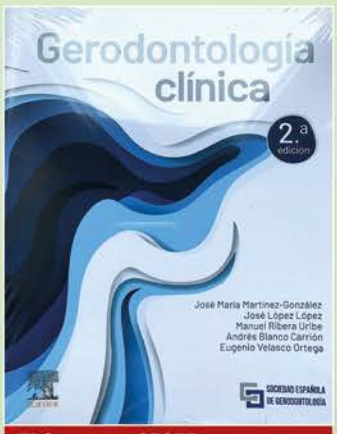
ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 12
Nº 58 junio-julio 2023

José Luis Gutiérrez Pérez

La Universidad es el motor de cambio y transformación social más potente con el que cuenta una sociedad, además de ser la depositaria del conocimiento de la sociedad en su conjunto



El Congreso SEGER presenta su libro "Gerodontología clínica"

52 SEPES
VALENCIA 23
12-14/OCT.
Ya somos digitales. Y ahora, ¿q.ué?

Ana Echeverría

Presenta en el Congreso SEPA Decálago de los derechos fundamentales del paciente odontológico

XX CONGRESO SECIB
CÓRDOBA
21-23 septiembre 2023
SECIB | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
www.secibonline.com

FINCLINIKS® FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL
VOCO THE DENTALISTS
NSK
ticare
anton Suministros Dentales

Sumario

Editorial 05

Opinion 07
- El Ghosting: una manera de hacer

Tribuna de salud pública 08
- La limitación del tratamiento de la caries dental en el nuevo Plan de Salud Bucodental para la ampliación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud

Actualidad 10
- Congreso SEMO en Santiago de Compostela
- Investigación sobre el tercer molar incluido
- SEPA recoge en un decálogo los derechos fundamentales del paciente odontológico.
- SEPA Sevilla 2023
- EXPODENTAL presenta su edición 2024
- SECIB aborda en la Universidad Sevilla las aplicaciones del PRGF en ATM
- SEDCYDO Gijón 2023 - Un congreso multidisciplinar
- SEPES presenta su congreso Sevilla 2024
- XLIV Reunión de la Sociedad Española de odontopediatría
- VIII Asamblea de FIEFO en Lima Perú
- Congreso Internacional de la SEGER

Entrevista 36
- José Luis Gutiérrez Pérez

Ciencia y salud 46
- Te lo perdiste te lo contamos. Crónicas de eventos científicos
- Hacia una Odontología en metaverso

Historia de la Odontología 56
- Amédée J.L. François Talma, académico de la Real Academia Nacional de Medicina de España

Cultura 60
- La perspectiva en la pintura y su concepto filosófico
- Cine, dentistas y dientes

EDITOR
Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:
Antonio Castaño Seíquer

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

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

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

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

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

Distribución exclusiva a odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales

anton
Suministros Dentales

DEXIS IS 3800W

Un escáner intraoral inalámbrico con experiencia de alto rendimiento.
El IS 3800W es libertad al alcance de tu mano.

Escaneado superrápido
Con un tiempo de exploración demostrado de 25 segundos para una sola arcada,* la velocidad de captura de IS 3800W deja más tiempo para centrarse en los pacientes.

Una experiencia de exploración más sencillasuperrápido
El campo de visión ampliado de 16 x 14 mm del IS 3800W y una profundidad de campo significativamente más amplia de 21 mm capturan los detalles que se necesitan, incluso en áreas interproximales y márgenes subgingivales.

Ultraligero y compacto
Con solo 240 gramos de peso, el IS 3800W es uno de los escáneres intraorales más ligeros y compactos del mercado y se adapta cómodamente a la mano.

Control del movimiento por gestos
La empuñadura del IS 3800W cuenta con un sensor integrado que permite orientar el modelo digital en la pantalla simplemente girando el escáner, eliminando la necesidad de utilizar el ratón. Es suficiente mover simplemente la mano y el modelo seguirá el movimiento para seguir centrados en el paciente.

Cabezales intercambiables
Se proporcionan tres tipos para optimizar la comodidad del escaneado. Los cabezales pueden esterilizarse en el autoclave hasta 110 veces, lo que reduce los costes de consumibles y garantiza una esterilización adecuada.*

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

antasis
Trust Technical Service

¿Hablamos?
94 453 06 22
antonsl@antonsl.es

Distinguido candidato

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Ya sé que hasta en el improbable caso de que nos escuchen, nos lean, cualquiera de los que hoy se ofrecen para resolver nuestros problemas en busca del ansiado voto del ciudadano el próximo 23 de julio, el día 24 pensarán en otras cuestiones, como viene pasando con tantas otras cosas que propusimos los ciudadanos, en este caso los dentistas, pero las dejamos escritas, por si cambian de opinión, por esta vez en favor de los electores.

Empezaré hablando de la publicidad sanitaria, ya sé que les mareamos, pero más nos marean ustedes, utilizando un verbo suave, no haciéndonos caso.

Les voy a hacer una primera, quizá osada o atrevida sugerencia, busquen asesores que entiendan de lo que asesoran, ya está, lo he dicho.

En este país en el que ustedes nos quieren convencer de que tan bien nos van las cosas los que gobiernan y lo mal que nos van los que no nos gobiernan; en el que todos nos prometen que iremos mejor, y nos hablan del presupuesto que van a destinar a esto o a lo otro, como si lo pusieran de sus bolsillos y no del nuestro, muchas personas se ven abocadas a desgracias y sufrimientos que podían haber sido evitados sin necesidad de grandilocuentes presupuestos.

La publicidad sigue siendo un lodazal en todos los sentidos. Hay quien se atreve a vender lo que no existe, alquilar un apartamento para las vacaciones sin que exista el apartamento y muchas otras cosas sin que se disponga de un adecuado control por parte de quien está obligado a ejercerlo, ni se disponga de una legislación lo suficientemente punitiva para hacer desistir de sus tropelías a estos delincuentes.

Con la salud hay una gran diferencia, si me engañan y me quedo sin el apartamento que creí alquilar para las vacaciones, una faena, pero es un verano estropeado y un dinero perdido, a la siguiente tendré más cuidado. Pero si pierdo un ojo, o un brazo, o termino en urgencias porque alguien osó ponerme una prótesis mamaria en la trastienda de un extraño negocio, ya será un daño para todos los veranos, ¿entienden la diferencia?

Parecen no saber sus asesores el valor de un diente. Por eso les pido que busquen asesores que sepan, que los hay y muchos.

A nadie se le ocurre llamar al carpintero para arreglar la lavadora, dicho en términos muy llanos, ni poner la vigilancia de la gestación de sus hijos en manos del oftalmólogo, tampoco creo que el oftalmólogo aceptase.

Me pregunto, ¿por qué para aprobar el nuevo Plan de salud Bucodental para la ampliación de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud no han contado con odontólogos o estomatólogos? ¿Cómo alguien que no es odontólogo o estomatólogo se atreve a opinar de esto y de esta forma?

¿En un país líder en trasplante de órganos se puede leer esto?: *"Los tratamientos pulpares de ambas denticiones o las grandes reconstrucciones son tratamientos de elevada incertidumbre de éxito, por lo que, aunque sean necesarios para un diente concreto, es posible que no aporten nada a esa boca y menos a la persona que los necesita"*.

¿Esta es la decisión que tomarían estos asesores con sus hijos?

¿Y ustedes que lo han aprobado, también actuarían de esa manera con sus hijos?

Por cierto: ¿Existen estos asesores? ¿Quiénes son?

El *Ghosting*: una manera de hacer

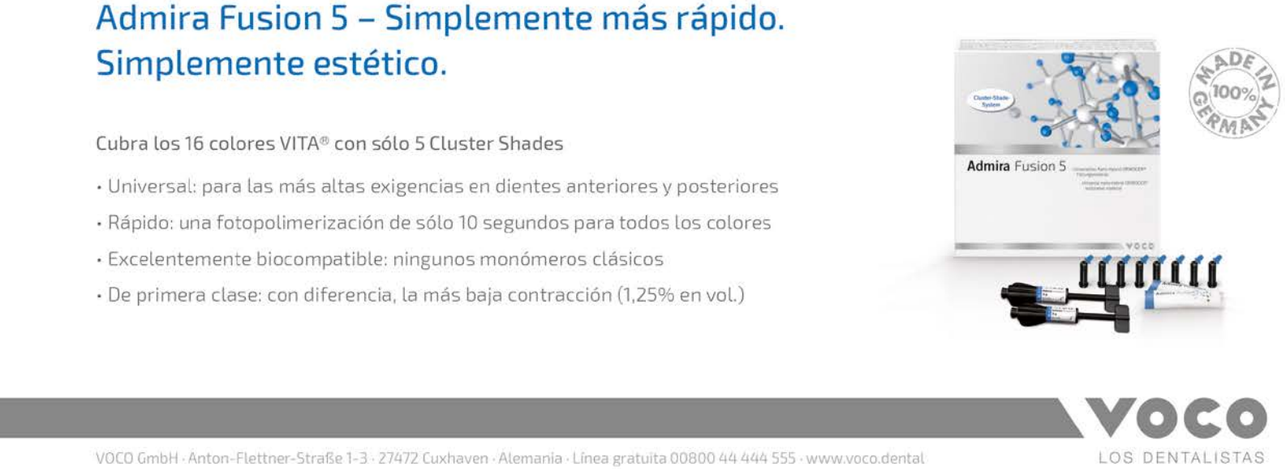
Dr. Manuel Ribera Uribe, JMD, DDS, PhD
Profesor de Gerodontología, Pacientes Especiales y Prostodoncia
Presidente de Comité de Ética en Investigación y Medicamentos UIC (Universitat Internacional de Catalunya)
Académico de la Pierre Fouchard Academy

En algún lugar he leído recientemente una referencia a la obra escrita de Emile Zola, el ínclito dramaturgo y periodista francés. Ahora no recuerdo donde, pero vistos los aires que se mueven en nuestra sociedad es probable que algún tertuliano o articulista haya sentido la cainita tentación de señalar a alguien con el dedo remedando la famosa pieza de opinión "J'acusse". El escrito de Zola publicado en 1897 fue un hito en la toma de postura personal del autor ante la injusticia, el relativismo y la pasividad con que la sociedad francesa, con su gobierno a la cabeza, condenó sin motivo al capitán Dreyfuss acusado falsamente de espía. Es decir haciendo algo que no era correcto. Recordando el caso me preguntaba, cuanta gente tendría la determinación de comportarse en la vida como el francés, de modo consecuente a su compromiso con la verdad. Justo estaba en eso de buena mañana, cuando me pareció que mi reflejo en el espejo me sonreía irónicamente. Pese a todo algo dentro de mí rinde tributo a los que son capaces de asumir responsabilidades de un modo coherente. He descubierto recientemente la práctica del "ghosting". Gente a todos los niveles lo practicamos, gente que nos comprometemos pero luego, en realidad, no estamos pese a que nos esperan. Como fantasmas. Sospecho que el espejo me decía que quien esté libre de culpa tire la primera piedra. A pesar de todo hay personas que conciertan una cita personal o laboral y no van, contratados que no acuden el primer día, comensales que reservan una mesa y fallan, pacientes que han pedido hora y luego no vienen, que han aceptado presupuestos pero desaparecen sin dejar huella ni razón, alumnos que se matricularon para estudiar pero no lo hacen , profesionales que ponen un implante y se van de la clínica dejando que otro ponga la corona y traspasándole toda la responsabilidad si fracasa , instituciones educativas o políticas o de cualquier tipo que generan normas que luego tienen miedo de hacer cumplir para eludir el inevitable conflicto. Podría citar un sinfín de situaciones en las que pese a que todo el mundo tiene claro, a veces incluso por escrito, lo que se debe hacer, se diluye la actuación, se relativiza el problema cuando no se modifica la norma o la ley, de manera mas o menos arbitraria, para adecuarla a una resolución del problema que no incomode a quien debe velar por su cumplimiento. O se buscan peregrinas justificaciones. Recuerdo a Eduard Punset en uno de sus libros explicando que el ser humano primero decide intuitivamente y luego busca las razones para defender lo que ya ha decidido.

"algo dentro de mí rinde tributo a los que son capaces de asumir responsabilidades de un modo coherente"

"espero más de un profesional con un compromiso firme y con principios, que de un gran técnico"

La realidad está ahí pero algunos convivimos con el "ghosting". Con el ponerse de perfil. Probablemente eso sea una constante en nuestro mundo pero la verdad es que todo el que hace eso, especialmente aquellos que tienen capacidad de decisión o responsabilidades de algún tipo, traicionan las expectativas de la gente cabal. Posiblemente existan razones que parezca que justifican el cubrirse con la sábana fantasmal. Yo pienso que cumplir los compromisos es un valor en sí mismo. En general espero más de un profesional con un compromiso firme y con principios, que de un gran técnico. La frase "Tengo unos principios pero si no le gustan tengo otros "atribuida injustamente a Groucho Marx, no me parece de recibo o en todo caso me parece un sarcasmo. Pese a que ser coherente, cumplir o hacer cumplir lo establecido puede ser conflictivo, quien lo hace no puede sentirse mal ni consigo mismo ni con nadie. Zola seguramente estaría de acuerdo conmigo. Pese a que el escritor y periodista hizo lo correcto, lo cierto es que como consecuencia de su postura acabó en el exilio y se sospecha que asesinado. Imagínense si hubiera matado a Kennedy o al perro de John Wick.



La limitación del tratamiento de la caries dental en el nuevo *Plan de Salud Bucodental para la ampliación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud*

F. Javier Cortés Martinicorena
Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Estomatología. Experto en Salud Pública Dental. Exprofesor de la Universidad de Barcelona. Ponente del Plan de Salud Bucodental del Gobierno de Navarra (PADI). Expresidente de la Comisión Asesora Técnica de Salud Bucodental del Gobierno de Navarra. Miembro fundador y expresidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO)

José Ramón Fernández Ruiz
Médico Especialista en Estomatología. Jefe de Sección de Odontología en el Servicio Vasco de Salud / Osakidetza. Coordinador del Programa de Asistencia Dental Infantil en el Departamento de Salud del Gobierno Vasco

Joaquín Artazcoz Oses
Médico Especialista en Estomatología. Máster en Salud Pública Dental (UCL). Coordinador del Programa de Atención Dental Infantil. Subdirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea. Gobierno de Navarra

Este Plan, aprobado hace unos meses por el Consejo de Ministros, establece una limitación importante al tratamiento de la caries dental. En concreto, y referido a la población hasta los 14 años, excluye las lesiones profundas de caries que asocien daño pulpar irreversible. El texto del epígrafe "e" del apartado 2 dice así: *"Para toda la dentición definitiva se incluyen obturaciones en lesiones que no asocien daño pulpar irreversible producidas por caries, traumatismo o por cualquier enfermedad que afecte a la estructura del diente"*. En otras palabras, deja sin tratamiento conservador los dientes que requieran tratamiento endodóntico. Esto supone un retroceso respecto de la anterior cartera de servicios donde no existía esta limitación (RD 1030/2006).

En las consideraciones finales el plan dice textualmente: *"Los tratamientos pulpares de ambas denticiones o las grandes reconstrucciones son tratamientos de elevada incertidumbre de éxito, por lo que, aunque sean necesarios para un diente concreto, es posible que no aporten nada a esa boca y menos a la persona que los necesita"*. Más adelante señala que *"…hay que descartar cada vez con más vehemencia los tratamientos pulpares por caries como la endodoncia de molares .../… por su elevada tasa de fracaso, el ensañamiento terapéutico que supone y por su elevado coste…"*. Estas son opiniones y no evidencias, están fuera de la ciencia odontológica y de la realidad clínica de la Odontología de hoy.

Los firmantes de este escrito opinamos que se ha cometido un gran error, derivado de un absurdo prejuicio a-científico. Limitar el tratamiento según la profundidad de la lesión de caries, y siempre que el diente sea conservable, no tiene ningún sentido médico y solo puede tener efectos negativos en la salud oral de estos niños/as y adolescentes. Tendrá un mayor impacto en los niveles socioeconómicos más bajos que son los que acumulan una mayor cantidad de enfermedad, como así lo señala la última *"Encuesta Nacional de Salud Oral en España 2020"*. La cartera básica, en nuestra opinión, debe contener los tratamientos básicos y normalizados, avalados por la evidencia científica. Los tratamientos pulpares forman parte de las alternativas terapéuticas básicas y normalizadas en el manejo de la caries y su tratamiento cuando la lesión no ha podido ser detenida por otros medios.

Limitar el tratamiento según la profundidad de la lesión de caries, y siempre que el diente sea conservable, no tiene ningún sentido médico y solo puede tener efectos negativos en la salud oral de estos niños/as y adolescentes

De manera semejante, pero a *contrario sensu*, incluir los tratamientos pulpares no entra en conflicto con el carácter primariamente preventivo que se debe dar al manejo de esta enfermedad evitable, y que debe dominar el sentido de esta cartera de servicios, algo con lo que mostramos nuestra completa conformidad. Que otras estrategias de manejo o tratamiento de la enfermedad no hayan dado el resultado perseguido, no es razón para forzar la extracción de un diente en un niño/a o adolescente.

Podría aducirse que la inclusión de los tratamientos pulpares supondría una carga de trabajo no asumible por los servicios públicos de salud. Experiencias de más de 30 años en nuestro sistema público, muestran que el número de estos tratamientos es muy bajo, con tasas inferiores al 1%. Es necesario enfocar la cuestión desde la evidencia científica y la experiencia.

Lo justo, necesario, razonable y profesional es dejar la decisión de tratamiento al criterio del odontólogo responsable, que es la persona que conoce las circunstancias clínicas y de otra índole del paciente

La evidencia

La literatura sobre la supervivencia de dientes tratados endodónticamente es muy abundante y las tasas de éxito son altas, entre el 75-90%; a día de hoy, este debate está fuera de lugar. Los planificadores tienen a su disposición toda la literatura para ello.

La experiencia

La experiencia acumulada de 30 años de programas públicos de asistencia básica bucodental en población de 6 a 15 años (PADI de Navarra y País Vasco desde los años 1990-91), muestra que la tasa de endodoncias realizadas se sitúa entre el 0,37 y 0,86% (datos de acceso público). Con estas cifras no se puede afirmar que este tratamiento vaya a tener un elevado coste para las arcas públicas. Según el informe anual de Osakidetza, se realizan más tratamientos endodónticos en la red pública que en la privada concertada porque sus usuarios *"…muestran una mayor complejidad clínica y social."*. Dicho con otras palabras, la red pública atiende principalmente a los sectores de población con mayor carga de enfermedad y menor nivel socio-económico.

Creemos que lo justo, necesario, razonable y profesional es dejar la decisión de tratamiento al criterio del odontólogo responsable, que es la persona que conoce las circunstancias clínicas y de otra índole del paciente.

Entendemos que no se sustenta en la lógica, ni en la evidencia, ni en la experiencia, la decisión de excluir el tratamiento de la caries con compromiso pulpar irreversible, con el argumento de su ineficacia y menos de su "ensañamiento terapéutico". No es acorde a la evidencia científica actual ni a la realidad demostrada durante más de 30 años de experiencia PADI que, solo en la última década ha atendido a más de 1,5 millones de niños/as y adolescentes.

Esta limitación tendrá como consecuencia inevitable la pérdida de dientes a una edad muy temprana. Si el tratamiento conservador de estos dientes no tiene amparo en el sistema público, se estará obligando a las familias a buscar tratamiento fuera de él, algo que solo podrán hacer aquellos que tengan la formación, la información y los medios necesarios para hacerlo.

Sirva como argumento final, y de importancia primordial, que los sectores sociales que más van a sufrir estas consecuencias son precisamente los que más se quiere proteger, porque el nivel socio-económico es determinante en la afectación por caries.

El Equipo Técnico del Ministerio de Sanidad firmante del Plan de Salud Bucodental no incluye ningún odontólogo en su composición, estando compuesto por profesionales sanitarios ajenos a la Odontología

Por último, queremos denunciar el hecho de que, si bien hubo un comité asesor con odontólogos, el Equipo Técnico del Ministerio de Sanidad firmante del Plan de Salud Bucodental no incluye ningún odontólogo en su composición, estando compuesto por profesionales sanitarios ajenos a la Odontología (Medicina y Farmacia).

Congreso SEMO en Santiago de Compostela

Andrés Blanco Carrión nuevo presidente de la sociedad

Más de 350 profesionales nacionales e Iberoamericanos han asistido en Santiago de Compostela al Congreso de la Sociedad Española de Medicina Oral que se ha celebrado de manera conjunta con la XVIII Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal y cuyo comité organizador ha estado presidido por el Profesor Andrés Blanco Carrión.

El carácter internacional de este evento, con participación de equipos de Méjico, de Brasil, de Perú, de Venezuela, de Paraguay, de Chile, de Colombia, de Argentina … con el empuje y las ganas de comunicar excepcional que les caracteriza, unido al magnífico trabajo que realizan en sus respectivos países, gracias al reconocimiento institucional de su ESPECIALIDAD, tanto a nivel universitario como a nivel sanitario, ha propiciado un gran éxito científico y de participación.

En la asamblea general de SEMO fue elegido nuevo Presidente de la Sociedad el Profesor Andrés Blanco Carrión, en sustitución de la Dra. Rocío Ceredo que termina su mandato.

El primer día del Congreso, en la Plaza del Obradoiro, se ha desarrollado un proyecto de innovación educativa en colaboración con la Asociación Española contra el Cáncer y la Unidad Docente de Medicina Oral de la Universidad de Santiago, cuyo objetivo ha sido la concienciación ciudadana hacia la auto exploración y el control de los factores de riesgo del cáncer oral.

La ceremonia inaugural desarrollada en el auditorio de la Facultad de Medicina y Odontología de Santiago de Compostela, ha contado con la presencia del Conselleiro de Sanidad D. Julio García Comesaña, el rector de la Universidad Antonio López, el alcalde de Santiago José Sánchez Bugallo, los presidentes de ambas sociedades científicas una representación de los Colegios profesionales de Galicia y el Presidente del Congreso Dr. Blanco Carrión, quién describió en su discurso de bienvenida a este Congreso como una confluencia de caminos, que al igual que el de Compostela, ha conseguido convocar a numerosos profesionales procedentes de varios países Iberoamericanos, y a una nutrida representación de los profesionales de la medicina oral del ámbito clínico y universitario.

El Congreso:

SEMO Joven

Javier Alberdi

Pilar Gándara

Para empezar la Jornada del Jueves, aprovechando las oportunidades del campus universitario de la Universidad de Santiago, los protagonistas son los jóvenes y futuros odontólogos. Coordinado y moderado por la Dra. Pilar Gándara Vila (Universidad de Santiago de Compostela) y el Dr. Javier Alberdi Navarro (Universidad del País Vasco). Se desplego un intenso programa de presentaciones y sesión clínica en lo que titulan “SEMO JOVEN”

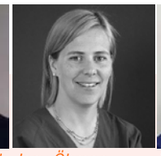
Para el congreso en sí, se diseñó un formato ya clásico. Heredero posiblemente de la época On-Line, en el que se fueron sucediendo de forma lineal temporalmente, una serie de desarrollos temáticos específicos seleccionadas, organizados en “Mesas de debate Monográficas”. Con la presentación inicial, en cada una, de tres ponencias en relación con la temática elegida a desarrollar, dando paso tras la conclusión a diálogo entre ponentes y concurrencia.

Así se fueron sucediendo:

Mesa 1: Displasia Epitelial

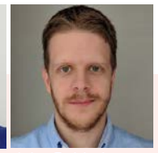
Pía López

Antonio ManoAzul



Jeny Öhman

Elena Varoni



Jairo Robledo

Moderada por el Dr. A Mano Azul (Lisboa, Portugal) y la Dra. Pía López Jornet (Universidad de Murcia) presentando a:

JENY ÖHMAN (Universidad de Gothenburg) que habló sobre la importancia de diferenciar entre displasia y neoplasia intraepitelial oral… Destacando la importancia del Microbioma en la influencia en la evaluación del riesgo de trasformación, la interrelación bacteriana y su rol con las mucosas a en todas sus capas: epitelial y mesenquimal.

ELENA VARONI (Universidad de Milán) habló de la importancia de distinguir entre leucoplasia sin displasia de aquella en que exista displasia epitelial. En la cual es mayor la probabilidad de trasformación maligna

JAIRO ROBLEDO (CES Universidad de Colombia) introdujo en el debate las controversias alrededor del Liquen Plano Oral, la Displasia Epitelial Oral y la Displasia Liquenoide Oral.

Mesa 2: Medicina y Patología.

Abel García

José Antúnez

Rafael López

Ángel Carracedo

Miguel Ángel Moles

Moderado por el Dr. Abel García y el Dr. José Antúnez López, (Universidad de Santiago de Compostela) presentando a:

RAFAEL LÓPEZ LÓPEZ (Universidad de Santiago de Compostela) con "Inmunoterapia en cáncer" definió esta línea de tratamiento como ya clásica en el tratamiento de cáncer, pero gracias a los últimos descubrimientos, como los nuevos marcadores PD y PD-L1 etc. … Se abren nuevas expectativas en la frontera de los tratamientos, sobre todo en los "tumores Inflamados".

ANGEL CARRACEDO ÁLVAREZ (Universidad de Santiago de Compostela) en "Genómica y Cáncer Oral". El Cáncer Oral lo define como un cáncer con una gran dependencia medioambiental, pero donde existe una predisposición genética que condiciona las mutaciones necesarias para que se inicie y se desarrolle.

MIGUEL ANGEL GONZALEZ MOLES (Universidad de Granada) con "Características distintivas de las células cancerosas (Hallmarks del cáncer) aplicadas al cáncer oral" describió distintas características que deben cumplir una célula para poder desarrollar cáncer y distintos marcadores susceptibles a predecir los cambios de trasformación maligna.

Mesa 3: Patología Ósea.

Adalberto Mosquera

Wilson Delgado

Danyel Elias Da Cruz

Guilhermo Concha

Rafael M. Conde

La jornada del sábado comenzó con la Mesa de Patología Ósea moderado por los Doctores Adalberto Mosqueda Taylor (Méjico) y Wilson Delgado A. (Perú) presentando a un plantel de ponentes que desgranaron los aspectos que definen a este tipo de patología circunscrita al tejido óseo de los maxilares:

DANYEL ELIAS DA CRUZ PEREZ (Brasil) desgranó los Aspectos clinicopatológicos de la patología que se circunscribe a el territorio de los maxilares.

GUILLERMO CONCHA (Chile) se dedicó a explicar los ASPECTOS Radiológicos definiendo como básica e inexcusable el uso de la Radiografía panorámica OPG en este tipo de patología. Definió al CBCT como un hito y gran avance en la Odontología moderna, sin desdeñar la Resonancia Magnética para tejidos blandos.

RAFAEL MARTINEZ CONDE (Universidad del País Vasco) desgranó los "Aspectos Quirúrgicos" en la patología ósea.

En el debate posterior, se puntualizó que nos movemos ante situaciones "Clínico Patológicos" donde la clínica manda y el estudio patológico define riesgo en cuanto a su control. Teniendo en cuenta que en muchos casos la valoración es subjetiva, haciendo necesario ampliar la perspectiva, considerando al paciente como "un todo" donde existen otros factores a nivel general a tener en cuenta.

Sesión clínico-patológica

Abel García

Aguirre Urizar

Si algo caracteriza a estas reuniones científicas de SEMO, son la Sesiones Clínico-Patológicas. A ello se dedicó la sesión de la tarde del viernes, donde de la mano del Dr. JM Aguirre (UPV), uno de los promotores de este tipo de actividad y el Dr. Abel García (USC) se puso en práctica la pericia diagnostica de los distintos ponentes ante distintos retos clínicos que se plantearon desde distintos grupos participantes.

Este ejercicio es en sí mismo el objetivo de estas sesiones permitiendo mostrar la metodología deductiva que requiere todo DIAGNOSTICO, objetivo primario de la MEDICINA ORAL.

Conferencia magistral: *"Manifestaciones clínicas del cáncer oral"*

Enric Jané Salas

Vicente Bagán

Presentado por el Dr. Enric Jané Salas de la universidad de Barcelona, el Dr. Jose Vicente Bagan, fue el elegido para esta conferencia magistral.

Insistio en la necesidad del diagnóstico precoz. Donde la odontología tiene mucho que hacer. Todavía según el Dr. Bagán se diagnostican más del 50 % en estadios avanzados.

Reunión del Colegio Internacional de Dentistas

Del 22 al 24 de junio tuvo lugar en la ciudad de Ámsterdam la reunión anual del ICD (International College of Dentist). En este año ingresaron como nuevos Fellows por España José María Barrachina Diaz (Barcelona), José Maria Delgado (Sevilla) y Santiago Jané Ceballos (Barcelona). La próxima reunión anual será en Israel del 16al 18 de junio de 2024.

La delegación española al frente de Santiago Jané Noblón (Presidente sección española) junto al presidente mundial el coreano Hu-Youl Chang.

Vistavox S
Diagnóstico 3D Avanzado

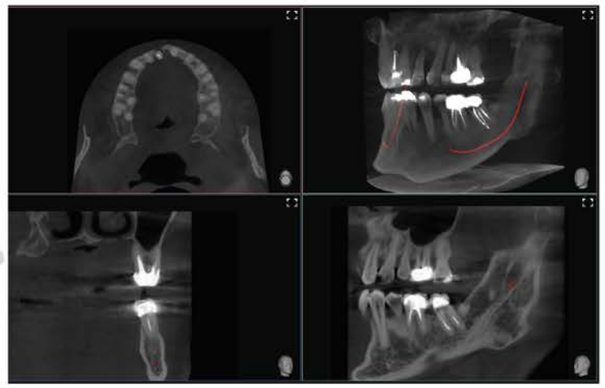
anton Suministros Dentales

DÜRR DENTAL

- Volumen de visualización ideal
- Posicionamiento sencillo
- Alta calidad de imagen
- Diagnóstico seguro y fiable

VistaSoft 3D

Con VistaSoft 3D dispondrá de distintas vistas para sus hallazgos de tomas CBCT: vista panorámica, toma de capas transversal (TSA) y reconstrucción multiplanar (MPR).



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

antasis Trust Technical Service

¿Hablamos?

94 453 06 22

antonsl@antonsl.es

INVESTIGACIÓN SOBRE EL TERCER MOLAR INCLUIDO

UNIVERSITAT DE BARCELONA

Unidad Docente de Cirugía Bucal, Implantología y Cirugía Maxilofacial

IDIBELL Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge

Grupo de investigación consolidado de Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial

Fundador e Investigador: Prof. Dr. Cosme Gay Escoda. MD, DDS, MS, Phd, EBOS, OMFS.

Director y coordinador: Prof. Dr. Eduardo Valmaseda Castellón. DDS, MS, Phd, EBOS.

Varias publicaciones han valorado los trabajos de investigación que distintas universidades han efectuado sobre la patología y la cirugía del tercer molar (muela del juicio, molar de la cordura o cordal) incluido, y destacaremos las dos últimas y más relevantes por su metodología y difusión a nivel global. En un artículo del British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery publicado en el año 2021, destaca que de los 11.477 autores que han publicado trabajos sobre este tema, el Prof. Dr. Cosme Gay Escoda es el autor con más publicaciones y con el índice h más alto (19). El índice h valora la calidad y el factor de impacto de los artículos publicados. En otro artículo del Journal of Stomatology and Oral and Maxillofacial Surgery del año 2022, resalta que el país que más publica sobre el tercer molar es Estados Unidos de América (USA) y las universidades más productivas son la Universidad de Barcelona y la Universidad de Carolina del Norte (USA). El equipo de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad de Barcelona, con su grupo consolidado de investigación de "Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial" del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), dirigido por el Prof. Dr. Cosme Gay Escoda hasta hace unos meses, y que actualmente tras su jubilación coordina el Prof. Dr. Eduardo Valmaseda Castellón, está posicionado en un lugar muy destacado a nivel mundial, en el estudio de la patología y la cirugía del tercer molar incluido, una de sus líneas de investigación más importantes ya que trata de la patología y de la intervención quirúrgica más frecuente en la especialidad de Cirugía Bucal.

ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 59 (2021) 1220–1226

BRITISH Journal of Oral and Maxillofacial Surgery www.bjoms.com

Bibliometric analysis of international publication trends in impacted third molar surgery research (2000–2020)

Y. Balcı *

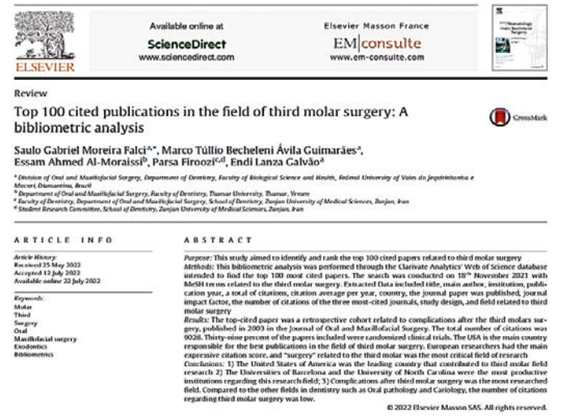
Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Tokat Gaziosmanpaşa University, Tokat, Turkey

Accepted 1 April 2021
Available online 15 April 2021

Abstract

In scientific fields, various methods of statistical analysis such as bibliometric analysis have been used to determine the effectiveness of journals, research, and articles. The aim of this study was to conduct a bibliometric analysis to systematically and understandably characterise publications on impacted third molar surgery (ITMS) from 2000 to 2020. The articles were retrieved on the same day (1 January 2021) from the Web of Science Core Collection (WoSCC) database of the Web of Science to prevent bias due to daily updates of the databases. A total of 3326 publications from 2000 to 2020 were analysed. The United States of America (USA) had the highest number of publications and *h*-index value. The highest number of co-citations were of Pell GJ. ITMS research was collected under nine 'clusters'. In this study, developments, the most influential publications, journals, and countries in the research of ITMS were determined based on the evidence gained through bibliometric analysis.

© 2021 The British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.



ELSEVIER

Available online at ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Review

Top 100 cited publications in the field of third molar surgery: A bibliometric analysis

Saulo Gabriel Moreira Falci[a,*], Marco Túllio Becheleni Ávila Guimarães[a], Essam Ahmed Al-Moraissi[b], Parsa Firooz[c,d], Endi Lanza Galvão[a]

[a] Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Dentistry, Faculty of Biological Science and Health, Federal University of Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Brazil
[b] Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Thamar University, Thamar, Yemen
[c] Faculty of Dentistry, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
[d] Student Research Committee, School of Dentistry, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

ARTICLE INFO

Article History
Received 15 May 2022
Accepted 12 July 2022
Available online 22 July 2022

Keywords:
Molar
Third
Surgery
Oral
Maxillofacial surgery
Endodontics
Bibliometrics

ABSTRACT

Purpose: This study aimed to identify and rank the top 100 cited papers related to third molar surgery
Methods: This bibliometric analysis was performed through the Clarivate Analytics' Web of Science database intended to find the top 100 most cited papers. The search was conducted on 18TH November 2021 with MeSH terms related to the third molar surgery. Extracted Data included title, main author, institution, publication year, a total of citations, citation average per year, country, the journal paper was published, journal impact factor, the number of citations of the three most-cited journals, study design, and field related to third molar surgery
Results: The top-cited paper was a retrospective cohort related to complications after the third molars surgery, published in 2003 in the Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. The total number of citations was 9026. Thirty-nine percent of the papers included were randomized clinical trials. The USA is the main country responsible for the best publications in the field of third molar surgery. European researchers had the main expressive citation score, and "surgery" related to the third molar was the most critical field of research
Conclusions: 1) The United States of America was the leading country that contributed to third molar field research 2) The Universities of Barcelona and the University of North Carolina were the most productive institutions regarding this research field; 3) Complications after third molar surgery was the most researched field. Compared to the other fields in dentistry such as Oral pathology and Cariology, the number of citations regarding third molar surgery was low.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

VOCO THE DENTALISTS · NSK · ticare · anton Suministros Dentales · FINCLINIKS FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

SEPA recoge en un decálogo los derechos fundamentales del paciente odontológico.

Con la Doctora Ana Echeverria Manau

Ana Echeverria Manau es máster en periodoncia e implantes y miembro de la Federación Europea de Periodoncia desde el año 2006.

Desde que finalizó su formación trabaja en la consulta familiar, actualmente dirigida por ella y que este año 2022 ha cumplido 80 años.

La práctica odontológica de Ana Echeverria y de su equipo se caracteriza por un enfoque preventivo, centrado en el paciente y con un uso racional de las nuevas tecnologías.

Desde sus inicios ha colaborado estrechamente con la Sociedad Española de Periodoncia impartiendo cursos periódicos sobre periodoncia básica a dentistas generales e higienistas. El año pasado finalizó un máster de 2 años en bioética y actualmente colabora como divulgadora científica para la Sociedad Española de Periodoncia y es Directora de la revista *"Cuida tus encías"*.

La Dra. Echeverría nos explica como la buena relación entre el equipo odontológico y el paciente es fundamental para garantizar la eficacia de cualquier tratamiento dental. En esta relación, cada parte tiene roles y responsabilidades claramente definidos que deben cumplir.

Ayudar a los pacientes a que conozcan y entiendan sus derechos y deberes es básico para que podamos ofrecerles el mejor cuidado posible". Tal y como añade esta experta, "conocer los derechos y deberes como paciente en la consulta dental le permite participar activamente en su propio cuidado y garantiza una relación de confianza y respeto mutuo con tu dentista".

La base del decálogo se apoya en tres derechos esenciales: dignidad, intimidad y confidencialidad.

1. **Dignidad:**
   Todos los pacientes tienen derecho a ser tratados con dignidad y respeto. Esto significa que, independientemente de su edad, género, raza, origen étnico, religión, orientación sexual o cualquier otra característica, tiene derecho a ser tratado con igualdad y sin discriminación. El equipo odontológico debe siempre respetar sus preferencias personales, así como sus decisiones acerca de su atención.

2. **Intimidad:**
   La intimidad es un derecho fundamental de los pacientes y, siempre que quiera, puede solicitar que en el gabinete dental solo haya las personas imprescindibles para llevar a cabo con éxito el procedimiento odontológico indicado. Todo el personal de la clínica dental tiene la obligación de respetar su privacidad.

3. **Confidencialidad y protección de datos:**
   Se debe guardar la confidencialidad de la información personal y médica del paciente, de forma que no puede ser compartida con terceros sin su consentimiento, a menos que sea necesario para tu tratamiento o esté requerido por la ley. La historia clínica y demás actividades que se llevan a cabo en la consulta dental deben respetar unas medidas de seguridad mínimas, garantizadas por empresas de protección de datos que las clínicas odontológicas están obligadas a contratar. En este sentido, tanto el equipo odontológico como el paciente deben interesarse también por la manera en que las nuevas tecnologías que se utilizan en la consulta gestionan los datos de los pacientes.

4. **Puntualidad:**
   El paciente debe ser informado, siempre que sea posible, de cancelaciones y, en la medida de lo posible, se debe respetar el horario previsto de la consulta; la puntualidad en la atención debe ser una premisa esencial en la atención odontológica, salvo imprevistos y demoras justificadas por complicaciones derivadas de la práctica odontológica.

5. **Situaciones de urgencia:**
   A pesar de que la Odontología suele ser de carácter privado, el dentista y su equipo tienen la obligación de atender situaciones de emergencia y urgencia vital de forma incondicional. El paciente debe tener acceso a servicios de emergencia si es necesario.

6. **Libertad de elección:**
   El paciente tiene el derecho a escoger libremente a su dentista. Esto incluye el derecho a buscar una segunda opinión si tiene dudas sobre el diagnóstico o tratamiento recomendado por su dentista. Igualmente, posee el derecho de cambiar de dentista si no está satisfecho con la atención recibida.

7. **Libertad de contratación y asesoramiento clínico:**
   El paciente puede aceptar o rechazar un tratamiento recomendado. Antes de empezar cualquier tratamiento, el dentista debe explicarle claramente lo que implica, incluyendo los riesgos y beneficios, y obtener tu consentimiento.
   El asesoramiento clínico implica el derecho a recibir asesoramiento de expertos sobre las diferentes opciones de tratamiento disponibles para cada caso. Esto significa que debe proporcionarse información completa y comprensible sobre todas las opciones de tratamiento, incluyendo las ventajas y desventajas de cada una, los posibles efectos secundarios y el coste.
   El paciente debe tener un dentista asignado como interlocutor en clínicas con varios dentistas; además, no debe resignarse a ser atendido por una persona de recepción o por un comercial en cuestiones que tengan que ver con el tratamiento.

8. **Consentimiento:**
   Una vez recibida una información suficiente, veraz y razonable acerca del diagnóstico y alternativas de tratamiento, el paciente tiene derecho a tomarse un tiempo para decidir cómo quiere proceder. El derecho al consentimiento significa que puede decidir si desea proceder con un tratamiento recomendado después de haber recibido asesoramiento. El dentista debe obtener el consentimiento antes de proceder con cualquier tratamiento.

   El consentimiento informado será, en general, verbal; en caso de intervenciones quirúrgicas o actos invasivos, se debe proporcionar además un documento escrito de consentimiento. Éste deberá entregarse con el tiempo suficiente para que pueda leerlo, evaluarlo y aceptarlo o no. Esta es la razón por la cual el consentimiento informado no se puede entregar en el mismo momento en el que se va a realizar la intervención.

9. **Continuidad asistencial:**
   Si cambia de dentista, el paciente tiene derecho a una transición suave y a la continuidad de la atención, lo que implica que el nuevo dentista debe poder acceder a su historial médico completo y continuar con la atención donde lo dejó el equipo odontológico anterior.

10. **Profesionalidad y calidad:**
    El paciente tiene derecho a recibir atención de alta calidad, independientemente de la clínica dental a la que acuda, de forma que el personal de la clínica dental debe estar debidamente calificado y capacitado, y la clínica debe cumplir con las normas y regulaciones de seguridad y salud.
    El equipo odontológico no debe realizar tratamientos para los que no está preparado, y se deben cuidar las instalaciones, los protocolos y los tratamientos para que sean seguros.

Derechos específicos

Además de estos derechos fundamentales, como apunta la Dra. Echeverría, "existen otros derechos específicos importantes". Por ejemplo, el paciente odontológico tiene derecho a ser informado sobre cualquier cambio en el plan de tratamiento y a participar en la toma de decisiones sobre su atención. También tiene derecho a recibir una atención sin dolor y cómoda

Y también algunos deberes

"Si bien es fundamental que el paciente conozca y comprenda sus derechos como paciente, también es importante que cumpla una serie de deberes básicos, que van desde proporcionar información precisa y completa o seguir las instrucciones del dentista a llegar a tiempo a las citas o comunicar cualquier problema o inquietud", apunta la Dra. Echeverría

Así, de la misma manera que existe el derecho a recibir una atención de calidad, el paciente debe colaborar activamente en su propio cuidado. Esto implica proporcionar información precisa y completa sobre su salud y antecedentes médicos, ya que esto puede afectar significativamente al plan de tratamiento y a la eficacia de este. Además, debe seguir las recomendaciones de su dentista en términos de higiene oral y cumplir con los planes de tratamiento acordados.

También debe respetar las políticas de la consulta dental, como la de cancelar las citas con antelación si no puede asistir, y cumplir con los acuerdos financieros establecidos con la clínica.

Como concluye la Dra. Ana Echeverría, *"al ejercer sus derechos y cumplir con sus deberes, el paciente se asegura que recibe la mejor atención posible para su salud oral"*.

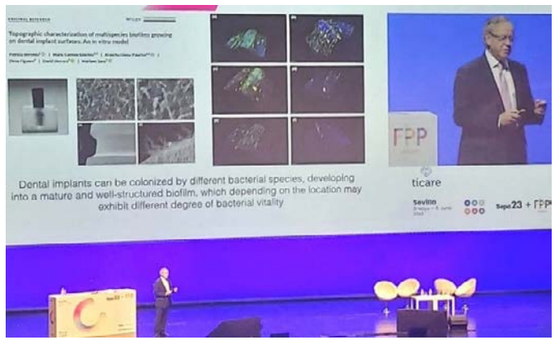
SEPA Sevilla 2023

Destacada participación de TICARE

La participación de TICARE con un ambicioso programa de conferencias, ha sido uno de los éxitos del Congreso SEPA 2023, que ha conseguido niveles de asistencia previos a la pandemia.

La participación de Ticare ha estado marcada por varias conferencias donde se ha puesto el foco en la prevención de las enfermedades periimplantarias mostrando su sistema de implante-pilar, que disminuye el riesgo de periimplantitis; y los diversos estudios que acreditan el gapZero en la conexión.

El **Prof. Mariano Sanz**, director de la **Cátedra UCM-Ticare**, impartió un Fórum "El concepto del implante individualizado. Evidencia científica".



El Dr. Alberto Monje aportó una estrategia terapéutica basada en la regeneración ósea efectiva y predecible para zonas con rebordes edéntulos o donde la extracción de implantes está indicada debido a periimplantitis, en una conferencia que lleva por título «Mínima invasión en reconstrucción de defectos alveolares».

Por su parte, el Dr. Juan Blanco comentó la relevancia del pilar intermedio en implantes bone-level, presentando los resultados del artículo recién publicado en Clinical Oral Implants Research, desarrollado bajo la Cátedra USC-Ticare sobre utilizar o no pilar intermedios estandarizados en implantes que soportan prótesis parciales atornilladas.

Ticare tampoco quiso perder la oportunidad de participar en el Espacio Integra durante el congreso SEPA, una forma distendida de presentar un tema de conversación en la exposición comercial. Miguel Moyano, Coordinador de Gestión Científica en Ticare, fue el encargado de hacer una revisión de la literatura científica para valorar la relevancia del gapZero.

ticare

"Las conferencias de Ticare ya están disponibles en la plataforma de formación online Implant Training"

Másteres clínicos semipresenciales

Universidad de Lleida

La Universidad de Lleida, con más de 700 años de historia, está situada en el eje Madrid-Barcelona, proporciona formación abierta al mundo a sus más de 10.000 alumnos. Ocupa el puesto 46 del mundo en cuanto a la calidad de la docencia, según el ranking Times Higher Education's Impact 2021.

A través de relaciones internacionales y cientos de convenios con otras universidades, ofrece atractivos programas con experiencias enriquecedoras y prácticas clínicas en países de prestigiosa tradición en las ciencias de la salud.

Titulación
- Ortodoncia
- Implantología

Masters semipresencinales clínicos

Duración
- Un año (60 ECTS)
- Dos años (120 ECTS)

Objetivos
- Permitir a odontólogos continuar trabajando mientras estudian
- Dirigido a los recién graduados o profesionales que desean especializarse y potenciar sus habilidades clínicas.

Programa
- Contenido práctico *hands-on* en el laboratorio de la UdL concentrado en 2 semanas para minimizar desplazamientos
- Complementado con el campus virtual para ampliación de los conocimientos teóricos

Clínica con pacientes
- En universidades internacionales. Máximo 4 participaciones, supervisados por profesores doctorados con amplia experiencia docente. Todo incluido: vuelos, estancia, materiales, instrumentos ...

Idioma
- Existe un grupo en español y otro en inglés

Acreditación internacional accesible con pago fraccionado, que permite una formación óptima en buen ambiente de trabajo, como demuestran la satisfacción y éxito profesional de los exalumnos.

Universitat de Lleida

www.edenformacion.com

eden formación dental

info@edenformación.com

681.000.111

Colabora:

www.perdental.es

EXPODENTAL presenta su edición 2024

Italia será el país invitado de EXPODENTAL 2024

En el Recinto Ferial, tuvo lugar la presentación a la industria de EXPODENTAL 2024, Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales. La feria, organizada por IFEMA MADRID en colaboración con la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, celebrará su XVII edición los días 14 al 16 de marzo (jueves a sábado) bajo el lema "Tecnología al servicio de los profesionales".

El acto, que ha contado con las intervenciones de la directora de negocio de IFEMA MADRID, Arancha Priede; la secretaria general de Fenin, Margarita Alfonsel; el presidente del Sector Dental de Fenin, Luis Garralda, y la directora de EXPODENTAL, Ana Rodríguez, ha ofrecido un amplio detalle de los contenidos, así como de la estrategia ya en marcha para impulsar la representatividad e internacionalidad de esta feria líder y con una fuerte orientación al negocio, que se perfila, una vez más, como el principal punto de encuentro de todos los profesionales del sector de la odontología. La presentación también ha contado con la participación de Roberto Rosso, fundador y presidente de Key-Stone que ha realizado un análisis de la situación actual del mercado dental.

La previsión de participación para EXPODENTAL 2024 muestra signos muy positivos que apuntan a que se superarán los datos de la edición 2022, cuando la feria reunió 329 expositores directos – 238 nacionales y 91 internacionales de 17 países; 542 empresas expositoras y 26.154 visitantes profesionales, procedentes principalmente de Portugal, Italia, Alemania, Francia y Argentina. La adjudicación de espacios para la nueva edición, que ocupará los pabellones 4, 6 y 8 del Recinto Ferial, se realizará los días 26, 27 y 28 de septiembre en las instalaciones de IFEMA MADRID.

Como novedad, Italia, será el País Invitado de EXPODENTAL, una iniciativa que, en cada edición, pone el foco en un país o región de interés para las empresas expositoras, con el objetivo de promover la asistencia de sus profesionales, ofreciéndoles una serie de ventajas para facilitar su visita.

El esquema de organización de EXPODENTAL contempla, además, la presentación de un espacio diferenciado para el Sector de Formación, que concentrará la información sobre la mejor oferta académica en grado, postgrado y formación continua de profesionales, a través de la participación de universidades, centros de formación, sociedades científicas, colegios profesionales y empresas. El Área de Formación también contará con una zona específica de actividades donde las empresas participantes podrán desarrollar sus presentaciones y charlas y con su propio Speakers' Corner.

Por otra parte, y como es habitual, el carácter formativo de EXPODENTAL se completará con la celebración del Día del Estudiante el jueves 14 de marzo, una jornada abierta a los estudiantes de 4º y 5º de Odontología, así como a los futuros higienistas y protésicos dentales.

De forma paralela a la exposición comercial, se organizará un programa de presentaciones, a cargo de las empresas expositoras, que tendrá lugar en el *Speakers´ Corners* de EXPODENTAL, donde se darán a conocer algunas de las tecnologías, soluciones y tratamientos más innovadores desarrollados en los últimos dos años. Durante la edición de 2022 los *Speakers´Corners* ofrecieron 54 ponencias que congregaron a 1.125 asistentes.

EXPODENTAL también incorpora una fórmula de hibridación que complementa la participación presencial de empresas y profesionales con la plataforma digital LIVEConnect ofreciendo un valor añadido a todos los participantes y una probada herramienta para ampliar las oportunidades de *networking* entre expositores y visitantes.

SECIB aborda en la Universidad Sevilla las aplicaciones del PRGF en ATM

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) ha celebrado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla (US) un curso sobre aplicación de plasma rico en factores de crecimiento (PRGF, por sus siglas en inglés) en disfunción craneomandibular. La jornada desperto un gran interés entre los profesionales, que completaron el aforo nada más conocerse su fecha.

Impartido por el Dr. Eduardo Vázquez Delgado, doctor en Odontología y experto en disfunción creaneomandibular y dolor orofacial, el programa se ha centrado en las indicaciones y el protocolo de empleo del PRGF en la ATM para tratar de reducir la sintomatología y recuperar la funcionalidad.

El Dr. Vázquez expuso durante la formación teórica de la mañana los conceptos fundamentales y fisiológicos de la ATM, las nuevas modalidades de tratamiento de determinadas patologías articulares, las indicaciones del uso del PRGF en la patología de la ATM y las claves para obtener un resultado clínico óptimo.

Eduardo Vázquez Izquierda) junto a Daniel Torres, presidente de SECIB, y Fernando Mure.

Por la tarde los asistentes pudieron -tutorizados y asistidos en todo momento por el Dr. Eduardo Vázquez- realizar los procedimientos de infiltración de PRGF en pacientes que presentaban sintomatología en la ATM.

De este modo, los inscritos en el curso han tenido la oportunidad de seguir el protocolo de tratamiento paso a paso, desde la extracción de sangre, hasta la infiltración del PRGF en la ATM.

Según ha expresado el presidente de SECIB, el Dr. Daniel Torres, *"este tipo de acciones formativas sobre temas de interés clínico y con ponentes solventes son una herramienta incuestionable para el crecimiento de la profesión"*. En este sentido, ha agradecido a *Biotechnology Institute* "su apuesta por la investigación y su contribución a la formación de calidad del odontólogo con inquietudes quirúrgicas".

NSK
Create it

Ofertas Especiales

DESDE EL 1 DE FEBRERO HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2023

S-Max M | CONTRA-ÁNGULOS DE ACERO INOXIDABLE

2 Contra-Ángulos del mismo modelo

MODELO M25
REF. C1027

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

619€*
1.358€*

MODELO M25L
REF. C1024

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

819€*
1.802€*

2 Multiplicadores del mismo modelo

MODELO M95
REF. C1026

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

819€*
1.808€*

MODELO M95L
REF. C1023

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

1.019€*
2.394€*

* Los precios no incluyen iva. Ofertas limitadas hasta el 31 de Agosto de 2023 o hasta fin de existencias.

S-Max M | TURBINAS DE ACERO INOXIDABLE CON LUZ LED

POTENCIA 26W

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

2 Turbinas del mismo modelo

Conexión NSK
MODELO M900L
REF. P1254

819€*
1.850€*

Conexión KaVo® MULTIflex®
MODELO M900KL
REF. P1258

819€*
2.074€*

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

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

SEDCYDO Gijón 2023 - Un congreso multidisciplinar

El Dr. Ramon Kutz Aramburu nombrado miembro honorario

La Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial celebró su congreso anual los días 19 y 20 de mayo en Gijón.

Una reunión de marcado carácter transversal, en la que se dieron cita Odontólogos, Cirujanos Maxilofaciales, Fisioterapeutas y Logopedas.

Premios 2023:

Durante la cena del Congreso se entregaron los siguientes Premios y reconocimientos:

- **Comunicación libre en formato póster**, titulada: Influencia de las unidades musculares en el análisis de la fiabilidad test de contracción isométrica de la musculatura masticatoria De los autores Iglesias Peón, M.; Alburquerque-Sendín, F.
- **Comunicación libre en formato póster**, titulada Efectos adicionales del ejercicio terapéutico orofacial con un enfoque conductual para el tratamiento de los trastornos temporomandibulares crónicos un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego de los autores C. Justribó-Manion; J. Mesa-Jiménez; J. Bara Casaus; Jc. Zuil Escobar; K. Wachowska; G. Álvarez Bustins.
- **Comunicación libre en formato póster**, titulada Relación entre portadores de férulas tipo Michigan diagnosticados de Bruxismo del sueño y el síndrome de apneas-hipopneas del sueño: Estudio piloto de los autores González González A; Montero Martín J; Martín Casado AM, Gómez Polo C.
- **Placa de agradecimiento a la Dra. ELENA GONZÁLEZ CANAL**, en reconocimiento a su labor como presidenta del XXXIII Reunión Anual SEDCYDO Gijón 2023.
- **Mejor artículo científico** sobre Disfunción Craneomandibular, Dolor Orofacial y Medicina Dental del Sueño, publicado en una revista científica, ha sido otorgado al Dr. Juan Ignacio Rosales Leal, por su artículo: How Confinement and Back to Normal Affected the Well-Being and Thus Sleep, Headaches and Temporomandibular Disorders Publicado en colaboración con los Dres. Cristian Sánchez Vaca, Aleksandra Ryaboshapka, Félix de Carlos Villafranca y Miguel Ángel Rubio Escudero, en la revista International Journal of Environmental Research and Public Health 2023, 20, 2340.
- **Medalla al Dr. José Manuel Torres Hortelano**, en reconocimiento por su labor como presidente de la Junta Directiva de la Sociedad, durante el mandato 2019-2022.
- **Miembro Honorario: al Dr. Ramon Kutz Aramburu**, como prueba de agradecimiento por su implicación académica y profesional en el desarrollo de la investigación y difusión de los Trastornos Temporomandibulares y el Dolor Orofacial, por su labor en pro de la Sociedad.

SEPES PRESENTA SUCONGRESO SEVILLA 2024

La Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética SEPES presentó a la industria del sector odontológico la 53 edición de su congreso clínico-científico anual que tendrá lugar en esa misma sede del 10 al 12 de octubre de 2024 bajo la presidencia del Dr. Rafael Martínez de Fuentes, vicepresidente de SEPES y Profesor de Prótesis Estomatológica de la Universidad de Sevilla.

En esta reunión de presentación previa del congreso se dieron cita más de medio centenar de asistentes representando a las más de 55 empresas punteras en el sector dental internacional que se espera estén presentes en la exposición comercial de más de 3.000 m^2 que SEPES habilitará en el congreso de 2024. El resultado de la reunión fue altamente satisfactorio ya que se tradujo en la contratación del 50% de los stands disponibles lo que prevé una importantísima exposición comercial en el congreso.

SEPES llevará de nuevo a Sevilla el año que viene su cita científica más importante después de que en 2015 el propio Prof. Rafael Martínez de Fuentes presidiera también en FIBES el congreso de SEPES de ese año. En aquella ocasión se dieron cita 3.000 congresistas siendo el congreso odontológico más multitudinario antes celebrado en España.

Bajo el lema del congreso *Protocolos para la práctica clínica como eje vertebrador*, 80 ponentes de más de 30 nacionalidades participarán en las conferencias, talleres, debates, demostraciones clínicas, lunch simposios, etc. que tendrán lugar a lo largo de los tres días que durará el congreso.

Temas de gran actualidad como la neurociencia, la coordinación de los tratamientos interdisciplinares, las tendencias en estética facial, la digitalización aplicada al diagnóstico y planificación de los tratamientos, la gestión de la clínica dental, la importancia del trabajo de las higienistas dentales y los últimos avances de la industria dental en tecnología, materiales, instrumental y servicios son algunos de los temas que se abordarán en el congreso.

52 SEPES
VALENCIA 23
12-14/OCT.
Ya somos digitales. Y ahora, ¿qué?

Si se te han pasado los dos plazos anteriores de **tarifa reducida**
¡que no se te pase éste porque es el último!
Hasta el 30 de SEPTIEMBRE

Consulta tarifas y PROMOS en
www.congresosepes.org

Vive la
EXPERIENCIA SEPES

Google Play
App Store

SEPES
Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

Descárgate aquí la APP del congreso

XLIV Reunión de la Sociedad Española de odontopediatría

Del 11 al 13 de mayo en Castellón

El acto de inauguración conto con el más alto nivel de representación de la Universidad Española, el presidente de la Conferencia de Decanos, el Profesor Luis Giner, también con la asistencia de la concejala de Salud Pública, Isabel Granero; Marta Ribelles y Asunción Mendoza, presidentas del Congreso y de SEOP, respectivamente; y de la presidenta del Colegio de Dentistas de Castellón, Salomé García.

Durante las tres jornadas, 31 ponentes destacados por su prestigio profesional a nivel nacional e internacional en las distintas áreas de dedicación ligadas al ámbito de la Odontopediatría, entre los que se incluyen figuras como las de las doctoras Margherita Fontana (desde EEUU) y Jenny Abanto (de Brasil), compartieron los avances de nuevas técnicas preventivas, terapéuticas y diagnósticas que hacen posible intervenir de manera precoz y efectiva para minimizar las secuelas de las enfermedades orales en el crecimiento y desarrollo del niño.

PREMIOS DEL CONGRESO

- Comunicación Oral, titulada Cambios volumétricos radiculares en dientes trasplantados: estudio piloto. *Cahuana Bartra, P; Brunet Llobet, L; Engli Rueda, M; Rabassa Blanco, J; Miranda Rius, J.*
- Comunicación Oral, titulada: Secuelas dentales en adolescentes sometidos a tratamiento oncológico durante la primera infancia. *Rabassa Blanco, J; Brunet Llobet, L; Marcote Sinclair, P; Cahuana Bartra, P; Miranda Rius, J.*
- Comunicación Oral, titulada: Tratamiento dental recurrente bajo sedación profunda en una población infantil. Estúdio retrospectivo. *Gómez Ríos, I; Ortiz Ruiz, AJ; Serna Muñoz, C; Pérez Silva, A.*
- Comunicación Oral, titulada: Percepción de los padres y aceptación de la pigmentación con fluoruro diamino de plata en Italia. Un estudio transversal. *Cappiello, MC; Bagattoni, S; Piana, G; Veloso Durán, A; Guinot Jimeno, F.*
- Comunicación en formato póster titulada: Efectividad de las fresas de polímero en la excavación de caries en dentina respecto a las fresas convencionales de carburo de tungsteno. Una revisión sistemática. *López Martínez, S; Gregori Puchol, P; Pometti, AM; Ferrandis Castellá, A; Velló Ribes, MA.*
- Comunicación en formato póster, titulada: Manifestaciones clínicas de pacientes asmáticos en odontopediatría. *Flórez Mora, M; Sandibel Garcete, C; Martínez Pérez, EM.*
- Comunicación en formato póster, titulada: Querubismo. La necesidad de un diagnóstico temprano: estudio de seguimiento. *Elomba Biahakue, A; López Arrastia, C; Gómez García, E; Planells Del Pozo, P; Beltri Orta, P.*
- Comunicación en formato póster, titulada: ¿Cómo influyen las nuevas modificaciones de los ionómeros de vidrio en sus propiedades mecánicas? *Morales Fuentes, A; Ortiz Ruiz, AJ; Perez Silva, A; Serna Muñoz, C.*
- Comunicación novel, presentada por vez primera, titulada: Relación entre la calidad de vida en relación con la salud oral (OHRQOL) y la salud bucodental en niños de Madrid: estudio piloto. *Alcántara Heras, I; Martín Vacas, A; Paz Cortés, MM; Pecena, KH; De Nova García, MJ.*
- Comunicación novel, presentada por vez primera, titulada: Asociación entre la apnea obstructiva del sueño y la salud dental general pediátrica. *Nieto Sans, N; Veloso Duran, A; Vallès Vegas, C; Lluch Llagostera, C; Guinot Jimeno, F.*
- Comunicación novel, presentada por vez primera, titulada: Reabsorción radicular de los molares temporales y desarrollo dentario de los premolares sucesores en niños con osteogénesis imperfecta medicados con bifosfonatos. *Garcete Delvalle, CS; De Nova García, MJ; Mourelle Martínez.*

FORMACIÓN
EN FOTOGRAFÍA ODONTOLÓGICA
MC
ACADEMIA FOTOGRÁFICA
Dirigido a Profesionales del Sector Odontológico
(Odontólogos, Higienistas Bucodentales, Auxiliares)
PARA MÁS INFORMACIÓN CLICK AQUÍ
PARA VER VIDEO CLICK AQUÍ
Márcel Martín Barceló
Dra. Caridad Hernández Pando
(+34) 609 783 244
marcelmartinbarcelo@gmail.com

VIII Asamblea de FIEFO en Lima Perú

Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología

Bajo el lema: "La educación de calidad en Odontología no tiene fronteras"

Las asambleas FIEFO son uno de los puntos de encuentro Iberoamericanos más importantes sobre enseñanza odontológica. Este año se desarrolló del 31 de mayo al 3 de junio en la Universidad Científica del Sur en Lima, Perú.

Con el objetivo de contribuir con la formación académica de calidad de los futuros profesionales en odontología y continuar fortaleciendo el trabajo colaborativo entre Universidades de Latinoamérica y España se desarrolló la VIII Asamblea de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología FIEFO. Estuvieron reunidos más de 30 Decanos y Directores de 10 países, de España acudieron el presidente de la Conferencia de Decanos de Odontología y Decano de la U.I.C el Dr. Luis Giner y el Dr. Josep M. Ustrell, de la Universidad de Barcelona, junto con el Dr. Antonio Castaño Presidente de la Fundación Odontología Social Luis Seiquer. La reunión tenía como objetivo potenciar la vinculación y compartir experiencias en las cinco áreas estratégicas de la FIEFO:

1. Movilidad estudiantil y docente.
2. Investigación y desarrollo.
3. Ética del ejercicio profesional
4. Educación en odontología.
5. Odontología social y comunitaria.

En la ceremonia inaugural el Dr. Rolando Peniche[1], Presidente de la FIEFO y Decano de la Universidad Anáhuac Mayab destacó la importancia de la vinculación internacional para el desarrollo de los estudiantes de odontología "Nuestros estudiantes podrán vivir experiencias nuevas y crecer en su formación profesional y personal" mencionó el Dr. Peniche en su discurso.

En esta ceremonia se tributó un reconocimiento al Dr. José Arturo Fernández Pedrero[2], Pas Decano de la Universidad Autónoma de México, por su gran trayectoria y contribuciones como la fundación de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología FIEFO.

La Universidad Científica del Sur en Lima Perú fue anfitriona del evento, el Dr. Claudio Peña[3], Decano de esta casa de estudios comento "A lo largo de los años, hemos logrado formar una comunidad y queremos que esta sea cada vez más grande y consolidada. Por eso, todo nuestro programa ha facilitado el *networking* para conversar y escuchar sobre proyectos que tienen un impacto positivo en la formación de los futuros cirujanos dentistas."

Durante la asamblea se desarrolló el *Panel de discusión sobre inclusión y diversidad en los servicios de salud - La odontología comunitaria como una estrategia para sensibilizar y formar a nuestros estudiantes*. Este panel contó con la participación de instituciones como Operación Sonrisa, Olimpiadas Especiales, Esperanza Amazónica, Fundación Odontología Social Luis Séiquer entre otros. En las conferencias el Dr. Josep Ustrell de la Universidad de Barcelona nos habló sobre la responsabilidad del

profesional en el ejercicio de la odontología, el Dr. Carlos Robles de la Universidad Anáhuac sobre los retos y perspectivas de la movilidad académica en odontología en un mundo globalizado, el Dr. Luis Giner de la Universidad Internacional de Catalunya sobre la docencia de la odontología en el marco actual de las ciencias de la salud y el Dr. Luis Arriola de la Universidad Científica del Sur sobre los avances de la odontología latinoamericana en investigaciones publicadas en revistas de alto impacto.

Se desarrollaron también mesas de trabajo en las cinco áreas estratégicas con el aporte de todos los decanos y directores asistentes, las conclusiones de estas mesas se compartieron en la Asamblea las cuales estarán disponibles en la web de la FIEFO. Finalmente se eligió la sede de la próxima Asamblea FIEFO 2024, será anfitriona la facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Catalunya en Barcelona.

(1) Ver nº 21 Odontólogos de hoy (2) Ver nº 24 Odontólogos de hoy (3) Ver nº 56 Odontólogos de hoy Ver nº 39 Odontólogos de hoy Ver nº 48 Odontólogos de hoy

Másteres clínicos semipresenciales

Universidad de Lleida

La Universidad de Lleida, con más de 700 años de historia, está situada en el eje Madrid-Barcelona, proporciona formación abierta al mundo a sus más de 10.000 alumnos. Ocupa el puesto 46 del mundo en cuanto a la calidad de la docencia, según el ranking Times Higher Education's Impact 2021.

A través de relaciones internacionales y cientos de convenios con otras universidades, ofrece atractivos programas con experiencias enriquecedoras y prácticas clínicas en países de prestigiosa tradición en las ciencias de la salud.

Titulación

- Ortodoncia
- Implantología

Masters semipresencinales clínicos

Duración

- Un año (60 ECTS)
- Dos años (120 ECTS)

Objetivos

- Permitir a odontólogos continuar trabajando mientras estudian
- Dirigido a los recién graduados o profesionales que desean especializarse y potenciar sus habilidades clínicas.

Programa

- Contenido práctico *hands-on* en el laboratorio de la UdL concentrado en 2 semanas para minimizar desplazamientos
- Complementado con el campus virtual para ampliación de los conocimientos teóricos

Clínica con pacientes

- En universidades internacionales. Máximo 4 participaciones, supervisados por profesores doctorados con amplia experiencia docente. Todo incluido: vuelos, estancia, materiales, instrumentos ...

Idioma

- Existe un grupo en español y otro en inglés

Acreditación internacional accesible con pago fraccionado, que permite una formación óptima en buen ambiente de trabajo, como demuestran la satisfacción y éxito profesional de los exalumnos.

Universitat de Lleida

www.edenformacion.com

eden formación dental

info@edenformación.com

681.000.111

Colabora:

www.perdental.es

Congreso Internacional de la SEGER

León 5 y 6 de mayo.

La Sociedad Española de Gerodontología que preside el Profesor José María Martínez González celebró en la ciudad de León su XXI congreso Nacional y X Internacional, con una excelente respuesta de asistentes y presencia de casas comerciales.

El programa científico pensado para los más jóvenes abarco un amplio abanico de temas de interés. Sorprendió a los asistentes la perfecta sincronización de todas las actividades que cumplieron rigurosamente el horario establecido.

Durante el congreso se presentaron los libros: *"Gerodontología Clínica"* libro propio de SEGER y *"Manual de Microcirugía Aplicada a la Odontología"*.

El presidente del Congreso, Dr. Mariano del Canto, insistió en que cada día es más importante adaptar los contenidos curriculares de las universidades y convertir la Gerodontología en una entidad específica en los mismos.

Comenzó el Congreso el viernes por la mañana con una mesa sobre" ORT en el paciente adulto mayor: Sobretratamiento o Indicación" moderada por el Profesor José López de la U. B. al que siguió otro sobre "Atrofia maxilar severa. Enfoque terapéutico".

Por la tarde Una Mesa Sobre Rehabilitación en el paciente adulto mayor: analógica o digital. Moderada por la Profesora María Jesús Suarez y en la que participaron José Antonio Badás y el Profesor Guillermo Pradíes.

Finalizó la tarde con la mesa "Maratón de decisiones", moderada por el Profesor Andrés Blanco Carrión, en la que se sucedieron brillantes intervenciones.

El sábado junto a las comunicaciones orales y posters tuvo lugar el Concurso interuniversitario: Rehabilitación estética y funcional en el paciente adulto mayos.

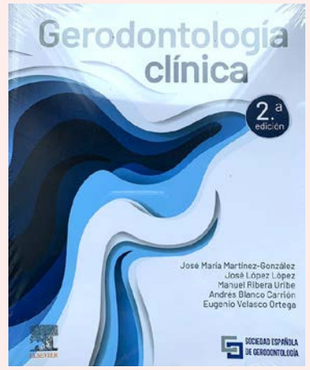
Después del café Mesa sobre Periimplantitis: tratamos el implante o la prótesis con los Drs. Alberto Monje y Guillermo Cabanes.

Conferencia fin de congreso. Estética en el paciente adulto mayor, desde los dientes a la cara. Con el Dr. Daniel Capitán y el Dr. Pablo Baltar.

Terminando con la entrega de premios.

El próximo Congreso de SEGER será en Barcelona del 9 al 11 de mayo de 2024.

Presentación del libro: "Gerodontología clínica"



M. Ribera Uribe. Hay campos del saber de la profesión odontológica que disponen de un gran número de libros sobre temáticas varias y propias de la materia en cuestión. Sin embargo, hay especialidades que, pese a su trascendencia profesional y social, a la carencia de formación continuada específica y a su interés, no tienen demasiados libros de referencia. Este es el caso de la GERODONTOLOGIA. Recientemente, la Sociedad Española de Gerodontología (SEGER), con su presidente, el Dr. José María Martínez a la cabeza, ha patrocinado la publicación del libro GERODONTOLOGIA CLINICA editado por la Editorial Elsevier y coordinado por los doctores José Mª González, José López, Manuel Ribera, Andrés Blanco y Eugenio Velasco. Bajo la autoría de 58 profesionales, docentes de la mayor parte de las Universidades españolas, ha nacido un libro, revisión de una edición anterior, que aúna el conocimiento de todas las materias relacionadas con la odontología de las personas mayores.

Un extraordinario trabajo de síntesis y coordinación docente que ha resultado en un libro de texto con vocación de influir en la formación de GERODONTOLOGIA de los odontólogos en las universidades españolas, de ser una herramienta de consulta en los dentistas en ejercicio y de ofrecerse a todo el mundo de habla hispana como un libro de referencia en la materia. Todos los miembros de SEGER tienen a su disposición un ejemplar del libro de modo gratuito. Sus 354 páginas y sus 22 capítulos, prologados por los profesores Arthur Friedlander. Jose Vicente Bagán y Antonio Bascones condensan todo el conocimiento del tema de una manera clara y amigable en lo que, social y demográficamente, va a ser sin duda alguna la materia con más impacto en la odontología del futuro.

Pude adquirirse el libro en AXON - www.axon.es

Hablamos con José Luis Gutiérrez Pérez

Decano de la Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

Catedrático de la Universidad de Sevilla con plaza vinculada al Hospital Universitario Virgen del Rocío. Hacemos un recorrido por algunos de los temas más candentes de la profesión odontológica y en especial de la Cirugía Bucal, de los que nos ofrece respuestas que además de sinceras, llegan a ser lecciones magistrales sobre la actualidad de la profesión. Su currículo no nos cabe en estas páginas y es sobradamente conocido, innecesario describirlo para alguien tan poco o nada dado a la figuración. Actualmente es el Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla. En la entrevista se nos define como "un médico cirujano oral y maxilofacial y dentista que trata de ayudar a sus pacientes y enseñar a sus alumnos y colegas", como perfil profesional ahí queda, pero si hay que poner un perfil personal conociéndole, le ponemos el de un "Servidor Público Vocacional", dispuesto a servir a la sociedad donde sea requerido, cosa que siempre consigue con sobrada dedicación y eficacia.

La SECIB ha presentado "La Guía Práctica Clínica (GPO) "Atención Odontológica al paciente con cáncer oral", trabajo que ha dirigido usted. ¿Qué objetivos esperan alcanzar con este trabajo?

Quizás podríamos condensar en tres los objetivos principales por los que me pregunta:

El primero de ellos podría resumirse en ofrecer a la profesión odontológica un instrumento valioso para reducir la variabilidad en la práctica clínica relacionada con el cáncer oral.

El segundo de los objetivos principales se centraría en incrementar la seguridad de nuestros pacientes a través de la práctica de una asistencia sanitaria de calidad evaluada y contrastada.

En tercer lugar, nuestra Guía de Práctica Clínica persigue el objetivo de ayudar a los profesionales y a los propios pacientes a adoptar las medidas más adecuadas ante problemas clínicos específicos relacionados con la atención odontológica en pacientes que padecen cáncer oral.

Las Guías de Práctica Clínica representan un elemento nuclear de la Odontología basada en la evidencia científica … suponen para nuestra profesión alinearse con el resto de las especialidades médicas

El hecho de que haya sido incluida en el Catálogo de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. ¿Qué supone para la profesión odontológica?

Debemos tener en cuenta que las Guías de Práctica Clínica elaboradas con una metodología rigurosa y validada por agencias externas, como las que la SECIB pone a disposición de todos los profesionales que decidan consultarlas, representan un elemento nuclear de la Odontología basada en la evidencia científica. La propia dinámica de elaboración de éstas genera este valor añadido.

En términos secuenciales, se parte de una evaluación pormenorizada y minuciosa de la evidencia científica a través de una revisión bibliográfica adecuadamente orientada con una valoración exhaustiva de las publicaciones identificadas. Sólo a continuación se inicia la fase de escritura de la Guía formulando unas preguntas intencionales a las que se tratará de dar respuestas sólidas desde la evidencia científica. Posteriormente se trabaja para alcanzar consensos y finalmente, se somete el resultado de todo ello a la valoración de revisores externos y Sociedades científicas. Difícilmente puede elaborarse una Guía de Práctica Clínica validada en un plazo inferior a los 24 meses.

Para desarrollar esta metodología en la "Atención odontológica a los pacientes oncológicos" tuvimos que adaptar el documento "Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico" publicado por el Ministerio de Salud del Gobierno de España, junto con las recomendaciones disponibles en "Guía Salud". Pero, en línea con su pregunta, ello ha supuesto para nuestra profesión odontológica alinearse con el resto de las especialidades médicas que se ocupan del cáncer en condiciones de igualdad y equivalencia.

¿Cómo cree que ha sido recibida por los profesionales?

Hemos de tener en cuenta que, para los profesionales sanitarios en general, y por lo tanto para los odontólogos y odontólogas en particular, la formación permanente representa una vertiente ineludible en su desarrollo profesional y una parte indispensable en su práctica clínica. En este contexto, las Guías de Práctica Clínica son siempre recibidas con un elevado interés por los profesionales implicados por cuanto suponen una puesta al día muy cualificada en las parcelas del conocimiento en las que se centran.

Además, las Guías de Práctica Clínica son muy apreciadas porque al ser elaboradas por profesionales expertos en las materias, ofrecen un volcado masivo de experiencia clínica, práctica y fundamentada, más allá del "estado del arte" que configuran las referencias bibliográficas aportadas.

¿Qué diferencia a una guía clínica de un protocolo?

A menudo puedan llegar a confundirse.

Las Guías de Práctica Clínica representan un elemento nuclear de la Odontología basada en la evidencia científica … suponen para nuestra profesión alinearse con el resto de las especialidades médicas

Un protocolo, en términos sencillos, es una hoja de ruta configurada en algoritmos clínicos, elaborado con metodología variable, que generalmente está sancionado para su utilización por un servicio asistencial, un centro o una sociedad científica. Se encuentra condicionado por las circunstancias específicas en que se desenvuelve la práctica clínica "protocolizada" en el marco en que dicho protocolo es aprobado y tiene valor de protección médico-legal. Finalmente, es un documento restringido al ámbito profesional.

Una Guía de Práctica Clínica tiene una metodología muy rigurosa y ceñida a la evidencia científica. No sanciona un procedimiento de actuación específico sino que ilumina el conocimiento científico subyacente en las principales opciones posibles y lo realiza con un carácter global y universal, no circunscrito a una realidad concreta porque el avance de la ciencia no puede reparar en las limitaciones contextuales. Por último, una Guía de Práctica Clínica no se limita a los profesionales sino que se ofrece también para los pacientes.

Esta guía que ha dirigido usted ha contado con un equipo. ¿Qué nos puede destacar del grupo participante?

Tengo que confesar que, para mí, ha sido un auténtico honor trabajar en la confección de esta guía.

En primer lugar, quiero señalar que he trabajado intensamente en la misma junto con mi gran amigo y colega, el profesor Daniel Torres Lagares, Presidente de la SECIB al que deseo brindar mi mayor reconocimiento y admiración.

Junto a él, el equipo de coautores ha sido muy extenso: más de 17 expertos multidisciplinares de todos los ámbitos de la Oncología actual (oncología médica, oncología radioterápica, cirugía oral

y maxilofacial, odontología) de tres Universidades españolas, 2 expertos de apoyo metodológico del Servicio Andaluz de Salud y 2 sociedades científicas implicadas, además de la propia SECIB.

Me gustaría destacar que esta Guía de Práctica Clínica ha contado, además con la revisión externa de dos auténticos maestros que son absolutos referentes internacionales en el ámbito del cáncer oral, me refiero al profesor José Vicente Bagán Sebastián, catedrático de la Universidad de Valencia, y el profesor Adalberto Mosquera-Taylor, de México.

Desde prácticamente nuestra primera reunión de equipo, pronto identificamos la extraordinaria magnitud del problema que íbamos a afrontar y la elevada variabilidad de la práctica clínica en esta parcela de la medicina y de la odontología, así como el elevado coste de la atención sanitaria requerida. Ello nos obligó a definir un plan de trabajo personalizado para cada miembro del equipo.

Multidisciplinariedad, diversidad geográfica, internacionalidad y alto nivel de excelencia han sido las señas de identidad de un equipo muy comprometido con el reto de elaborar la Guía de Práctica Clínica y muy altamente cualificado.

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) ha conseguido ponerse a la altura de las grandes sociedades en un tiempo récord, tanto en volumen como en calidad. ¿Cuéntenos cómo fueron sus momentos fundacionales?

A menudo tengo que hacer esfuerzos para que no me inunde la nostalgia… fueron tiempos muy difíciles pero los afrontamos con mucha ilusión, confianza y convicción.

Es imposible no recordar a socios fundadores que ya no se encuentran entre nosotros. Permítame que me refiera a dos que fueron, para mí, muy importantes y determinantes: el Prof. Manuel Donado Rodríguez y el Dr. Jesús Gómez de la Mata Andrés.

Pero si nos centramos en los socios en activo, debo destacar a uno singularmente: al Prof. Cosme Gay Escoda. Desde que nos conocimos no hemos dejado de trabajar juntos en todas las vertientes asistenciales, docentes e investigadoras de la Cirugía Bucal. Siempre hemos estado compenetrados, nos hemos entendido con sólo mirarnos y hemos diseñado multitud de estrategias, aunque no siempre acertáramos. Como ambos somos médicos especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial y además dentistas, hemos tenido una visión muy global de la Cirugía Bucal, de sus horizontes y de sus fronteras, y hemos luchado de manera incansable por su desarrollo.

También quiero comentar que el origen de la SECIB está muy ligado a Sevilla. Con su germen en una pequeña comisión gestora surgida en el seno de las Reuniones nacionales de profesores de Cirugía Bucal, fue en Sevilla, en el año 1997, donde se fundó la Sociedad Española de Cirugía Bucal con carta de naturaleza, celebrándose la primera Asamblea General de sus socios fundadores y eligiéndose su primera junta directiva. Desde entonces tres "sevillanos" han ostentado su presidencia (Dr. David Gallego, Dr. Daniel Torres y yo mismo) y hemos celebrado en nuestra ciudad el Congreso Nacional en dos ocasiones.

De las aportaciones de la SECIB a la profesión. ¿Destaque una especial en su opinión?

Sin duda alguna, la principal aportación ha sido colocar la cirugía de la cavidad bucal en los gabinetes dentales, al alcance de los odontólogos. Ello ha requerido un prolongado camino no exento de dificultades.

Tenemos que tener en cuenta que la situación de partida era la de una patología quirúrgica oral y maxilofacial (todos recordamos el libro del Prof. Calatrava) que se estudiaba de manera curricular obligatoria en las Escuelas de Estomatología (en los orígenes) y en las Facultades de Odontología más recientemente pero cuya práctica clínica asistencial estaba, en la práctica real, en manos de los cirujanos orales y maxilofaciales que, aunque no fueran dentistas, siempre desarrollaron esta parcela de actividad estando, incluso, su sociedad científica adscrita al Consejo General de Colegios de Dentistas.

… la principal aportación de SECIB ha sido colocar la cirugía de la cavidad bucal en los gabinetes dentales, al alcance de los odontólogos.

En el seno de la SECIB, en sus Congresos y en sus innumerables actividades de formación continuada, fraguaron y se consolidaron primero decenas y luego cientos y cientos de profesionales que se sentían atraídos por la práctica de la cirugía bucal.

Como ya hemos indicado, la SECIB tuvo su origen en el seno universitario y fue ahí también, en los equipos universitarios cada vez más sólidos, expertos y cualificados donde encontró socios imprescindibles para generar sinergias creando un auténtico motor de impulso a la Cirugía Bucal porque las jóvenes generaciones que iban llegando a las Facultades de Odontología recibían una formación quirúrgica perfectamente estructurada y secuenciada que se proyectaba hacia los estudios de master de tres años de formación ya que los profesores universitarios rápidamente adaptamos nuestros programas docentes a los referentes europeos.

Por su parte, la SECIB brindaba un nuevo sentido de pertenencia en un entorno de ilusión renovada a todos los que deseaban formar parte de una nueva familia emergente en la Odontología, la familia de la Cirugía Bucal que los acogía asumiendo que los niveles de especialización podían ser diversos y amplios. Fue entonces cuando la profesión entendió que si se configuraban equipos multidisciplinares para la atención odontológica, la Cirugía Bucal podía ser llevada a cabo perfectamente por un odontólogo.

Hablemos del máster de cirugía bucal de la Universidad de Sevilla. ¿Qué ha supuesto como avanzada de lo que puede ser la formación de las futuras especialidades?

Al igual que otros muchos Máster impartidos en las principales Facultades de Odontología de nuestro país, ha supuesto durante más de 20 años (23 para ser exactos) una oportunidad magnífica para que los odontólogos egresados de nuestras Facultades pudieran tener acceso a una opción formativa especializada absolutamente homologable a la formación como especialistas recibida en los países de la Unión europea que tienen reconocida la especialidad de Cirugía Bucal, esto es, la totalidad de estos países menos España.

Efectivamente, nuestro Máster de Cirugía Bucal siempre tuvo una duración de tres años y la formación hospitalaria en el seno del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío ha sido una de sus principales señas de identidad.

Además, como ya he comentado en alguna respuesta anterior, nuestro Máster fue cuna de la Sociedad Española de Cirugía Bucal y ha desempeñado un papel muy comprometido con la misma durante todos los años de su existencia.

Por todo lo expuesto, considero que tras la aprobación de la especialidad de Cirugía Bucal por el Gobierno de España siempre deberá rendirse un tributo de gratitud hacia estos Máster que no sólo fueron pioneros en ofrecer y permitir una formación especializada a los dentistas españoles, sino que están suponiendo el auténtico germen sobre el que fundamentar y articular la propuesta de la futura especialidad de Cirugía Bucal en nuestro país de la mano de la Sociedad Española de Cirugía Bucal.

¿La relación entre odontólogos y cirujanos maxilofaciales, como la ve en una próxima aprobación de la especialidad de cirugía bucal, habrá conflicto de intereses?

Como tantas veces ocurre en la vida, los conflictos de intereses y las disputas competenciales los soporta mucho más el papel que las relaciones personales entre los profesionales. Quiero decir con ello que, en mi experiencia personal, la convivencia entre los médicos especialistas en Cirugía oral y Maxilofacial y los dentistas que realizan preferentemente Cirugía Bucal en su práctica clínica es excelente en términos generales y la tendencia es a que cada vez sea más integrada y participativa en equipos multiprofesionales como ocurre en la práctica totalidad de las especialidades de la Salud. Cuestión distinta es la formalidad a la hora de defender los supuestos de apariencia legal, sobre todo cuando son interpretativos o lastrados por la historia que no se compadece con la realidad.

Nunca fue fácil, aunque cada vez lo va siendo más en la actualidad, la relación de la Cirugía Bucal con la Cirugía Oral y Maxilofacial pero hay razones para ver el futuro con esperanza. La hibridación de dentistas y cirujanos maxilofaciales en los equipos multidisciplinares cada vez es más profunda y estrecha y el respeto a las competencias que son exclusivas supera a las disputas. También se ha progresado extraordinariamente en el entendimiento de las competencias que son compartidas y cada vez más, las sociedades científicas respectivas estrechan los lazos personales e institucionales. Para quienes, como yo, siempre hemos defendido que esta convivencia no sólo debe ser pacífica sino que es deseable y está llamada a ser cooperativa y colaborativa en el futuro, es motivo de una gran satisfacción.

Estamos en un momento de cierto entusiasmo, por una cercana aprobación de las especialidades en odontología, al menos para los que apuestan por esta decisión. En todo este revuelo por conseguirlas, hay algo fundamental que no se suele poner sobre la mesa. ¿Qué criterios se deben cumplir para conseguir la autorización de una especialidad?

He sido siempre un ferviente defensor de las especialidades odontológicas y en determinados momentos de mi trayectoria profesional he llegado a pensar que eran más inminentes que ahora. Por eso mi entusiasmo actual, que lo tengo, es moderado y muy racional, apelando a la moderación, a la correcta gestión de los plazos y al tratamiento correcto de cómo se trasladan nuestras aspiraciones a la hora de solicitar al Ministerio de Sanidad la creación de las especialidades odontológicas en general y la Cirugía Bucal en particular.

A fecha de hoy, la decisión de creación de una especialidad sanitaria (sea médica, enfermera, odontológica o de otra cualquier titulación de ciencias de la salud) no es una decisión discrecional de ninguna instancia del Gobierno, ya que se encuentra perfectamente regulada por un Real Decreto que establece de manera muy sistematizada y concreta quién puede solicitarla, qué requisitos imprescindibles se deben acreditar debidamente cumplimentados y qué categorías argumentales deben ser expuestas para que puedan ser estudiadas las propuestas. En ningún caso estamos frente a un procedimiento exclusivo para la creación de las especialidades odontológicas sino ante un procedimiento global de aplicación estricta en cualquier titulación sanitaria. Finalmente, quiero comentar que yo comparto estos criterios que me parecen objetivos y alejados de la arbitrariedad, pero, precisamente por ello soy muy cauto en sus análisis y me siento alejado de aquellos colectivos profesionales que ya están prácticamente celebrando la inminencia de su especialidad. En

los foros más íntimos e internos de la SECIB, del Consejo General de Dentistas con su Presidente (Dr. Oscar Castro) y de la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Odontología que está trabajando intensamente en este tema y próximamente creará una Comisión delegada específica, ya he tenido ocasión de comentar mi posición al respecto.

¿Cómo debe ser en su opinión el lugar y medios donde formar a los futuros especialistas y la forma de acceso?

Creo que en España tenemos la experiencia extraordinariamente positiva del sistema MIR y como a menudo le digo a mis alumnos y discípulos, cuando algo ya está inventado y funciona a la perfección lo mejor que podemos hacer es imitarlo. De acuerdo con este criterio, en mi opinión corresponderá la formación de los futuros especialistas a los centros que resulten acreditados por la Comisión nacional correspondiente. Pero, como sé que a ustedes les gusta que los entrevistados nos mojemos, le comentaré que sólo veo viable la formación de especialistas en contadas Facultades de Odontología con una trayectoria asistencial consolidada y unas estructuras clínicas adecuadas y algunos hospitales universitarios que tienen incorporadas áreas de práctica clínica odontológicas a su cartera de Servicios. Creo que la combinación de las infraestructuras académicas de estas singulares Facultades y los recursos hospitalarios comentados (generalmente utilizables en forma de rotaciones) configuran el núcleo formativo esencial para que la Comisión Nacional de la especialidad acredite la formación de especialistas.

En cuanto al modelo de acceso no puede ser otro que el del sistema MIR a través de un examen nacional único de todo el contenido de la titulación y la asignación rigurosa y estricta de las plazas formativas de forma competitiva en función del resultado del examen ponderado por los méritos curriculares que se establezcan o determinen.

¿A qué entidades representativas les corresponde intervenir en la negociación ante la administración sobre las especialidades?

El Real Decreto al que ya he hecho referencia no deja duda al respecto. Coloca en el nivel decisorio exclusivamente al Ministerio de Sanidad y en el nivel propositivo a las Sociedades científicas de ámbito nacional que cumplan determinados requisitos, a las Comunidades Autónomas y al Consejo Interterritorial de Salud. La Universidad española tiene competencias para emitir informes vinculantes y las organizaciones colegiales pueden emitir informes pero no de carácter vinculante. En todo caso, en mi opinión, las Universidades y el propio Consejos General de Dentistas, deberían trabajar de manera conjunta facilitando las gestiones institucionales que suponen requisitos imprescindibles para la solicitud de las especialidades y trasladando a todas las instituciones involucradas una imagen cohesionada e integrada de la profesión odontológica. En este sentido, reconozco la magnífica labor que, según mi opinión están desarrollando hasta el momento los Presidentes de los Decanos y del Consejo, Dres. Lluís Giner y Oscar Castro respectivamente.

… veo viable la formación de especialistas en contadas Facultades de Odontología con una trayectoria asistencial consolidada y unas estructuras clínicas adecuadas …

La reserva de competencias con la aparición de especialidades es lo que ha motivado muchas posturas en contra. ¿Cree usted que su aprobación debe hacer temer a quienes no dispongan de la especialidad? ¿Qué ocurrirá con los que tienen

una dedicación a estas áreas de trabajo cuando se apruebe la especialidad?

ste es también un tema delicado. Nunca he trabajado en modelos de creación de las especialidades que supongan una reserva de competencias "suicida" para la profesión odontológica.

En este aspecto, creo que es importante aclarar que tenemos un rasgo diferencial muy importante y definitivo con las especialidades médicas. A menudo tendemos a considerar que el modelo de las especialidades médicas tiene que ser válido para todas las profesiones sanitarias reguladas y yo no lo entiendo así salvo en lo que respecta al acceso a las especialidades y sus requisitos formativos y de acreditación. Me explico mejor: en la Medicina, la totalidad de ésta se encuentra fragmentada en especialidades, de manera que no existe un ámbito que pudiéramos denominar "Medicina General" en la práctica clínica ya que estos contenidos corresponden a los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

En la Odontología, por el contrario, aunque se reconocen en Europa unas cuantas especialidades, en ningún caso queda agotado ni diluido el ejercicio profesional de la Odontología General e, incluso, es clave este rol para aglutinar e integrar a los diferentes especialistas en el seno de equipos multidisciplinares. Por lo tanto, la especialización en Odontología no tiene vocación de parcelar esta profesión al cien por cien, sino de acreditar competencias profesionales expertas y singulares en profesionales dentistas que se han cualificado para ello en programas reconocidos, acreditados y evaluados de manera oficial. En este marco, ser especialista incrementa tus competencias profesionales en el área de la especialidad como cuando se expande un acordeón, pero no menoscaba las competencias profesionales de los dentistas ni conlleva una reserva espacio profesional más allá de las limitaciones que la ética y la deontología profesional ya imponen y los colegios profesionales y los jueces tutelan para que no se traspasen las barreras de la imprudencia amparado en un título. Así ocurre en la totalidad de las titulaciones profesionalizantes y, muy específicamente, en todas las profesiones sanitarias.

En esta profesión la Universidad mantiene una conexión como en pocas, si es que las hay, en la formación continuada de los profesionales, usted es un referente de esta continuidad. ¿Cómo valora esta circunstancia?

El escenario que usted define entre el mundo universitario y la Odontología yo lo comparto, pero creo que está comenzando a agotarse y requiere cambios en profundidad.

En primer lugar soy un firme defensor de la enseñanza de posgrado oficial en la Universidad, es decir de aquella a la que accede en condiciones de mérito, capacidad e igualdad. En este sentido, la Universidad puede seguir formando durante muchos más años a sus estudiantes sin incrementar el número de dentistas ya que estaría acotado por un "numerus clausus" la entrada de alumnos en las Facultades pero los dentistas ya graduados en general podrían formarse en óptimas condiciones en áreas especializadas.

Afortunadamente, tanto el Rector de la Universidad de Sevilla como su Equipo rectoral impulsan esta estrategia y en mi Universidad disponemos de 3 másteres oficiales con 20 plazas cada uno de ellos que durante un año de formación intensiva permiten el acceso a la especialización en la Odontología médico-quirúrgica, en la Restauradora y conservadora y en la Odontología infantil, incluyendo odontopediatría, la ortodoncia y la preventiva. Finalizado su año de formación y obtenido el título correspondiente que es oficial y de validez nacional. Los egresados pueden cursar más años de formación en los Títulos Propios correspondientes. Con la llegada de las especialidades a nuestro contexto profesional, el modelo que apoyo, propongo y defiendo aún tendrá mayor protagonismo, pues los Títulos Propios que actualmente centran su formación en los contenidos de estas especialidades (Ortodoncia y Cirugía Bucal son el máximo exponente por su masivo reconocimiento europeo) serán extinguidos y sustituidos por los programas formativos de las especialidades. Entonces, el reto para las Universidades será que las Comisiones Nacionales de las especialidades y el propio Ministerio de Sanidad a través de sus agencias oficiales, las acrediten para formar especialistas y ahí no valdrá el oportunismo ni el menor esnobismo porque no se aplican las reglas del mercado en las que sólo acceden quien paga para ello.

Desde estas páginas hemos alertado de una necesaria reconsideración de las relaciones de las sociedades científicas con la industria. ¿Cómo opina usted que se debería establecer?

Considero que no puedo estar más de acuerdo con esa afirmación. Los que me conocen saben bien que siempre he defendió

… el modelo de acceso a las especialidades, no puede ser otro que el del sistema MIR a través de un examen nacional único …

que las relaciones de las sociedades científicas tienen que estar basadas en la confianza y lealtad, en el *win-win* (ganar las dos partes y no me refiero sólo al dinero) y en sustituir la mera relación comercial por auténticas alianzas estratégicas sólidas y de medio-largo plazo. Por eso, si no se implican los responsables del más alto nivel de las empresas y los propios presidentes de las Sociedades, este tipo de relaciones están condenadas al fracaso en plazos de tiempo cada vez más breves, porque enseguida se ponen encima las necesidades cortoplacistas y los retornos de inversión y ése es el germen del desencuentro.

Además, considero que el modelo actual de Congresos, patrocinios de estos, stands, etc. Es un modelo obsoleto y caduco. Ya no hay que desplazar a un ponente chino o australiano para escuchar una magnífica conferencia y la convivencia profesional (que es uno de los valores de los congresos) puede articularse de formas alternativas a las celebraciones sociales que disparan los costes y convierten a menudo los congresos en actos más sociales que profesionales.

Usted ha sido responsable del Servicio Andaluz de Salud, donde las asignaciones presupuestarias siempre ocupan un amplio debate. ¿Hay una correlación directa y constante entre aumento del gasto y una mejor sanidad?

La gestión de los sistemas sanitarios públicos es una de las gestiones más complejas que existen en todas las administraciones. En el ámbito económico especialmente porque se dan tres circunstancias prácticamente únicas en la gestión sanitaria difíciles de encontrar en otras áreas:

En primer lugar que las necesidades son infinitas tanto a nivel de la sociedad en su conjunto como a nivel individual. Sin embargo, los recursos son limitados, medidos en términos de PIB hablamos de cifras que oscilan entre el 6 y el 12 por ciento en los países occidentales que establece su gasto sanitario en función de su propia historia, idiosincrasia, escalas geo-demográficas, valores socioculturales y realidades laborales y económicas. Ello nos obliga a gestionar los mismos con criterios de equidad y máxima eficiencia.

En segundo término, existe siempre dificultad para la sociedad entre asumir los costes globales de una salud pública universal y gratuita y obtener una respuesta adecuada a las necesidades individuales, muy mediatizadas por las expectativas que, a menudo, están sobredimensionadas en aspectos aledaños a una asistencia sanitaria de calidad.

Finalmente, los costes de la salud son siempre crecientes, lo que no ocurre en otras muchas parcelas del consumo o la industria que es norma que abaraten los precios conforme se consolidan sus desarrollos. En las tecnologías sanitarias y los medicamentos la práctica totalidad de los costes de su I+D+i se impactan en el precio final de los mismos que siempre se incrementan en curvas muy inflacionistas, constituyendo una auténtica amenaza para la sostenibilidad del sistema.

A ello quisiera añadir, contestando más directamente a su pregunta que la correlación entre "aumento del gasto y mejor sanidad" no es directa, ni siquiera correlativa. Se puede disponer de una excelente sanidad, medida con indicadores de resultados reales y objetivos, tales como mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, con un gasto moderado con relación a otros países similares. La razón de ello estriba en una gestión muy eficiente y equitativa de los recursos asignados y, en ello, España es un buen ejemplo.

Finalmente, me gustaría también reflejar mi profunda convicción de que el gasto en sanidad no debería ser nunca un gasto como tal porque en realidad se trata de una inversión. Por cada euro invertido en Sanidad, retornan más de tres a la sociedad en diferentes niveles productivos.

¿En su doble condición de docente universitario y gestor público, en su opinión qué resulta más crucial, invertir en salud o en educación?

No es posible separar ambas inversiones si queremos vivir en una sociedad justa, moderna y del siglo XXI. La inversión en Educación, desde la básica a la universitaria, representa el eslabón imprescindible para la igualdad de oportunidades y, además, constituye la única vía por la que en tan sólo una generación una persona en inferioridad de condiciones (y sus descendientes) pueden incorporarse a una vida que permita su desarrollo pleno en condiciones de igualdad y libertad. Antes se decía que la Educación era el principal ascensor social, después se ha ha-

La relación sociedades científicas e industria … … tiene que estar basada en la confianza y lealtad, en el win-win *(ganar las dos partes y no me refiero sólo al dinero) y en sustituir la mera relación comercial por auténticas alianzas estratégicas sólidas y de medio-largo plazo*

blado mucho sobre la meritocracia, pero yo no creo tanto en ella como en la igualdad de oportunidades que genera la Educación. Pero… ¿de qué serviría todo esto si no contáramos con la garantía del acceso a la salud y a unos servicios de atención sanitaria públicos, universales y gratuitos? Sin la garantía de un sistema sanitario de calidad no es viable que la Educación opere sus cambios y transformaciones en la sociedad. En mi modesta opinión, la Educación y la Salud son los dos ejes claves y nucleares de las sociedades modernas y democráticas del siglo XXI.

En esta profesión la relación profesional paciente siempre ha sido muy constante y directa, el paciente habla de "Mi dentista". ¿Cree que la aparición de equipos de trabajo, que imponen en muchos casos las nuevas técnicas, conducirá a una deshumanización de esta relación?

Sinceramente creo que no. Y existe un magnífico ejemplo de ello en nuestra profesión "hermana": la medicina.

Todos hemos admirado el bucolismo de los cuadros románticos y las referencias literarias del siglo XIX. Allí se acuñó el término "paciente" (derivado de paciencia) y se nos impregnó con esa idea del médico como benefactor no sólo profesional sino humano. De ahí también deriva mucha de la filosofía que soporta una relación médico-paciente clásica, ajena a la tecnología y al funcionamiento en equipos que entonces no existía.

La realidad hoy día es otra bien distinta porque la sociedad exige unos servicios sanitarios de calidad y éstos sólo pueden ser dispensados por quipos multidisciplinares altamente competentes. EL volumen de conocimientos y la dificultad de superar las curvas de aprendizaje que imponen las nuevas tecnologías así lo exigen. Por ello la relación profesional adecuada hoy día es la de Equipo profesional (odontológico en nuestro caso) y paciente. Los ciudadanos lo saben muy bien y por eso concedemos muchísimo más valor a la accesibilidad al buen resultado que a otros componentes de la accesibilidad que tuvieron importancia en el pasado y hoy están ya superados, como por ejemplo, la accesibilidad geográfica: "yo no quiero ir a un dentista por tenerlo más cerca, quiero ir al que me garantice un mejor resultado aunque me tenga que desplazar".

¿Como valora la investigación en la universidad pública española? ¿Y su docencia?

Antes me ha preguntado por la Educación y la Sanidad y le he respondido que se trataba de una dupla inseparable. Con la docencia y la investigación ocurre algo similar. No se pueden concebir la una sin la otra y, si se separan, todos perdemos.

Mire, la Universidad es el motor de cambio y transformación social más potente con el que cuenta una sociedad, además de ser la depositaria del conocimiento de la sociedad en su conjunto. Como depositaria del conocimiento, seguimos haciendo algo muy equivalente a lo que realizaron los monjes en los monasterios de la Edad Media hasta que se alumbró el Renacimiento, pero en paralelo, se complementa con la generación continua de nuevos conocimientos que sólo se logran a través de la investigación cuyos resultados se transmiten a todos los niveles de la vida de los ciudadanos a través de los sistemas de transferencia, innovación y desarrollo. De esta manera el caudal global de conocimientos tiene al infinito, también en salud.

El ciclo se cierra con la Docencia, a través de la cual se entregan los conocimientos, permanentemente actualizados a través de la Investigación, a toda la ciudadanía a través de un sistema de enseñanza-aprendizaje regulado y acreditado que debe tener vocación universal y un acceso fundamentado en la igualdad de oportunidades, el mérito y la capacidad.

Desde estas bases fundamentales, considero que tanto la Investigación como la Docencia están en progresión en la Universidad Pública española y ya hace unos cuantos años que alcanzaron los estándares europeos de manera que podemos sentirnos orgullosos de nuestro sistema universitario público y la recientemente aprobada Ley Orgánica del Sistema Universitario y sus Reales Decreto de desarrollo estoy seguro de que supondrá un buen revulsivo para la modernización de algunas de sus estructuras. Todo lo especificado anteriormente tiene una aplicación e impacto directo en la Odontología que ha pasado a constituirse en un Campo de Estudio para sus titulaciones y un Ámbito de Conocimiento de nuevo reconocimiento que contendrá varias Áreas o Especialidades universitarias para la asignación y ubicación del profesorado.

Es usted un profesor universitario de reconocido prestigio, ha ocupado puestos de alto nivel en la gestión pública y es médico. ¿Dónde se encuentra más cómodo?

Para responderle a esta pregunta me tengo que remitir a la famosa diferencia entre "ser o tener". Yo me "siento" un médico cirujano oral y maxilofacial y dentista que trata de ayudar a sus pacientes y enseñar a sus alumnos y colegas. Aparte de ello, o mejor dicho quizás, además de ello, he "tenido y tengo" diferentes funciones de responsabilidad en la gestión en las áreas de mis propias actuaciones profesionales tanto en el Servicio Andaluz de Salud como en la Universidad de Sevilla. ¿Sabe…? Como decía John Lennon, "la vida es lo que ocurre mientras hacemos planes". Yo he sido muy afortunado y he tenido la oportunidad de desempeñar responsabilidades que han cambiado mi vida, me han enriquecido como persona y me han permitido que me vaciara (a veces literalmente) con entrega total en base a mis propias convicciones y valores. Y por supuesto con el resultado de "innumerables iniciativas y, probablemente, fracasos también innumerables…" (ésta es una frase de mi recordado escritor y poeta Antonio Gala) para mejorar la calidad de los servicios prestados a la sociedad en mi ámbito de gestión.

Pero si le soy realmente sincero, mi vida profesional es especialmente rica en la actualidad, dirigiendo el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío que siempre fue mi casa y mi refugio como cirujano y desempeñando el Decanato de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, que siempre fue mi hogar académico. En ambos escenarios he desarrollado mis mayores esfuerzos tratando de superar las metas volantes que he cruzado hasta la fecha.

También le digo que lo que tenga que venir, a buen seguro vendrá… en ese sentido, siempre acepto los retos y los desafíos.

¿Una recomendación para quienes se están incorporando a esta profesión?

Mi mensaje es positivo y lleno de esperanza. A pesar de las dificultades de saturación de profesionales y de los pobres indicadores de salud bucodental, el futuro creo que es prometedor y les recomendaría que afronten su llegada a la Odontología con proactividad y con optimismo. Es una profesión preciosa en sus contenidos que está inmersa en un doble cambio generacional en vertientes bien definidas ya que, de un lado, conlleva la llegada masiva de personas jóvenes al ejercicio clínico y, de otro, la sustitución del patrón profesional de la Estomatología (especialidad médica) por el de la Odontología, que traerá de la mano las especialidades odontológicas en un futuro que ya no se va a demorar mucho tiempo más.

la Universidad es el motor de cambio y transformación social más potente con el que cuenta una sociedad, además de ser la depositaria del conocimiento de la sociedad en su conjunto

Además, la Odontología va a dejar de ser una profesión "solitaria" por la incorporación de equipos multidisciplinares, en donde las decisiones colegiadas y los tratamientos colaborativos serán la norma.

En el ámbito de los servicios públicos asistenciales la Odontología está cobrando cada vez mayor protagonismo con ampliación sucesiva de las carteras de servicios en la diferentes comunidades autónomas y el establecimiento de redes de referentes dentro de las propias Unidades de Gestión Clínica, como va a realizar este mismo año el Servicio Andaluz de Salud.

En el seno de las universidades españolas, la Odontología ha consolidado una posición de fortaleza que ofrece posibilidades y expectativas extraordinarias a los futuros dentistas que sientan la llamada de la investigación y la docencia.

En resumen, recomendaría a quienes se están incorporando a esta profesión y a quienes piensen hacerlo en el futuro que observen cómo la Odontología, de quien se decía que era la cenicienta de la Salud, acabará siendo su auténtica princesa.

Te lo perdiste te lo contamos

Crónicas de eventos científicos

Dr. A. de Juan Galindez

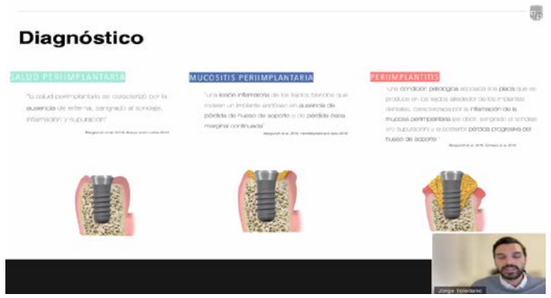
En el ciclo de "SECIB Formación" el 20 de abril se presentó la cuarta webinar de este año 2023 y vamos a una por mes.

Esta vez SECIB presenta un tema de máxima actualidad como es el manejo del proceso denominado "Perimplantitis". Con uno de los grupos de cirugía bucal más pioneros y punteros de nuestro mapa científico, que además es parte de la esencia de nuestra sociedad científica, como es el grupo de la Universitat de Barcelona.

En esta ocasión el **Dr. Rafael Flores Ruiz** miembro del comité científico de **SECIB** presentó al **Dr. Jorge Toledano Serranoba**.

El Dr. Toledano Serranova es Graduado en Odontología con Master en Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial, Doctor en Medicina e investigación Traslacional, investigador del Instituto de Investigación Biomecánica de Bellvitge, profesor asociado de Cirugía Bucal y Anestasia Odontológica de la Universitat de Barcelona, profesor del Master de Cirugía Bucal e implantología Bucofacial en esta misma universidad. Es Socio de SECIB y de la European Associaton for Osseointegration (EAO). HA publicado diversos artículos relacionados con la implantología y la cirugía bucal. Y su práctica clínica privada es exclusiva en implantología y cirugía bucal. Su sólida formación está avalada por sus maestros entre los que destaca Dr. Gay, Dr Arnabat, Dra. Sanchez, Dr Valmaseda y Dr Figueiredo, entre otros.

Según explica en el resumen de su ponencia, las enfermedades periimplantarias se clasifican en mucositis perimplantaria y periimplantitis. Siendo ambas entidades inflamatorias inducidas por placa bacteriana que afectan a los tejidos que rodean los implantes dentales. En la periimplantitis, a diferencia de la mucositis, los signos inflamatorios se asocian a una pérdida ósea prograsiva.



Si bien un tratamiento no quirúrgico suele ser suficiente para la remisión de la mucositis periimplantaria. La periimplantitis, según Jorge, requiere de un enfoque quirúrgico adicional.

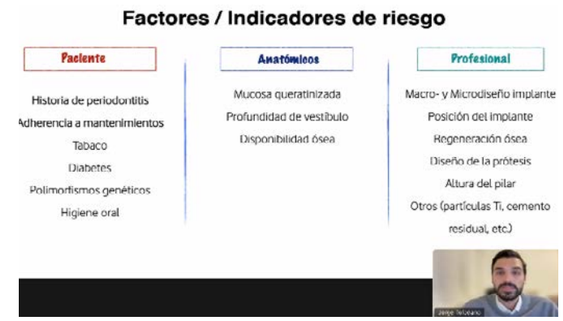
La frecuencia del uso de las rehabilitaciones implanto soportadas hace que la prevalencia de este tipo de procesos sea alta y salvo que consigamos las claves para la prevención, seguirá en aumento. Por ello la importancia de los estudios sobre este síndrome de afectación inflamatoria y de ahí la importancia de la programación por parte de SECIB de esta presentación y el encargo al Dr. Jorge Toledano perteneciente al grupo de la Universitat de Barcelona, tan en los "genes" de SECIB.

En su presentación el Dr. Jorge Toledano distingue entre el concepto de **supervivencia** de estas rehabilitaciones y el **éxito** de estos tratamientos. Siendo conceptos que se deben tener presentes en el manejo de los problemas suscitados, ya que una vez iniciado el proceso inflamatorio se ha perdido la característica de **ÉXITO** de la rehabilitación, moviendonos en términos de **SUPERVIVEVENCIA** de la misma. Por ello la importancia de la prevención de la inflamación de los tejidos peiimplantarios y de la periimplantitis. Bajo la máxima de que *"el mejor tratamiento es el que NO hay que realizar"*.

Definió el termino **periimplantitis** como un proceso crónico con **pérdida del tejido óseo de soporte** de al menos 3 mm en una prueba radiográfica, acompañado de proceso inflamatorios en los tejidos circundantes. La define como una patología **"sitio-especifica"**, dado que en un mismo paciente se puede dar en uno o varios implantes y en otros no, en la misma rehabilitación. Así como en rehabilitaciones distintas en la misma cavidad oral. No estando claro los parámetros etiológicos o factores predisponentes, siendo estos temas de la actualidad en muchos de los estudios de distintas las sociedades y grupos científicos, involucrando cada vez nuevos parámetros como factores involucrados. De ahí la necesidad, si se quiere tener ÉXITO, de estar al día tanto de lo que se publica como de lo que se genera en los distintos foros científicos.

Destaca que el patrón de progresión en la evolución del proceso **no es lineal** y tiene momentos aceleratorios, como a brotes. Resaltando esta característica como distintiva y diferenciadora en su etiopatogenia con las enfermedades periodontales en general y la periodontitis en particular.

Define el Tratamiento de la inflamación periimplantaria y periimplantitis como un tratamiento **Secuencial**. Iniciándose con el control y eliminación de placa, así como la Identificación y Control de los Factores de riesgo.



Según destaca Jorge Toledano, el **Tratamiento No quirúrgico** necesario inicialmente, no va a ser suficiente en la mayoría de los casos de la periimplantiits establecida, para resolver el problema. Necesitando de una segunda fase quirúrgica a fin de reestablecer las condiciones necesarias para la regeneración de los tejidos, reduciendo la bolsa perimplantaria y recuperando las condiciones de salud de los tejidos.

¿Cuándo realizar tratamiento quirúrgico? siempre en un paciente colaborador, previa correcta información a fin de que no se generen falsas expectativas. Dependiendo de la situación de perdida y teniendo muy en cuenta la anatomía de los defectos generalizados … Bien con **técnicas regenerativas** o con **técnicas resectivas**.

Destaca factores como el tipo de tejido circundante, posición de implante y el compromiso estético a la hora de realizar este tipo de técnicas, sobre todo en las técnicas resectivas.

Describió los tipos de tratamientos quirúrgicos:

Cirugía de acceso: con esta técnica solo se desbrida. Mediante una incisión intrasucular se elimina el tejido de granulación, descontaminando el implante. El Proceso de descontaminación del implante es importantísimo si se quiere garantizar el restablecimiento de la salud tisular periimplantaria. Pero en la actualidad estas maniobras de descontaminación no están del todo estandarizada o consensuada, respecto a que técnica es mejor. Jorge explicó que existen técnicas mecánicas, químicas y otras tan novedosas como el Laser, terapias fotodinámicas o baño electrolítico, etc.

El objetivo de estas es la eliminación del Biofilm. No garantizándose la absoluta descontaminación, necesitando del uso de varias de ellas complementándose. Resalta que aun así tampoco existe ningún método que garantice la descontaminación completa.

La reevaluación de resultados conseguidas con esta técnica se debe realizar a los dos o tres meses. Destacando que las reevaluaciones a medio plazo, entre 3 y 5 años es francamente bajo en cuanto al mantenimiento en salud.

La **Cirugía Resectiva** con reposición apical de los tejidos con osteotomía para mejorar la anatomía ósea, es una técnica derivada de las técnicas periodontales de los tratamientos de las periodontitis. Con un índice de existo a medio plazo (5 años) también bajo. Insistiendo que el mejor tratamiento de la Periimplantitis es la prevención.

Se deben considerar estas técnicas de tratamiento periimplantarias como técnicas de rescate y como hemos dicho en términos de SUPERVIVENCIA de estas estructuras protésica que tan importante esfuerzo económico ha supuesto al paciente. Donde las motivaciones es hacer perdurar más tiempo en las condiciones lo más aceptables posibles dichos tratamientos de rehabilitación. Define la implantoplastia como técnica que debe ir asociada a la cirugía resectiva, persiguiendo la modificación de la superficie del implante, pensada inicialmente para estar osteointegrada debido al macrodiseño y a la microsuperficie, a

Métodos de descontaminación

Mecánica	Química	Otras
Curetas (Plástico, Teflón, Fibra de carbono, Titanio, Acero)	Suero salino	Láser (Er:YAG, Diodos,...)
Puntas de ultrasonidos	Clorhexidina	Terapia fotodinámica
Aeropulidores	Peróxido de hidrógeno	Baño electrolítico*
Cepillos (Titanio, Chitosan,...)*	Antibióticos (Locales o Sistémicos)	
Implantoplastia*		

*Tratamiento quirúrgico

Monje A, Amerio E, Cha JK, Kotsakis G, Pons R, Renvert S, Sanz-Martin I, Schwarz F, Sculean A, Stavropoulos A, Tarnow D, Wang HL. Strategies for implant surface decontamination in peri-implantitis therapy. Int J Oral Implantol (Berl). 2022;15:213-48.
Wilensky A, Shapira L, Limones A, Martin C. The efficacy of implant surface decontamination using chemicals during surgi
A systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol. 2023; Epub ahead of print

condiciones que favorezcan la adhesión de los tejidos circundantes y no favorezca la adhesión del biofilm. Estas técnicas de implantoplastia no están libres de controversia, en relación con consideraciones como la contaminación de los tejidos circundantes por los metales desprendidos y en relación con la perdida de integridad y perdida de resistencia mecánica de la estructura de los implantes.

Cirugía Reconstructiva: Persigue conseguir la reosteointegración del implante. No está libre de controversia y se utilizan materiales de Xeno- injerto con o sin membranas, dependiendo de los tipos de defectos. Destacando resultados bajos en la literatura científica en cuanto a éxito de estas técnicas. Siendo la indicación más clara en los defectos contenidos.

Destacó la importancia de la definición de los plazos para poder determinar los éxitos de cada técnica de tratamiento. Ya que los estudios de reevaluación se tienden a hacer con periodos de evolución cortos, no más de 12 meses. Y cuando se reevalúan a 5 años el éxito de estas técnicas se acerca o bajan del 50% de éxito en el mejor de las series.

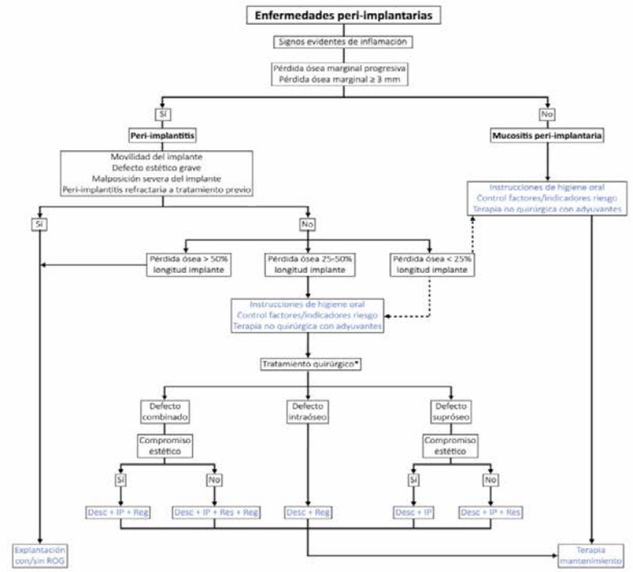
Técnicas de Cirugía Combinadas: según refiere Jorge, es un enfoque en que se conjuga la cirugía resectiva con técnicas re-

Tratamiento quirúrgico de la periimplantitis

CIRUGÍA DE ACCESO	CIRUGÍA RESECTIVA	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA COMBINADA	EXPLANTACIÓN DEL IMPLANTE
Curetaje del tejido inflamatorio y descontaminación de la superficie del implante	Curetaje del tejido inflamatorio, descontaminación de la superficie del implante (implantoplastia), remodelado óseo y reposición apical de los tejidos	Curetaje del tejido inflamatorio, descontaminación de la superficie del implante y reconstrucción del defecto óseo	Combinación de un enfoque resectivo (implantoplastia) y reconstructivo	Remoción del implante y revaluación del caso

Extensión y morfología del defecto óseo
Localización y compromiso estético

Propuesta terapéutica



Desc: Descontaminación de la superficie
¿IP: Implantoplastia?
Reg: Técnicas regenerativas
Res: Técnicas resectivas
ROG: Regeneración ósea guiada

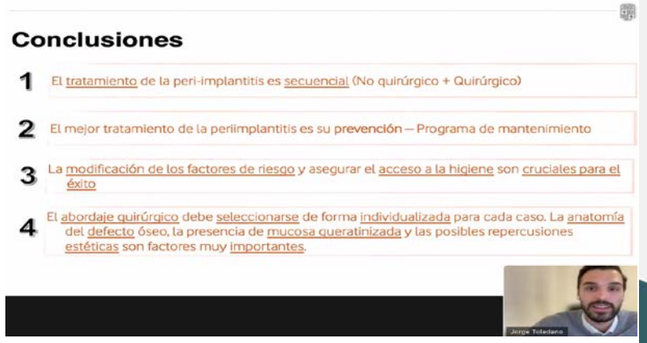
* Valorar cirugía aumento tejidos blandos según necesidad

constructivas. Permite mejorar los parámetros clínicos de éxito sobre todo a corto plazo, 12 o 24 meses.

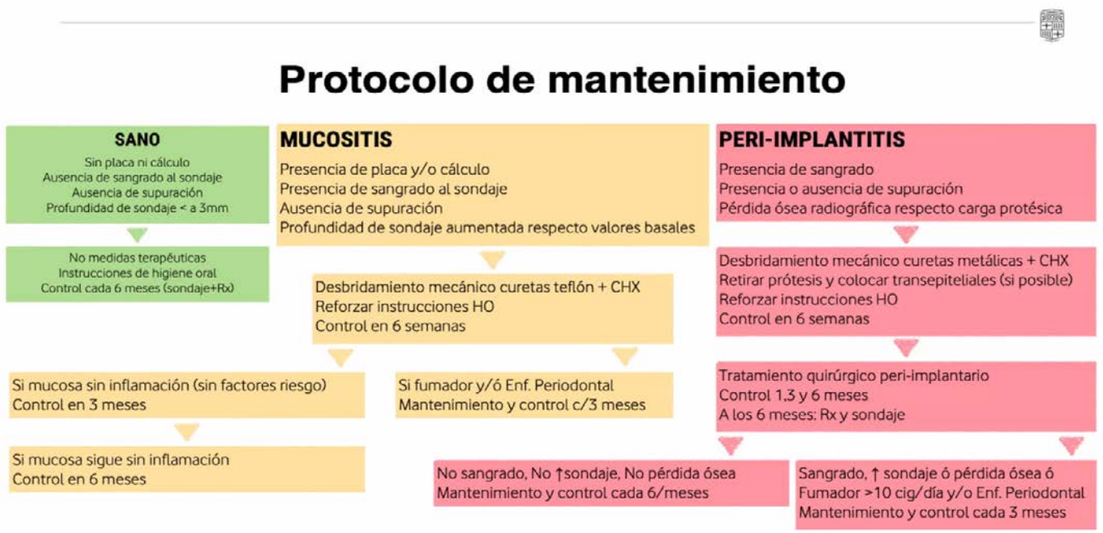
Por último, la **explantación**. Indicado cuando dadas las circunstancias no es predecible el éxito en términos de SUPERVIVENCIA o cuando solo es aceptable en términos de ÉXITO. Indicado con Movilidad del implante, Malposición de este que impide un tratamiento predecible, fractura estructural del implante, Perdida de más del 50% de osteointegración de la longitud del implante o fracaso de Tratamientos de periimplanttitis previos.

Concluye aseverando que el tratamiento de perimplantitis es un tratamiento **SECUENCIAL**. El pronóstico de este depende mucho del momento que se trata en proceso, del tipo y extensión del defecto, de la experiencia del cirujano, de la existencia de bolsas residuales y de los programas de mantenimiento que se diseñen a "posteriori".

Destaca que el mejor tratamiento es la prevención, el control y los programas específicos de mantenimiento de las rehabilitaciones con implantes. En caso de patología aboga por la combinación de tratamiento no quirúrgico junto con tratamiento quirúrgico. Dichos tratamientos y técnicas deben programarse y decidirse individualmente en cada caso, en relación con los distintos factores favorecedores que pueden estar influyendo en la patogenia.



Tras la exposición, el debate se centró en los métodos de descontaminación del implante por considerarse fundamental a la hora de realizar técnicas reconstructivas. NO existe estudios definitivos con relación a las distintas técnicas, siendo estos todavía muy preliminares. Considera que estas técnicas deben cumplir una propiedad muy importante que es no dañar las superficies de los implantes. Se preguntó y se especificó por la necesidad de la periodicidad en los controles. Defendiendo que estos siempre van a depender de las técnicas realizadas y de los factores de riesgo presentes. Siendo recomendable al menos controles precoces durante el tiempo de curación en los primeros tres meses y de al menos dos al año en las fases ya de mantenimiento …



HACIA UNA ODONTOLOGÍA EN METAVERSO

Dr. Pere Riutord Sbert PhD MD DDS
Vicedecano de Odontología ADEMA-UIB
Académico de la Pierre Fauchard Academy
Fellow del International College of Dentists

INTRODUCCIÓN

El metaverso es un entorno interactivo 3D generado por un ordenador, en el que los seres humanos son representados por avatares que pueden interactuar entre sí y con el software del sistema[1,2]. El término proviene de la novela de ciencia ficción *Snow Crash*, escrita por Neal Stephenson[3].

Existen diferentes modelos de metaverso[4-6]:

- Juegos y Mundos Virtuales: permiten el contacto con otros usuarios y programas de software dentro de un mundo virtual 3D. *(World of Warcraft, SecondLife, Twinity).*
- Mundos en espejo: Permiten representaciones virtuales detalladas del mundo real.
- Realidad aumentada: representación virtual aumentada del mundo real con información adicional.
- *Lifelogging:* registro digital de la vida cotidiana mediante estadísticas.

Además de los entornos ya establecidos del metaverso como entretenimientos, teleeducación, telesalud y economía digital, avanzados por Zuckerberg[7], también comienzan a emerger nuevas formas en el arte, como los *No Fungibles Token* (NFT)[8].

En general, los metaversos presentan unas características comunes[4]:

- Interactividad: capacidad del usuario de comunicarse con otros usuarios y el ambiente tridimensional que lo rodea, con capacidad de generar comportamientos preestablecidos con su avatar de manera reciproca con otros.
- Corporeidad: es la representación del usuario a través de un avatar en el espacio tridimensional, sujeto a ciertas normas prestablecidas por recursos limitados.
- Persistencia: sigue desarrollándose a pesar de que algunos o todos sus usuarios no estén conectados. Las posiciones, conversaciones, objetos de propiedad, etc., siempre son guardados y permite recuperarlos al conectarse de nuevo.

En referencia a los modelos y características del metaverso, podemos entenderlo como la convergencia de una realidad física virtualmente aumentada en un espacio virtual físicamente persistente[9,10].

La utilidad del metaverso está ligada principalmente a los usuarios nativos digitales, los cuales, a diferencia de los inmigrantes digitales, pueden realizar varias tareas simultáneamente, como escuchar música, ver vídeos y hasta leer, convirtiendo su cerebro en un procesador multitareas.[11,12]

Se cree que la exposición temprana y constante a la tecnología, es determinante para que los nativos digitales tengan una mayor familiaridad y comprensión de la tecnología que las personas que nacieron antes de que la tecnología fuera difundida, aunque no todos los niños que nacen actualmente son nativos digitales por defecto. Han crecido utilizando la tecnología como el Internet, las computadoras y los dispositivos móviles. Los nativos digitales son más informales y a la vez tienen un flujo de comunicación abreviado, es decir no utilizan palabras completas. Para ellos no existe una barrera de tiempo y espacio y exigen mayor interactividad tecnológica en la parte educativa.

Los inmigrantes digitales son las personas que nacieron antes de la adopción generalizada de la tecnología digital, son menos rápidos para acoger las nuevas tecnologías que los nativos digitales por la rutina y costumbres adoptadas[13].

INTELIGENCIA ESPACIAL EN ODONTOLOGÍA

Es preciso referirse a la Teoría de Inteligencias Múltiples para determinar qué tipo de inteligencia debemos valorar cuando queremos aplicar el metaverso en procesos de aprendizaje en estudiantes de Odontología. El sistema universitario ha entronizado la inteligencia lógico-matemática y la lingüística, pero en Ciencias de la Salud y especialmente en la Odontología debe preponderar la inteligencia cinestésico-corporal y sobre todo la inteligencia espacial[14].

Podríamos definir a la inteligencia espacial como la capacidad para procesar información 3D y poder percibir, reproducir, reconocer, anticipar, ver similitudes y aplicar habilidades en un mundo virtual, incluso la capacidad para imaginar objetos en movimiento[15], evaluada por el Test de Rotación Mental de Wandenberg[16].

De todo ello podemos deducir que el metaverso influye significativamente en el nivel del factor de rotación mental de la inteligencia espacial. A mayor capacidad de rotación mental como factor de inteligencia espacial, mejor aprendizaje procedimental, en donde el individuo genera imágenes mentales espaciales del procedimiento antes de realizarlo. La finalidad es crear haciendo y utilizar el instrumento adecuado para cada objetivo, mejorando el aprendizaje procedimental de técnicas operatorias sobre objetos 3D[17].

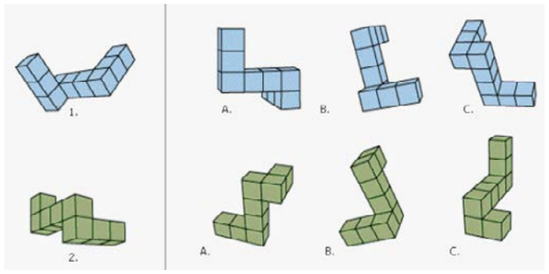


Imagen 1. Test de Rotación Mental de Vandenberg.

Imagen 2. Aula de simuladores hápticos y holográficos de la Facultad de Odontología ADEMA-UIB.

FORMACIÓN ODONTOLÓGICA EN METAVERSO

Los docentes universitarios de la carrera de Odontología se preocupan mucho por la parte procedimental de sus estudiantes ya que deben atender pacientes en los últimos cursos. El estudiante universitario a medida que desarrolla el factor de rotación mental de la inteligencia espacial, le permitirá adquirir una mejor habilidad en la parte procedimental de la carrera de Odontología.

De los conceptos expuestos podemos afirmar que el metaverso permite mejorar el factor de rotación mental de la inteligencia espacial en estudiantes universitarios de la carrera de Odontología. Creemos que los estudiantes que adquieran una capacitación en metaverso mejorarán su factor de rotación mental de la inteligencia espacial. Las instituciones educativas deben pasar por un proceso de adaptación tanto en la realidad tecnológica de equipos como de metodologías que permitan su uso para mejorar las capacidades de los estudiantes. El estudiante universitario de la carrera de Odontología requiere tener inteligencia espacial en su factor de rotación mental para poder desenvolverse mejor en la capacidad procedimental tanto en asignaturas preclínicas como clínicas. Los estudiantes de Odontología de primeros cursos y nativos digitales son óptimos para la inmersión en el metaverso para el aprendizaje.

El conocimiento del metaverso como herramienta de enseñanza, proporcionará un mayor nivel de rotación mental de la inteligencia espacial de los estudiantes de Odontología, evaluado mediante el Test de Rotación Mental de Vandenberg[16].

Tras la aplicación de los simuladores hápticos y holográficos en las practicas preclínicas, y como paso previo a la incorporación del metaverso en la enseñanza de la Odontología en nuestra Escuela **(Imagen 1)**, hemos propuesto conocer en qué grado los estudiantes de Odontología conocen el metaverso y qué nivel tienen sobre el factor de rotación mental de la inteligencia espacial. El estudiante universitario a medida que desarrolla el factor de rotación mental de la inteligencia espacial, le permitirá adquirir una mejor habilidad en la parte procedimental de la carrera de Odontología.

SIMULACIÓN HÁPTICA Y HOLOGRÁFICA EN PRÁCTICAS PRECLÍNICAS

Los estudiantes de Odontología de nuestra Escuela han ido adquiriendo capacidades y habilidades en su proceso de aprendizaje preclínico mediante modelos analógicos o fantomas, para continuar su actividad inmersiva en simuladores hápticos y holográficos en prácticas desarrolladas en aulas **(Imagen 2)**, lo que entendemos como una inmersión parcial preclínica en el mundo virtual 3D.

Creemos que esta actividad inmersiva debe ser total mediante la introducción del metaverso en este proceso de aprendizaje, en donde la simulación pasará de un aula de prácticas a una clínica odontológica virtual donde entrarán en juego los diferentes modelos de metaverso, con el propósito de engañar y adiestrar al cerebro en las técnicas odontológicas y su entorno y consecuentemente con un aprendizaje más eficiente con posibilidades de repeticiones múltiples y poder incorporar casos más complejos en estas fases preclínicas.

La experiencia de ADEMA tras la incorporación desde su inicio de los simuladores hápticos y holográficos en el flujo digital, presente en las técnicas aplicadas en las prácticas clínicas y

Imagen 3. Escuela Universitaria ADEMA-UIB. Centro universitario de enseñanza digital avanzada.

Imagen 4. Estudiante de Odontología realizando simulaciones hápticas y holográficas en metaverso.

preclínicas, abren un futuro hacia una Escuela Universitaria en metaverso. La tecnología actual lo permite y nos lleva al metaverso como una tendencia sin retorno **(Imagen 3)**.

Creemos que el nivel de conocimiento del metaverso es alto entre los estudiantes universitarios de Odontología, sobre todo en los nativos digitales. Ello implica la necesidad de cambiar la enseñanza para evitar las inasistencias a las clases teóricas y prácticas.

La inteligencia espacial es innata, pero puede ser estimulada y desarrollada incluso en individuos que manifiestan limitaciones del aprendizaje mediante procedimientos técnicos en 3D[14]. El metaverso estimula a los estudiantes con problemas de aprendizaje y conocerlo tiene un efecto positivo en la inteligencia espacial[18,19].

Creemos preciso incluir el metaverso en la Odontología al ser una herramienta de enseñanza en la simulación de procedimientos preclínicos y clínicos, pudiéndose utilizar incluso como sala de conferencias virtual con participantes en forma de avatar **(Imagen 4)**.

En las aulas de la universidad las clases tradicionales son aburridas y muy poco atractivas; en ocasiones la misma información que el docente da en clase, los estudiantes la encuentran en internet en presentaciones de PowerPoint o incluso vídeos.

Los estudiantes de Odontología acceden a estos estudios, en parte por influencia familiar al querer dar una continuidad generacional, en parte por ser una profesión bien remunerada y sólo en parte por tener una inteligencia espacial elevada a priori clave para adquirir las destrezas adecuadas. Esta última motivación está muy presente en estudiantes que optan por grados muy técnicos donde el diseño 3D es determinante, como es el caso de Arquitectura e Ingenierías[20].

Debemos convertir al estudiante en el verdadero protagonista del proceso de aprendizaje a través del metaverso, un aprendizaje que ya no se "entrega" sino que se "crea"[5,21].

SIMULACIÓN HÁPTICA Y HOLOGRÁFICA EN PRÁCTICAS CLÍNICAS DE CASOS REALES

Mediante el metaverso entramos en un mundo virtual en el cual podemos importar casos reales gracias a la tecnología digital que utilizamos hoy en día en la Odontología. Los escáneres intraorales, el CBCT y las imágenes 3D se pueden incorporar a la simulación háptica y holográfica **(Imagen 5)**. De este modo podemos superponer archivos DICOM y STL pudiendo simular

Imagen 5. Simulación háptica y holográfica de un caso real importado del CBCT.

Imagen 6. Planificación de un caso real de implantes tras la superposición de archivos DICOM y STL.

un tratamiento real en nuestro simulador en metaverso, con una información táctil y holográfica idéntica al paciente que queremos tratar **(Imagen 6)**. Tendremos una información real de su hueso, de sus tejidos blandos, de sus tejidos dentarios, pudiendo planificar el tratamiento ideal que deseamos realizar, practicando las veces que sean necesarias para adquirir las habilidades necesarias para realizar el tratamiento real con la mejor planificación y conocimiento. Con la tecnología actual esto es posible, nuestro avatar dispone de la información de las arcadas del paciente proporcionada por el escáner intraoral, del tipo de hueso y de la anatomía dentaria que nos proporciona el CBCT, con una precisión táctil y holográfica simulada idéntica a la real, disponiendo además de una realidad aumentada mediante una información simultánea sobre la posición 3D de nuestro instrumental mediante guías, límites, ejes, grados (Imagen 10), es decir, disponemos de todos los datos necesarios para realizar una curva de entrenamiento hasta adquirir el control de todas las variables del tratamiento a realizar, pudiendo aplicar todo este conocimiento que nos ha proporcionado el metaverso en un tratamiento real sobre el paciente con una información adquirida que nos ha advertido de posibles problemas o dificultades durante la intervención. Estas técnicas de aprendizaje en metaverso fueron presentadas en el Congreso Anual 2022 de la Asociación para la Educación Dental en Europa (ADEE) celebrado en Palma, consiguiendo un distinción de manos del Presidente Pål Barkvoll.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duan H, Li J, Fan S, Lin Z, Wu X, Cai W. Metaverse for social good: A university campus prototype. Proceedings of the 29th ACM International Conference on Multimedia. New York, USA: Association for Computing Machinery; 2021. p.153-161. Avaiable: https://doi.org/10.1145/3474085.3479238
2. Lee LH, Braud T, Zhou P, Wang L, Xu D, Lin Z et al. All One Needs to Know about Metaverse: A Complete Survey on Technological Singularity, Virtual Ecosystem, and Research Agenda. Journal of Latex Class Files. 2021;14(8):1-66. Avaiable: https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11200.05124/8
3. Peregrina Castanos M. Megapolis and Cyberpolis in Neal Stephenson's Snow Crash. Ángulo Recto. 2012;4(1):187-202. Avaiable: https://www.academia.edu/9336174/Peregrina
4. Smart JM, Cascio J, Paffendorf J. Metaverse Roadmap Overview. Accelerated Studies Foundation. 2007. Avaiable: https://www.metaverseroadmap.org/overview/
5. Márquez V. Metaversos y educación: Second Life como plataforma educativa. Icono 14. 2011;9(2):151-66. Available: https://doi.org/10.7195/ri14.v9i2.30
6. Anacona JD, Millan EE, Gómez CA. Application of metaverses and the virtual reality in teaching. Entre Ciencia e Ingenieria. 2019; 13(25):59-67. Avaiable: https://doi.org/10.31908/19098367.4015.
7. Pascual MG. ¿Qué hay detrás de la apuesta de Zuckerberg y Facebook por el metaverso. ABC. [Internet]. 2021 [Consulted 1 Mar 2022] [Updated 30 Oct 2021]. Avaiable: https://elpais.com/tecnologia/2021-10-30/metaverso-el-mundo-virtual-donde-zuckerberg-quiere-que-compres-te-diviertas-y-trabajes.html#
8. Metaverse City. [Internet] [Consulted 1 Mar 2022] 2022 Linden Research. Avaiable: https://secondlife.com/destination/metaverse-city
9. Nevelsteen KJ. Virtual world, defined from a technological perspective, and applied to video games, mixed reality and the metaverse. Comput Anim Virtual Worlds. 2018; 29:e1752. Avaiable: https://doi.org/10.1002/cav.1752
10. Web Archive of IEEE VW Standard Working Group. [Consulted 1 Mar 2022] [Update 8 Jun 2014]. Avaiable: http://www.metaverse-sestandards.org/index.php?title=Main_Page
11. Prensky M. (2001). Digital natives, digital immigrants. On the Horizon. 2001;9(5):1-6. Avaiable: http://www.marcprensky.com/writing/ Prensky%20- %20Digital%20 Natives,%20Digital%20 Immigrants%20-%20 Part 1.pdf
12. Brown JS. (2000) Growing Up: Digital: How the Web Changes Work, Education, and the Ways People Learn. Change. 2010;32(2):11-20. Avaiable: https://doi.org/10.1080/00091380009601719
13. Piscitelli A. Nativos e inmigrantes digitales. ¿Brecha generacional, brecha cognitiva, o las dos juntas y más aún? Revista Mexicana de Investigación Educativa. 2006;11(28):179-185. Avaiable: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14002809
14. Gardner H. (1995). Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica;1995. ISBN 10: 9501250121.
15. Kozhevnikov M, Hegarty M. (2001). A dissociation between object manipulation spatial ability and spatial orientation ability. Memory & cognition. 2001;29(5):745-756. Avaiable: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.167.8268&rep=rep1&type=pdf
16. Vandenberg S, Kuse A, Vogler G. Searching for Correlates of Spatial Ability. Perceptual and motor skills. 1985;60:343-350. Avaiable: https://doi.org/10.2466/pms.1985.60.2.343
17. VanLehn K. (1983). The Architecture of Cognition: John R. Anderson. Artificial Intelligence. 1983;28(2):235-240. Avaiable: https://doi.org/10.1016/0004-3702(86)90084-6
18. Peters M, Battista Ch. Applications of mental rotation figures of the Shepard and Metzler type and description of a mental rotation stimulus library. Brain and Cognition. 2008;66(3):260-264. Avaiable: https://doi.org/10.1016/j.bandc.2007.09.003
19. Peters M, Laeng B, Latham K, Jackson M, Zaiyouna R, Richardson C. A Redrawn Vandenberg and Kuse Mental Rotations Test - Different Versions and Factors That Affect Performance. Brain and Cognition. 1995;28(1):39-58. Avaiable: https://doi.org/10.1006/brcg.1995.1032
20. Maris Vázquez S, Noriega Biggio M. La competencia espacial. Evaluación en alumnos de nuevo ingreso a la universidad. Educación matemàtica. 2010;22(2):65-91. Avaiable: https://www.researchgate.net/publication/262703478_La_competencia_espacial_Evaluacion_en_alumnos_de_nuevo_ingreso_a_la_universidad
21. Barneche Naya V, Mihura López R, Hernández Ibáñez LA. (2012). Metaversos formativos. Tecnologías y estudios de caso. Vivat Academia. 2012;117E:368-386. Avaiable: https://doi.org/10.15178/va.2011.117E.368-386

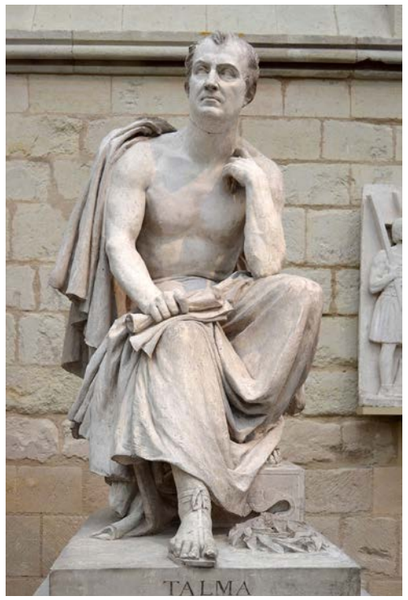
Amédée J.L. François Talma, académico de la Real Academia Nacional de Medicina de España

AUTOR:

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

Los Talma.

No ha sido rara en Francia la relación teatro-dentistería, al menos durante los siglos XVIII y XIX, quedando significada principalmente en dos grandes personajes. El primero fue Louis Lécluze[1] (1711-1792), dentista del rey de Polonia y autor, por ejemplo, del libro *Nouveaux élémens d'Odontologie…* (Paris, 1754). Entre la familia Talma quizá uno de sus miembros oscurezca a los demás. Se trata de François Joseph Talma (París, 1763- 1826), hijo de un dentista establecido en Londres, que se correspondió profesionalmente con los empleos de escritor, actor y cirujano-dentista, si bien abandonó pronto esta profesión para dedicarse en plenitud, desde 1785, al teatro. En esta nueva profesión llegó a coronarse, hasta el punto de que sería identificado popularmente como "el actor preferido de Napoleón", desde luego uno de los grandes dramaturgos de su tiempo. Sus contribuciones artísticas se vieron también ampliadas con otros aspectos como un nuevo concepto del diseño del vestuario de los actores[2]. Dentista también, pero con dedicación exclusiva al arte dental, fue su sobrino Amédée J.L. François Talma, motivo de este trabajo.

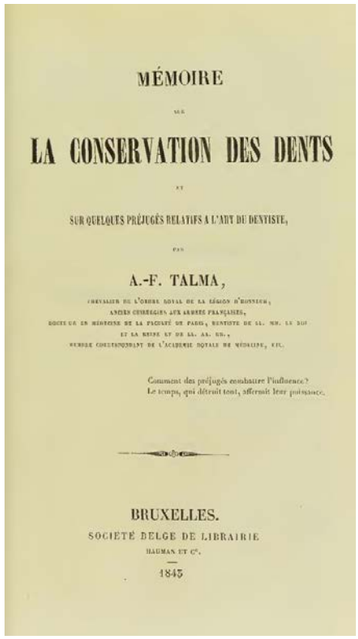


François-Joseph Talma, actor, dramaturgo y dentista, tío de Amédée J.L. François Talma

Amédée Jules Louis François Talma.

Nacido en 1792, el currículo de Amédée Talma, como tantas veces en otros tantos autores, quedó expuesto en la portada de sus escritos. En sus *Mémoires sur quelques points fondamentaux de la Médecine Dentaire*, publicado en 1852, dice ser:

- Doctor en Medicina en la Facultad de París,
- Dentista del Rey y de la familia Real, de Su Alteza Real la Princesa Isabel Fernanda, Infanta de España, antiguo dentista consultor del Rey Luis-Felipe,
- Caballero de las Órdenes Reales de Leopoldo, de la Legión de Honor, de N.-D., de la Concepción de Villa-Viciosa de Portugal, de Isabel la Católica de España,
- Miembro correspondiente de la Academia Real de Medicina de Bélgica, de la Academia Imperial Médico-Quirúrgica de San Petersburgo, de la Academia de Ciencias, Bellas Letras y Artes de Rouen, de las Academias Reales de Medicina y Cirugía de Madrid, de Zaragoza, de la Sociedad de Medicina Práctica de París, de la Sociedad Real e Imperial de Medicina y Cirugía de Viena, de las Sociedades de Medicina de Florencia, Toulouse, Bruselas, Anvers, Lieja, Montpellier, Marsella, Lovaina, Douai, Malines, Boom, etc.


MÉMOIRE

SUR

LA CONSERVATION DES DENTS

ET

SUR QUELQUES PRÉJUGÉS RELATIFS A L'ART DU DENTISTE,

PAR

A.-F. TALMA,

Comment des préjugés combattre l'influence?
Le temps, qui détruit tout, affaiblit leur puissance.

BRUXELLES.
SOCIÉTÉ BELGE DE LIBRAIRIE
HAUMAN ET Cᵉ.
1845

Portada del trabajo de Talma

Suficiente aportación biográfica es la reflejada en estas portadas. Se sabe cuándo falleció gracias a un testimonio de Brabant, quien dice, hablando de otro asunto como fue el porvenir de la estomatología y considerando a nuestro Talma como el primer estomatologista belga: *C'est en 1856, huit ans avant la mort d'Amédée FRANÇOIS dit TALMA*[3]… Falleció, pues, en 1864.

Este acopio de títulos académicos y profesionales nos dan una idea del prestigio y reconocimiento de que gozó Talma en los foros médico-quirúrgicos europeos, entre ellos también la Real Academia de Medicina de Madrid, como deja impreso. Sobre ello queremos dejar constancia, en lo concerniente a cómo se produjo su nombramiento.

Académico correspondiente.

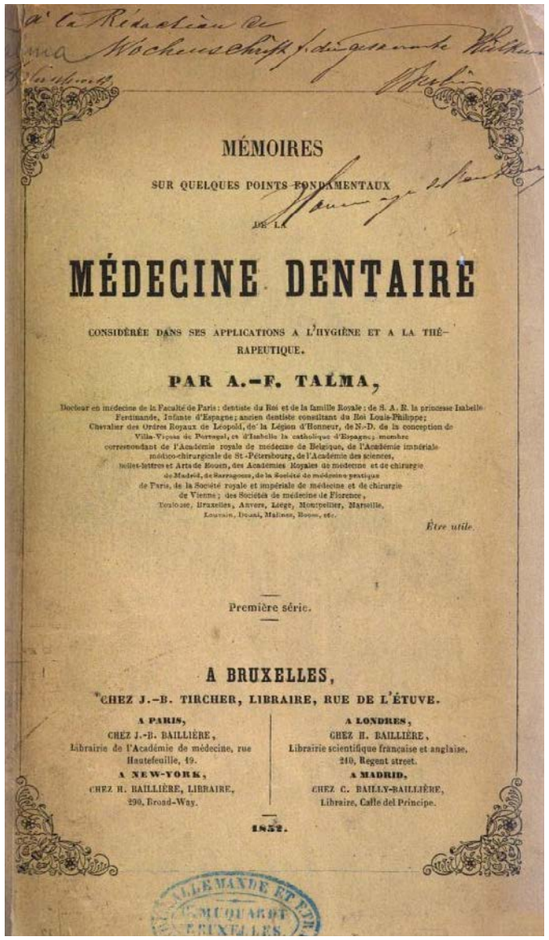
La Real Academia Nacional de Medicina de España[4] comenzó como una "Tertulia literaria Medico-Chymica-Phisica" en 1733 y con las actualizaciones propias y algún mínimo cambio de denominación ha llegado hasta nuestros días, afortunadamente con sede permanente desde 1914. A mediados del siglo XIX la corporación continuaba rigiéndose por el reglamento de 1831[5], distinguiendo tres clases de académicos: de número, agregados o subdelegados, y correspondientes o corresponsales. El caso de los extranjeros hay que ceñirlo a esta última, pues los dos anteriores exigían residencia en la ciudad en la que asentaba la Academia, mientras que para ser académico corresponsal se establecía [capítulo II, 23] lo siguiente: *Podrán serlo todos los que envien á las Academias noticias interesantes relativas á la Ciencia de curar, ó á sus ramos auxiliares, y que merezcan la aprobacion de aquellos Cuerpos; entendiéndose que perderán sus plazas, si por dos años continuos interrumpieren toda comunicación con la Academia á la que pertenezcan*[6].

En esas *"noticias interesantes relativas á la Ciencia de curar, ó á sus ramos auxiliares"* parece verse la presentación de una memoria sobre un tema sanitario como hasta la fecha se había venido haciendo en los estatutos previos a este reglamento, de fecha 1791[7], donde se establecían cuatro clases de académicos: numerarios, supernumerarios, asociados y correspondientes. Y sobre los terceros, se decía [estatuto V] *que tampoco han de tener residencia fixa en esta Villa; y serán asimismo Nacionales y Extrangeros*[8], precisando más adelante [estatuto IX] que *La Academia podrá nombrar por Correspondientes dentro y fuera de los dominios de España aquellos sujetos con quienes juzgue ser util é importante tener comercio literario*[9]. Así las cosas, cualquier pretendiente habría de presentar [estatuto XII] *junto con el memorial una obra ó disertacion relativa al ramo á que aspira* pasando después a la censura por parte de dos o tres académicos numerarios que podrían a su vez comisionar a expertos para rechazar o aprobar la disertación, y en este último caso la leería el presidente ante la Academia, argüirían los académicos y finalmente se votaría su aprobación o reprobación[10].

Así pues, consta en el acta de la junta de 17 de septiembre de 1844:

> *En seguida se leyo un informe que presentó el Sr. de Colodron á la Memoria que el Dr. Talma, cirujano dentista del Rey de los Belgas, remite á la Academia solicitando el titulo de Socio corresponsal. Esta memoria que trata de la conservacion de la dentadura y consideraciones sobre el arte del dentista le hacen acreedor al titulo que solicita.= La Academia aprobó el dictamen, acordando la expidicion del titulo*[11].

Ese mismo día fueron nombrados también por académicos los españoles Bartolomé Obrador y Juan Drumen, ambos en la categoría "de número", los belgas Ch. Van-Steenkiste, De Meyer, Wemeer Van-Berghem, y Noets, todos ellos de Brujas, y Claeyssens, De Mersseman y Janssens, los tres de la Haya, todos los siete últimos en categoría de "corresponsales extranjeros".



MÉMOIRES

SUR QUELQUES POINTS FONDAMENTAUX

DE LA

MÉDECINE DENTAIRE

CONSIDÉRÉE DANS SES APPLICATIONS A L'HYGIÈNE ET A LA THÉRAPEUTIQUE.

PAR A.-F. TALMA,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris; dentiste du Roi et de la famille Royale; de S. A. R. la princesse Isabelle Ferdinande, Infante d'Espagne; ancien dentiste consultant du Roi Louis-Philippe; Chevalier des Ordres Royaux de Léopold, de la Légion d'Honneur, de N.-D. de la conception de Villa-Viçosa de Portugal, et d'Isabelle la catholique d'Espagne; membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, de l'Académie impériale médico-chirurgicale de St.-Pétersbourg, de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen, des Académies Royales de médecine et de chirurgie de Madrid, de Barcelone, de la Société de médecine pratique de Paris, de la Société royale et impériale de médecine et de chirurgie de Vienne; des Sociétés de médecine de Florence, Toulouse, Bruxelles, Anvers, Liége, Montpellier, Marseille, Louvain, Douai, Malines, Rouen, etc.

Être utile.

Première série.

A BRUXELLES,

CHEZ J.-B. TIRCHER, LIBRAIRE, RUE DE L'ÉTUVE.

A PARIS, CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, Librairie scientifique française et anglaise, 219, Regent street.

A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, LIBRAIRE, 290, Broad-Way.

A MADRID, CHEZ C. BAILLY-BAILLIÈRE, Libraire, Calle del Príncipe.

1852.

El más extenso libro de Amédée J.L. François Talma

Conforme a lo dispuesto reglamentariamente, Talma había presentado una memoria de su índole profesional que, una vez evaluada positivamente, daba derecho a la plaza solicitada si así lo aprobaba el cuerpo académico, como en efecto ocurrió, quedando registrado en el mencionado libro de actas. La memoria en cuestión, "que trata de la conservacion de la dentadura y consideraciones sobre el arte del dentista" no consta en el archivo de la institución, pero sí sabemos de un título suyo impreso el año anterior en Bruselas, con el título similar de *Mémoire sur la conservation des dents et sur quelques préjugés relatifs a l'art du dentiste*.

Esta fue la memoria aprobada, en realidad un discurso de 65 páginas, muy espaciado, en el que habla de lo que advierte en el *"Avant-Propos"*, poner a disposición del público, en forma de consejos, su experiencia, con el objetivo de obtener una buena salud bucodental, sobre todo en la época en la que se ha completado el recambio de la dentición temporal y se inicia la etapa de la edad adulta y así lo remata en las siete conclusiones finales, destacando la necesidad de contratar dentistas para dar un servicio con enfoque principalmente preventivista en las escuelas de su país.

Otras obras de Talma

Talma dio a la imprenta otros escritos monográficos como los siguientes:

- *De quelques affections douleurouses de la tête, déterminées par les altérations organiques, et spécialement par l'exostose de la racine des dents*. Bruxelles, Société Encyclographique des Sciences Médicales,1844. (23 págs).
- *De la structure des dents, de l'action pernicieuse exercée par le mercure sur ces organes et des dangers de l'emploi des pâtes mercurielles pour le plombage des caries dentaires*. Bruxelles, De Mortier Frères, 1845. (31 págs.)
- *Memoire sur quelques points fondamentaux de la medicine dentaire considerée dans ses aplications a l'hygiene et la therapeutique*. Bruxelles, Chez J.B. Tircher, 1852. (245 págs).

Notas

1. Cfr. Baron, P. *Louis Lécluze (1711-1792). Acteur, auteur poissard, chirurgien-dentiste et entrepreneur de spectacles*. Paris, Honoré Champion, 2018.
2. Cfr. Lamendin, *H. François-Joseph Talma (1763-1826). Dentiste et acteur favori de Napoleon 1er*. Paris, L'Harmattan, 2014.
3. Brabant, H. *Perspectives d'avenir de la Stomatologie*. Forum ulb, 9, 1970, pág. 25.
4. Sobre su historia, consultar preferentemente: Granjel, L.S. *Historia de la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 2016.
5. *Reglamento general para el régimen literario é interior de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino*. Madrid, Imprenta Real, 1831.
6. Ídem., pág. 20.
7. *Estatutos de la Real Academia Médica de Madrid*. En: Memorias de la Real Academia Médica de Madrid. Tomo I. Madrid, Imprenta Real, 1797, págs. XXII-XXX-VIII.
8. Ídem., pág. XXIII.
9. Ídem., pág. XXIV.
10. Ídem., pág. XXV.
11. Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina de España. Libro de Actas de 1843 a 1649, sin paginar. Acta del 17 de septiembre de 1844.

news!

Giano HR

sonría xfavor

Distribuidor y servicio técnico oficial

STERN WEBER

Cone Beam 3D Imaging NewTom what's next

El diagnóstico más fiable

Todos los campos que necesitas
desde 4x4 hasta 16x18

La mayor resolución del mercado (Voxel 68m).

info@sonriaxfavor.es

946 076 521

La perspectiva en la pintura y su concepto filosófico

Juan Alió Sanz
Doctor en Medicina y cirugía
Profesor titular de ortodoncia, Universidad Complutense de Madrid
Académico de la Pierre Fouchard Academy
Artista pintor

El término perspectiva proviene del latín *"perspicere"* y se utiliza en pintura para designar la representación tridimensional en un marco de dos dimensiones, como es el caso de un lienzo.

Existen varios tipos a considerar dentro de este término. En primer lugar, tenemos la denominada **perspectiva jerárquica** en la cual, la percepción tridimensional solo se considera con el juego de los tamaños absolutos y las alturas de los elementos. Es la técnica más primitiva y la que se utiliza en técnicas más actuales como la técnica **"naif"**. En realidad, el tamaño y la altura de las figuras van a depender de la importancia que dé a las mismas el propio autor y puede por sí misma, reflejar una crítica más o menos disimulada.

Figura 2. Abbas Al-Musavi. La batalla de Karbala.

Es muy conocido este cuadro de Botero que representa a la Junta Militar que gobernaba Colombia en 1971 **(Figura 1)**. Dicha representación es aparentemente infantil pero refleja una crítica a la fastuosidad y el falso esplendor de esta Junta Militar. Interesante resulta interpretar el tamaño de la imagen femenina que se sitúa a la derecha del jefe absoluto. Cuando ves el cuadro percibes el objetivo de caricatura que le dio el autor.

Otro ejemplo muy característico de este tipo de perspectiva en la *Batalla de Karbala* de Abbas Al-Musavi **(Figura 2)**, pintado a finales del siglo XIX. Podemos ver al protagonista de la acción clavando la espada a su adversario, ambos representados en gran tamaño. El resto de los personajes son de un tamaño mucho más reducido, lo cual deja traslucir la importancia de los dos protagonistas.

Figura 1. Botero. Retrato oficial de la Junta Militar de 1971.

Otro tipo de **perspectiva es la axonométrica** la cual se aplica a un determinado objeto según uno de sus ejes. Cada ángulo formado por sus ejes nunca es recto. Siempre va a ser agudo u obtuso. Provoca en el espectador una impresión tridimensional. Se aplica, sobre todo, en el dibujo lineal pero existen importantes obras que reflejan este tipo de construcción geométrica. Por ejemplo, la Escuela de Atenas de Rafael **(Figura 3)**.

Al observar la obra adquirimos la sensación espacial de estar en la entrada de la Escuela. Se trazan los ejes que definen la estructura para después situar toda la obra según los mismos. Como podemos observar, esos ejes nunca formaran un ángulo recto. Alrededor del punto de fuga se sitúan Platón y Aristóteles

Por último, la **perspectiva aérea** utiliza como base la anterior, pero en vez de trabajar con los ejes confluentes trabaja sobre los mismos utilizando una gradación del color o de la nitidez para conseguir el efecto tridimensional. En el fondo, lo que hace este tipo de perspectiva es un tratamiento de la luz.

Un ejemplo muy característico de esta técnica son las Meninas de Velázquez **(Figura 4)**.

Velázquez, en esta obra, utiliza dos focos de luz haciendo que los objetos y personajes más lejanos sean más fríos y los cercanos

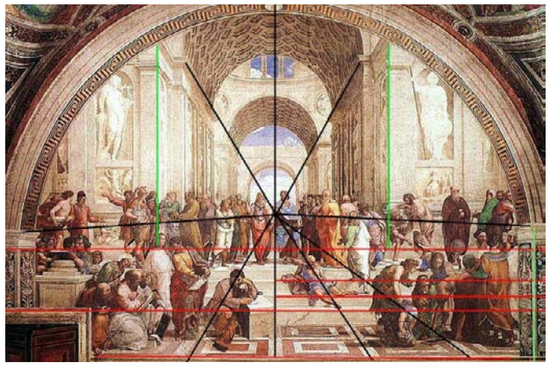


Figura 3. Rafael. La Escuela de Atenas.

Figura 4. Velázquez. Las Meninas.

más brillantes y nítidos. El fondo del cuadro es obscuro, tal y como sería en realidad con la luz que existe en la estancia. Lo mismo sucede con los personajes. Los que están en una posición más retrasada aparecen más desdibujados que los que se encuentran en un plano más anterior. Todo ese manejo asombroso de la luz es lo que da carácter tridimensional a la obra.

La búsqueda casi obsesiva de la percepción tridimensional en la pintura se vino abajo con el nacimiento de la fotografía. En esa época, algunos artistas buscaron otro tipo de expresión, centrándose algunos de ellos (fundamentalmente el movimiento impresionista) en la impresión y expresión de la luz.

En el cuadro *Madame Monet con su hijo* **(Figura 5)** vemos que el autor huye intencionadamente de los puntos de fuga y se centra en el tratamiento de la luz. Ya no es importante la perfección del trazado, lo que importa es la propia imagen y la impresión que provoca en el espectador.

Figura 5. Monet. Madame Monet con su hijo.

En realidad, el impresionismo, así como el resto de los movimientos que surgieron posteriormente, reflejan un hecho incuestionable como es que ***"Cada ser humano conoce su realidad"***. La percepción de la realidad no deja de ser un hecho en perspectiva para cada ser humano. En este sentido, y relacionado directamente con la perspectiva de cada persona, tenemos obligatoriamente que referirnos al **perspectivismo de Nietzsche**.

Para este filósofo, la realidad absoluta no existe, a lo más que se puede llegar es al conocimiento de la realidad a través de las infinitas perspectivas individuales. Si nos acordamos del mito de la caverna de Platón, lo que Nietzsche nos dice es que vivamos la realidad que conocemos lo más placentera y profundamente posible (desarrollo dionisiaco en vez de apolíneo) que podamos y que nos olvidemos de salir de la caverna a buscar otras realidades que no existen para nuestros sentidos.

Los movimientos pictóricos que surgen a principios del siglo XX se basan fundamentalmente en estos conceptos. En el cuadro de George Braqué, *"el Portugués"* **(Figura 6)** podemos observar la propia expresión de estas ideas. La realidad absoluta no existe, toda realidad depende del propio individuo, El autor nos

Figura 6. Braqué. El portugués.

intenta trasmitir ese mensaje que se centra: *"esta es mi visión particular de un portugués"*.

Si para Nietzsche la realidad absoluta no existe, de ahí su famosa frase de *"Dios a muerto"*, para Ortega y Gasset esta realidad absoluta si existe lo que sucede es que no podemos acceder a ella porque sería la suma de todas las realidades de perspectiva particulares.

En la obra de Matisse, *"la alegría de vivir"* **(Figura 7)** el autor intenta llevarnos a una realidad absoluta, real para el mismo, pero de alguna manera, asumible a su entorno.

El cuadro refleja la felicidad en un entorno determinado. Lo que autor intenta reflejar es que la felicidad, como realidad absoluta existe pero de forma subjetiva, interpretable para cada individuo y así lo plasma en su obra. Como vemos, tanto Nietzsche como Ortega participan de un mismo concepto filosófico que es precisamente, que la realidad absoluta pertenece a cada individuo y hay que analizarla en todas sus **infinitas perspectivas**.

Figura 7. Matisse. La alegría de vivir.

Figura 8. Alió. Facies I.

En mi obra FACIES I se refleja ese tratamiento absoluto de la realidad con el perspectivismo filosófico de Nietzsche y Ortega. Esta es mi realidad de un ser vivo auténtica, pero sin piel, es decir, desollado. Se trata de exponer la realidad absoluta sin filtro en una primera fase. La expresión facial puede representar un estado de sorpresa, de sufrimiento o tristeza o, tal vez, de emoción. Depende pues de quien lo vea, de su propio estado de ánimo o de su valoración artística subjetiva.

CINE, DENTISTAS Y DIENTES

Presentación del libro "Cine, dentistas y dientes", obra de Beatriz Lahoz y Blanca Oria, editado por el Colegio de Dentistas de Navarra. Un completo y detallado estudio de la presencia del dentista en la historia del cine.

El 9 de febrero de 2009, en el Colegio de Dentistas de Navarra, se realizó la primera proyección de un ensayo audiovisual que un año antes nunca hubiéramos imaginado: Los dentistas y el cine. Una historia de amor y desamor".

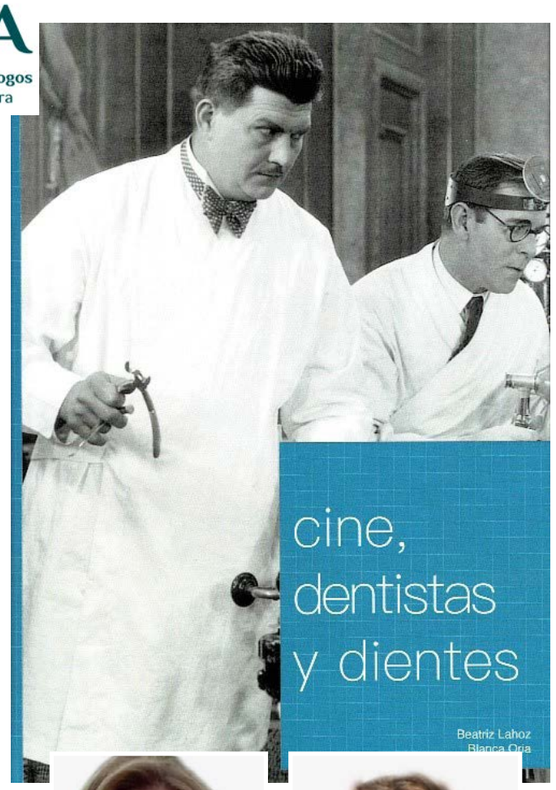
La cuestión es que la entonces presidenta del Colegio de odontólogos, Beatriz Lahoz, sugirió un curioso ejercicio: plasmar como había tratado el cine la imagen de los dentistas a través de su historia.

Así nació en 2013 CIDE, el único festival de cine y dentistas, no exactamente el único como título entonces la prensa, el rigor de sus organizadores los llevo a localizar unos años antes un pequeño ciclo de Cine y Odontología organizado en Londres por lo que aquí es el Consejo General de Dentistas, pero la iniciativa no tuvo éxito y nunca llegó la segunda edición. En Pamplona ha mantenido desde 2013 su edición anual.

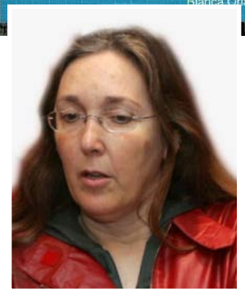
El primer cortometraje que se ocupa de la profesión de dentista es de 1895. Exactamente el mismo año que se toma como referencia cuando se trata de hablar del origen del cine. De esa larga conexión entre el séptimo arte y la odontología es de donde surge este recorrido titulado "Cine, Dentistas y Dientes". Porque existen decenas de ejemplos en los que los dentistas son los protagonistas de una película, o forman parte de ella de alguna manera, y porque el trabajo de los Odontólogos ha resultado de interés para el cine desde que nació.

"Cine, Dentistas y Dientes" se estructura en cuatro apartados. uno dedicado a aquellas películas en las que los dentistas son los protagonistas de los relatos y un segundo que rescata un puñado de historia en las que su papel, a pesar de ser secundario, resulta inolvidable. Dentro del cine norteamericano, la conquista del Oeste merece un tercer capítulo. Doc Hollyday, uno de los míticos personajes de numerosos Western, era dentista, y la salud dental ha dado lugar a secuencias inolvidables en el lejano Oeste.

En el cuarto y último apartado aparecen los dientes como tema central. Es ahí donde se materializan esos personajes mágicos, siempre interesados por nuestros primeros dientes, se muestran brackets grillzs y todo tipo de aparatos popularizados en las últimas décadas o se destaca la importancia del cuidado de la boca en distintas épocas. De estos temas y unos cuántos más se recuperan una colección de títulos a los que une el interés por esas piezas dentales que nos hacen tan individuales y diferentes como nuestra huella digital.



Beatriz Lahoz



Blanca Oria

Está claro que la odontología y el cine han viajado muchas veces de la mano y "Cine, Dentistas y Dientes" aporta una colección de pruebas en forma de películas para recuperar o para descubrir.

¿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