ejemplo de un cuestionario OHIP 49 puede encontrarse en el **Anexo 3**.

SOBREDENTADURA

Sobredentadura (locator vs barra)

El estudio de Kuoppala R et al. mostró unos valores elevados de OHRQoL en pacientes tratados con sobredentaduras en mandíbula, independientemente del tipo de retenedor utilizado. Se apreció una menor pérdida de hueso alrededor de los implantes del grupo de barra.⁽⁷⁾

Sin embargo, el estudio de Bouhy A et al. llega a la conclusión de que la tasa de supervivencia del implante observada fue menor

que la descrita en la literatura para el maxilar superior con implantes conectados con barras.⁽⁵⁾

A pesar de ello, esta opción de tratamiento para el maxilar edéntulo parece cumplir con las expectativas del paciente y mejora la calidad de vida.⁽⁵⁾

Sobredentadura vs Prótesis Completa Fija

Kusumoto Y et al. analizaron la OHRQoL en pacientes con sobredentaduras y con prótesis completas fijas usando el cuestionario OHIP 49. Los resultados fueron muy similares, salvo por la función masticatoria percibida; siendo superiores las prótesis completas fijas.⁽⁴⁾

Sobredentadura vs Prótesis Completa Mucosoportada

Kutkut A, et al. compararon la OHRQoL de pacientes portadores de prótesis completas mucosoportadas y pacientes con sobredentaduras. La revisión sistemática mostró resultados significativamente mejores en los pacientes tratados en mandíbula con sobredentadura frente a los pacientes tratados con prótesis mucosoportada. Siguiendo la misma línea de investigación, Zhang L, et al. obtuvieron resultados similares a los de Ahmad Kutkut y su equipo, aunque insisten en la necesidad de realizar más estudios.^(3,11)

PRÓTESIS HÍBRIDA

Prótesis Híbrida vs Prótesis Completa Fija

Preciado A, et al. encontraron que las restauraciones de implantes atornilladas son superiores a las prótesis híbridas fijas-desmontables en términos de la estética y funcionalidad auto-percibidas de los pacientes. Ambos tipos de restauración obtuvieron resultados elevados de OHRQoL.⁽¹⁰⁾

Prótesis Híbrida vs Sobredentadura

Preciado A, et al. en un artículo que validaba el uso del cuestionario QoLIP 10, llegaron a la conclusión de que las prótesis híbridas son la opción de tratamiento más predecible para mejorar la satisfacción del paciente, en términos de dolor oral y funcionalidad masticatoria, en comparación con las sobredentaduras. Las dos obtuvieron elevados valores de OHRQoL.⁽⁶⁾

Prótesis Híbrida vs Prótesis Completa Mucosoportada

Preciado A, et al. en un artículo que validaba el uso del cuestionario QoLIP 10, llegaron a la conclusión de que las prótesis híbridas son la opción de tratamiento más predecible para mejorar la satisfacción del paciente en términos de dolor oral y funcionalidad masticatoria en comparación con las prótesis completas mucosoportadas.⁽⁶⁾

PRÓTESIS COMPLETA FIJA

Prótesis Completa Fija vs Dientes Naturales

Filius MAP *et al.* en su estudio, llegan a la conclusión de que la puntuación obtenida en el cuestionario OHIP 49 es prácticamente igual en ambos grupos de pacientes. Se encontró mayor retención de alimento en aquellos pacientes rehabilitados con prótesis fija, debido en gran medida a la pérdida de papilas dentales. La conclusión final fue que las prótesis completas fijas mejoran la calidad de vida oral y la satisfacción del paciente con respecto a la apariencia dental, la capacidad de masticar y el habla.⁽⁹⁾

IMPLANTE

Implante vs Diente Natural

El artículo de Alzarea BK, muestra que el índice medio de placa alrededor de los dientes naturales fue mayor en comparación con los implantes y fue estadísticamente significativo. Se encontró que el nivel medio de inserción al sondaje y la profundidad media de la bolsa alrededor de los dientes naturales y las superficies del implante no eran estadísticamente significativas. El cuestionario OHIP 14 reveló que los pacientes con implantes dentales estaban satisfechos con su OHRQoL.⁽¹⁾

Son pocos los artículos que tienen en cuenta las secuelas de un implante en una situación desfavorable, Gargallo-Albiol J *et al.* diseñaron un estudio transversal para arrojar luz sobre las secuelas clínicas y la satisfacción del paciente después de la

extracción del implante dental (RI). Se analizaron 31 pacientes con 45 implantes.⁽⁸⁾

La periimplantitis fue el principal motivo de RI (64,5%). El tiempo medio de supervivencia del implante antes de la RI fue de 120,3 ± 88,2 meses. Los signos de infección (51,7%) y sangrado al sondaje (37,5%), fueron signos comunes detectados en el momento de la RI.

La regeneración ósea guiada fue la intervención más comúnmente aplicada simultáneamente a la RI (74,1%). El grado de satisfacción informado fue alto y la puntuación general del OHIP-14 fue baja. Sin embargo, se registró una cierta reticencia del paciente a someterse a una futura colocación de implantes en la misma clínica o con el mismo profesional, y se observó un aumento estadísticamente significativo en la adherencia a la rutina de mantenimiento del implante después de la RI.⁽⁸⁾

CONCLUSIONES

Las sobredentaduras, prótesis híbridas y prótesis completas fijas mejoran significativamente la OHRQoL de los pacientes tratados con ellas. No hay diferencias significativas entre los distintos tipos de rehabilitación, aunque son necesarios más estudios en este aspecto.

La elección del tipo de restauración estará determinada por la disponibilidad ósea, situación económica y expectativas del paciente.

ANEXOS

ANEXO 1

AUTORES	AÑO	DISEÑO	TIPO DE CUESTIONARIO	RESULTADOS ESTUDIO	Nº ESTUDIOS/Nº PARTICIPANTES
Preciado A, et al 6	2013	Estudio de casos y controles	QoLIP 10	El índice QoLIP-10 confirmó su capacidad psicométrica para evaluar la OHRQoL de los portadores de sobredentaduras sobre implantes y prótesis híbridas. En general, los participantes estaban satisfechos con su boca y las restauraciones con implantes.	152 PARTICIPANTES
Nutbut A, et al 3	2018	Revisión Sistemática	OHIP 49,20,14	Los resultados de esta revisión sistemática indican la superioridad de los IOD (sobredentaduras) retenidos por dos implantes mandibulares no ferulizados en comparación con los CCD (prótesis convencionales) en cuanto a eficacia, satisfacción y calidad de vida.	26 ESTUDIOS
Zhang L, et al 11	2017	Revisión Sistemática	OHIP 49,20,14	En cuanto a la mandíbula edéntica, los pacientes se beneficiaron más de la IOD con 2 implantes, según lo determinado por las puntuaciones OHRQoL. Teniendo en cuenta las diferencias entre cada dominio del cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP) y la falta de rendimiento a largo plazo, es necesario diseñar más ensayos de control aleatorios con tamaños de muestra suficientes para investigar el rendimiento a largo plazo después del tratamiento.	5 ESTUDIOS
Preciado A, et al 6	2013	Estudio de casos y controles	QoLIP 10, OHIP 14	Las restauraciones con implantes atomillados proporcionan una mejor calidad de vida de las personas (OHRQoL) que las prótesis híbridas fijas-desprendibles.	131 PARTICIPANTES

ANEXO 2

AUTORES	AÑO	DISEÑO	TIPO DE CUESTIONARIO	RESULTADOS ESTUDIO	Nº ESTUDIOS/Nº PARTICIPANTES
Boven GC, et al. 2	2019	Estudio de cohorte	OHIP 49	Se compararon las sobredentaduras maxilares de cuatro implantes retenidos por barras o localizadores. La pérdida ósea estuvo dentro de un rango aceptable para ambos grupos después de 1 año. Sin embargo, se perdió menos hueso en el grupo de barra. Aunque ambas opciones de tratamiento mejoraron la satisfacción del paciente, las barras parecen ser particularmente beneficiosas con respecto a la puntuación total de OHIP-49.	50 PARTICIPANTES
Kusumoto Y, et al. 4	2020	Estudio transversal	OHIP 49	Nuestros resultados sugirieron que los pacientes rehabilitados con sobredentadura (OD) exhibieron una OHRQoL comparable a aquellos con prótesis completa fija (IFCD), con la excepción de la función masticatoria percibida.	72 PARTICIPANTES
Filius MAP, et al. 9	2018	Estudio de cohorte	OHIP 49	El tratamiento con prótesis fija basada en implantes mejora la calidad de vida saludable y la satisfacción con la apariencia dental, la capacidad para masticar y hablar, sin afectar el estado de salud general.	25 PARTICIPANTES
Bouhy A, et al. 5	2020	Estudio prospectivo	OHIP 20	La tasa de supervivencia del implante fue menor en comparación con la literatura para el maxilar superior. A pesar de los problemas encontrados, las PROM (medidas de resultado informadas por el paciente) mostraron una mejora significativa con la sobredentadura del implante retenida por 4 implantes sin ferulizar en comparación con las dentaduras convencionales.	30 PARTICIPANTES
Aizarea BK 1	2016	Estudio de casos y controles	OHIP 14	Existen condiciones inflamatorias similares tanto alrededor de los dientes naturales como de las prótesis de implantes, como lo sugieren los resultados del índice medio de placa, el sangrado medio al sondeaje, la profundidad media de la bolsa y el nivel medio de inserción del sondaje.	92 PARTICIPANTES
Kuoppala R, et al 7	2013	Estudio de casos y controles	OHIP 14	Especialmente los pacientes mayores con sobredentaduras soportadas por implantes mandibulares estaban satisfechos con su calidad de vida relacionada con la salud bucal. El tipo de fijación o el número de implantes de soporte no tuvo una influencia significativa en la calidad de vida relacionada con la salud bucal.	112 PARTICIPANTES
Gargallo-Albiol L, et al 8	2021	Estudio transversal	OHIP 14	La periimplantitis es la principal causa de Remoción del Implante (RI). La regeneración ósea guiada se aplica comúnmente para atenuar las secuelas clínicas de la RI. No obstante, la RI no parece afectar la satisfacción de los pacientes ni su calidad de vida aunque se informó de cierta reitencia de los pacientes a someterse a la colocación de implantes en el futuro en la misma clínica o con el mismo profesional.	31 PARTICIPANTES

ANEXO 3

OHIP item ¹⁴	Domain	49 Items		20 Items		19 Items		14 Items		5 Items		Dimension according to factor-analytic studies ^{15,16}				
		Construct	Dimension	Construct	Dimension	Construct	Dimension	Construct	Dimension	Construct	Dimension	F ¹⁷	P ¹⁸	A ¹⁹	PI ²⁰	
1. Difficulty chewing	Functional Limitation	2. Trouble pronouncing words														
3. Noticed tooth which doesn't look right																
4. Appearance affected																
5. Breath stale																
6. Taste worse																
7. Food catching																
8. Digestion worse																
9. Denture not fitting																
10. Painful aching		Physical Pain	11. Sore jaw													
12. Headaches																
13. Sensitive teeth																
14. Toothache																
15. Painful gums																
16. Uncomfortable to eat																
17. Sore spots																
18. Uncomfortable dentures																
19. Worried	Psychological Discomfort	20. Self-conscious														
21. Miserable																
22. Uncomfortable about appearance																
23. Tense																
24. Speech unclear	Physical Disability	25. Others misunderstood														
26. Less flavor in food																
27. Unable to brush teeth																
28. Avoid eating																
29. Diet unsatisfactory																
30. Unable to eat with dentures																
31. Avoid smiling																
32. Interrupt meals	Psychological Disability	33. Sleep interrupted														
34. Upset																
35. Difficult to relax																
36. Depressed																
37. Concentration affected																
38. Been embarrassed																
39. Avoid going out	Social Disability	40. Less tolerant of others														
41. Trouble getting on with others																
42. Irritable with others																
43. Difficulty doing jobs																
44. Health worsened	Handicap	45. Financial loss														
46. Unable to enjoy people's company																
47. Life unsatisfying																
48. Unable to function																
49. Unable to work																

BIBLIOGRAFÍA

1. Alzarea BK. Assessment and Evaluation of Quality of Life (OHRQoL) of Patients with Dental Implants Using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) - A Clinical Study. *J Clin Diagn Res.* 2016 Apr;10(4):ZC57-60.
2. Boven GC, Meijer HJA, Vissink A, Raghoobar GM. Maxillary implant overdentures retained by use of bars or locator attachments: 1-year findings from a randomized controlled trial. *J Prosthodont Res.* 2020 Jan;64(1):26-33.
3. Kutkut A, Bertoli E, Frazer R, Pinto-Sinai G, Fuentealba Hidalgo R, Studts J. A systematic review of studies comparing conventional complete denture and implant retained overdenture. *J Prosthodont Res.* 2018 Jan;62(1):1-9.
4. Kusumoto Y, Tanaka J, Miyoshi K, Higuchi D, Sato Y, Baba K. Impact of implant superstructure type on oral health-related quality of life in edentulous patients. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2020 Jun;22(3):319-324.
5. Bouhy A, Rompen E, Lamy M, Legros C, Lecloux G, Lambert F. Maxillary implant overdenture retained by four unsplinted attachments and opposed by a natural or fixed dentition: One-year clinical outcomes. *Clin Oral Implants Res.* 2020 Aug;31(8):747-767.
6. Preciado A, Del Río J, Lynch CD, Castillo-Oyagüe R. A new, short, specific questionnaire (QoLIP-10) for evaluating the oral health-related quality of life of implant-retained overdenture and hybrid prosthesis wearers. *J Dent.* 2013 Sep;41(9):753-63.
7. Kuoppala R, Näpänkangas R, Raustia A. Quality of Life of Patients Treated With Implant-Supported Mandibular Overdentures Evaluated With the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): a Survey of 58 Patients. *J Oral Maxillofac Res.* 2013 Jul 1;4(2):e4.
8. Gargallo-Albiol J, Tavelli L, Barootchi S, Monje A, Wang HL. Clinical sequelae and patients' perception of dental implant removal: A cross-sectional study. *J Periodontol.* 2021 Jun;92(6):823-832.
9. Filius MAP, Vissink A, Cune MS, Raghoobar GM, Visser A. Effect of implant therapy on oral health-related quality of life (OHIP-49), health status (SF-36), and satisfaction of patients with several agenetic teeth: Prospective cohort study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2018 Aug;20(4):592-597.
10. Preciado A, Del Río J, Lynch CD, Castillo-Oyagüe R. Impact of various screwed implant prostheses on oral health-related quality of life as measured with the QoLIP-10 and OHIP-14 scales: a cross-sectional study. *J Dent.* 2013 Dec;41(12):1196-207.
11. Zhang L, Lyu C, Shang Z, Niu A, Liang X. Quality of Life of Implant-Supported Overdenture and Conventional Complete Denture in Restoring the Edentulous Mandible: A Systematic Review. *Implant Dent.* 2017 Dec;26(6):945-950.

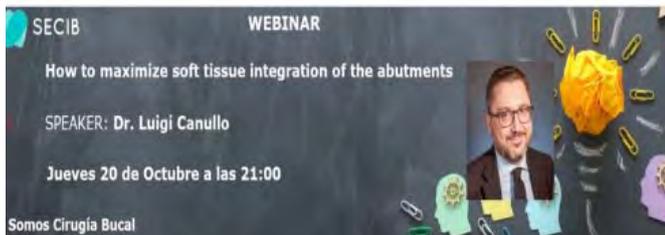


Nuevo Paradigma. Espacio biológico en cuatro dimensiones, la clave del éxito

Dr. A. de Juan Galindez



El 20 de octubre se realizó la primera webinar del ciclo de **“SECIB Formación”** del formato **“on line”** programadas para este último trimestre de 2022. En este caso el **Dr. Luigi Canullo**, habló sobre los factores que influyen en la mejora de la integración de los tejidos blandos sobre los pilares de los implantes dentales.



El Dr. Luigi Canullo se graduó en la Universidad de Roma “La Sapienza” en 1994, realizó su doctorado en la Universidad de Bonn (Alemania) y es ponente internacional autor de más de 100 artículos publicados sobre Implantología Oral.

Explicó y mostró como en la literatura científica publicada se ha demostrado que las interacciones entre los tejidos blandos y el pilar de un implante están mediadas por las características histológicas del tejido, así como las características del material del pilar. Sin embargo, analizando en detalle la adaptación de los tejidos blandos al pilar, mostró que existen factores adicionales que parecen afectar a esta relación y su integridad. Donde los eventos y patrones inflamatorios regenerativos juegan un importante papel. Mostrando en esta línea que **“el flujo de trabajo protésico”** influye en estos patrones de curación de los tejidos blandos, afectando a su integridad.

Explicó que las características de la superficie del pilar podrían resumirse didácticamente en términos macro, micro y nano estructura. Defendió que una macromorfología más estrecha del pilar se ha asociado con un mejor mantenimiento del nivel óseo de la cresta alveolar y mejores resultados en cuanto a la estabilidad de tejidos mucogingivales circundantes en términos salud que conlleva mejoras en cuanto a aspectos estéticos. Así mismo, se ha demostrado que las microsuperficies moderadamente rugosas mejoran la adhesión conectiva/metálica, así como superficies más hidrofílicas y descontaminadas. Finalmente explicó que, en un ambiente contaminado microbiológicamente como la

cavidad bucal, la colonización microbiológica de la superficie del pilar influye en la interacción tejido blando/cuerpo extraño.

Interesante presentación del Dr. Luigi Canullo, exposición didáctica.

Mostrando la importancia no solo del diseño de los elementos que usamos como implantes, pilares transepiteliales para estructuras atornilladas o cementadas unitarias o múltiples, se indicó la necesidad de poner atención en otros aspectos y factores más cotidianos. Como las manipulaciones de estos elementos en las pruebas clínicas en los distintos flujos de trabajo, así como la estrategia en los mismos, donde el clínico tiene gran influencia... Donde el manejo y respeto a los tejidos, teniendo en cuenta el medio que nos movemos, debe ser de una exquisitez máxima, tanto en sectores anteriores, así como en posteriores. A fin de preservar integridad y estabilidad del tejido periimplantario en tanto tejidos blandos como tejidos duros y poder evitar los factores que desembocan en la tan temida “perimplantitis”.

Aquí se muestra el cambio de enfoque, una vez que por el tratamiento de las distintas superficies del implante se ha “superado” la velocidad y calidad del proceso de osteointegración, una vez modificada la geometría de implantes para conseguir la estabilidad necesaria para permitir la carga inmediata. La siguiente “frontera” o “reto” es el mantenimiento en el tiempo de todo lo conseguido en la fase precoz. Para ello parece clave esta zona cervical de este complejo rehabilitador. La zona en que se unen el implante, el pilar transepitelial, la corona por un lado y su correspondencia biológica, el tejido óseo (esponjoso, compacto y periostio) tejido conectivo y mucosa/encía. Es decir, el llamado “espacio biológico” y su relación con estos elementos mecánicos.

Autores, entre otros, del nivel de **Berglund y Lindh** en sus series estadísticas. **Linkevicius** con “Zero bon lost concepts” entre otras aportaciones. Pablo Galindo en sus trabajos y presentaciones, como fue el caso de su ponencia en **SECIB Pamplona 2022** y **Miguel Padial** en su webinar del 26 de mayo 2022 en **SECIB Formación on Line** en defensa de la altura del pilar de transepitelial por encima de 2 mm. **Asier Eguia** en el BTIday de este año 2022 en su presentación abogando por “crear espacio para el tejido insertado”.

SECIB

Dra. Miguel Padial
Universidad de Granada

La prótesis como factor generador de perimplantitis

Día: Jueves 26 de Mayo
Horario: 21:00
Formato: Online

INSCRIPCIONES ABIERTAS



Las importantes aportaciones de la industria como **Astra Tech Implant System** con el concepto de reducción de plataforma y el pilar transepitelial recto. **Dentsply Sirona** con el Sistema de personalización de pilares Atlantis. **Zimmer Biomet** con el concepto Encode. **Ticare** con el concepto "Gap Cero"...

Todos, con distintas aportaciones y algunos conjuntando varias de ellas, "caminan" en esa dirección. Conseguir la estabilización en salud del tejido de "tapiz" mucosal, alrededor de esta rehabilitación, que podríamos denominar "Espacio Biológico". A saber: epitelio, tejido conectivo/conjuntivo e incluiría el periostio, frontera del tejido óseo. Que, a todas luces, esta estabilidad en salud es la clave del éxito en el tiempo de este tipo de rehabilitaciones.

Por eso el Clínico, al afrontar este tipo de rehabilitación implanto soportadas, debe coger todos estos aspectos, conjuntarlos y desarrollar una estrategia de tratamiento que le permita garantizar un pronóstico de estabilidad a largo plazo fiable y predecible. Y a parte de otros factores del paciente como antecedentes generales y/o locales en cuanto a oclusión etc. Pensar en cómo mantener el "espacio biológico".

Para lo cual se debe pensar este "Espacio Biológico" en **Cuatro dimensiones**.

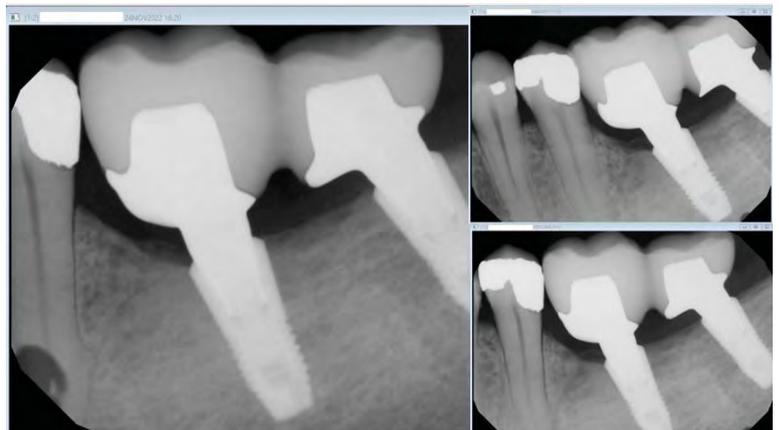
- Altura del tejido
- Anchura del tejido
- Grosor del Tejido
- Tiempo Biológico

Aun diría más, no debemos olvidarnos en el medio que estamos, es decir en la boca ... y aquí existe otro elemento que puede jugar a nuestro favor y que diferencia de otras zonas donde se utilizan este tipo de "fijaciones esqueléticas externas", a saber: la **SALIVA**.

Y, por último, no olvidemos que el problema, a mi juicio, mal llamado "Perimplantitis" o "Enfermedad perimplantaria". Se produce porque un profesional en ciencias de la salud inserta un elemento mecánico extraño en un paciente. Es decir que, si empiezan los problemas de inflamación de los tejidos alrededor de la rehabilitación o Mucositis, con pérdida de soporte óseo y contaminación bacteriana y micótica entre otras especies, es un proceso YATROGENICO, es así por definición. Lo que no se debe ser es NEGLIGENTE. Ahí lo dejo.



Rehabilitación en un paciente de tramo edéntulo posterior inferior según estos conceptos en 2016.



Serie radiográfica de la evolución entre los años 2016, 2017 y 2022.

Nicolás Monardes y las medicinas de uso estomatológico traídas de las Indias occidentales



AUTOR:

Javier Sanz
Académico de Número.
Real Academia Nacional
de Medicina de España

El descubrimiento del Nuevo Continente en 1492 supuso un revulsivo en el ámbito mundial. Europa sabía ahora de un ignoto territorio, así como del régimen de vida de sus habitantes con las informaciones que llegaban del otro lado del Atlántico. España fue testigo principal de cuanto se traía físicamente, desconocido hasta la fecha, y entre tantas informaciones llegaron las de nuevas plantas que allá se usaban en el tratamiento de enfermedades humanas, como eran los remedios botánicos, cuyo valor fue analizado y experimentado posteriormente por los estudiosos no hay españoles sino europeos. Muchas de estas plantas venían usándose allá en padecimientos del territorio estomatológico, con lo cual, al menos en teoría, se enriquecía el catálogo terapéutico que posteriormente tendría que depurarse y aquilatarse.

Nicolás Bautista Monardes y Afaro.

Nicolás Monardes es una figura bien estudiada de la medicina española¹, tanto en su biografía como su atractiva e interesante obra escrita. Nacido hacia 1493 en Sevilla, estudió en la Universidad de Alcalá de Henares, graduándose de bachiller en Medicina en 1533, regresando a su patria chica donde trabajaría durante dos o tres años con uno de los más prestigiosos galenos de la ciudad, García Pérez Morales, con cuya hija, Catalina de Morales, casó en 1536. En 1547 se doctoró en el Colegio de Santa María de Sevilla, donde era catedrático de Prima su suegro y en esta ciudad permaneció hasta su muerte.

Ejerció con fama su profesión, pero también se embarcó en negocios como el comercio de materias, no sólo plantas, medicinales y, también, en el comercio de esclavos, si bien llegó a arruinarse y para evitar el encarcelamiento por deudas se recluyó en el monasterio de Regina Coeli, del que salió sólo cuando logró un acuerdo con sus acreedores. Tras una prolongada actividad, falleció el 10 de octubre de 1588. En el testamento, depositado ese mismo año, se comprueba la abultada herencia que dejaba a su hija Jerónima, con quien decidió vivir tras la muerte de su esposa -acaecida en 1577-, lo que parece demostrar su recuperación económica.



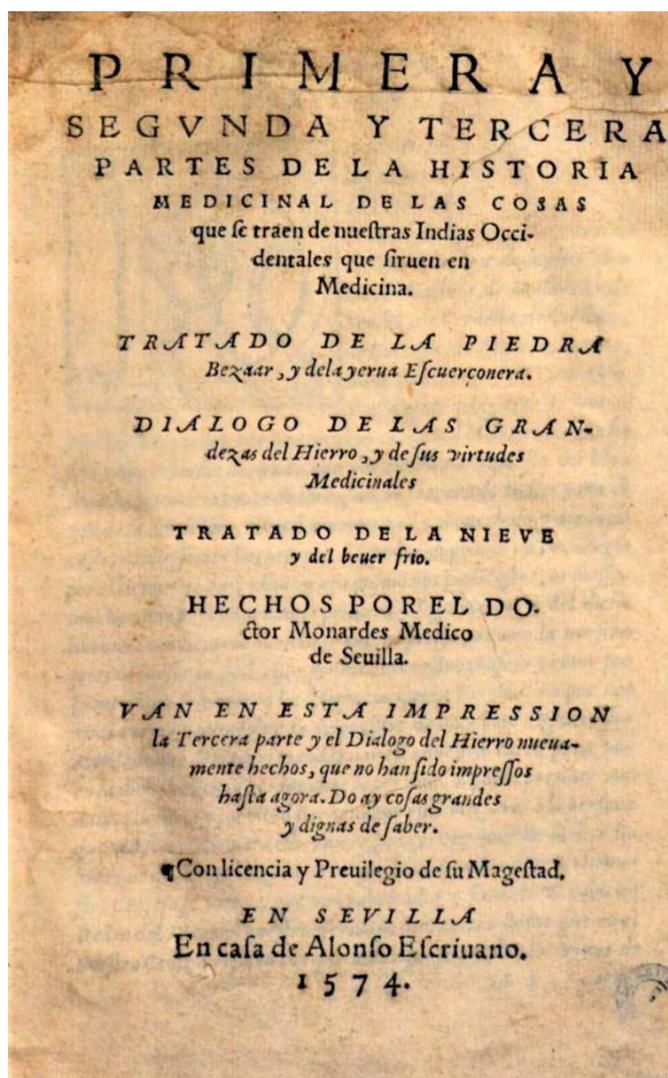
Retrato de Nicolás Monardes, a la edad de 57 años.

Dio a la imprenta varias obras previas a la que nos ocupa, con el plus de las muchas horas dedicadas al estudio de la naturaleza, pues, además, estuvo relacionado con los jardines sevillanos de Gonzalo Argote de Molina y de Simón de Tovar, si bien en el huerto de su casa cultivó plantas llegadas de América. Describió, según el erudito Francisco Guerra, varias especies, como el cardo santo, la jalapa, la cebadilla o el sasafrás, y ofreció la descripción minuciosa de otras muchas.

Sus obras, recuerda López Piñero, están entre los textos científicos del XVI que más interés despertaron en Europa, de tal manera que poco más de un siglo llegaron a alcanzar cuarenta y dos ediciones en seis idiomas, destacando las traducciones latinas, resumidas y comentadas, especialmente las de Clusius (Charles de l'Escluse).

“Primera y segvnda y tercera partes de la Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias occidentales que siruen en Medicina”.

La edición de este libro que se tiró en Sevilla, en la imprenta de Antonio Escribano, en 1574, es la que hemos utilizado para nuestro propósito. Tras los preliminares: la licencia y privilegio —a cargo del Ldo. Pedro Gasco y los doctores Redin, Francisco de Medillo, Íñigo de Cárdenas Zapata, y Aguilera- y el elogio —a



Portada de la edición de 1574 de la “Historia Medicinal...”

cargo de Gonzalo Catieco de Molina-, se suceden las tres partes que lo conforman, además de los añadidos apartados citados sobre la piedra bezoar, el hierro y la nieve.

En las líneas más tempranas de la primera parte se da razón de la fortuna de contar con un nuevo, muy valioso y variopinto arsenal desconocido hasta la fecha en Europa. Tras referirse a los metales nobles, perlas, piedras preciosas, el autor da cuenta de animales asimismo desconocidos en el Viejo Continente y también de otros productos como cueros, azúcares o árboles, de los cuales “vienen cada año quasi cien Naos cargadas de ello, que es cosa grande y riqueza increíble²”. Pero con todo, para la humanidad no son de valor superior como las que a continuación se nombran: “Allende de estas riquezas tan grandes, nos embian nuestras Indias Occidentales, muchos arboles, plantas, yeruas, rayzes, çumos, gomas, fructos, simientes, licores, piedras, piedras que tienen grandes virtudes medicinales, en las

quales se han hallado, y hallan, muy grandes efectos que exceden mucho en valor y precio, a todo lo susso dicho, tanto quanto es mas excelente y necessaria la salud corporal, que los bienes temporales: de las quales cosas, todo el mundo carecia, no sin pequeña falta nuestra, segun los grandes prouechos que vemos del uso dellas se consiguen, no solo en nuestra España, pero en todo el mundo³”.

Monardes fue un convencido de las virtudes de los productos que llegaban del Nuevo Continente, hasta el punto que -dice- si faltaran los nuevos remedios que sanan tantas enfermedades, éstas “fueran incurables, y sin ningun remedio⁴”. Fue por ello que, con la experiencia de “quarenta años, que ha q curo en esta ciudad⁵” y viviendo en lugar tan privilegiado “como en esta ciudad de Seuilla, que es puerto y escala de todas las Indias Occidentales, sepamos dellas, mas que en otra parte de toda España, por venir todas las cosas primero a ella⁶”, se dio a la composición y edición de esta obra de utilidad inmediata que completaba la terapéutica farmacológica europea del momento.

Consta el libro de tres partes, habiendo aparecido la primera en 1565 y la segunda en 1571. En 1574 se editaron conjuntamente, seguidas de la añadida tercera. Del escrutinio de las tres partes obtenemos información de algunas de las tales nuevas medicinas, centrando nuestro objetivo en las de uso estomatológico, bien entendido que otras muchas con acción más general pudieran ser de utilidad asimismo en padecimientos locales, por ejemplo las de uso analgésico. Son las propiamente de uso estomatológico las siguientes, por su orden de aparición en la obra⁷.

Primera parte.

De la Tacamahaca: “Prohibe y quita el dolor de muelas: el qual se quita aunque este la muela horadada, poniendo vn poco desta resina en el agujero, y si con ella misma se quemare la muela podrida haze que no vaya adelante la corrupcion⁸”.

Del guayacan y palo santo: Agua de palo santo: “Esta agua haze buenos los dientes; blanqueándolos, y afirmandolos, enxaguan dose con ella a la continua⁹”.

Segunda parte.

Del tabaco: “En dolor de Muelas, quando el dolor es de causa fria o de reumas frías, puesta vna pelotilla hecha dela hoja del Tabaco, lauando primero la muela con vn pañito mojado en el çumo, quita el dolor, y prohibe no vaya la putrefacion adelante. En causa caliente no aprouecha: y este remedio es ya tan comun, que todos sanan¹⁰”.

Del sassafrás: “En dolor de muelas, quebrantado el palo y mascado con la muela que duele, y dexandolo mascado en el agujero

dela muela que duele, si esta horadada, y aunque no lo este: quita el dolor marauillosamente, con experiència en muchos¹¹”.

Del Carlo santo: “conforta mascandola las enziás, y fortifica los dientes, y prohyelos de neguijon, y que no se pudran ni corrompan: haze buè olor de boca, y porq es amargo, conuiene q despues de auerla mascado, lauen la boca cò vino: para que quite el amargor¹²”.

“En dolor de muelas la celebran mucho, los que la han traydo a España. Estando yo en la posada do estaua este que traya la rayz, me certifico el huésped que teniendo vn gran dolor de muelas, se le quito con mascar la corteza desta rayz, con el lado mismo do estaua la muela q le dolía, desflemando quanto podía. Y estando yo otro dia en el Aduana curando vn Ginoues que allí estaua, se me quexo otro de la misma nascion de dolor de muelas, y hezimos traer dela rayz dicha, y en presencia de todos masco la corteza desta rayz con la muela que le dolía, y desflemo mucho, y en desflemando se le començo a mitigar el dolor, y antes que de allí se fuesse se le quito del todo. Yo tuue los días pasados, vn dolor de vna muela, que me dio pena toda vna noche, y parte de vn dia, y pedi de vna huerta, que en casa tengo, vnas hojas de Tabaco, y assi mismo la rayz dicha, y masquelas entrambas juntas, y desflemè, y quitoseme el dolor, que no me ha buuelto mas, con auer esto mas de seys meses q passo¹³”.

El Dragon: “Prohibe q no se caygan los dientes, y haze crecer carne en las enziás corroyudas¹⁴”.

De la çarçaparrilla de Guayaquil: “Llaman a los Indios de aquellos términos y comarca, Guancavilcas: do tienen la costumbre sacarse los dientes, por modo de Sacrificio, y ofrecenlos a sus ydolos: porque dizen, que se les ha de ofrescer la cosa mejor que el hombre tiene, y que en el hombre no hallan cosa mejor, ni mas nescessaria, que los dientes¹⁵”.

Tercera parte.

De lechvgvilla siuestre: “Tiene virtud de quitar dolor de muelas, tomando el cozimieto hecho de las hojas y teniendolo en la parte do es el dolor: y poniendo vn poco de çumo della en la muela que duele, quita el dolor, hase de poner encima el borujo de la misma hoja do se saco el çumo: gustada es amarguissima¹⁶”.

Del carlo sancto: “El cozimieto desta rayz, enxaguando se con el, effuerça las enziás, prohibe que no tengan neguijon en los dientes y muelas, y si lo tienen no lo dexa passar adelante. Para este mal tengo yo por muchos años experimentado enxaguarse la boca a la còtinua cò iguales partes de vinagre Esquilitico y agua de cabeçuelas de rosas, que cierto si se vsa enxaguar los dientes y muelas con esto a la continua, preserua de neguijon en ellos,

y si lo ay no passa adelante: lo qual yo tengo experimentado y vsado en muchos por muchos años¹⁷”.

Conclusión.

Algunos remedios nuevos iban a incorporarse, como dijimos al principio, al recetario botánico europeo y a través de los escritos de Monardes serían conocidos por aquellos farmacéuticos, médicos, cirujanos, etc., a partir de entonces. Los dientes eran tenidos en gran estima, muy concretamente por los nativos del Guayaquil, pues prescindían de ellos para ofrecerlos a sus dioses pues no hallaban “cosa mejor ni mas nescessaria” con qué agradecerles. Las plantas mencionadas, no excesivas sino selectas, son de uso muy diverso: antiodontálgico -el autor llega a experimen-

tar en sí mismo la hoja del tabaco como tal-, blanqueador de los dientes o curador de las encías. Incluso se propone la manipulación de las lesiones cariosas, tal que la introducción en la cavidad cariada de la resina de la Tacamahaca o el Sasafrás. Asimismo, en forma de colutorios propone el agua del Palo santo y del Carlo sancto. Queda, en fin, la duda de si a estos tratados accedieron los prácticos de la época, los Barberos acreditados por examen ante el tribunal del Protobarberato, en cuyas manos quedaban la mayoría de los padecimientos buco-dentales.



Recordatorio municipal del jardín botánico que cultivó Monardes en Sevilla.



Inscripción necrológica de Monardes en la iglesia sevillana de San Leandro, donde fue sepultado.

Notas

1. Sobre la vida y la obra de Monardes, consultar preferentemente: Fresquet Febrer, J.L. Monardes, Nicolás Bautista. Nicolás Bautista Monardes I Real Academia de la Historia (rah.es); Guerra, F. Nicolás Bautista Monardes. Su vida y su obra (ca. 1493-1588). México, Compañía Fundidora de Fierro y Acero de Monterrey, 1961; Lasso de la Vega y Cortezo, J. Biografía y estudio crítico de las obras de Nicolás Monardes. Sevilla, Tipografía de la Revista de Tribunales, 1891; López Piñero, J.M. “Monardes, Nicolás Bautista”. En: López Piñero, J.M., Glick, T.F., Navarro Brotóns, V., Portela Marco, E. Diccionario histórico de la ciencia moderna en España. Vol II, Barcelona, Ediciones Península, 1983, 69-72; López Piñero, J.M. Introducción a primera y Segunda y Tercera partes de la Historia medicinal... Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; Rodríguez Marín, F. La verdadera biografía del Doctor Nicolás Monardes. Madrid, Tipografía de la “Revista de Archivos”, MCMXXV.
2. Monardes, P. Primera y segvnda y tercera partes... Sevilla, Alonso Escriuano, 1574, fº. 1.
3. Ídem., fº. 1 vº.
4. Ídem., fº. 2.
5. Ídem., fº. 2 vº.
6. Ídem.
7. Se respeta la ortografía original de la obra. Se dejan a un lado consideraciones generales sobre los remedios mencionados como su ubicación, descripción, preparación, etc.
8. Monardes, N. Op. cit., Ídem., fº. 4.
9. Ídem., fº. 12 vº.
10. Ídem., fº. 34 vº. De esta planta publicó el primer grabado que se conoce.
11. Ídem., fº. 46-46 vº.
12. Ídem., fº. 66
13. Ídem., fº. 67 - 67 vº.
14. Ídem., fº. 80.
15. Ídem., fº. 88 vº.
16. Ídem., fº. 108.
17. Ídem., fº. 118 vº - 119.

La expresión artística: ¿vemos, observamos y percibimos o, simplemente, sentimos?



Juan Alió Sanz

Doctor en Medicina y cirugía

Profesor titular de ortodoncia, Universidad Complutense de Madrid

Académico de la Pierre Fouchard Academy

Artista pintor

Cuando contemplé el primer cuadro de Motherwell, en la Fundación Tapies de Barcelona, empecé a comprender lo que abstracción suponía como expresión artística. A final entendí que se trataba de **SENTIR y no de VER**. En realidad, todo es un proceso evolutivo. Recuerdo que me senté durante un largo rato enfrente del cuadro, de grandísimo formato, titulado “*Elegía a la República Española (1954)*” (**Figura 1**) y me deje llevar por mis propios pensamientos, que no necesariamente tenían que ver con la propia obra, si no, más bien al contrario, eran pensamientos ajenos a lo que tenía enfrente de mis ojos. Miraba el cuadro de vez en cuando, como si fuera un elemento habitual en mi entorno. Después de más de una hora, lo volví a mirar, esta vez con mucho detenimiento y comprendí que durante esa hora larga que estuve enfrente de esa monumental obra, mi sentimiento sobre el arte había evolucionado de una manera, que podríamos decir, casi extravagante, fuera de lo común.

Robert Motherwell (1915-1991) fue uno de los artistas más jóvenes del llamado Expresionismo Abstracto, movimiento nacido en los Estados Unidos en la década de los 40 del siglo pasado. Este movimiento, en lo técnico, se caracteriza por pintar en gran formato, con colores limitados al negro, cian, amarillo y algún otro. Sin embargo, desde el punto de vista conceptual, lo podemos incluir en lo que he denominado en diversos foros como “pintura instintiva”, saliendo del concepto que algunos autores le dan a esta denominación como pintura espontánea. Según mi propio criterio, en este tipo de expresión plástica el artista se deja llevar sola y exclusivamente por su instinto en estado puro, sin pasar por los filtros de la razón. En estos casos, la pintura es una expresión pura de un **SENTIR**. Desde un punto de vista puramente técnico, es como que el propio lienzo te fuera dirigiendo y el artista se va dejando llevar en



Figura 1. *Elegía a la República española. Motherwell. 1954.*



Figura 2. Serie "Estructuras policromas. Negro sobre blanco III. Juan Alió (2018).

un fluir sensorial en el cual, el tiempo y el espacio tienden a la desaparición. Son obras que, generalmente, se concluyen en una sola sesión.

Como artista, he vivido esa circunstancia en muchas ocasiones. Empiezo una obra, tengo una idea concreta de lo que pretendo hacer, elijo el tamaño del lienzo, estudio los colores que voy a utilizar, decido la técnica... etc, y cuando comienzo a realizar la obra, el propio lienzo me empieza a dirigir. Bien es cierto que yo podría negarme a esa dirección, pero, sin embargo, me dejo llevar como si fuera un bailarín que se deja mecer por la música que escucha. Me dejo llevar, dejo de pasar por el filtro de la razón las ideas preconcebidas y me sumerjo en una nueva dimensión plástica.

Este cuadro (**Figura 2**) lo pinté hace unos 5 años y es un ejemplo de esta *pintura instintiva*, expuesto solo una vez en la sala de exposiciones "El Carrusel del Louvre" en París.

Si nos vamos ahora al otro extremo, veamos por ejemplo, el cuadro de Velázquez pintado al rey Felipe IV (**Figura 3**). Este cuadro, que fue pintado entre 1631 y 1636 supone un cambio de técnica del pintor, el cual dio una *impresión visual* del vestido del rey mediante manchas meticulosamente plasmadas. Esta obra muestra el gran dominio de la técnica que tenía Velázquez y su propia evolución. Cuando vemos este cuadro, nos quedamos maravillados de la perfecta reproducción de la realidad que podía llevar a cabo este artista. Es decir, **nos estamos impresionando visualmente**. Los reyes, los políticos, los grandes magnates querían que su imagen perdurara en el tiempo y para eso encargaban obras a los grandes pintores y estos podían vivir holgadamente de su trabajo.

Sin embargo, a mediados del siglo XIX se produjo un hecho crucial en la posibilidad de reproducción de la realidad. Nació la **fotografía**. Con este poderoso invento, ya se podía hacer duradera una imagen perfecta sin necesidad de recurrir a los costosos artistas.

Esta fotografía fue realizada por Niepce en 1826 (**Figura 4**) y se puede considerar la primera fotografía realizada. A pesar de lo rudimentario de la técnica, es una reproducción exacta de la realidad. Los precursores de la fotografía (Niepce, Daguerre entre otros) no se dieron cuenta del flaco favor que hicieron a los pintores reproductores de la realidad. Con un método, relativamente sencillo, conseguían el objetivo que muchos artistas se marcaban como prioridad absoluta, esto es, tener una gran técnica para poder reproducir la realidad de la manera más perfecta posible.

Resulta extremadamente curioso que el impresionismo en la pintura aparezca en las mismas fechas que el nacimiento de la fotografía, estamos hablando de la mitad del siglo XIX. Los pintores impresionistas ya no buscaban reproducir fielmente la realidad sino, más bien, buscar y experimentar con la luz.



Figura 4. Vista desde la ventana en Le Gras. Niépce (1826).



Figura 5. "Calle de París en día lluvioso". Caillebotte. (1887).



Figura 3. Felipe IV de castaño y plata. Velázquez. (1631).

En este cuadro de Caillebotte (Calle de París en un día lluvioso, 1887) (Figura 5) la reproducción de la realidad ya no es tan importante, si no, más bien, el juego de la luz en un día nublado. El cielo es nublado pero se expone sin matiz alguno. Los rostros de los dos principales personajes están pintados de una manera simple. El autor no buscaba una reproducción exacta de la realidad, buscaba otra cosa... el maravilloso reflejo de la luz sobre los paraguas o sobre el empedrado de la calle.

El cuadro de Degas, "El Ajenjo", (Figura 6) pintado en 1875 refleja la transformación de la realidad que realiza el autor. Los rostros sugieren más que reproducen. Los trajes insinúan el atuendo. La luz reflejada en las mesas o en la botella nos lleva más allá de la realidad perfecta. Es un paso más para buscar el lugar que la fotografía había substraído a la pintura.

Si volvemos al principio, ahora podemos entender a Motherwell y su pintura ausente radicalmente de la realidad. El artista deja de querer mostrar lo que VE e intenta que el espectador **SIENTA**. Podemos decir que los pintores que reproducen la realidad con una técnica consumada y perfecta, de alguna manera, nos obligan a ver lo que ellos quieren que veamos. La evolución de la pintura a partir del nacimiento de la fotografía nos lleva a que el artista lo único que pretende es que sientas algo con su obra. Lo que sienta el espectador es libre, tan libre como de no sentir nada.

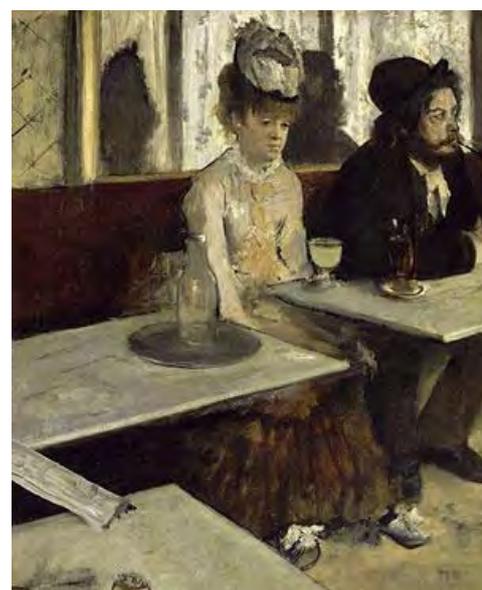


Figura 6. "El Ajenjo" Degas. (1885).



+6.000
PROFESIONALES
Y CONGRESISTAS



+180
SPEAKERS



150
MARCAS
EXPOSITORAS



+90 HORAS
DE INSPIRACIÓN

Leading the digital dental technology

CONGRESO NACIONAL DE ODONTOLOGÍA AVANZADA 2023

SUMMITS MÉDICOS



PRÓTESIS



IMPLANTOLOGÍA



ORTODONCIA



HIGIENE
BUCAL



CIRUGÍA

TECH SERIES



INTELIGENCIA
ARTIFICIAL



CAD/CAM



3D DENTAL



CIRUGÍA
GUIADA



Consigue tu invitación Premium VIP Pass
con el código US7A6 en www.dentalshowbcn.com

Implicaciones de la Ley Orgánica de garantía de la libertad sexual en el ámbito laboral

Marta Domínguez Ben

Abogada laboralista

Socia en Galende y Buzón Abogados, SLP



GALENDE | BUZÓN
Abogados

El pasado 7 de octubre, entró en vigor la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, la famosa “Ley del solo sí es sí” que, independientemente de las modificaciones que incorpora en materia penal, incluye importantes obligaciones para las empresas y empresarios que es importante conocer.

Derechos y obligaciones en materia laboral

Respecto a su impacto en el ámbito laboral, se introducen importantes obligaciones para las empresas, así como la oportunidad de revisar y actualizar otras medidas ya existentes.

En cuanto a los deberes de prevención y sensibilización en el ámbito laboral, se impone a las empresas:

- Promover condiciones de trabajo que eviten la comisión de delitos y otras conductas contra la libertad sexual y la integridad moral en el trabajo, incidiendo especialmente en el acoso sexual y el acoso por razón de sexo,
- Arbitrar procedimientos específicos para su prevención y para dar cauce a las denuncias o reclamaciones que puedan formular quienes hayan sido víctimas de estas conductas, incluyendo específicamente las sufridas en el ámbito digital,
- Promover la sensibilización y ofrecer formación para la protección integral contra las violencias sexuales a todo el personal a su servicio

- Incluir en la valoración de riesgos de los diferentes puestos de trabajo ocupados por trabajadoras la violencia sexual entre los riesgos laborales concurrentes, debiendo formar e informar de ello.
- Integrar la perspectiva de género en los espacios de la empresa para que sean seguros y accesibles para todas las trabajadoras.
- Negociar con los representantes de los trabajadores la elaboración y difusión de códigos de buenas prácticas, la realización de campañas informativas, protocolos de actuación o acciones de formación, así como las labores de concienciación.

Igualmente, se regula una bonificación del 100% de las cuotas empresariales a la Seguridad Social por contingencias comunes para las empresas que suscriban contratos de interinidad con personas desempleadas para sustituir a personas trabajadoras víctimas de violencia sexual.

Revisar los protocolos de acoso sexual.

La Ley Orgánica 10/2022 refuerza la importancia de revisar los protocolos de acoso sexual y acoso por razón de sexo de las empresas. Entre otras cuestiones, el objetivo es servir como medida de prevención frente a la posibilidad de las empresas de incurrir en responsabilidad penal por la comisión del delito de acoso sexual o de delitos contra la integridad moral en el trabajo cometidos en el seno de la empresa (incluso por falta de supervisión, en virtud del artículo 31 bis 1 b) Código Penal).

El protocolo es de carácter obligatorio y se debe implantar en todas las empresas que tenga al menos una persona contratada, dicho protocolo puede ser elaborado internamente o subcontratado con empresas especializadas.

Derechos laborales y de Seguridad Social de las víctimas de violencias sexuales

La norma también incorpora una serie de derechos laborales y de Seguridad Social a las víctimas de violencias sexuales, equiparándolas a las víctimas de violencia de género o de terrorismo. A estos efectos, se establecen una serie de modificaciones en

el Estatuto de los Trabajadores (por ejemplo, a efectos de movilidad geográfica, suspensión de contratos, causa de extinción o causas de nulidad de los despidos) y en la Ley General de la Seguridad Social.

En concreto la norma, amplía los derechos de las personas trabajadoras consideradas víctimas de violencia sexual, entre otros, en materia de derecho a la reducción de jornada, adaptación de jornada y movilidad geográfica y en la interpretación de las ausencias o faltas de puntualidad al trabajo -equiparándolos a los derechos de las víctimas de violencia de género.

- Podrán acogerse a un programa específico de empleo para víctimas de violencias sexuales inscritas como demandantes de empleo, incluido en el marco de los planes anuales de empleo.
- Tendrán derecho a la suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo. Esta suspensión no podrá exceder de los seis meses de duración pudiendo extenderse a los 18 meses en determinados supuestos. En este caso, la empresa disfrutará de bonificaciones en Seguridad Social para los contratos de interinidad con personas desempleadas que sustituyan a víctimas de violencia sexual. Igualmente podrán solicitar la extinción del contrato de trabajo con derecho a la prestación por desempleo.
- Tendrán derecho a optar a la movilidad geográfica con re-colocación en otro centro de trabajo.
- Las faltas de puntualidad al trabajo o ausencias motivadas por la situación física o psicológica derivada de una violencia sexual se considerarán justificadas.
- El despido de la trabajadora víctima de violencia de género o sexual con motivo de ejercer sus derechos es nulo.
- Tendrán derecho a la reducción de la jornada de trabajo con disminución proporcional del salario o a la reordenación del tiempo de trabajo, a través de la adaptación del horario, de la aplicación del horario flexible o de otras formas de ordenación del tiempo de trabajo que se utilicen en la empresa.
- Podrán realizar su trabajo total o parcialmente a distancia o a dejar de hacerlo si este fuera el sistema establecido,

siempre en ambos casos que esta modalidad de prestación de servicios sea compatible con el puesto y funciones desarrolladas por la persona.

- Optarán a las ayudas económicas a las víctimas de violencias sexuales y a la Renta Activa de Inserción.
- Las trabajadoras autónomas podrán cesar su actividad con derecho a la prestación por cese de actividad.

¿Quiénes deberán cumplir con estas obligaciones?

Las obligaciones en materia laboral contenidas en la Ley Orgánica 10/2022 deben ser cumplidas por todas las empresas, independientemente de su tamaño. En cuanto a las personas sobre las que recae la responsabilidad de velar por el cumplimiento de estas obligaciones, la Ley no dice nada al respecto, pero interpretamos que será el Área de Recursos Humanos de cada empresa las que asuman este rol.

En caso de incumplimiento de las obligaciones laborales contenidas en la Ley de Garantía Integral de la Libertad Sexual, la Inspección de Trabajo podrá sancionar. La sanción asociada al incumplimiento de estas obligaciones sería la regulada en el artículo 7.13 y 8.13 de la Ley de Infracciones y Sanciones. Concretamente, el artículo 7.13 regula como infracción grave no cumplir las obligaciones que, en materia de planes y medidas de igualdad, establece la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, el Estatuto de los Trabajadores o el convenio colectivo que sea de aplicación. El importe de la sanción oscilaría entre los 751 hasta los 7.500 euros.

Si nos vamos a hechos considerados muy graves, acoso sexual o por razón de sexo ocurridos en el ámbito laboral, la sanción oscilaría entre los 7.501 hasta los 225.018 euros.

Por ello, es importante el cumplimiento de estas obligaciones en la empresa. No debe perderse de vista la complejidad de esta cuestión, motivo por el cual les recomendamos aclarar sus dudas con un despacho especializado en la materia.

Ticare V2

Anticipa la sensación de estabilidad primaria.

La esencia de Ticare, un diseño mejorado.

En los próximos meses presentaremos Ticare V2, un restyling de la geometría externa del implante Ticare.

La espira de doble hilo de estos implantes reduce a la mitad el tiempo de inserción, reduciendo así el calentamiento óseo; y un ápice más eficaz que gracias a un cono más apuntado aporta estabilidad primaria adicional.

Con este cambio en la geometría externa se consigue aún mejor estabilidad primaria, menor tiempo de inserción y reducir aún más el traumatismo.

Los implantes Ticare V2 aportan la esencia de Ticare, el implante libre de filtración bacteriana, con un diseño mejorado que optimiza el comportamiento del implante a corto plazo.



Nuevos destornilladores



Ticare lanza al mercado un nuevo destornillador de torque semi-retentivo de uso protésico y punta con caras paralelas. Entre sus ventajas podemos destacar:

- La superficie de contacto dentro del hexágono del tornillo es máxima.
- Transmisión de torque optimizada.

Además, se ha realizado un *restyling* del destornillador hexagonal retentivo de uso quirúrgico y protésico, que proporciona mejor inserción de la punta, mayor superficie de contacto dentro del hexágono del tornillo, y mayor superficie de transmisión de torque.

Estos nuevos lanzamientos ya están disponibles y se pueden adquirir en Genetic, la tienda online de Ticare

www.genetic.ticareimplants.com

Cátedra Ticare – UCM | Cirugía en directo: Prevención y tratamiento de las enfermedades periimplantarias

Los días 16 y 17 de diciembre tiene lugar el curso "Prevención y tratamiento de las enfermedades periimplantarias" que se realiza bajo la Cátedra Ticare con la Universidad Complutense de Madrid.

Bajo la dirección del Prof. Mariano Sanz –director de la Cátedra Ticare-UCM– y la coordinación del Dr. Ignacio Sanz Sánchez y el Dr. Eduardo Montero, se aborda un completo programa teórico y práctico, que finaliza con una cirugía en directo sobre el tratamiento de un caso con periimplantitis.

Las plazas están limitadas a 24 asistentes, y se entregará diploma de asistencia. Las inscripciones están abiertas en la página web de Ticare

<https://www.ticareimplants.com/formacion/>

Ticare se fabrica con energía solar

Con una potencia de 180 KW abastece su fábrica de implantes

Mozo-Grau, empresa fabricante de los implantes dentales Ticare, con sede en Valladolid, continuando con su apuesta por la sostenibilidad, ha puesto en marcha **una planta fotovoltaica de 180 KW que proveerá de suministro eléctrico a su fábrica**. El gran salto lo ha dado este mes de septiembre al conectar la planta fotovoltaica anexa a sus instalaciones asegurando que todo el consumo eléctrico en horario diurno provenga **de energía solar**.

Mozo-Grau es una empresa **socialmente responsable** de capital cien por cien español que ha apostado desde sus inicios en 1996 por inversión y mano de obra cualificada de origen local para su fábrica, contribuyendo a la riqueza de su región. Produce y comercializa los implantes dentales Ticare y todos sus aditamentos, incluyendo el centro de fresado BioCam para prótesis personalizada.

La utilización de la **última tecnología** que permite la máxima calidad en fabricación, así como la verificación del cien por cien de sus piezas, la ha llevado a conseguir el gap cero que evita la filtración bacteriana entre implante y prótesis, siendo el **único implante con evidencia científica del gap cero**. Ticare cuenta con **más de 100 estudios** en revistas de impacto y dos



cátedras de investigación con la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Santiago de Compostela.

En palabras de **Fernando Mozo, CEO de Mozo-Grau y Ticare**: «Con más de 25 años de experiencia en implantología, apoyándonos en las universidades y la investigación científica y clínica, hemos conseguido ser una empresa puntera. Ahora Mozo-Grau apuesta por ser también una empresa sostenible con una fábrica que va a trabajar, durante las horas de sol, al cien por cien con energía solar».



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