

ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 12

Nº 60 noviembre - diciembre 2023



José María Montiel Company



Amaia Fernández Andueza



XII CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN EN IMPLANTOLOGÍA

Evidencia científica para la práctica diaria

23 de febrero de 2024 | Teatro Goya Multiespacio | Madrid

Programa Odontólogos

Moderadores: Dr. Ambrosio Bernabéu, Dr. José Nart, Dr. Arturo Sánchez Pérez y Dr. Javier González Lagunas



Dr. Conrado Aparicio



Dra. Olalla Argibay



Dr. Juan Blanco



Dr. Gonzalo Blasi



Dr. José Luis Cebrián



Dr. Pablo Domínguez



Dr. José Luis Domínguez-Mompell y Dr. Juan Lara Chao



Dr. Rui Figueiredo



Dr. Arturo Flores



Dr. Jerián González



Dra. Maribel González



Dr. Ramón Lorenzo



Dr. Alberto Monje



Dr. Florencio Monje



Dr. Ernesto Montañés



Dr. Carlos Navarro Cuéllar



Dra. Ana Orozco



Dr. Ramón Pons



Dr. Guillermo Pradies



Dr. Alberto Salgado



Dr. Mariano Sanz

Programa protésicos

Sr. Arturo Álvaro y
Sra. Victoria Domingo
Dr. Carlos Castillo
Sr. Santiago Dalmau
Dr. Alfonso Díaz
Dr. Salvador Gallardo
Dr. Alfonso García

Sr. Íñigo García
Sr. Manuel Izquierdo
Sr. Javier Ortolá
Dr. Pablo Pérez Lanza
Dra. María del Carmen Ramos
Sr. Alejandro Sánchez



INSCRÍBETE



Programa higienistas y auxiliares

Dr. Rafael Acedo
Dr. Marcelo Clermont
Dra. Marta Cuadra y
Sra. Anabella Ibáñez
Dra. Camila Díez
Dr. Pablo Freitas
Dra. Eva Isasi

Dr. Ignacio de Lucas
Dr. Raúl Pascual y
Sra. Carolina Rodríguez
Dr. Javier Sánchez y
Dr. Carlos Díez
Sra. Esther Villanueva
Sr. Jorge Zapata

www.congreso.ticareimplants.com


DISMINUYE EL RIESGO DE PERIIMPLANTITIS

Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- Una cita con el talento, el mérito y el futuro de la joven Odontología
- Inteligencia Artificial Y Mercantilismo. Reflexiones sobre la ética en la Odontología moderna

Tribuna de salud pública. 15

- Atención Primaria y Odontología. Parte 2

Actualidad 17

- TSECIB aborda las claves del éxito en regeneración ósea guiada y cirugía mucogingival
- Academia Pierre Fauchard. Inducción de nuevos miembros
- Premio a los mejores expedientes académicos 2023 Otorgados por la Conferencia de Decanos (GRADO)
- SEPES celebró en Valencia su 52 congreso anual
- IV Reunión Científico Solidaria ICD-FOS
- V Congreso de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

Entrevista 30

- Amaia Fernández Andueza
- José María Montiel Company

Ciencia y salud. 40

- Te lo perdiste te lo contamos. Crónicas de eventos científicos

Historia de la Odontología 46

- La Anatomía dental en la obra de Bernardino Montaña de Montserrat

Cultura 50

- EEI yo en el Arte II

Empresas 54

- VI Premios Sanitas Dental Star
- El 25% de los pacientes con implantes sufre enfermedades periimplantarias
- El consumible de CAD CAM distribuido por Proclinic Group crece un 22,9%, 9 puntos por encima del mercado
- Postgrado en Ortodoncia
- Agenda Formación TICARE

EDITOR

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

COORDINACIÓN EDITORIAL Y WEB:

Patricia Puertolas
web@odontologosdehoy.com

PUBLICIDAD:

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

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Ángel González Encinas
aencinas@artfacto.es

Distribución exclusiva a odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales

© 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

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 sencilla superrápida

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



¿Hablamos?

 94 453 06 22

 antonsl@antonsl.es



Un año que termina

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Terminamos un año que ha estado repleto de actividades científicas y donde, las buenas noticias, han silenciado las que no lo han sido, en este mundo odontológico en el que nos encontramos. Nuestra obligación de informar nos obliga a contarlas.

Una de estas buenas noticias es que la revista Forbes incluye al Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, el Profesor José Luis Gutiérrez Pérez entre los facultativos más destacados de España, junto a otros miembros del equipo del Hospital Virgen del Rocío. Conociendo los criterios con que se elaboran estas listas, el hecho de nombrar a un equipo de la sanidad pública es mucho más loable. En el caso de José Luis Gutiérrez Pérez, ponen en valor su trayectoria en la sanidad pública andaluza como médico especialista en Estomatología y Cirugía Oral y Maxilofacial y Catedrático de Cirugía Oral y Maxilofacial en la Universidad de Sevilla, donde también dirige el Máster de Cirugía Bucal. Desde aquí nuestra felicitación.

Otra buena noticia para sentirse orgullosos de la odontología española es la presentación en el Congreso SESPO 2023, del "Oral Health Data Bank Insights / Visualizador de datos epidemiológicos", elaborado en el Departamento de Estomatología de la Universidad Pública de Valencia, que permite almacenar y visualizar los indicadores de salud oral obtenidos a partir de estudios epidemiológicos, de acceso libre y del que hablamos en páginas interiores con el Profesor José María Montiel.

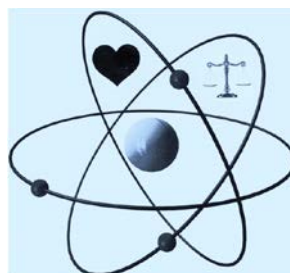
En páginas interiores hablamos con Amaia Fernández, Gerente del Colegio de Navarra y con ella ponemos en valor a todos los

trabajadores de los colegios de Dentistas de España, a los que nunca se les hace nombramientos "Honorarios", pero que en silencio hacen que funcione la maquinaria. Es una buena noticia saber que la profesión cuenta con todos ellos en el día a día.

Otra buena noticia, aunque no para celebrar, mejor hubiese sido que no existiera, es que la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional ha confirmado las penas de cárcel a antiguos propietarios del Grupo iDental. Por una parte, es bueno ver que actuaciones delictivas reciben su censura en los tribunales, aunque no por lo que se estimó que podía ser un grave atentado a la salud de los ciudadanos, sino por sus problemas con los pagos a la administración. Parece que hacienda se preocupa más por los que atentan contra la salud que el ministerio correspondiente. Al final habrá que pedir que amplíen las competencias de Hacienda a la vigilancia de la salud oral de los ciudadanos.

Otra cadena cuestionada por las ayudas recibidas ha presentado estos días un ERE. Se trata del primer Expediente de Regulación de Empleo (ERE) en una de las empresas beneficiarias de ese fondo de 10.000 millones puesto en marcha por el Gobierno y la SEPI durante la pandemia. Y precisamente se produce en uno de los rescates más discutidos de cuantos se concedieron mediante el Fasee. Lo que se pone de manifiesto es que esas grandes operaciones de marketing, ofreciendo espectaculares tratamientos a costes reducidos, no tienen el mejor final y quienes cuestionaron estos créditos no andaban muy desacertados. Finalizará el año con la aprobación de los presupuestos del Consejo General, más de lo mismo año tras año. El que quiera deprimirse que los lea, si se los enseñan.

Una cita con el talento, el mérito y el futuro de la joven Odontología



Irene Roch

Querido lector, querida lectora:

Inicio con esta columna de opinión una especie de epistolario que no sé bien a dónde me llevará. Pondré por mi parte tesón y constancia en las mismas proporciones que el editor de esta revista ha aportado su generosidad al concederme este espacio sin censura ni guión pre-establecido para que, simplemente, me exprese con libertad. Lo haré bajo pseudónimo porque creo que mi identidad real es lo de menos. Es más, no quisiera que se artefactara lo que escribo por la idea que pudiera tener de mí quien me lea. Por ello, solo conocerá mi identidad real el editor. Tan sólo me atreveré a decir, para que se me pueda entender mejor y sin prejuicios, que conozco a la perfección el universo odontológico y que a la práctica asistencial en el mismo le vengo dedicando mi vida profesional desde hace un buen puñado de años. No viene al caso cuántos, ni cómo ni dónde.

El pasado día 25, en el Salón de Actos de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, la CRADO (Conferencia de Decanos y Responsables académicos de las Facultades de Odontología de España) celebró la excelencia de sus estudiantes de Odontología haciendo un reconocimiento público a los mejores expedientes académicos de cada una de las Facultades que habían finalizado sus estudios de Grado el curso pasado. Sin trampa ni cartón, simplemente sumando en las Secretarías académicas el total de las calificaciones obtenidas durante toda su carrera e identificando a la mejor o al mejor estudiante de cada universidad. Una especie de premio extraordinario para un total de 25 egresadas y egresados, dentistas jóvenes, con la marca actual de la excelencia, acompañados por sus familiares y allegados íntimos, que recibieron el aplauso y el reconocimiento público de sus decanas y decanos. Me pareció un gran acierto de las profesoras y profesores que integran la CRADO, un acto académico tan singular como espectacular y una vivencia cargada de simbolismos. La foto de recuerdo lo dice

Una vez más, aquello que merece la pena necesita tiempo y sacrificio para conseguirlo

todo. He reflexionado profundamente sobre ello y algunas de mis conclusiones me gustaría compartirlas con ustedes.

Ciertamente, se tarda unos años en tomar conciencia de que el éxito no siempre puede alcanzarse con la simple decisión de ir a buscarlo, sino que requiere talento y exige un extraordinario esfuerzo por parte de quien decide perseguirlo. A ese esfuerzo, luego le denominamos mérito. Una vez más, aquello que merece la pena necesita tiempo y sacrificio para conseguirlo.

Nosotras y nosotros no podemos ofrecer a nuestra juventud *futuros inventados* porque el futuro debe ser genuino en tanto en cuanto tiene que ser construido por cada persona día a día. El futuro es algo que no se puede prestar y nadie puede delegar su futuro, en definitiva.

Frecuentemente (constantemente diría yo), escuchamos argumentos anticipatorios del futuro de la Odontología en nuestro país, con descorazonadores perímetros ya establecidos y a menudo considerados como inamovibles, y con todo tipo de presagios disruptivos que no permiten considerar un futuro halagüeño (que atrae con dulzura y suavidad, según la RAE). Tiempo tendremos en el futuro para analizar estos supuestos. Pero a mí, ahora, lo que me preocupa es que estemos amputándole a la juventud que accede a la profesión odontológica en España la capacidad de pensar por cuenta propia, de actuar y de poder concretar en su futuro cambios propuestos por ellas y ellos mismos, no desde la experiencia (que aún no la tienen, lógicamente), sino desde la frescura de quienes han acreditado su excelencia porque están sabiendo optimizar su talento reportando mérito.

Saber dónde está el futuro no significa lo mismo que dirigirse hacia él para construirlo. En el acto académico de la CRADO tomaron relevancia los conceptos de talento y excelencia, tan relacionados respectivamente con el desempeño y el merecimiento que se trata de cuatro ingredientes fundamentales con los que las sociedades modernas cimentadas en el estado de derecho que privilegian la igualdad han desarrollado el concepto de *meritocracia*. No deja de ser un intento de consagrar que las personas que mejor aprovechan sus talentos y capacidades destaquen en los diferentes escenarios de las actividades de desempeño y puedan, así construir un *nuevo*

futuro que, probablemente, no acabará siendo *el que era*. No debemos olvidar que el punto clave del éxito en todas las estrategias de futuro reside en cómo actúan las personas que han de crearlo y no en cómo lo piensan y diseñan quienes se limitan a analizarlo, por más que hablen sobre el mismo con diligencia y soltura. Tenemos múltiples ejemplos que así lo confirman a nuestro alcance.

La cultura del esfuerzo cobra especial significado en el ámbito universitario y, de hecho, tiene que ser uno de los pilares fundamentales de los principios y valores de las universidades españolas. La Universidad debe verse obligada a trabajar para conseguir que sus estudiantes visualicen que tener metas elevadas es motivador además de sumamente gratificante, y que el talento, por sí sólo es insuficiente si no va acompañado de esfuerzo y compromiso, para lo que habitualmente se requiere, también, mucha paciencia (y esto último es algo que es difícil observar en nuestra población más joven). Pero cuando ambos se dan, es de justicia reconocerlo y nada mejor para ello que la solemnidad académica para ello.

La cultura del esfuerzo cobra especial significado en el ámbito universitario y, de hecho, tiene que ser uno de los pilares fundamentales de los principios y valores de las universidades españolas

es imprescindible transmitir desde las aulas universitarias la cultura de la excelencia y el liderazgo acercando a las personas con talento contrastado a la realidad que necesitan transitar para que construir su futuro

En definitiva, es imprescindible transmitir desde las aulas universitarias la cultura de la excelencia y el liderazgo acercando a las personas con talento contrastado a la realidad que necesitan transitar para construir su futuro. Como bien dice Xavier Marcet, *“todos podemos alquilar futuros prestados. Lo que nadie nos va a prestar son las personas adecuadas para hacer realidad esos futuros inciertos, imperfectos, pero genuinos, de los que pretendemos vivir”*. La CRADO ha acertado.

Las personas debemos tener sueños que cumplir y probablemente no hay mejor momento biográfico para ello que la juventud, donde las perspectivas de futuro no tienen aún límite temporal. Es decir, no se visualiza la caducidad de esas ilusiones.

Lamentablemente, no siempre todo esfuerzo emprendido conlleva una recompensa. Pero la inmensa mayoría de las personas que gestionan su talento de manera inteligente acaban cosechando éxitos. Denle tiempo al tiempo. Entretanto, reconozcamos sus méritos, como ha hecho la CRADO, y cedámosles la prioridad de paso, que de su mano el futuro ya no será el que era, sino algo mucho mejor. Ya lo verán.



Inteligencia Artificial Y Mercantilismo. Reflexiones sobre la ética en la Odontología moderna

Rosa Marco Millán

Presidenta Sociedad Española de Odontología y Estomatología
Académica de la Academia Pierre Fauchard

Los condicionamientos económicos son la vocación actual de cualquier profesión. Es nuestro deber dar más formación y ejemplo a las generaciones futuras.

En los inicios de la filosofía, fue Sócrates el primero que empezó a hablar de ética, Sócrates no dejó ningún texto escrito, conocemos su pensamiento a través de los escritos de Platón en el texto “la Apología de Sócrates”, son diálogos de sus últimos días antes de su injusta muerte. Pero fue Aristóteles el que sentó las bases, en la obra “Ética Nicomaquea”.

La Ética es la parte de la filosofía que estudia el comportamiento del ser humano en relación al discernimiento entre el bien y el mal, los preceptos morales, el deber, y el bienestar común. Está íntimamente ligada a la moral pero es totalmente diferente. La moral son normas que adoptamos por tradición y la ética analiza que normas serían correctas.

Un ejemplo claro es el del médico que debe curar a un asesino. Moralmente es probable que lo dejara morir porque ha matado a otras personas, pero éticamente debe salvarlo. La ética profesional debe garantizar la actuación correcta cuando la moral personal entra en conflicto con el deber profesional.

La ética es una parte fundamental en la formación y cuya finalidad sería la aplicación de los conocimientos de manera única a cada “persona” y no sólo al cuidado de su boca. Debemos tener conciencia de que nuestros tratamientos deben encaminarse a mejorar la calidad de vida y el bienestar, y ser conscientes de que pueden repercutir positiva o negativamente en el paciente. No debemos olvidar “tratar enfermos y no sólo enfermedades”.

En Odontología, **los principios éticos**, establecen los estándares de comportamiento que los dentistas deben seguir para mantener la integridad y el respeto en su práctica.

1. Respeto por la **autonomía** del paciente y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su atención dental.
2. Hay que proporcionar un tratamiento dental de calidad, basado en el conocimiento y la **competencia** profesional, y priorizar el interés del paciente por encima de cualquier otro.
3. Debemos respetar al máximo el principio ético basado en la premisa de **“no causar daño”**.

4. Hay que proporcionar una atención **justa**, equitativa y accesible a todos los pacientes, independientemente de su origen étnico, religión, género, orientación sexual o condición socio-económica.
5. La **confidencialidad** es un principio fundamental en la relación entre dentista y paciente. Relación de confianza.

Los **derechos y deberes** de los profesionales enmarcados en aspectos legales es lo que llamamos **DEONTOLOGÍA**, se debe sancionar su inobservancia. Aplicar un código ético ayuda a la relación entre profesional y paciente. El conocimiento y uso de las normas éticas y valores lleva al éxito profesional y evita muchos problemas.

LA BIOÉTICA es la preocupación por la necesidad de reflexión sobre los conflictos éticos a los que nos hemos visto abocados por los avances de la ciencia en el campo de la medicina y la salud. No defiende una posición moral concreta, ni extrema, ni busca soluciones pero sí reflexiones críticas y argumentadas para una situación determinada, como es la incorporación de nuevas tecnologías, sistemas automatizados, softwares, nuevos protocolos etc.

El inicio del siglo XXI se recordará como la 4ª revolución industrial, por los algoritmos y el *big data* que ejecutará la inteligencia artificial gracias a la potencia de los ordenadores y a Internet. El avance tecnológico es un fenómeno imparable que está cambiando la historia de la humanidad.

Su acción condiciona de manera imperceptible y de forma creciente como nos informamos o comunicamos; cómo consumimos, o como nos relacionamos.

Ya lo decía Darwin “*no es la especie más fuerte la que sobrevive, ni la más inteligente, sino la que responde mejor al cambio*”. La inteligencia es la capacidad de adaptarse al medio.

Y la Inteligencia Artificial aplicada a la odontología ¿es una necesidad?: Indudablemente sí.

Se ha convertido en el estándar más importante del cambio económico y social del siglo XXI, gracias a ella hemos avanzado

en la prevención, diagnóstico, tratamiento y en mejorar la calidad de vida de los pacientes de una manera más ética y eficaz.

Hace años que desempeña un papel importante en la odontología, desde el diagnóstico y el diseño de tratamientos, gestión de registros e incluso en la atención al paciente. La encontramos también en los cepillos dentales eléctricos, con su aplicación para el móvil, visiografías, CBCT, que te calculan densidad de hueso, posición del implante para cirugías guiadas, Robots endodónticos, robots quirúrgicos. Nanorobots. El “Exocad”, que es un *cad-cam* con capacidad de aprendizaje. El *Scanner* intraoral y facial para ortodoncia. Impresoras 3D para carillas y férulas. Y cientos de aplicaciones más.

La relación entre la odontología ética y la inteligencia artificial implica considerar la responsabilidad, la privacidad, la transparencia, la equidad y la competencia profesional

A medida que la IA se incorpora cada vez más en la práctica dental, es imprescindible analizar sus principios éticos. La relación entre la odontología ética y la inteligencia artificial implica considerar la responsabilidad, la privacidad, la transparencia, la equidad y la competencia profesional.

1. Es **responsabilidad** nuestra conocer y tener criterios para adaptar la IA a nuestros conocimientos y nivel de trabajo. Además, debemos incluir la capacidad de tomar decisiones éticas, realizar tratamientos predictibles y utilizar la IA como una herramienta complementaria, no como un reemplazo de la atención y del diagnóstico clínico humano. Un ejemplo claro es el de los alineadores de ortodoncia que están basados en la aplicación de la IA. A pesar de la gran cantidad de algoritmos siempre debemos estar tomando el control (*clincheck*) porque influye nuestro criterio, nuestra visión estética, las expectativas del paciente etc.
2. El uso de la IA en la odontología puede implicar la utilización y el análisis de grandes cantidades de datos de pacientes. Es fundamental garantizar la **privacidad** y la **confidencialidad** de estos datos, protegiendo los datos médicos y la información personal de los pacientes de manera segura y cumpliendo con las regulaciones de protección de datos. Lo ideal sería que pudiésemos anonimizar estos datos pero también perderíamos mucha información.
3. La **transparencia** en cuanto a los algoritmos, los datos utilizados y los posibles sesgos que pudiese conllevar es fundamental para una práctica ética.

4. **Equidad y sesgo algorítmico:** Los dentistas deben tener cuidado de que los sistemas de IA utilizados no perpetúen o amplifiquen las desigualdades existentes en la atención dental y deben monitorear y mitigar cualquier sesgo algorítmico.
5. La implementación de la IA en la odontología requiere que los dentistas estén actualizados en los avances tecnológicos y que sean **competentes** en su uso ético para garantizar una práctica dental priorizando el bienestar del paciente y asegurándose de que los beneficios de la tecnología se apliquen de manera justa y responsable.

“La clave está en utilizar la inteligencia artificial como una herramienta complementaria y en encontrar un equilibrio adecuado entre la tecnología y el enfoque centrado en el paciente, preservando la importancia de la experiencia y habilidades clínicas de los profesionales.”

En odontología encontramos numerosos beneficios potenciales en inteligencia artificial

1. El diagnóstico asistido por ordenador, es más rápido y más preciso. Tiene mayor calidad por un mayor nivel de precisión en el análisis de datos. El 90% de los dentistas de Boston tiene un programa de diagnóstico, el Videa. Con el examen tradicional el 50% de las caries no se detectan y el 30% de los diagnósticos son erróneos. Otro ejemplo es la detección de la gingivitis a través de una fotografía intraoral. (un estudio publicado por la revista *International Dental Journal* asegura que la precisión en la detección es superior a un 90%).
2. Los procedimientos son más sencillos para el paciente y disminuyen tiempos en clínica.
3. En la planificación del tratamiento en 3D, hacer una simulación, permite hacer correcciones antes de comenzar.
4. El diseño en prótesis es más optimizado.
5. El control del tratamiento, con simplemente con una foto de la boca del paciente nos permite hacer un seguimiento y una detección precoz de problemas.



6. Reducción del error humano.
7. Es una importante ayuda en investigación científica debido a la inmediatez de gestión y procesamiento de grandes cantidades de datos.

También existe la posibilidad de IMPACTOS NEGATIVOS

1. **Como la dependencia excesiva de la tecnología** ya que los profesionales confían demasiado en los algoritmos y sistemas de IA. Esto puede disminuir la capacidad de los dentistas para tomar decisiones clínicas basadas en su experiencia y juicio personal, lo que potencialmente afecta a la calidad del diagnóstico y tratamiento.
2. **Fallos en el reconocimiento y análisis de datos** ya que los sistemas de IA dependen de gran cantidad de datos para su entrenamiento y funcionamiento. Sin embargo, estos sistemas pueden estar sujetos a errores o sesgos si los datos utilizados para su desarrollo no son representativos o están mal etiquetados. Esto puede llevar a diagnósticos incorrectos o recomendaciones de tratamiento inadecuadas, comprometiendo la salud de los pacientes.
3. La Odontología es un campo que implica estrecha relación médico-paciente, basada en la confianza y la comunicación afectiva. El uso excesivo de la inteligencia artificial puede conducir a la **pérdida de atención y conexión** humana, ya que los pacientes pueden sentirse menos atendidos o comprendidos al interactuar con sistemas automatizados en lugar de profesionales de salud.
4. **Desplazamiento laboral.** A medida que la IA se vuelve más sofisticada, existe la preocupación de que algunas tareas odontológicas puedan ser automatizadas donde ciertas funciones tradicionalmente realizadas por dentistas sean asumidas por sistemas de IA. Ya hemos visto los primeros robots limpiando caries o en China colocando implantes.

5. La protección de la **privacidad y seguridad de los datos** personales y médicos se vuelve esencial para evitar vulnerabilidades y riesgos de acceso no autorizado. La falta de protección podría comprometer la confidencialidad y confianza del paciente. ¿Están nuestros datos seguros en manos de máquinas con capacidad de aprendizaje? Hace unos años facebook tuvo que desconectar una de sus inteligencias artificiales porque había desarrollado un lenguaje que no conocían sus creadores. Recordemos también los últimos hackeos a hospitales en Cataluña, que han paralizado los servicios médicos. Por el historial de un paciente se puede llegar a pagar, en la Internet profunda entre 250 y 850€. Estos datos los utilizan para fraudes y suplantación de identidad.

6. Sesgo de automatización.

Las personas que utilizan un sistema algorítmico como apoyo a sus decisiones, otorgan más peso a la decisión o resultado del sistema.

Los profesionales tienden a confiar en los sistemas automatizados todo el tiempo, a pesar de las advertencias sobre sus errores/riesgos. Hay tres razones para sobrevalorar la capacidad del sistema:

- La tendencia innata a elegir el camino más fácil.
- La percepción de que el sistema es un ente objetivo dotado de autoridad.
- Y la difusión del sentido de responsabilidad, donde el profesional tiende a descargar su responsabilidad a los sistemas de automatización, es decir: el creador del programa, el comercial del programa, o el usuario.

La aplicación rutinaria de los resultados algorítmicos conlleva una dejación de responsabilidad.

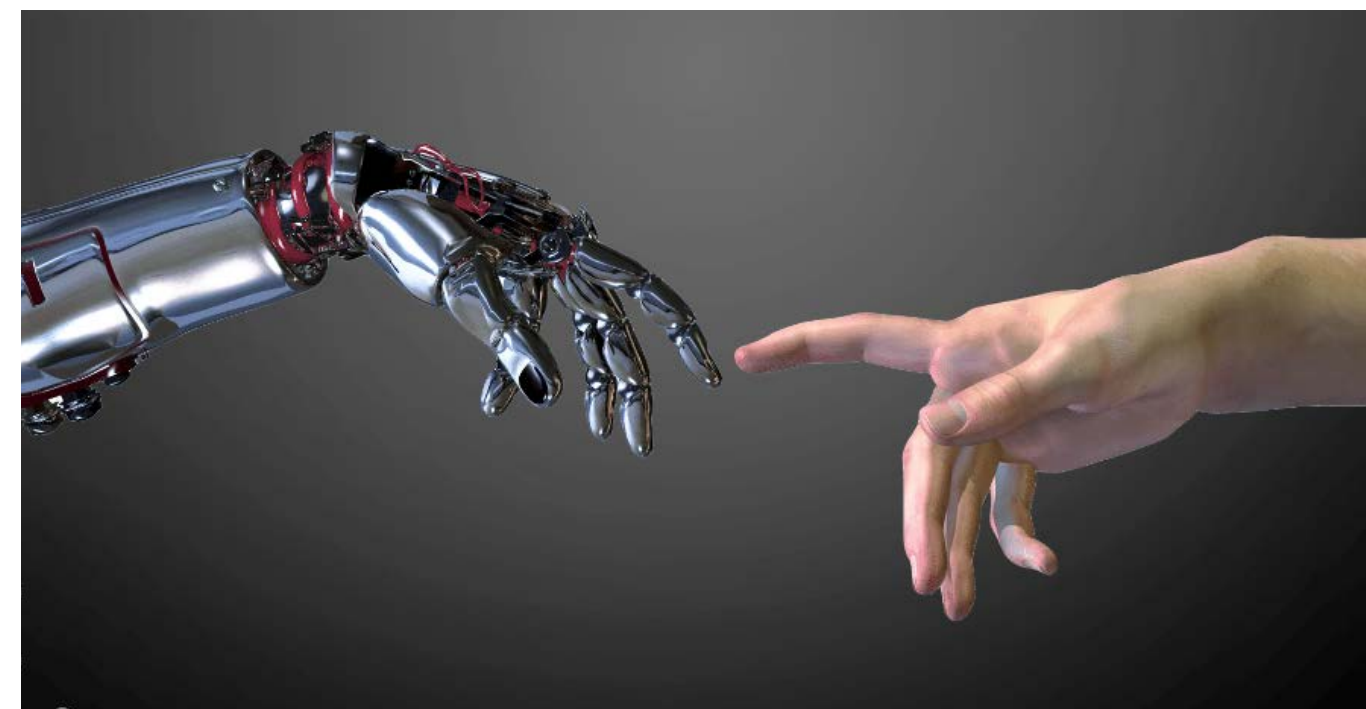
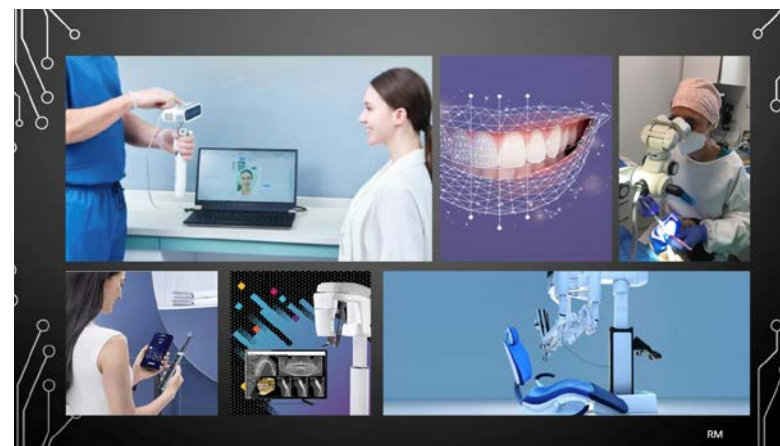
7. Control humano significativo.

Los seres humanos deben mantener una relación real o contribución al proceso de toma de decisiones. Deben mantener la supervisión y contribuir en la decisión durante todo el proceso.

Esto implica vigilancia, validación y feedback, con mecanismos de evaluación y regulación basado en la evidencia científica disponible.

El tiempo es un factor esencial en la reflexión o deliberación para la toma de decisiones, la falta de tiempo puede reforzar los sesgos de automatización y limitar la capacidad de influencia de la persona sobre el sistema automatizado. Se calcula que el profesional pasa un 40% de su tiempo frente al sistema informático o tecnológico, tiempo que se le quita al paciente.

Entonces lo más importante que necesitamos llegado este punto es la **LEGISLACIÓN EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL**, que a día de hoy no existe, solo guías o recomendaciones



El principio general de que todo lo que no está prohibido explícitamente está permitido, aquí no se puede aplicar. La IA necesita de la Ética y necesita regulación.

El nuevo Reglamento de IA del Parlamento Europeo, primero en el mundo, es una evolución de la Ley de protección de datos.

La prioridad es garantizar que los sistemas de IA sean seguros, transparentes, trazables, no discriminatorios y respetuosos con el medio ambiente.

Deben ser supervisados por personas en lugar de por la automatización.

Necesitamos reguladores que impidan de manera rápida y dura el mal uso de la IA. Hay que revisar los algoritmos de la IA con técnicos e instructores. En junio de 2023 se aprobó el primer borrador para su debate en el seno de la Comisión Europea. Y Debemos defender nuestros derechos, ya que hay dos modelos de derechos en IA, el Europeo, similar al de EEUU, Australia, etc y el modelo de los países totalitarios como China.

Combinando la tecnología digital y la capacidad humana, a día de hoy somos capaces de tratar mucho mejor a nuestros pacientes.

¿Corremos el riesgo pues de la **DESHUMANIZACIÓN** de la profesión?

¿Llegará el día en que un robot nos escanee la boca, haga un diagnóstico y nos arregle una caries?

Como es lógico hasta dentro de unos años no sabremos el resultado de estas cuestiones.

En odontología dejar el plan de tratamiento en manos de un software, supondrá que en muchos casos se tomen decisiones equivocadas o malintencionadas especialmente en los SOBRETATAMIENTOS. Por eso el ser humano debe mantener en todo momento el control en el proceso.

También corremos el riesgo de que se utilice un tratamiento u otro en función de decisiones automatizadas por crear un perfil en base a datos personales.

¿A dónde nos lleva esto? ¿Qué consecuencias tiene que una máquina pueda hacer nuestro trabajo?

¿Qué un gestor pueda gestionar un tratamiento y que el dentista sea un mero peón?

Esto puede llevar al dentista a padecer el Síndrome de Burnout.

Qué el profesional odontológico se queme. Se automatice.

¿Qué deje sus decisiones diagnósticas a una máquina? Esto también puede estar provocado por falta de pericia y formación del dentista.

Otro dilema es si el dentista recién terminado o con una clínica pequeña de barrio puede acceder económicamente a esta tecnología? A parte de los altos costes de los aparatos también

necesitaremos un potente equipo de ordenadores y por supuesto personal informático que garantice el correcto funcionamiento de nuestros equipos y sistemas tecnológicos.

¿Está entonces en inferioridad de condiciones? por ejemplo a las franquicias o compañías de seguros o grandes empresas que si tienen capital para comprar los últimos tac, escáneres, programas etc. ¿Se castiga al dentista independiente a volver a la barbería?

España se ha convertido en uno de los países con más dentistas por habitante. Cada año se licencian alrededor de 1850. Contamos con 1 dentista por cada 1200 habitantes cuando la OMS recomienda 1 por cada 3.500. De aquí a 2030 se calcula que 7000 odontólogos tendrán que emigrar a otros países. De 40.500 actuales se pasará a casi 50.000 en 2030. Es decir un aumento del 21%. Esto da lugar a que determinadas empresas encuentren mano de obra barata. Triste panorama para los nuevos graduados.

Dije al principio que parece que tendemos a la **MERCANTILIZACIÓN** de la profesión y que empezamos por elegir la profesión sólo por condicionamientos económicos. Mucha culpa la tienen las franquicias y los seguros dentales donde se realizan muy frecuentemente **SOBRETRATAMIENTOS**. En una compañía de seguros o una franquicia se deben cumplir unos objetivos económicos. Y en muchas de este tipo de clínicas es el gestor, el que para llegar a los objetivos, el que elige el tratamiento en función del beneficio económico y no del beneficio de la salud dental del paciente.

Con esto me refiero, por ejemplo, a que se deberían realizar más tratamientos conservadores y no solamente hacer procedimientos con implantes, más lucrativos.

En España se colocan alrededor de 1.500.000 de implantes anuales. Somos el tercer país europeo en número de implantes cuando somos uno de los últimos en ir al dentista.



Los seguros dentales a menudo tienen limitaciones en los tratamientos cubiertos y esto puede plantear un desafío ético para los dentistas, ya que pueden surgir conflictos entre la atención óptima del paciente y los límites impuestos por el seguro.

Quizá sea una solución a este problema sería la realización de auditorías externas al igual que se realizan en cualquier otra empresa.

Desde un punto de vista jurídico, los servicios que ofertan la mayoría de los seguros dentales, el marketing o la publicidad utilizada queda claramente probado que con este tipo de prácticas podrían no estar cumpliendo los principios de ética y deontología profesional. Las compañías de seguros que ofrecen servicios dentales no están cumpliendo con los requisitos legales que se exigen para llamarse “seguros dentales” ya que lo que ofrecen son “servicios de salud” actuando como intermediarios entre paciente y el odontólogo, tal y como pone de manifiesto el Tribunal Balear en Sentencia 593/2022 contra Asisa Dental.

Es la primera vez en nuestro país que se consigue una sentencia favorable a la profesión contra el abuso de las compañías de seguros dentales.

Es un inicio en la lucha contra el mercantilismo en la profesión.

Creo que ha llegado el momento de parar, mirar alrededor y dar un nuevo enfoque a la Odontología.

HAY QUE **REHUMANIZAR** LA ODONTOLOGÍA

Todo esto debería llevarnos a practicar al igual que en Medicina, la nueva medicina “5P” en Odontología, la odontología 5P

- Preventiva, (antes de que ocurra)
- Participativa (formar pacientes de calidad)
- Personalizada (big data para cada paciente)
- Predictiva (activa no reactiva)
- Poblacional (aumento de accesibilidad)

Hay que promover la **CALIDAD en lugar de la CANTIDAD**

Unirnos al movimiento *Slow*. El **movimiento Slow** surgió en 1986 en contraposición al *fast food*, en protesta por la apertura de un Macdonals en el centro de Roma. A partir de aquí, este concepto se extrapoló a muchos sectores profesionales. En el año 2000 este concepto se incorporó a la medicina.

En odontología su filosofía se basa en la humanización del servicio y el trato al paciente, siendo su base fundamental. La odonto-

logía *slow* nace de la necesidad de establecer una relación entre dentista y paciente basado en la confianza, la profesionalidad y la excelencia para conseguir el mejor resultado para ambas partes. La odontología *slow* se fundamenta en cuatro premisas básicas: calidad, método de gestión, experiencia con el paciente, y tecnología.

Pero por desgracia se ha puesto de moda otro tipo de odontología donde el mercantilismo, el excel y el plan financiero marcan las pautas. Creo que no es bueno para nadie, ni siquiera para las clínicas que trabajan así. Lo positivo para la sociedad y para cualquier profesional es prestar calidad asistencial y calidad en los tratamientos para hacer de “ganar dinero” la consecuencia, no el fin.

En cuanto al tercer pilar para una odontología más humana, el de la formación, sería ideal, pero difícil, realizar una prueba de vocación/habilidades y no sólo nota de corte para el acceso universitario.

Formar Odontólogos éticos implica integrar la ética en el currículum, modelar comportamientos, fomentar la reflexión, proporcionar experiencia clínica supervisada y promover la educación continuada.

Al enfatizar la importancia de la ética desde la formación, se sientan las bases para una práctica dental ética y responsable a lo largo de toda la carrera profesional.

CONCLUSIONES

- La IA nos supera, va por delante de lo que nuestras mentes pueden asumir.
- Necesitamos una IA que se fundamente en valores éticos y que tome como base la Carta de los Derechos Fundamentales.
- Debemos promover que los odontólogos, más allá de su laboratorio, máquina u ordenador, se tomen su tiempo para reflexionar sobre las grandes preguntas que plantea el incesante avance de la ciencia y la tecnología.
- No se trata de renunciar al avance científico sino de llevarlo a cabo con una meditada reflexión acerca de las consecuencias.
- La tecnología y la inteligencia artificial no deben ser miradas con sospecha o rechazo ya que esta revolución no podríamos pararla ni aunque quisiésemos, lo que debemos hacer es utilizarla éticamente y siempre con control humano en un marco legal.
- Es hora de comenzar a prepararse para un futuro más tecnológico en el que las máquinas tendrán un papel más importante en la vida de los seres humanos
- La alianza entre el ser humano, la ética, y la tecnología no debe desvanecerse, sino todo lo contrario, reforzarse.



Atención Primaria y Odontología. Parte 2

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



Una de las funciones de los equipos de Atención Primaria es la atención a la salud bucodental. Como ésta tiene una muy limitada cobertura pública, en la práctica, la red primaria de atención dental más importante en España, la constituye la red de clínicas privadas. Esta red la forman un total de 40.400 profesionales, la mayoría de ellos independientes o asociados en colectivos. Descontando los profesionales con dedicación exclusiva (ortodoncia, endodoncia, cirugía, etc.), son la puerta de entrada que atiende las necesidades básicas de la población. Las clínicas dentales constituyen, en sí mismas, una red de atención primaria y especializada a la vez. Teniendo en cuenta que la mayor parte de la atención dental en España es de “pago directo de bolsillo” -a diferencia de la atención médica general-, la red primaria odontológica son las clínicas privadas principalmente.

Las clínicas dentales constituyen, en sí mismas, una red de atención primaria y especializada a la vez.

de atención que ellos denominan “contratista”, lo que significa que los servicios de atención primaria en odontología, son prestados por proveedores independientes contratados por el *National Health Service* (NHS). Tres de cada cuatro dentistas conciertan sus servicios con el NHS. Son su verdadero y más extenso sistema de atención primaria. Dan un servicio mixto, tanto público como privado. El paciente no necesita registrarse previamente -como sí lo debe hacer para la atención médica general- y puede acudir libremente a cualquier dentista concertado, sin límite geográfico. Junto a ello, los servicios dentales comunitarios-la parte estrictamente pública- proveen atención dental a pacientes (adultos y niños) con necesidades especiales como anestesia general o sedación, ortodoncia, niños o adultos discapacitados, pacientes con compromiso médico y personas de bajos recursos o sin hogar. Todos estos servicios, públicos y privados, conforman la atención primaria en odontología.

Como señala el *Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios*¹, en casi todos los países europeos la atención dental y los profesionales sanitarios generales, operan en ámbitos separados con diferentes políticas, cultura y tradiciones. En Europa existe una gran diversidad de sistemas y coberturas, desde muy integrales tipo Alemania o Austria, a muy limitados tipo España, Grecia o Portugal. En el global, alrededor del 85% de la atención dental financiada con fondos públicos se da a través de clínicas independientes que conciertan sus servicios con la administración pública; es decir, no están integrados en los equipos de atención primaria y su metodología de trabajo.

Debido a la limitada cobertura con fondos públicos que tenemos, esta red privada es el complemento necesario de la red pública. La organización de los servicios dentales es competencia de las comunidades autónomas. En unas la atención se presta en centros públicos exclusivamente y en otras la provisión es mixta, mediante concertación con los dentistas independientes.

En los países europeos, la mayor parte de la atención dental se provee a través de clínicas dentales concertadas: dentistas independientes o sociedades (incluidos seguros privados). Cuatro de cada cinco dentistas en Europa trabajan en centros privados. La provisión a través de centros públicos exclusivamente es muy limitada, y muy frecuentemente está dirigida a prestaciones especiales. La financiación es en todos los casos mixta, y la parte pública se complementa con diversos sistemas de copago, reembolso mayoritariamente (no pagan los colectivos exentos que son generalmente niños-jóvenes, embarazadas, maternidad reciente, personas de bajos recursos o en riesgo de exclusión...). En Inglaterra por ejemplo, -cuyo sistema fue el inspirador a la hora de concebir el sistema PADI en 1990- se utiliza un modelo

Por tanto, es necesario darse cuenta de que a pesar de que el concepto de Atención Primaria de Salud se maneja casi exclusivamente para el ámbito de la sanidad pública, en odontología, la red primaria mayoritaria la constituyen los miles de profesionales independientes (unos 340.000) que operan en toda Europa. España es, en cierto modo, una excepción porque en varias comunidades autónomas, la atención dental se provee solo en centros públicos, geográficamente concentrados, y no utiliza la extensa red de profesionales independientes, con su mejor accesibilidad geográfica y de horario. Este país debe estudiar y decidir qué sistema es más eficiente y costo-efectivo y puede cumplir mejor sus objetivos, si el exclusivamente público, o un sistema mixto que provea atención con ambas redes que facilite la accesibilidad al ciudadano.

¹ Winkelmann J, Gómez Rossi J, van Ginneken E. Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Systems in Transition*, 2022; 24(2): pp. 1-169.

COMPOSITE FLUORESCENTE PARA ATACHES DE ALINEADORES

- Tallado y extracción seguros bajo luz UV-A
- Aplicación precisa con una fluidez perfecta
- Fotopolimerización a través de un modelo transparente
- Estable y resistente a la abrasión durante todo el tiempo de uso
- Estética agradable los tonos del diente



AlignerFlow LC



Surgic Pro2

MICROMOTOR QUIRÚRGICO PARA IMPLANTOLOGÍA

MODELO **Surgic Pro2**
REF. **Y1004196**

El set completo incluye:

- Unidad de control **Surgic Pro2**
- Pedal de control inalámbrico FC-81
- Micromotor **SG80M**
- Contra-ángulo 20:1 **SG20**
- Tubo de irrigación (pack de 3) y otros accesorios

MODELO **Surgic Pro2 LED**
REF. **Y1004195**

El set completo incluye:

- Unidad de control **Surgic Pro2 LED**
- Pedal de control inalámbrico FC-81
- Micromotor **SGL80M**
- Contra-ángulo 20:1 **X-SG20L**
- Tubo de irrigación (pack de 3) y otros accesorios

OPERABILIDAD • SEGURIDAD • CONECTIVIDAD



POTENCIA
Hasta 80 Ncm

OFERTA FLASH

Surgic Pro2 + **SG20**



2.999€*
6.049€*

Surgic Pro2 LED + **X-SG20L**



3.999€*
8.125€*

* Los precios no incluyen iva. Ofertas limitadas hasta el 29 de febrero de 2024 o hasta fin de existencias.

SECIB aborda las claves del éxito en regeneración ósea guiada y cirugía mucogingival

Curso monográfico en colaboración con la Cátedra Alejandro Padrós Fradera de la Universidad de Sevilla

La Sociedad Española de Cirugía Bucal ha celebrado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla el curso monográfico "Las claves del éxito en regeneración ósea guiada y cirugía mucogingival: el binomio entre estética blanca y rosa". En el encuentro, que ha contado con el apoyo de Klockner, han participado como ponentes los doctores Daniel Robles, Manuel Toledano Osorio y Aida Gutiérrez.

La Dra. Aida Gutiérrez (Universidad de Sevilla) fue la encargada de abrir la jornada, con una conferencia sobre los principios de la oseointegración y el abordaje de la ROG. La doctora Gutiérrez analizó los condicionantes anatómicos y biológicos que favorecen las intervenciones quirúrgicas para garantizar un aumento de la disponibilidad ósea.

A continuación, el Dr. Daniel Robles (Universidad Miguel de Cervantes) ofreció una ponencia sobre la toma de decisiones en el maxilar posterior atrófico, presentando casos clínicos.

El Dr. Antonio Toledano Osorio (Universidad Complutense de Madrid) siguió apoyándose en casos clínicos para desarrollar su exposición, pero esta vez centrado en la estética rosa.

El final de la tarde se reservó para la discusión de casos difíciles, poniendo así el broche de oro a un encuentro marcado por la excelente acogida y la calidad de las ponencias. De este modo, la jornada consiguió evolucionar desde lo sencillo hasta lo complejo de la mano de Klockner, empresa comprometida desde 2021 con la Universidad de Sevilla en la generación de conocimiento y la investigación a través de la Cátedra de Implantología Dental Alejandro Padrós Fradera.

Cerró el encuentro el Dr. Daniel Torres, presidente de SECIB y director de la Cátedra Alejandro Padrós Fradera de la Universidad de Sevilla.



14-15 NOV 2024
PALACIO DE CONGRESOS DE GIRONA

SECIB
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

XXI
Congreso

Academia Pierre Fauchard. Inducción de nuevos miembros

San Sebastián fue la ciudad elegida para celebrar la solemne sesión

El viernes 20 y en un salón del Hotel Costa Vasca, tuvo lugar un ciclo de conferencias con intervención de los nuevos académicos. **Dr. Ignasi Arcos:** “Diagnóstico y Planificación digital para la disyunción asistida con microtornillos, como tratamiento del problema transversal en ortodoncia”; **Dra. María Ángeles Requena:** “Relación entre maloclusiones dentales y extremidades inferiores en estática”; **Dra. Rosa Marco:** “Inteligencia artificial y mercantilismo: reflexiones sobre la ética en la odon-

tología moderna”, **Dr. Guillermo Ibaseta:** “Acondroplasia. Tratamientos dentales, psicológicos y de varios tipos”, y **Dr. José Luis Gutiérrez Pérez:** “Evolución del trasplante facial. ¿Qué aprendimos?”

Posteriormente se celebró la Asamblea General anual de la Academia y a continuación la tradicional cena de admisión de nuevos miembros.



El sábado 21 en el Palacio de Miramar tuvo lugar la ceremonia de ingreso en la Academia de los nuevos miembros. Emotivo acto en un incomparable marco con la vista de la bahía al fondo, presidido por el presidente de la Academia el Profesor Josep María Ustrell; conducido por el Profesor Pere Riutord y con la secretaria de la Academia Dra. Anna Hospital y las organizadoras de la reunión Dra. Isabel Maura y Dra. Gloria Calsina en la mesa.

Entre los académicos asistentes destacamos la presencia del Profesor Luis Giner, presidente de la Conferencia de Decanos de Odontología de España.



Fueron investidos nuevos académicos: el Dr. Ignasi Arcos, la Dra. María Ángeles Requena, el Dr. Guillermo Ibaseta, y el Dr. José Luis Gutiérrez Pérez.

Tras la aceptación de los nuevos miembros, el presidente dio la palabra al Profesor José Luis Gutiérrez Pérez (Decano de Odontología de la Universidad de Sevilla) que dirigió unas palabras en representación de los nuevos miembros.

Como final del acto la Dra. Maitane Uberuaga, dentista guipuzcoana, en representación de la Universidad del País Vasco, pronunció una conferencia magistral titulada: “Nuestro ayer forja el presente odontológico guipuzcoano”.



Vistavox S

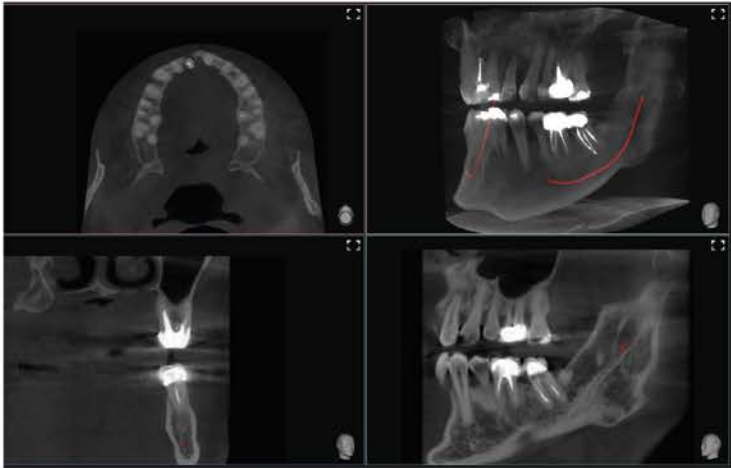
Diagnóstico 3D Avanzado



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).

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



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



¿Hablamos?



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

Actualidad

ODONTÓLOGOS de hoy

Premio a los mejores expedientes académicos 2023 Otorgados por la Conferencia de Decanos (GRADO)

La Conferencia de Decanos (CRADO), en un acto celebrado en la Universidad Complutense de Madrid, ha otorgado los premios a la excelencia en los estudios de odontología a los mejores expedientes de Grado de las universidades públicas y privadas españolas.

Al acto junto a los premiados acudieron los responsables académicos de las universidades, encabezados por el Prof. Giner Tarrida, presidente de la Conferencia de Decanos de Odontología.

Los premios son otorgados con la colaboración de FENIN, que estuvo representada en el acto por Margarita Alfonso, secretaria general de FENIN y Luis Garralda, presidente del Sector Dental de FENIN

Se entregó una banda y un diploma a los premiados.

El padrino fue el Dr. Pedro Bullón, catedrático de la Universidad de Sevilla.



Relación premiados

- | | | |
|---|---|--|
| • ADEMA ESCUELA UNIVERSITARIA
Alejandra Klein De Santa Ana | • U. DE GRANADA
Emilio Muñoz Martínez | • U. DE ZARAGOZA
Claudia Aisa Sebastián |
| • U. ALFONSO X EL SABIO
Filippo Tullio Pasqualini | • U. DEL PAÍS VASCO
Beatriz González De Pablo | • U. EUROPEA DE MADRID
Ben-Khanouche Lamia Rafi'a |
| • U. CATÓLICA DE VALENCIA
Nikita Sara Mistry | • UNIVERSIDAD DE MURCIA
Marta García Rojo | • U. EUROPEA DE VALENCIA
Paulo Julio Pereira Mendes |
| • U. CATÓLICA SAN ANTONIO DE MURCIA (UCAM)
Jesse Johannes Taimi | • U. DE OVIEDO
Martín Santos Cerviño | • UNIVERSIDAD EUROPEA MIGUEL DE CERVANTES
Coline Anne-Marie Jeanne Cabrioler |
| • U. CEU CARDENAL HERRERA
Anna-Maria Stoth | • U. DE SALAMANCA
Sara Dib Zakkour | • U. FERNANDO PESSOA DE CANARIAS
Pedro Ramírez Nicolás |
| • U. CEU SAN PABLO
Clara González Selva | • U. DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
Iría Seijo Porto | • U. INTERNACIONAL DE CATALUNYA
Rachele Elli |
| • U. COMPLUTENSE DE MADRID
Ana López Díaz | • U. DE SEVILLA
María Trujillo López | • U. REY JUAN CARLOS
Elsa Paula Blasco Garcí |
| • U. DE BARCELONA
Pol Suárez Pérez | • U. DE VALENCIA
María Cosin Villanueva | |

SEPES celebró en Valencia su 52 congreso anual

El Palacio de Congresos de Valencia acogió del 12 al 14 de octubre

El objetivo del programa fue encontrar el equilibrio entre el uso de las herramientas digitales y ana lógicas aplicadas a la odontología.



Ya somos digitales, y ahora ¿qué?

En el acto inaugural del congreso que conto con dos mil asistentes, Guillermo Pradiés, presidente de SEPES, manifestó la necesidad del sector en digitalizar e integrar toda la tecnología dentro de la consulta: “la odontología no deja de ser una disciplina médica y, por tanto, está totalmente interrelacionada con todas las demás. Por eso, ahora que ya somos digitales, tenemos que saber cómo aplicar esas herramientas”. Vicente Farga, presidente del Comité Organizador, concluyó el acto de inauguración recordando que “tenemos que encontrar el equilibrio en el uso de las herramientas digitales y analógicas teniendo en cuenta que no son más que herramientas que nos deben ayudar a conseguir nuestros objetivos profesionales”.

El tránsito y convivencia de los métodos analógicos y los digitales de última generación en el que está inmersa la profesión odontológica es el tema de este congreso.



Mas de 80 ponentes de gran prestigio procedentes de diferentes países participaron en el programa del congreso y el inestimable apoyo de la industria.

Tanto clínicos como técnicos y personal auxiliar e higienistas encontraron en este congreso de SEPES contenidos de interés y grana calidad para su trabajo del día a día.

Reconocimiento a la clínica, investigación y acción social.

En el marco del congreso se entregaron los diferentes premios que SEPES concede anualmente en las diferentes categorías

Homenaje a los socios de SEPES.

Reconocimiento a los asociados más antiguos en SEPES. Los socios con más de 25 años de antigüedad formando parte de SEPES recibieron el primer día del congreso un reconocimiento



por parte de la Junta Directiva de la sociedad. Por su parte, el Dr. Emilio Aliaga Boniche, uno de los miembros fundadores de SEPES, recibió un emotivo homenaje en reconocimiento a los más de 50 años de antigüedad como miembro de SEPES.



La Dra. Loli Rodríguez Andújar recibió la Medalla de Oro de SEPES.

El Dr. Agustín Pascual fue reconocido póstumamente por SEPES como uno de los más importantes expertos en el estudio y desarrollo de la odontología digital, su esposa, la Dra. Isabel Camps recogió este reconocimiento con unas emotivas palabras en recuerdo de su esposo.



La proxima será en Sevilla, del 12 al 14 de octubre de 2024.

Ganadores Premios SEPES 2023:

- Premio SEPES Junior de Investigación: Arnau Alzina Cendra
- Comunicación Oral Clínica: Francisco Manuel Visiedo Soriano
- Comunicación Oral de Investigación: Daniel Enrique Díaz Martínez
- Comunicación Póster Clínico: Itzel Alejandra González García
- Comunicación Póster de Investigación: Andrea Rosal Varela
- Becas SEPES de Investigación: Wenceslao Piedra Cascón
- Premio SEPES GASCÓN: Miguel Gómez Polo
- Premio al mejor Video de caso clínico: Carmen Martín Carreras-Presas
- Premio al mejor tip.: Guillermo Cebanes
- Premio SEPES Junior clínico: Nan Xiao Liu





IV Reunión Científico Solidaria ICD-FOS



El pasado 11 de noviembre en la ciudad de Sevilla y en las instalaciones del Círculo de Labradores se celebró la **“IV jornada científico-solidaria ICD-FOS”**, organizada por el International College of Dentists y la Fundación Odontología Social Luis Seiquer.

Al evento asistieron en torno a doscientos asistentes, la mayoría de ellos estudiantes del grado de odontología de la Universidad de Sevilla.

La inauguración estuvo presidida por el presidente de ICD-España, Dr. Santiago Jane, el presidente del Colegio de Dentistas de Sevilla, Dr. Rafael Flores y el responsable de salud dental del S.A.S., Dr. Alfonso García Palma.

El evento estuvo presentado por el Dr. Antonio Castaño, presidente de FOS y profesor de la U.S.

Un total de seis conferenciantes, todos miembros de ICD, tomaron la palabra con las siguientes comunicaciones:

- *“Salvando dientes, una filosofía terapéutica”*. Dr. Juan Manuel Liñares Sixto.
- *“Consideraciones terapéuticas en denticiones comprometidas”*. Dr. Santiago Jané Ceballos
- *“Nuevas tecnologías en el tratamiento y mantenimiento de las enfermedades periodontales y periimplantarias”*. Dr. José María Delgado Muñoz.
- *“Influencia del crecimiento craneofacial en prótesis sobre implantes”*. Dr. José María Barrachina Díez
- *“Gerodontología: un reto para el siglo XX”*. Dr. Eugenio Velasco Ortega.
- *“La cirugía del alma”*. Dr. Lucas Bermudo Añino.

La clausura del acto contó con la presencia del Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla el Dr. José Luis Gutiérrez Pérez que dirigió unas palabras a los asistentes, tras lo que el Dr. Jane cerró el acto.



EXPODENTAL

Salón Internacional de Equipos, Productos
y Servicios Dentales

Colabora:



Patrocina:



País invitado:



Tecnología
al servicio de
los profesionales.



14-16
Mar

2024
Recinto Ferial
ifema.es



GUARDA ESTAS FECHAS EN TU AGENDA



1, 2 y 3 de febrero 2024

SEPEs CLÍNICA & SNOW WORKSHOPS

TO LEARN & TO APPLY *Apréndelo el sábado y aplícalo el lunes*

GRANADA Y SIERRA NEVADA

Workshops jueves y viernes Sierra Nevada.
Conferencias sábado Granada.



INSCRÍBETE AQUÍ



COORDINADORES:
Dr. Alejandro Otero, Dr. Fernando Noguerol,
Dr. Rafael Martínez de Fuentes, Dra. Laura Ceballos.

10, 11 y 12 de octubre 2024

SIMPOSIO DDS (DIGITAL DENTISTRY SOCIETY)



Francesco
MANGANO



Miguel
STANLEY



Nazariy
MYKHAYLYUK



Alessandro
POZZI



Henriette
LERNER



Jaafar
MOUHYI



SEPES
Sevilla 2024

53º Congreso Anual

10 - 12 de octubre

EPA-DDS Joint Meeting

Protocolos para la práctica clínica

SIMPOSIO EPA (EUROPEAN PROSTHODONTIC ASSOCIATION)



Eitan
MIJIRITSKY



Teresa
SIERPIŃSKA



George
PAPAVALIOU



Marco
FERRARI



Mutlu
ÖZCAN



Phophi
KAMPOSITORA



Vyngandas
RUTKUNAS



INFÓRMATE AQUÍ

Sábado 12
Curso 8 horas con PASCAL MAGNE
BRD SCIENCE



V Congreso de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

La AACIB (Asociación Andaluza de Cirugía Bucal) celebró su quinto congreso el pasado día 21 de octubre en la ciudad de Sevilla.

La presidencia del Comité Organizador le correspondió a la Dra. Aida Gutiérrez Corrales. Durante el evento tuvo lugar la presentación del libro *“Tratamiento odontológico en pacientes frágiles y con necesidades especiales”*, que incluye protocolos enfocados a la práctica clínica odontológica y aborda las necesidades y desafíos que demandan los pacientes en este ámbito.



Intervinieron brillantes conferenciantes que presentaron las siguientes ponencias:

- **Regeneración ósea: desde la preservación alveolar al aumento de reborde mediante láminas corticales.** Dra. Vanessa Ruiz Magaz.
- ***Surgical and prosthetic factors in the limitation of early peri-implant bone loss.*** Dr. Sergio Spinato.
- **Implantes inmediatos con protocolo trimodal approach: variaciones tisulares en función del abordaje quirúrgico.** Dr. Gustavo Cabello Domínguez.
- **¿Se puede prevenir periimplantitis en pacientes con periodontitis?** Dr. Ignacio Sanz Sánchez.
- **Actualización de los protocolos clínicos para los cirujanos orales en pacientes frágiles y con necesidades especiales.** Dr. Guillermo Machuca.
- **Stackable Workflow: de la planificación digital a la cirugía apilable mediante impresión 3D.** Dr. Vicente Gimeno Vicent.



En el concurso de pósteres, resultaron ganadores a los que damos la enhorabuena los siguientes:

- **1er PREMIO CÁTEDRA U.S. – KLOCKNER:** M^a Pilar Carrero Rodríguez-Brioso con *“CIRUGÍA PERIAPICAL: EXPOSICIÓN DE UN CASO. MTA O IRM ¿CUÁL DE LOS DOS TIENE UN MEJOR PRONÓSTICO?”*
- **1er PREMIO CÁTEDRA UGR – KLOCKNER:** Ángela Rodríguez Fernández con *“EFECTOS DE LA OSEODENSIFICACIÓN: REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA”*
- **ACCÉSIT CÁTEDRA U.S. – KLOCKNER:** Enrique Fernández Romero con *“ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL QUISTE NASOPALATINO: A PROPÓSITO DE UN CASO”*
- **ACCÉSIT CÁTEDRA UGR – KLOCKNER:** Carmen Keim del Pino con *“TÉCNICA SOCKET SHIELD PARA LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES INMEDIATOS. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”*.

El Congreso conto con el patrocinio de Biohorizons-Canlog, Inibsa, Klockner y Normon.

La AACIB, fundada en 2017, se ha convertido en un referente en el sector de la cirugía bucal en Andalucía. Su enfoque moderno y profesional la ha posicionado como interlocutor de primer nivel con entidades públicas y privadas. La asociación se dedica a elevar el nivel científico de la cirugía bucal, resolver problemas relacionados con la práctica de esta especialidad y fomentar el intercambio de conocimientos.



Hablamos con Amaia Fernández Andueza

Gerente del Colegio de Dentistas de Navarra (C.O.E.N.A.)



Los Colegios profesionales siguen siendo uno de los pilares que sustentan y sobre todo dan equilibrio a esta profesión, a pesar de sus dirigentes en algunos casos, pero gracias a ellos en la mayoría. Una parte fundamental de su éxito se debe al personal técnico, que se integra en sus oficinas y contribuye a dar la necesaria continuidad a la labor de atención a los colegiados y a la profesión, sin ellos, casi siempre en la sombra, nada sería posible.

Hoy rendimos tributo a todos ellos, los que siempre están al otro lado del teléfono cuando se les necesita.

Hablamos con Amaia Fernández Andueza, Gerente del Colegio de Navarra, uno de los Colegios mejor gestionados de España, con una colegiación ejemplo de cohesión demostrada, basta recordar como supieron responder, hace más de treinta años, a la puesta en funcionamiento del PADI navarro y su integración a los cambios que ha ido demandando la sociedad a esta profesión.

Eres Licenciada en Ciencias de la Información (1996) por la Universidad de Navarra. ¿Qué camino recorriste hasta llegar al colegio?

Antes de comenzar en el Colegio estuve trabajando en el Gabinete de Alcaldía del Ayuntamiento de Pamplona y en Volkswagen Navarra, en el Departamento de Comunicación e Imagen. También trabajé en el periódico Vivir en Barañain y Barrios de Iruña, durante y después de la carrera; un periódico gratuito que imprimíamos en la imprenta de uno de los grandes periódicos de Navarra y que financiábamos con publicidad. También he sido profesora asociada de la Facultad de Comunicación de la Universidad de Navarra impartiendo la asignatura de Comunicación e Información escrita.

A pesar de que la aventura en el medio de comunicación tradicional me gustó, la comunicación corporativa fue lo que me atrapó. Aprendí muchísimo de comunicación institucional y empresarial y eso fue algo que me abrió las puertas para trabajar en el Colegio. Aquí llevo desde febrero de 1997.

COENA
Colegio Oficial de Odontólogos
y Estomatólogos de Navarra

¿Ha cambiado el perfil de los colegiados en este tiempo?

El Colegio de Navarra tiene 408 colegiados actualmente y, al igual que pasa en otros ámbitos, la profesión se está feminizando. De los 92 colegiados menores de 35 años que hay en Navarra, 66 son mujeres, y ese porcentaje no varía hasta la edad de 55-69 años, que se ve superado por los hombres.

¿Cuál es la valoración de tu actividad como Gerente en el Colegio de Dentista de Navarra?

Teniendo en cuenta que llevo en el Colegio casi 27 años, la valoración es muy positiva. Si no hubiera sido así, en todo este tiempo hubiera vuelto bien a un medio tradicional, bien al departamento de comunicación de otra institución o empresa, pero la verdad que trabajar en el Colegio supone una aventura cada día y la relación con los colegiados aporta un plus a mi trabajo.

¿Cómo ha cambiado la gestión desde que empezaste al frente del COENA hasta el momento actual? Y los colegiados ¿han cambiado mucho las nuevas generaciones?

En todos estos años me he ganado la confianza de los presidentes del Colegio y, por tanto, eso ha supuesto más autonomía en la toma de decisiones a la hora de ejercer mi trabajo diario. Cuando empecé, había pocos colegiados y la relación con ellos era muy cercana. Ahora cada vez hay un mayor número y la relación es más impersonal. Sobre todo, con los colegiados que vienen a trabajar desde otras provincias, sin comunicarlo al Colegio, y eso hace que no podamos controlarlo como quisiéramos.

¿Cómo es el equipo administrativo del COENA?

En las oficinas colegiales estamos dos personas: Idoia Oñatevía y yo. Idoia lleva con nosotros desde 2006 y nos complementa-



Amaia Fernández y Idoia Oñatevía.

mos perfectamente. La relación profesional se ha convertido en una relación personal y somos muy buenas amigas.

¿Qué tipo de relación mantienes desde la gerencia con los colegiados?

La relación es muy cercana. Conozco personalmente a la mayoría de los colegiados ya que no somos un Colegio muy grande (actualmente tenemos unos 400 colegiados). Tal vez conozca algo menos a los jóvenes, teniendo en cuenta que, con la ventanilla única, muchos se colegian online y esto elimina el trato de tú a tú. A mí me sigue gustando que vengan a la oficina para conocernos y además les enseño el Colegio ya que estamos en un edificio precioso. Y siempre hacemos hincapié en que el Colegio está abierto y a disposición de todos ellos.

¿Cuáles son los retos y dificultades a los que se enfrentan los nuevos colegiados al dar sus primeros pasos en la profesión?

Antes el recién colegiado se orientaba a la apertura de una nueva clínica dental. Actualmente buscan colaborar en clínicas o trabajar por cuenta ajena, dejando de lado la opción de montar su propia clínica, ya que les resulta complicado por el desembolso económico que supone, por la burocracia con la administración y porque muchos no se ven preparados para afrontar ese nuevo papel.

¿Cómo valoras el papel de los Colegios en nuestro país? ¿piensas que los colegiados se sienten verdaderamente representados y apoyados?

Depende del Colegio en cuestión y de la política colegial de cada uno (que yo desconozco). En Navarra les apoyamos y les ayudamos, estamos muy pendientes de ellos y de sus necesidades. Les escuchamos. Por eso, muchos colegiados que se van a otras provincias nos dicen que quieren seguir aquí colegiados, porque están contentos con el trato y nuestra manera de trabajar. En cuanto a si se sienten representados y apoyados, aquí en Navarra, absolutamente sí.

¿Cuáles son los proyectos de los que te sientes más satisfecha?

Estoy muy satisfecha de la campaña que hacemos en los centros escolares de toda Navarra. Llevamos con ella desde 2008



y hemos conseguido la implicación de muchísimos colegiados que, voluntariamente, imparten charlas sobre salud bucodental a los niños de primero de primaria. ¡Imagina a cuántos niños hemos llegado! Aunque todavía tenemos pendiente poder acceder a esos padres y dirigirnos a ellos para que refuercen el mensaje que enviamos a sus hijos. También del Festival CIDE, Cine y Dentistas, el único que hay en España de este tipo y que solo cuenta con un antecedente, que es el de Londres. Ahora estamos preparando la XII edición. Y tenemos alguna que otra cosa en la recámara, pero no te la puedo contar todavía.

¿Cuáles son los proyectos que está impulsando el COENA en estos momentos?

Actualmente y debido al escaso relevo generacional estamos impulsando un proyecto para motivar a los colegiados más jóvenes a que creen sus propias clínicas, quedándose con las de los más

veteranos que ya se jubilan. Nos gustaría que las nuevas generaciones tomaran el testigo de forma que no desaparezca la clínica de perfil personal, la del dentista de toda la vida.

¿Los dentistas saben gestionar la parte de negocio que conlleva una clínica?

Eso es muy variable. Hay dentistas con una buena formación empresarial y otros a los que esa parte ni les gusta ni la desarrollan y delegan en un asesor esta función. A pesar de eso, desde el Colegio siempre incidimos en la importancia de esta parte del negocio y organizamos cursos que les ayuden a formarse en este ámbito.

Desde tu punto de vista, ¿disfruta de “buena salud” el sector de la odontología en España o necesita “mejorar” algunas constantes?

Creo que no disfruta de buena salud. Hay buenísimos profesionales, los jóvenes están muy “especializados”, con muchos másteres y mucha formación en una parte de la odontología y hay dificultad para encontrar quien atienda la odontología “de familia”. También cuesta educar a la población, que no acude a las consultas de manera preventiva, sino cuando hay problemas.

A esto se une además un tema recurrente como la plétora profesional, el aumento del número de facultades privadas y recientemente la inclusión en el PADI del tramo de 0 a 5 años, que van a absorber las consultas privadas para no sobrecargar a los profesionales de la pública

Desde la oficina colegial se viven las alegrías y las tristezas del día a día de los colegiados, ¿qué anécdotas nos puedes contar después de tanto tiempo?

Me gusta conocer las sagas familiares, conocer al abuelo, al padre que se jubila y al hijo dentista que se queda con la clínica. Me alegra ver esa continuidad y ese amor por la profesión que se transmite de padres a hijos. También me encanta cuando nuestras colegiadas son mamás y traen al Colegio al bebé para que le conozcamos (además, durante 4 meses no les cobramos la cuota). Me gusta cuando un gran trabajo da sus frutos y el Colegio logra reconocimiento, bien de los colegiados o de la población. Las mayores penas vienen con los fallecimientos de colegiados que han luchado

por la profesión en tiempos difíciles y con los que tenía muy buena relación.

Siempre se ha dicho que el colegiado que más quiere al colegio es el que le ha necesitado por problemas. ¿lo ves así?

No especialmente. Hay colegiados a quienes ayudas en un momento determinado y que están muy agradecidos, y hay otros que no tienen grandes problemas, pero valoran mucho el Colegio esté ahí para dar formación, acompañarles, ayudarles... esto hace que en Navarra haya buena relación entre el Colegio y ellos y es que siempre hemos sido fieles a nuestra manera de pensar y muy coherentes.

¿Cómo son las relaciones entre las personas que trabajan en otros colegios?

La relación con mis compañeros de otros colegios es muy buena. Obviamente, tengo más relación con unos que con otros, pero si nos necesitamos, ahí estamos para echarnos una mano. Me llevo especialmente bien con el Colegio de Madrid, que tiene unas campañas de imagen estupendas y que en ocasiones nos las ha cedido sin coste, es un colegio grande y nosotros no tenemos su capacidad, pero también quiero mucho a mis compañeros de Aragón, La Rioja, Bizkaia, Guipúzcoa, Álava, Extremadura, Valladolid, Cádiz, Córdoba... La verdad es que antes el Consejo organizaba jornadas para el personal de los Colegios. Poníamos en común muchas cosas que suceden en el día a día colegial, cosas que se pueden cambiar o mejorar... y así nos conocíamos todos. De un tiempo a esta parte no se hacen estas reuniones y la verdad que las echo en falta por ambas cosas, por volver a ver a los compañeros, conocer a los nuevos, y por poner en común nuestro trabajo. De todo eso aprendíamos muchísimo.

¿Y las relaciones con el Consejo?

Pese a que el Colegio de Navarra políticamente está muy alejado de la política del Consejo, a nivel de empleados nuestras relaciones son buenísimas. Allí trabajan grandes personas



siempre dispuestas a ayudar en la parte laboral, así como en la personal, si la necesito. De verdad, nuestra relación es excelente. Podría decirte que a lo largo del tiempo hemos mantenido una política que está en las antípodas de la del Consejo, pero eso no implica que como compañeros no nos echemos una mano.

Un hito importante en el último año

En Navarra nos hemos tomado muy en serio la lucha contra el intrusismo. Nuestra colaboración con la Policía Nacional es muy estrecha. Hacen una gran labor de manera impecable y estamos muy agradecidos por su profesionalidad y seriedad. Nos han ayudado más que la inspección de centros. Todo el trabajo que llevamos a cabo con ellos lo hemos ido realizando durante mucho tiempo, no es algo solo puntual, y el resultado no ha podido ser mejor.



Hablamos con José María Montiel Company

Profesor Titular del Departamento de Estomatología en la Universitat de València, de cuyo Departamento es el actual director.



Licenciado en Medicina y Cirugía, y en Odontología por la Universitat de València (UV). Doctor en Odontología (UV) y Máster en Odontología Preventiva y Comunitaria (UV), en Educación Médica (UAB) y en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud (UAB).

Profesor Titular del Departamento de Estomatología en la Universitat de València, de cuyo Departamento es el actual director.

En el campo de la investigación tiene alrededor de 100 publicaciones de artículos de impacto JCR con un índice H=23. Ha codirigido unas 20 tesis doctorales. Su campo de estudio e investigación es la epidemiología oral, la odontología preventiva y comunitaria, la odontología basada en la evidencia, el análisis estadístico de datos de salud oral, las revisiones sistemáticas y los metanálisis.

Oral Health Data Bank Insights / Visualizador de datos epidemiológicos.



En el Congreso SESPO 2023, celebrado los pasados días 10 y 11 de noviembre en Valencia, el Dr. Montiel presentó en su ponencia "Oral Health Data Bank Insights" (ohdbi), un visualizador de datos epidemiológicos desarrollado en la Universidad de Valencia, que permite almacenar y visualizar los indicadores de salud oral obtenidos a partir de estudios epidemiológicos.

■ ¿En qué consiste esta herramienta?

Oral Health Data Bank Insights (ohdbi) es un visualizador de datos interactivo programado en lenguaje R accesible online de forma libre que permite representar mediante gráficas de todo tipo los principales indicadores de salud oral de nuestro país.

■ ¿Cómo y donde nació la idea de desarrollarla?

Desde que empecé con mi tesis doctoral, que era el estudio epidemiológico de salud oral en los escolares de la Comunidad Valenciana en 2004, siempre sentía la necesidad de crear una base de datos que permitiera encontrar todos los indicadores de salud oral de una manera rápida y fácil. Por ello, te diría que la idea siempre estuvo ahí. La única referencia que tenía de algo parecido era la famosa Oral Health Country/Area Profile Project

de la Organización Mundial de la Salud gestionado por la Universidad de Malmö, una base que si bien almacena datos de todos los países, apenas muestra de España unas pocas gráficas estáticas y no más de 10 indicadores de una manera parcial y que se actualiza muy raramente. Por ello, necesitábamos crear algo diferente a lo que ya teníamos, muchísimo más completo, rápido e interactivo.

■ ¿Con que equipo humano se puso en marcha este proyecto, convertido ya en realidad?

El equipo podemos dividirlo en dos partes claramente diferenciadas. Por un lado, estamos José Manuel Almerich y yo como epidemiólogos orales, profesores de Odontología Preventiva y Comunitaria, y compañeros de docencia e investigación en la Universitat de València. Contar con el asesoramiento y la expe-



riencia del profesor José Manuel Almerich, ha sido muy enriquecedor para el proyecto.

Por otro lado, quiero destacar la labor de Aaron William Montiel Nicholas, grado en Ciencia de Datos formado en las Universidades de Valencia y Hertfordshire (Inglaterra), además de Máster en IA, que fue el encargado de convertir todas nuestras ideas en realidad, y que se implicó tanto en el proyecto, que una vez familiarizado con los datos de salud oral, llevó el visualizador a su mejor versión. Ha sido claramente imprescindible para la consecución del proyecto y sin él no habría sido posible.

■ ¿Existe alguna otra herramienta similar en el mundo?

Visualizadores de este tipo existen en otros campos y áreas de conocimiento, pero enfocados concretamente a la visualización de datos epidemiológicos orales no conozco ninguno en el mundo. Es el primero desarrollado para tal fin, y si a ello unimos la gran variedad de indicadores, la capacidad de interacción con el usuario y la riqueza de datos referidos a un único país, podemos decir que en este sentido es único.

■ ¿Cuáles son los usos principales de esta herramienta?

Considero que presenta tres usos principales: docencia, investigación y Salud Pública Oral. La representación gráfica de

*"ohdbi presenta tres usos principales:
docencia, investigación y Salud Pública Oral"*

los datos de salud oral tiene un potencial didáctico increíble para los estudiantes de odontología, o de higiene dental, que pueden comprender la evolución de los indicadores orales, entender la composición de estos o incluso valorar su asociación con un factor de riesgo determinado, por poner un ejemplo. La gran cantidad de datos, y la rigurosidad con la que han sido extraídos facilita al investigador su labor ya que Oral Health Data Bank Insights (ohdbi) se convierte en una fuente de datos secundarios y agregados rápida y fiable. Y finalmente, la herramienta, y muy especialmente con su analizador, permite valorar de una forma global la evolución temporal de los indicadores, proporciona la mejor información y facilita la labor de aquellos que tienen que tomar decisiones en materia de salud oral.

■ ¿Cuáles son sus principales características?

El visualizador permite representar más de 8000 gráficas consecuencia de las distintas combinaciones y variables, debido a esa capacidad de interacción que tiene con el usuario. Se han introducido 12.000 datos agregados procedentes de las exploraciones de 140.000 individuos desde 1969 hasta nuestros días. Se han incluido todos los estudios epidemiológicos de salud oral representativos de la totalidad del país o de las Comunidades Autónomas. Hasta 40 indicadores de salud oral pueden ser consultados, valorar los cambios producidos a lo largo del tiempo o incluso las diferencias entre sexos, clase social, lugar de nacimiento, etc.

La novedad estrella es el analizador que contiene dos herramientas: el "trendómetro" que calcula mediante una regresión de Loess la línea de tendencia a partir de todos los estudios nacionales y autonómicos incluidos y el "rankiómetro" que compara el último dato obtenido a nivel nacional con el resto de comunidades autónomas.

Otra característica importante de ohdbi es que almacena la mayor y más completa colección de estudios epidemiológicos de salud oral realizados en España. Esto ha supuesto un esfuerzo importante en el que han colaborado muchos compañeros y compañeras de la profesión en la búsqueda de los originales, a los que dedicamos una sección de agradecimiento. Estamos hablando de pequeños librillos de ediciones limitadas en papel que hemos escaneado y facilitado su acceso y descarga en formato pdf. Algunos son incluso tesis doctorales. De esta forma, todos los datos incluidos en ohdbi provienen de estudios cuyo original en pdf puede ser descargado, lo cual facilita a un investigador o a un usuario profundizar en el contexto del mismo.

“El visualizador permite representar más de 8000 gráficas ...”

¿Con cuántos estudios epidemiológicos han contado para crear la base de datos? ¿Dónde se hacen más estudios epidemiológicos en España?

En concreto se han incluido 10 estudios nacionales y 46 regionales. Las comunidades autónomas que más estudios han realizado son Navarra y la Comunidad Valenciana. Seguidos de Euskadi, Cataluña, Galicia y Andalucía, siendo esta última la comunidad autónoma que más exploraciones ha realizado. Hay que destacar la observación de una tendencia a alargar la periodicidad de realización de los estudios en todas las comunidades autónomas por parte de los gobiernos autonómicos, y únicamente los estudios nacionales mantienen su periodicidad quinquenal debido a la acción del Consejo General de Dentistas de España.

¿Desde cuándo contamos con estudios epidemiológicos de salud oral en España, sabemos quién fue el primero?

Podemos decir que el primer estudio nacional se realizó en 1969, con una metodología no estandarizada, pero con un amplísimo tamaño muestral de 600000 niños en la que participaron 200 estomatólogos como exploradores. La misma metodología pathfinder se viene aplicando en los estudios nacionales desde 1995, y esto unido a su periodicidad quinquenal, le otorga una gran validez para monitorizar los cambios en los indicadores orales de la población española.

Respecto al primer estudio epidemiológico de salud oral propiamente dicho, nos encontramos en el centenario de la realización en 1923 del estudio de Pamplona, coincidente en el año con la primera visita de Ernst Hemingway a las fiestas de San Fermín. El autor de este estudio fue el doctor José Clavero, un odontólogo con una gran implicación por el desarrollo de la salud pública oral debido a los altos niveles de caries presentes en aquellos tiempos, donde casi el 100% de los niños tenían una media de 6 caries. El dr. Clavero fue un pionero en la epidemiología de nuestro país, y el iniciador de la gran tradición epidemiológica que siempre ha tenido Navarra, y además muy poco conocido o quizás, muy poco reconocido. En ohdbi queremos rendirle su merecido homenaje y hemos incluido una sección de estudios históricos que pueden ser descargados en formato pdf.

¿Qué indicadores de salud han introducido? ¿Cómo está prevista su actualización?

Los indicadores incluidos en ohdbi son los principales registrados en los estudios. Para la valoración del impacto de la caries dental se han introducido la prevalencia de caries total (cod ó CAOD>0), la prevalencia de caries activas (c ó C>0), el índice cod o CAOD, índice de caries radicular, prevalencia de caries radicular, SiC, media de dientes sellados o prevalencia de individuos con dientes sellados, etc. Respecto al valoración de la enfermedad periodontal se han incluido el índice periodontal comunitario (IPC), con la media de sextantes por código IPC o el IPC máximo. También para la pérdida de inserción. Otras condiciones orales como la maloclusión, fluorosis, MIH, o incluso la erosión dental han sido igualmente incluidas. Algunos indicadores de calidad de vida medidos en los estudios nacionales como molestias o dificultad para comer, la frecuencia de cepillado o las visitas al dentista, unidos a indicadores propios y al número de dentistas colegiados completan el conjunto de indicadores registrados.

Actualmente encontramos todos los estudios llevados a cabo en España y por supuesto publicados. Respecto a su actualización, los últimos estudios recientemente realizados en Andalucía y Navarra el año pasado todavía no se han publicado, pero a medida que vayan saliendo a la luz iremos introduciéndolos en ohdbi en un plazo muy corto de tiempo. En este punto quiero marcar la diferencia con la base de la OMS.

“el primer estudio epidemiológico de salud oral propiamente dicho, data de 1923 en Pamplona, realizado por el doctor José Clavero”

Usted ha desarrollado dos nuevos indicadores de salud oral. ¿Háblenos de ellos y de su utilidad?

Disponemos de indicadores que valoran la caries por un lado y la enfermedad periodontal por otro, pero nunca combinados. Una propuesta que hemos realizado en ohdbi ha sido intentar valorar la salud oral de la población en una escala de 0 a 10 en la que los extremos serían una población edéntula con valor cero y una población con todos sus dientes sanos sin caries y sin bolsas periodontales. Si a los dientes perdidos por caries, cariados u obturados les asignamos un peso proporcional que resta valor a una dentición sana y si además restamos con diferentes pesos si el periodonto tiene bolsas periodontales de hasta 5,5 mm o si tiene bolsas profundas >5,5 mm, nos encontramos con un valor

dentro de esa escala que representa su estado de salud oral. A este nuevo indicador le hemos denominado Índice Comunitario de Salud Dental y Periodontal (ICSDP), permite valorar la tendencia de toda la población en su conjunto al introducir pesos ponderados en relación a la pirámide poblacional mostrando ser sensible a los cambios y remarcando de forma muy clara el gradiente social de las dos enfermedades orales.

El segundo indicador propuesto es el Índice de Caries Concentrada (ICC) que pretende valorar el fenómeno 80/20, una característica de la actual distribución sesgada o asimétrica de la caries en la población infantil y adolescente que presenta el nuevo patrón epidemiológico de las caries, en la que el 80% de la caries la presenta solo el 20% de la población. En vez de calcular el conocido índice de Caries significativas (SiC), que es la media del índice CAOD del tercio de la muestra explorada más afectada por la caries, calculamos la media del índice CAOD del quinto de la muestra más afectado y la dividimos por la media del índice CAOD de la totalidad de la población. Si el cociente es 4, nos encontramos con un fenómeno 80/20 perfecto, si es mayor existe una concentración de la caries ya que cuando el cociente es 5 el 100% de las caries las tienen el 20% de la población. Por el contrario, si el cociente es menor de 4, existe una dispersión de las caries. Considero que, al ser un valor relativo, es más simple y fácil de interpretar al oscilar en una escala conocida a diferencia del SiC. Cuando Brathall propuso el SiC el foco de atención estaba en el tercio de la muestra, mientras que ahora con los niveles de caries tan bajos en la población infantil el foco debemos ponerlo en el quinto.

Ambos indicadores son por el momento simplemente propuestas que solo el tiempo nos dirá si la comunidad científica considera que pueden aportar una visión nueva, diferente y útil de alguna condición oral.

Esta herramienta nos permite valorar la evolución de la salud oral a lo largo del tiempo. ¿Se aprecian diferencias entre comunidades en función de los resultados de los distintos planes implementados? ¿Podemos estar satisfechos con los resultados?

En nuestro país la transferencia a las comunidades autónomas de las competencias en materia de salud provocó que se implementaran diferentes modelos de atención bucodental a la población infantil y juvenil, pudiendo encontrar comunidades con modelos PADI, mixtos o plenamente públicos desarrollados en los centros de salud de atención primaria. De igual forma, las estrategias preventivas fueron diversas, así mientras algunas comunidades fluoraron las aguas de consumo, otras se inclinaron por programas de enjuagues de flúor en las escuelas. La gran

diversidad hizo necesario legislar una cartera de servicios comunes a todas las comunidades para reducir la heterogeneidad en pro de una mayor equidad. Sin embargo, no se aprecian grandes diferencias entre las comunidades autónomas y los datos marcan una evolución muy similar en todo el conjunto de España. El gradiente social macroeconómico está ahí, es decir las comunidades más ricas y con más ingresos per cápita tienen mejores indicadores, pero no está relacionado con el plan implementado de cada comunidad, sino con los determinantes sociales.

Podemos estar orgullosos del descenso de la caries en la población infantil y juvenil producido en el que por supuesto tiene mucho que ver la implicación de nuestro sistema de salud.

¿Se nota la desatención a la dentición temporal en los distintos planes de salud?

Sí, y esto lo podemos ver en el índice de restauración a los 6 años de edad, que ronda el 30%, lo que quiere decir que solo estamos obturando el 30% de todas las caries temporales. Si contrastamos el dato con la dentición permanente a los 12 años, vemos como el índice de restauración alcanza cifras del 70%. Ninguna comunidad incluye en su plan la obturación de las caries temporales, pero es esperanzador comprobar que en el reciente Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el SNS aprobado por el CISNS el 2/12/2021 ya incluyen para la dentición temporal en niños menores de 6 años actuaciones de mínima intervención y tendentes a frenar el proceso de lesión de caries, lo cual es un avance.

“solo estamos obturando el 30% de todas las caries temporales”

¿Qué medidas se deberían adoptar para mejorar la salud oral en nuestro país a corto y medio plazo?

De la lectura de los datos epidemiológicos, yo quisiera centrar la atención en dos puntos concretos. El primero sería sobre una nueva cohorte de estudio, los niños de 3-4 años, para determinar exactamente esos factores de riesgo y de exposición que están incidiendo y así poder explicar por qué a los 6 años la caries en dentición temporal es casi el doble que a los 12 años en dentición permanente. La estrategia poblacional en los niños y adolescentes está funcionando bien respecto a la caries en dentición permanente, pero en la cohorte 3-4 años quizás una estrategia de alto riesgo podría tener un gran beneficio que se vería reflejado en el indicador de caries a los 6 años.

El segundo punto pondría el foco de atención en la población adulta y adulta mayor reforzando los programas de cepillado, promocionando las visitas periódicas al dentista para controlar los factores de riesgo común: tabaco, alcohol, hiperglicemia/diabetes o mala higiene oral, tan relacionados con la enfermedad periodontal. A nivel global, el estado de salud oral de la población española no mejorará mientras los indicadores periodontales de sangrado gingival, sarro, o bolsas periodontales no se vean reducidos.

Cuando se busca en internet una base de datos epidemiológicos únicamente aparece el Global Oral Data Bank de la OMS que es poco operativa y no siempre está actualizada. ¿Cuándo la vamos a encontrar en internet y cómo la debemos buscar?

Ya es posible encontrarla en los buscadores y nos estamos posicionando cada vez más cerca de la cabecera. Es posible acceder a Oral Health Data Bank Insights en: uv.es/ohdbi/ siendo el acceso completamente libre. Es importante recordar que Oral Health Data Bank Spain-UV es como se llamaba en su primera versión que solo incluía los estudios nacionales y de la Comunidad Valenciana. Esta versión antigua ya no está operativa y si clicas en ella, te redirecciona a la nueva.

¿Una sugerencia a quienes tienen la responsabilidad política de cuidar la salud oral de los españoles?

Les diría en voz alta que no podemos olvidarnos de la salud oral. Tenemos la obligación de seguir monitorizando las tendencias de las enfermedades orales para comprender mejor su comportamiento, haciendo estudios epidemiológicos con regularidad, pero no solo en niños y adolescentes, sino también en adultos porque la carga de trabajo en las próximas décadas, y solo basta ver la pirámide poblacional, estará en la población adulta mayor que no presenta el patrón epidemiológico de bajos índices de caries. Este grupo de población ha sido muy tratado por los dentistas y en el Reino Unido le llaman generación Heavy Metal por la gran cantidad de metal que llevan en sus bocas. Habrá que establecer algún sistema de subvenciones o de reembolsos a la población adulta para facilitar su acceso a los servicios dentales y asegurar la equidad entre todos los ciudadanos.

¿Una recomendación a los profesionales?

No toda la responsabilidad de la salud oral la tienen los políticos. Los dentistas también podemos aportar nuestro granito a la mejora global destinando un poco más de tiempo a la prevención

y promoción de la salud, empoderando a nuestros pacientes en hacerlos responsables de su propia salud. Esto choca con nuestra mentalidad operatoria e individualista enfocada a la acción, pero podemos empezar a hacer más prevención y más odontología de mínima intervención. Si logramos hacerla valer ante nuestros pacientes por supuesto podremos cobrar por ella.

¿Cuál es el siguiente paso? ¿Existe intención de extender el proyecto a nivel internacional?

Creemos que ohdbi cubre una necesidad existente y sería ideal poder crear a partir de él una red epidemiológica internacional. El proyecto ohdbi es abierto y colaborativo. La aplicación está plenamente desarrollada y operativa. Con pocos recursos económicos y en un periodo de tiempo relativamente corto, sería posible extender una red epidemiológica de monitorización de las enfermedades orales de acceso libre contando con equipos de colaboradores locales. Seguimos buscando algún tipo de financiación pública o privada para poder alcanzar este objetivo que ahora es un sueño. Actualmente contamos con un patrocinador Colgate/Elmex que impulsó el proyecto en sus inicios, al que estamos muy agradecidos y que publicitará la cabecera de ohdbi en España hasta 2025.

¿Nos puede presentar algún caso práctico de obtención de datos con el visualizador?

El trendómetro permite valorar la evolución de los indicadores, y si obtenemos mediante ohdbi la tendencia del índice cod a los 6 años, podemos ver claramente como los niveles de caries en dentición temporal llevan estancados más de 20 años. Esto nos debería llevar a pensar en introducir alguna nueva estrategia preventiva para obtener en el próximo estudio una mejora en los indicadores de caries.

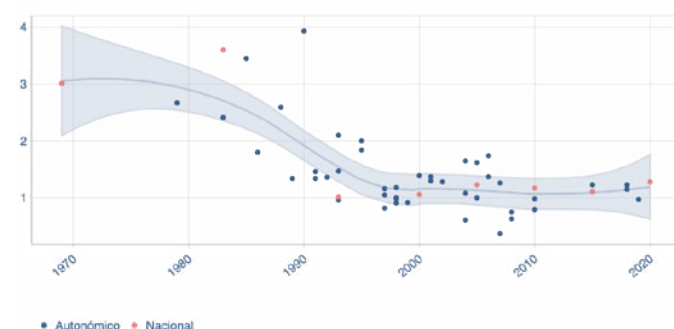


Figura tomada de Oral Health Data Bank Insights que representa la tendencia del índice cod a los 6 años en España desde 1969 hasta 2020.



Giano HR



Distribuidor y servicio técnico oficial



El diagnóstico más fiable

Todos los campos que necesitas desde 4x4 hasta 16x18

La mayor resolución del mercado (Voxel 68m).

Te lo perdiste te lo contamos

Crónicas de eventos científicos

Dr. A. de Juan Galindez

Tras la cita de Córdoba en el exitoso congreso anual de SECIB (ver crónica en la página web www.odontologosdehoy.com) se reinicia el ciclo de conferencias On Line de "SECIB Formación". En esta ocasión el 19 de octubre a las 21 horas la **Dra. Berta García Mira** de SECIB presentó al **Dr. RUI FIGUEIREDO**, que habló de las **"Complicaciones asociadas a procedimientos de elevación de seno maxilar"**.



Dra. Berta García Mira



Dr. Rui Figueiredo

CURRICULUM VITÆ RESUMIDO

Prof. Dr. Rui Figueiredo

Licenciado en "Medicina Dentária" (Odontología). Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (Portugal).
 Master de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.
 Especialista en Cirugía Oral (OMD – Portugal).
 Doctorado en Odontología (Premio extraordinario). Universidad de Barcelona.
 Profesor Agregado de Cirugía Bucal. Universidad de Barcelona.
 Coordinador del Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona.
 Miembro del grupo de investigación biomédica IDIBELL.
 Autor de más de 70 artículos científicos publicados en revistas internacionales indexadas con factor de impacto.
 h-index (Scopus): 23.
 Director de la cátedra UB-Dentaid, coordinador científico de la cátedra UB-Avinent y coordinador del Aula UB-Inibsa Dental.
 Miembro del grupo de innovación docente consolidado GIDAC de la Universitat de Barcelona.
 Editor asociado de la revista "Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal" y revisor habitual de las siguientes revistas científicas:
 Journal of the American Dental Association, Journal of Periodontology, Clinical Oral Investigations, entre otras.
 Miembro de la junta directiva de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) de 2012 a 2018.

"Complicaciones asociadas a procedimientos de elevación de seno maxilar"

Dr. Rui Figueiredo

Introducción

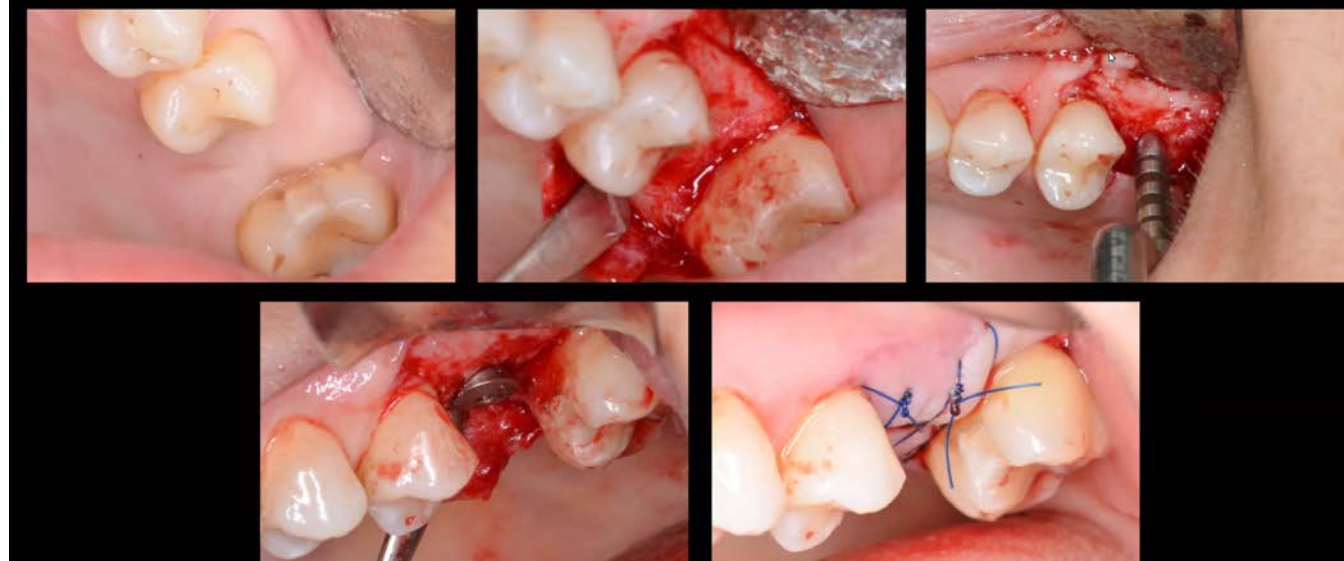
- Maxilar superior:
- Disponibilidad ósea:
 - Longitud reducida.
 - Anchura adecuada.
- Hueso tipo IV.
- 2 técnicas quirúrgicas:
 - Abordaje transcrestal.
 - Abordaje lateral.



Explicó que en cuanto a las técnicas de regeneración ósea guiada en el maxilar que conocemos como "elevación de seno" existen dos técnicas clásicas que se diferencian en el tipo de abordaje:

- **Abordaje Trascrestal:** usando distintos instrumentos "elevadores" "compactadores" bien rotatorios o manuales y a través del reborde alveolar en su "cenit", conseguir hacer espacio debajo de la membrana del seno para introducir bio material o injerto autólogo que permita colocar los implantes programados. De esta técnica resalta que la tasa de éxito y supervivencia de los implantes colocados baja si existe menos de 5 mm de tejido óseo residual. Y por tanto está indicada cuando al menos existen estos 5 mm de tejido óseo residual y buscamos una ganancia de 2 o 3 mm.

Abordaje crestal



- **Abordaje Lateral:** esta técnica se realiza abriendo una "ventana" lateral alta en la zona del fondo de vestíbulo intraoral a través de un colgajo de espesor total, a una altura del maxilar apropiada determinada e identificada con CBCT. Se realiza mediante osteotomía con distintos tipos de instrumentos según preferencias. Separando, despegando, elevando la membrana del seno a fin de conseguir espacio para el relleno con bio materiales o con tejido óseo autólogo. Indicada cuando el espesor de tejido óseo residual es menor de 5 mm o en otras conveniencias del cirujano o necesidades de rehabilitación.

El seno maxilar, según explica Rui Figueiredo, es el sitio ideal para hacer regeneración ósea (RO), donde las condiciones son excelentes para que el tejido óseo regenere, pero no está libre de complicaciones, clasificándolas en:

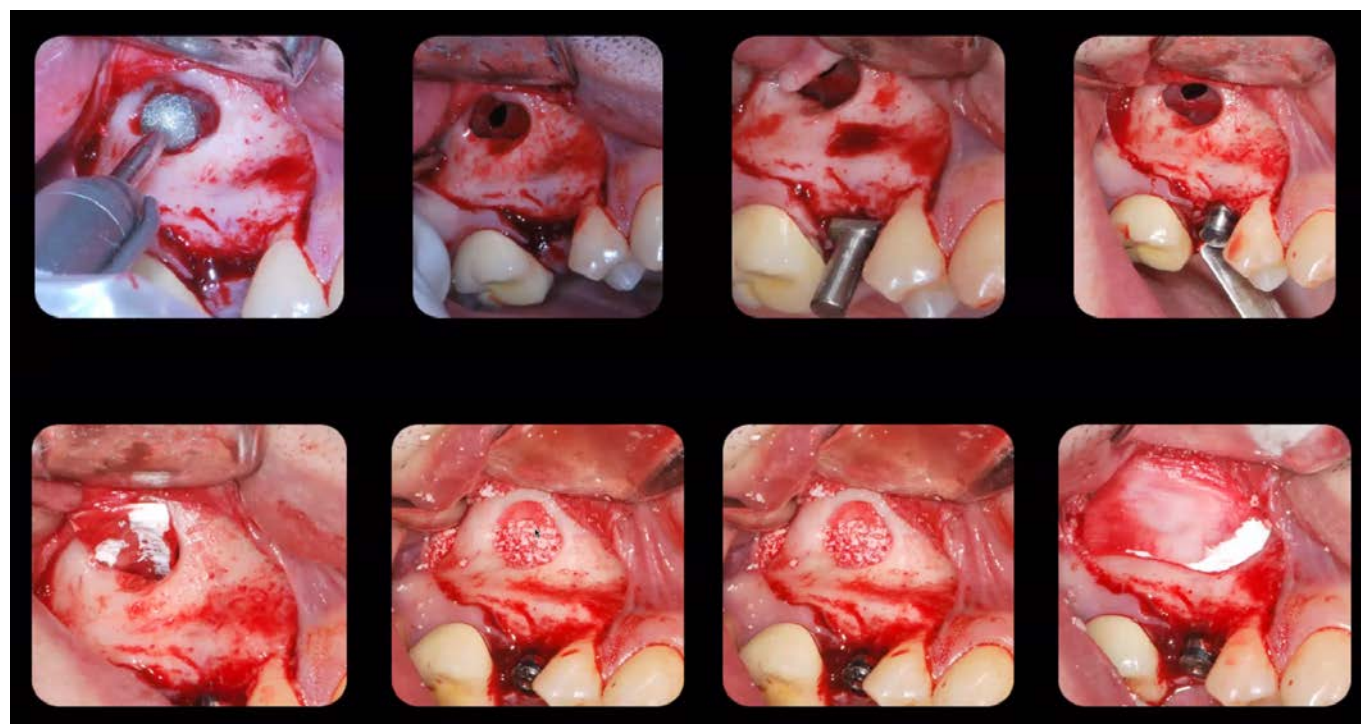
1. Complicaciones Intraoperatorias, se manifiestan durante el procedimiento.
2. Complicaciones Postoperatorias inmediatas al de pocas horas de haber realizado y finalizado el procedimiento operatorio.
3. Complicaciones Posoperatorias tardías que se desarrollan al de unos días o incluso semanas tras finalizar el procedimiento.

Complicaciones Intraoperatorias

Perforación de la membrana sinusal.

Según explica, la complicación más prevalente durante las maniobras de osteotomía o de despegamiento es la perforación de la membrana sinusal.

Dio claves para poder predecirlas, indicando factores que favorecería la perforación ... como son el uso de fresado de demasiado agresivo, la existencia de septos sinusales enseñando a identificarlos, recomendando evitar empezar a despegar en su proximidad. Identifico también como riesgo de perforación la existencia de altura ósea residual ósea mínima, aconsejando ser muy cuidadoso. Aconsejó que al despegar la membrana se debe empezar por los puntos más sencillos y accesibles dejando los septos para el final. Consiguiendo con el despegue previo lejano a la zona del septo que la membrana sea más laxa y flexible evitando que la tensión de la membrana favorezca su perforación. Otro de los factores favorecedores sería el espesor de la membrana tanto por exceso como por defecto.



Para disminuir el riesgo de perforación recomienda entre otras técnicas de osteotomía, a la hora de hacer “la ventana” en la pared ósea, el uso por ejemplo de tecnología piezoeléctrica. En caso de usar instrumentos rotatorios como la “pieza de mano” quirúrgica recomienda usar fresas de diamante de grano fino cuyo corte es menos agresivo y más paulatino. Pero entre estas, aconseja de forma especial el uso de los “rascadores de hueso manual desechables de un solo uso” para hacer este acceso de la ventana al seno, permitiendo una osteotomía más progresiva, además con esta técnica permite “recolectar” hueso autólogo para injertar.

Al hacer la separación con las “cucharillas de elevación” recomienda su uso por la parte “roma” y siempre estar en contacto con la pared ósea interna del seno, disecando o despegando sin empujar la membrana.

De todas formas, concluye que la perforación de la membrana NO es motivo para “abortar” el procedimiento, ni determinante a la hora influir en el fracaso o éxito del tratamiento. Siempre y cuando sepamos cómo manejarnos ante esta situación.

Así describió como se puede solucionar. Primero, una vez producida la perforación hay que evitar seguir despegando por la zona próxima a esta. Hay que seguir despegando, pero por otra zona más alejada, que permita reducir la tensión de la membrana, que hará que el área perforada se reduzca en sí mismo aprovechando el efecto elástico por un lado y la pérdida de tensión por otro.

Perforación de la membrana

- **Complicación más frecuente:**
 - Pjetursson et al. 2008: 19.5%.
 - Cho-Lee et al. 2010: 23.2%.
 - Hernandez-Alfaro et al. 2008: 21.9%.
 - Barone et al. 2006: 25%.
 - Manor et al. 2010: 31%.

Aconsejando el uso de una membrana reabsorbible de colágeno ante una perforación. Colocándola de barrera, teniendo la precaución de dejar un borde de esta asomando por la ventana en su parte superior, a fin de tener control para que no se desplace en el relleno con el injerto.

Hemorragia intraoperatoria

La Hemorragia intraoperatoria por perforación de Vasos en la osteotomía o en el despegamiento, es otra de las complicaciones intraoperatorias que se describieron. A veces estos vasos sanguíneos se ven en los CBCT si son de suficiente tamaño y tiene trayectos intraóseos, pero si no puede que no se vean esto no quiere decir que no existan. Según refiere Rui, afortunadamente son de calibre pequeño y no conllevan a peligro “vital”. Pero estas hemorragias complican por ser molesto y por “ensuciar” el campo operatorio.

Dolor postoperatorio en Implantología

Meta-análisis (2021):

- Pocos estudios (9 RCTs).
- AINEs proporcionan reducción del dolor.
- Control del dolor fundamental en las primeras 72h.

“Short-term use of analgesic medications may be sufficient for post-operative pain management in dental implant surgery.”

“analgesic prescription should be directed by a patient’s medical history, in order to increase the success of pain management in a short period of time and decrease potential adverse effects.”

Khouly I, Braun RS, Ordway M, Alrajhi M, Fatima S, Kiran B, Veitz-Keenan A. Post-operative pain management in dental implant surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Clin Oral Investig. 2021;25:2511-36.

Describió distintas formas de coaptación entre las que destaca maniobras compresivas, sutura y de pinzado con mosquito, desaconsejando el uso de “cera de hueso” por poco biocompatible o el uso de bisturí eléctrico en zonas intraóseas por producir osteonecrosis.

Complicaciones Posoperatorias inmediatas:

La Epistaxis, no la considera una complicación importante, pero recomienda advertir al paciente que puede suceder, para que no se asuste.

Dolor e Inflamación o edema

Para minimizar el dolor en cirugías no especialmente complicadas recomienda el uso de antiinflamatorio (AINEs) junto con un analgésico (Paracetamol). En casos de cirugía más compleja recomienda asociar corticosteroides a dosis única en el posoperatorio inmediato o en pauta corta.

Aunque recomienda no pre-medicar, si considera que se debe empezar la medicación antes de que aparezcan a los síntomas, es decir en el posoperatorio inmediato. Una vez que ya han empezado la sintomatología la medicación es menos efectiva.

Explicó como el dolor está directamente condicionado con el grado de inflamación, por lo que para evitar síntomas posoperatorios el objetivo es controlar la inflamación.

Complicaciones posoperatorias tardías (más de una semana)

Destacó en este grupo a las Infecciones Sinusales y las Comunicaciones Oro-sinusales, siendo estas últimas como consecuencia de las primeras.

En cuanto a las Infecciones Sinusales (sinusitis de repetición) dictaminó una prevalencia del 7%. Y explicó que se deben a la contaminación del material de relleno, que con lleva al fracaso del procedimiento. Normalmente producen molestias inespecíficas, no suelen ser síntomas muy evidentes. Se producen más frecuentemente en pacientes con antecedentes de sinusitis previas, en pacientes con membrana sinusal engrosada, en situaciones de Tabaquismo (5 veces más riesgo) y en pacientes con enfermedades sistémicas.

El tratamiento es antibioterapia con Amoxicilina con Ac Clavulánico u otras asociaciones. Y considera necesario hacer interconsulta con el especialista en ORL. Pero Rui aseguró que la elevación de seno por sí mismo, no es una técnica que favorece el aumento en el riesgo de producir sinusitis.

Comunicaciones Oro-sinusales: Según consideró aparecen secundarias a infecciones posoperatorias y por el trayecto el fistuloso. Solo se cierran con técnica quirúrgica. Y aconsejó usar como interposición la “bola de Bichart”, una vez que haya desaparecido la infección. Considerando también en esta situación la estrecha colaboración con especialista de ORL, requiriendo para su resolución tratamiento multidisciplinar.

Chiapasco M, Felisati G, Maccari A, Borloni R, Gatti F, Di Leo F. The management of complications following displacement of oral implants in the paranasal sinuses: a multicenter clinical report and proposed treatment protocols. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38:1273-78.

Anavi Y, Allon DM, Avishai G, Calderon S. Complications of maxillary sinus augmentations in a selective series of patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod.* 2008;106:34-8.

- Complicación frecuente después de infecciones:
- Chiapasco et al. 2009: 70%.
- Anavi et al. 2008: 77%.
- Pérdida del material de relleno.
- Elevada tasa de recidivas:
- Cierre del colgajo con tensión.
- I plano.

Abad-Gallego M, Figueiredo R, Rodríguez-Baeza A, Gay-Escoda C. Use of Bichat's buccal fat pad for the sealing of the orosinus communications. A presentation of 8 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16:e214-8.



Tras esto, se abrió un interesantísimo debate como no podía ser de otra forma dada la audiencia que concurrió al evento. En el mismo se preguntó por los cuidados posoperatorios tras la realización del acto quirúrgico de elevación de seno, donde se recomendó que el paciente debe observar reposo evitando realizar deporte, controlando las "maniobras de Valsalva", así como evitar viajar en avión. Se aconseja evitar

volver a reabrir un seno cuando se ha infectado en fase aguda y se aconseja eliminar todo el tejido de injerto contaminado buscando otras alternativas, siempre con interconsulta con ORL. Se habló de qué hacer cuando se produce una migración o desplazamiento del implante dentro del seno y se concluyó aconsejando siempre recuperarlo a través de abrir ventana lateral.

Conclusiones

La elevación de seno maxilar es un **procedimiento seguro** con una **tasa de éxito** superior al **95%**.

La **perforación** de la membrana sinusal es la **complicación más frecuente** pero, si su **tamaño** es **reducido**, **no** parece **afectar** de forma significativa al **resultado final** del tratamiento. La colocación de una **membrana reabsorbible** de **colágeno** permite **sellar adecuadamente** la mayoría de estas perforaciones.

El **dolor** y **edema** postoperatorios tras una elevación sinusal se pueden controlar con una **adecuada pauta farmacológica**. En general, este procedimiento **limita** las **actividades diarias** de los pacientes durante las primeras **48/72 horas**.

Las **infecciones postoperatorias** son **raras** pero **difíciles de solucionar**. En numerosas ocasiones, es necesario implementar un **tratamiento combinado** (**farmacológico** y **quirúrgico**) y contar con la colaboración de un **especialista** en **patología sinusal**.

FORMACIÓN

EN FOTOGRAFÍA ODONTOLÓGICA



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



AUTOR:

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



Iniciamos en este número una serie de estudios sobre la Anatomía dental a través de la historia de la medicina y de la odontología. En principio nos centraremos solamente en el legado de los autores españoles. Aunque es nuestro propósito la elaboración de una historia de la anatomía propiamente dental, en ocasiones no queda completamente deslindada, pues forma parte de una región anatómica o, en otro orden, se añaden diversas enfermedades que afectan la estructura dental, aunque por nuestra parte intentamos buscar un camino orientado a nuestro propósito puramente “anatómico-dental”, pero a veces no queda otro remedio que ensanchar el paisaje para mejor comprensión de lo que el autor quiere exponer.

Bernardino Montaña de Montserrate¹.

No se saben con exactitud los datos que académicamente se consignan en las biografías de médicos y científicos. Se le supone su nacimiento catalán, acaso por su apellido, hacia 1480, fue estudiante probablemente en Montpellier, y ejerció como médico y cirujano del emperador Carlos V, desde 1537. En la universidad de Valladolid desempeñó la cátedra de Anatomía y allí escribió el tratado de esta materia. En esta ciudad debió fallecer hacia 1558.

El “Libro de Anothomia del hombre”.

En la imprenta vallisoletana de Sebastián Martínez se editó en 1551 el libro de Montaña de Montserrate con el título de *Libro de la Anothomia del hòbre*. . . Se estructura de comienzo a fin con la aprobación y tasa del tratado, por mandato del príncipe, signado por Juan Vázquez el 30 de octubre de 1551; va seguido de la tabla o índice del mismo, con división en dos partes, de doce y seis capítulos respectivamente: la primera ordenando la anatomía humana conforme al modelo tradicional, “a capite ad calcem”, y la última refiriéndose a



Portada del “Libro de Anathomia del hombre”.

la formación del feto, ocupándose asimismo de la muerte. Estos últimos asuntos son el puente que une el tratado propiamente anatómico con el remate del libro, que es un coloquio entre el autor y Luis Hurtado de Mendoza -Conde de Tendilla y Marqués de Mondéjar, a quien dedica la obra por ser su mecenas, no en vano ilustra la portada su escudo de armas y lo avala en la “Epístola dedicatoria”- que sigue, precisamente, al índice o tabla de dicho “sueño acerca de la generación y muerte del hombre” que tuvo Mondéjar.

Entrando de lleno en el asunto, se ocupa el autor en un proemio de definir qué cosa es “Anatomía” como “doctrina q enseña a conocer perfectamente las partes, de que esta compuesto el cuerpo humano; y su fabrica y tèplança, segun que còviene conocerlas al medico y al cirujano para la conseruacion y curacion del hombre”. El significado del vocablo es “diuisio perfecta” y el acceso a su conocimiento puede lograrse de dos maneras: primera, ejecutando la disección y aprendiendo por la vista y el tacto, para lo cual el que quiera aprender así deberá ir a las universidades donde se practica, es a saber, Montpellier, Bolonia o Valladolid, destacando en esta última y en dichos

tiempos, las demostraciones del “Bachiller Rodríguez” -Alonso Rodríguez de Guevara-, cirujano; segunda, si bien más imperfecta, “por escriptura o palabra²”, que es el caso del libro que emprende.

El apartado odontológico se aborda en el *Capitulo. VI. En que se trata de la anothomia del rostro y de sus partes*.

Comprende este territorio anatómico las siete partes siguientes: *La frente, las sienes, las cejas, los ojos, las narices, las orejas, y la boca³*.

Llegados a la anatomía bucal, distingue *dos géneros de partes, es a saber, las vnas exteriores, y las otras interiores, siendo las primeras Los carrillos y los labios⁴ y las segundas Las quixadas, los diètes y muelas, y las enziás, el paladar, la lègua, y la càpamilla, y las agallas⁵*.

La disertación sobre los dientes es tratada muy elementalmente, huyendo de una exposición asentada en la base galénica, que conoce y cita, dejando descripciones elementales al respecto, como sigue:

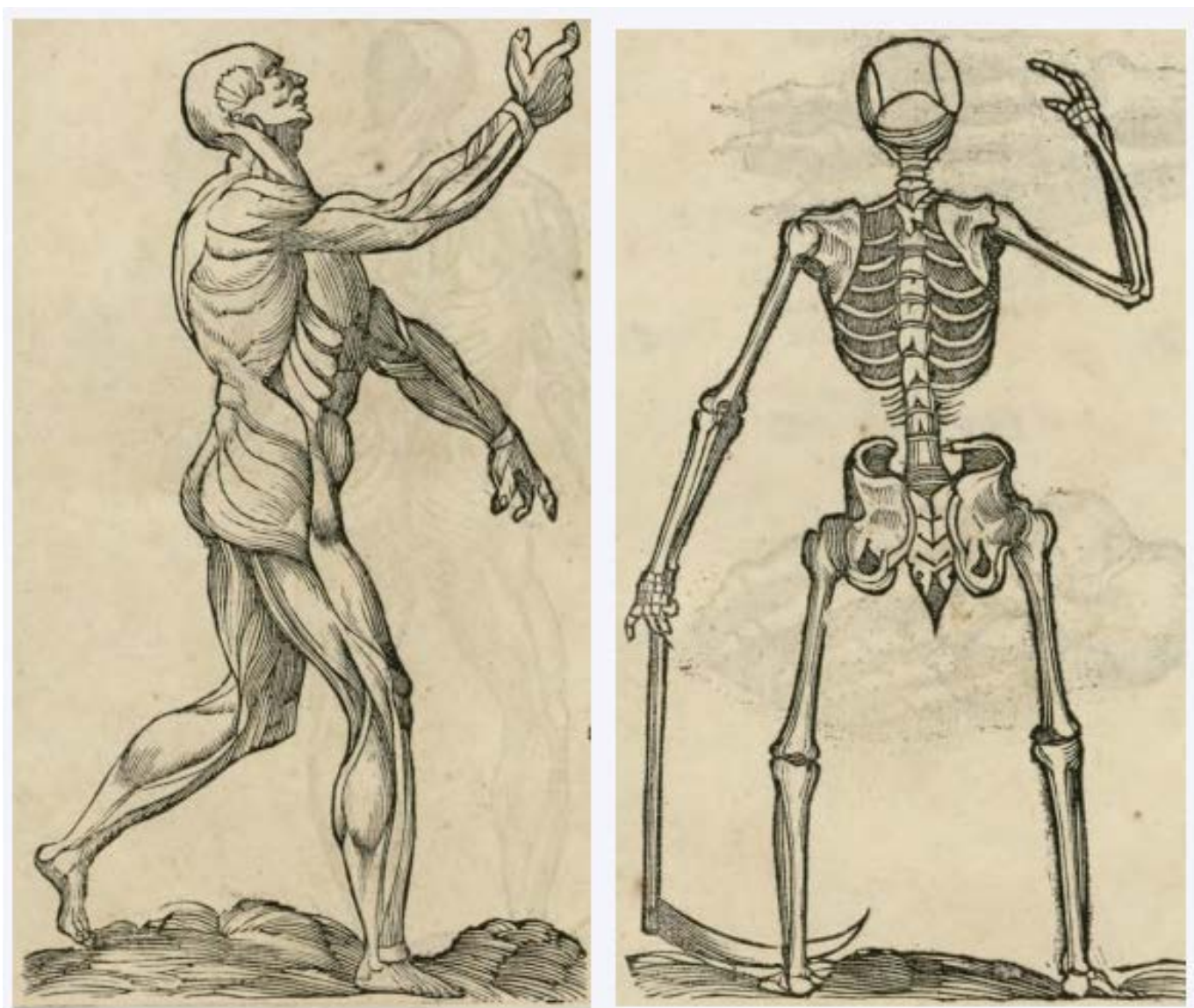
En quanto a los dientes, digo q son huessos hechos de naturaleza para el beneficio del maxcar.⁶

Està enclauados en ambas quixadas, dellos cò vna rayz, y dellos cò muchas⁷

El numero dellos ordinariamète es treynta y dos, àuque algunas vezes no se hallan mas de veynte y ocho⁸. Más adelante, en el dicho coloquio entre el autor y el marqués de Mondéjar, en el que se construye el cuerpo humano a manera de una casa, como tantas veces se dio en el Renacimiento, se nombran los dientes de la siguiente manera: *Ansi mismo estauà en este açaguan treinta y dos moços de cocina, cuyo officio hera moler los manjares duros, y aparejarlos para que de todos ellos se guisase en la cocina el dicho manjar blanco, anotando al margen: Estos moços de cozina sò los diètes y muelas⁹*.

Más allá de tan elementales observaciones, ni siquiera se detiene en una distinción del tipo de dientes, presta atención al recambio dental como núcleo de su mensaje, pero renuncia a exposición morfológica de incisivos, caninos y molares, que ni nombra.

Tienè dos difirencias gràdes d los otros huessos. La vna es q ningun huesso tiene sentimiento sino los diètes el qual sentiemièto les viene por razò de vn neruio q penetra por cada vno dllos dsde la rayz casi hasta el cabo. La otra difirècia es q no embargàte q son mièbros seminales como todos los otros huessos, pero



Grabados de la Anatomía de Montaña de Montserrat.

renueuàse naturalmète en el processo d la hedad lo q no haze otro ningun huesso, de lo ql vuo gran necessidad, porq los dientes que primero que primero nascè a los niños por tener como tienè toda la còplexion tan humida son muy tiernos, y las quixadas donde estan enclauados son ansi mismo blandas y la jùtura claua¹⁰ es de poca fuerça, y dmas dsto los muchachos la mayor parte dl día maxcan, por las quales razones no es posible estar los primeros dientes firmes en el proceso firmes en el processo d la hedad, en la qual son menester duros y muy firmes para poder maxcar las viàdas duras que se comen.

Allegase a esto que los muchachos abundan mucho de superfluydades en la cabeça, las quales les descìendè a los diètes y se los comen y pudrecen, y por esta causa con todas las demas que auemos dicho, naturaleza tiene cuydado mientras se gastan los primeros aparejar nueva materia para engendrar otros¹¹.

Nota. Considerando esta mudança de los dientes, en el processo de la hedad algunos medicos hà tenido por opiniò q no son de naturaleza de huessos, antes pièsan que son miembros sanguiños, especialmente que veen por expiriencia segun dizen que no solamente bueluen a nacer en la niñez despues q se caen de primera instancia pero aun en la vejez bueluen algunas vezes a nacer despues d caydos dos vezes, y dizen por cosa muy cierta que vna mujer despues que naturalmente le falto su regla, y se le cayeron los dientes le boluio otra vez su regla, y ansimismo le nascieron dientes¹². Este caso será traído a colación en su “Tratado breve y compendioso...” por Francisco Martínez de Castriello en el capítulo XVI, En que se ponen las cosas extraordinarias, y raras que me han dicho, y casos que me han acontecido, de esta manera: Dizen que a vna muger le falto su regla, y se le cayeron los dientes: y a los ochenta años le boluio su costumbre y a nazer los dientes¹³.

Ante esta noticia corrida por el vulgo, el autor precave a futuros practicantes de la misma, dándola por no imposible, y da el consejo de que *el que huuiere mudado una vez los dientes no se los saque cò esta confiança si no quiere hallarse burlado*.

Ciertamente, el autor no entra a ocuparse de la anatomía en tanto que tal, pormenorizando morfología y función de la dentadura en particular, como cabría esperar, sino que apenas deja dos o tres ideas pues su experiencia, leída más que vista, no le ha proporcionado más bagaje, sin duda por la falta de ejercicio al dejarlo en manos de los iletrados barberos. Finaliza con una descripción somera de las encías, también de carácter intuitivo como desvela el correr del texto. *Demas desto es d entender que sobre los huessos de las quixadas, y entre los diètes nasce vn genero de carne q llamamos enzias: la qual carne sirue para firmar los dientes en las quixadas, porque segun la poca fuerça que tiene la juntura claua si no tuuiesse otra ayuda facilmente se mouerian los dientes y muelas en su rayz con el mascar ordinario: y por esta causa quando se descarnan los dientes y se pierdè las enzias, o se apartan dellos por alguna ocasión si no se*

remedia luego no se puede esperar buena nueua de los dientes porque estan aparejados para mouerse y caerse, y miètras no se caen aprouechan poco¹⁴.

La “Anatomía del hombre” de Bernardino Montaña de Montserrat es para los historiadores de la Medicina uno de los pioneros e importantes textos de su género, perteneciente a la renovación de esta disciplina llevada a cabo en el Renacimiento con el principal concurso de Vesalio y su “Fabrica”, publicada en 1543, como también la “Historia de la composición del cuerpo humano” del español Juan Valverde de Amusco, editada un lustro después del texto de Montserrat. Puesta en romance, queda al alcance “de muchos cirujanos y otros hombres discretos que no saben latin” -dice en la “Dedicatoria- de forma compendiada frente a los grandes tratados que, a su parecer, llevan al lector a no dedicarse al estudio de otra cosa. No son grandes ni mucho menos minuciosas las descripciones dentales, como queda dicho, pero tampoco de otros órganos en lo que él mismo denomina su “librito de anothomia”, pero siempre ha de tenerse como libro anatómico de referencia en el Renacimiento.

Notas

1. Sobre su vida y su obra, consultar principalmente: Saunders, J.B.C.M. O'Malley, C.D. Bernardino Montaña de Montserrat author of the first anatomy in the Spanish language, Journal of the History of Medicine, 1, 1946, 87-107. Alberti López, L. La anatomía y los anatomistas españoles del Renacimiento, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1948. Valle Inclán, C. El léxico anatómico de Bernardino Montaña de Montserrat y Juan de Valverde, Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica, 1, 1949, 121-188. Barona Vilar, J.L. <https://dbe.rah.es/biografias/19645/bernardino-montana-de-monserrate>
2. Montaña de Montserrat, B. Libro de Anaothomia del Hombre, fº. 3-4.
3. Ídem., fº. 18 vº.
4. Ídem., fº. 34.
5. Ídem., fº. 34 vº.
6. Ídem., fº. 35.
7. Ídem.
8. Ídem.
9. Ídem., fº. 76 vº.
10. El actual Diccionario de la Lengua Española explica muy a propósito el significado de la “juntura claval”, como “Unión de dos huesos que entran el uno en el otro a manera de clavo”, tal era para Montaña de Montserrat el modo de sujeción del diente en los maxilares.
11. Montaña de Montserrat, B. Op. cit. fº. 35-35 vº.
12. Ídem.,
13. Martínez de Castriello, F. Tratado breve y compendioso..., Madrid, Alonso Gómez, 1570, fº. 83 vº.
14. Montaña de Montserrat, B. Op. cit., fº. 36 vº.

El yo en el Arte II

Juan Alió Sanz

Doctor en Medicina y cirugía

Profesor titular de ortodoncia, Universidad Complutense de Madrid

Académico de la Pierre Fouchard Academy

Artista pintor

En el anterior artículo hablamos del ARTE ESENCIAL o el ARTE QUE REPRESENTA EL SER. Como ya vimos, la representación del ser es compleja y evolutiva. En este sentido conviene recordar algunas máximas del pensamiento existencialista, entre ellas aquella que define al ser: **“La existencia precede a la esencia”** Este enunciado pertenece a J:P: Sartre (1905-1980) en su obra *“El ser y la nada”* escrita en 1943. Lo que nos viene a decir este filósofo es que la esencia del ser se forma de manera evolutiva desde que el ser humano es *“arrojado al mundo”*, es decir, desde su nacimiento. Esta definición del ser implica necesariamente el ejercicio de la libertad constante. Solo nos podemos definir como SERES mediante el ejercicio de la propia libertad, aunque este ejercicio provoque necesariamente angustia.

En este sentido, cuando distintos artistas se han atrevido a realizar un autorretrato, de alguna manera están queriendo reflejar esa materialización de su propio ser en el momento de realizar la obra. Siguiendo a Sartre, el autorretrato sería una expresión del ser en sí (es decir, del presente) pero ofreciendo también un reflejo del proyecto del autor, es decir de la proyección de propio ser (el ser para sí). Por tanto, en el autorretrato partimos de un ser que expresa la NADA (el presente, *el ser en sí*, es decir lo que es y no puede ser otra cosa) y ofrecernos también la imagen del SER en su proyecto de libertad, es decir, del SER en autenticidad (*el ser para sí*).

Por todo lo dicho, por la gran carga emocional que desprende un autorretrato, resulta ser uno de los ejercicios de análisis más profundos que puede hacer un artista. Implica escrutar el rostro y conocerse hasta tal punto que la expresión que tenga en ese momento se traduzca en el dibujo o la pintura que aborda.

La práctica del autorretrato tiene mucho de ejercicio psicológico de representación de la personalidad, generado más allá de los rasgos físicos. Pero lo que resulta más sobrecogedor es la apertura del YO ante el espectador que realiza el propio artista. Es como mostrarse en su desnudez más íntima ante cualquier ser extraño. Es mostrar a los demás aquello que hace al artista distinto y único, al margen de lo que pueda afirmar o aparentar exteriormente. Es decir, es una manera de expresión de sí mismo que solo puede estar al alcance del propio interesado.

Históricamente, no se puede hablar de autorretrato hasta el siglo XV aunque sí podemos encontrarlo en lo que se viene a denominar *autorretrato disfrazado* que sería aquel en el cual el propio artista se expone en su obra aunque sin protagonizar la misma.



Alberto Durero. Autorretrato. 1498.

Tal vez, uno de los autorretratos más antiguos sea el de **Alberto Durero (1471-1528)**. Si analizamos la expresión del SER que nos transmite al artista observamos que existe una clara pretensión de sobrevalorarse. El propio ropaje, la manos enguantadas y sobre todo, la expresión facial lo revela. Es una expresión de sentirse por encima del espectador. Seguramente esta actitud sea debida a la calificación de artesanos y no de artistas que tenían los pintores de la época y a la necesidad que tenía el propio pintor de sentirse plenamente artista.

En este sentido, como no, citar a **Charles Le Brun (1619-1690)**. Este autor llega a codificar 21 emociones, a saber: admiración, estima, veneración, éxtasis, desprecio, horror, espanto, amor simple, deseo, esperanza, miedo, celos, odio, tristeza, dolor corporal, alegría, risa, llanto, cólera, desesperación extrema y rabia.



Charles Le Brun. *Méthode pour apprendre à dessiner les passions* (1698).

Según el autor, cada emoción produce unos cambios faciales característicos en el rostro, lo que permite establecer un verdadero abecedario representativo de los sentimientos del alma humana. Todo esto lo expone en su tratado *Méthode pour apprendre à dessiner les passions*, de 1698. En este tratado, Le Brun expone los planos de referencia faciales y craneales, cuya medición angular nos define la expresión emocional del rostro y la asemeja a las facies de algunos animales.

Estos conceptos de expresión de emociones están anclados en los textos de Descartes (*Les passions de l'âme*, 1649) en los cuales afirmaba que “las emociones son intrínsecamente buenas y que todo lo que tenemos que evitar es su mal uso o su exceso”. Es precisamente en este sentido donde se puede converger con el existencialismo del que hablábamos antes. Las pasiones no dejan de ser un acción o reacción humana al propio ejercicio de su libertad y por tanto, forma la esencia del ser.

Dentro de esta expresión de las emociones es muy significativo el retrato de **Gustave Courbet (1819-1877)**.



Gustave Courbet. *El desesperado*. 1884.

En este retrato el autor enfatiza todas las emociones que pretende transmitir mediante la luz que brilla en la parte superior izquierda y en la apertura exagerada de los ojos, así como en la contracción que tienen todos los dedos de su mano izquierda. Todos esos elementos provocan una emoción de desesperación y pánico en el espectador.

El único autorretrato que se conserva de **Velázquez (1599-1660)**, aparte de su imagen incorporada en las Meninas, es el que realizó en 1640.



Diego Velázquez. Autorretrato. 1640.

En esta obra observamos un personaje con mirada penetrante y porte serio y, en cierto modo, distante.

El pelo, el bigote y la vestimenta que utiliza para la obra y sobre todo, la mirada, representa la imagen de un personaje importante, socialmente en una posición alta. La obra fue realizada por el autor cuando este contaba 50 años aproximadamente. La expresión labial nos provoca la sensación íntima de que el artista está disgustado con el espectador.

Como vemos, la transmisión que de su propio SER hace el autor en un determinado autorretrato es muy clara, aunque puede resultar en ocasiones involuntaria.

En el autorretrato de **Tiziano (1488-1576)** llama especialmente la atención que el personaje se coloca de perfil. Como queriendo resaltar una figura numismática para la posteridad. El reflejo del SER de Tiziano es un proyecto que va encaminado a su propia caducidad, a la espera de la inevitable muerte.

Lo oscuro de la obra, el propio traje nos transmite una imagen de finalidad cumplida. La cadena de la Orden de la Espuela de Oro y el propio pincel que sostiene en una mano nos confirman esta



Tiziano. Autorretrato. 1573.

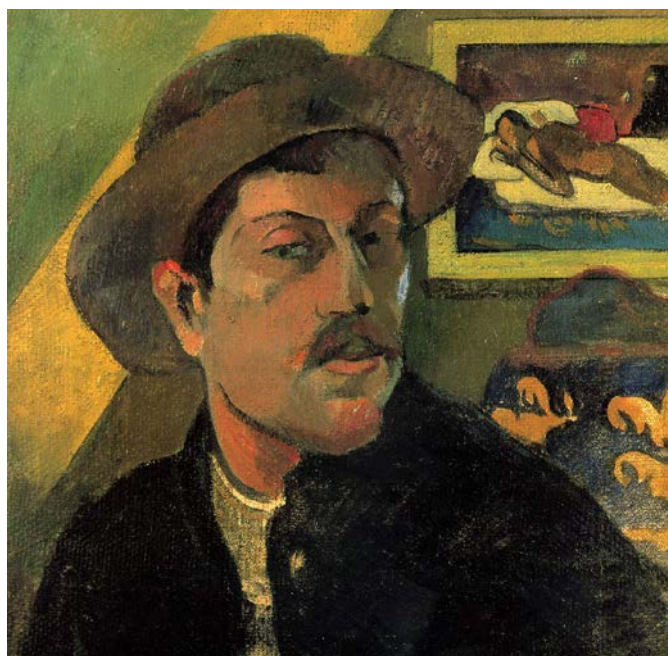
idea de permanencia eterna del presente, representado en el cuadro, que pretendía transmitir el autor.

El autorretrato con sombrero de **Paul Gauguin (1848-1903)** nos refleja la esencia del autor con una transmisión de la temporalidad. Gauguin no disfrutó del éxito de su obra. Su reconocimiento como impulsor del movimiento postimpresionista se realizó después de su muerte.

La posición del cuerpo girado hacia derecha simboliza el tiempo futuro, mientras que su rostro parece mirar al pasado. El autor nos transmite la esencia pura de la temporalidad pero con matices de presente. El proyecto de futuro está firmemente anclado en el pasado pero la mirada transmite una impresión pura de confianza. Gauguin en esta obra nos da a entender que sabe que, tarde o temprano, su trabajo será reconocido.

Si existe una obra que está cargada de simbolismo y que refleja toda la esencia de su autora es el autorretrato con corona de espinas realizado por **Frida Khalo (1907-1954)** en 1940.

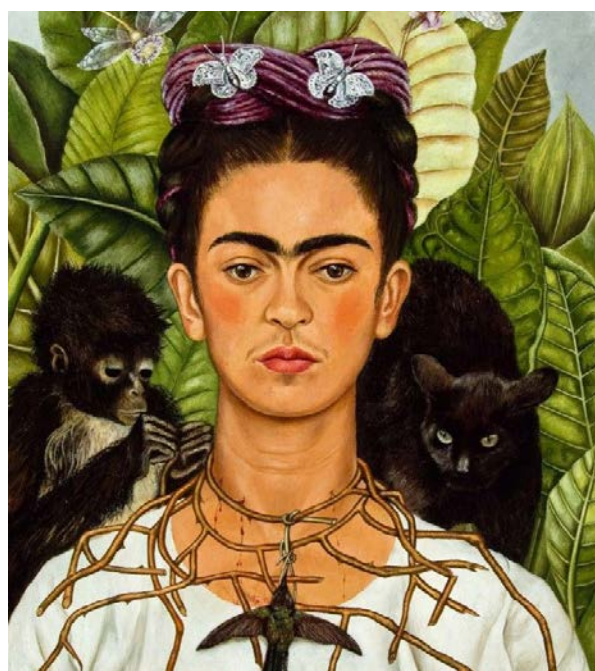
Los elementos que reflejan y transmiten el SER más íntimo de la autora se pueden enumerar en prácticamente la totalidad del cuadro. Desde el propio fondo de vegetación, casi selvática, hasta la camisa blanca con amplio cuello. Todos los elementos que



Paul Gauguin. Autorretrato con sombrero. 1892.

impregnan la obra son claramente descriptores de una realidad que para la propia autora era claramente negativa.

Como vemos pues, el autorretrato es una expresión íntima del SER que, en sí mismo, es el presente, es el ser en sí de Sartre y la Nada pero, el propio autorretrato también expresa el proyecto del autor con la clara conciencia de SER y por tanto, de expresarse en su modo más claro de ejercicio de la libertad. Es, tal vez, la forma más exagerada de expresar toda la temporalidad, el pasado, presente y futuro.



Frida Khalo. Autorretrato con corona de espinas. 1940.

IMPLANTOPRÓTESIS

Guía de prótesis dental sobre implantes

Dr. Jaime del Río Highsmith

"Desarrollamos el primer postgrado universitario en Implantología dentaria de España."

"Este texto supone la plasmación de muchos años de docencia y experimentación."

"Esperamos sea útil y facilite la realización de restauraciones con implantes dentales".

Editorial Lisermed

info@lisermed.com / www.lisermed.com

Juan A. Martínez Vázquez De Parga	Alicia Celemín Viñuela	Miguel Gómez Polo	Marta Romeo Rubio	Lorenzo del Río Highsmith	Carolina Díez Quijano
Mónica Zafra Vallejo	Pamela Barrio Monte	Mª Antonia Rivero González	Fernando del Río Highsmith	Pedro Molinero Mourelle	Álvaro Limones Burgos

VI Premios Sanitas Dental Star



El pasado 24 de noviembre tuvo lugar en Madrid la sexta edición de los premios Sanitas Dental Star. “Para Sanitas Dental la excelencia y el rigor científico son la base de la atención a nuestros pacientes. Por eso, este año celebramos la sexta edición de estos premios, que nos permiten visibilizar buenas prácticas en Odontología, sean o no de colaboradores de Sanitas”, ha afirmado Jesús Bonilla, director general de Sanitas Dental.

El Premio **Mejor Caso Clínico Multidisciplinar Dental Star** ha reconocido el trabajo del Dr. Íñigo Aragón, Dr. José Luis Cebrián Carretero, Dr. Pablo Garrido Martínez y el Dr. José Luis Del Castillo, que han presentado el caso clínico “o ‘3D en 1’: Triple tratamiento para un caso de fibroma osificante agresivo.”

El **accésit de este año en la categoría Experta**, ha recaído en los doctores Alejandro Gutiérrez, Patxi Arnaiz, Laura Jiménez y Nerea Urcelay con el caso “Regeneración vertical del reborde alveolar en periimplantitis severa. A propósito de un caso”.

El **premio en la categoría Academic** ha recaído en el caso “Tratamiento periodontal avanzado de un paciente con Síndrome de Papillon-Lefèvre, Periodontitis estadio 3, generalizada, grado C y lesión Endo-periodontal de grado 2”, presentado por la odontóloga Rocío Bujaldón.

El **accésit de la categoría Academic** ha sido para el odontólogo Jaime Bueno con el caso “Tratamiento de periodontitis estadio IV grado C, a través de tratamiento interdisciplinar periodontal, endodóntico, implantológico y restaurador”.

La **categoría Daily Clinic**, que busca premiar la excelencia clínica del día a día en el gabinete, ha recaído sobre el caso “Re-



habilitación del conflicto funcional anterior mediante Odontología multidisciplinar: el todo mejor que las partes”, realizado por el odontólogo Marc Junquera.

El **accésit para la categoría Daily Clinic** ha sido para el caso “Restauración dentoalveolar inmediata y mínimamente invasiva para el tratamiento de alveolo postextracción tipo II” presentado por el Dr. Manuel Cabezas.



El 25% de los pacientes con implantes sufre enfermedades periimplantarias

- Un estudio de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC Barcelona) y el DentaID Research Center concluye que el control del biofilm oral o placa dental sigue siendo la mejor opción para evitar enfermedades periimplantarias, aunque algunos recubrimientos con propiedades antibacterianas muestran menor colonización y mayor mortalidad bacteriana.
- Algunos implantes diseñados con superficies más rugosas para favorecer su integración en el tejido óseo favorecen la formación de biofilm bacteriano que, con el tiempo, puede causar enfermedades como la mucositis y la periimplantitis.

El consumo de CAD CAM distribuido por Proclinic Group crece un 22,9%, 9 puntos por encima del mercado

Proclinic Group



El sector dental está experimentando una importante transición hacia la digitalización, con crecimientos de diversas tecnologías digitales, como los consumibles CAD CAM, con un incremento del 13,7%, frente al decrecimiento de las familias más tradicionales, como el colado y soldadura, con un descenso del -7,1%.

Según la última Encuesta sobre Digitalización de clínicas y laboratorios elaborada por Proclinic Group, una de las áreas de formación en digitalización que más interesan es el CAD CAM.

El CEO y Consejero Delegado de Proclinic Group, Manuel Alfonso pronostica “una futura mejora de los procesos de diseño CAD de una forma rápida, de igual manera que los sistemas informáticos avanzan en tecnología facilitando los flujos de trabajo en las clínicas y laboratorios”. Por su parte, el futuro de la fabricación CAM “tenderá a los sistemas de impresión 3D con la evolución de nuevos materiales más económicos, duraderos y para restauraciones protésicas definitivas; con tiempos de producción mínimos”.

POSTGRADO EN ORTODONCIA
Bilbao | Marzo 2024



En marzo del próximo año arrancará en Bilbao una nueva edición del Postgrado en Ortodoncia de POS. Se trata de la 31ª promoción que Progressive Orthodontic Seminars organiza en España. El curso tiene como objetivo que los participantes adquieran los conocimientos, habilidades y competencias profesionales necesarias para poder ofrecer en sus consultas una ortodoncia de calidad con el plan de tratamiento más adecuado para cada caso.

La formación tiene una duración de dos años, es modular y perfectamente compatible con la práctica clínica. Además, en esta edición incluye un módulo adicional de ortodoncia invisible.

El plazo de inscripción ya está abierto:
www.ortodonciapos.com
progressive@pdsspain.com
667 521 197

**Conecta con tus
pacientes y te
regalarán su
mejor sonrisa**

¡LLÁMANOS!
91 366 55 24



**¡Diseñamos
tu web y Apps
a medida!**



**Newsletters
y vídeos promocionales**



Flyers y catálogos



**...y todo lo que necesites
para promocionar tu marca**

Agenda Formación TICARE



Webinario "Medicina bucal en la clínica dental. Conceptos básicos y manejo de las patologías más frecuentes"
Dr. Pablo Gutiérrez

El próximo 11 de diciembre el Dr. Pablo Gutiérrez impartirá un webinar sobre medicina bucal en las clínicas dentales. Tendrá lugar a las 20:00 h (hora peninsular) en *Implant Training* <https://www.implant-training.es/>.

INSCRIPCIÓN GRATIS.

Puesta al día en implantología avanzada en el Colegio de Odontólogos de Valladolid el próximo 27 de enero

El curso lo imparte el **Dr. Alberto Salgado**, quien hablará sobre casos complejos de implantes inmediatos en el sector anterior estético y complicaciones en elevación de seno.

La formación es gratuita y las plazas son limitadas. Las inscripciones están abiertas en la página web de ticare www.ticareimplants.com/formacion

¡Inscríbete al XII Congreso Ticare! El 23 de febrero en Madrid

El 23 de febrero de 2024, en TeatroGoya Multiespacio de Madrid, se celebra **Ticare Evidence, el XII Congreso de Actualización en Implantología**.

El congreso se divide en programa de Odontólogos, Higienistas y Auxiliares, y Protésicos; que tendrán lugar de forma simultánea. Durante la jornada se abordarán temas como prostodoncia y planificación, prevención y tratamiento de la periimplantitis, implantología del futuro, grandes atrofias.

Los ponentes y el contenido específico de cada programa pueden consultarse en la página web del congreso www.congreso.ticareimplants.com

¿A qué esperas para inscribirte? ¡Reserva tu agenda el 23 de febrero!



XII CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN EN IMPLANTOLOGÍA

**Evidencia científica
para la práctica diaria**

23 de febrero de 2024 | Teatro Goya Multiespacio | Madrid



Contáctanos!!
oklok.es



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