

ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 13
Nº 61 febrero 2024



Fernando Mozo Grau

Somos una empresa responsable, cercana, enfocada al cliente y obstinada en la calidad y el rigor



XXII Congreso Nacional
y XI Internacional

**SEGER
2024**

Barcelona

Del 9 al 11
de mayo de 2024

EXPODENTAL

Salón Internacional de Equipos, Productos
y Servicios Dentales

**14-16
Mar**

2024
Recinto Ferial
ifema.es

X Simposio Internacional - X International Symposium
20 años Avances en Cáncer Oral
20 years of Advances in Oral Cancer
3-5 Julio 2024 Bilbao. España


Universidad
del País Vasco
Euskal Herriko
Unibertsitatea
Dpto. Estomatología



**CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN PROFESIONAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA



SECIB



SEMO



SEGER

Zirkonzahn®


ticare

NSK

MC
ACADEMIA FOTOGRAFICA

FINCLINIKS®
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

30 antón
1994-2024

**sonría
xfavor**

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



ticare

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

Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- 🕒 ¿La unión hace la fuerza?: (I) Las Academias
- 🕒 Los dentistas, las polizas dentales y la negociación con las mutuas

Tribuna de salud pública. 11

- 🕒 Reinos de taifas

Actualidad 12

- 🕒 La revista de la SEN publicó el documento SEPA-SEN sobre periodontitis y enfermedades neurológicas
- 🕒 Firma de convenio de colaboración entre la Fundación Española de la Nutrición y la Fundación de SEPES.
- 🕒 SECIB y SCOE se unen para potenciar la difusión de sus actividades formativas
- 🕒 Nueva Junta Directiva de AEDE
- 🕒 Pamplona acoge el XII Festival CIDE, Cine y Dentistas
- 🕒 La receta electrónica llega a la sanidad privada de Cataluña. Impulsada por médicos, dentistas y farmacéuticos
- 🕒 El Consejo Andaluz de Dentistas aborda los principales asuntos de interés de la odontología con la consejera de Salud

Entrevista 20

- 🕒 Fernando Mozo Grau

Ciencia y salud. 24

- 🕒 Diagnóstico de las lesiones iniciales de caries: Talento y tecnología
- 🕒 “Protocolo 360° digital para cirugía cigomática”

Cultura 34

- 🕒 El reflejo de la realidad en la pintura. Parte I

Gestiona tu consulta. 37

- 🕒 Se encarecen las bajas por nacimiento para las empresas

Empresas 38

- 🕒 “Asesoramiento clínico de expertos”. Nuevo servicio de Formedika
- 🕒 Crecimiento de los tratamientos odontológicos estéticos
- 🕒 “Club Clínico” evoluciona a “Cliniclic!”
- 🕒 Detection Eye – Escáner intraoral para el flujo de trabajo digital
- 🕒 Consejos para gestionar el estrés en el entorno laboral

EDITOR

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México

TRIBUNA DE SALUD PÚBLICA:

F. Javier Cortés Martinicorena

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

MyLunos Duo

Sistema completo de profilaxis en un solo dispositivo

Contenido

- Equipo sobremesa MyLunos Duo
- Carro móvil con cajón
- Pedal de 360°
- Adaptadores para limpieza y desinfección
- Recambio de juntas tóricas

Contenido para ultrasonidos

- Pieza de mano del escaler LED
- Insertos scaler: S2, P10, P11, P12
- Depósito de agua de 500ml.

Contenido para el chorro de polvo

- Boquilla Supra
- Boquilla Perio
- Puntas para periodoncia 40uds.
- 5 envases de 180g. de polvo profiláctico Perio Combi
- Cánulas de profilaxis



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

¿Hablamos?



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es



¿Quién paga las prestaciones odontológicas de la sanidad pública?

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Con la fama que hay en la sociedad, de lo caros que son los dentistas, si lo comparamos con los costes de la sanidad pública es fácil llegar a la conclusión de que, de eso nada, los costes que el dentista traslada a sus pacientes en general son “baratos” y cuando presta sus servicios a la administración pública a pérdidas.

El Servicio Vasco de Salud, acaba de publicar las tarifas que aplica a las mutuas y a quienes no están cubiertos por el Sistema Nacional de Salud, basándose en sus costes. Lo pongo a modo de referencia sin cuestionar su gestión, pero nos viene bien por la comparación que haremos después.

Una consulta telefónica con el médico de cabecera cuesta 32 euros y una cita presencial 65 euros. Si la visita es a un especialista, el coste se eleva hasta los 238 euros por la primera consulta. Las siguientes tienen un precio de 119 euros. Y el mero hecho de ser atendido en Urgencias está valorado en 257 euros.

Ahora vamos a valorar lo que paga el Servicio Vasco de Salud a los odontólogos. Por atender a un niño o niña de entre 7 a 11 años durante un año, incluyendo consultas tratamientos y urgencias, se abonan 49, 20 euros. Si nos vamos al Servicio Navarro de Salud con similar programa de PADI, la cantidad es similar también.

Ya solo la consulta de menos coste que es la del médico de cabecera 65 euros, es superior a lo que pagan al dentista durante

todo el año por todo, primera y sucesivas consultas, tratamientos y urgencias si precisa, 49,20 euros año.

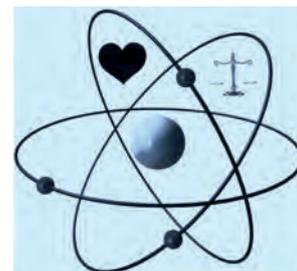
Es fácil entender que la consulta del médico de cabecera tiene menos coste que la de una clínica dental con todo su equipamiento, la del odontólogo está más en la línea de la del especialista, hablando de costes no de otro tipo de consideraciones que no es el caso que nos ocupa. No necesita la misma inversión abrir una consulta de medicina general que una clínica dental, el médico de familia en la sanidad pública pasa solo la consulta y el odontólogo necesita ayuda auxiliar.

Vistos estos datos, la primera impresión es que aquello que dijo cierto ministro de que “los dentistas eran caros ...”, habría que suprimirlo y cambiarlo por: “la asistencia odontológica del sistema público de salud, además de ser insuficiente es a cuenta de los odontólogos”. Quienes contribuyen con su esfuerzo muy por encima de los presupuestos de las administraciones públicas a la atención bucal son los propios odontólogos.

Si una consulta se dedicase plenamente a atender el PADI, no le llegaría para pagar el salario mínimo ni al odontólogo ni al resto de personal. A ver si la Sra. Ministra de Trabajo se da una vuelta por la realidad de nuestro sector y aprieta a nuestro empresario, la Administración Pública.

¿Y Defensa de la competencia? Si trabajamos por debajo de coste. Mejor no, no acabe tentada a multarnos.

¿La unión hace la fuerza?: (I) Las Academias



Irene Roch

Los colegios profesionales son asociaciones de carácter oficial, reconocidos como Corporaciones de Derecho Público que aglutinan de manera regulada a sus profesionales específicos en el marco normativo del estado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación institucional de las mismas, la defensa de los intereses y dignidad profesionales de sus colegiados y, especialmente, la protección de los intereses de los ciudadanos verificando la calidad y la ética de las actuaciones de sus colegiados, teniendo, incluso, capacidad sancionadora regulada sobre los mismos. Pero se trata de una *unión* obligatoria de la que prefiero escribir en otra ocasión y tanto en esta ocasión como en el próximo número que la revista me acoga, me referiré al asociacionismo profesional voluntario, esto es, al no obligado pero que también es, de alguna manera, imprescindible para los profesionales y para la propia sociedad por las razones que quiero compartir con ustedes.

Con carácter general, el derecho de asociación está regulado formalmente en nuestra Constitución, concretamente en su artículo 22. A todas las asociaciones –incluidas las profesionales– se les exigen algunas características comunes que, por lo tanto, son de obligado cumplimiento: carecer de ánimo de lucro, tener un funcionamiento democrático y desarrollar su actividad de forma estable implicando a un número variable pero permanente de asociados. Todas ellas, tengan el fin que tengan, deben estar inscritas en un registro público y, en definitiva, funcionar conforme a lo que se dispone en la Ley reguladora del Derecho de Asociación (Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo).

Las asociaciones pueden tener fines de interés público o privado, pero su principal característica es que el principal órgano de gobierno de las mismas es la asamblea de socios, con una junta directiva emanada de la misma a la cabeza. En la asamblea, todos sus miembros o socios de pleno derecho tienen voz y voto

Con carácter general, el derecho de asociación está regulado formalmente en nuestra Constitución, concretamente en su artículo 22

sobre las decisiones que se toman. Ahí se legitima su representatividad.

En el mundo científico, las asociaciones profesionales tienen dos de sus principales referentes en dos modelos de cristalización precisos: las Academias y las Sociedades científicas. Ahora me ocuparé de las primeras.

En el año 388 antes de Cristo, el filósofo Platón, para impartir sus enseñanzas, eligió el jardín de la antigua propiedad de un héroe legendario de la mitología griega llamado *Academos*, fuera de los muros de Atenas. Ese fue el germen de la primera *Academia*. Recogen los libros de historia que fue en Italia donde se instituyeron las primeras sociedades con fines similares en la época del renacimiento (siglo XVI), adoptando el mismo nombre. En poco tiempo se extendieron por las principales ciudades europeas que decidieron dedicarse al cultivo de las ciencias.

Actualmente, el término *academia*, se usa, genéricamente, como sinónimo de “intelectualidad”, aunque aplica en términos prácticos a un sinfín de establecimientos de enseñanza de diverso rango. Pero, sobre todo, se identifica con el ámbito universitario por el lugar central que ocupan las universidades en la ciencia y la cultura. Bajo este manto protector, aunque mantienen perfectamente diferenciadas sus competencias, en términos exactos, entendemos como *Academias* a las instituciones científicas, literarias o artísticas autorizadas y cuyo cometido fundamental es el fomento de las actividades relacionadas con su esencia fundacional.

Las Academias se caracterizan fundamentalmente por tener su mayor peso específico depositado en sus referencias históricas, a menudo centenarias, y por abarcar ámbitos de la ciencia muy extensos y globales en contraposición a las Sociedades científicas identificadas particularmente por su área o campo de conocimiento concreto, necesariamente actual y que puede ser más o menos amplio y singular, pero prácticamente nunca es exclusivo. Ambos modelos conviven en la actualidad pero sus niveles de referencia y su impacto e influencia en la sociedad son muy diferentes estando muy mediatizados por sus propias características.

Todo tiene su explicación y en el caso de las Academias sus propias trayectorias les otorgan sobrado prestigio, pero, de manera paralela, se generan inherentes dificultades. De un lado, las Academias abarcan campos del saber demasiado amplios dado que la parcelación y segmentación del conocimiento especializado es particularmente reciente y muy posterior a sus propios ordenamientos y normas de funcionamiento. Y de otro lado, como los avances científicos son especialmente dinámicos, se hace transparente y visible su colisión con los planteamientos tradicionales de las Academias, difíciles de agilizar y muy a menudo condicionados por criterios de permanencia prolongada y/o vitalicia.

Las Academias se caracterizan fundamentalmente por tener su mayor peso específico depositado en sus referencias históricas, a menudo centenarias, y por abarcar ámbitos de la ciencia muy extensos y globales en contraposición a las Sociedades científicas

En la Odontología española los valores académicos, en sentido estricto, vienen sorteando dificultades extremas desde tiempos inmemoriales. Al quedar configurada la Estomatología como una especialidad de la Medicina desde mediados del siglo pasado, ha sido en las Academias de Medicina y Cirugía donde tradicionalmente se han alojado los dentistas y las dentistas brillantes al no tener opción para crear e integrarse en Academias específicamente odontológicas que han sido inexistentes hasta bien avanzado el actual siglo.

Ello explica también que, en términos históricos, en España hayan sido las Academias Internacionales las que configuraron el principal efecto de atracción y la principal referencia en términos de academia para la ciencia odontológica, destacando de manera muy significativa dos de ellas: la *Pierre Fauchard Academy*, fundada en Minnesota en 1936 en honor del mundialmente reconocido como “padre de la odontología moderna” y que aglutina a más de 5.000 dentistas distribuidos en 120 secciones y el *International College of Dentists* fundado en 1926 en Filadelfia con 20 regiones, una de las cuales aglutina a todos los europeos. Ambas cuentan con secciones españolas reconocidas, dirigidas por los Dres. Josep María Ustrell y Santiago Jané respectivamente,

te, y comparten una visión integral de las ciencias odontológicas con especial dedicación a sus aspectos académicos y éticos. La revista “Odontólogos de Hoy” que tiene entre sus manos o está leyendo en la pantalla es una fiel y leal colaboradora de estas dos Academias y participa activamente en la divulgación de sus actividades en nuestro país.

A nivel nacional, bajo los auspicios del Consejo General de Dentistas de España se creó la Academia de Ciencias Odontológicas de España con fecha 10 de febrero de 2017 tras una obligada transición fundacional dirigida por una comisión gestora. Considero que es loable la trayectoria de esta moderna Academia y la labor que al frente de la misma viene desarrollando con su desempeño y pundonor característicos el profesor Antonio Bascones. Además, a su vez, ha supuesto un revulsivo para la puesta en marcha de algunas iniciativas de carácter regional y autonómico para la creación de sus respectivas Academias territoriales.

Pero lo cierto es que a la Odontología española le está costando mucho trabajo superar el atractivo reclamo de las tradicionales Academias de Medicina y Cirugía que, con su alta carga de prestigio centrado en su historia, invitan a las mismas, como miembros numerarios, a profesionales de trayectorias brillantes de la Estomatología y la Odontología (basten como ejemplo los doctores Javier Sanz Serrulla en la Academia Nacional, Jose Vicente Bagán Sebastián en la de Valencia, Raquel Osorio Ruiz en la de Granada y Manuel María Romero Ruiz en la de Cádiz). Todo ello facilita que en nuestro país se perpetúe el modelo de *academia* previo a la existencia de la Odontología como campo de conocimiento diferenciado de la Medicina y la Cirugía.

Los profesionales de la Odontología en su conjunto, más allá de los límites de los campus universitarios, no se encuentran suficientemente representados en la academia. Y esto es algo que urge resolverlo

Aquí creo que reside uno de los principales retos del asociacionismo profesional de la Odontología en España, ya que, si bien cuenta con eminentes dentistas reconocidos como académicos significados, los profesionales de la Odontología en su conjunto, más allá de los límites de los campus universitarios, no se encuentran suficientemente representados en la *academia*. Y esto es algo que urge resolverlo.



r.zirkonzahn.com/plw



ESCANEE O PULSE
PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN
SOBRE EL DETECTION EYE

¡NUEVO! DETECTION EYE

ESCÁNER INTRAORAL – INTEGRACIÓN PERFECTA EN
EL SISTEMA DE GESTIÓN DE DATOS DE ZIRKONZAHN

- Digitalización de alta precisión en color natural y tiempo real
- Alta velocidad de escaneo: digitalización de la arcada en menos de 60 segundos
- Visualiza claramente los límites de la preparación
- Escaneo sin polvo para una mayor simplificación del proceso
- Integración óptima en el flujo de trabajo de Zirkonzahn
- Diseño ligero, compacto y ergonómico
- Puntas autoclavables y reutilizables, disponibles en dos formatos diferentes



Los dentistas, las pólizas dentales y la negociación con las mutuas



Dr. Manuel Ribera Uribe, JMD, DDS, PhD

Profesor de Gerodontología, Pacientes Especiales y Prostodoncia

Presidente de Comité de Ética en Investigación y Medicamentos UIC (Universitat Internacional de Catalunya)

Académico de la Pierre Fouchard Academy

Dentro de pocos días el COLEGIO DE MEDICOS DE BARCELONA ha convocado a sus colegiados, a los que se dedican al ejercicio por cuenta propia de la profesión, a una reunión de la mano de la patronal catalana PIMEC con objeto de tratar la estrategia a seguir ante la nueva Directriz europea que posibilita la negociación y los pactos colectivos de los honorarios médicos.

Con ser extremadamente grave la desproporción en la negociación entre compañías de seguros médicos y mutuas y los médicos, la desproporción se queda chica cuando miramos a los profesionales de la odontología. Unos pocos, los menos, médicos estomatólogos se encuentran en la misma tesitura que sus compañeros médicos. El resto de ellos, dentistas odontólogos, están hoy por hoy en peor situación. A diferencia del Colegios de Médicos, los de Odontólogos, en general, no se han posicionado de modo proactivo en contra de la situación actual. Los médicos cobran de las mutuas poco por sus actos pero ninguno de los actos listados en los baremos han llegado a ser totalmente gratuitos. Recientemente repasaba el baremo de una entidad mutual líder en odontología y me encontraba, en el campo de la Gerodontología, por poner un ejemplo puesto que hay más, un plan específico de atención al paciente SENIOR con los siguientes baremos (y cito textualmente):

Estudio clínico con examen especial de abrasiones, caries radiculares e interproximales	0 euros
Revisiones periódicas	0 euros
Diagnóstico periodontal con sondaje	0 euros
Estudio de la oclusión	0 euros
Diagnóstico de las alteraciones de tejidos blandos con especial énfasis en el diagnóstico del cáncer precoz	0 euros
Educación para la salud enf. De mayor prevalencia, control de dieta cariogénica, normas de higiene bucodental	0 euros
Enseñanza del manejo de las prótesis, reajustes	0 euros
Administración de fluoruros y/o desensibilizantes	0 euros

Como pueden ustedes suponer el desprecio al trabajo del dentista y el concepto de atención dental al paciente anciano son mayúsculos.

Parece razonable que los dentistas en general, odontólogos o médicos estomatólogos, aprovechemos las circunstancias actuales para conseguir erradicar prácticas como las referidas y activar la negociación con las entidades aseguradoras. Eso no lo puede hacer el colegio profesional de odontólogos. La ley no le confiere por sí mismos capacidades para poderlo hacer por mucho que fuera deseable una actitud más beligerante al respecto, tomando ejemplo del Colegio de Médicos de Barcelona. Es del todo imprescindible que a los dentistas nos representen asociaciones profesionales en un tema que es evidentemente laboral y no colegial.

Los profesionales con clínicas pequeñas o medianas deberían agruparse en torno a asociaciones patronales dentales que pudieran representar legalmente sus intereses delante de los sindicatos

Son las asociaciones patronales de dentistas las que pueden y deben jugar, en odontología, el mismo papel que PIMEC en medicina. Con la ventaja de que patronales como AECAD en Cataluña, están formadas estatutariamente y por tanto de modo exclusivo, por profesionales de clínicas pequeñas. Están excluidas explícitamente las grandes comercializadoras de servicios y pólizas dentales y las compañías de seguros médicos. Solo agrupa a dentistas profesionales.

En todas partes del país, los profesionales con clínicas pequeñas o medianas deberían agruparse en torno a asociaciones patronales dentales que pudieran representar legalmente sus intereses delante de los sindicatos y también delante de cualquier negociación colectiva de tipo laboral, como es el adecuar los honorarios a la realidad.

Sepa.

www.sepa2024.es



Bilbao

May 30 – June 1
2024



Excelencia clínica
basada en la
evidencia científica.

**Salud Bucal y
Periodoncia
para todos**

Reinos de taifas

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



Estos días están apareciendo en la prensa noticias que alertan de la escasez de dentistas en la sanidad pública en España. Según un informe aparecido en un medio de comunicación digital, la red pública tiene actualmente algo menos de 1.500 dentistas que, sobre un total de casi 41.000 en activo, representan el 3,6%. Esta red pública ha aumentado un 45% desde los datos de 2018, lo que es un aumento considerable y muy necesario, si bien resulta insuficiente para las necesidades de la población española. El informe pone el foco en el notable desequilibrio entre comunidades, con unos extremos de una tasa de 51 dentistas por millón de habitantes en Cataluña, frente a los 13 de la Comunitat Valenciana. El asunto viene motivado, sin duda, por la preocupación de diversos sectores, como los odontólogos de atención primaria o los sindicatos o asociaciones en defensa de la sanidad pública, de que con la plantilla actual va a ser imposible atender a la demanda que se genere por la ampliación de prestaciones aprobada en 2022, que debe beneficiar a unos 13 millones de personas. La ministra Mónica García ya ha anunciado su intención de dar un impulso más, añadiendo prestaciones para los mayores de 65 años sin haber completado la ampliación anterior, lo que agravaría aún más la escasez de los recursos públicos.

La salud bucodental se mueve por fin en la sanidad pública. Pero como hemos denunciado más de una vez desde estas mismas páginas, lo hace sin una dirección planificada, consensuada y sólida; no mirando a objetivos porque ni siquiera están definidos; y según la política del socio de Gobierno, Sumar, que quiere blindar la provisión sólo pública cuando en odontología sería un error, además de imposible. ¿Cuál es el escenario que prevé el Ministerio de Sanidad para la SBD en el próximo futuro? Nadie lo sabe. La realidad es que se mueve a impulsos. Parece que ahora tuvieran prisa -con todo, benditas sean las prisas- pero no ha acometido la tarea principal que es crear una Dirección de Salud Bucodental que, trabajando con las CCAA, defina los objetivos y la política a seguir en esta área. Y lo mismo en las CCAA, donde la mayoría todavía no dispone de una figura que ejerza de dirección o coordinación de la política sanitaria en este campo. En mi opinión esto merece pararse a pensar, observar el escenario y cambiar de prioridades para dotar a este país, antes que nada, de una dirección organizada.

Porque la SBD se ha convertido en los reinos de taifas de las CCAA. Con las competencias de sanidad transferidas y sin una

Dirección que dirija y coordine, no podía ser de otro modo. Según una búsqueda personal contactando con odontólogos de atención primaria de diversas comunidades para saber cómo está la situación, la conclusión es que la implementación de la ampliación de prestaciones va muy despacio, y a diferente ritmo según comunidades. El calendario contemplado en el Plan de 2022 era de imposible cumplimiento, pues debía completarse para el 31 de diciembre del año pasado y, a día de hoy, esas prestaciones se dan solo muy parcialmente o, como en el caso de 0-5 años, todavía están lejos de cumplirse de forma generalizada. Por ejemplo, la SBD para embarazadas está ya protocolizada y en servicio en algunas CCAA -porque ya lo estaba antes- pero en otras todavía no han empezado a dar el servicio (debía completarse el 31 de diciembre de 2022), ni tampoco cuentan con unas directrices que digan qué debe hacer el dentista del centro de salud o el equipo de atención primaria. Se entienden muy bien las quejas de algunos colectivos de odontólogos (Amyts, CSIF, etc.) por lo que es una evidente inoperancia. Según ellos, a la falta de directrices se une que la población desconoce que tiene ese servicio a su disposición y, por lo tanto, no lo utiliza. Habría que decir, que más vale, porque si todos los usuarios con derecho a estas nuevas prestaciones se movilizaran, colapsarían los servicios. De nuevo, falta de planificación, coordinación y dirección organizadas: reinos de taifas. Otro ejemplo, en la Comunidad de Madrid, donde todavía no está organizada la atención a embarazadas ni a 0-5 años, la consejera de salud ha anunciado una partida presupuestaria de 20 millones anuales para prótesis completas y tratamiento de caries a mayores de 80 años. Una cobertura ésta que a mi modo de ver es absolutamente primordial, pero que no está enmarcada en una estrategia definida (ni la comparten otras comunidades). Otro ejemplo, la endodoncia de dientes con caries profunda que el Plan excluye de la cartera de servicios, algunas comunidades ya han dicho que ellos las mantendrán como antes.

Con esta disparidad entre comunidades, no se cumplirá el objetivo número 1 del Plan que dice textualmente: “**Homogeneizar** las prestaciones de salud bucodental en el territorio nacional, garantizando la **equidad** en su acceso, independientemente del lugar de residencia” (el subrayado es del propio texto). Ya ocurría con los PADI 6-15 años antes del Plan de 2022, y volverá a ocurrir ahora. Como dice el refrán, una cosa es predicar y otra dar trigo.

La revista de la SEN publicó el documento SEPA-SEN sobre periodontitis y enfermedades neurológicas

El informe científico del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) y la Sociedad Española de Neurología (SEN), que evalúa la asociación entre periodontitis, enfermedad cerebrovascular y demencia, adquiere una nueva dimensión y abre nuevas fronteras con su publicación en la revista científica de la SEN.

El documento revisa la evidencia disponible sobre la relación entre la periodontitis y las enfermedades neurológicas, en particular la enfermedad cerebrovascular y la demencia; además, se facilitan una serie de recomendaciones en relación con la prevención y el manejo de la periodontitis y estas enfermedades neurológicas desde las consultas dentales y las unidades de Neurología.

En opinión de Yago Leira, y coordinador del grupo de trabajo SEPA-SEN, *“la publicación del informe en la revista ‘Neurología’ es un gran hito para nuestro grupo de trabajo, nuestro mensaje llegará a miles de neurólogos españoles y latinoamericanos”*. Es la primera vez que la revista oficial de la SEN publica un informe científico realizado entre odontólogos y neurólogos”.

Entre otras evidencias, este informe pone de relieve que la periodontitis no solo aumenta el riesgo de padecer ictus isquémico y demencia de tipo Alzheimer, sino que también se sugiere que diferentes intervenciones de salud oral pueden reducir el riesgo de sufrir estos desórdenes neurológicos. Igualmente, se señala que marcadores de riesgo como la periodontitis son de gran ayuda para tratar de evitar, reducir o minimizar el impacto de estos desórdenes neurológicos.

El informe es producto de un trabajo de colaboración importante, que partió de una búsqueda bibliográfica sin restricción en cuanto al diseño del estudio para identificar aquellos artículos más relevantes sobre la asociación entre periodontitis, enfermedad cere-

brovascular y demencia. El informe reporta la evidencia desde tres puntos claramente definidos: la asociación epidemiológica entre la periodontitis y estas dos enfermedades neurológicas, los mecanismos biológicos que puedan explicar estas asociaciones y los estudios de intervención sobre el efecto del tratamiento periodontal como medida preventiva primaria o secundaria de ictus y demencia. El objetivo era tratar de responder a diferentes preguntas planteadas por los miembros del Grupo de Trabajo SEPA-SEN.

En concreto, como se especifica en las conclusiones del abstract de esta publicación, se extraen **tres ideas esenciales**.

1. La periodontitis aumenta el riesgo de ictus isquémico y demencia de tipo Alzheimer.
2. Bacteriemias recurrentes con aumento de un estado inflamatorio sistémico de bajo grado parecen ser posibles mecanismos biológicos que explicarían esta asociación.
3. Una evidencia limitada apunta a que diferentes intervenciones de salud oral pueden reducir el riesgo futuro de padecer enfermedad cerebrovascular y demencia.

Para la **Dra. Ana Frank**, jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz (Madrid) e integrante del grupo SEPA-SEN, *“a la luz de este trabajo ya se pueden realizar dos acciones muy concretas y prácticas: 1) las clínicas dentales de España deberían conocer y difundir este informe; 2) a través de la Sociedad Española de Neurología, vamos a insistir a todos los neurólogos en la importancia que tiene la salud periodontal en sus pacientes”*.

Con la publicación de este informe en “Neurología”, se afianza una muy fructífera colaboración entre ambas sociedades científicas. El Dr. Yago Leira, explica que este informe será la base científica en la cual el grupo de trabajo SEPA-SEN se apoyará para realizar las venideras actividades y proyectos, apoyando una visión mucho más interdisciplinar.



XLV reunión anual SEOP

INSCRIPCIÓN
ONLINE
¡YA DISPONIBLE!



GIRONA

9-10-11 mayo 2024

Palacio de Congresos de Girona

PONENTES



Laia Aguilar



Ignasi Arcos



Julio Basulto



Jordi Caballé



Abel Cahuana



Elias Casals



Sussi Casellas



Yasmi Crystal



Milagros Diaz



Elvira Ferrés



Luis Gallegos



José Luis García



Luis Carlos Garza



Claudia Hahn



David Herrera



Anna Hospital



Marc Llaquet



Ernest Lucas



Xavier Maristany



Montse Mercadé



Monica Miegimolle

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta

Cristina Marès

Vice-presidenta

Judit Rabassa

Secretaria

M^a Rita Fernández

Tesorero

Lluís Brunet

Vocales

Pau Cahuana

Sussi Casellas

Nidia Gómez

Claudia Hahn

Ariadna Montero

Alejandro Rivera

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Juan Ramón Boj

Vice-presidente

Abel Cahuana

Vocales

Mireia Aznar

Elvira Ferrés

Yndira González

Fran Guinot

Miguel Hernández

Anastasiya Lapitskaya

Ruth Mayné

Jaume Miranda

Jordi Moncunill

M^a José Muñoz

Fátima Oliveros

Gema Redondo

M^a Dolores Rocha

María Zanón



Alejandro Mira



Mariona Monfort



Ariadna Montero



Camila Palma



Gema Redondo



Greig Taylor



Alexandre Urpi

Secretaría Técnica



Grupo Meraki - Eventos con alma
congreso@seopgirona.com
www.seopgirona.com



www.seopgirona.com

Firma de convenio de colaboración entre la Fundación Española de la Nutrición y la Fundación de SEPES.

El foco de la colaboración se centra específicamente en la relación entre la salud oral y la nutrición. Ambas organizaciones se comprometen a llevar a cabo iniciativas destinadas a divulgar información relevante y a realizar investigaciones que arrojen luz sobre esta conexión vital.

La firma la llevaron a efecto Rosaura Leis Tabazo, presidenta de F. E. de Nutrición y Guillermo Pradíes Ramiro, presidente de la F. de SEPES.



SECIB y SCOE se unen para potenciar la difusión de sus actividades formativas

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) y la Societat Catalana d'Odon-tologia i Estomatologia (SCOE) han firmado un acuerdo por el que se comprometen a colaborar en el desarrollo y la difusión de sus respectivos cursos, congresos y demás acciones formativas.

Ambas instituciones se apoyarán a la hora de promocionar estas iniciativas y ofrece-



rán tarifas especiales a sus miembros que cuando participen en las acciones formativas impulsadas por la otra entidad.

La firma la llevaron a efecto el Dr. Ernest Mallat i Callís presidente de S.O.C.E. y el Dr. Daniel Torres Lagar presidente de S.E.C.I.D.

Nueva Junta Directiva de AEDE

- **Presidente:** José María Aranguren.
- **Presidente electo:** Eugenio Grando de Oro.
- **Secretario-tesorero:** Francisco de la Torre.
- **Presidenta del congreso anterior:** Ruth Pérez Alfayate.
- **Presidenta del congreso actual:** Jenifer Martín.
- **Presidente del congreso siguiente:** Sebastián Ortolani.
- **Editor de la revista:** Roberto Estévez.
- **Vocal:** Fernando Durán-Sindreu.
- **Vocal:** Antonio Conde Villar.
- **Vocal:** Rufino Bueno.

José Aranguren asume la presidencia de AEDE con el objetivo de dar a conocer la endodoncia a la ciudadanía



Oferta

DESDE EL 1 DE NOVIEMBRE DE 2023
HASTA EL 29 DE FEBRERO DE 2024

¡Flash!

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€*~~

¡Síguenos!

NSK Dental Spain

NSK Dental Spain

NSK Dental Spain

Pamplona acoge el XII Festival CIDE, Cine y Dentistas

El Colegio de Dentistas de Navarra organizó la XII edición.

COENA

Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra

El Colegio de Dentistas de Navarra organizó en Pamplona el Festival CIDE, Cine y Dentistas. Para llegar a un encuentro entre el cine y el mundo de la Odontología, y recupera aquellos títulos en los que los dentistas son protagonistas o tienen un papel esencial en los relatos cinematográficos.

En esta edición, el Festival CIDE acercó hasta el Cívico de Pío XII de Pamplona tres grandes títulos: "Plácido", que fue proyectada el lunes 15 de enero, "En algún lugar de la memoria" (2007) proyectada el lunes 22 de enero y "Dos hombres van a la guerra" (2002) proyectada el lunes 29 de enero.

El film "Plácido" fue dirigido en 1961 por Berlanga. Se trata de una comedia costumbrista que tiene como eje central una campaña publicitaria denominada "Siente a un pobre a su mesa". Detrás de este eslogan se oculta un desolador retrato social y una crítica a las desigualdades. En la película, el odontólogo, interpretado por José Gavilán, aparece como personaje secundario, pero con un importante papel. Esta fue la primera película española en ser nominada a los Oscar.



"En algún lugar de la memoria", de Mike Binder, cuenta el reencuentro casual de dos dentistas, amigos desde la Facultad, cuando sus vidas han dado unos cuantos giros, algunos de ellos terriblemente dramáticos. Ambientada en Nueva York, cinco años después de los atentados de las torres gemelas.

"Dos hombres van a la guerra" de John Henderson, protagonizada por dos profesionales de la odontología que fueron fundamentales en algunas de las acciones que, durante la II Guerra Mundial, tuvieron lugar en la Francia ocupada. En clave de comedia en algunas ocasiones, retrata cómo gracias a ellos se destruyó una importante estación de radar que, quién sabe, pudo cambiar el transcurso de la guerra.

El Festival CIDE ha tenido una gran acogida, más de 300 personas, han pasado por la sala de exhibición del Cívico donde las directoras del Festival, la Dra. Beatriz Lahoz y Blanca Oria, realizaban un pequeño coloquio para poner al espectador en contexto sobre el film que se iba a proyectar.

El evento, además, ha contado con la cobertura del programa "Días de Cine" de TVE.

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



La receta electrónica llega a la sanidad privada de Cataluña. Impulsada por médicos, dentistas y farmacéuticos

El sistema que facilitan los colegios profesionales garantiza la calidad, seguridad y confidencialidad en la prescripción y dispensación de medicamentos, favorece la sostenibilidad, ofrece mayor comodidad al paciente y mejora la coordinación entre los profesionales sanitarios.

Durante el año 2023, se han emitido cerca de 140.000 recetas electrónicas privadas en Cataluña.

El 40% de los médicos y el 21% de los odontólogos del sector privado ya están haciendo recetas en este formato electrónico y el 82% de las oficinas de farmacia han hecho dispensaciones.

Según el presidente del COEC, German Pareja, "la receta electrónica mejora el control del paciente por parte de los profesionales y evita errores de lectura. Además, la plataforma puede ser utilizada por cualquier colegiado en distintos centros y consultas, protege los datos y mantiene la confidencialidad sobre el tratamiento del paciente".



J. Casas (p. Farmaceuticos), G. Pareja (P. Dentistas) y J. Padrós (P. Médicos).

El Consejo Andaluz de Dentistas aborda los principales asuntos de interés de la odontología con la consejera de Salud



El motivo de este encuentro es abordar los principales asuntos de interés y preocupaciones dentro del sector de la odontología.

El Plan Integral de Salud Bucodental de Andalucía 2023-2027, aprobado el pasado diciembre por el Consejo de Gobierno, también ha sido uno de los puntos tratados, ya que aporta una mayor accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud bucodental y contempla potenciar la Odontología Hospitalaria, dotando a todas las provincias de este recurso.

fcoem 
FUNDACIÓN ECEN DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE MADRID

CURSO

Función social de la Odontología. Retos actuales y futuros

Viernes 19 y sábado 20 de abril de 2024



EXPODENTAL

Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales

14-16 Mar 2024

Recinto Ferial **ifema.es**

S Line

Es una de las unidades dentales más avanzadas del mercado, que contiene todas las últimas innovaciones.

New Ancar S LINE

S



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

¿te atreves?

¿Hablamos?



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

Hablamos con Fernando Mozo Grau

Fundador y CEO de la empresa fabricante de los implantes TICARE



Fundador y CEO de la empresa fabricante de los implantes TICARE, nos recibe en los días previos a su Congreso TICARE EVIDENCE.

Fernando es un hombre cercano que transmite la seriedad y el amor por el trabajo bien hecho que le caracterizan, con esfuerzo, inteligencia y dedicación ha levantado una empresa desde cero, llegando a lo más alto y con una humildad loable, siempre se acuerda de agradecer y nombrar a todos los que le han apoyado en su camino, con los que comparte y agradece el éxito de su empresa.

La empresa Mozo Grau, fabricante de Ticare, es reconocida como líder en formación, investigación, transparencia, compromiso social y servicio a sus clientes.

¿En qué año celebraron su primer congreso como tal? ¿Hasta dónde llega el esfuerzo de su empresa por la formación?

El primer congreso lo celebramos en Valladolid en 1997, octubre más concretamente. fue un domingo y asistieron 60 personas; se denominó como: 1ª Jornadas de Actualización en Implantología. Ahora celebraremos este mes de febrero la décimo segunda edición del Congreso Ticare Evidence.

El esfuerzo que hacemos es grande, pues hemos organizado, desde esa primera fecha, más de 20 grandes eventos (entre jornadas y congresos, contando el de este año), además de multitud de cursos generales y monotemáticos. Si cuantificamos estamos hablando de más de 40.000 asistentes a estos eventos organizados exclusivamente por nosotros, desde aquella Jornada de Actualización de 1997.

¿Qué objetivos esperan alcanzar en este congreso?

El primer objetivo es poder saludar a nuestros clientes y amigos.

El segundo es inculcar la importancia de la salud periimplantaria -aquí nuestra tecnología gapZero juega un papel crucial- y la



ticare

planificación de los casos desde todos los puntos de vista: restauración, tejidos blandos y pacientes.

El tercer objetivo: transmitir rigor, seriedad y evidencia científica, y clínica.

¿Cuál es la carta de presentación de su empresa?

Somos una empresa responsable, cercana, enfocada al cliente y, obstinada en la calidad y en el rigor. Consciente, además, de ser una empresa de alta tecnología que proporciona artículos de alto valor -miniaturas de alta resistencia- y con una fuerte implicación en la salud de los pacientes.

Nos movemos constantemente por el cuidado: el cuidado de los tejidos, gracias a la tecnología gapZero y el cuidado de los clientes, a través de nuestro destacado servicio postventa. Todo con un objetivo final que es la salud periimplantaria de los pacientes, con la que Ticare mantiene un firme compromiso.

La investigación en Mozo Grau está avalada por instituciones externas, sin duda un aval fiable por su independencia y nivel. ¿Quiénes están colaborando en el estudio y desarrollo de los implantes TICARE?

Efectivamente, siempre hemos creído en la investigación independiente como soporte para crecer. Podríamos haber apostado por investigación propia, pero, creo, que los resultados podrían ser interesados y poco fiables. De ahí que las más de 100 publicaciones que avalan nuestros productos tienen más peso al haber sido realizadas por equipos de investigación totalmente independientes y de reconocido prestigio internacional.

Las instituciones en las que nos hemos apoyado, y nos apoyamos, son multidisciplinarias: desde el perfil de materiales y superficies, como es el caso de la Universidad de Minnesota; perfiles muy periodontales, como son la Universidad Complutense, de Murcia y de Santiago de Compostela; o especializados en rehabilitación, como la Universidad de Sevilla o de Talca en Chile; pasando por centros de investigación básica, como institutos de biología molecular y física aplicada; hasta hospitales especializados en oncología, como el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

No quiero seguir extendiéndome en enumerar más centros de investigación, que los hay, y que han aportado mucho al desarrollo de Ticare, o investigadores de primer nivel internacional como el Dr. Marco Esposito o el Dr. Alberto Monje.

Somos una empresa responsable, cercana, enfocada al cliente y, obstinada en la calidad y en el rigor.

¿Qué es lo primero que valoran en su relación con los clientes?

El servicio postventa. Intentamos anticiparnos a sus necesidades. Para ello conocemos las técnicas quirúrgicas que aplica nuestro cliente y formamos a todo su equipo en nuestro producto.



Centro Ticare en Valladolid (España)

La expansión internacional de Mozo Grau, llevando los implantes TICARE a los cinco continentes es una realidad. ¿Cómo se vive dentro de la empresa, había necesidad de salir?

Con mucha ilusión y como un gran reto. Saber que nuestros implantes se colocan en diversos países y que, por ejemplo, numerosos ciudadanos chinos son usuarios de Ticare, hace que todos los trabajadores se sientan muy orgullosos. Tengamos en cuenta que somos la única empresa española de implantes dentales certificada en China, un certificado de calidad que se considera como uno de los más exigente del mundo.

España es, sin lugar a duda, una potencia internacional en implantología, en conocimiento y en fabricación. Fabricar alta tecnología en España y exportar la marca España es un orgullo enorme para nosotros.

¿Qué actuación nos puede destacar del último año? ¿Y a futuro en este 2024, cuál es su objetivo destacable?

La actuación más importante de este último año es, sin lugar a duda, la constatación del importante papel que juega la tecnología gapZero en la salud periimplantaria.

Es un logro exclusivamente de Ticare y nos deberíamos sentir muy orgullosos de que una empresa española lleve como bandera este gran hito. Lo tenemos acreditado científicamente y se están evidenciando los beneficios clínicos con avales de primera magnitud.

El objetivo para este 2024 es difundir al máximo los beneficios clínicos a medio/largo plazo del gapZero. Estamos ampliando



Foto de archivo (Congreso 2016).

nuestra red comercial para llegar de forma más eficiente a todas las clínicas y asesorar en profundidad a sus profesionales.

Dirige una de las empresas españolas del sector más premiada. ¿Cuáles de estas distinciones nos puede destacar?

A título personal, uno de los más importantes para mí fue el reconocimiento que me dieron los trabajadores de la empresa en el 25º aniversario de la empresa, fue muy gratificante.

Como director de un gran equipo, todos los premios los recuerdo con mucho cariño y gratitud, incluso algunos a los que hemos renunciado. Si tengo que destacar alguno, quizás, sería el último concedido por la Universidad de Valladolid: el Premio Especial otorgado en el XXXVII Certamen Empresario del Año.

La actuación más importante de este último año es, sin lugar a duda, la constatación del importante papel que juega la tecnología gapZero en la salud periimplantaria.

Cuando recibimos estas menciones ese “segundo de gloria” es un reconocimiento enorme a todo el equipo que forma la empresa, y todos los trabajadores sentimos ese “segundo de gloria” como un fuerte estímulo para seguir adelante con los mismos niveles de autoexigencia... o un poco más aún, si cabe.

Desde su visión en la industria, ¿cómo ve el futuro de la odontología española?

Tengo una visión muy positiva. Los odontólogos jóvenes, quizás, por la enorme competencia que hay entre ellos, poseen una formación muy buena.

Pocos son los que no cuentan con un postgrado o máster; en muchos casos ambas titulaciones. Con frecuencia, estos títulos vienen emitidos por universidades extranjeras muy reconocidas y, además, muchos de ellos posteriormente se doctoran. Sin lugar a duda, esta formación revierte en el éxito de los tratamientos y, por lo tanto, en los pacientes.

Veo, con mucho optimismo, que el rigor ha venido para quedarse, y los criterios de selección de las técnicas quirúrgicas, así como los productos que se usan en ellas, se están basando cada vez más en la evidencia científica. ¡Esto es una excelente noticia! Aún queda camino por recorrer, pero se está avanzando, y lo más importante es que estamos en la buena senda.

X Simposio Internacional - X International Symposium
20 años Avances en Cáncer Oral
20 years of Advances in Oral Cancer
3-5 Julio 2024 Bilbao. España



Universidad
del País Vasco
Dpto. Estomatología

Euskal Herriko
Unibertsitatea



**CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA



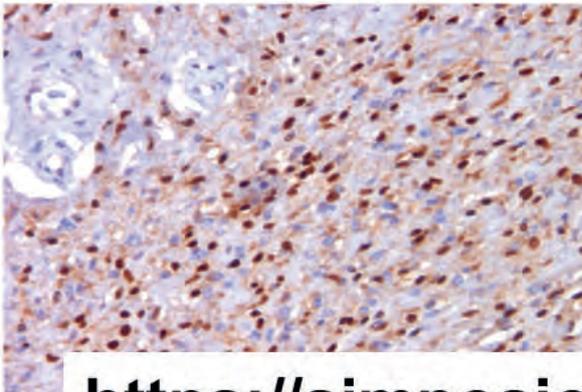
SECIB



SEMO



SEGER

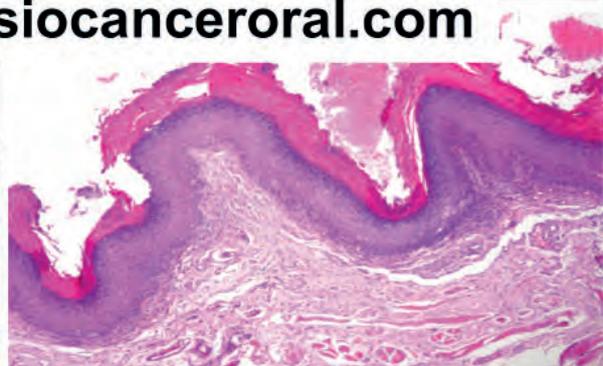


<https://simposiocanceroral.com/>



Información / Information

secretaria@simposiocanceroral.com



AIPMB

Bizkaia Aretoa UPV/EHU
Bilbao (Spain)



**EUROPEAN
ASSOCIATION
OF ORAL
MEDICINE**

Diagnóstico de las lesiones iniciales de caries: Talento y tecnología



María Rosario Garcillán Izquierdo
Profesora Titular de Odontología de la U.C.M.
Directora del Diploma de E. en Odontología Preventiva, Comunitaria y Social U.C.M.

Saber diferenciar la **enfermedad de caries** de la **lesión de caries** es uno de los retos del odontólogo de este siglo. Si no diagnosticamos la primera y la tratamos estamos abocados al fracaso de la segunda.

El diagnóstico correcto de las lesiones de caries es la actuación más difícil e importante del odontólogo para planificar el tratamiento de la enfermedad.

Diagnosticar la caries dental implica no solo determinar de forma objetiva si las lesiones o la enfermedad están presentes en un momento dado (detección) y ver la gravedad de la lesión una vez diagnosticada (evaluación), sino que el profesional tiene que integrar los datos disponibles para confirmar si la enfermedad es activa o no.

La formación basada en el conocimiento actual de los modelos de caries es imprescindible para la correcta actuación odontológica.

La caries dental es considerada la enfermedad más prevalente en humanos. Afecta al 80-90% de la población mundial. Durante mucho tiempo se ha considerado a *Streptococo Mutans* como principal causante de la enfermedad, por lo que la mayoría de las medidas terapéuticas y preventivas iban dirigidas contra este agente. Sin embargo, en la cavidad encontramos entre 500 y 700 especies bacterianas, solamente entre 40 y 160 relacionadas con las lesiones de caries. El *Streptococo Mutans* se ha detectado incluso en menos del 1% de las lesiones de caries en algunos estudios.

Inicialmente hay una gran disminución del número de especies en la transición de salud a enfermedad, predominando organismos acidogénicos con capacidad de fermentar los carbohidratos de la dieta y provocar la desmineralización del esmalte.

Al alcanzar la dentina, hay otro cambio significativo de la comunidad bacteriana, con el aumento de bacterias proteolíticas, ya que este sustrato tiene un componente mineral menor y el pH crítico

para su desestructuración aumenta. El cambio de microorganismos a lo largo de la enfermedad explica la capacidad de avance de la caries en función del tejido en el que se encuentre.

Se han asociado distintos grupos de bacterias a las diferentes etapas de la enfermedad, y además éstas difieren entre los individuos e incluso entre las localizaciones de la cavidad oral en una misma persona, por lo que no se pueden relacionar con claridad unos microorganismos determinados con la enfermedad de caries. Por lo tanto, para comprender y combatir la enfermedad de caries es necesario el análisis de los factores de riesgo relacionados con la patología.

En el proceso de formación de caries cobra especial importancia el equilibrio entre desmineralización y remineralización de la superficie dental, donde actúan de manera directa los metabolitos de la fermentación de los carbohidratos ingeridos en la dieta por las bacterias del biofilm que producen ácidos orgánicos, principalmente ácido láctico. Estos productos metabólicos se acumulan en el biofilm dental provocando una disminución del pH y la desmineralización de la capa superficial del diente. Esto provoca el aumento de porosidad del esmalte, el ensanchamiento del espacio entre los cristales, y el ablandamiento de la superficie, lo que ofrece una posibilidad a los ácidos de penetrar más profundamente en la estructura dental y desmineralizar capas más profundas. Al mismo tiempo, los productos de esta reacción de la desmineralización, como el calcio y el fosfato, se acumulan en la superficie del esmalte y pueden protegerlo de una mayor pérdida mineral.

Diagnóstico Visual-táctil con sonda redondeada

El uso del explorador ha sido sumamente cuestionado debido a las afirmaciones de Loesche en 1972. El uso del explorador puede transmitir el *Streptococcus mutans* de una fisura contaminada a otra fisura supuestamente sana. Thylstrup y Yassin en 1995 opinan que la presión ejercida con el explorador durante

el examen puede causar daño en aquellas fisuras y lesiones incipientes con posibilidad de remineralización, favoreciendo de este modo la progresión de la caries. Según Lussi y Pennint el uso del explorador no mejora la pre-decisión del diagnóstico de las lesiones cariosas en fosas y fisuras, con respecto a la inspección visual.

En los últimos estudios, se observaron lesiones traumáticas en el esmalte de todos los dientes con lesiones iniciales y en dos de los diez molares sanos, en los casos que se utilizó la sonda. En los dientes en los que no se utilizó la sonda no se detectaron lesiones traumáticas. De acuerdo con este estudio, el uso de sonda es inapropiado para la detección de caries oclusales, siendo el procedimiento adecuado la inspección visual en un diente limpio y seco. El uso de una sonda periodontal de punta redondeada no traumática (sonda CPI) puede ser una alternativa no traumática.

La detección de lesiones de caries debe centrarse en la exoneración de superficies sanas, en lugar de en la detección de lesiones sesgadas hacia el abordaje restaurador. Los diagnósticos falsos positivos son más peligrosos en términos de tratamientos invasivos innecesarios. Es en este momento cuando los médicos tienden a utilizar métodos adicionales para completar la decisión de cuándo intervenir. La razón biológica es que las lesiones cavitadas requerirán una restauración, mientras que las lesiones activas no cavitadas pueden controlarse con terapias preventivas como el control de placa y fluoruros. Este objetivo sólo se puede lograr con el examen clínico visual-táctil.

Para ello contamos con una variedad de instrumentos que el profesional debe conocer para llegar al diagnóstico de la enfermedad de caries.

Dentro de las clasificaciones basadas en las etapas de desarrollo, uno de los sistemas más utilizados en la actualidad es el **sistema ICDAS** (*International Caries Detection and Assessment System*), que clasifica mediante un diagnóstico visual según las diferentes etapas del proceso de caries.

Las metas actuales del ICDAS II son: diagnosticar lesiones incipientes de caries en sus estadios iniciales para poderlas remineralizar, evitar que las lesiones existentes progresen a estadios más avanzados, conservar la mayor cantidad de estructura dental con manejo no operatorio en los estadios iniciales y manejo operador conservador en los casos más severos.

No existe una fórmula común a todos los pacientes para la prevención y el tratamiento de la caries dental, pero su manejo consiste en devolver el equilibrio al medio bucal. Para ello debemos identificar los factores de riesgo individuales de cada



paciente y establecer un plan de tratamiento personalizado. Es aquí donde podemos hacer uso del protocolo **CAMBRA**, una filosofía de evaluación de riesgo de caries dental de cada paciente y el manejo de la enfermedad en base a esta información.

En 2014 surgió otro modelo de diagnóstico de riesgo denominado Caries Care (ADA 2014, Martignon, Pitts *et al.*) en base a seguir las cuatro D, Detección, Determinación, Decidir y Realizar.

- Sugiere un ciclo 4D para prevención y control de la caries.
- Propone involucrar a los pacientes como socios de salud a largo plazo con su práctica.

Actualmente CAMBRA basa parte del tratamiento en la terapia química, sobre todo en personas mayores de 6 años. Basándose en el riesgo de caries de cada paciente utilizaremos diferentes productos para tratar de inclinar la balanza enfermedad-salud a favor de la salud oral. Dentro de la terapia química incluiremos productos que contengan flúor.

La incorporación de flúor a la estructura del esmalte dental resulta en la transformación de hidroxiapatita en fluorapatita sustituyendo los iones hidroxilo en iones de flúor y convirtiéndose así en un compuesto más resistente a las bajadas de pH de la cavidad oral. La explicación a este fenómeno reside en que los iones hidroxilo son más grandes que los iones fluoruro, por lo tanto, no permiten tanta compactación de los fosfatos como estos últimos. La ventaja de crear estas estructuras más com-

pacetas se traduce en mayores fuerzas de atracción y, por lo tanto, mayor estabilidad de los cristales en soluciones acuosas como pueda ser la saliva.

Las **pastas dentales fluoradas** deben estar incluidas en cualquiera de las terapias, independientemente del riesgo del paciente; está demostrado que, a partir de los 6 años, se debe usar una pasta fluorada de 1450 ppm para que esta sea eficaz como método de prevención de la caries dental.

Los **geles de flúor** se suelen utilizar en pacientes de riesgo moderado de caries. El gel de elección es gel de fluorofosfatoacidulado al 1.23%, el cual contiene 12300 ppm. Su forma de aplicación es en cubetas desechables.

Los **barnices de flúor** son la forma de aplicación flúor tópico de elección en pacientes de alto y extremo riesgo de caries ya que, por su consistencia adhesiva, permite establecer mayor tiempo de contacto entre el producto y el esmalte dentario. El mecanismo de acción del flúor en estos productos se atribuye a tres factores: al tiempo que este producto esté en contacto con el diente, a la reactividad del flúor cuando se pone en contacto con el esmalte y/o dentina, formando reservas de fluoruro de calcio soluble y, por último, al efecto de los iones de flúor insoluble.



La fluorapatita que se forma con estos productos es más estable en el tiempo ya que se ha podido comprobar que las lesiones de aquellos pacientes que utilizan las pastas fluoradas en conjunto con productos con altas concentraciones de flúor aplicados sobre el diente por un profesional han resultado en una mayor remineralización comparados con aquellos pacientes que solo basan su terapia de remineralización en la utilización de pastas fluoradas de 1000 ppm. Esta remineralización se respalda tanto por cambios visuales en algunos casos, como por una disminución en los valores medidos con el **DIAGNOdent**.

En el mercado podemos encontrar también productos remineralizantes que contienen **CPP-ACP**. Estos se componen de fosfopéptidos de caseína que estabilizan los “nanoclusters” de fosfato de calcio amorfo.

Cuando ambos compuestos se unen y se encuentran en soluciones hipersaturadas, se evita la precipitación de calcio y fosfato, la forma insoluble del fosfato de calcio se convierte en soluble y se establece en la superficie dentaria, actuando, así como reservorio de estos iones creando complejos de fosfato de calcio en el esmalte, manteniendo la solución hipersaturada para fomentar la remineralización ante las bajadas de pH.

Otros sistemas que favorecen la remineralización son

- Sistema Arginina-Bicarbonato. La incorporación de 2% de Arginina en el barniz NaF mejoró el potencial de remineralización del esmalte del barniz de NaF.
- Prebióticos y Probióticos para mejorar el microbioma oral y favorecer comunidades saludables
- Biomineralización regeneradora (Alkilzy *et al.*, 2018) aunque presenta gran dificultad ya que el esmalte maduro es acelular y no se modifica como el hueso

Tecnología

En la práctica clínica observamos lo difícil del diagnóstico de las lesiones incipientes de caries. En los últimos años se ha incrementado el uso de herramientas de alta tecnología para un diagnóstico de caries más preciso debido a la dificultad a diagnosticar correctamente las lesiones tempranas de caries. Dentro de estas nuevas técnicas de diagnóstico, parecen ser efectivas las que se basan en la fluorescencia inducida con Láser. Hibst y GalF, en 1998, desarrollaron el Equipo láser portátil “DIAGNOdent”

Diagnóstico de caries interproximal, en esmalte mediante **radiografías** de aleta de mordida es el mejor factor predictor de una futura lesión en dentina. El diagnóstico de una lesión interproximal de caries en el esmalte aumenta más de 8 veces la probabilidad de que la lesión alcance la dentina y, probablemente, requiera en el futuro un tratamiento invasivo restaurador

En casos de lesiones en la superficie interproximal el método radiográfico es útil. Sin embargo, la determinación de la presencia y extensión de lesiones en las superficies oclusales y lisas tiene limitaciones. Tampoco tienen una especificidad tan alta para la detección de lesiones incipientes en comparación con los métodos visuales y táctiles y de fluorescencia. Las caries son apreciables en la radiografía cuando se ha perdido entre un 30% y un 40% de los componentes minerales.

El **DIAGNOdent® Pen 2190** es un aparato de láser de diodo que puede capturar, analizar y cuantificar la fluorescencia emitida por las porfirinas bacterianas y otros cromóforos cuando el diente se ilumina con un láser de diodo con una longitud de onda de 655 nm. Es posible que no proporcione una estimación precisa de la profundidad de la lesión de caries, ya que detecta la fluorescencia de la porfirina y no el contenido mineral de la estructura cristalina del esmalte (Abrams *et al.*, 2017).

El **DIAGNOdent® Pen 2190** presenta una alta sensibilidad, pero especificidad más baja que los métodos convencionales (Costa *et al.*, 2008).



El diagnóstico temprano de las caries no cavitadas, susceptibles de recibir tratamientos preventivos no invasivos, junto con el desarrollo reciente de una corriente de pensamiento como la Odontología Mínimamente Invasiva, han permitido la remineralización de las lesiones manteniendo su estructura original frente al tratamiento quirúrgico convencional (Amaechi, 2015; Pitts & Wright, 2018).

Los resultados indican que este dispositivo muestra una mejor sensibilidad en la detección de lesiones en esmalte y lesiones incipientes en dentina que la evaluación visual-táctil y las radiografías de aleta de mordida. Sin embargo, su especificidad en la detección de lesiones dentinarias incipientes es menor que la de los métodos convencionales pudiendo conllevar un sobrediagnóstico de lesiones o falsos positivos.

Se ha comprobado en ensayos clínicos que la mayor sensibilidad para el diagnóstico de caries es usar una evaluación visual y táctil con la clasificación de ICDAS II, combinada con el uso de la fluorescencia láser del **DIAGNOdent pen**.

Sistemas de magnificación o Lupas dentales

El uso de lentes de magnificación en odontología permite una mayor visualización de la cavidad oral del paciente, con lo que

se consiguen mejores diagnósticos y acabados, dando resultados mejores e incrementando la satisfacción de los pacientes y el nivel de confianza dando una imagen más profesional y detallista.



Además, influye positivamente en la ergonomía y postura del profesional. En torno a un 80% de especialistas padecen problemas de espalda y cuello debido a las malas posturas en la práctica diaria. Al utilizar loupes se evita una mayor inclinación hacia el paciente y se puede llegar a mejorar la postura y, por lo tanto, los dolores que sufre el especialista.

Hay que adoptar una postura que no sólo permita trabajar con facilidad sino también evitar dolores de espalda. La distancia de trabajo depende de la altura del especialista y de la forma de trabajar que tenga.

El empleo de gafas loupes debería incluirse durante la época de estudio en la universidad para que los alumnos experimenten los beneficios ergonómicos potenciales que la ampliación trae a la práctica clínica durante su educación



Las **ventajas** del uso de loupes incluyen

- Mayor visualización de la cavidad oral del paciente, dando resultados mejores e incrementando la satisfacción de los pacientes y una imagen más profesional y detallista.

- Mejora la agudeza visual, la postura del dentista, previniendo los trastornos musculoesqueléticos y la calidad de los procedimientos dentales
- El campo de visión es el área de operación que se ve a través de las lupas. Los profesionales aprecian un campo más amplio de visión y también promueve menos la fatiga ocular.
- El ancho de campo está relacionado con el diámetro de la lupa, el diseño óptico y el poder de aumento.
- las lupas pueden ser especialmente útiles a los odontopediatras porque su aumento permite una mejor visualización de las pequeñas dimensiones de las estructuras de los dientes temporales.

Desventajas:

- La adaptación y ajuste a las lupas
- El peso de las lupas: elegir un modelo ligero, menos pesado
- Necesidad de un periodo de adaptación y ajuste a características técnicas del sistema de aumento.

La prevalencia del uso de lupas en odontología varía ampliamente según los diferentes países. En Arabia Saudita, utilizan lupas dentales en su práctica clínica entre 12 y 32 % según la zona. En Suiza, el 64% y en el Reino Unido, la prevalencia del uso de lupas entre los dentistas generales fue 44%.

Entre los dentistas generales, hay una mayor prevalencia de uso de lupas que entre los odontopediatras. Por lo tanto, todavía es necesario crear conciencia sobre el uso de lupas y realizar estudios que avalen los hallazgos actuales.

Resumen

La evaluación del riesgo de caries es el primer paso en el diagnóstico de la enfermedad a lo largo del tiempo. El control exitoso de la caries requiere un enfoque basado en el riesgo para formular un plan de tratamiento individualizado utilizando un modelo de manejo de enfermedades que tiene como objetivo evaluar los factores de riesgo que contribuyen al establecimiento y progresión de esta patología. El plan de tratamiento individualizado que realizaremos debe buscar modificar el comportamiento de hábitos saludables y realizar un tratamiento restaurador mínimamente invasivo si fuera necesario.

SESPO 2024

SANTIAGO DE COMPOSTELA

■ ■ ■ 25 Y 26 DE OCTUBRE





Distribuidor y servicio técnico oficial

Giano HR



El diagnóstico más fiable

Todos los campos que necesitas
desde 4x4 hasta 16x18

La mayor resolución del mercado (Voxel 68m).

info@sonriaxfavor.es

946 076 521



“Protocolo 360° digital para cirugía cigomática”

Crónica del Dr. Andoni de Juan Galindez

WEBINAR

SECIB

PONENTE

Dr. Jorge Bertos



Los pacientes con edentulismo total y con rebordes alveolares en maxilares muy atróficos, sin casi tejido óseo alveolar, es una de las “fronteras” en la rehabilitación protésica a “conquistar”, a fin de conseguir una funcionalidad masticatoria, fonatoria y estética digna.

Además, de la escasez de tejido de soporte necesario para estabilizar suficientemente estas estructuras protéticas rehabilitadoras, en estos pacientes pueden concurrir otros factores que van a determinar el manejo terapéutico de una forma muy determinante. La edad del paciente, su expectativa vital, las posibles enfermedades o situaciones de salud concurrentes en relación su condición de salud general, el tiempo en que lleva en una situación de precariedad con todos los sistemas compensatorios “agotados” y el historial de tratamientos odontológicos más o menos acertados o fallidos que han soportado, son factores que hay que tener muy en cuenta en el **diagnostico**. A fin de conseguir definir un **plan terapéutico** con la estrategia de técnicas quirúrgicas, en este caso, más adecuada, más predecible y con menos morbilidad. Que nos garantice un **pronóstico** a corto, medio y quizás no tan largo plazo suficientemente satisfactorio.

Con todo esto, actualmente gracias a los desarrollos de la tecnología digital, a la aplicación de la inteligencia artificial, se están abriendo nuevos “caminos” que permiten ser más preciso y eficiente a la hora de acometer situaciones que antes resultaban demasiado cruentas. Abriéndose un abanico amplio de estrategias a la hora de afrontar este tipo de situaciones que se nos presentan en los pacientes en esta situación de maxilares muy “deteriorados”

En este sentido **SECIB** con la colaboración de la **Dra. Berta García Mira** presentó esta interesante webinar el 23 de noviembre a las 21 horas, donde se muestra un interesante protocolo íntegramente digital desarrollado por este grupo de la UIC, aprovechando la capacidad del actual desarrollo de los flujos digitales:

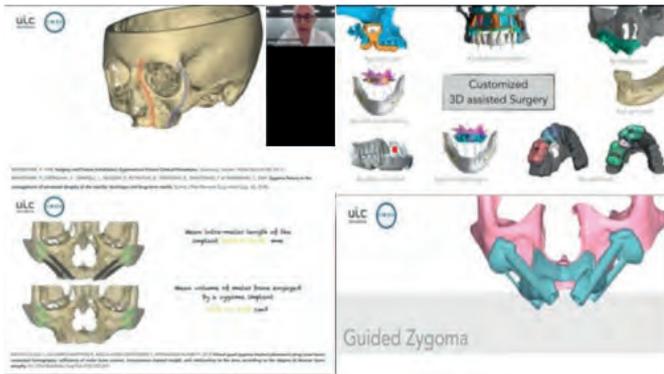
El **Dr. Jorge Bertos Quílez** es profesor y coordinador máster de implantología oral en la Universidad Internacional de Cataluña de Barcelona.

Se presentó un protocolo, como hemos dicho, original desarrollado por ellos en la UIC. Para la rehabilitación con prótesis fija en maxilares extremadamente atróficos estabilizada con implantes cigomáticos, de una forma totalmente predecible y menos cruenta, gracias a los nuevos desarrollos mediante cirugía guiada que describe como cirugía 3D personalizada.



Explicó que el origen de este tipo de cirugía con implantes cigomáticos son técnicas “antiguas”, datándolas ya en época de Branemark, donde se empezaron a desarrollar modos quirúrgicos para anclar las fijaciones esqueléticas en la zona de los arbotantes de fuerza de los maxilares del hueso Malar.

Define como compleja la técnica quirúrgica clásica. Explicó como a lo largo de los años se han ido modificando y buscando soluciones para poder hacer la técnica menos engorrosa, de menor morbilidad y más predecible. Él mismo dedico su tesis doctoral al estudio de estas técnicas. Y en este proceso, explicó como el desarrollo digital aporta herramientas para poder desarrollar protocolos quirúrgicos guiados que fueron dando fiabilidad en cuanto a generar más precisión con relación a la consecución de objetivos y a menor morbilidad. En la actualidad el desarrollo digital permite generar guías quirúrgicas más precisas y estables que permiten que esta solución no sea exclusiva para pacientes “muy extremos”, sino que pueda ofrecerse a pacientes, con ciertas características, pero que busquen otras “prestaciones” a la hora de rehabilitar un maxilar totalmente edéntulo. Insistiendo que la base de todo está en la confección o diseño de una prótesis adecuada que va a condicionar y será la guía inicial que nos

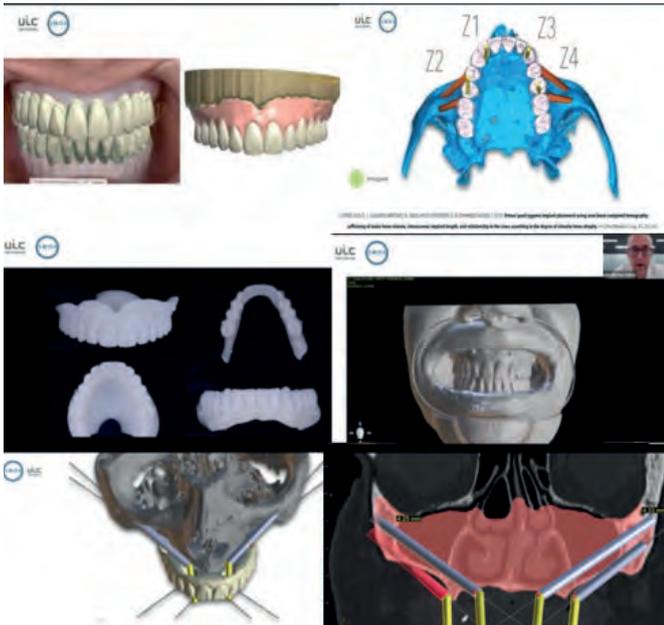


va a indicar o no estas técnicas. Aconsejando de inicio que las prótesis finales, por ahora, sean de resina.

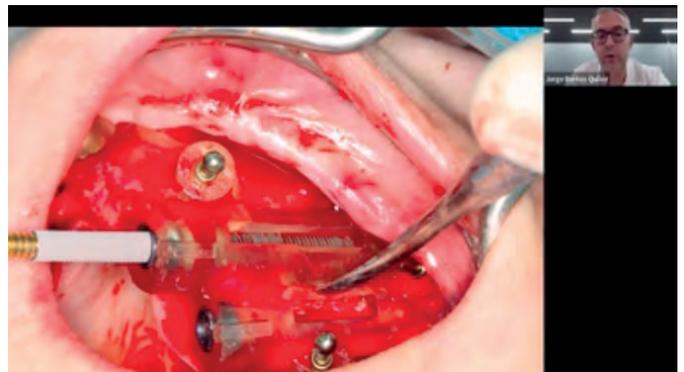
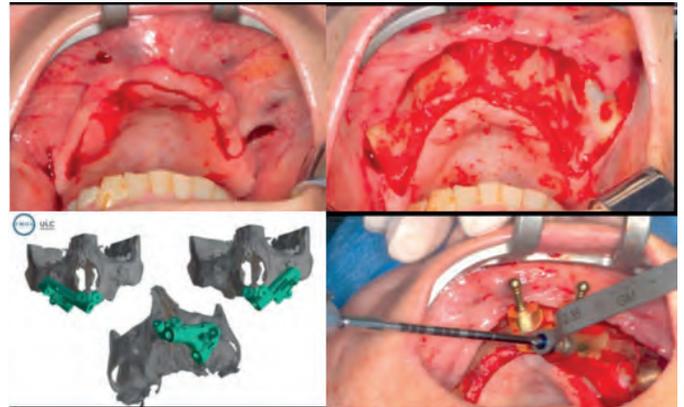
Indica esta solución en:

- Pacientes edéntulos completos.
- Con insuficiente volumen óseo en su proceso alveolar maxilar.
- Con prótesis previas desajustadas y que se imposible ajustarlas por técnicas tradicionales.

Explicó que se comienza con el diseño de la prótesis completa "tradicional" maxilar previa, bien con técnica analógico o digital. Una vez diseñada esta prótesis, se customiza para poder asociarla mediante CBCT al cráneo del paciente, a fin de determinar la posición de los implantes cigomáticos más óptima con su emergencia adecuada protésicamente determinada. Considerando esta emergencia en la zona de incisivos laterales/ caninos y en la zona entre segundo premolar y primer molar. A razón de dos fijaciones por hemimaxilar, uno anterior subperióstico con anclaje malar en la cigoma y el posterior más intraóseo transcigomático.

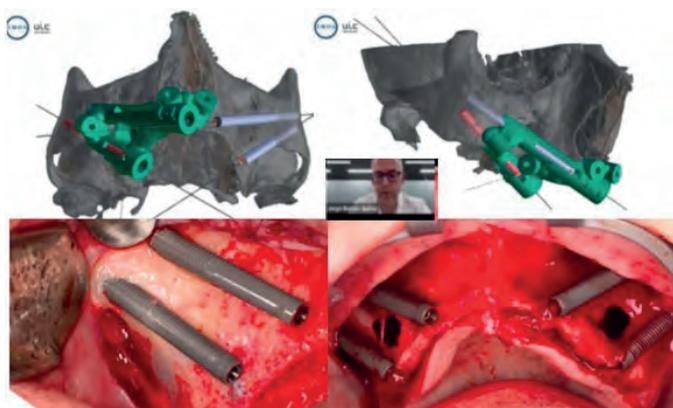


En cuanto a la técnica quirúrgica, explicó, que el abordaje inicial es una incisión transcrestal típica, algo hacia paladar buscando más espesor tejido blando, es decir para conseguir más encía queratinizada hacia vestibulo. Con descarga vestibular en distal, a nivel de los segundos molares para facilitar la elevación un amplio colgajo vestibular. Donde el área a insertar este alejada de las zonas de incisión de abordaje y además tener más facilidad de acceso al fascículo adiposo de Bichat. El despegamiento debe ser completo hasta la espina nasal, se debe identificar la salida de los nervios infraorbitarios, descubriendo lo más posible el hueso malar.



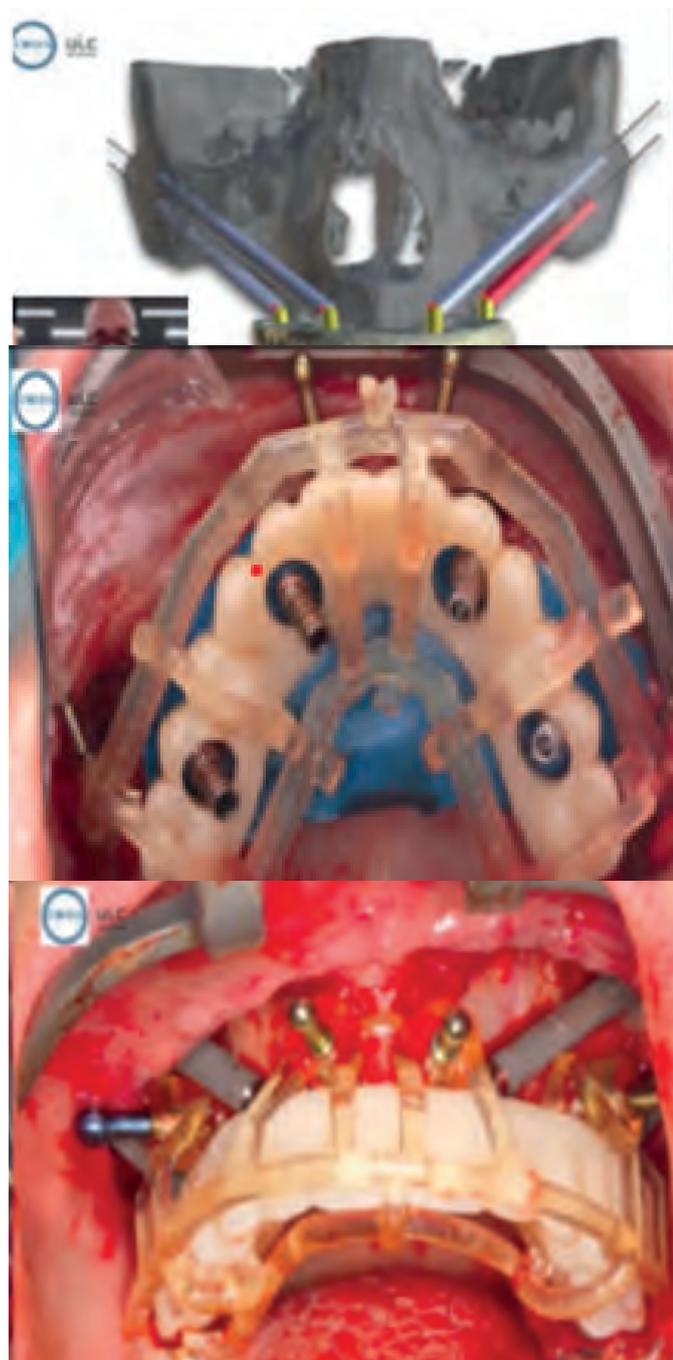
La férula-guía es de hemimaxilar, es decir una por cuadrante. Ha de estar más inmóvil posible, con cuatro puntos de apoyo: dos subnasales, uno crestal-distal y otro submalar. Ambas guías compartirán los dos apoyos subnasales, garantizan y verificando este hecho, la correcta planificación. Además, estas férulas-guía están diseñadas para que las fresas sean refrigeradas con irrigación y con ventanas de verificación de la ubicación de cada implante. Sucesivamente se insertan en una hemimaxilar o cuadrante. Retirando la férula-guía del primer "campo" quirúrgico, para insertar y fijar la otra férula-guía en el otro cuadrante, usando como se ha dicho los mismos anclajes subnasales, procediendo a insertar una vez estabilizada, las fijaciones contralaterales determinadas.

Destacó que, con esta técnica, además de la precisión, se reduce el tiempo quirúrgico ostensiblemente pasando de 4 horas de

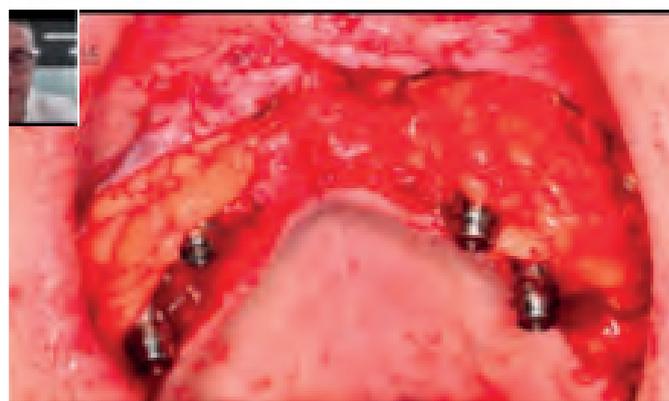
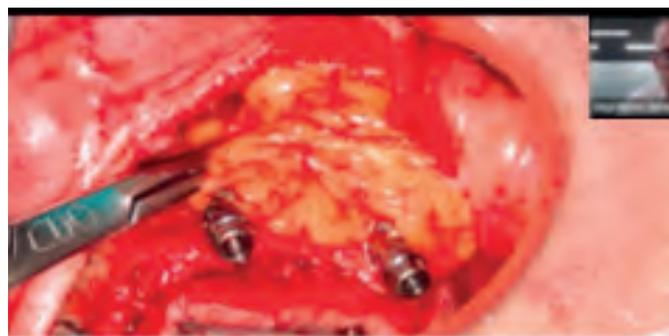


intervención a un máximo de hora y media. Solo usando sedación consciente en vez de la necesidad de anestesia general en las técnicas clásicas.

Una vez estabilizados y fijados los implantes, una vez desinsertadas las férulas guías, se coloca el **estabilizador de la prótesis provisional**, utilizando los mismos puntos de fijación de las guías quirúrgicas anteriores, a saber, subnasales y submalar. Este estabilizador de prótesis permite solidarizar la prótesis inmediata a fin de hacer el rebase pertinente para solidarizar a esta las fijaciones que ajustan a los pilares transepiteliales que la estabilizaran a los implantes.



Permitiendo que en el de tiempo preparación de dicha prótesis en el laboratorio, se pueda terminar con la adecuación de los tejidos blandos a los implantes con el cierre por primera intención del colgajo sin tensiones, aunque sea de forma parcial.



Propuso cubrir la zona extraósea de los implantes con la herniación del **tejido adiposo de Bichat**, fijándola esta hacia la zona medial en ambos lados al tejido blando de la zona subnasal. Consiguiendo dar volumen a la zona alveolar vestibular y sobre todo evitar la dehiscencia de la superficie del metal de los implantes por “decúbito inverso”, generando suficiente tejido cobertor. Terminado con sutura del colgajo sin tensión y suspensión de mesial a distal, no dando importancia a que quede exposición del tejido adiposo herniado a distal y fuera de la zona de los pilares trans-epiteliales, por la capacidad de este de epitelizar en segunda intención. En este tiempo y en laboratorio se prepara la prótesis rebasada y se fijan los aditamentos que permiten estabilizar la prótesis inmediata.

Esta no solo ayuda a la función y estética precoz de toda la rehabilitación, sino que además su diseño debe ayudar a estabilizar y dar soporte a los tejidos en cicatrización y debe tener un diseño de la zona mucosa tan “*biofavorable*” que permita que estos maduren adecuadamente.

Aunque esta primera prótesis inmediata aconseja sea de resina, anuncia que gracias a la tecnología digital se está trabajando con prótesis con materiales como el carbono para la zona que de la encía protésica combinada con los dientes cerámicos.

Acabó su exposición con datos bibliográficos de trabajos en los que destaca la fiabilidad de estas técnicas de combinación y programación digital en cuanto a discrepancia de la colocación final de los implantes y su planificación. Concluyendo que estas son debidas sobre todo a la elasticidad del material de la férula y en todo caso hacia angulación externa que podría considerarse más favorable y en todo caso muy asumibles.



14-15 NOV 2024
PALACIO DE CONGRESOS DE GIRONA



SECIB
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

XXI
Congreso

El reflejo de la realidad en la pintura. Parte I



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 general, el concepto que tenemos de la realidad se relaciona directamente con lo que somos capaces de percibir con nuestros sentidos. Es decir, la realidad es lo que podemos ver, oír, tocar, etc. Esto es lo que pensaban los llamados **filósofos empiristas**, como David Hume. Se basaban en que la única forma de acceder a la realidad era mediante la experiencia que nos otorgan nuestros sentidos. En este sentido, esta corriente filosófica no aceptaba el concepto de *ideas innatas*.

En el otro extremo se encuentran los denominados **filósofos racionalistas** (Descartes, Wolff...), los cuales admiten la existencia de ideas innatas y además relacionan directamente el conocimiento de la realidad con el empleo de la razón y no con la experiencia. Sin embargo, ambas corrientes coincidían en aplicar a la realidad el *centro y objetivo del conocimiento*. La máxima de ambas corrientes es que el objeto a conocer es lo importante.

En este sentido, **Immanuel Kant** (1724-1804) dio un giro a este concepto y lo denominó precisamente *Giro Copernicano* en su obra *Crítica de la razón pura*. Lo que expresa Kant es que lo importante no es la realidad en sí sino el sujeto que la percibe. Básicamente, el ser humano percibe una realidad basada en su experiencia con un filtro inevitable que son las coordenadas del *tiempo y el espacio*. Cada ser humano percibe una realidad basada en estas premisas y dicha realidad es diferente dependiendo de quien la perciba y la conozca y de cómo establezca su filtro del tiempo y el espacio. Existe, sin duda, una realidad esencial que no somos capaces de percibir y que para Kant no es muy importante ya que no aporta conocimiento alguno. Es lo que el filósofo denominaba *Neumeno* capaz de originar *juicios a priori* que no aportan conocimiento.

Los artistas en general y los pintores en particular pretenden en sus obras reflejar su realidad y transmitirla al exterior.

Una de las corrientes más importantes del reflejo de la realidad que ofrece la pintura es la denominada **pintura realista** que tiene sus bases literarias en autores como Honoré de Balzac (1799-1850), Gustave Flaubert (1821-1880) y Charles Baude-laire (1821-1867) y que se desarrolló en la segunda mitad del siglo XIX.

Se trata de reflejar la realidad tal y como es, por muy cruda e incómoda que esta sea, huyendo de fantasías y de imágenes idealizadas. Generalmente se enmarca en el tiempo presente y en la propia cotidianidad de la vida vulgar.

Analizando filosóficamente esta corriente artística, asumimos que el autor trasmite al espectador la realidad de su vida con el filtro inevitable del tiempo y del espacio. Aunque el autor intente reflejar **su realidad** de forma totalmente objetiva, siempre será su realidad. Es decir, la esencia desnuda de la realidad del autor, el *neúmeno* para Kant, es inalcanzable. El reflejo de la realidad que se plasma en el lienzo no deja de transmitir un juicio del propio autor ya sea este en un término positivo o negativo. Por tanto, lo que en realidad refleja el artista es **su realidad fenomenológica**. En esta corriente artística, el autor pretende transmitir su realidad marcada por una impresión de alegría y felicidad o bien, todo lo contrario, realidad amarga. El realismo, tanto en la pintura como en la literatura, formó parte de una exposición y crítica social con claros matices políticos, propios de la época.

El más representativo y fundador de esta corriente fue, sin duda alguna, **Gustave Courbet** (1819-1877). Las tres primeras obras que presentó en el Salón de 1851 supusieron un gran impacto y la consolidación del arte realista como aquel arte que daba protagonismo al pueblo llano. Para Courbet el arte debía derivar en un realismo anticlásico, antirromántico, antiacadémico, progresista y social. En sus propias palabras *"Pintar es un arte esencialmente concreto y sólo puede estar constituido por representaciones de cosas reales y tangibles. Es un lenguaje completamente físico, cuyas palabras son todos los objetos visibles; un objeto que es abstracto, invisible e inexistente no está incluido dentro del reino de la pintura..."*

En su obra *"Sobremesa en Ornans"* Courbet representa la vida familiar *"tal como es"* sin buscar composiciones idílicas o poéticas. En la composición resulta excepcional que el sujeto que esta de espaldas se encuentre en el centro de la composición, como sacando al espectador de una visión de la escena en toda su amplitud. Saca al espectador de su lugar privilegiado al que está acostumbrado en la pintura más convencional. Esta obra suscitó importantes críticas por parte de las corrientes más conservadoras de la época, en el sentido de que este tipo de pintura estaba



Gustave Courbet. Sobremesa en Ormans. (1849).

minando los valores más estéticos del arte. En el fondo, Courbet pretendía representar las grandes diferencias sociales que existían en la época como una verdadera crítica social.

La realidad que nos transmite Courbet era una visión alejada de los convencionalismos sociales. La esencia pura de esa realidad no existe en su obra sino, más bien es una realidad inundada de su propio juicio. De acuerdo con Kant, Courbet nos transmite **su realidad fenomenológica**.

Enmarcado dentro de la corriente realista, **Édouard Manet** (1832-1883) fue uno de los principales renovadores de la pintura occidental en el siglo XIX.

En realidad, Manet estableció un puente sólido entre el realismo y el impresionismo. Una de sus obras más importantes e innovadoras fue *“Un bar en el Folies-Bergère”*. Esta obra basa su



Édouard Manet. Un bar del Folies Bergère. (1882).

representación en el espejo posterior. Sitúa a la protagonista en un primer plano, pero toda la imagen del bar, que es el que da título a la obra, solo se puede observar a través del espejo posterior. Resultan muy peculiares las piernas del trapezista, que solo se aprecian parcialmente en el extremo superior derecho de la obra y a través del espejo. En realidad, el espejo resulta ser el principal protagonista de la obra. En cuanto a la técnica, se exponen con clara evidencia las pinceladas expresivas e impresionistas y sin embargo, el autor pone mucha atención en los detalles, como puede apreciarse en las etiquetas de las botellas.

Con un siglo de diferencia nace la corriente Hiperrealista buscando mostrar la realidad más pura y esencial mediante un desarrollo extremadamente virtuoso de la pincelada. El movimiento hiperrealista se acerca peligrosamente a la fotografía. En el fondo, el arte hiperrealista busca la perfección absoluta en la representación de la propia realidad del autor. Al igual que sucedía con el realismo, el artista hiperrealista nos muestra una realidad muchas veces cotidiana y ausente de toda influencia idílica. El objetivo del artista es mostrar una obra perfecta y que, debido a esa perfección, tenga vida propia.



Ester. Cabinas telefónicas. (1967).

Richard Ester (1932) es uno de los artistas hiperrealistas más valorados en la actualidad. La realidad para este artista es urbana y cotidiana. Se ha criticado al hiperrealismo con caer en el profundo pozo de la fotografía. Lo han catalogado de frío y exclusivamente dedicado a la proyección de un objeto o escena. En cierto modo no falta razón para algunos de esos comentarios ya que, con frecuencia, las obras hiperrealistas no hacen sino reflejar una realidad exterior, pero centrándose casi exclusivamente en la perfección del trabajo. Sin embargo, hay obras que reflejan una realidad íntima del autor. En el caso de la obra de Richard Ester *“Cabinas telefónicas”* contemplamos y nos involucramos en una escena cotidiana que expresa una realidad externa no



Nighthawks, Edward Hopper. (1942).

esencial y cargada de un juicio. La realidad que percibe Ester y que nos intenta reflejar en esta obra es percibida como una aceptación inevitable del estrés urbano.

Otro artista significativo del movimiento hiperrealista es **Edward Hopper** (1862-1967). Sus obras reflejan el estilo de vida norteamericano y están cargadas de personajes solitarios rodeados de gente en ambientes muchas veces nocturnos. Las obras de Hopper reflejan soledad y deshumanización.

Hopper siempre negó el trasfondo psicológico en sus obras, sin embargo, afirmó que el arte es la expresión de la vida interior del artista, el resultado de su visión de la realidad.

El pintor español **Antonio López** (1936) es de los autores actuales más representativos del hiperrealismo. Sus obras rozan la perfección casi fotográfica, pero sin caer en la frialdad del fotorrealismo.

En su obra "*Lavabo y espejo*" se refleja una vinculación del autor por la realidad solitaria de la casa. La obra traduce los sentimientos y afectos más profundos dentro de la propia cotidianidad más vulgar. La luz reflejada traduce un efecto casi religioso. Como expresa el propio autor, ese lavabo es casi un altar. Esta representación de la realidad que hace el autor traduce una impresión enigmática y misteriosa en la que su propio autorretrato es invisible.



Lavabo y espejo, Antonio López. (1967).



GALENDE | BUZÓN
Abogados

SE ENCARECEN LAS BAJAS POR NACIMIENTO PARA LAS EMPRESAS

Marta Domínguez Benito
Socia en Galende – Buzón Abogados

El pasado 12 de enero el Congreso de los Diputados convalidó el Real Decreto-ley 1/2023, de 10 de enero, de medidas urgentes en materia de incentivos a la contratación laboral y mejora de la protección social de las personas artistas (en adelante, RD 1/2023).

La bronca política de los últimos meses ha impedido poner el foco en una modificación importante que introduce esta normativa: la reducción de las bonificaciones de las que se podrán beneficiar las empresas cuando contraten a una persona para sustituir a mujeres en situación de riesgo durante el embarazo, maternidad y lactancia, a hombres durante la paternidad o el permiso de lactancia.

Desde el año 1998 y hasta la aprobación del RD 1/2023, existía una bonificación del 100% para aquellas personas trabajadoras que se contrataran para sustituir a otra en situación de maternidad o adopción y que se amplió posteriormente a riesgo durante el embarazo, la paternidad y la lactancia.

Igualmente, desde el año 2001 se bonificaban con el 100% los contratos de la propia persona sustituida, es decir, la mujer embarazada o el padre, cuando se realizaran los oportunos contratos de sustitución.

Durante todos estos años las asesorías jurídicas hemos explicado a nuestros clientes por activa y por pasiva que cuando una mujer se queda embarazada, a la empresa “no le cuesta nada”, porque su sueldo lo paga la Seguridad Social en forma de prestación de maternidad (o de riesgo durante el embarazo) y su cotización está bonificada si se contrata a una persona para sustituirla que, a su vez, también tiene la cotización bonificada. El único requisito era que esta persona fuera desempleada.

Cuando se ampliaron los permisos de paternidad y se equipararon a los de maternidad (enero de 2021), nuestro firme discurso a las empresas pasaba por explicarles que era indiferente contratar a un hombre o a una mujer, puesto que la empresa no tenía ningún perjuicio económico por contratar a mujeres que pudieran llegar a quedarse embarazadas.

Sin embargo, esta tendencia se ha roto con la publicación del RD 1/2023 que reduce las bonificaciones en ambos contratos (persona que disfruta del permiso y persona que la sustituye) y establece unos requisitos mucho más amplios para poder aplicar esta bonificación.

Para empezar, ambos contratos estarán bonificados con 366 euros al mes. Esto supone que, por ejemplo, si una mujer embarazada tiene un salario bruto de 1.600 euros, su cotización es de, aproximadamente, 475 euros. De éstos, la empresa se bonificará 366 euros, lo que supone que tenga que abonar 109 euros

mensuales. Otro tanto ocurrirá con la persona que sustituya a la trabajadora, lo que incrementará a 218 euros mensuales el coste total de la empresa. Este coste, recordemos, antes de la entrada en vigor del RD 1/2023 era cero.

Ahora, la persona que sustituta debe, además de estar desempleada, tener menos de 30 años. Esta situación complica la sustitución de personas trabajadoras que tienen una cierta formación y experiencia en la empresa (lo que no es difícil que ocurra, teniendo en cuenta que España se sitúa a la cabeza de madres de 40 años), puesto que el empresario se ve obligado a contratar a una persona mejor de 30 años si quiere bonificarse.

Además, la empresa debe cumplir una serie de requisitos adicionales, principalmente: la persona sustituta no puede haber finalizado un contrato indefinido en los últimos 3 meses, y la empresa no debe haber despedido improcedentemente en los últimos 12 meses.

Siguiendo con nuestro ejemplo, si el coste mensual por la persona en situación de permiso y quien la sustituta para nuestra empresa ficticia cuya trabajadora cobra 1.600 euros es de 218 euros mensuales, y teniendo en cuenta que el permiso de maternidad es de 16 semanas, y la lactancia acumulada de un mes más, la empresa deberá abonar 1.090 euros en total que antes de esta ley no abonaría. Y ello suponiendo que no exista el permiso de riesgo durante el embarazo.

Y es aquí cuando surge el planteamiento entre si es indiferente contratar a un hombre o a una mujer, y la respuesta, lamentablemente es que no. Un hombre tiene un coste menor, por dos motivos principales:

- i) Por una cuestión biológica un hombre no puede tener baja de riesgo durante el embarazo. En algunas profesiones existe una baja por este motivo desde el cuarto mes de embarazo.
- ii) El permiso de paternidad tiene una duración obligatoria de 6 semanas. Es relativamente común que los hombres renuncien al disfrute de las 10 semanas restantes.

Sumado a lo anterior se añade el hecho de que las mujeres son las que actualmente solicitan la reducción de jornada (95% de mujeres frente al 5% de los hombres).

Lo anterior nos lleva a considerar que el legislativo ha perdido una maravillosa oportunidad de reforzar la inserción laboral de las mujeres, lo que se habría conseguido adoptando diferentes medidas de conciliación (sin duda), pero también manteniendo la bonificación de los contratos de interinidad para sustitución de mujeres en situación de riesgo durante el embarazo, maternidad y lactancia.

“Asesoramiento clínico de expertos”. Nuevo servicio de Formedika

Formedika ha puesto en marcha un nuevo servicio de “consultas de asesoramiento”.

El propósito de este servicio es el de poner a disposición de los usuarios a los mejores profesionales, cada uno en su especialidad para ayudarle a solucionar los casos clínicos más complejos de sus pacientes. Por el momento, el servicio está disponible para Odontólogos (Ortodoncistas, Endodoncistas, Periodoncistas y Prostodoncistas) interesados en diversas patologías.



El comité científico de Formedika, quien supervisa y dirige los cursos desde hace años, es también el encargado de seleccionar y obtener los mejores profesionales para poder ofrecerle el mejor servicio.

Formédika invita a registrarse de manera gratuita en su web para conocer toda la información. Hacerse miembro tan sólo le llevara un par de minutos.

www.expertformedika.com

Crecimiento de los tratamientos odontológicos estéticos

Proclinic Group



Según el Dental Monitor “Evolución del sector dental en España”, elaborado por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN) en colaboración con el Instituto Key-Stone, el segmento estético es uno de los que más ha crecido. En concreto, han sido especialmente significativos los tratamientos más accesibles, como blanqueamientos y limpiezas, que en 2022 crecieron respectivamente un 11% y un 4%.

Estos dos tratamientos dentales, junto con la ortodoncia invisible, han sido los más demandados durante 2023 entre la población con mayor nivel socioeconómico. Precisamente, el desarrollo de los tratamientos con alineadores ha propiciado la particular apuesta tecnológica de Proclinic Group por SecretAligner, una empresa fabricante con capital 100% español fundada por el Dr. Pablo Kehyaian, a través de la cual impulsamos la más alta tecnología en alineadores invisibles a los que cuidan de la salud bucodental de todos”, sentencia, asegura Manuel Alfonso, Consejero Delegado y CEO de Proclinic Group.

‘Club Clínico’ evoluciona a ‘Cliniclic!’

Un paso claro hacia la eficiencia y la gestión inteligente de las compras en el sector dental.



Madrid, [Fecha] - Club Clínico, primer marketplace inteligente del sector dental en España, anuncia un emocionante cambio de marca que refleja su evolución y visión para el futuro. A partir del 8 de enero de 2024, comienza a llamarse ‘Cliniclic’, marcando una nueva era de la compañía.

Desde su fundación en 2020, Club Clínico, da un paso importante adoptando el nombre Cliniclic, con el que quieren representar su apuesta por la eficiencia y la gestión automatizada de las compras en el sector.

Además de esta transición a Cliniclic, también tiene su objetivo puesto en la internacionalización. “Estamos comprometidos en llevar nuestras soluciones tecnológicas de vanguardia a clínicas y proveedores de material en todo el mundo, contribuyendo así al avance y profesionalización del sector dental a nivel global”. Lanzaron recientemente Portugal y ya están dando sus primeros pasos en Francia.

Este cambio de marca representa un paso estratégico hacia un futuro más brillante y tecnológico para **Cliniclic** y para la industria dental en su conjunto.



Bracket 360 presenta el nuevo escáner intraoral Aoralcan 3, con actualizaciones extraordinarias sobre su modelo anterior, el nuevo escáner de Shining 3D ofrece altas prestaciones a un precio competitivo, y se preocupa por la comunicación eficaz tanto con tu equipo, como con tu paciente, nos permite digitalizar y compartir de forma sencilla en la nube todos los datos sobre un caso, incluso ofrecer al paciente de forma rápida y atractiva un informe detallado de todos los tratamientos que necesita. Sin suscripciones por actualizaciones, soporte técnico ni espacio en la nube, solo harás un pago.

Detection Eye – Escáner intraoral para el flujo de trabajo digital



El escáner intraoral Detection Eye se distingue por su extrema precisión en la toma de impresiones y su alta velocidad de escaneado, lo cual permite digitalizar la arcada del paciente en menos de 60 segundos. El escáner realiza

escaneos en color y en tiempo real con límites de preparación bien definidos, garantizando un proceso más sencillo gracias a la digitalización sin la presencia de polvo.

Gracias al intuitivo software, el usuario puede escanear con un solo botón o utilizar la función de “Motion Sensing” para emitir órdenes con sólo mover el escáner. Esta tecnología simplifica la manipulación y garantiza una impresión sin riesgo de contaminación cruzada por contacto con el PC. El software de inteligencia artificial identifica y elimina automáticamente los datos superfluos de los tejidos blandos, para lograr un proceso de exploración rápido y optimizado.

Por último, la opción del uso de dos tipos de puntas diferentes (estándar y pequeña), hace posible que el procedimiento sea más cómodo para el paciente.

Consejos para gestionar el estrés en el entorno laboral

Más de 2 de cada 10 trabajadores consideran que su actividad profesional afecta a su salud bucodental y que lo hace principalmente por estrés (70,73%), según datos del Estudio Sanitas de Salud Bucodental 2023.



En un ambiente laboral cada vez más demandante, el estrés se ha convertido en una constante que afecta a profesionales de todos los sectores. La presión por cumplir con plazos ajustados, las demandas crecientes y las expectativas elevadas generan tensiones que impactan negativamente tanto en el bienestar mental y físico como en el rendimiento. “Ignorar el estrés puede llevar a una disminución de la satisfacción laboral y, en última instancia, a un agotamiento profesional. Además, afecta a las relaciones personales y la calidad de vida en general. Por ello, es importante reconocer y abordar este problema de manera proactiva, ya sea a través de estrategias personales, como la gestión del tiempo y la búsqueda de apoyo, o mediante la comunicación abierta en el entorno laboral para buscar soluciones”, explica Jorge Buenavida, psicólogo de BluaU de Sanitas.

Asimismo, las repercusiones del estrés también se extienden, a la salud dental: “las situaciones de tensión prolongada pueden originar malos hábitos como el bruxismo, desembocando en consecuencias muy negativas para la salud.

En este sentido, acorde al Estudio Sanitas de Salud Bucodental de 2023, más de 2 de cada 10 trabajadores consideran que su actividad profesional afecta a su salud bucodental (24,34%, en su mayoría mujeres) y que lo hace principalmente por estrés (70,73%).

Ante esta situación, el psicólogo Jorge Buenavida y el médico Efraín López, de BluaU de Sanitas han redactado una serie de consejos para gestionar el estrés en el trabajo:

- Comunicación abierta y resolución de conflictos.
- Descansos breves y organización del tiempo: colaboran a la hora de prevenir la fatiga y el agotamiento. Con ello, se produce un equilibrio adecuado entre el trabajo y el descanso que aumenta la productividad y aminora la presión constante.
- Establecer límites y prioridades.
- Establecer rutinas y hábitos saludables, afrontar los desafíos y buscar actividades de ocio.

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