

ODONTÓLOGOS de hoy

Volumen 13
Nº 66 julio 2024



Josep María Ustrell Torrent
Ingresó como Académico de
Número de la "Reial Academèmia
de Medicina de Catalunya"



Almudena Rodríguez Fernández
Presidenta Congreso
SESPO 2024



José Manuel Aguirre Urizar
Debemos cambiar el paradigma de
"Vivir la profesión sanitaria para
tratar" por el de "Vivir la profesión
sanitaria para diagnosticar y si es
necesario tratar"



SEPES
Sevilla 2024

53º Congreso Anual
10 - 12 de octubre
EPA-DDS Joint Meeting

Protocolos para la práctica clínica



22
23
2024
noviembre

SEMDS
EADSM
EUROPEAN ACADEMY
OF DENTAL SLEEP MEDICINE

**XXIX CONGRESO
SESPO**

SANTIAGO DE COMPOSTELA
25 - 26 OCT 2024

USC
SESPO



XXI
Congreso
SECIB

14-15 NOV'24 GIRONA

Zirkonzahn®
Human Zirconium Technology

ticare
MOVING FOR CARE

NSK

MC
ACADEMIA FOTOGRAFICA

FINCLINIKS®
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

30 antón
1994-2024

**sonría
xfavor**

Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- 🕒 Lo que pueden hacer los dentistas recién licenciados
- 🕒 Inteligencia Artificial en la salud dental. ¿Qué hay de nuevo?

Tribuna de salud pública. 10

- 🕒 Las cosas de palacio van despacio

Actualidad 12

- 🕒 Josep Maria Ustrell. Académico de número de la Real Academia de Medicina de Cataluña
- 🕒 La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración celebró su congreso
- 🕒 SECIB celebra un simposio dentro del XXX Congreso Venezolano de Cirugía Bucomaxilofacial
- 🕒 Discurso de José Manuel Aguirre Urizar
- 🕒 Javies Sanz Serrulla presenta un nuevo libro, "50 de más de 70"

Entrevista 23

- 🕒 Almudena Rodríguez Fernández

Ciencia y salud 27

- 🕒 La Medicina Dental del Sueño: un nuevo horizonte para tu práctica clínica
- 🕒 TE LO PERDISTE ... TE LO CONTAMOS

Cultura 37

- 🕒 Nihilismo y su reflejo en el arte: el minimalismo abstracto. Parte II

Formación 40

Empresas 41

- 🕒 Nuevo set de destornilladores y herramientas adecuado para su uso tanto en la boca del paciente como en el modelo
- 🕒 Puesta al día en prótesis sobre implantes con Ticare en Cáceres
- 🕒 Técnicas avanzadas en implantología con los Dres. Alberto Salgado y Marcelo Clermont
- 🕒 Conferencias Ticare en SEPA disponibles en diferido
- 🕒 Ticare: Moving for Care
- 🕒 Resultados a 36 meses del estudio realizado bajo la Cátedra USC-Ticare
- 🕒 Fresero, mantén el orden en tu campo quirúrgico
- 🕒 Librería LimaGuide. Diseña, planifica, disfruta de Ticare
- 🕒 La ayuda que esperabas para tu clínica: Tutoriales Ticare

MOVING FOR CARE

Nos movemos por cuidarte.
Cuidamos lo que te importa.



GAP ZERO
TECHNOLOGY

ticare

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

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

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

Distribución exclusiva a odontólogos,
estomatólogos y cirujanos maxilofaciales

Ofertas Especiales

DESDE EL 1 DE MARZO HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2024



S-Max M

CONTRA-ÁNGULOS DE ACERO INOXIDABLE

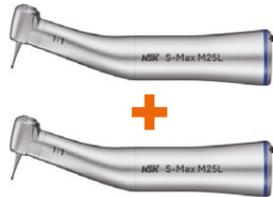
2 Contra-Ángulos del mismo modelo



MODELO **M25**
REF. **C1027**

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

649€*
1.398€*



MODELO **M25L**
REF. **C1024**

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

849€*
1.856€*

2 Multiplicadores del mismo modelo



MODELO **M95**
REF. **C1026**

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

849€*
1.862€*



MODELO **M95L**
REF. **C1023**

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

1.049€*
2.466€*

* Los precios no incluyen IVA. Ofertas limitadas hasta el 31 de agosto de 2024 o hasta fin de existencias.

S-Max M

TURBINAS DE ACERO INOXIDABLE CON LUZ **LED**

POTENCIA 26W

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

Conexión NSK
MODELO **M900L**
REF. **P1254**

849€*
1.906€*

2 Turbinas del mismo modelo



Conexión KaVo® MULTiflex®
MODELO **M900KL**
REF. **P1258**

849€*
2.136€*

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

¡Síguenos!

NSK Dental Spain

NSK Dental Spain

NSK Dental Spain

NSK Dental Spain S.A. www.nsk-spain.es

C/ Rozabella, 8. Europa Empresarial Edificio Roma | Planta baja, Oficina A.28290 - Las Rozas de Madrid, España - tel: +34 91 626 61 28 - fax: +34 91 626 61 32 - e-mail: info@nsk-spain.es

Editorial



Sociedades científicas o empresas de servicios

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

La organización de congresos científicos ha sido una de las importantes y beneficiosas aportaciones de las sociedades científicas a la profesión, por su labor de difusión del conocimiento y también en menor medida, pero no despreciable importancia como punto de encuentro en el que fomentar el compañerismo en la profesión, rompiendo con nuestro habitual aislamiento en el día a día. Los dentistas implicados en su funcionamiento vienen prestando un esfuerzo digno de reconocimiento.

Así ha sido y así debería seguir siendo, independientemente de que, la aparición de las nuevas tecnologías de la comunicación nos permita la conexión a través del plasma.

Últimamente venimos asistiendo a eventos científicos, puntuales quede claro, en los que ni el compañerismo ni la ciencia ocupan el primer lugar. Sus organizadores ponen su objetivo en los números, "más salas a la vez que pistas tiene el mayor circo del mundo", "más de 4.500 asistentes", "más de 70 empresas participantes", y eso traducido en euros podemos imaginar lo que supone.

La parte científica se mantiene en nivel, afortunadamente.

La parte social deja mucho que desear, esa conversión en la que la empresa de servicios se come a la científica, desemboca en una atención al congresista tipo "low cost" pero a precios de inscripción "business class", ni agua, no digo una mariscada, es que ni agua, literal.

Ya no somos compañeros, ya no somos iguales, ahora hay "accesos vip", solo para ponentes y organización, que llueve, pues se aguante usted y recorra los cien metros o más hasta su zona de acceso.

La exposición comercial, que así la llaman, más parece un "Bazar", con permiso de los grandes bazares que conocemos, las empresas también merecen un reconocimiento y una atención.

Lo que mejor acaba funcionando es lo que no aporta la sociedad o empresa, es la buena acogida de la ciudad a los asistentes.

Otro detalle que no podemos dejar de pasar es ese desprecio de algunos conferenciantes, profesores de la Universidad Pública Española, a la lengua de Cervantes. Hace unos años me sorprendió, con agrado, una ponente mexicana, afincada en los Estados Unidos de Norteamérica, pidiendo disculpas por si cometía algún error al hablar, pues hacía años que su idioma científico era exclusivamente en inglés y aunque había traducción simultánea nos quería hablar directamente. Nunca he escuchado por medio de traducción fuera de Cataluña a un conferenciante catalán, ni gallego o vasco, pero, mira por dónde, los que vienen de comunidades en las que la lengua de Cervantes es la única oficial, nos tienen que hablar en inglés, algunas malas lenguas dicen que es para encajar sus posibles errores al traductor, yo creo que es otra cosa, pero me la callo que puedo equivocarme.

Lo que pueden hacer los dentistas recién licenciados



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

Encaramos en estos días el final de la actividad y la entrada de la canícula precursora del descanso veraniego que cierra la actividad y nos prepara para los nuevos propósitos que allá por septiembre, tendremos que poner en marcha. Es pues un buen momento para reflexionar sobre cuál es la razón de los éxitos y de los fracasos cosechados durante el curso que se cierra y sobre todo como medirlos para no caer en la maniquea afirmación, ausente de autocritica, de que todo ha sido satisfactorio. Se me ocurre que, si en odontología el objetivo final es que nuestros pacientes estén satisfechos, el juez de semejante criterio no podría ser otro que el mismo paciente. Demasiado frecuentemente nos encontramos, sin embargo, con situaciones en las que el paciente satisfecho no es indicador de un trabajo de calidad. Por el contrario, en no pocas ocasiones un trabajo técnicamente correcto no consigue eliminar el descontento del paciente. Llegados a este punto probablemente coincidan conmigo en que el elemento aglutinador de la relación paciente-dentista no es tanto la calidad en abstracto sino la calidad humana. La calidad humana definida como una combinación de conocimiento, criterio, sensibilidad, equilibrio que genera personas serenas, coherentes, fiables y capaces de asumir y poner en práctica los valores fundamentales, es un objetivo complejo de obtener en odontología. De hecho es un objetivo difícil de obtener en la vida. Implica una simbiosis entre los pacientes y los profesionales, un proceso de selección solo posible en el contacto continuado que se establece a lo largo del tiempo. Es eso lo que tendríamos que valorar si lo hemos conseguido o no durante este curso. La fragmentación de la relación con el paciente atendiendo a criterios técnicos o de especialidad en ausencia del verdadero elemento aglutinador que es el dentista general no va en favor de conseguir ese objetivo. Estamos asistiendo a un proceso en el que las especialidades se están convirtiendo en el eje de la relación con los pacientes en detrimento del dentista general. Es notoria la sensación en el mundo real de que los recién graduados acceden al mundo laboral con grandes carencias, fruto obviamente de la escasez de prácticas durante los años de universidad, escasez que subsanan inscribiéndose en Másteres que completan una formación que a mi juicio deberían haber adquirido en la carrera. Así se devalúa el papel del dentista general que es el que establece la relación

con el paciente, le atiende durante toda su vida y es, en última instancia, el que, convenientemente formado y asesorado, decide aquello que le conviene. Es complicado hacer eso desde la posición de un especialista o de un máster de dedicación exclusiva. Existe un cierto paralelismo con la medicina de familia a la que todo el mundo reconoce su papel crucial como eje vertebrador y capital de la relación médico – enfermo. En odontología a veces da la sensación que el generalista solo atiende los restos sobrantes de una asistencia fragmentada por especialidades en general mucho mejor remuneradas. O que se dedica a atender primeras visitas que canaliza hacia los diferentes especialistas para que hagan planes de tratamientos fragmentados. En mi opinión el odontólogo general debería resolver la mayor parte de las demandas de asistencia dental de la población, debería estar formado realmente con las capacidades necesarias para no tener que remitir al especialista, al máster, más que aquellos tratamientos realmente dificultosos técnicamente y que requieren una habilidad manual considerable. Que requieren de un “maestro”. Ciertamente no es esa la dinámica de la formación universitaria en odontología. El continuo goteo de nuevas facultades no hace mas que aumentar el número de colegiados con mas o menos formación teórica pero con una escasa formación práctica. Práctica a la que se accede posteriormente matriculándose en costosas formaciones de posgrado que elevan considerablemente el costo final de la adquisición de un “expertise” mínimo para enfrentarse al ejercicio profesional. Es necesario poner el foco en la formación de grado, aumentando no ya sus conocimientos teóricos sino la realización de prácticas que hoy por hoy son exiguas: implantes, prótesis, ortodoncias, cirugías... Aunque para que hubiera suficiente flujo de pacientes y poder decir que se han realizado tratamientos en todos los campos y en cantidad suficiente, probablemente no deberían seguir creándose facultades de odontología y tampoco proliferando de modo incontrolado las formaciones de posgrado. Creo que en esa búsqueda de la calidad, entendida no como calidad técnica simplemente, el papel del dentista general, el que diagnostica, elabora el plan de tratamiento y acompaña al paciente en su tratamiento es crucial y el recién licenciado debería estar en condiciones de ser quien lo asumiera. Hoy por hoy no es así.

Zirkonzahn®

HAGA CLIC AQUÍ PARA VER LOS COMPONENTES
PARA MÁS DE 140 SISTEMAS DE IMPLANTES



r.zirkonzahn.com/j11

ALTA CALIDAD DE ZIRKONZAHN

COMPONENTES PROTÉSICOS DE IMPLANTES – TODO DE UN MISMO PROVEEDOR
HASTA 30 AÑOS DE GARANTÍA



White Metal Scanmarker

Para registrar digitalmente la posición y la alineación del implante durante el escaneo intraoral o del modelo.

Base de titanio K80 Angled Screw Channel (ASC)

Se puede cortar individualmente y por lo tanto a la longitud del diente, además, está disponible en diferentes alturas de la encía. Dispone de un canal de tornillo ajustable (0°–30°).



Zirkonzahn LOC-Connector

Sistema de fijación a presión para implantes y barras con el fin de sujetar prótesis dentales removibles sobre los implantes.

Zirkonzahn Multi Unit Abutment 17° y 30°

Con ángulo de 17° o 30° y disponibles con dos tipos diferentes de conexión con bloqueo de rotación, que permiten posiciones intermedias.



Base de titanio K85

Se puede cortar individualmente y por lo tanto, se puede adaptar de manera ideal a la longitud específica del diente. Disponible en diferentes alturas de la encía.

***NUEVOS COMPONENTES, MÁS POSIBILIDADES**

¡ZIRKONZAHN ES ABIERTO!

Con el programa gratuito *Zirkonzahn Library Download Center*, los usuarios de *exocad®* y *3Shape* también pueden descargar todos los componentes y utilizarlos en su software de modelado.



r.zirkonzahn.com/l15

Inteligencia Artificial en la salud dental. ¿Qué hay de nuevo?

Almudena Herraiz
Ortodoncista



De la misma manera que sucede en otros sectores, como bien pueden ser las finanzas, el ocio y entretenimiento, la Inteligencia Artificial (IA) está también impulsando el sector salud y en concreto la especialidad de odontología, introduciendo innovación y digitalización para redefinir los procesos de los tratamientos dentales y odontológicos.

Tanto es así que incluso dentro de la **Estrategia Global de Salud Digital (2020-2025)** de la OMS, se tiene como misión mejorar la salud de las personas mediante la incorporación de soluciones digitales estableciendo como principales objetivos estratégicos, involucrar y comprometer la participación de todos los grupos de interés y mejorar la medición, seguimiento, investigación y práctica en Salud Digital.

Si hablamos de salud dental, las nuevas herramientas tecnológicas nos han aportado soluciones diseñadas específicamente para eficientar los procedimientos y, por consecuencia, ofrecer a nuestros pacientes tratamientos más completos y diagnósticos más precisos. Por ejemplo, a día de hoy ya podemos hacer un seguimiento en remoto de los tratamientos de Invisalign gracias a un programa tecnológico y app que, con la ayuda de inteligencia artificial, ofrece datos diarios del nivel de avance en el tratamiento de cada paciente. Nosotros en la clínica utilizamos esta tecnología que además nos permite comunicarnos directamente con el paciente y que éste nos envíe escaneada su boca para una mayor precisión en el análisis de la evolución del tratamiento. Esto antes suponía que el paciente tuviera que pedir cita, acudir a la clínica semanalmente y dedicar mucho tiempo a estas revisiones, además de encontrarnos con problemas o correcciones que se podían haber prevenido con antelación. La tecnología brinda ese plus de comodidad pero sobre todo un resultado más eficiente y controlado.

Como profesionales de la salud, creemos que debemos abrazar estas nuevas tecnologías y aprovechar lo que nos ofrecen para avanzar en el diagnóstico y tratamientos dentales. La data que recoge la inteligencia artificial es muy útil para incluso poder analizar cuál es el perfil medio del paciente en nuestro país e

intercambiar experiencias y aprendizajes con otros profesionales de alrededor del mundo. En una primera etapa, los sistemas basados en la IA de análisis de imágenes nos están permitiendo detectar con mayor precisión afecciones como caries, enfermedades periodontales y esqueléticas, entre otras anomalías, facilitando nuestra labor y brindándonos la capacidad de personalizar aún más, incluso mediante minuciosos modelos 3D, los planes de tratamiento para cada uno de nuestros pacientes.

En el futuro, podemos esperar avances aún más notables en el diagnóstico, tratamiento y planificación de tratamientos dentales. Sin embargo, estas tecnologías se encuentran en constante evolución, por lo que es crucial que odontólogos y pacientes colaboren para garantizar un uso seguro y ético de esta tecnología, siempre garantizando un enfoque responsable y reflexivo para que podamos seguir confiando que la digitalización puede transformar la odontología, ofreciendo una atención más precisa, efectiva y personalizada para todos, pero sin perder el trato personal, la empatía y la relación de confianza que un buen servicio humano genera.



Equipo Ancar Sd-300

Fiabilidad contrastada. Con tecnología Touch Expert



Desde
274€/mes

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

¿Hablamos?

94 453 06 22

antonsl@antonsl.es

274€/mes iva NO incluido. Cuota de renting a 5 años, calculada con una entrada del 20% del importa total y cuota final de 162,95€ (iva incluido). Operación sujeta a aprobación de BNP.

Las cosas de palacio van despacio

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



Ocurrió el pasado día 18 de junio de 2024 en que por fin se publicó la orden ministerial que amplía la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (Orden SND 606/2024, de 13 de junio; BOE Núm. 147) que había sido aprobada en 2021 y preveía un calendario de implantación a partir de diciembre de 2022. Más de dos años de retraso. Sobre esta ampliación ya he dado mi opinión (Números 53 y 56) y, desde luego, bienvenida sea a pesar de sus limitaciones, a pesar de la oportunidad perdida de introducir cambios de calado en la planificación y gestión de los servicios odontológicos que hubiera podido propiciar dicho plan, y a pesar (¡también!) de que para la historia queda escrito en el Plan que lo sustenta, que los tratamientos pulpares son un "...ensañamiento terapéutico... y no son necesarios (sic)". Me pregunto: ¿las AEDE, SEOC o SESPO no tienen nada que decir?

Se da la paradoja de que en esa misma fecha se daba a conocer que el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla es el primer centro en obtener autorización de la Agencia Española del Medicamento para el uso de piel artificial como terapia en grandes quemados. Investigación y terapia de primer nivel en colaboración con la Universidad de Granada, que contrasta con la precariedad y desatención a la salud oral dentro del mismo sistema de salud. Sin embargo, cada día está más demostrada la relación entre la salud general y la salud oral. No hace falta aclarar que ambas situaciones no son equiparables en absoluto, ni en gravedad ni en repercusión sobre la salud y calidad de vida de las personas, pero sirve para ilustrar las diferencias que alberga el sistema. Y todo ello en el contexto de una sanidad pública que retrocede. Según un informe dado a conocer por la Federación para la Defensa de la Sanidad Pública, el sistema sanitario público español empeora y aumentan las diferencias entre las comunidades.

La salud oral de los españoles ha mejorado mucho en las últimas décadas. Lo podemos constatar desde que tenemos datos epidemiológicos registrados y la realidad es incontestable. Así que esta es una idea para la reflexión: la salud dental ha mejorado a pesar de no estar incluida en la cartera de servicios... porque ya sabemos que sus determinantes son otros y que el sistema de salud juega un papel, sin duda importante, pero limitado. ¿Quiere esto decir que los referidos servicios pueden ser prescindibles en el SNS? NO, de ningún modo: en primer lugar porque el sistema debe primar la prevención y segundo porque, una vez perdida la salud y mermada la calidad de vida, estos servicios son necesarios para su recuperación y para el acceso de toda la población sin distinciones de nivel social.

La carga de trabajo odontológico en la segunda mitad del siglo pasado, en el conjunto de la atención dental en España, estaba muy volcada hacia la prótesis en los adultos. No es el momento de discutir por qué esto era así, pero la pérdida de dientes era muy superior a la actual. Los dientes ausentes se han reducido a menos de la mitad desde la encuesta de 1993 y el número de desdentados totales se ha reducido a una cuarta parte (7% vs 31% en 65-74 años). Son varias las razones que explican esta mejoría pero hay un denominador común: la cultura sanitaria dental de la población ha aumentado notablemente. Los avances en la salud oral se sustentan en ello. Lo que se hace necesario es que la sanidad pública incorpore cada vez más prestaciones que alivien la carga de enfermedad de los ciudadanos y, no me cansaré de decirlo, cree una Dirección que sea la responsable de la estrategia a seguir en este campo de la salud.



14-15 NOV '24

Ponentes

Regeneración ósea

David González
Frank Schwarz
Liliana Silva
Luca de Stavola
Frank Zastrow

Tejidos blandos

Gonzalo Blasi
Xavier Mir
David Palombo

Rehabilitación de maxilares atróficos

Mariano del Canto
Vivek Gaur
César Muelas

Cirugía guiada

Luca Comuzzi
Luigi Laino
Nikos Mattheos

Tratamientos multidisciplinares

Henry García
Raquel Guijarro
Montserrat Mercadé
Xavier Rodríguez

TALLERES

Ponentes

Mariano del Canto
Santi Carreras
Raquel Guijarro
Ignacio Mayo

Ponentes

Iñaut Amezaga Fernández
María Baus Domínguez
Natalia Blanch Martín
Juan Carlos Bernabeu
Isidoro Cortell Ballester
Marta García García
José Lacal Luján
Hernán López Sacristán
Gian Maria Ragucci
Alicia Martín Martín
Esther Muñoz Soto
Miguel Padial Molina
Laura Párraga Linares
Juan Francisco Peña Cardelles
María Robles de Acuña Rubio
Verónica Schiavo Di Flaviano
Rebeca Serrano Zamora
Manuel Elvis Valles Iglesias
Gisela Cristina Vianna Camolesi
Francisco Javier Villanueva Arregui

SOCIEDADES INVITADAS



Sociedad Española de Láser y
Fototerapia en Odontología



SOCIEDAD CIENTÍFICA
DE ODONTOLÓGIA
IMPLANTOLÓGICA

APUNTA
EN TU AGENDA
LAS FECHAS
CLAVE

10/09/24
Último día
para enviar tu
comunicación
libre

Aprovecha la
cuota reducida
hasta el
30/09/24

SIMPOSIO
UNIVERSIDADES:
ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA BUCAL,
IMPLANTOLOGÍA Y REGENERACIÓN

www.secibonline.com



Josep Maria Ustrell Académico de número de la Real Academia de Medicina de Cataluña



El Domingo día 2 de junio, tuvo lugar la recepción del doctor Josep Maria Ustrell Torrent como académico numerario de la **“Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya”**, sita en la calle del Carmen número 47 de la ciudad de Barcelona. El acto tuvo lugar en la sala Gimbernat a las 12h. del mediodía.

La mesa presidencial estuvo formada por el Excmo. Sr. Josep Antoni Bombí Latorre, acompañado por el vicepresidente M. Iltre. Sr. Miquel Vilardell Tarrès y el secretario M. Iltre. Sr. Lluís Grande Posa. Los padrinos del recipiendario fueron los M. Iltres. Sres. Josep Carrière Pons y Carles Hervàs Puyal. El discurso de respuesta estuvo a cargo del M. Iltre. Sr. Lluís Guerrero i Sala.

El doctor Ustrell ocupa el sitial número 43, sucediendo al M. Iltre. Sr. Lluís Salleras Sanmartí, y forma parte de la sección de Medicina Social. En esta Real Academia ha habido otros tres médicos estomatólogos: Joan Carol Montfort[†] (1955), Pedro Planas Casanovas[†] (1991) y Josep Carrière Pons -emérito- (2004).

El título escogido para la lectura del discurso de ingreso fue **“El cuidado en salud oral. Investigación histórica y prospectiva”**. Tras los agradecimientos protocolarios, dejó constancia de que este nombramiento como académico numerario significa el honor más relevante de los que ha recibido en su trayectoria académica, asumiendo que conlleva una gran responsabilidad, a la que procurará ser incondicional.

Seguidamente habló sobre los antecedentes históricos, a partir del siglo X, destacando la titulación de *“Mestre Caxaler”*, propia de Cataluña en el siglo XIV. A continuación, hizo un recorrido por las efemérides más destacadas de la odontología hasta llegar a nuestros días, siguiendo una cronología de capítulos: *Largo plazo hasta el siglo XIX, Escuelas de Estomatología y Facultades de Odontología, Cambios en la profesión en el siglo XX, Estrategias para el siglo XXI, Revisión de los estudios. Intento de retorno al concepto de estomatología, Reflexiones éticas en ciencias de la salud e Interacción con los pacientes y responsabilidad profesional.*

Pueden leer el discurso integro en nuestra web. www.odontologosdehoy.com

La *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, es una institución académica creada en 1770 como *Academia Medicopráctica de Barcelona* y presidida por Pedro Güell, que en 1785 recibió el título de Real. Desde 1821 se llamó *Real Academia de Medicina de Barcelona* hasta que en el Pleno municipal del 10 de diciembre de 1991 se acordó cambiar este nombre por el de *Real Academia de Medicina de Cataluña*. Su sede está en Barcelona. Las reales academias nacionales reúnen a los más distinguidos representantes de las diferentes disciplinas para facilitar la investigación y también ejercer como consejeros de los gobiernos y la sociedad.

J. M. Ustrell.

En su larga trayectoria profesional desde que en 1977 finalizara sus estudios de medicina y en 1981 los de estomatología, ha estado vinculado a la docencia y la investigación, Profesor Titular de Universidad, ha sido hasta fechas recientes Vicedecano de Odontología de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona y director facultativo del Hospital Odontológico, actualmente es director científico de la Cátedra UB-Forestadent de Ortodoncia Digital.

Ha publicado **16 libros** (5 de Ortodoncia, 8 de Historia de la Medicina, de la Odontología y Biografías, y 3 de Ética), **10 opúsculos, 63 capítulos de libro y 233 artículos** (39 con factor de impacto. FI promedio 1,5).

Su compromiso internacional le ha llevado a diversos países de Iberoamérica, Francia y Portugal, habiendo dirigido un total de

37 tesis doctorales a alumnos españoles y de Alemania, Brasil, Chile, Ecuador, Egipto y Portugal.

Cofrade Mayor de la Cofradía de Santa Apolonia de Cataluña (1991), Co-fundador de la “Sociedad Española de Odontología Infantil Integrada” (2000) y de la “Academia Española de Estudios Históricos en Estomatología y Odontología” (2012). Presidente de la “Comisión de Salud Bucodental” de la Generalitat de Catalunya (1997-2004), presidente de la “Pierre Fauchard Academy, sección española” (2016), Director del “Museo Odontológico de Cataluña” (1984-2023), Miembro Supernumerario de la “Real Academia Europea de Doctores” (2018) y miembro de las academias: “Medicina Dentaria” de Portugal (2009), “International College of Dentists” (2010), “Brasileira de Odontologia” (2011), “National de Chirurgie Dentaire” de Francia (2013) “American College of Dentists” (2018), “International Academy for Dental Facial Esthetics” de EE.UU. (2019), “Institución del Mérito Humanitario” (2024) y Miembro Numerario de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya”.



EPÍLOGO del discurso del Dr. Ustrell

El estudio de los eventos que tejieron nuestros antepasados nos da una visión larga de una evolución pausada y positiva, tanto a nivel académico como profesional. Somos transmisores de aquella sabiduría y debemos procurar que quienes nos seguirán tengan las bases para una, cada vez mejor, actuación con los enfermos.

Es necesaria, pues, una sensibilidad ética y una apertura emocional por parte de los profesionales, frente a situaciones y hechos que atentan contra los derechos de los usuarios y contra la justicia social.

Nos hemos abierto a un futuro profesional que tendrá que ir encontrando el camino para formar no sólo buenos técnicos sino verdaderos profesionales de las ciencias de la salud, portadores de los valores de empatía, integridad y profesionalismo, porque son más que odontólogos, son cuidadores.

Vistavox



- Volumen de visualización 3D ideal en la forma maxilar Ø130x85mm.
- Ø50x50mm. volumen en resolución 80 o 120 µm
- Alta calidad en 2D y 3D, sensor CIs de alta resolución con tamaño de píxeles de 49,5 µm
- Radiación reducida por volumen anatómicamente adaptado
- VistaSoft: edición de imágenes moderna y ergonómica.
- **Incluye ordenador**
- **Vistasoft IA (Inteligencia artificial)**

¿te atreves?

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



¿Hablamos?

94 453 06 22

antonsl@antonsl.es

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración celebró su congreso



XXIX CONGRESO
SESPO
 25-26 OCT 2024



SESPO

USC
 UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

“Salud oral como parte de un estilo de vida saludable”
SANTIAGO DE COMPOSTELA

SECIB celebra un simposio dentro del XXX Congreso Venezolano de Cirugía Bucomaxilofacial

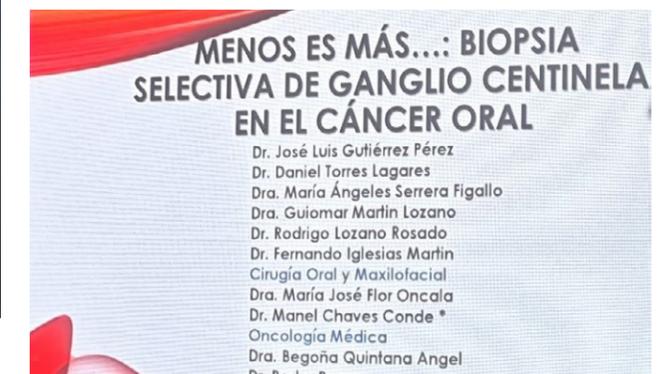
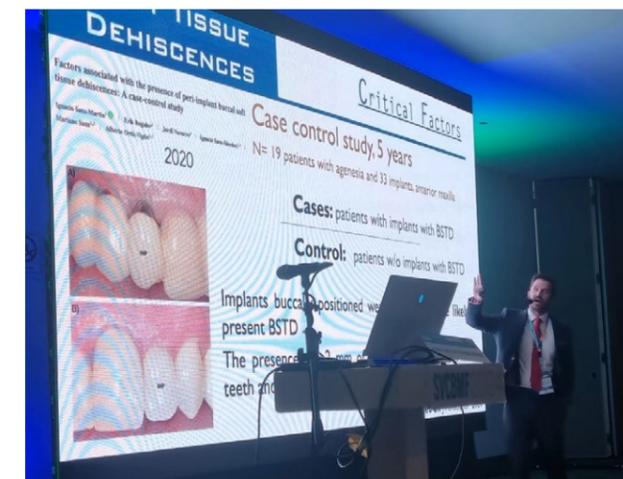
Con José Luis Gutiérrez Pérez y Jerián González como ponentes

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) ha desarrollado un simposio dentro del **XXX Congreso Venezolano de Cirugía Bucomaxilofacial**, celebrado en Isla Margarita entre los días 12 y 14 de junio. Esta colaboración entre SECIB y la Sociedad Venezolana de Cirugía Bucomaxilofacial (SVCBMF) se encuadra dentro de una serie de actuaciones que ambas sociedades tienen el compromiso de llevar a cabo de manera conjunta en los próximos años.

El Simposio SECIB ha tenido como ponentes a los doctores José Luis Gutiérrez, que habló sobre reconstrucción mandibular en osteosarcoma con realidad virtual aumentada, y Jerián González, que abordó el manejo de dehiscencias de tejido blando alrededor de los implantes: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Además, el Simposio contó con la presencia institucional de los doctores Daniel Torres, presidente de SECIB, y José Luis Castro, presidente de la SVCBMF, que ejercieron de moderadores.

El Dr. Daniel Torres ha puesto en valor “la voluntad tanto de SECIB como de SVCBMF de seguir trabajando de manera conjunta en foros internacionales y de reforzar la cooperación en formación online”. Para este último punto se ha designado al Dr. Argemiro Hernández, ex presidente de la SVCBMF y socio numerario de SECIB, como enlace entre ambas instituciones.

En esta línea de cooperación, el Dr. Henry García, próximo presidente de la SVCBMF, estará presente en el XXI Congreso Nacional SECIB, que se celebrará en Girona los días 14 y 15 de noviembre, para impartir una conferencia sobre lipectomía facial (bichectomía) e implantes faciales guiados por *software* de inteligencia artificial.



Discurso de José Manuel Aguirre Urizar, Catedrático Emérito de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea en la Ceremonia de Graduación de la Facultad de Medicina y Enfermería del curso 2023-2024, el 14 de junio de 2024

Buenos días, autoridades, compañeras y compañeros del Claustro, señoras y señores, madres y padres, familiares.

Queridas graduadas y Queridos graduados. Ha llegado el momento de decirnos Zorionak¡¡ Felicitaciones¡¡

Mis primeras palabras en este acto deben ser de agradecimiento, muchas gracias por proponerme como padrino. Para mí es un gran honor ser el padrino de los 565 graduados sanitarios de la Facultad de Medicina y Enfermería. Muchas gracias a las 4 promociones que os graduáis hoy, de Medicina, Enfermería, Fisioterapia y Odontología.

Aunque mi labor docente se ha desarrollado sobre todo en el Grado de Odontología, y antes en Estomatología, quizás algunos os acordéis de mi, al cruzarnos temprano por las mañanas por los interminables pasillos de la Facultad en Leioa, camino del aula o de la clínica.

Llevo más de 50 años en esta institución, primero como alumno y después como profesor, puedo decir que soy más viejo que el Anfiteatro.

Finalmente ha llegado para todos vosotros el día en el que podéis decir: “se acabó”, “ya llegó el día”, “por fin ya terminé”, ya que tras haber estudiado mucho con el objetivo de ser un profesional sanitario, habéis alcanzado la graduación. Por ello, ahora os debería tocar descansar. Lamentablemente tengo que decirnos que para algunos esto no va a ser así, ya que esta graduación continúa con una segunda parte, y aunque ya seáis profesionales sanitarios, os quedan algunas escaleras que subir para finalizar este camino profesional, como la preparación del MIR, la residencia, la especialización, los másteres, el doctorado, etc. No obstante, algunos sí podréis comenzar a ejercer vuestra profesión sanitaria desde mañana directamente, bien en la Sanidad pública y/o en la Sanidad privada.

Aunque parezca un tópico, nuestra profesión sanitaria, que es y debe seguir siendo vocacional, exige que sigamos estudiando, aprendiendo, conociendo, comprendiendo, etc., en resumen, mejorando nuestra actividad de manera continua, sobre todo si uno quiere ser un buen profesional sanitario.

eman ta zabal zazu



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

Cuando supe que era vuestro padrino y que tenía que hablar en esta ceremonia, dudé mucho sobre que hablaros, dando vueltas a diferentes posibilidades. Finalmente decidí hablaros sobre algunos preceptos o mejor, compromisos que tiene la actividad profesional sanitaria, a la que vais a acceder tras esta graduación.

Hoy voy a exponeros algunas reflexiones sobre la actividad profesional sanitaria, que deseo os resulten positivas y motivadoras, y lo voy a hacer siguiendo los principales preceptos que recoge el Juramento Hipocrático, legado clásico del maestro clásico griego Hipócrates, y que, trascurridos 25 siglos, en mi opinión todavía siguen muy vigentes.

El primer precepto al que quiero referirme es general y universal, y señala que el profesional sanitario se compromete a ejercer su actividad sanitaria al servicio de la humanidad, dignamente y con conciencia.

Creo firmemente que nadie puede dudar de que este compromiso es irrenunciable para los profesionales sanitarios. Y si alguno tiene alguna duda, solo debe ver los telediarios que todos los días, desde hace meses, nos muestran los horrores de la guerra de Gaza y la labor humanitaria que realizan muchos compañeros sanitarios, sin medios y poniendo en peligro sus vidas.

El segundo precepto se refiere al compromiso que los sanitarios tenemos para guardar y respetar todo lo que nuestros pacientes nos van a confiar.

En estos tiempos en los que prima la informática, la robótica, la inteligencia artificial, etc. y el negocio, este compromiso corre un grave



De izquierda a derecha: Secretaria Académica de la Facultad, Teniente Alcalde de Bilbao, Consejera de Sanidad, Rectora de la UPV/EHU, Viceconsejero de Universidades, Decano de la Facultad y Padrino.

peligro. En la actualidad, cualquier persona, organismo, institución, etc., puede saber todo sobre nosotros, y no solo el número de nuestro teléfono para bombardearnos con ofertas, sino también nuestros datos personales y sanitarios. Además, en muchos casos cuando no se conocen o no se pueden obtener o comprar, se inventan.

Que esta situación no ocurra en nuestro quehacer profesional es también responsabilidad nuestra, es un compromiso de todos los sanitarios que no debemos olvidar. La confidencialidad con nuestros pacientes es un precepto fundamental en nuestra actividad, es la base de la clásica buena “relación sanitario-enfermo”.

El tercer precepto que quiero resaltar se refiere al compromiso que tenemos de actualizar y compartir nuestros conocimientos sanitarios en beneficio del paciente y del avance del conocimiento en las ciencias sanitarias.

Como he comentado antes, la carrera de un buen profesional sanitario no tiene final, es una carrera continua mientras dura su ejercicio, ya que siempre hay que aprender, estudiar una enfermedad, buscar un remedio, discutir un diagnóstico, validar una técnica, etc.

Además, no debemos olvidar que el conocimiento que posee un profesional sanitario, siempre debe compartirlo. Los sanitarios no podemos ser “egoístas” y guardarnos el conocimiento que

hemos adquirido y/o que otros compañeros nos han enseñado. Alguien se imagina que Alexander Fleming no hubiera compartido el descubrimiento de la penicilina, obtenido de forma casual a partir del hongo *Penicillium notatum*, o que Santiago Ramón y Cajal no hubiera escrito ningún artículo sobre el Sistema Nervioso y su funcionamiento. Como decía Ernesto “Che” Guevara, que fue médico, “el conocimiento nos hace responsables”, a lo que yo quiero añadir, si “pero siempre para hacer el bien”.

Finalmente, el cuarto precepto, que por sí solo justifica la actividad profesional sanitaria, se refiere a la obligación de velar ante todo por la salud de nuestros pacientes, diagnosticando y tratando las enfermedades que puedan padecer.

Aunque este precepto parece incuestionable para un profesional sanitario, en la actualidad, asistimos a una corriente de magnificación del tratamiento, de la terapia, del “hacer algo”, como fundamental actividad profesional sanitaria reconocible y por ello remunerable, lo que considero una actitud muy peligrosa para la profesión sanitaria, ya que lamentablemente en muchos casos es el preludio de la iatrogenia y el sobretratamiento. Por ello, creo firmemente que en la actividad sanitaria actual debemos cambiar el paradigma de “Vivir la profesión sanitaria para tratar” por el de “Vivir la profesión sanitaria para diagnosticar y si es necesario tratar”.

Debemos cambiar el paradigma de “Vivir la profesión sanitaria para tratar” por el de “Vivir la profesión sanitaria para diagnosticar y si es necesario tratar”

Como señalaba el Lain Entralgo: “El profesional sanitario diagnóstica para curar, pero también para saber, y así mismo para descollar socialmente”, a lo que actualmente debemos añadir que también lo debe hacer “para prevenir”.

Creo firmemente que el diagnóstico debe seguir siendo la piedra angular de la actividad sanitaria, la tarea asistencial fundamental y el mayor reto para todos los profesionales sanitarios.

Desde el siglo pasado existen 2 grupos de profesionales sanitarios respecto del mejor o más adecuado proceder para obtener el diagnóstico. Por un lado, están o mejor estamos, los sanitarios “clásicos”, los “tradicionales”, los “antiguos”, que defendemos la historia clínica y la exploración física. Somos los de los síntomas y los signos, los que analizando estos datos tratamos de alcanzar el diagnóstico, si es posible final, y si no lo es, provisional hasta tener más elementos. Y por otro lado están los sanitarios “modernos”, los “maquinas”, los “informáticos”, que defienden la superioridad de las nuevas técnicas diagnósticas: analíticas, imagenológicas, moleculares, etc., y minusvaloran el relato del paciente, la exploración física y el diagnóstico clínico.

Como tantas cosas en la vida, la virtud casi siempre está en el punto medio. Por ello, mi consejo es que creáis en la historia clínica y en la exploración física, y las hagáis siempre, ya que son el eje principal del diagnóstico, y que después de hacerlas y conseguir un diagnóstico “inicial”, os apoyéis para confirmarlo o no en todos los exámenes complementarios que necesitéis, que estén indicados y que, no lo olvidéis, cuenten con la conformidad del paciente.

No debemos olvidar que cuando un paciente acude a nosotros desea saber qué es lo que le pasa, que es lo que está mal y como se puede solucionar. Por ello, deberéis dar a estos interrogantes las mejores respuestas posibles, y no solo volantes y recetas. Vais a comprobar como cada paciente es único e irreplicable y aunque la enfermedad sea la misma, siempre va a mostrar características especiales en cada uno de ellos.

Los que tenemos cierta edad os estamos esperando, esperando que nos ayudéis, esperando que nos diagnosticuéis y que nos tratéis adecuadamente. Por favor ser buenos profesionales sanitarios y si podéis ser los mejores profesionales sanitarios.

Como vuestro padrino estoy seguro de que todas y todos vais a ser unos grandes profesionales sanitarios.

¡Felicitaciones y Muchas gracias!



Javies Sanz Serrulla presenta un nuevo libro, “50 de más de 70”

Editado por la Fundación ASISA

El pasado día 26 de junio fue presentado por Antonio López Vega, María Tormo Rodríguez y M^a Inés López Ibor, En el salón de actos de la Fundación Ortega Marañón de Madrid

Prólogo:

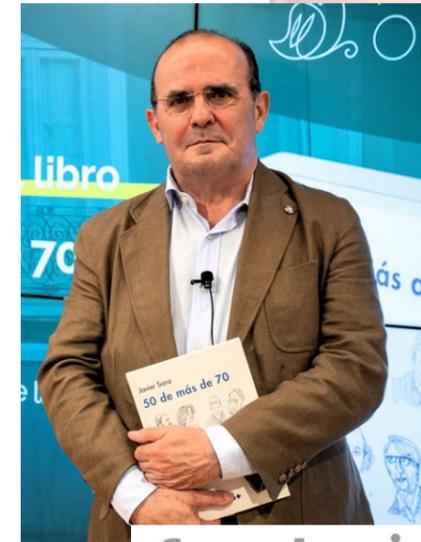
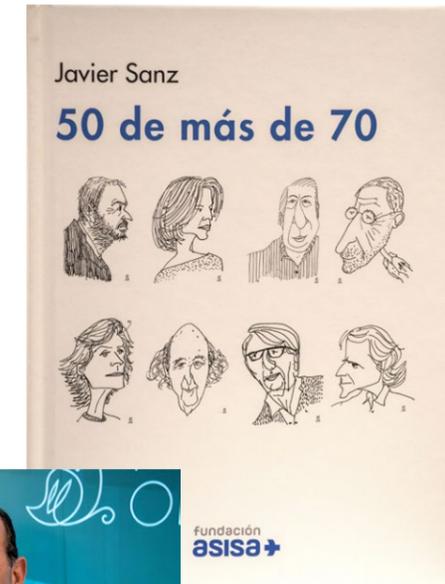
... el libro que tengo el honor de prologar ha sido escrito por el Dr. Sanz Serrulla, gran humanista y académico de número de la Real Academia de Medicina de España. El autor ha sabido recoger, durante muchos años, pensamientos brillantes, agudos, agudos – y no exentos de crítica- de grandes personajes, y los muestra en este libro junto con los dibujos de estos. Al leer las ideas y ver los dibujos, el Dr. Sanz, nos da la oportunidad de intuir la personalidad de todos y cada uno de ellos.

El título del libro lo dice todo, “50 de más de 70”, es toda una declaración de intenciones: valorar el pensamiento con independencia de la edad de quien lo protagoniza. La vida, que cumple el tiempo, de estas brillantes personalidades nos aportan ideas para “cumplir”, también, la de cada uno de nosotros.

Es un libro ameno, fácil de leer, pero que invita a la reflexión y reflejan gran valor, el de, recordando al filósofo Javier Sádaba, respetar el ciclo de la vida.

Felicito al autor ...

Dr. F. Ivorra Miralles
Presidente Fundació ASISA



Sonría por favor

Tenemos todo lo que necesitas para tu clínica dental

CONSUMO

Todo el material de consumo que necesitas para el día a día en tu clínica dental.

APARATOLOGÍA

Las mejores marcas del mercado a tu disposición. Te asesoramos en tus necesidades reales.

WORK FLOW

Expertos en todas las novedades del flujo digital y radiología.

¿Cómo podemos ayudarte?



SERVICIO TÉCNICO

Te ofrecemos un servicio post-venta profesional y de calidad.

formlabs 



Hablamos con
Almudena Rodríguez Fernández

Presidenta Comité Organizador XXIX Congreso SESPO, Santiago de Compostela



Doctora en Odontología por la Universidad de Santiago de Compostela y Graduada en Psicología por la UNED. Actualmente, es Profesora Ayudante Doctora en el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la USC.

XXIX CONGRESO SESPO

SANTIAGO DE COMPOSTELA
25 - 26 OCT 2024



Es mejor prevenir que curar. ¿Los odontólogos están motivados para poner en práctica este dicho?

Siempre, la prevención es la base de los profesionales sanitarios. En estos últimos años la odontología ha cambiado hacia un enfoque preventivo y centrado en el paciente y los odontólogos somos conscientes de que la prevención es básica para lograr el objetivo de pacientes sanos.

¿Los estudiantes de odontología están recibiendo formación suficiente en el área de prevención? ¿Lo asumen después en su práctica diaria?

Creo que sí, por supuesto que nos gustaría disponer de más horas de formación en el grado para poder profundizar en aspectos de la filosofía preventiva y la gestión sanitaria. Con relación a este último, es necesario que los odontólogos formen parte de los equipos de planificación y gestión sanitaria para mejorar la atención odontológica en España. La mayoría de las enfermedades bucodentales son prevenibles con medidas poblacionales de salud pública, además, son básicas para una odontología de calidad.

¿Es la salud bucodental la gran olvidada de las administraciones públicas?

Por supuesto que es la gran olvidada de las administraciones públicas. Hay un artículo publicado en Lancet en 2019 que se titula "Ending the neglect of global oral health: time for radical action", en el que se resalta que este mensaje está tan interiorizado entre

los profesionales y la población que parece que es el principal reto de la odontología, pero no podemos centrarnos en este mensaje. Los datos nos avalan, según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucodentales no tratadas afectan a casi la mitad de la población mundial y el tratamiento de las patologías bucodentales supone un coste muy elevado para las familias. Por ello, es urgente que se destinen más recursos a la salud oral desde las administraciones públicas.

¿Cómo se encuentra estructurada en su facultad la enseñanza de odontología preventiva? ¿Qué actividades realizan?

En la Universidad de Santiago de Compostela la Odontología preventiva se estructura en tres bloques, Riesgos laborales del odontólogo y Educación para la salud bucodental del segundo curso y Odontología preventiva y comunitaria que se imparte en el primer semestre del tercer curso. Los contenidos teóricos se complementan con los programas prácticos, que supone



una parte importante de la carga lectiva de las materias. En las prácticas clínicas, el alumnado aprende a aplicar las medidas preventivas, siguiendo los principios de ergonomía y organización del trabajo clínico y a identificar los factores de riesgo a nivel individual y comunitario de las enfermedades bucodentales.

Han pasado ya más de treinta años desde que se iniciaron los primeros planes de atención dental infantil en el País Vasco y Navarra. ¿Qué opinión merecen para una experta en prevención como usted?

En mi opinión, el PADI ha logrado resultados muy satisfactorios en las Comunidades Autónomas en las que se ha implantado. Creo que es una buena forma de aprovechar los recursos disponibles, aunque también considero que la administración debería revisar la compensación económica que reciben los dentistas adscritos, para que permita prestar más servicios acordes con los avances en la odontología.

¿La llamada tercera edad sigue siendo la olvidada de la administración en materia de salud bucal, qué necesidades inmediatas proponen desde su sociedad?

En la SESPO, consideramos que la salud bucal de la tercera edad ha sido históricamente una asignatura pendiente para la administración. Las personas mayores a menudo presentan ne-

“En mi opinión, el PADI ha logrado resultados muy satisfactorios en las Comunidades Autónomas en las que se ha implantado. Creo que es una buena forma de aprovechar los recursos disponibles...”

cesidades específicas, como la gestión de enfermedades periodontales, el cuidado de prótesis y la prevención de caries radiculares. Proponemos la implementación de programas de atención bucodental específicos para este grupo, que incluyan revisiones periódicas, educación en higiene oral y acceso a tratamientos restaurativos y preventivos asequibles. También es crucial la formación continua de los profesionales de la salud en el manejo de pacientes geriátricos y la integración de la salud bucal en los planes de cuidado general de la tercera edad

¿En su opinión, los planes hoy existentes, cubren expectativas de salud acordes con los avances de nuestra sociedad en otras áreas?

Aunque se han realizado avances significativos en la atención bucodental en España, todavía existen brechas importantes. Los planes actuales no siempre reflejan los avances en tecnología dental y la creciente evidencia sobre la importancia de la salud oral para el bienestar general. Es necesario actualizar los programas para incluir tecnologías de diagnóstico precoz, tratamientos mínimamente invasivos y enfoques preventivos más integrales. Además, es fundamental asegurar la equidad en el acceso a estos servicios, independientemente de la situación socioeconómica de los pacientes.

¿Sigue siendo la caries el primer problema en salud dental? ¿Qué actuaciones nos faltan por implementar?

La caries sigue siendo uno de los principales problemas de salud dental, especialmente en la población infantil. Para abordar este problema, necesitamos fortalecer los programas de prevención. También es esencial promover la educación en higiene oral desde temprana edad y aumentar el acceso a chequeos regulares. Es fundamental que los programas de salud bucal estén integrados con otras iniciativas de salud pública para abordar factores de riesgo comunes, como la dieta y el acceso a alimentos saludables. En este sentido surge la Alianza por un futuro libre de

En mi opinión, lo primero que debemos hacer los odontólogos es escuchar a nuestros pacientes, una historia clínica completa nos ayudará a identificar todos los factores de riesgo

caries con el objetivo de que los niños nacidos a partir de 2026 permanezcan libres de caries durante toda su vida.

¿Qué factores de riesgo debe tener presentes el odontólogo en su trabajo diario?

En mi opinión, lo primero que debemos hacer los odontólogos es escuchar a nuestros pacientes, una historia clínica completa nos ayudará a identificar todos los factores de riesgo. No podemos centrarnos solo en los factores de riesgo individuales y es importante afrontar los determinantes sociales y comerciales de las enfermedades bucodentales.

El reconocimiento de especialidades en odontología es una aspiración y un debate permanente sin final ¿Opina usted que la especialidad de odontología preventiva es necesaria? ¿Qué área debería abarcar?

La especialidad de odontología preventiva es absolutamente necesaria. Debería abarcar áreas como la promoción de la salud oral, la prevención de enfermedades bucales, la educación en higiene dental, la atención primaria y comunitaria, y sobre todo en la implementación de políticas de salud pública y en la investigación en odontología comunitaria y epidemiología de las enfermedades orales. Los especialistas en odontología preventiva pueden desempeñar un papel crucial en la reducción de la incidencia de enfermedades bucales y en la mejora de la salud general de la población.

Se sigue poniendo al frente de los planes de atención dental en las administraciones públicas a profesionales médicos no odontólogos o estomatólogos. ¿Cree que una especialización en odontología preventiva sería la adecuada para dirigir estos programas?

Sí, creemos que una especialización en odontología preventiva sería ideal para dirigir programas de atención dental en las administraciones públicas. Estos especialistas tienen una for-

mación específica en la prevención de enfermedades bucales y en la promoción de la salud oral, lo que les permite diseñar e implementar programas más efectivos y basados en la evidencia. Además, su enfoque integral y preventivo es crucial para abordar los problemas de salud bucal de manera más eficiente y sostenible

Desde su punto de vista como profesora de universidad, ¿cómo valora el papel de la universidad pública en la formación de nuevos profesionales?

Las universidades tienen ante sí el reto de formar en sus aulas a profesionales con capacidades analítica y crítica, versados en el ejercicio práctico de su profesión, con competencias ya desarrolladas en el momento de su graduación y deben de ser un elemento fundamental para el futuro de cualquier sociedad que quiere progresar. La universidad pública desempeña un papel fundamental en la formación de nuevos profesionales de la salud bucal. Ofrece una educación accesible y de calidad, fomenta la investigación y el pensamiento crítico, y prepara a los estudiantes para enfrentar los desafíos de la práctica clínica y la salud pública. Además, la universidad pública tiene la responsabilidad de formar profesionales comprometidos con la equidad y la justicia social, capaces de trabajar en diversas comunidades y contextos. Es esencial que se sigan fortaleciendo los programas académicos, la formación práctica y las oportunidades de investigación para garantizar que los futuros odontólogos estén bien preparados para contribuir al bienestar de la sociedad.



Los próximos días 25 y 26 de octubre se celebra en Santiago de Compostela el XXIX Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. ¿Qué nos puede destacar de este congreso?

El lema del congreso es "Salud Oral como parte de un estilo de vida saludable" e incluye una variedad de conferencias, talleres y sesiones interactivas que abordarán temas de vanguardia en odontología. Se tratarán temas relacionados con la atención integral de la salud bucodental centrada en la persona. Destacaré las sesiones dedicadas a la investigación y a la promoción de estilos de vida saludables como la actividad física o los hábitos saludables relacionados con la alimentación y el uso responsable de medicamentos.

¿Cómo valora el nivel de los estudios de salud pública que se desarrollan en España? ¿Tenemos buenos profesionales en esta área?

Respecto a la formación en salud pública son los programas de posgrado y los Máster de Salud Pública los que constituyen la puerta de entrada para las personas que desean iniciar una carrera profesional en salud pública. Esto permite que graduados de diferentes currículos compartan un aprendizaje común, facilitando el trabajo en equipo en las futuras tareas multidisciplinares de la salud pública y aportando un gran valor a esta

"Actualmente, mi actividad investigadora se centra en la mejora de la calidad de las prescripciones de antibióticos en odontología"

disciplina y permiten aportar soluciones desde una óptica de "One Health". Es necesario definir contenidos y competencias comunes que permitan compartir un mismo marco conceptual y metodológico.

No tengo ninguna duda sobre los buenos profesionales que desempeñan su trabajo en nuestro país en salud pública.

¿Qué le pediría a la administración pública para la salud bucodental? ¿Y a la Universidad?

A la administración pública le pediría más recursos económicos y que integren a los odontólogos con formación en planificación y gestión sanitaria en el diseño de políticas sanitarias. La salud oral es una parte integrante de la salud general y no puede gestionarse de manera independiente. Y a la Universidad de Santiago de Compostela le pediría que en el futuro plan de estudios del Grado de Odontología, la materia de Odontología preventiva y comunitaria, recupere el carácter anual, para mejorar la formación de los futuros egresados en prevención y promoción de la salud

¿Qué proyecto tiene a la vista en este momento? ¿Y qué proyecto le gustaría poner en marcha?

Actualmente, mi actividad investigadora se centra en la mejora de la calidad de las prescripciones de antibióticos en odontología. A través de diferentes metodologías hemos identificado factores modificables que influyen en la prescripción de antibióticos de los odontólogos, entre lo que destacan el miedo, la complacencia o el beneficio económico. El siguiente proyecto es diseñar e implementar estrategias educativas dirigidas a estos factores, con el objetivo de reducir el porcentaje de prescripciones inadecuadas y contribuir a la lucha frente a las resistencias bacterianas.

XXIX CONGRESO
SESPO

SANTIAGO DE COMPOSTELA
25 - 26 OCT 2024



La Medicina Dental del Sueño: un nuevo horizonte para tu práctica clínica

José Xabier Arévalo Varela
Odontólogo.

Experto en Medicina Dental del Sueño FEMDES-SEMDES
Máster en Trastornos del Sueño para Médicos y Odontólogos UPV-UIRMI
Apasionado de la Salud. www.clinicaprinon.com



La Medicina Dental del Sueño (MDS) es una disciplina emergente que cada vez cobra más relevancia en el campo de la odontología. A medida que se profundiza en la relación entre los trastornos del sueño y la salud general, se hace evidente que los odontólogos jugamos un papel crucial en la identificación y tratamiento de condiciones como el ronquido y la apnea obstructiva del sueño (AOS). Este artículo tiene como objetivo informar y motivar a las compañeras y compañeros a formarse en MDS, subrayando la responsabilidad que tenemos en este ámbito.

Relación de la AOS y Ronquido con la Salud General del Paciente Odontológico

Según la "Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, Tercera Edición - Revisión del texto" (ICSD-3-TR) publicada en 2024 Existen alrededor de 60 trastornos del sueño, los odontólogos formados en medicina dental del sueño, junto con otras 15 especialidades médicas, colaboramos tratando los Trastornos Respiratorios del Sueño en específico el Ronquido y la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) que se ha calculado que afecta a la mitad de la población mundial¹.

El Ronquido

El ronquido es un sonido resultante de la vibración de los tejidos blandos en la parte posterior de la garganta. Es bastante frecuente y ocurre en aproximadamente el 57% de los hombres y el 40% de las mujeres; la prevalencia aumenta con la edad. Roncan más los hombres que las mujeres, pero debemos saber que esta diferencia disminuye con la menopausia por la reducción del efecto protector de las hormonas, estrógenos y progesterona, que contribuyen a fortalecer los músculos de la VAS, facilitando una mejor respiración².

Aunque muchas veces se considera una molestia, el ronquido puede ser un signo que indique una posible AOS, esto cobra más importancia en la población pediátrica. También sabemos que puede afectar la calidad de vida y de sueño, tanto de nuestro paciente roncador como la de su compañera/o de cama, pudiendo causar tensiones en las relaciones personales por la interrupción del sueño compartido. Estudios concluyen en que el ronquido habitual se asocia con un aumento del grosor de la íntima-media

de la arteria carótida, indicando un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular³.

Una actitud clínica proactiva y bien informada ante el ronquido habitual puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones más serias asociadas con los trastornos respiratorios del sueño.

La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS)

La AOS es un trastorno en el cual la respiración se detiene y se reinicia repetidamente durante el sueño debido a la obstrucción de la VAS, esta obstrucción puede ser parcial (Hipoapnea) o total (Apnea). Este problema puede provocar fragmentación del sueño, hipoxia intermitente y una serie de problemas de salud sistémicos como hipertensión, enfermedades cardiovasculares y diabetes y es un factor contribuyente clave en la hipertensión vascular refractaria (Ver Tabla 1).

Es importante mencionar los estudios demuestran que existe una prevalencia concurrente entre Bruxismo y la AOS, se ha descrito que entre un 30%-50% de los pacientes con AOS presentan bruxismo. Una teoría sobre el mecanismo fisiopatológico que justifique esta asociación es el de la Respuesta Protectora: El bruxismo puede actuar como una respuesta protectora para restablecer la permeabilidad de las vías respiratorias superiores al mover la mandíbula y la lengua, lo que podría ayudar a abrir las vías respiratorias y mejorar la ventilación⁵.

Importancia del Odontólogo en la detección y tratamiento del AOS.

Los odontólogos, al estudiar la anatomía oral, incluyendo el desarrollo y la función de esta, junto con nuestro conocimiento sobre el bruxismo, estamos en una posición privilegiada para detectar signos tempranos de apnea obstructiva del sueño (AOS). El ronquido y la AOS son problemas de salud que involucran estructuras y funciones de la cavidad oral, siendo uno de los principales mecanismos fisiopatológicos de la AOS el colapso de las vías respiratorias superiores (VAS).

En la cavidad oral y la orofaringe concurren los factores anatómicos que mayormente contribuyen a este colapso de la VAS

Problema de Salud	Asociación con AOS y Ronquido
Hipertensión	AOS aumenta el riesgo de hipertensión debido a los episodios repetidos de hipoxia e interrupción del sueño
Enfermedades Cardiovasculares	Incrementa el riesgo de enfermedades cardíacas, incluyendo infartos de miocardio y arritmias
Accidentes Cerebrovasculares (ACV)	La AOS está asociada con un mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares debido a los cambios en la presión arterial y la hipoxia
Diabetes Tipo 2	AOS contribuye a la resistencia a la insulina y al descontrol glucémico, incrementando el riesgo de diabetes
Obesidad	La obesidad es tanto un factor de riesgo como una consecuencia de la AOS debido a la alteración del metabolismo y la secreción de hormonas
Depresión y Ansiedad	AOS y el ronquido crónico afectan negativamente la salud mental, incrementando los síntomas de depresión y ansiedad
Problemas Cognitivos	La fragmentación del sueño y la hipoxia pueden llevar a déficits en la memoria, concentración y rendimiento cognitivo
Síndrome Metabólico	AOS está asociado con el síndrome metabólico, un conjunto de condiciones que aumentan el riesgo de enfermedades cardíacas y diabetes
Accidentes Laborales y de Tráfico	La somnolencia diurna excesiva causada por la AOS incrementa el riesgo de accidentes en el trabajo y en la conducción
Problemas Respiratorios	La AOS puede empeorar enfermedades respiratorias preexistentes, como el asma y la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)

Tabla 1. Relación de los problemas de salud asociados con la apnea obstructiva del sueño (AOS) y el ronquido⁴.

tales como un paladar duro estrecho, un paladar blando largo, amígdalas hipertrofiadas, una lengua grande en relación con las estructuras óseas estrechas y retruidas que pueden estrechar estas vías, aumentando el riesgo de obstrucción⁶.

A nivel funcional la actividad de los músculos dilatadores de las VAS, como el músculo geniogloso, disminuye durante el sueño, contribuyendo al colapso de las vías respiratorias. El geniogloso es el principal músculo dilatador de la VAS, y su función es crucial para mantener la vía aérea abierta.

Los odontólogos pueden detectar signos importantes como el ronquido y el bruxismo nocturno, que están asociados con la AOS. A través de la ortodoncia, podemos intervenir para aumentar el tamaño y direccionar el crecimiento del paladar y la man-

díbula, así como otras estructuras anatómicas orofaciales, tanto duras como blandas, que influyen directamente en las dimensiones de la VAS, especialmente a nivel de la orofaringe y la base de la cavidad nasal. Esta capacidad de modificar las estructuras orales nos permite no solo identificar, sino también tratar eficazmente las condiciones que predisponen a la AOS⁷.

La Relación entre el Sueño y la Salud Bucal

Como hemos visto el bruxismo está asociado al AOS y podemos fácilmente imaginar como esto puede influir en la disfunción de la articulación temporomandibular (DTM), pero algo que pasa generalmente desapercibido y que tiene una gran influencia en nuestra salud oral es la respiración bucal, tanto la nocturna como diurna. La boca no está diseñada para respirar de manera continua y crónica, aunque puede y debe hacerlo en situaciones muy específicas. La respiración oral, como la del roncador, puede causar sequedad bucal (xerostomía) que contribuye a desecación de las mucosas orales y de la orofaringe, así como alteraciones en el microbiota oral facilitando así la aparición de la caries dental, la halitosis, aumento de infecciones e irritaciones a nivel de amígdalas y orofaringe, las úlceras bucales y la enfermedad periodontal sin olvidar su implicación en el patrón de crecimiento orofacial y la maloclusión^{8,9}.

Responsabilidad del Odontólogo en la Medicina Dental del Sueño

Los odontólogos tenemos la responsabilidad de formarnos en medicina dental del sueño por varias razones. En primer lugar, la detección e intervención temprana puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes. La intervención temprana podría significar la corrección de hábitos nocivos para el crecimiento orofacial como la respiración oral y la deglución atípica. En segundo lugar, los odontólogos podemos ofrecer tratamientos efectivos como los dispositivos de avance mandibular (DAM), que son una alternativa eficaz para muchos pacientes que no toleran la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). Siempre en colaboración y constante comunicación con nuestros compañeros médicos especialistas en Medicina del Sueño que son los encargados de diagnosticar la AOS e indicar un DAM en el caso de que este sea la mejor opción. Según el Documento Internacional de Consenso sobre Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) elaborado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), los Dispositivos de Avance Mandibular (DAM) se consideran tratamiento de primera elección en ciertas situaciones específicas (Ver Tabla 2).

Dispositivos de Avance Mandibular (DAM)

Los DAM son aparatos que reposicionan la mandíbula inferior hacia adelante, lo cual ayuda a mantener la vía aérea superior abierta durante el sueño. Estos dispositivos son personalizados y ajustables, y han demostrado ser efectivos en la reducción de los síntomas de AOS en muchos pacientes.

Caso Clínico	Indicación del DAM
AOS leve a moderado	Indicado como tratamiento de primera elección si el paciente no tolera CPAP.
AOS en pacientes con intolerancia a CPAP	Indicado para pacientes que no pueden utilizar CPAP de manera efectiva.
Ronquido primario	Indicado como tratamiento principal para reducir el ronquido sin presencia de AOS.
AOS posicional	Indicado en casos donde la apnea es predominantemente en posición supina.
Pacientes con bajo riesgo cardiovascular	Preferencia de DAM sobre CPAP en ausencia de comorbilidades cardiovasculares severas.

Tabla 2. Consenso SEPAR (DAM) son el tratamiento de primera elección en los siguientes casos de apnea obstructiva del sueño (AOS) y ronquido¹⁰.

Pasos para Iniciarse en la Odontología del Sueño

1. Preguntar

Todo estudio inicia con una pregunta. Te recomendamos que les preguntes a tus pacientes ¿Que tal duermen? ¿Roncan? ¿Tienes boca seca por la noche o la mañana? ¿Te sientes somnolienta/e o cansada/e durante el día? Te sorprenderán tanto sus respuestas como el volumen del paciente con problemas de sueño.

También puedes preguntar a un colega experto en Medicina dental del sueño, La comunidad del sueño es sumamente abierta y seguro que te ayudara en lo que necesitas.

2. Asistir a congresos

Hoy en día hay muchas sociedades profesionales como las de ortodoncia, dolor orofacial, medicina oral y prótesis por ejemplo que ofrecen conferencias que tratan de la relación de su especialidad con la medicina dental del sueño, apúntate a esas conferencias cuando asistas a eso eventos. La Sociedad Española de Medicina Dental del Sueño (SEMDES) centra todas las conferencias del

evento al sueño, por ejemplo, este año se celebrará el VI congreso SEMDES Barcelona 2024 el 22 y 23 de noviembre que se hará en conjunto con la European Academy of Dental Sleep Medicine (EADSM), es una excelente oportunidad para formarte.

3. Formación y Educación

Hay muchos cursos y programas de formación presenciales y en línea que pueden proporcionar una base teórica y práctica. Por ejemplo, en España, SEMDES ofrece cursos y examen de certificación como Experto en Medicina Dental del Sueño, avalado por Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño (FEMDES). Así mismo podrás encontrar oferta formativa en instituciones Universitarias y no podemos olvidar los esfuerzos de formación que ofrece la industria para formar a los odontólogos en sus productos.

4. Educación al Paciente

Educar a los pacientes sobre la importancia del sueño y los riesgos asociados con los trastornos del sueño es vital. Los odontólogos debemos ser capaces de explicar claramente los beneficios de los tratamientos y motivar a los pacientes a adherirse a las recomendaciones.

Conclusión

La medicina dental del sueño ofrece una oportunidad única para los odontólogos de expandir su práctica y mejorar la salud general de nuestros pacientes. Al formarse en esta disciplina, los odontólogos no solo podemos tratar eficazmente condiciones como el ronquido y la apnea obstructiva del sueño, sino que también podemos desempeñar un papel crucial en la prevención de problemas de salud más graves. Es una responsabilidad y una oportunidad que no deben pasar por alto.

Formarse en Medicina dental del sueño es un paso hacia adelante en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes y nuestro avance profesional. La intersección entre el sueño y la salud bucal es un área de creciente importancia, y aquellos odontólogos que se especialicen en este campo estarán a la vanguardia de una nueva era en la atención dental.

1. American Association of Sleep Medicine (AASM)
2. Young, T., Palta, M., Dempsey, J., Skatrud, J., Weber, S., & Badr, S. (1993). The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *The New England Journal of Medicine*, 328(17), 1230–1235. <https://doi.org/10.1056/NEJM199304293281704>
3. Deeb R, Judge P, Peterson E, Lin JC, Yaremchuk K. Snoring and carotid artery intima-media thickness. *Laryngoscope*. 2014;124(6):1486-1491. doi:10.1002/lary.24527
4. Chen, W., Li, Y., Guo, L., Zhang, C., & Tang, S. (2021). An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational investigations of obstructive sleep apnea and health outcomes. *Sleep & Breathing = Schlaf & Atmung*, 26, 167-188.
5. Jokubauskas, L., & Baltrušaityte, A. (2017). Relationship between obstructive sleep apnoea syndrome and sleep bruxism: a systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 44, 144–153.
6. Thuler, E.R., Rabelo, F.A., Yui, M.S., Tominaga, Q., Santos, V., & Arap, S.S. (2021). Correlation between the transverse dimension of the maxilla, upper airway obstructive site and OSA severity. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*.
7. Alotaibi, N., Alkhamees, A., & Bilal, R. (2019). The Role of Orthodontics in the Management of Obstructive Sleep Apnea OSA in Children: Systematic Review.
8. Ramirez-Yañez, G.O. (2023). Mouth Breathing: Understanding the Pathophysiology of an oral habit and its consequences. *Medical Research Archives*.
9. Jiménez, E.L., Barrios, R., Calvo, J.C., de la Rosa, M., Campillo, J.S., Bayona, J.C., & Bravo, M. (2017). Association of oral breathing with dental malocclusions and general health in children. *Minerva pediatria*, 69 3, 188-193.
10. Mediano, O., González Mangado, N., Montserrat, et al Spanish Sleep Network (2022). International Consensus Document on Obstructive Sleep Apnea. Documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño. *Archivos de bronconeumología*, 58(1), 52–68. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.017>

+VII CONGRESO NACIONAL
de la Sociedad Española de
Medicina Dental del Sueño
**Reunión anual de la European
Academy of Dental Sleep Medicine**

22
23
2024
noviembre



E A D S M
EUROPEAN ACADEMY
OF DENTAL SLEEP MEDICINE

Save
the
date

Barcelona

Hotel SB Icaria



Ciencia y salud

ODONTÓLOGOS de hoy



TE LO PERDISTE ... TE LO CONTAMOS

Crónica del Dr. Andoni de Juan Galindez

WEBINAR
SECIB

PONENTE
Dr. David Saura

Martes 21 Mayo 2024 - 21h.

Manejo de
grandes atrofias
en el sector
estético



“Manejo de grandes atrofias en el sector estético.
Abordaje sencillo de las atrofias severas en el sector estético”

Presentado por el **Dr. Daniel Torres**, presidente de SECIB, el **Dr. David Saura** acometió en el ciclo on-line de **Formación SECIB** uno de los temas más delicados en cirugía en cuanto a implantología se refiere.

David Saura es licenciado en Odontología por la Universidad “Alfonso X el sabio” de Madrid, profesor del máster de Periodoncia e implantes de la **Universidad de Zaragoza**. Universidad donde hizo el doctorado. Se define como un profesor que le gusta enseñar y se define como “*un clínico*”.

de **D. Buser**. Con el objetivo que nos lleve a definir lo que vamos a poder predecir que vamos a poder conseguir. Lo que él llama “**Control de las expectativas clínicas**”. Donde hay que tener en cuenta todo el entorno que nos movemos y las particularidades específicas y generales de cada paciente. Siendo esto la clave del éxito del tratamiento.

Así fue desgranado distintos casos en los que mostro dicha estrategia.

NYU DENTISTRY **Universidad Zaragoza**

- Doctor en medicina. Universidad de Zaragoza
- Licenciado en Odontología. Universidad Alfonso X el sabio. Madrid
- Master en cirugía oral e Implantología. New York University College of dentistry. USA
- Postgrado en periodoncia y cirugía mucogingival. Hospital San Rafael. Madrid
- Master en Investigación en Medicina. Universidad de Zaragoza
- Profesor Master periodoncia e implantología. Universidad de Zaragoza
- Director The Spot Study Club Zaragoza

david_saura_dds drosaura@gmail.com

Considera que en el manejo de estas situaciones, la estrategia adecuada en la rehabilitación es planificarla y ejecutarla “**de fuera a dentro**”. Priorizando ir regenerando e ir temporizando la regeneración desde el tejido blando “cobertor”, en relación con el adecuamiento y cicatrización de las partes blandas... Empezando por analizar cada caso específicamente, valorando ante lo que nos enfrentamos de forma lo más holística posible. Por supuesto que aplicando en este análisis las distintas clasificaciones de los defectos que existen en la literatura y según nuestras preferencias ... empezando por la clasificación clásica

Plan tratamiento

- Exodoncia L. **regeneración**
- tiempo de cicatrización 6 semanas **regeneración**
- tiempo de maduración 20 semanas **regeneración**
- colocación **regeneración**
- tiempo de osteointegración 10 semanas **regeneración**
- fase **regeneración**

Ante las distintas situaciones, entre regenerar o preservar, en general prefiere preservar y ello implica la inserción precoz de los implantes. Pero siempre que se consiga la estabilidad apical de los mismos y que los tejidos blandos estén en condiciones.

Siempre que se inserte un implante en zona óseo-regenerada previamente, recomienda proteger la zona regenerada con nueva regeneración ósea adicional, que define como de refuerzo. Esto es muy interesante, considera que no debemos conformarnos con lo conseguido en la primera regeneración porque, aunque hayamos esperado el tiempo suficiente de maduración de esta, con el tiempo va a tender a perder volumen. Se considera que

se pierde hasta un 20% de lo conseguido, por ello en la segunda intervención para la inserción del implante en diferido, vuelve a añadir injerto óseo sobre todo en la porción de tabla externa como "refuerzo".

Recomienda ir trabajando las partes blandas en los procesos de cicatrización y osteo-integración, usando la provisionalización para ir generando tejidos blandos favorables con pónicos que vayan dando forma a los tejidos.

Defiende que la técnica de **"Restauración dentoalveolar inmediata" (IDR)**, descrita por el **Dr. M da Rosa**, como la más adecuada para acometer de forma sencilla y predecible los retos de rehabilitación en atrofia o riesgo de estas, en estos sectores anteriores. El fundamento es, una vez analizado el caso, mantener el nivel gingival y la arquitectura ósea al máximo. Es decir, no diferir el proceso en fase aguda haciendo las extracciones que se requieran y dejando que cicatrice de forma espontánea, para luego acometer la regeneración. Si no que actuar ya de forma inmediata, **"más vale preservar que tener que regenerar"**, es decir, insertando el implante de forma inmediata... Lo considera más predecible. Evita tener que regenerar porque consigue que no se pierda tanto el nivel gingival y la arquitectura alveolar... Recomendable siempre que consideremos que vamos a conseguir estabilidad apical del implante. Clave es reconstruir de fuera a dentro, que significa que en el fresado del lecho para el implante y en vez de insertar el implante y luego rellenar el "gap"... Dejando la fresa "piloto" posicionada, primero coloca el injerto de tejido conectivo en la zona vestibular de partes blandas, luego el injerto de tejido óseo con mezcla de tejido óseo autólogo y xenoinjerto. Por último, quitando la fresa piloto en el **"pseudo alveolo neoformado"**, inserta el implante seleccionado. Siendo clave "infra fresar" en anchura, para conseguir la estabilidad deseada. Esto además hará un efecto de "condensador roscado" cuando se inserta el implante. Todo ello se termina con una prótesis o corona inmediata con los perfiles adecuados, que dará soporte a los tejidos blandos en la cicatrización.



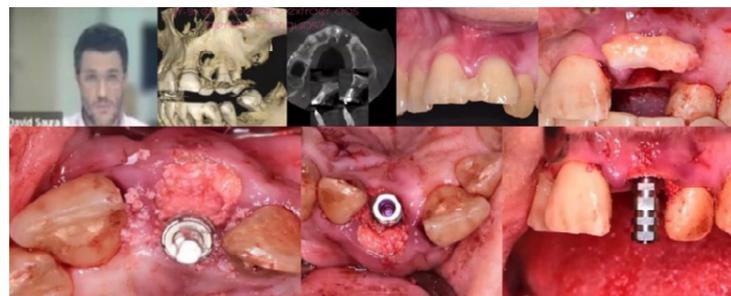
¿Dónde está el límite de esta técnica?

Considera que es importante las particularidades y subjetividades de cada paciente. Y como hemos dicho requiere un exhaustivo estudio y planificación para llegar al "control de las expectativas clínicas", tanto con relación a la capacidad individual del profesional como a las expectativas del paciente y sus circunstancias. En el uso de material para regeneración ósea recomienda uso de tejido autólogo en mayor proporción, aun usando xenoinjerto, mezclándolo.

"2 stage approach"

La estrategia de acometer situaciones más complejas, en cuanto interesa a varios dientes. La clave está en individualizar cada caso y simplificar acometiendo la IDR por tramos individualizando cada diente. Acometiendo secuencialmente la preservación, técnica que llama **"2 stage approach"**.

Empezando por el diente más afectado e ir consiguiendo que la capacidad regenerativa juegue a favor. Sería una técnica en dos estadios para rehabilitar dos dientes contiguos, el truco está en mantener el hueso interproximal que haya, como sea. Primero se acomete la rehabilitación de uno, cuando se ha conseguido osteo-integración del implante en el primero con provisionalización durante 6 o 8 semanas, se extrae el otro diente y se rehabilita también hasta provisionalización, dejando ahí que maduren ambos el tiempo necesario.



Si ya no tenemos diente o ha habido un tratamiento previo fallido

Propone hacerlo en tres fases.

Primero eliminar lo que hay que eliminar, aquí ya no se puede preservar, habrá que regenerar. En el caso que presento de un fracaso de una rehabilitación sin éxito de un central con un implante, lo primero es eliminar dicha rehabilitación aprovechando en este momento para ir mejorando los tejidos blandos con injertos (Step 1).



Se espera a maduración de los tejidos y se realizará la primera regeneración ósea (step 2).



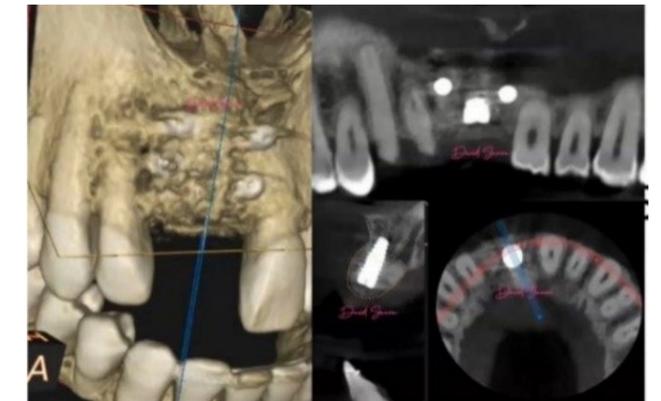
Se espera a maduración entre 6 a 10 meses dependiendo del material de osteo-regeneración elegido y realiza la inserción del implante en la posición adecuada, recomendando el uso de guías quirúrgicas orientativas, volviendo a regenerar para proteger la regeneración previa (Step 3).

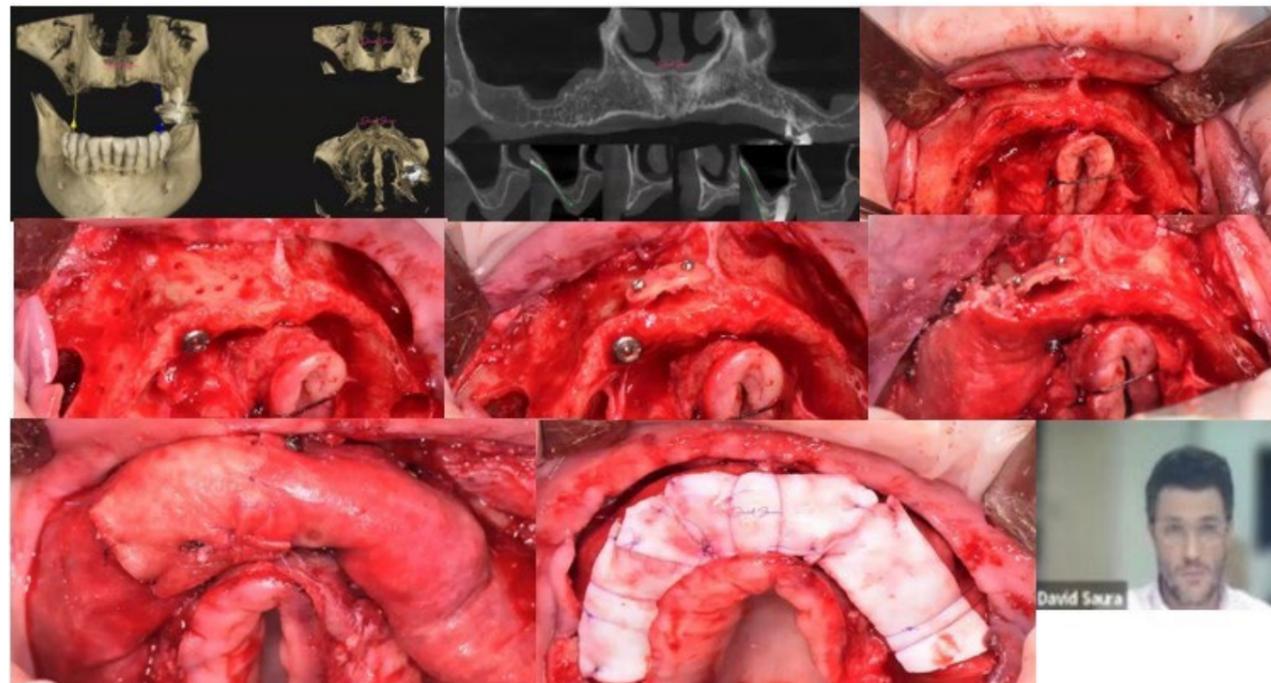


Tras el tiempo de osteointegración, todavía nos quedará mejorar los tejidos blandos de soporte que será la garantía de mantenimiento en salud de lo realizado, regenerando una banda encía insertada suficiente, acometiendo técnicas de vestibulo plastia para mejora de las condiciones que hayamos podido perder en todo el proceso. Presentó una técnica de desplazamiento de injerto hacia coronal cubriendo el defecto en apical con una membrana de colágeno (Step 4).

No olvidando mejorar los perfiles de emergencia manejando la provisionalización. La clave en todo está también en respetar los tiempos biológicos. En la mejora y diseño de los perfiles gingivales, recomendó el uso del bisturí eléctrico como una herramienta muy útil.

Por último, presento también un caso de atrofia severa maxilar por ausencia total de dientes anteriores. Donde según David, la





clave está en adaptarse al medio, aprovechar el entorno y crear un entorno favorable para anclar los implantes. Sin olvidar las partes blandas, usando la "periostoplastia" para eliminar tensión en los colgajos.

Se recomienda crear entorno biomecánicamente favorable para conseguir que todo lo injertado en la ROG se convierta en tejido óseo autólogo del paciente, siendo fundamental dar tiempo a que ocurra.

Considera apropiado en el mismo tiempo de regeneración de partes duras, regenerar a la vez las partes blandas para ello, aunque considera que con la periostoplastia se puede conseguir cubrimiento suficiente. Si refiere que es aconsejable usar colágeno de xenoinjerto para dar volumen a estas, para ello él usa unas membrabas específicas, que son las "Novomatrix". Y todo ello lo sutura con suturas por pseudo-planos, es decir utilizar distintos tipos de suturas desde el tipo simple al tipo colchonero, evitando las tensiones.



Para este tipo de retos aconseja el uso de anestesia "general" o al menos con sedación consciente. Siempre antes de iniciar cualquier técnica aditiva para la regeneración considera importantísimo preparar el lecho de tejido óseo receptor limpiándolo

de cualquier resto iatrogénico previo, preparando el lecho para facilitar la angiogénesis necesaria en la regeneración y preparando los lechos teniendo en cuenta la biomecánica que vamos a exigir a la rehabilitación.

la importancia de la geometría adecuada de los implantes, que favorezcan por un lado la estabilidad suficiente y por otro la regeneración ósea pasando, destacando el concepto de **implantes sub óseos**.

Conclusiones:

- Condicionante del paciente es un factor crítico en la elección de la técnica
- Valoración del defecto previo a realizar una exodoncia y valorar el IDR como técnica más sencilla y predecible.
- Es imprescindible conseguir la "retención" del implante
- Fundamental uso de suturas suspensorias para estabilizar el Tejido blando

Y concluyó sentenciando que:

"Es más sencillo mantener el espacio que crearlo o regenerarlo una vez perdido".

Una vez terminada la exposición se continuo con un interesante debate y sobre todo se preguntó y se dialogó sobre el tipo de sutura, clave para estabilización de los tejidos blandos y que permita una la generación de perfiles favorable. También se comentó

En todos los casos se abogó por el aprovechamiento al máximo de todo aquello que nos encontramos en el medio a rehabilitar y como una idea interesante que aportó, el moderador destacó, en uno de los casos clínicos de rehabilitación de atrofia en maxilar, que al hacer una elevación de seno con antrostomía, el aprovechamiento de la "tapa" de seno para usarla en el encofrado para una ROG en volumen, en este caso en la zona canina.

Por último, destacar que en todos los casos el Dr. Saura, apoya el uso de las estructuras provisionales como soporte, protección y cobertor de la herida quirúrgica generada a fin de estabilizar y permitir madurar los tejidos blandos en el sitio más apropiado.

Muy interesante y practica presentación, lo cual es de agradecer a el Dr. D. Silva y a SECIB por su programación. Creo que los que asistimos a este evento una vez más conseguimos aprender en algunos casos y reforzar en otros, claves que nos van a permitir afrontar estos casos que a veces nos generan cierta incertidumbre.

KEEP IN YOUR POCKET

- Los **condicionantes del paciente** son un factor crítico en la elección de la técnica
- La **valoración del defecto** previo a la exodoncia es fundamental en la técnica IDR
- Necesitáis implantes con una **gran retención primaria**
- Obligatorio el uso de **suturas suspensorias** para mantener el tejido blando
- **Es mas sencillo mantener el espacio que crearlo un a vez perdido**

14-15 NOV 2024 PALACIO DE CONGRESOS DE GIRONA

SECIB SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

XXI Congreso

¿A quién va dirigido?

Dirigido a Ortodoncistas con Formación y que quieran mejorar su capacidad diagnóstica y profundizar en las técnicas y sistemas de tratamiento que son actualmente los más innovadores en Ortodoncia.

INICIO DEL CURSO:
OCTUBRE DE 2024

Características del Máster OIA®

- Título Propio de la Universidad Católica de Ávila (UCAV).
- 90 créditos ECTS
- N.º de plazas: 20
- 14 módulos presenciales, distribuidos en 2 días y ½ cada módulo.
- Duración: 2 años.
- Teórico, práctico y clínico sobre pacientes.
- Posibilidad de mentoría y tutelaje particular de casos de cada alumno, una vez finalizado el máster.
- Desarrollo de un Trabajo Fin de Máster (TFM).

SEMINARIOS
"HAND-ON"

COACHING Y
GESTIÓN DE
CLÍNICA

TRABAJO FIN
DE MÁSTER
(TFM)

ESTANCIAS
CLÍNICAS
EXCLUSIVAS

FECHAS Y SEDES:

Sede Teoría:

Hotel Eurostars Centrum (Alicante)

Sede Estancias Clínicas:

Clínica Dental Novodent (Alicante)

Curso Académico 2.024-2.026

Financiación a tu medida:

info@masteroia.com

+34 652 20 60 50

Autoligado Pasivo

DAMON System



Anclaje Esquelético

Microtornillos
Mecánica Palatina



Alineadores

invisalign® GENIOVA™ THE FAST ALIGNER SPARK™ CLEAR ALIGNER SYSTEM



UCAV

www.ucavila.es



Nihilismo y su reflejo en el arte: el minimalismo abstracto. Parte II

Juan Alió Sanz

Doctor en Medicina y cirugía

Profesor titular de ortodoncia, Universidad Complutense de Madrid

Académico de la Pierre Fauchard Academy

Artista pintor



En el anterior artículo (*El nihilismo y su reflejo en el arte. Parte I*) comentábamos que el concepto filosófico del **nihilismo** esta fuertemente arraigado a la filosofía de **Nietzsche (1842-1900)**. Este autor diferenciaba entre el **nihilismo pasivo** que es aquel que refleja "el último hombre" y el **nihilismo activo** que se identifica con el "superhombre". En ese mismo artículo hablabamos de que el nihilismo pasivo queda perfectamente representado con el denominado **minimalismo abstracto**, del cual dejamos constancia con la obra de algunos autores.

Existe un concepto novedoso en relación a los estados nihilistas. Este espacio sería el llamado **pre-nihilismo**. Podemos definirlo como ese estado inicial en el cual el ser humano se encuentra en una situación de desorientación que afecta de forma extraordinaria a su psique y a su comportamiento social. Sería aquella persona que tiene intención de creer en algún estado superior pero de forma muy superficial, difusa, muy difuminada. Es una personalidad muy cercana a lo que **Heidegger (1889-1976)** denominaba el "Das Man" caracterizado por lo que este mismo filósofo denominaba la **existencia inauténtica**. Estaría encarnado por ese ser humano que tiene un comportamiento social ausente de todo criterio propio y que se deja llevar por las modas, los "influencer" o los "opinadores de actualidad", incluso de actualidad política.

El ser humano se caracteriza por tener una naturaleza propia que le lleva a preguntarse por lo que realmente es. Es el único animal que es capaz de **preguntarse por el SER en si mismo**. Es decir, el ser humano es consciente de su existencia y de tener una conciencia propia. Al mismo tiempo, es el único ser que tiene una idea consciente del futuro y de todas las posibilidades que le brinda este y siguiendo a Heidegger, en verdadero ser (**El Dasein de Heidegger**) sabe que de todas las posibilidades futuras, casi infinitas, que pueden plantearse, hay una que inexorablemente siempre existe, esta posibilidad es la propia **muerte**.

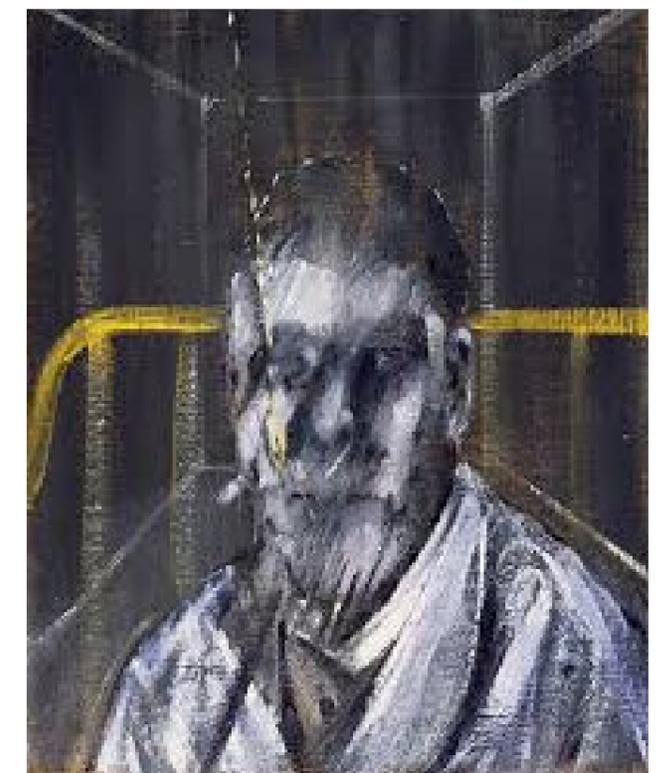
¿Cómo se manifiesta todo este pensamiento en el arte?

Un movimiento artístico que se manifestaba por una contracultura fue el **Dadaísmo** el cual crea una especie de contra-arte o

anti-arte manifestando una provocación abierta al orden establecido, con figuras tales como **Marcel Duchamp (1887-1968)** del que ya hemos hablado en anteriores artículos.

Una de las principales figuras que es capaz de trasladar al lienzo la idea del nihilismo pasivo y del pre-nihilismo es **Francis Bacon (1909-1992)**. Considera este autor que no es capaz, por si mismo, de elegir una idea inicial y decide dejarse llevar por el propio lienzo encontrando la libertad en el devenir de la pintura envuelta ésta en un nihilismo buscado a propósito.

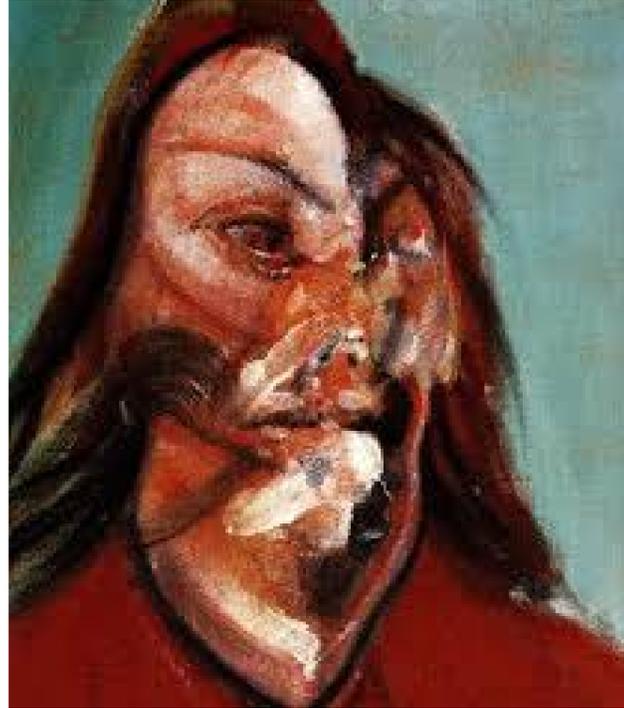
En muchas de sus obras, removía la pintura sobre el retrato dejando una masa deforme y borrosa, negando la propia identidad



Francis Bacon. Sin título.



del retratado. En el fondo se trata de borrar el momento presente y de mirar a un futuro incierto y caótico. Es un ataque existencial a la propia integridad humana. Como decía el propio autor "Yo no creo en nada" revelando mediante su pintura el despropósito de la propia existencia.



Francis Bacon. Estudio para un retrato 1973.

Bacon utiliza la destrucción como herramienta creativa, evocando sensaciones que rozan el horror y la incomodidad

En palabras textuales del propio Bacon: "cuando trato de hacer un retrato, mi ideal sería en realidad tomar un puñado de pintura, tirarlo al lienzo y esperar que el retrato estuviera ahí. Tengo voracidad de lo que espero que pueda darme el azar".

En realidad, Bacon representa el **nihilismo metafísico** que niega la propia realidad. Por esa razón deja que la realidad se materialice de forma casual, invadiendo una de las miles de posibilidades que se pueden plantear.

La concepción de un futuro cierto con las casi infinitas posibilidades que puede plantear, incluyendo siempre la posibilidad inexorable de la muerte, llevar al ser humano a la **angustia vital**. La vida oscila entre el deseo y el dolor de no obtener lo deseado.

Existe en las obras de Bacon esa representación entre los valores más clásicos de la tragedia griega *enfrentando a lo apolíneo con lo dionisiaco*. Siguiendo a **Nietzsche** lo "apolíneo" domina

la vida de la sociedad racionalista contemporánea, en la cual, la razón es utilizada para el engaño, consiguiendo una perfecta alineación de los individuos (causa del nihilismo pasivo). Sin embargo lo "dionisiaco", que se vio reflejado en las sociedades de la antigua Grecia, acepta a los instintos como propios del hombre en su ansia por la vida.



Francis Bacon. Sin título.

Otro artista que representa las aptitudes y pensamientos nihilistas es **Edvard Munch (1863-1944)**. Es un pintor puramente existencial en el que se reflejan de forma imperativa la angustia y la muerte. Se mezclan la realidad exterior y la interior de forma tan difuminada que a veces es imposible diferenciar ambas.

En su obra "**Vampiro**" se refleja de forma clara estas dos realidades. Los colores son oscuros y angustiosos dejando en evidencia la facies de la mujer que representa el vampiro. La angustia ante lo inevitable está presente en la concepción de la obra.

De forma muy similar a "**Vampiro**" se refleja la angustia en su obra "**Celos**". Los colores tienden a la oscuridad resaltando la facies de la supuesta víctima. El reflejo de la angustia se trasmite al espectador de forma escandalosamente real.

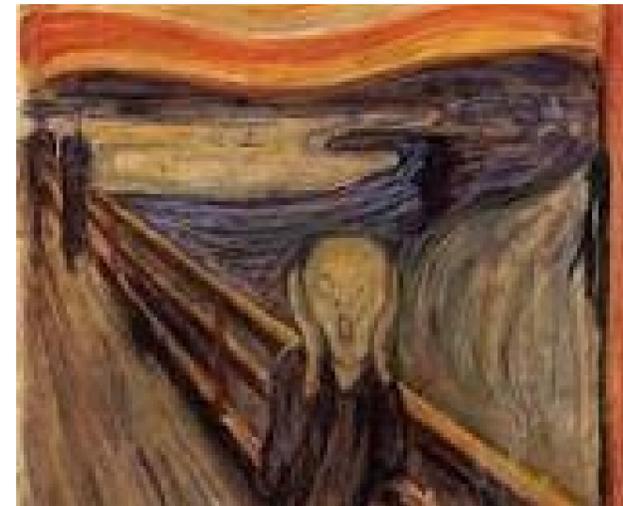
Una de las principales obras de Munch es "**El Grito**" en la cual quedan expuestas todas las consideraciones que veíamos en sus



Edvard Munch. Vampiro (1893).



Edvard Munch. Celos (1895).



Edvard Munch. El grito. 1893.



Juan Alió. Pared con rostro. 2018.

dos obras anteriores. Destacamos las líneas rectas del puente que terminan en una infinitud difusa con la figura principal en una pose indefinida pero siempre transmitiendo angustia y dolor. No se especifica en la obra la razón de esa angustia, por eso mismo representa la aptitud nihilista más evidente. Es el "**último hombre**" de Nietzsche con su pesada carga de angustia ante el conocimiento de la NADA como la ausencia de la existencia misma.

Mi preocupación por la **percepción de la NADA** como ente existencial queda reflejado en mi obra "**Pared con rostro**". La rostro queda desdibujado, no como Bacon, emborronando la figura, sino escondido en un muro gris, prácticamente con ausencia absoluta de color.

Es un rostro adivinado que refleja ausencia de emoción. Es la representación del estado pre-nihilista del que hablaba al comienzo como ese estado de desorientación psicológica y social.

Ticare en Sepa



El Dr. Alberto Monje impartió un curso sobre cómo proceder en casos de periimplantitis con extracción de implante.



Curso: Técnicas avanzadas en implantología con los Dres. Alberto Salgado y Marcelo Clermont

“Técnicas avanzadas en implantología” es el nombre que lleva el curso organizado por Ticare e impartido por los Dres. Alberto Salgado y Marcelo Clermont el próximo 7 de septiembre en Alicante. El curso contempla un programa para odontólogos donde se tratarán temas como el manejo de casos complejos, compli-

caciones en elevación de seno con ventana o regeneración ósea con técnica tent pole. La inscripción al curso es gratuita, el precio está patrocinado por Ticare.

Más información www.ticareimplants.com/formacion

Implantes cerámicos cómo alternativa al titanio: ¿dónde estamos?

Con este título el pasado sábado día 15 de junio de 2024, la SCOI (Sociedad Científica de Odontología Implantológica) celebró junto a EACIM (European Association of Ceramic Implants) un simposium sobre los implantes de zirconia, en las instalaciones de la Universidad La Salle (Madrid). En

esta puesta al día se evidenciaron los pros y los contras de estos implantes frente a los implantes de titanio y se pudo discutir el uso de los implantes de zirconia como la mejor alternativa actual al titanio, son su nicho de mercado bien determinado.



Nuevo set de destornilladores y herramientas adecuado para su uso tanto en la boca del paciente como en el modelo

Universal Screwdriver Set

Zirkonzahn®



El **Universal Screwdriver Set** de Zirkonzahn se ha adaptado de forma óptima al flujo de trabajo de las clínicas y laboratorios dentales y, según el caso, se dispone de varias herramientas que pueden combinarse perfectamente entre sí. El set está compuesto por la llave dinamo-métrica *Torque Ratchet Wrench*, el destornillador Zirkonzahn MUA para la fijación y la extracción de los *Multi Unit Abutments* NON HEX (pilares multiusos) de Zirkonzahn, el *Adapter Ratchet Wrench* y el *Screwdriver Handpiece*. El *Adapter Ratchet Wrench* garantiza un ajuste estable y seguro entre las distintas herramientas.

Todos los instrumentos pueden guardarse de forma segura y ordenada en el *Instrument Case Universal Screwdriver Set*, que

también puede personalizarse con un máximo de 25 destornilladores o extractores con conexión en ángulo recto de Zirkonzahn. La biblioteca de sistemas de implantes para los destornilladores y extractores se amplía continuamente y pueden utilizarse en combinación con el *Adapter Ratchet Wrench* y el *Screwdriver Handpiece*.

También está disponible el *set Screwdriver Lab*, que consiste en destornilladores para modelos codificados en colores según el sistema de implante y el correspondiente soporte *Screwdriver Holder MagPrism* para un almacenamiento seguro y ordenado.

Más información en www.zirkonzahn.com

Puesta al día en prótesis sobre implantes con Ticare en Cáceres

Ticare organiza el curso “Puesta al día en prótesis sobre implantes” impartido por la Dra. Ana Orozco y el Dr. Pablo Domínguez en el Colegio de Dentistas de Extremadura el próximo 4 de octubre.

La formación se centrará en aportar conocimiento sobre las decisiones clínicas para la estabilidad tisular y funcional, así como el manejo de tejidos blandos con provisionales y la rehabilitación fija sobre implantes.

La inscripción al curso es gratuita, el precio está patrocinado por Ticare.

Más información www.ticareimplants.com/formacion

Conferencias Ticare en SEPA disponibles en diferido

Ticare ha tenido una participación destacada en Sepa Bilbao moviéndose una vez más por ofrecer conferencias con el más alto nivel de formación.

Estas conferencias se emitirán de forma exclusiva a través de la plataforma de formación online Implant Training en las siguientes fechas: Dr. Alberto Monje “Quito el implante por periimplantitis, ¿y ahora qué?” el 8 de julio, y Dr. Ramón Lorenzo “Colocación de implantes en pacientes comprometidos” el 17 de julio.

Ticare: Moving for Care

Ticare sigue presentando al mercado su **nueva imagen de marca** que responde a una empresa moderna basada en la investigación, la innovación y el desarrollo de producto. La tecnología gapZero, que disminuye el riesgo de periimplantitis, es el máximo exponente de esta trayectoria con un objetivo final: la salud periimplantaria de los pacientes.

El lema **“Moving for care”** que acompaña a la nueva marca refleja una vida dedicada al “CUIDADO”. La filosofía de “cuidado de los tejidos” que ha acompañado a la marca se ha convertido en el cuidado de todo lo que hace. **Moving for care** significa que nos movemos por el cuidado, por la innovación y por un



Técnicas avanzadas en implantología con los Dres. Alberto Salgado y Marcelo Clermont

“Técnicas avanzadas en implantología” es el nombre que lleva el curso organizado por Ticare e impartido por los Dres. Alberto Salgado y Marcelo Clermont el próximo 7 de septiembre en Alicante.

El curso contempla un programa para odontólogos donde se tratarán temas como el manejo de casos complejos, complicaciones en elevación de seno con ventana o regeneración ósea con técnica tent pole.

La inscripción al curso es gratuita, el precio está patrocinado por Ticare.

Más información www.ticareimplants.com/formacion



servicio de calidad. En resumen, Ticare les dice a sus clientes: **“Nos movemos por cuidarte. Cuidamos lo que te importa”** y les invita a unirse a este movimiento por el cuidado.

Resultados a 36 meses del estudio realizado bajo la Cátedra USC-Ticare

Marginal changes at bone-level implants supporting dental prostheses with or without intermediate standardised abutments after 36 months: randomised controlled clinical trial

El nuevo artículo sobre Ticare Implants en la revista Clinical Oral Implant Research (Q1) del Prof. Juan Blanco y su equipo realizado bajo la Cátedra USC-Ticare muestra el comportamiento a 3 años de nuestros implantes con gapZero.

De los resultados de este estudio hay que destacar que la pérdida ósea es muy baja en ambos grupos, con y sin pilar intermedio, desde la carga del implante hasta los 36 meses: 0,13 ±0,18 mm en el grupo

control (con pilar transepitelial) y 0,20 ±0,24 mm en el grupo test (conexión directa a implante).

La tecnología gapZero de los implantes Inhex y prótesis Bio-CAM aísla el interior del implante de la entrada de bacterias. Esto permite que, cuando la mejor opción sea un pilar directo a implante, su comportamiento sea tan óptimo como cuando se utilizan pilares Inhex intermedios, tal y como muestran los resultados de este ensayo clínico aleatorizado con 36 pacientes y tres años de seguimiento.

Más información sobre el estudio en www.ticareimplants.com/estudios-medicos/



Fresero, mantén el orden en tu campo quirúrgico

Entre los lanzamientos que Ticare presenta este 2024 se encuentra el Fresero.

El fresero es un elemento clave en las cirugías como bandeja auxiliar, que permite organizar la secuencia de fresado antes o durante la cirugía. Destaca por su fácil limpieza, siendo completamente esterilizable, e incluye un pocillo para biomateriales o para dejar los instrumentos tras la cirugía.

Esta bandeja auxiliar ya se puede adquirir en Genetic, la tienda online de Ticare: www.genetic.ticareimplants.com/tienda/

Librería LimaGuide Diseña, planifica, disfruta de Ticare

Ya están disponibles las librerías de Ticare en el software Limaguide, que permiten planificar cirugías guiadas con implantes.

Ticare se mantiene siempre a la vanguardia teniendo presencia en los principales softwares de planificación, cirugía guiada y diseño de prótesis.

La ayuda que esperabas para tu clínica: Tutoriales Ticare

El equipo de Experiencia Cliente de Ticare ha lanzado unos vídeos tutoriales de ayuda para las clínicas, para que hacer que el día a día en clínica sea aún más fácil.

Estos tutoriales se pueden ver en el canal de YouTube de Ticare o dentro del apartado de “soporte” de Genetic, la tienda online. Entre estos vídeos de ayuda se encuentran: Montaje de sets, limpieza de caja quirúrgica o preparación del campo quirúrgico. En estos vídeos se enseñan las mejores prácticas para que el personal de la clínica sea un apoyo clave en el gabinete, contando siempre que lo necesiten con el apoyo del equipo Ticare.

Ticare se mueve por sus clientes, cuidando lo que más les importa #MovingForCare
Vídeos en www.genetic.ticareimplants.com/soporte/tutoriales

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