

ODONTÓLOGOS de hoy

Volumen 14
Nº 71 abril - mayo 2025



José Luis Díaz González
*Debemos aprender a
diagnosticar la Apnea Obstructiva
del Sueño*



SEPES
Bilbao 2025

54º Congreso Anual

9 - 11 de octubre

El desafío interdisciplinar



Pedro Guitián Lema
Cirugía de Implantes dentales con GPS



Carmen Martín Carreras-Presas
*Cuanto más años de experiencia, más
importancia se da a las biopsias*



Alberto Cabo Nadal
Congreso C.E.O.E. (Elche 2025)

Zirkonzahn®
Human Zirconium Technology

ticare
MOVING FOR CARE

NSK

STADA

FINCLINIKS®
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

antón
Suministros Dentales

**sonría
xfavor**

► Con gapZero® Technology cuidas mejor a tus pacientes y a tu práctica. Los estudios clínicos lo avalan: minimiza el riesgo de periimplantitis y la pérdida ósea. gapZero significa menos complicaciones, tiempo en intervenciones y costes asociados. Gana en resultados, confianza y tranquilidad. Solo en Ticare.

MOVING FOR CARE

El **90%**
de los profesionales
lo considera clave
para el éxito del
tratamiento*

GAP ZERO
TECHNOLOGY
ticare

► Reduce riesgos,
optimiza tu práctica.
Descubre gapZero®



Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- 🔗 ¿Quo Vadis, Sabina...?
- 🔗 ¿Universidades públicas, “chiringitos” privados?
- 🔗 La Universidad de Sevilla y la excelencia sanitaria

Tribuna de salud pública. 12

- 🔗 La privada, injustamente acosada

Actualidad 15

- 🔗 Iniciativa pionera del Colegio de Sevilla
- 🔗 Barcelona Dental Show 2025

Entrevista 24

- 🔗 José Luis Díaz González
- 🔗 Alberto Cabo Nadal
- 🔗 Carmen Martín Carreras-Presas

Ciencia y salud. 36

- 🔗 Implantes dentales con GPS: cómo no perderte en la implantología de precisión
- 🔗 TE LO PERDISTE ... TE LO CONTAMOS
- 🔗 ESTÉTICA Y BLANQUEAMIENTO DENTAL EN LA ERA DIGITAL

Historia de la Odontología 50

- 🔗 La Odontología en la obra de Hildegarda de Bingen

Cultura 54

- 🔗 El color en la pintura. Parte I. La ausencia o presencia del color único
- 🔗 Toledo, Ciudad Imperial y Patrimonio de la Humanidad

Formación 62

- 🔗 Vuelve SmartClinic 3.0
- 🔗 Inmersión en cirugía avanzada sobre pacientes con el Dr Alberto Salgado en colaboración con Ticare

Gestiona tu consulta. 63

- 🔗 Las lecciones del fracaso
- 🔗 El marketing, las emociones y el coronavirus entran en el sector dental

Empresas 64

- 🔗 Zirkonofen Turbo
- 🔗 Periimplantitis
- 🔗 El gapZero de Ticare resiste cargas de al menos 400 N

EDITOR

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México

TRIBUNA DE SALUD PÚBLICA:

F. Javier Cortés Martincorena

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

Oferta

DESDE EL 1 DE MARZO
HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2025

¡Flash!

Ti-Max Z TURBINAS DE TITANIO CON LUZ

POTENCIA 44W

 **2 años de garantía**

Conexión NSK
Z990L
REF. PA2373

Conexión KaVo® MULTIflex®
Z990KL
REF. PA2375

- Cabezal en ángulo de 100° • Cuerpo de Titanio con DURAGRIP Resistente a arañazos • Rodamientos de Cerámica • Óptica de Vidrio Celular
- Portafresas Push Botton • Spray Quattro • Sistema de Cabezal Limpio • Parada rápida • Microfiltro • DYNAMIC POWER SYSTEM • DURAPOWERS CHUCK
- Fácil cambio de cartucho • Velocidad: 280.000-360.000 min⁻¹ • Tamaño del Cabezal: ø12,1 x H 12,7 mm

OFERTA 1 + 1

Z990L + Z990L

2 TURBINAS DEL MISMO MODELO

999€* 3.586€*

Z990KL + Z990KL

999€* 3.586€*



Ti-Max Z CONTRA-ÁNGULOS DE TITANIO CON LUZ

SPRAY SWITCH

 **3 años de garantía**

Z95L Con Luz 1:5
REF. C1034

Z25L Con Luz 1:1
REF. C1038

- Clean Head System (Anti-Retorno) • Spray Quattro (2 tipos de Spray: bruma y chorro) • Velocidad Máxima: 200.000 min⁻¹
- Portafresas Push Button • Rodamientos de Cerámica • Microfiltro

- Clean Head System (Anti-Retorno) • Cuerpo de Titanio con DURAGRIP resistente a arañazos • Óptica de Vidrio Celular • Portafresas Push Botton • Microfiltro • Spray Simple
- Para fresas CA (ø2,35) • Velocidad Máx: 40.000 min⁻¹

OFERTA 1 + 1

Z95L + Z95L

2 CONTRA ÁNGULOS DEL MISMO MODELO

1.299€* 3.770€*

Z25L + Z25L

2 CONTRA ÁNGULOS DEL MISMO MODELO

999€* 2.412€*



¡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



¿Los servidores públicos recelan de lo público?

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface) ha renovado su concierto para la prestación de asistencia sanitaria durante el trienio 2025-2027, adjudicando el contrato a dos aseguradoras: Segurcaixa Adeslas y Asisa. El total del acuerdo supera los 4.300 millones de euros, con Adeslas recibiendo 2.366,1 millones y Asisa 1.935,9 millones.

Este concierto garantizará el acceso a servicios sanitarios a cerca de un millón de trabajadores públicos y sus beneficiarios, cubriendo tanto la atención dentro de España como la asistencia sanitaria transfronteriza. La adjudicación que se formalizará previsiblemente en mayo, aunque ya se ha aprobado que ambas compañías cumplieron con los requisitos necesarios.

El proceso se había visto retrasado por diversos problemas administrativos, incluido el informe de prestaciones sanitarias que se presentó tarde, y por la necesidad de aumentar la prima económica para hacerlo viable. Todo hace pensar que ha sido el Ministerio de Sanidad quién más palos ha puesto en las ruedas de un acuerdo que se ha solventado desde otras instancias de Gobierno más dialogantes. Como resultado, DKV abandonó el concurso en enero, ya que no era rentable para la aseguradora. Los mutualistas que tenían asistencia de DKV deberán elegir entre otra aseguradora concertada o los servicios públicos autonómicos.

Los sistemas de salud en toda Europa, no solo en España, están sometidos a una presión creciente debido al envejecimiento de la población, el aumento de la demanda asistencial y la complejidad de integrar la innovación médica. Esta situación se traduce en problemas comunes como la escasez de personal, listas de espera prolongadas, acceso limitado a tratamientos avanzados y tensiones en la financiación del sistema.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en España ha sido durante décadas uno de los pilares fundamentales del bienestar social, ofreciendo a todos los ciudadanos acceso universal y gratuito a la atención sanitaria. Sin embargo, a pesar de contar con un personal sanitario altamente cualificado y equipamientos modernos, el sistema enfrenta una serie de desafíos críticos que podrían poner en peligro su viabilidad futura.

A modo de ejemplo para no aburrir con datos, según el IDIS el sector privado cuenta con el 41 por ciento de los mamógrafos, el 39 por ciento de los equipos de litotricia y el 48 por ciento de los de resonancia magnética y ha pasado de atender el 20,6 por ciento de las urgencias anuales al 33,6, aunque este dato es más opinable

por lo difícil de evaluar la complejidad de cada urgencia. Disponen del 31 por ciento de las camas hospitalarias, dato que también hay que leer con precaución ya que, en muchos casos, tal vez la mayoría, la segunda cama de la habitación no es para el paciente sino para el acompañante, puesto que es habitual que las pólizas de seguros establezcan el derecho a habitación individual, como sucede con las pólizas de MUFACE.

El Sistema Nacional de Salud se enfrenta a una posible “Dualización” por la creciente privatización de los servicios de salud.

Esta “Dualización” que, tiene rumbo irreversible, obliga a prevenir consecuencias discriminatorias para los ciudadanos, como son el acceso desigual a la atención sanitaria y la desigualdad en la calidad de la atención recibida.

Lo que los funcionarios han exigido, en este momento, deberíamos verlo más como una solución a la situación actual de saturación de SNS, más que como un privilegio a este colectivo. Tampoco debemos cerrarnos a otras soluciones.

Mientras no seamos capaces de cubrir con el SNS toda la asistencia debemos centrar los esfuerzos en que nadie quede discriminado a la hora de recibir la atención, es preferible dejar optar a un grupo por una sanidad fuera del SNS que colapsar a este y que al final quienes acudan al privado sean exclusivamente los que se lo pueden pagar.

También tenemos que evitar que esta opción se convierta en un privilegio para demandantes y prestadores del servicio privado, lo que no está muy claro y no creo que sea justo es esa opción de cambio anual, ahora semestral, los proyectos estratégicos no se hacen a un año y sanidad no debe ser una excepción. No puede ser que este optando por lo privado mientras mi estado de salud es bueno y cuando enfermo de algo grave que requiere una atención costosa y altamente especializada, me cambio a lo público, porque volviendo al principio al evaluar las urgencias, una sola de un quemado o un politraumatizado me exige más que otras que aún calificadas de urgencias se resuelven con una mínima atención. No es lo mismo intervenir a pacientes con buen estado de salud general que a pacientes con complejidades respiratorias o cardiológicas, si solo valoramos el diagnóstico principal de la intervención, no es lo mismo. La colonoscopia del joven a la privada y la del anciano a la pública y por el mismo precio no vale.

De lo que estoy convencido que si hay que recelar es de los privilegios de unos sobre otros.

¿Quo Vadis, Sabina...?



Irene Roch

"Para Sabina, vivir en la verdad, no mentirse a uno mismo, ni mentir a los demás, sólo es posible en el supuesto de que vivamos sin público. En cuanto hay alguien que observe nuestra actuación, nos adaptamos, queriendo o sin querer, a los ojos que nos miran y ya nada de lo que hacemos es verdad."

Milan Kundera,
La insoportable levedad del ser

Hoy no era mi propósito hablarles de una colega dentista pero, irremediablemente, lo voy a hacer porque es ella quien me ha inspirado para escribir estas líneas en esta mi columna que tanto agradezco al editor de la revista. Y, aunque les hable de ella tengan en cuenta que, en realidad, me quiero hablar a mí misma y compartir con ustedes mi reflexión. Pronto sabrán por qué.

Llamaré a mi colega "Sabina", para que sólo la puedan identificar quienes de verdad la conocen y no comprometerla, y haré así también justicia a la descripción que hizo Milan Kundera de una de las principales protagonistas de la novela que publicó en el año 1984 con el título de "La insoportable levedad del ser", sin duda, uno de mis libros de referencia. Con esas palabras, he encabezado en esta ocasión mi artículo de opinión.

"Sabina" es dentista sureña, egresada en una de las principales facultades de odontología públicas de nuestro país hace poco más de 10 años. O sea, mucho más joven que yo, en la tercera década de su vida y madre de un hijo y de una hija que se le parecen como dos gotas de agua a su fuente. Inteligente y cautivadora, rebosa tanto carisma que, o eres su amiga y de esa manera te apuntas a formar parte de su corte o estás perdida entre los seguidores de su admiración y liderazgo. Inquieta intelectualmente, encuentra refugio en la cultura como una amante de las flores en su jardín, y cultiva pacientemente una singular habilidad para leer, devorando libros como una ciclista en sprint permanente, siendo habitual en los clubs de lectura de su proximidad, con los que se relaciona como si ella los hubiera fundado. Su pensamiento crítico es lógico y práctico, como el de un médico de cabecera, pero curtido en profundas horas de reflexión sobre aspectos de la filosofía teórica que ella aplica a la práctica con naturalidad sencilla, como quien edita una versión de Nietzsche para andar por casa. También resuelve sus numerosas contradicciones como si fuera discípula de Roger Garaudy, haciendo convivir su profunda religiosidad con un

compromiso social que siempre la sitúa en el lado público de las cosas. Le encanta escuchar la música que puede bailar, adora la copla por la sencilla razón de que le enseñó a escucharla su abuela, y te regala playlists con canciones que llegan al corazón con la misma nitidez que si fueran poemas de amor leídos y declamados por una locutora de radio. En definitiva, es esa persona imprescindible en los círculos de amistad porque aglutina a las personas diversas, facilita las conversaciones distintas y aviva el entusiasmo de equipo en cualquier reunión, como lo haría un soplete con la llama de una chimenea en una casa de montaña. En definitiva, un lujo de persona.

Con dos másteres oficiales y varios títulos propios, es una reconocida experta en una parcela emergente de la odontología candidata a convertirse en especialidad en la primera hornada de las especialidades odontológicas en nuestro país. De hecho, sus dedos de estudiante de violín se deslizan por las cuerdas del arco con la misma facilidad que manejan la turbina y sus ojos de gata consiguen no verse velados por sus gafas lupa, sino al contrario, se agrandan con las lentes dando la impresión al observador de encontrarse frente a unas pupilas misteriosas en una de esas fotografías de belleza sublime que solo consiguen obtener los reporteros en la sabana africana. Su memoria prodigiosa, que bien le podría haber permitido superar fácilmente unas oposiciones de judicatura o de notaría, apenas la utiliza para potenciar, como si de un motor de inyección se tratase, su capacidad intelectual. Prefiere más bien darle uso para preservar los recuerdos de pequeños detalles de su vida cotidiana, porque como les ocurre a las campesinas, ella se siente mejor y más a gusto pegada a sus terruños que relumbrando en posiciones socialmente visibles, indiferente a si le toca estar en el banquillo o en la alineación, lo que debió de aprender bien en su etapa de jugadora federada de jockey sobre hierba. Y no es así porque le falte ambición, sino porque es consciente de sus posibilidades para conseguir aquello que se propone con tan sólo plantearse como meta. Mientras, prefiere dedicarse a las pequeñas cosas y a los matices singulares.

Sin embargo, la actividad profesional principal de "Sabina" no es la odontología.

Si les he descrito a "Sabina" y lo que me inspira y seduce de ella desde que la conozco, es para poder analizar con ustedes

otra realidad de la odontología española que aún permanece relativamente oculta. Como les acabo de explicar, “Sabina” se hizo dentista en una prestigiosa universidad pública española y se formó como una odontóloga extraordinariamente cualificada, pero no se dedica a esta profesión salvo a tiempo parcial y con carácter, podríamos decir, meramente instrumental y subordinado. Su verdadera vocación, su objetivo profesional prioritario y principal, es la enseñanza. No la enseñanza universitaria relacionada con la odontología, sino la enseñanza media, la de los IES (Institutos de Educación Secundaria) públicos, urbanos o rurales, justo aquella en la que, además de transferir el conocimiento, es imprescindible completar la formación integral de las personas que estudian, justo aquella en la que no basta con informar, sino que es necesario, todavía, formar. En ello está (actualmente es interina y opositora en la rama de Filosofía) y sin duda que lo conseguirá consolidar en breve por todas las razones que ya les he comentado.

¿Les parece extraño el caso de “Sabina”? , pues déjenme que les de algunos datos.

Con más de 40.000 dentistas colegiados en España en la actualidad, la ratio dentista/habitantes triplica en negativo la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo en la actualidad de 1 dentista por cada 1.171 habitantes frente a la de 1/3.500 recomendada por la OMS. Ello supone que por cada 100.000 españoles, tenemos en nuestro país 85 dentistas, frente a una media de 76 en la Unión europea. Tan sólo algo menos de 1.500 dentistas trabajan en el Sistema Sanitario Público en España y cerca del 97% de los dentistas colegiados ejercen su actividad profesional en el ámbito privado, en cualquiera de las más de 23.000 clínicas dentales registradas.

En lo que llevamos de siglo XXI, el número total de dentistas ha crecido en más de un 200 por ciento frente a un 70% de profesionales de la medicina y un 85% de profesionales de farmacia. Y, detalle no menor, la profesión odontológica se encuentra en proceso incesante de rejuvenecimiento y feminización, con una edad media de 39 años y en torno a un 60% de mujeres, con ambas cifras al alza. Se trata, por lo tanto, de una profesión de la salud mayoritariamente femenina que lo será aún más en los próximos años.

Pero fíjense con atención en el siguiente detalle: cada año se colegian en nuestro país entre 700 y 900 dentistas. Si tenemos en cuenta que egresan unos 1.750 profesionales aproximadamente, podemos concluir que apenas un 60% de los dentistas formados en nuestras facultades se dedican en España al ejercicio de la odontología. ¿Qué ocurre, entonces, con el 40% restante?. La respuesta clásica a esta pregunta es que muchos de ellos

optan por el ejercicio profesional en otro país, preferentemente de la Unión Europea (UE), lo que confirma el dato del crecimiento exponencial de la solicitud de certificados de Good Standing, que es un documento oficial imprescindible para el ejercicio odontológico en países de la UE. Pero no consideren desdeñable el número de dentistas que, conseguido su grado académico en odontología, utilizan su cualificación universitaria de manera transversal para otros desempeños laborales. Es algo que no es raro en muchas otras parcelas del conocimiento y que tiene que empezar a resultarnos familiar en la odontología española. Sería demasiado simple atribuir esta opción a un desencanto con los estudios cursados o a la frustración con respecto a la profesión elegida, aunque la pléyade profesional de dentistas pueda parecer un factor precipitante por los efectos adversos que conlleva en el mercado laboral de los que me gustaría escribirles en otra ocasión. Personalmente, conozco muchos casos en los que se trata de una auténtica vocación convertida en opción vital con la ayuda curricular de los estudios de odontología. “Sabina” es un buen exponente de ello y seguramente vanguardia de esta estrategia.

Comenzaba mi artículo con una conocida frase del latín inmortalizada como el título de una película que ya es un patrimonio de la humanidad en las fechas que rodean a la Semana Santa, como ahora. Además de la elección del nombre apodado en base a la novela de Milan Kundera que ya justifiqué, “sabina” significa “mujer del pueblo sabino”, que era un pueblo ganadero que habitaba las colinas cercanas a Roma en el Lacio. Según la leyenda, los antiguos romanos raptaron a las sabinas para poblar la Roma recién fundada. Evitemos la leyenda del rapto y quedémonos con el mensaje de la repoblación. Son muchos los centenares de mujeres en nuestra bendita profesión odontológica, más feminizada ya que la tradicional Enfermería, que egresan de nuestras Facultades para no dedicarse a la odontología y como hicieron las sabinas, nuestra “Sabina” de hoy, que era mía y ya también es de ustedes, ocupan otros espacios profesionales causando extrañeza y sorpresa, como si un graduado o una graduada en odontología, no pudiera utilizar su formación universitaria para ser un profesional de la OTAN, de la Unión Europea, controlador aéreo o dedicarse a la investigación básica, a la agenda 2030, o a impartir docencia en enseñanza media, por poner algunos ejemplos. No, la profesión odontológica no siempre es finalista... Así ocurre con un porcentaje no despreciable de dentistas tituladas y titulados, muy competentes y perfectamente capacitadas y capacitados que, como “Sabina”, saben a dónde van y lo que quieren, aunque a los ojos de la profesión nos resulte atípico. Afortunadamente, en este ámbito comenzamos también a ser cada día más europeos. Gracias “Sabina” por tu ejemplo, aunque todavía sea un devenir futuro.



ZIRKONOFEN TURBO

VELOCIDAD MÁS ALLÁ DE CUALQUIER EXPECTATIVA

SINTERIZACIÓN
ULTRASPEED

75
MIN

120
UNIDADES DE ZIRCONIA

VELOCIDAD
DE CALENTAMIENTO HASTA

150
°C/MIN

-84%
TIEMPO NECESARIO*

VELOCIDAD
DE ENFRIAMIENTO HASTA

80
°C/MIN

-81%
CONSUMO DE ENERGÍA*

*Comparación entre el programa Standard y Ultraspeed para la zirconia Prettau® 2 Dispersive®.



Incl. Zirkonzahn.App

**SISTEMA
ABIERTO**



¿Universidades públicas, “chiringitos” privados?



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

Recientemente se ha divulgado la intención del Gobierno de endurecer los requisitos para la creación de universidades, especialmente las privadas, exigiendo la necesidad de informes técnicos vinculantes, una base mínima de 4.500 estudiantes en cinco años y la garantía de solvencia económica.

La portavoz del Ejecutivo ha tenido que salir al paso de las acusaciones de la oposición sobre la existencia de un ataque a las universidades privadas. Lo cierto es que el Consejo de Ministros hablaba de “frenar los chiringuitos universitarios privados”. En palabras de la portavoz, el problema no cabe enmarcarlo en una confrontación pública-privada, sino en un “contraste entre universidades buenas y universidades malas”. Aun aceptando una cierta tendencia al maniqueísmo en todos los aspectos de la vida y por tanto también en la enseñanza, no podemos dejar de reconocer las dificultades inherentes a ser el juez que determina quien es el bueno y quien el malo. En principio se concede crédito a las instituciones cuyas competencias se cifran precisamente en eso: en evaluar la calidad de la enseñanza. En nuestro país es la Agencia Nacional de evaluación de la calidad y acreditación (ANECA) y las agencias autonómicas (AQU, AAC, etc.) las que se encargan de esa función. También, de un modo indirecto, distintos *rankings* catalogan de algún modo a las universidades en función de diferentes parámetros. Desde luego nos puede surgir la duda sobre la solvencia y la ecuanimidad de todos los sistemas evaluadores. Probablemente todos estén sometidos a sesgos basados en variables espureas o no. Lo que no deja de sorprendernos es que la afirmación sobre la existencia de “chiringuitos” que expiden títulos exentos de rigor y por intereses varios, provenga del Estado que es precisamente quien en teoría faculta, vigila y controla a esas instituciones. De hecho, los pocos escándalos al respecto publicados no han impedido que ninguna universidad afectada prosiga con su actividad. Así pues, se pone en cuestión la propia capacidad reguladora de las Agencias creadas a tal fin o en su defecto la voluntad política existente para ejecutar medidas sancionadoras a los “chiringuitos” de los que habla el Gobierno. Por ende, se anuncian informes técnicos vinculantes, presumiblemente de las mismas agencias citadas anteriormente. Ojalá fuera cierto que el tema va de universidades buenas/universidades malas. Me temo que no es así. En su réplica a la oposición la propia ministra argumenta, para refutar las acusaciones, que la

comunidad madrileña recortó el presupuesto de sus universidades públicas afirmando implícitamente que ello supondría un hándicap para las “buenas universidades”. Este conflicto de la dualidad público/privada no se circunscribe a la docencia, se extiende a la sanidad y a otros ámbitos y se enmarca en aquello de ser capaz de ver la mota en ojo ajeno, pero no la viga en el propio. En el caso de la enseñanza dental toda esta reflexión no está al margen de la indudable sobresaturación de títulos universitarios de odontología que ha favorecido la permisibilidad de las autoridades al permitir un sinfín de facultades de odontología (públicas y privadas) que no tengo porque dudar que se esfuerzan en ser buenas universidades al margen de su titularidad. Lo cierto es que la enseñanza es un negocio y en odontología las universidades públicas tienen el 32% y las privadas el 68% de las plazas formativas sin que el desequilibrio numérico tuviera que ir asociado al desequilibrio cualitativo en los resultados docentes. Al menos esa debería ser la función de los organismos reguladores y de las autoridades educativas. Si las nuevas directrices fueran encaminadas a limitar el número de odontólogos haciendo que solo obtuvieran el título los mejores (procedieran de universidades públicas o privadas), asistiríamos a mi juicio a la difusión de una buena noticia. Sin embargo, yo creo que la medida viene acompañada de un prejuicio político o ideológico. Si no fuera así, ya se podrían empezar a cerrar los “chiringuitos” que parecen haber detectado, haciendo uso de las facultades que posee el ministerio de universidades, los gobiernos autonómicos o los tribunales. Agencias y medios tienen para valorar esas situaciones y para ello no hace falta hablar de “público” o “privado”.

Lo que no se ve es la voluntad y la valentía política de acometer medidas al respecto libres de sesgos ideológicos. Yo estoy convencido de que el Real Centro Universitario María Cristina en el Escorial o la Universidad Camilo José Cela, ambas instituciones privadas en las que estudió nuestro presidente del gobierno no son en palabras de la ministra Alegría (la verdad es que los apellidos no acompañan, pese a todo, al optimismo) “universidades de garaje”. Seguro que no forman parte del grupo, y cito textualmente las palabras de la portavoz, de “centros que de universidades solo tienen el nombre puesto que son un negocio para expender títulos sin unos mínimos requisitos de calidad”.

La Universidad de Sevilla y la excelencia sanitaria

Redacción ODH

La Universidad de Sevilla ha conseguido en el curso 2024-2025 lo que hasta ahora parecía reservado a las grandes capitales: liderar las notas de corte más altas del país en carreras sanitarias como Medicina, Psicología, Enfermería, Fisioterapia y Odontología. Un hito académico que, más allá de cifras y rankings, nos invita a reflexionar sobre lo que implica realmente ser una universidad de excelencia en el ámbito de las ciencias de la salud. La Facultad de Medicina sevillana ha marcado un 13,45 sobre 14, la puntuación más alta en todo el territorio nacional. Le siguen Odontología con un 13,13, Enfermería y Fisioterapia con un 12,84 y 12,82 respectivamente, y Psicología con un sorprendente 12,74. Estos números, que para muchos estudiantes representan una barrera casi infranqueable, son también el reflejo de un fenómeno más profundo: la consolidación de un modelo académico que ha sabido combinar tradición, vocación, innovación y práctica clínica real.

Pero conviene hacerse una pregunta incómoda: ¿estamos preparados para sostener esta excelencia?

La demanda masiva de plazas, tanto en grados como en másteres, no cesa. Miles de estudiantes compiten cada año por un número limitado de vacantes, y aunque esto podría interpretarse como un éxito del sistema, también evidencia un problema estructural: el desajuste entre la oferta académica pública y la necesidad social de profesionales sanitarios bien formados.

El decano de Medicina, Luis Capitán Morales, lo explica con claridad: no hacen falta necesariamente más médicos, sino una mejor distribución, planificación y condiciones laborales para que no se fuguen al extranjero. La calidad formativa no puede mantenerse simplemente aumentando plazas sin contar con infraestructuras adecuadas ni personal docente suficiente y adecuado. La excelencia necesita recursos, no milagros.

En el caso de Psicología, el cuello de botella se traslada al máster en Psicología General Sanitaria, imprescindible para ejercer en el ámbito clínico. La universidad pública apenas puede asumir una

parte mínima de la demanda, mientras proliferan los másteres privados con precios que superan los 10.000 euros. La privatización silenciosa del acceso a ciertas profesiones sanitarias es una realidad cada vez más evidente.

La excelencia no se improvisa, se construye y se protege

Odontología, por su parte, ha cimentado su prestigio en una apuesta decidida por la práctica clínica de sus estudiantes en todas sus titulaciones que, además del grado, incluye la oferta académica de tres másteres oficiales de iniciación a la especialización en condiciones de equidad en el acceso a los mismos, con la garantía de que solo se compite con el mérito y la capacidad del estudiantado sin que los condicionantes económicos desempeñen rol ninguno. Cada discente desarrolla un elevado volumen de prácticas con pacientes en escenarios reales y gabinetes propios, que resulta excepcional a nivel nacional. Ahí se justifica, en parte, su alta demanda estudiantil. Sin embargo, el propio decano, José Luis Gutiérrez Pérez, advierte sobre la saturación del mercado profesional con la merma de calidad asistencial que ello conlleva y el crecimiento descontrolado de facultades privadas que, lejos de priorizar la calidad académica, docente e investigadora, salvo muy contadas excepciones, se muestran más interesadas en multiplicar la expedición de títulos que en formar buenos y reconocidos profesionales. Advierte que algo similar, que no debe no puede pasar desapercibido, ya ha ocurrido en el ámbito de la enseñanza superior no universitaria que representa la Formación Profesional, muy singularmente con las profesiones sanitarias de esta área que también suponen una importante vía de acceso al Grado de Odontología en nuestro país. Insiste el decano en un dato que resulta concluyente: solo 4 de cada 10 universidades privadas tienen personal de investigación contratado mientras que en las universidades públicas esta cifra es de un 100 por 100. Ello es especialmente significativo porque “la enseñanza universitaria no puede centrarse solo en la docencia marginando la investigación, no basta con transferir el conocimiento, también hay que generarlo y ello es especialmente crítico en las titulaciones sanitarias y muy relevante en la Odontología. Nuestros estudiantes así lo reconocen al expresar sus preferencias”, subraya Gutiérrez.

La privatización silenciosa del acceso a ciertas profesiones sanitarias es una realidad cada vez más evidente.

Y mientras tanto, el Estado mira hacia otro lado. Ni el Ministerio de Sanidad ni muchas comunidades autónomas parecen tener una hoja de ruta clara sobre el futuro de la formación sanitaria en España. La Universidad de Sevilla ha hecho su parte, y con creces. Pero sin una inversión seria en infraestructuras, profesorado y prácticas, sin una estrategia de país que garantice la equidad en el acceso y la calidad en la formación, el modelo de excelencia corre el riesgo de fracturarse.

Es hora de que la administración pública entienda lo que los estudiantes y los docentes ya saben: la excelencia no se improvisa, se construye y se protege.

A la Junta de Andalucía le corresponde el papel de garantizar este nivel a través de diferentes actuaciones como:

- Financiación sostenible y estructural que asegure una dotación estable en el futuro.
- Coordinación entre sus diferentes Consejerías implicadas.
- Defensa del sistema público y vigilancia de la proliferación de facultades privadas que claramente amenazan el equilibrio entre oferta y necesidades en los estudios de grado y garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a los postgrados.
- Visión estratégica para garantizar que Andalucía en general y Sevilla en particular sean un referente nacional e internacional en formación sanitaria.
- La Universidad de Sevilla ha demostrado que se puede liderar sin renunciar a los valores de la universidad pública

La Universidad de Sevilla ha demostrado que se puede liderar sin renunciar a los valores de la universidad pública

En resumen: La Universidad de Sevilla ha demostrado que se puede liderar sin renunciar a los valores de la universidad pública. Pero esa excelencia no se mantiene sola: necesita una visión de futuro clara, una política educativa cohesionada y una inversión valiente. La Junta de Andalucía tiene en sus manos no solo el futuro de miles de estudiantes, sino el de la sanidad y el talento andaluz.



La **Universidad de Sevilla** (US) es una universidad pública con sede en Sevilla, Andalucía (España). Es una de las dos universidades públicas de Sevilla, junto con la Universidad Pablo de Olavide.

Es la tercera universidad española en número de estudiantes, tras la UNED y la Complutense de Madrid, y la primera de Andalucía, así como una de las más antiguas, con más de 500 años de historia.

En sus quinientos años de historia desde su fundación como Colegio de Santa María de Jesús a comienzos del siglo XVI, la Universidad de Sevilla ha atravesado diferentes etapas. En ellas hay momentos, como la crisis del siglo XIX o la Guerra Civil y posterior dictadura, que han destacado por la dificultad para ejercer la docencia. No obstante, son mayores los periodos positivos de la US, en los que ha logrado posicionarse como universidad de referencia en todas sus funciones y afrontar con éxito la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior.



La privada, injustamente acosada



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

Vivimos tiempos de una auténtica cruzada contra todo lo que huele a servicios privados ya sea en sanidad o en educación, que son pilares fundamentales del llamado Estado del Bienestar. Para quienes propugnan esta oposición, lo privado suena a facha (ese término que ya no se sabe bien qué describe), a injusto, a interesado, y lo que es más grave, a malo. Por oposición a sanidad o enseñanza públicas, a las privadas se le estigmatiza con la etiqueta de mala calidad, de negocios más interesados por el rendimiento económico que por la salud o la docencia. Para ellos, solo los servicios públicos son de calidad. Las manifestaciones del personal sanitario público suelen tener como lema “Por una sanidad de calidad y contra la privatización” como si la asistencia sanitaria provista por empresas privadas fuera, *per se*, de baja calidad. Pero, “como en botica”, hay de todo en uno y otro lado: buenos, malos y regulares. Las clínicas dentales son mayoritariamente pequeñas empresas privadas y proveen el 90 por ciento de la asistencia dental en España.

La educación como la sanidad, para que produzca los efectos de igualdad de oportunidades entre todos los ciudadanos, debe estar garantizada por el sector público

Hace unas semanas, el Ayuntamiento de una ciudad española gobernada por la izquierda radical, anunciaba que sus empleados públicos no tendrían permiso remunerado para ir al médico si acudían a un centro privado pero sí si lo hacían a uno público. Casi al mismo tiempo surgía la polémica sobre las universidades privadas y la necesidad de mejorar su regulación, acusando a éstas de dar mala enseñanza, de ser, en palabras textuales de

un relevante político, un “sacaperras”. La enseñanza primaria y la secundaria concertadas, están también bajo el foco de estos posicionamientos ideológicos y se ven cada día más castigadas por su carácter de colegio privado, a los que se les recorta subvención o directamente se intenta su supresión. Es la glorificación de los servicios públicos y la condena de los privados. Es una polémica injusta e interesada. Es la ideología por encima de la realidad.

Vaya por delante que la educación como la sanidad, para que produzca los efectos de igualdad de oportunidades entre todos los ciudadanos, debe estar garantizada por el sector público. En nuestra cultura, son consideradas un derecho fundamental. Si no existieran se perjudicaría a muchos sectores de la sociedad principalmente a aquellos más desfavorecidos. La sociedad, tal y como la concebimos, requiere una sanidad y una enseñanza públicas fuertes, robustas y universales. Pero no excluyentes. La sanidad privada (o la docencia) no entra en conflicto con la premisa de equidad. La sinergia de ambas da el nivel educativo y de salud de la sociedad. Sin embargo, la sanidad privada juega con desventaja respecto de la pública.

Lo público y lo privado no están sometidos a las mismas reglas de juego. Para empezar, los empleados públicos mantienen su puesto de trabajo independientemente de su rendimiento, su puesto no depende de su compromiso. En una empresa privada, el grado de compromiso y calidad del trabajo desempeñado van a determinar la continuidad de un puesto. Para seguir, el sistema público no tiene amenaza de quiebra, su financiación está asegurada. El endeudamiento público, a veces más allá de lo razonable, está aceptado por los políticos que nos gobiernan. No se penalizan unos malos resultados, no se reestructura, la empresa sigue funcionando. A pesar de las debilidades que muestra la sanidad pública (listas de espera, problemas de gestión y de personal, ausencia de evaluación, etc.), agravadas en los últimos

tiempos, no se acometen reformas de calado y, así, parte de la ciudadanía opta por cambiar a la privada. Al final, el paciente (cliente) elige.

La clínica privada necesita recurrir al endeudamiento pero dentro de unos límites más estrechos; debe rendir cuentas y deben estar saneadas. Sin una cuenta de resultados favorable, su continuidad se ve amenazada. Pero es precisamente la empresa pública la que debería ser la más eficiente, por ser pública, porque la financiamos todos, pero no rinde cuentas y es reacia a cualquier cambio.

Para ellos no existe la incertidumbre (más allá de las crisis sanitarias que puedan acontecer como la reciente del coronavirus). Para los privados la incertidumbre está siempre presente y empieza por algo tan simple como saber si sonará el teléfono mañana; cómo financiará la compra del nuevo equipamiento; cómo abordará las subidas salariales y sus cotizaciones, y un largo etcétera. Porque su clientela no está asegurada y sus ingresos tampoco. Los detractores de lo privado recurren interesadamente a esta diferenciación entre cliente y paciente, poniendo el acento negativo en que la privada no los trata como pacientes sino como clientes. Pero fuera de interpretaciones interesadas, los dos conceptos aplican a ambos. Porque una persona con un problema de salud es, ante todo, un paciente, pero no deja de ser "cliente" de la empresa, ya sea ésta pública o privada. Es su razón de ser.

El empleado público (léase el dentista público) no asume riesgos empresariales. Tampoco asume inversiones, el sistema se encarga de todo; su grado de incertidumbre en este sentido es inexistente. Su empleo y su salario están asegurados, no se debe preocupar por la financiación del servicio, no así en la privada. La empresa pública hace una competencia desleal en este sentido. Hasta tal punto que convertirse en funcionario es hoy una aspiración compartida por muchos jóvenes y no tan jóvenes: empleo seguro; buen sueldo; no se exige un gran compromiso; tardes libres... y una importante presión sindical para obtener mejoras y frenar cambios.

*La sociedad, tal y como la concebimos,
requiere una sanidad y una enseñanza
públicas fuertes, robustas y universales.
Pero no excluyentes*

Como médicos -médicos de la boca- no podemos aceptar este debate interesado que solo sirve a posicionamientos ideológicos que por hacer que prevalezcan, se sitúan por encima de la realidad. Públicos y privados servimos a un mismo fin: la salud de nuestros conciudadanos. Cuando la ideología se impone al análisis serio, pausado y riguroso, se pierde la noción de las cosas, se genera enfrentamiento y crispación y esto no nos lleva a buen puerto.

XXX CONGRESO SESPO
LA PREVENCIÓN
LIDERA LA ODONTOLOGÍA
MADRID 2025
17 Y 18 OCTUBRE 25

FACULTAD ODONTOLOGÍA
UCM, MADRID

UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Lactoflora®

Equilibra (tu mundo)

AYUDA A INHIBIR EL CRECIMIENTO DE LOS PRINCIPALES MICROORGANISMOS PATÓGENOS DE LA CAVIDAD ORAL:¹⁻⁴

- CRIES DENTAL
- INICIO DE LA PLACA DENTAL Y MAL ALIENTO
- CANDIDIASIS ORAL
- ENFERMEDAD PERIODONTAL



¿Gingivitis?
¿Caries?
¿Candidiasis oral?
¿Halitosis?



• MANTENIMIENTO:

1 comprimido para chupar/día después de cepillarse los dientes y/o utilizar colutorio.

• ENFERMEDAD PERIODONTAL:

2 comprimidos para chupar/día después de cepillarse los dientes y/o utilizar colutorio.

Ideal para niños y adultos con problemas en las encías, gingivitis, aftas, candidiasis oral, personas con ortodoncia, con tratamiento oncológico, con tratamiento de inhaladores orales, etc.

(1) Bosch M, Nart J, Sergi Audvert, Bonachera MA, Santos-Allemany A, Fuentes MC, Cuñé J. Isolation and characterization of probiotic strains for improving oral health. Arch Oral Biol 2012; 57: 539-549. (2) AB-Biotics, S.A. Estudio in vitro de antagonismo L. plantarum y L. brevis AB-DENTALAC® contra candida albicans. (3) AB-Biotics, S.A. Estudio in vitro de compatibilidad de las cepas L. plantarum y L. brevis AB-DENTALAC® a antisépticos. (4) Montero E, Iniesta M, Rodrigo M, et al. Clinical and microbiological effects of the adjunctive use of probiotics in the treatment of gingivitis. A randomized controlled clinical trial. J Clin Periodontol. 2017;44:708-716.

lactoflora.es



Consulte aquí para
más información



STADA
Caring for People's Health

Iniciativa pionera del Colegio de Sevilla



El Colegio de Dentistas de Sevilla pone en marcha un novedoso curso de actualización en Odontología que prepara a los dentistas para oferta pública de empleo del SAS. Esta iniciativa al brindar la posibilidad de prepararse a todos los colegiados sin duda es una clara apuesta por la igualdad de oportunidades para todos.

Se trata de una iniciativa novedosa que ha puesto en marcha la institución colegial con el fin de ayudar a los dentistas a conseguir una de las 48 plazas que el SAS oferta para la próxima convocatoria, cuyo examen será el 4 de octubre.

Un total de 121 dentistas de toda Andalucía se han inscrito en este curso que se celebra de forma presencial en Sevilla, si bien

se retransmite en directo a otras provincias como Almería, Granada y Huelva, con la colaboración de los colegios de dentistas de dichas provincias.

Son un total de 19 sesiones, dos de ellas simulacros de examen, que se desarrollarán hasta el próximo mes de septiembre.



Cabe destacar el gran cartel de profesores que se ha logrado reunir para poder cubrir todos los temas que forman parte de la convocatoria. Se trata de docentes de la Facultad de Odontología de la US, así como personal sanitario del Servicio Andaluz de Salud y asesores jurídicos para la parte general.

En palabras del presidente del CODS, Rafael Flores, se trata de algo inédito ante la inexistencia de formación preparatoria. "Hemos seleccionado ponentes de reconocido prestigio profesional y académico con amplia experiencia en los temas que van a impartir, 100 temas adaptados a las plazas del SAS".





**HAZ TU INSCRIPCIÓN
HASTA EL 30 DE JUNIO
CON LA TARIFA REDUCIDA**

**APROVECHA
LAS PROMOS**

SEPES

Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética



Ricardo
MITRANI



José
NART



Luis
NART



Gustavo
GIORDANI



Víctor
CLAVIJO



Stefano
GRACIS



David
DE FRANCO



Alexis
IOANNIDIS



Débora
VILABOA



Beatriz
VILABOA



José Manuel
REUSS



Jaime
JIMÉNEZ



Oded
BAHAT



José
RABAGO



Mariano
SANZ



Ramón
GÓMEZ MEDA



Patricia
SOLANO



Ignacio
BLASI



Álvaro
BLASI



Gonzalo
BLASI



Susana
PÉREZ DE LA FUENTE



Arturo
LLOBELL



Víctor
CAMBRA

SEPES
Bilbao 2025

54º Congreso Anual

9 - 11 de octubre

El desafío interdisciplinar



Irena
SAILER



Vincent
FEHMER



Ronald
JUNG



Andrea
RICCI



Stavros
PELEKANOS



Gregg
KINZER



Jim
JANAKIEVSKI



Juan
ZUFÍA



Vicente
BERBIS



Petra
GIERTHMÜHLEN



Eduardo
ANITUA



José Luis
ANTONAYA



Pablo
RAMÍREZ



Óscar
GONZÁLEZ



Giuseppe
ROMEO



Eva
BERROETA



Jon
GURREA



Arturo
VELA



Borja
ZABALEGUI



Beatriz
MARTÍN



Mar
COLOMA



Martín
LAGUNA



Ion
ZABALEGUI



Manrique
FONSECA



Anna
PATTISON



Acorán
BORGES

ESTÉTICA - Talleres - **PERIODONCIA** - **HIGIENISTAS** - Conferencias - **PRÓTESIS** - **ORTODONCIA** - **IMPLANTOPRÓTESIS**
Comunicaciones - **DIGITAL** - **LABORATORIO** - **ENDODONCIA** - Lunch simposios - **AUXILIARES** - **SOCIAL MEDIA**
Simposio Industria - **FOTOGRAFÍA** - **ExpoSEPES**

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.

Barcelona Dental Show 2025



Después de meses de preparación y dos días intensos llenos de innovación, aprendizajes, networking y negocios, la 3ª edición de Barcelona Dental Show concluyó con un gran ambiente de celebración por los logros conseguidos y la mirada puesta en 2027, año en que se celebrará la 4ª edición.

Según nos cuenta Leo Bernd director del evento, “BDS - Barcelona Dental Show ofrece no solo un espacio de transferencia de conocimiento e innovación para los profesionales del sector dental, sino también un punto de encuentro bienal en el que encontrar socio tecnológico y establecer sinergias”. Para ello, además de la zona expositiva y del Congreso Nacional de Odontología Avanzada, BDS también cuenta con diferentes actividades de networking como el Leadership Summit Lunch, un almuerzo con los líderes y expertos del sector; los Advanced Dentistry Awards 2025, unos galardones que reconocen el trabajo, el liderazgo y la transformación de aquellas

empresas que apuestan por la innovación y se adaptan a la nueva era de la digitalización; o los talleres Hands-on para que los profesionales del sector puedan conocer de primera mano las tecnologías y técnicas más disruptivas a través de talleres prácticos.

El acto de inauguración contó con la presencia del Director de Atención Primaria y Comunitaria de la Generalitat de Catalunya, Rafael Ruiz; la Regidora de Salud, Personas con Discapacidad y Estrategia contra la Soledad del Ayuntamiento de Barcelona, Marta Villanueva; el Presidente del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña, Germán Pareja; el Presidente de la Conferencia de Decanos de Facultades de Odontología de España (CRADO), máxima autoridad académica de la odontología Española y decano de la U.I.C el Profesor Lluís Giner Tarrida y el Director de Barcelona Dental Show 2025, Leo Bernd.







Según datos de la organización del evento, este año, 6.237 profesionales del sector se reunieron en Fira Barcelona para descubrir las 350 innovaciones presentadas por las +150 firmas

expositoras y aprender e inspirarse junto a +180 expertos que compartieron sus estrategias y casos de éxito en Congreso Nacional de Odontología Avanzada.



Congreso Nacional de Odontología Avanzada

En la misma línea de las anteriores ediciones, la inteligencia artificial ha vuelto a ser una de las grandes protagonistas del Congreso Nacional de Odontología Avanzada, confirmando su papel transformador en la práctica clínica actual y futura, y poniendo el foco en su aplicación para el diagnóstico precoz, la planificación de tratamientos y la mejora de la experiencia del paciente.

Este año, el congreso contó con 4 foros de tecnología especializada en los que se abordarán casos prácticos de aplicación de diferentes tecnologías como la Inteligencia Artificial, la impresión 3D, el uso de escáneres intraorales o soluciones de digitalización. Asimismo, se celebraron diferentes summits enfocados a cada especialidad: odontología, higiene bucal, prótesis dental, y ortodoncia.

Pere Riutord, vicedecano de la Escuela Universitaria ADEMA, subrayó el potencial de la IA para identificar de forma temprana el cáncer oral, destacando que: “No se trata de sustituir al odontólogo, sino de dotarle de herramientas que le ayuden a detectar a tiempo y con mayor precisión”.

Por su parte, Francesc Pérez, de INFOMED, presentó cómo la inteligencia artificial y las nuevas tecnologías están transformando la práctica odontológica, especialmente en el ámbito del diagnóstico por imagen y la información al paciente, mejorando la eficiencia clínica y administrativa. Incidió en que “la inteligencia artificial no sustituye al profesional, pero sí le ayuda a tomar decisiones más informadas, mejorar la comunicación con el paciente y ajustar los tratamientos de forma más precisa y económica”.

Premios BDS 2025



Uno de los momentos destacados del evento fue la entrega de premios:

- Biotech & Capital Consulting GMBH, recibió el premio FSCOE a la mejor innovación digital.
- Laboratorio Dental Ceranium en la categoría Premio COPDEC al laboratorio más innovador
- El Premio OBA Sedaciones a la mejor solución, material o tratamiento ha sido para AI Dentify Research, por su modelo de inteligencia artificial (IA) para la detección de (AOS).
- Kokuai ha recibido el Premio DONTE GROUP a la startup más innovadora.
- El Premio AECAD a la clínica dental más innovadora ha sido para Clínica Avilés y Román, una clínica con toda la innovación del sector al servicio del paciente, donde los materiales y acabados más modernos se unen a la tecnología de vanguard...

dia para ofrecer a los pacientes máximo confort y comodidad. Han sido finalistas Cambra Clínic, gracias a su liderazgo en la implementación de tecnologías digitales en la salud dental y estética dental, utilizando innovaciones basadas en la odontología digital mediante un escaneado intraoral 3D, y Clínica Dr. Valderrama, por su firme apuesta por la calidad, por la vanguardia y por la tecnología digital, siendo pioneros en instaurar un flujo digital.

También fueron reconocido los trabajos de investigación de los jóvenes talentos con el Premio International College of Dentists (ICD) a la mejor comunicación libre que fue para Rosa Postigo y el premio al mejor póster para Alex

Díaz, Salma Ben-Naim, Daniel Abad, Octavi Camps y Albert González, por "Frenectomía con láser de diodo para tratar una recesión de tipo RT1 asociada a inserción marginal del fren.

Los Advanced Dentistry Awards 2025 también han reconocido la trayectoria profesional del Dr. Pere Riutord, por su contribución al desarrollo de la profesión y su compromiso con la excelencia clínica a lo largo de los años, el premio le fue entregado por la máxima autoridad académica de la odontología española el Profesor Lluís Giner Tarrida, decano de la U.I.C. y presidente de la Conferencia de Decanos de Facultades de Odontología de España (CRADO)



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

Hablamos con José Luis Díaz González

*Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Estomatología,
Académico Correspondiente de
la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*



Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Estomatología, es Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. José Luis Díaz González ha dedicado los últimos ocho años de su carrera a profundizar en la medicina dental del sueño, un campo en constante evolución que cobra cada vez más relevancia en la odontología moderna.

Para comenzar, nos gustaría situarnos en el contexto. ¿Qué es la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS)?

La AOS es un trastorno patológico caracterizado por el colapso total o parcial de la vía aérea superior (VAS) durante el sueño. Cuando el colapso es total, hablamos de apnea, y cuando es parcial, de hipoapnea.

¿Cuáles son las principales repercusiones de la AOS en la salud de los pacientes?

La AOS puede tener graves consecuencias para la salud, incluyendo alteraciones cardiovasculares, metabólicas y neurocognitivas. Además, aumenta significativamente el riesgo de accidentes de tráfico y laborales, afectando de manera considerable la calidad de vida de quienes la padecen.

¿Cuándo comenzó el interés por la medicina dental del sueño?

Desde los estudios pioneros del Dr. Christian Guilleminault, considerado uno de los padres de la Medicina del Sueño, los odontólogos y estomatólogos han ido adquiriendo un papel clave en la detección y tratamiento de esta patología.

En 2018, se fundó en España la Sociedad Española de Medicina Dental del Sueño (SEMDES), cuyo primer presidente fue el

Dr. Manuel Míguez Contreras. Su principal objetivo ha sido consolidar el papel de los dentistas en este campo. Ese mismo año, se celebró el primer Congreso de SEMDES en Madrid y se implementaron cursos de formación para la obtención del certificado de Expertos en Medicina Dental del Sueño.

¿Cuándo se dieron los primeros pasos importantes en España en el estudio de esta especialidad?

En 2017 iniciamos nuestra andadura en este campo. En un principio, nos limitábamos a realizar historias clínicas, poligrafía respiratoria y, en casos leves y moderados, exploración con la galga de George para determinar el recorrido de retrusión a protrusión. A partir de estos datos, prescribíamos dispositivos de avance mandibular (DAM/FAM), ajustándolos progresivamente hasta alcanzar resultados satisfactorios.

A nivel histórico, en 1970 Croft y Pringle propusieron el uso de la fibroendoscopia con el paciente dormido como método de explo-

*La AOS puede tener graves
consecuencias para la salud, incluyendo
alteraciones cardiovasculares,
metabólicas y neurocognitivas. Además,
aumenta significativamente el riesgo de
accidentes de tráfico y laborales*



En 2018, se fundó en España la Sociedad Española de Medicina Dental del Sueño (SEMDES), cuyo primer presidente fue el Dr. Manuel Míguels Contreras. Su principal objetivo ha sido consolidar el papel de los dentistas en este campo

ración de la VAS. En España, la Dra. Patricia Fernández Sanjuán ha sido pionera en el desarrollo de un protocolo con calibrador para el estudio de la VAS en casos de AOS dentro del ámbito odontoestomatológico.

¿Los odontólogos en general tienen formación en esta especialidad?

No, actualmente en las facultades de odontología no se incluye formación específica sobre la AOS dentro del currículo académico.

Actualmente en las facultades de odontología no se incluye formación específica sobre la AOS dentro del currículo académico

¿Por qué considera importante que los odontólogos se formen en medicina dental del sueño?

Existen muchas razones de peso. La AOS es una patología con una alta prevalencia y está subdiagnosticada. Los odontólogos pueden desempeñar un papel crucial en su detección y manejo. Además, podemos mejorar la eficiencia de nuestros tratamientos odontológicos, ya que los pacientes con AOS suelen presentar bruxismo y desgastes dentales severos debido al reflujo gástrico, lo que explica muchas fracturas en restauraciones dentales.

Lo primero que recomiendo es aprender a diagnosticar el problema, en un primer momento tal vez no nos sintamos capacitados para tratarlo, pero todo se aprende en esta vida si se pone el empeño en hacerlo, pero si no tenemos interés en tratar estas patologías, al menos estaremos en condiciones una vez diagnosticadas de recomendar a nuestros pacientes a otro compañero que pueda hacerlo, tal como hacemos cuando derivamos la or-

todoncia o las endodoncias u otras patologías que no están en nuestra área de trabajo.

¿Dónde pueden los odontólogos encontrar información sobre medicina dental del sueño?

Recomiendo acudir al Congreso de SEMDES, que es una excelente oportunidad de aprendizaje y actualización. Este año se celebrará en San Lorenzo de El Escorial (Madrid) los días 21 y 22 de noviembre.

Cada año se unen más compañeros a este congreso y me consta la satisfacción con la que vuelven a sus consultas por lo aprendido.

Usted coordina una Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de la AOS en una clínica dental. ¿Cómo lograron la autorización para su funcionamiento?

En muchas clínicas dentales se emplea la sedación consciente para distintos tratamientos odontológicos. En nuestro caso, contábamos con la homologación para este tipo de asistencia desde hace más de 25 años. Hace ocho años solicitamos nuevamente la autorización para explorar a pacientes con AOS mediante sueño inducido por fármacos. Equipamos la clínica con los medios necesarios y el personal adecuado, incluyendo otorrinolaringólogos, especialistas en sedación y dentistas expertos en Medicina Dental del Sueño, lo que nos permitió obtener la homologación por parte de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

¿Cuentan con un protocolo de exploración para la AOS?

Sí. Evaluamos a los pacientes desde la historia clínica y exploración física en busca de signos como reflujo gástrico y bruxismo. Si hay sospecha de AOS, realizamos una poligrafía respiratoria y,

Recomiendo acudir al Congreso de SEMDES, que es una excelente oportunidad de aprendizaje y actualización. Este año se celebrará en San Lorenzo de El Escorial los días 21 y 22 de noviembre



si los resultados lo indican, una polisomnografía. Con el informe del neurofisiólogo, proponemos una DISE (endoscopia del sueño inducido) para un diagnóstico preciso.

■ ¿En que consiste una poligrafía respiratoria (PG)? ■ ¿Dónde se realiza?

Es una prueba de diagnóstico, con la que podemos determinar si después de la sospecha con la historia clínica, el paciente tiene AOS leve-Moderado o Severo. Existen dos tipos de polígrafos: Uno que consta de cánula nasal, banda torácica y abdominal y otro en el que solo se conecta un receptor pequeño, redondo pegado al cuello del paciente y un anillo en el dedo. Ambos nos dan la misma información, pero el menos invasivo o más amigable es el receptor adherido al cuello, con lo cual probablemente los datos sean más reales. Hoy en documento Internacional de Consenso (DIC) se acepta que pueda ser utilizada en las clínicas dentales y a partir de una PG, en los casos leves y moderados, se pueda proceder a colocar un FAM/DAM al paciente.

La PG se realiza en el domicilio del paciente, acudirá a la clínica y se le explica cómo colocarse el Polígrafo, es recomendable hacer más de una noche. A la mañana siguiente se imprime los resultados del estudio obtenidos a partir de un algoritmo y se le

La PSG es también una prueba diagnóstica, es la considerada estándar oro, esta prueba es mucho más completa que la PG, pues además de toda la información que hablamos antes con la PG, en esta nos dan una información muy valiosa de las fases del sueño

explica al paciente, la posición en la que ha dormido, las de saturaciones (CT90), los ronquidos y los índices de Apneas e Hipoapneas, por destacar los datos más relevantes.

■ ¿Y una polisomnografía (PSG)?

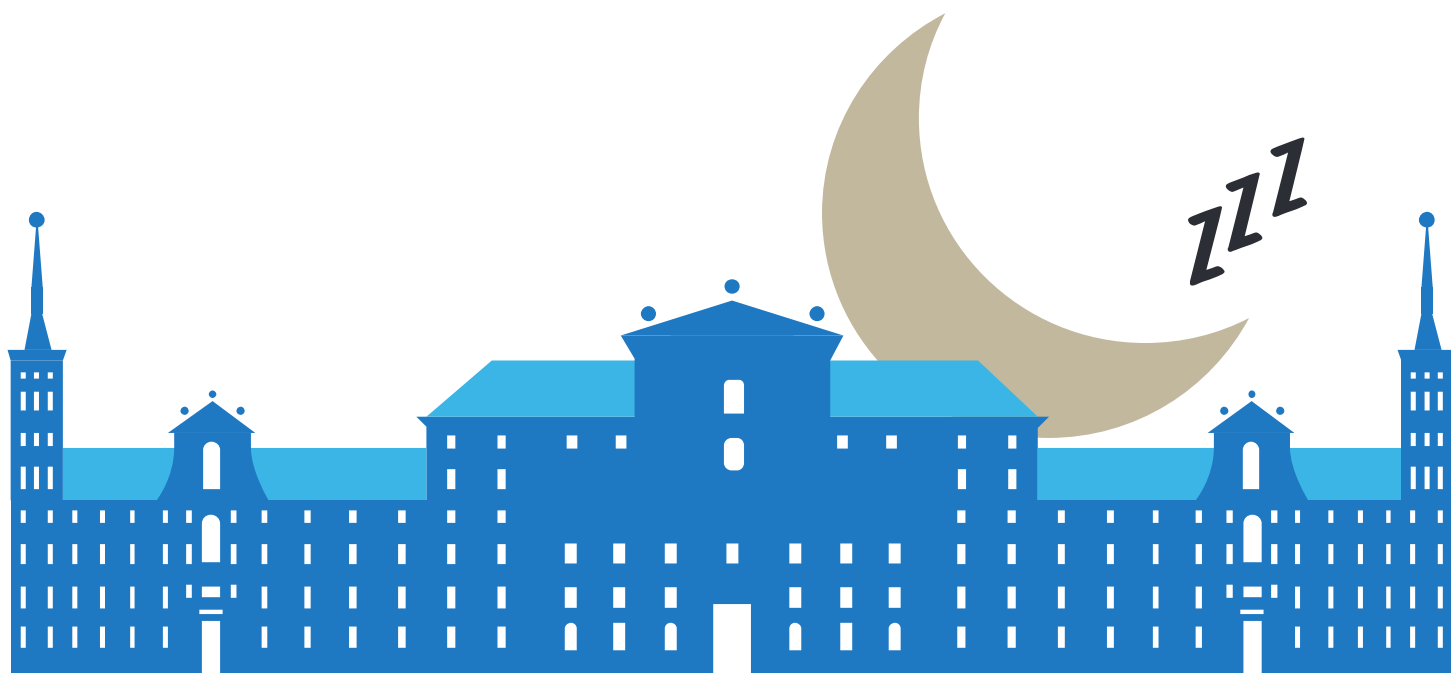
La PSG es también una prueba diagnóstica, es la considerada estándar oro, esta prueba es mucho más completa que la PG, pues además de toda la información que hablamos antes con la PG, en esta nos dan una información muy valiosa de las fases del sueño, siendo este un dato importante. Aquí la lectura de datos y la interpretación de los mismos lo hace un Neurofisiólogo, quien emite un informe firmado. Se puede hacer en las Unidades de Sueño a nivel hospitalario o en domicilio, este es nuestro caso, el paciente acude a la clínica al final del día, se le colocan todos los sensores y se va a su domicilio a dormir o en caso de pacientes de fuera duermen en hotel cercano y a primera hora le retiramos sensores y enviamos información al neurofisiólogo, quien interpreta y emite informe. En este caso y a diferencia de la PG donde tenemos tres canales, en la PSG son siete.

■ ¿Cómo determinan el tratamiento a seguir?

Cada caso requiere un abordaje personalizado. A partir del informe de la DISE, el otorrino recomienda dispositivos de avance mandibular, CPAP, terapia combinada, tratamiento con láser, fisioterapia, logopedia o nutrición.

■ ¿Cree que se deben impulsar unidades ambulatorias con equipos interdisciplinarios?

Sin duda. Agradecemos a Odontólogos de Hoy por ayudarnos a divulgar esta información y animamos a los profesionales a formarse y a crear equipos especializados para mejorar el diagnóstico y tratamiento de la AOS.



VIII CONGRESO SEMDeS

22 NOVIEMBRE 2025
SAN LORENZO DEL ESCORIAL - MADRID



Los Trastornos del Sueño en la Mujer:
La importancia de un diagnóstico precoz



Hablamos con Alberto Cabo Nadal

*Miembro del Comité Organizador del
Congreso 2025 del Centro de Estudios
Odontoestomatológicos de Valencia (CEOE).*



- Licenciado en Odontología. Universidad de Valencia 1994/99.
- Diploma de Prótesis Dental, Universidad de Valencia.
- Máster en Implantología. Dr. Julio Pitarch. Valencia 2002.
- Profesor asociado de la Unidad docente de Prostodoncia y Oclusión. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia.
- Profesor Colaborador del Máster de Prótesis Dental Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia.
- Miembro del Comité Organizador del Congreso 2025 del Centro de Estudios Odontoestomatológicos de Valencia (CEOE).

¿Qué es el CEOE? ¿Cómo nació? ¿Qué distingue al CEOE de otras entidades dirigidas a la formación continuada?

El CEOE es el Centro de Estudios Odontoestomatológicos de Valencia, es una sociedad ya veterana dedicada a la formación continuada, muy relacionada con el ámbito universitario y sin dejar nunca de lado todas las novedades del sector dental.

Perteneces al Comité Organizador del próximo congreso CEOE que se celebrará en Elche del 19 al 21 de junio. ¿A quién está abierto este congreso? ¿Qué novedades presenta?

Este año desde Valencia, organizamos la LII Reunión Anual, que se celebrará en junio en la ciudad de Elche.

Tanto el centro en sí, y más concretamente esta reunión que se viene celebrando desde hace décadas, siempre se ha caracterizado por su programa multidisciplinar, donde intentamos tocar todas las áreas relacionadas con la odontología, se trata de un congreso dirigido tanto a estudiantes de últimos cursos que les servirá de experiencia para iniciarse en este tipo de reuniones, a odontólogos recién licenciados con ganas de seguir adquiriendo conocimientos, como para ya profesionales con experiencia donde recibirán excelentes ponencias de grandes especialistas. Llevamos casi 2 años preparando este evento, dedicándole mu-

chísimas horas, somos un grupo formado por gente de varias universidades, dirigidos por el Dr. Fernando García-Sala, compañero de la Universidad de Valencia, donde hemos mimado detalles como la elección de la localización de la Sede, la elección de los ponentes a participar, la elección del programa, de los actos sociales, donde hemos cuidado muchísimo a las casas comerciales para que estuvieran presentes, las cuales son imprescindibles para el éxito del congreso.

En resumen estamos muy orgullosos de la forma que está cogiendo el evento, y estamos convencidos que la gente que acuda a Elche saldrá muy satisfecha del mismo.

¿Cómo habéis orientado desde el comité organizador este congreso?, ¿Qué va a encontrarse el congresista?

La idea es hacer ponencias cortas y directas, de poco menos de una hora, muy dinámicas, donde pueda haber interacción con los oyentes, y de las que de cada una el participante pueda sacar varios "tips" que pueda utilizar inmediatamente en su clínica.

¿Qué proyectos futuros tiene el CEOE a corto y medio plazo?

La verdad es que no paramos, estamos en continua búsqueda de cursos, conferencias y congresos que puedan interesar tanto

a estudiantes como a profesionales ya con experiencia. Tenemos a disposición de los interesados una web donde no dejamos de actualizar toda esta información (www.centroestudiosoe.es).



Miembros del comité organizador de congreso.

¿Un motivo para visitar Elche? ¿Otro para no perderse este congreso?

No podéis perderos este congreso, donde cuidamos al detalle todo el programa para que sea lo más potente posible, no hay más que mirar el elenco de los ponentes, todos con gran experiencia en este tipo de eventos, y donde tampoco descuidamos la parte lúdica y social, y todo esto en una ciudad que cuenta con tres patrimonios de la Humanidad otorgados por la Unesco, donde estaremos acompañados de un clima y una gastronomía envidiable.

Es imposible encontrar un motivo para no asistir, y además todo esto dentro del marco de un Hotel espectacular, "Hotel Huerto del Cura", que para el que no lo conozca es una maravilla situada entre los famosos palmerales de la ciudad.

Formas parte del equipo docente de la Universidad de Valencia, en la que cursaste tus estudios en las primeras promociones de la licenciatura en odontología. ¿Cómo ha evolucionado el programa docente en odontología en estos años?

La verdad es que llevo muchos años ya en la Universidad, donde he visto evolucionar el programa docente de manera notable, principalmente por 2 motivos, por un lado el avance continuo de

los materiales en el campo odontológico a lo largo de los años, existe una carrera de la industria donde se dedican muchos recursos para la evolución y mejora de los materiales y eso nos obliga a ir actualizando la enseñanza a nuestros alumnos. Y por otro lado, un factor que ha hecho avanzar también de manera significativa nuestra profesión, es la digitalización y el mundo de los escáneres, nos ha dado un empujón cualitativo a nuestro trabajo diario y esto también lo plasmamos en la enseñanza como no podría ser de otra manera.

¿Cuál crees que debe ser el primer valor por destacar para dedicarse a la odontología?

Sin duda, y como en cualquier especialidad sanitaria, el primer valor a destacar para dedicarse a la odontología es el querer mejorar la vida de los demás a través de la salud, es decir, encontrar la satisfacción en poder ayudar a nuestros pacientes restableciendo su salud oral, si perdemos de vista este objetivo principal, estaremos alejándonos mucho de la verdadera función de nuestra profesión.



El Dr. Fernando García-Sala presidente del comité organizador en la U.V.

¿La proliferación de plazas de estudio de odontología en universidades privadas está generando una plétora de titulados, como percibes el futuro de la profesión?

Ja, ja, ja... , pues para no mentirte, te diré que no lo veo muy bien, es un tema que me preocupa desde hace años, está claro que las demandas tanto estéticas como de salud por parte de los pacientes han aumentado, haciendo necesario el aumento de profesionales para poder atender a la sociedad. Pero el au-

mento que se ha producido tan exagerado del número de recién titulados hace prever un futuro cuanto menos dudoso, llegará un momento que sinceramente tantos profesionales que no será bueno para nuestra profesión.

¿Una recomendación para los que están iniciando sus pasos en la profesión?

Mi recomendación sería que no tuvieran prisa, que se tomen con calma sus inicios, nuestra vida laboral empieza muy pronto y tenemos muchísimos años para trabajar, es muy importante formarse bien al principio, no tener prisa en trabajar para facturar, hacer incluso alguna especialidad, sobre todo que compaginen sus inicios en la profesión con la formación continuada,

es imprescindible estar bien formados y sobre todo actualizados para hacer frente con éxito a todos nuestros tratamientos con los pacientes.

Una pregunta personal. ¿Además de la odontología, qué otras actividades ocupan tu vida?

Pues te cuento, a pesar de dedicar muchas horas a la semana a la odontología, tanto a nivel privado como a nivel de Universidad, y es algo que me llena mucho, en cuanto tengo tiempo libre lo dedico al deporte en general, siendo mi verdadera pasión el kitesurf, me parece lo máximo, relación directa con el mar junto con chutes de adrenalina, y por supuesto dedicarle tiempo a mi familia es la otra válvula de escape de nuestro día a día.

Centro de Estudios Odontoestomatológicos de Valencia (CEOE)

El origen del C.E.O.E. se remonta al año 1968 cuando un grupo de amigos y odontólogos valencianos crean la Agrupación de Financiación de Cursos, siendo pioneros en la visión de compartir y la necesidad de agrupar esfuerzos para formarse continuamente y ser cada día mejores profesionales. En el año 1972 esta iniciativa evoluciona a la creación de la Academia de Estudios Estomatológicos de la III Región que se convierte en una referencia en la formación continuada en Valencia, Castellón, Alicante, Murcia y Albacete.

El esfuerzo, el compromiso de sus socios y la ilusión constante por fomentar una odontología basada en el respeto, la calidad y la amistad entre dentistas da finalmente lugar en 1998 a la fundación del Centro de Estudios Odonto-Estomatológicos de Valencia (CEOE). El CEOE en colaboración con el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia, es hoy una referencia en la formación continuada para dentistas, en la defensa de los valores de la odontología y en la unión de colegas de profesión. Ciencia, valores y germanor son los pilares que han hecho y continuarán haciendo del CEOE una asociación exitosa. Nuestros socios dentistas son la esencia de nuestra existencia y los mejores embajadores de nuestra misión: apoyar la excelencia científica y la formación continuada en odontología por y desde Valenci



19 al 21 de junio de 2025

Centro de Estudios
Odonto-Estomatológicos
Valencia

CEOE



LII REUNIÓN ANUAL
ELCHE 2025

Sede:
Hotel Huerto del Cura

www.reunionanualceoe.com

Hablamos con Carmen Martín Carreras-Presas

Profesora Titular de la Universidad Europea de Madrid



Doctora en Odontología con Mención Europea por la Universidad Europea de Madrid- Universidad de Riga Stradins. (2013). Exsecretaria del Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región (COEM). Miembro de sociedades científicas SEMO, SEGER, SEPES, SEOC. Autora de más de 30 artículos de investigación y capítulos de libros. Investigadora Principal del grupo SOUL de la Universidad Europea de Madrid (*Special Care Dentistry, Oral Medicine and Quality of Life*). Estancias de investigación en la Universidad de California Los Ángeles (UCLA) en 2017 y 2018, y en la Universidad de Riga en 2013. Directora del Máster en Estética Dental de la Universidad Europea de Madrid (8 ediciones) Profesora Titular de Patología Médica Bucofacial y Manejo Odontológico de Pacientes Especiales de la Universidad Europea de Madrid. Acreditada contratado Doctor por la ANECA, 1 sexenio de investigación activa.



Carmen Martín será una de las ponentes del “Taller de Biopsias” dentro del congreso que las sociedades científicas, SEMO, SEGER y SEDCYDO celebrarán este año en mayo, en Madrid. Aspecto de vital importancia para un completo diagnóstico y muchas veces apartado del proceder habitual en las clínicas. Junto a su dedicación profesional a la Medicina Bucofacial se une su experiencia en el ámbito colegial al haber sido secretaria de la Junta de Gobierno del Colegio de la Primera Región (COEM).

La Medicina Oral la ligamos automáticamente a “cáncer oral”. ¿Es este el único problema o nos estamos cerrando a diagnosticar otras patologías?

Se dice que la saliva y la cavidad oral pueden ser el espejo de lo que ocurre en nuestro cuerpo. Existen numerosas patologías que pueden manifestarse en la cavidad oral, como reflejo de alguna alteración sistémica. Un ejemplo de ello, son las úlceras de repetición que en ocasiones se deben a algún tipo de déficit hematológico, o las candidiasis orales en pacientes inmunodeprimidos. A su vez, la saliva puede ser una herramienta diagnóstica interesante. A través de la saliva se pueden diagnosticar enfermedades endocrinas o alteraciones cardiovasculares, se puede monitorizar los niveles de medicamento que se ha tomado un paciente. Por lo que la medicina oral abarca un campo mucho más extenso que sólo el cáncer oral. Podemos diagnosticar enfermedades sistémicas con manifestaciones orales y en-

fermedades mucocutáneas, afectaciones en la secreción salival como la xerostomía o la sialorrea... La verdad que a través de la exploración de la cavidad oral podemos saber un montón de cosas sobre los pacientes, sus hábitos, y su estado de salud físico y psicológico.

“la medicina oral abarca un campo mucho más extenso que sólo el cáncer oral”

¿Cómo valoras el conocimiento de los odontólogos españolas en patología oral?

Desde mi punto de vista, existen muy buenas facultades de odontología en España, donde se forma con un altísimo nivel de conocimiento a nuestros odontólogos. Por tanto, creo que la formación universitaria en España proporciona una base sólida en medicina oral, existiendo variaciones interinstitucionales, pero quizá destacaría la importancia de la realización de cursos de formación continua para mantenerse actualizados sobre los últimos avances en el diagnóstico y conocimiento de la patología oral, y demás aspectos de la odontología.

La formación continuada debería ser un requisito para todos los profesionales sanitarios en activo. De esta forma, nos aseguráramos de que los pacientes reciben los mejores tratamientos disponibles con la evidencia científica actual.

¿Cuáles son los principales signos y síntomas que nos deben llevar a descartar cáncer oral?

El cáncer oral puede aparecer en la cavidad oral “de novo”, es decir de un día para otro y sin que hubiera ninguna lesión preexistente en la zona afectada, o partiendo de un desorden potencialmente maligno, como la leucoplasia, la eritroplasia o el liquen entre otras. La labor del odontólogo consiste en realizar revisiones de forma sistemática para detectar cualquier cambio en la mucosa oral de nuestros pacientes, hacer un diagnóstico correcto e instaurar un tratamiento adecuado. El odontólogo debe comprobar la evolución de la lesión hasta su resolución completa, para poder actuar con rapidez en el caso de que el diagnóstico inicial no fuera el correcto. Respondiendo un poco más directamente a su pregunta, cualquier lesión detectada en la mucosa oral, que una vez eliminada la supuesta causa no desaparece o tiende a desaparecer en 10-15 días debe ser es-

tudiada de forma minuciosa. Esto aplica especialmente a úlceras no dolorosas, con bordes evertidos, fondo sucio y tiempo de evolución indeterminado, de la cual desconocemos la causa.

A las consultas llegan pacientes enfermos de cáncer localizado fuera de la boca. ¿Está el odontólogo suficientemente concienciado y preparado para atender a estos pacientes?

Los planes de estudios en las Universidades españolas abordan el manejo odontológico de los pacientes con cáncer. Es conveniente aplicar los protocolos de actuación elaborados por expertos, para que los pacientes reciban los mejores cuidados siempre basados en la evidencia disponible. Un paciente que va a ser sometido a quimioterapia o radioterapia de cabeza y cuello no debería sufrir ninguna complicación por una causa dental que pudiera haberse previsto. Por eso es tan importante que también los médicos oncólogos deriven a los pacientes con tiempo suficiente a las clínicas dentales para poder poner en salud la cavidad oral de estos pacientes para que no tengan ningún problema durante su tratamiento oncológico. Los protocolos post tratamiento oncológico también deben tenerse en cuenta, ya que habrá tratamientos contraindicados en los primeros meses post radio o quimioterapia.

El taller del que serás ponente junto a la Dra. Irene Lafuente, tiene su enfoque dirigido a la “Biopsia” ¿Puedes resumirnos aquí brevemente cuando, donde, por qué y para qué?

La presidenta del congreso de la Sociedad Española de Medicina Oral, que se celebrará del 8 al 10 de mayo de este año en la Universidad Complutense de Madrid, la Dra. Rocío Cerero, nos pidió que realizáramos este taller eminentemente práctico, dentro de un programa formativo de altísimo rigor científico.

Durante el taller, cuyo modelo experimental está registrado en la propiedad intelectual, los cursillistas realizarán distintos tipos de biopsias indicados según el diagnóstico de presunción. Apre-

“cualquier lesión detectada en la mucosa oral, que una vez eliminada la supuesta causa no desaparece o tiende a desaparecer en 10-15 días debe ser estudiada de forma minuciosa”

derán a fijarse en los detalles clínicos, y a huir de las complicaciones anatómicas en el caso de que las hubiera, realizando así una toma de muestra segura y eficaz para proceder a su análisis y estudio anatomopatológico.

La Dra. Lafuente nos ilustrará sobre cómo remitir la muestra al patólogo de forma correcta y cómo interpretar los resultados del estudio. Es importante proveer al patólogo de todos los datos clínicos que podamos para que pueda ayudarnos a comprender de forma microscópica lo que ocurre a nivel macroscópico.

¿Y después de la biopsia, cual es el proceso que debemos seguir?

Pues como buena gallega, a esta pregunta debo contestar con un “depende”. Es obligación del clínico dar los resultados de la biopsia en persona. Suelo dar una cita para retirar las suturas y entregar resultados. De esta forma, compruebo si la cicatrización de la cirugía ha sido correcta, y puedo entregar el informe y las recomendaciones en mano. Si la lesión es benigna, hay que explicar al paciente las recomendaciones a seguir y el riesgo de recidiva si lo hubiera. Si la lesión es maligna, es mejor hablar con el paciente y explicarle el plan de acción en persona, menos frío, más cercano y ético. No podemos olvidar que una parte muy importante es acompañar a los pacientes a nivel emocional, aunque ya no podamos hacer más que derivarles al hospital para su tratamiento con el servicio de maxilofacial. Es importante elegir bien las palabras, ser firme, y no permitir que el paciente entre en fase de negación y comience a dar vueltas.

El consejo de odontólogos de España tiene firmado un acuerdo con todos los hospitales públicos que tengan servicio de cirugía maxilofacial. Un odontólogo que realiza una biopsia incisional cuyo resultado es un carcinoma oral de células escamosas (COCE), puede remitir al paciente al servicio de cirugía maxilofacial que le corresponda, de forma urgente. Con esta medida, al paciente se le realiza el preoperatorio y se le opera o da tratamiento oncológico específico muchísimo más rápido que si tuviéramos que derivar al paciente a su médico de cabecera. No podemos olvidar que el COCE metastatiza y la esperanza de vida de estos pacientes podía verse afectada radicalmente si el diagnóstico se retrasa. Los retrasos diagnósticos suponen hasta

un 30% de las denuncias por mala praxis y negligencia en la actualidad.

¿Hacemos suficientes estudios anatomo patológicos los dentistas?

Desconozco las estadísticas, pero en general sabemos que cuántos más años de experiencia tiene un odontólogo, más importancia le da a la realización de estos estudios anatomopatológicos. Los odontólogos con perfil quirúrgico no suelen tener problemas a la hora de realizar la toma de biopsias, pero soy consciente de que aún hay mucho por hacer, y que hay muchos compañeros que tienen un bloqueo mental cuando se encuentran una lesión en la mucosa. Para ello, la realización de cursos, conferencias y talleres en congresos y colegios es fundamental para que estos compañeros que dudan se sientan más seguros en qué hacer, cuándo derivar y a quién por el bien del paciente.

Has pertenecido a la Junta de Gobierno del Colegio de Madrid. ¿Cómo valoras esta etapa de tu vida? ¿Qué circunstancias a destacar concurren en ese periodo? ¿Valoran los colegiados la labor del colegio?

Efectivamente, durante casi 8 años estuve en la Junta del Colegio de Odontólogos de Madrid, 4 de vocal y los últimos 3 de secretaria. En esa etapa, realizamos labores importantes, ya que justo estallaron casos, I-dental y Dentix... que han sido una desgracia para la profesión y para los que amamos la odontología. Es curioso como los responsables de estos casos, en particular, el primero, han sido ya juzgados por los aspectos económicos y de seguridad social y aun seguimos esperando la respuesta de la justicia por los daños a la salud pública. Hubo muchísimos afectados y fue una época difícil. El Colegio estuvo muy implicado en esos casos y en otros similares, menos mediáticos, siempre defendiendo el núcleo de la profesión y la salud de los pacientes, siempre tomando la iniciativa en el ejercicio de acciones legales. Hacerte consciente de que hay personas capaces de utilizar el conocimiento para aprovecharse de los demás, infligiendo daños irreversibles por su propio beneficio, fue muy duro y frustrante.

El colegio tiene la obligación de defender a la profesión y, con ello, a los colegiados que ejercen dentro de los límites de la legalidad, la ética y la deontología. Pero también debe proteger a los pacientes de odontólogos negligentes y promover una odontología de calidad.

Quizá lo más significativo que consiguió la Junta en mi etapa de secretaria fue la realización de los protocolos COVID para trabajar con seguridad en las clínicas dentales y toda la orga-

“cuántos más años de experiencia tiene un odontólogo, más importancia le da a la realización de estudios anatomopatológicos”



nización de la vacunación COVID; la contratación de enfermeros y la organización de los turnos del personal en función de las guardias que tuvieran en sus puestos de trabajo habituales en plena pandemia fue algo inaudito, un trabajo arduo y nunca visto anteriormente. Siento que esto fue posiblemente lo más relevante desde el punto de vista emocional que hemos podido hacer y lo que más impacto beneficioso ha podido generar en nuestros compañeros odontólogos.

Tampoco debemos olvidar la suscripción y gestión del Convenio para la asistencia bucodental de la población infantil (Programa PADI) con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, por la que los colegiados adheridos pasaron a prestar una parte de la cartera de servicios del sistema sanitario público.

Estoy orgullosa de haber podido aportar mi granito de arena, junto a compañeros de la talla de Bruno Baracco, Natalia Navarrete, David Rubio, María Dolores Temprano, Silvia Ascasíbar, Elena Villalta, Isabel Pernia, José Aranguren, J. López Quiles y Tarek El-Halabi... grandes compañeros de los que he aprendido mucho y de los que me llevo un grandísimo cariño y recuerdo. También aprendí lo que era la política colegial y otras cosas relevantes de la mano de Antonio Montero y Marisol Ucha. Pero sin duda, lo mejor del COEM, es su personal, Lola, Miguel, Arancha,

Nuria... y todos los que trabajan en el colegio, son grandísimos profesionales que hacen que todo vaya como la seda y que el colegio de Madrid funcione a las mil maravillas.

Creo sinceramente que muchos colegiados no son conscientes de todo lo que el colegio hace por la profesión y por nosotros, los colegiados. En mi opinión, debería ser recomendable para todos los odontólogos que se colegiasen en España, que hicieran un tiempo de colaboración obligatoria en sus colegios. Podían aportar sus ideas, colaborar con sus conocimientos, observar cómo son las relaciones con la administración, y comprobar la cantidad de trabajo y gestiones que se realiza en el colegio a diario. De esta forma, agradecerían más todos los servicios que el colegio pone a su disposición. Es normal que, si no son conscientes, no lo valoren. Y en ocasiones, se nos recriminaban cosas, como que no hacíamos nada por promover los números clausus en las universidades, o por ayudar a compañeros de otros países a homologar sus títulos, cuando eso es exclusivamente labor del Ministerio de Educación y el único órgano que, en todo caso podría hacer algo, es nuestro órgano superior, el Consejo de Dentistas. Entiendo que el desconocimiento y lo injusto de algunas situaciones, a veces puede llevar a la desesperación.

¿Para terminar, una recomendación para los que está comenzando su andadura en la profesión, y otra para los que ya llevan muchas jornadas a sus espaldas?

A los que están empezando, les recomendaría que sueñen alto, que no se pongan límites en este mundo globalizado, y que piensen cómo les gustaría vivir su vida. Pueden dibujar su futuro del color que deseen, pero siempre sabiendo dónde quieren llegar y qué están dispuestos a sacrificar. Las cosas buenas siempre se consiguen con esfuerzo, perseverancia y disciplina. Y un poquito de suerte.

A los compañeros que llevan años de profesión como yo, les diría que sigan actualizándose, y que sigan disfrutando cada día de nuestra profesión. Para mí, una de las más bonitas del mundo. Me siento muy afortunada de poder dedicarme a lo que me apasiona y poder compartir esta pasión formando a nuevos compañeros, y ayudando a otros compañeros a seguir actualizándose en nuevas herramientas como la aplicación del ácido hialurónico para armonización del tercio inferior o las nuevas tecnologías. Les diría que nunca dejen de aprender, para mí es una forma de mantener la ilusión y de seguir ofreciendo los mejores tratamientos de manera individualizada y personalizada para cada paciente.

Implantes dentales con GPS: cómo no perderte en la implantología de precisión

Dr. Pedro M. Guitián Lema, MD, DDS, MCs, PhD.
Clinica Guitián, Vigo



Durante años, la colocación de implantes a mano alzada fue lo más habitual, es como hemos aprendido casi todos, diría que la mayoría de los que nos dedicamos a esto.

Aunque muchos profesionales son altamente hábiles, la posibilidad de cometer errores sigue siendo alta. Entre la planificación, la ejecución, especialmente en casos complejos o con anatomías comprometidas sabemos que se podrían generar problemas.

A finales del siglo pasado en la década de los 90 se comienzan utilizar las primeras férulas de cirugía guiada para implantes dentales, pero no es hasta principios de este siglo cuando comienzan a popularizarse las férulas o plantillas quirúrgicas para la cirugía guiada estática, con la aparición de la planificación en 3D y la posibilidad hoy en día de imprimir férulas basadas en el CBCT del paciente, se produjo un gran salto a la hora de aumentar la precisión de los tratamientos, sin embargo, esto requiere fabricar una férula quirúrgica antes de intervención y si deseamos cambiar algo durante la misma, por ejemplo la posición del implante por hallazgos imprevistos, todo lo que hemos hecho, no nos va a permitir continuar tal y como habíamos planificado y tendremos que pasar probablemente a hacer una cirugía invasiva frente a una mínimamente invasiva.

Actualmente, la cirugía asistida por navegación se ha integrado en la práctica habitual de algunos profesionales clínicos; sin embargo, aún es limitada la adopción generalizada de esta técnica entre los médicos. La cirugía navegada emplea un sistema de rastreo en tiempo real con cámaras y localizadores que guían al cirujano durante la preparación de lecho implantario, permitiendo correcciones y ajustes de manera instantánea.

Este último método podríamos ubicarlo en el punto intermedio entre la cirugía convencional y la robótica pura, ofreciendo un alto grado de control y precisión sin sacrificar la flexibilidad necesaria, que en ocasiones se requiere a la hora de realizar una intervención de este tipo.

Beneficios de la navegación dinámica

Visualización en tiempo real

La cirugía navegada nos proporciona una referencia tridimensional, de manera continua de los instrumentos que estemos empleando y de la anatomía del paciente. El cirujano puede ver exactamente en dónde está la fresa o el implante a medida que se avanza y de esta manera se pueden confirmar el ángulo y profundidad de manera instantánea, algo que sin duda mejora la seguridad y reduce enormemente el margen de error.

Mayor precisión

Distintas publicaciones señalan ya de manera evidente que la desviación en la posición y el ángulo del implante se reducen de una manera significativa con la navegación, sobre todo en comparación con la cirugía mano alzada, incluso estos estudios reportan ya valores de precisión superiores a los obtenidos con plantillas estáticas.

Flexibilidad y adaptación inmediata

Una limitación frecuente de las guías quirúrgicas es la dificultad que podemos tener para modificar el plan de tratamiento. Una vez que el paciente ya está en el sillón con una cirugía dinámica pilotada si se detectase por ejemplo hueso de menor densidad, y que nos obliga en ocasiones a cambiar la posición del implante, esto evitaría errores y podemos ajustar el fresado y la longitud de los implantes sobre la marcha, ya que el sistema está navegando con y por nosotros, no dependemos de una plantilla fija.

Procedimientos en el mismo día

Al no requerir la fabricación de una férula que se puede tardar horas y más frecuentemente días en elaborarse, es posible planificar y llevar a cabo la cirugía en una misma sesión, lo cual optimiza los tiempos y facilita la experiencia del paciente de una manera extraordinaria. Es una enorme ganancia de tiempo para todos.

Ergonomía para el profesional

La postura que empleamos en la navegación es una postura más erguida, ya que los monitores nos facilitan una visualización directa de la trayectoria, una pantalla y de esta manera, minimizamos, posiciones incómodas o inclinaciones excesivas sobre el paciente y sobre el campo quirúrgico.

Desmitificando las “desventajas” y la curva de aprendizaje de este método

Sabemos que muchos colegas podrían pensar que el uso de sistemas navegados supone una gran inversión de tiempo y un incremento en la complejidad técnica de nuestros procesos. Si bien existe una curva de aprendizaje, como ocurre con todas las tecnologías novedosas, una vez que se domina la planificación o ejecución fluyen con mucha rapidez.

En efecto, si le dedicamos tiempo a la preparación inicial del caso, vamos a ganarlo en la precisión, lo que suele traducirse en cirugías más rápidas, con muchos menos imprevistos y que a la larga reduce el tiempo total invertido en cada tratamiento.

Aplicaciones clínicas de la cirugía navegada

Implantología en casos complejos: cuando tenemos poco volumen de hueso o existen estructuras anatómicas de riesgo, el nervio dentario, o seno maxilar, la navegación en tiempo real evita sorpresas inesperadas.

Pacientes edéntulos totales: usando un marcador especial para maxila o mandíbula y con los microtornillos de testigo, la navegación, nos permite colocar múltiples implantes con una precisión extraordinaria ahorrando tiempo y haciendo una cirugía mínimamente invasiva, al hacer por ejemplo, una técnica All On Four sin dar un solo punto de sutura, ya que no es necesario abrir un colgajo, nos permitirá hacer una carga inmediata con enorme precisión y eso es algo tremendamente satisfactorio, tanto para al paciente como para su entorno y para nuestro propio equipo.

Localización de dientes incluidos: usando estos dispositivos y estas técnicas, podemos aplicarlas para hacer un abordaje óptimo en el caso de terceros molares complejos con proximidad al nervio dentario o en relación íntima con el mismo, caninos incluidos, dientes supernumerarios, incluso nos puede permitir la localización de conductos a la hora de hacer una endodoncia, del mismo modo que podemos ver en directo la anatomía de la

zona en la que nos estamos moviendo, podríamos ver también en directo la longitud de un conducto a la hora de hacer una endodoncia, la conductometría la estamos haciendo en el mismo momento del procedimiento y en directo.

Perspectiva académica y universitaria

Algunos colegas se plantean la pregunta de cómo introducir la cirugía navegada en las nuevas generaciones, creo que tienen más facilidad que nosotros para adoptarla, desde las universidades y centros de formación se pueden implementar simulaciones y hacer entrenamiento virtual para familiarizar a los odontólogos con la interfaz y la dinámica de la navegación.

La experiencia nos indica que tras las primeras 10 o 15 cirugías con supervisión y entrenamiento, los profesionales adquieren la confianza suficiente para hacerlas de manera rutinaria. El enfoque universitario además va a fomentar la investigación y la aplicación de los resultados clínicos objetivos, contribuyendo de esta manera a un nivel de evidencia que sustenta la eficacia y seguridad de esta técnica.



Consideraciones para la práctica diaria

Inversión en tecnología: un sistema de cirugía navegada requiere una inversión inicial tanto en el equipo como el entrenamiento del personal. No obstante, el retorno de inversión inicial se verá reflejado en la mayor satisfacción de los pacientes y en la eficacia de nuestros tratamientos y horas de ahorro de trabajo desde el momento en que la curva de aprendizaje se completa.

Flujo de trabajo digital: la cirugía navegada la podemos integrar en un flujo de trabajo con los CBCT, escáneres intraorales y software de planificación, prever cómo va a ser la prótesis, nos va a permitir hacer un trabajo de una implantología protéticamente guiada, es decir, vamos a poner unos implantes para una prótesis que es el objetivo último de nuestro tratamiento y no el contrario, hacer una prótesis para unos implantes que hemos puesto y a ver cómo nos arreglamos después, esta reflexión bajo mi punto de vista, forma parte ya de un acto de responsabilidad para con nuestros pacientes y con la profesión.

“Vamos a poner unos implantes para una prótesis que es el objetivo último de nuestro tratamiento y no el contrario”

Capacitación continua: en cualquier procedimiento actualizarse y mantener una curva de aprendizaje en ascenso. Es una de las claves para que esta herramienta sea realmente efectiva.

Conclusiones

La cirugía navegada hoy se posiciona como una opción de gran valor en la implantología actual. Ofrece ventajas indudables en la precisión del tratamiento, reduce complicaciones y amplía las posibilidades de brindar flexibilidad intraoperatoria. Y aunque es cierto que tiene una curva de aprendizaje y exige una adaptación tecnológica, los beneficios que ofrece tanto al profesional como al paciente son muy claros.

En un entorno, cada vez más competitivo y orientado hacia la excelencia en el que vivimos hoy en día, la cirugía pilotada se

presenta como un aliado para quienes queremos ofrecer un tratamiento de máxima calidad, con menos trauma quirúrgico y postoperatorios muy benignos, ofreciendo de este modo una experiencia muy grata al paciente. Así, la integración de estos sistemas en nuestro día a día y en la formación de nuevos profesionales, creo que marcarán un paso definitivo hacia la implantología del futuro que estoy convencido, estará aliada con la robótica, tal y como está ocurriendo por ejemplo en los Estados Unidos y en China. Sería deseable que la legislación europea no se quedase atrás a la hora de permitir usar estos dispositivos. En los Estados Unidos, los robots están poniendo un implante cada seis minutos de media, 24 horas al día, 7 días a la semana 365 días en año.

En definitiva, **esta tecnología no busca reemplazar la experiencia o el conocimiento clínico, sino hacerlos más fuertes.** Es una herramienta que bien utilizada ofrece una forma más segura, predecible y eficaz de trabajar, esto nos acerca a una máxima que es ofrecer a nuestros pacientes lo mejor que les podemos dar.

Es nuestra obligación.



Fig. 2. Pantalla de control de una cirugía pilotada.

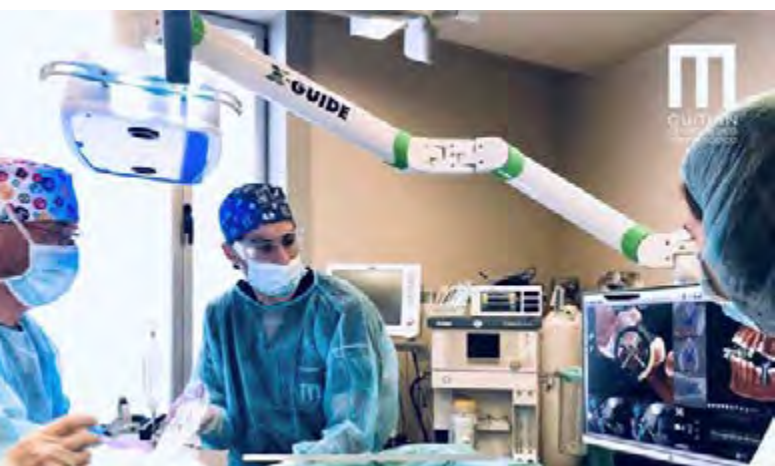


Fig. 1. Posición ergonómica de trabajo.

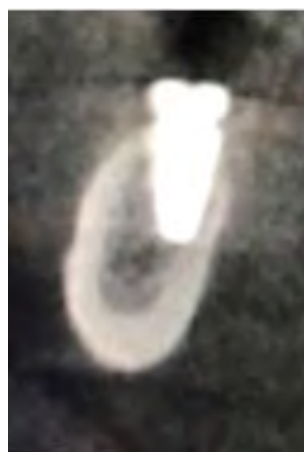


Fig. 3. Proximidad extrema al nervio dentario.

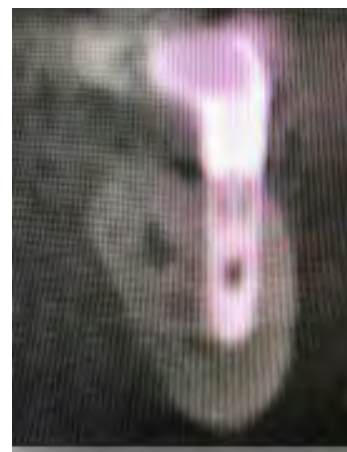


Fig. 4. Colocación de un implante lateral al nervio dentario.



Fig. 5. Incisión mínima para la colocación de un implante distal en un All On Four mandibular.



Fig. 6. Colocación del correspondiente pilar MUA de 30°



Fig. 7.

- Emery RW, Merritt SA, Lank K, Gibbs JD. Accuracy of dynamic navigation for dental implant placement – Model-based evaluation. Implant placement is more accurate using dynamic navigation. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2017;75(7):1377-1386.
- Zhou W, Liu Z, Song L, Kuo CL, Shafer DM, Wu Y. Clinical factors affecting the accuracy of guided implant surgery – A systematic review and meta-analysis. *Journal of Evidence Based Dental Practice*. 2018;18(1):28-36.
- D'Haese J, Ackhurst J, Wismeijer D, De Bruyn H, Tahmaseb A. Current state of the art of computer-guided implant surgery. *Clinical Oral Implants Research*. 2019;30(Suppl 16):121-138.
- Comparison of the accuracy of implant placement with static vs. dynamic computer-assisted navigation systems: An in vitro study. *Clinical Oral Implants Research*. 2020;31(12):121-129.
- Behrooz M, Shafiabadi M, Khoschnau S, Stenport V. Clinical evaluation of dynamic navigation system for implant placement: A pilot study comparing freehand, static-guided, and dynamic navigated surgery. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. 2021;36(4):789-796.
- Ryu J, Lee JW, You M, Jeong CG, Seo JM. A randomized controlled trial evaluating the accuracy and efficiency of static, dynamic, and freehand implant placement techniques.
- Pattijn V, De Kestelier T, Pauwels R, Jacobs R. Advances in dynamic navigation for dental implantology: A systematic review of current methodologies and outcomes (2017–2023). *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2023;52(4):478-490.



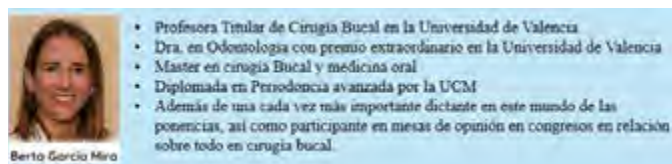
TE LO PERDISTE ... TE LO CONTAMOS

Crónica del Dr. Andoni de Juan Galindez



Dra. Berta García Mira

En la segunda "webinar" del nuevo del ciclo formativo SECIB, coordinados por la presidenta del comité científico de la nueva junta SECIB, Dra. ALBA SANCHEZ TORRES. SECIB presenta como dictante a la Dra. BERTA GARCÍA MIRA, que a su vez fue la anterior coordinadora de esta sección.

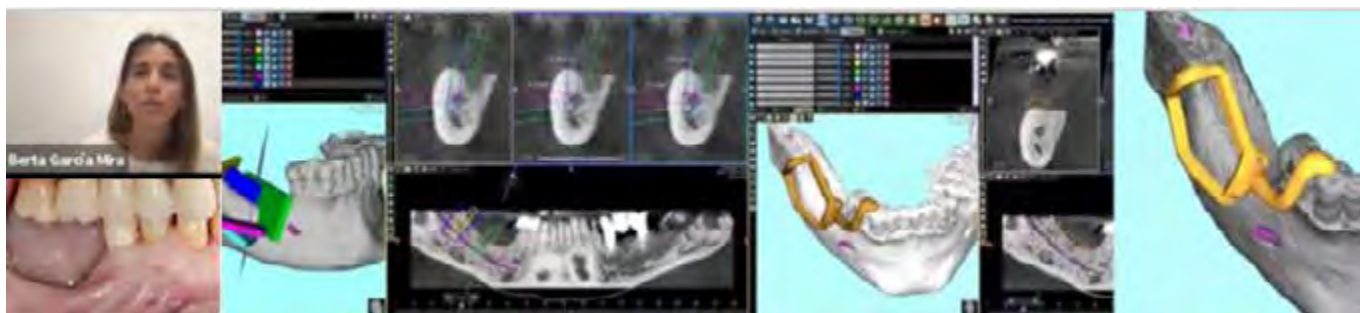


Berta definió que es la **cirugía guiada estática**. Acotó el tema con relación a esta técnica de cirugía. Donde su gran ventaja está en la planificación, proceso de estudio de lo que vamos a hacer, buscando con sus metodologías la fiabilidad en la consecución de los resultados previstos. Todo en un entorno digital.



Se trabaja completamente en flujo digital con todas las herramientas que este mundo aporta. Dando gran versatilidad en cuanto a las posibilidades de estrategias de tratamiento y planificación de este. Desde férulas para inserción de los implantes en la zona y posición que precisemos con relación al tejido remanente, técnicas de toma de injertos óseos con guías quirúrgicas para la toma de estos (técnica de Luca de Stavola) ... guías de posicionamiento de los bloques de injerto ... etc.





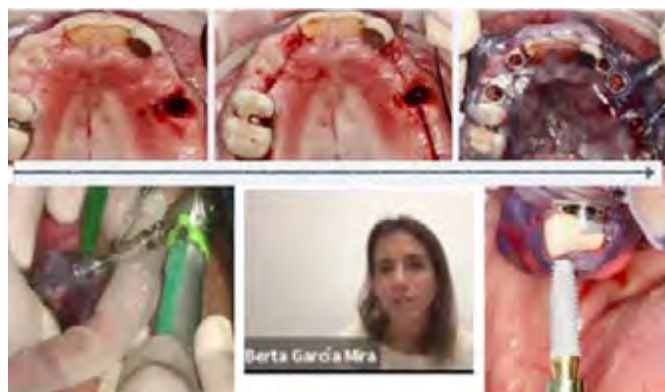
Mostró la diferencia entre la cirugía guiada estática y la cirugía dinámica o navegada. Apuntando como fundamental a tener en cuenta que en cirugía guiada estática no se pueden hacer modificaciones intraoperatorias a lo planificado. Considerando que la cirugía guiada tiene ventajas claras en relación con **la cirugía “a mano alzada”**. La palabra clave en cirugía guiada es resultados **PREDECIBLES**, con relación a los resultados cuando conseguimos ajustarnos a lo planificado. Aun así, un plan de tratamiento diseñado digitalmente para cirugía GUIADA, aunque en algún momento haya que ajustar de **“forma manual”** siempre va a ser más predecible, ahí radica la pericia **en la planificación y del cirujano ejecutor**.



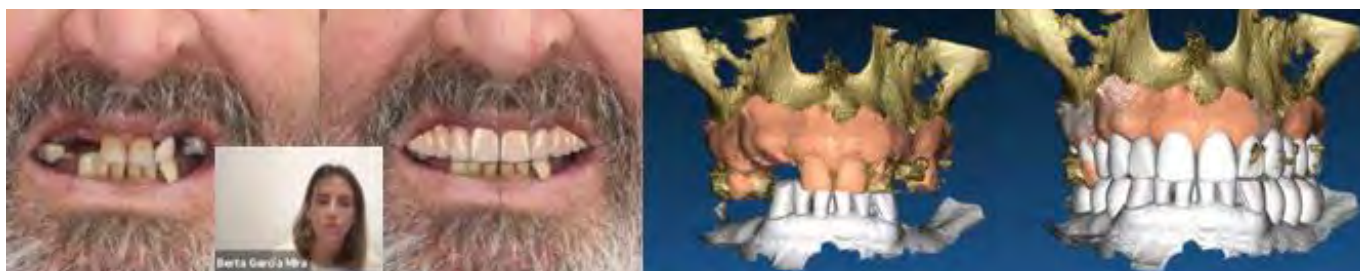
Berta considera importante que esta planificación de inserción de implantes tiene que partir siempre desde el punto de vista de la rehabilitación, **“PROTESICAMENTE PILOTADO”**. Se ha de empezar planificando cual es la mejor situación de la rehabilitación protésica desde un punto de vista biomecánico, funcional oclusal, de mantenimiento e incluso estético ... que nos lleve a poder conseguir el éxito en la rehabilitación no solo a corto plazo sino a medio y largo plazo.

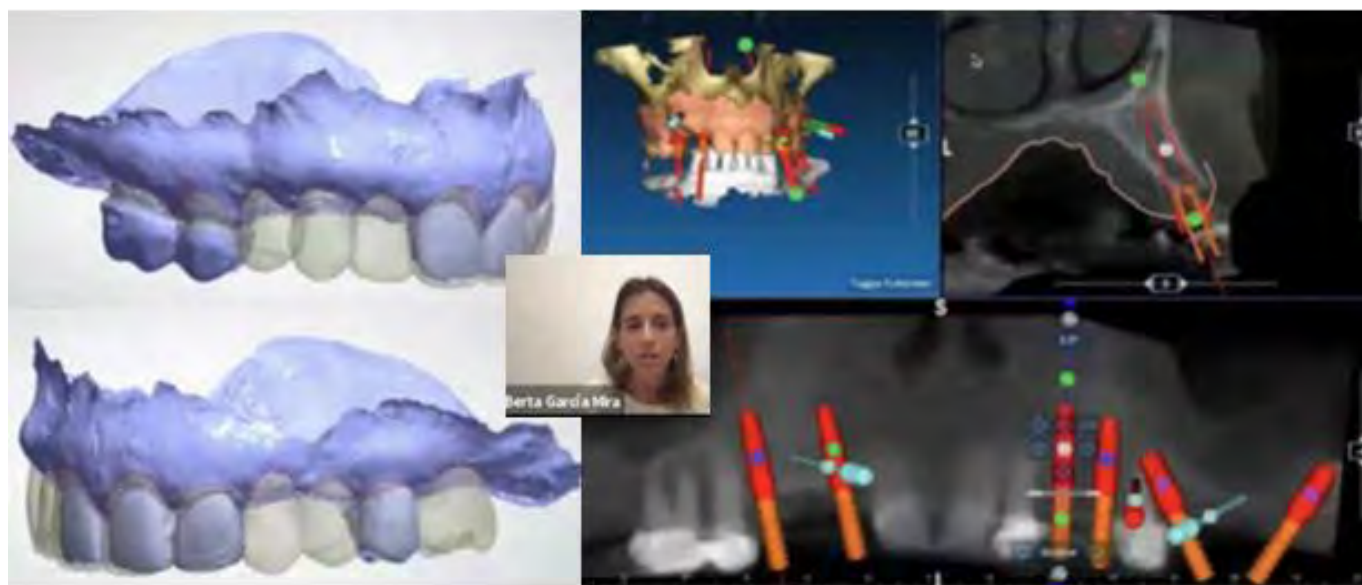
Considera importante que la confección de las férulas permita ser asentadas en boca de forma lo más estable posible, no solo estabilizándolas en los dientes remanentes, “dento-estabilizadas”, sino que además en extremos libres aconseja usar “pins” óseos de estabilización, evitando que la resina *flexe* en el apoyo mucoso. Además, considera importante diseñar en la férula “ventanas de inspección” en la zona de apoyos dentales, que permitan comprobar el correcto asentamiento y correcta colocación de dichas férulas.

Así mismo considera no solo importante fresar el lecho del implante a través de la férula quirúrgica con sus anillos correspondientes, si no que considera que para ser predecible y cometer menos errores o desviaciones a lo previsto, se coloquen los implantes también a través de dicha férula guía.



Pero aun así y dependiendo de cada caso, sobre todo en relación con el asentamiento de las férulas sobre dientes o en pacientes desdentados, se encuentran todavía discrepancias o desviaciones que considera relativamente importantes. Estos errores ha-





cen que en algunos casos no se consiga atornillar **la prótesis inmediata “transicional”** planificada en su colocación de forma inmediata a la inserción de los implantes. Así lo demuestran todos metaanálisis publicados que han estudiado.

Pero, aunque no estando libre de la existencia de discrepancias entre lo planificado y lo conseguido al final, defiende que estas discrepancias o errores son menores si se es riguroso en los protocolos y se realiza la inserción de implantes de una forma estrictamente guiada con las férulas bien asentadas tanto en el fresado del lecho para los implantes, como en el posicionamiento de estos a través de la férula en su posición prevista. Aconsejando ir a baja velocidad para tener mayor control.

Concluyendo que la gran ventaja de esta técnica digital es la **planificación**. Que debe ser Protésicamente planificada y colocar los implantes protésicamente guiados.

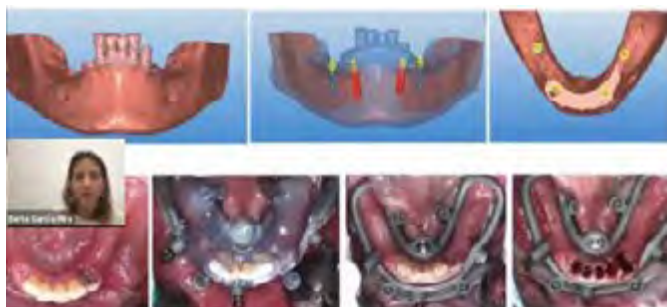
Explicó la versatilidad de estas técnicas presentado distintos casos clínicos donde dio varios **“tips”** importantes con relación a planificación de los caos. Como por ejemplo la importancia de las “ventanas de inspección” en las férulas dentosoportadas para comprobar que están bien ajustadas en los dientes.

El **“gran caballo de batalla”** es conseguir como ser más exactos en la colocación de los implantes sin desviaciones a lo planificado.

En estudios realizados por su equipo, encontraron diferencias en la exactitud en relación con férulas confeccionadas con tecnología analógica y férulas confeccionadas con tecnología CAD CAM. Se encontró que había diferencias con relación a la longitud del implante es decir los implantes más largos llevan a más posibili-



dad de desviación apical a la hora de colocarlos. Se encontraron diferencias de exactitud entre la planificación y el resultado final en relación con férulas de asentamiento solo mucoso o **“dentosoportadas”**, siendo esta últimas más fiables. Aconseja NO extraer dientes si no interfieren en la ubicación de los implantes, hasta que insertar estos a fin de que sirvan de anclajes más fiables a la férula.



También estos estudios demuestran que el Maxilar era más fiable que la Mandíbula. Que existe diferencia o más posibilidad de error en relación al torque de inserción, mejorando la exactitud entrando más holgados, por eso es importante la elección del implante, preferiblemente auto-roscados a cilíndricos ... Encontraron también que el primer implante que se coloca es más exacto, por eso están estudiando actualmente cual es la mejor secuencia de fresado, así como la estrategia más correcta de inserción de los implantes ... adelantando que esto último es lo que están estudiado actualmente en los nuevos trabajos de investigación en su equipo.

Concluyó insistiendo que la gran baza de la **técnica de cirugía guiada** es la **planificación**. En todas sus vertientes y desde un punto de vista global u holístico: planificación protésicamente guiados, diseñando prótesis que cumplan todos los parámetros involucrados en el éxito como son parámetros Biológicos, parámetros Funcionales y parámetros Estéticos. Desde ese planteamiento se decide el número y la posición de las fijaciones “implantes” a colocar. Siendo el gran reto que al finalizar la inserción la prótesis diseñada, que a mí me gusta denominar **“transicional”**, encaje con las menores discrepancias posibles en pasividad.

Describió y defendió los protocolos de técnicas desarrolladas en flujo digital total. Desde la planificación en flujo digital, diseños CAD-CAM, hasta la ejecución con férulas digitales bien asentadas y estabilizadas con fresado e inserción ferulizado de las fijaciones.

Por todo ello aconseja usar implantes más cortos que largos para evitar discrepancias en el posicionamiento vertical, encontrando estudios que muestran mayor posibilidad de discrepancia y errores con implantes más largos que cortos.

Enseñó el uso de **“férulas apilables”** donde sobre una base de titanio que se fija en la zona problema a modo de “supra estructura”, permite una vez estabilizada ir acoplando secuencialmente distintas férulas secundarias que se acoplan a este armazón estabilizado que se van sustituyendo según cada fase de la intervención. Desde férulas para la





preparación del lecho óseo, férula para labrar el lecho para la inserción de los implantes, férula para la colocación de estos y finalmente férula para la colocación de la **prótesis "transicional"**. Es decir, se van acoplando un juego de distintas férulas secuenciadas a un armazón estabilizado previamente.

Tras la exposición se generó un interesante debate, concluyendo que el uso de cirugía guiada debe ser realizada después de haber pasado por "dominar" o tener experiencia suficiente en la

técnica de inserción de **"mano alzada"**, destacando de estas técnicas la importancia de la planificación. Se remarco como clave que las férulas deben de ser muy estables, para ello es aconsejable incluso en las "dento-soportadas" se confeccionen suficientemente extensas para que permitan más apoyo y estabilidad.

Por último, Berta recomendó para aquellos que vayan a iniciarse en estas técnicas empezar por casos de grupo anterior que son más fáciles por accesibilidad.

XXA

Congreso Madrid

7-8 noviembre 2025



Cirugía Regenerativa



Howard
Gluckman



Marco
Ronda



Juan
Zufía

Cirugía Robótica



Guillermo
Pradies



Fang
Yang

Alternativas a la ROG



Néstor
Montesdeoca



Asier
Eguía



Chantal
Malevez

Implantes en arbotantes óseos



Rubén
Davó



Iñaki
Mayo



Arturo
Bilbao

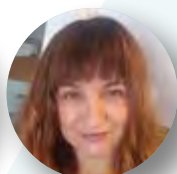
Cirugía multidisciplinar y Medicina oral



David
Rubio



Pau
Cahuana



Eva
Willaert



Rosa Mª
López-Pintor



Lorenzo
Arriba

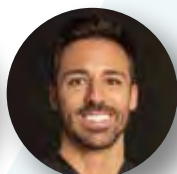


Mario
Pérez-Sayans

Inteligencia artificial y Planificación digital



Faleh
Tamini



Fernando
Cebrián



Francisco
Carroquino



Alejandro
Prieto



Octavi
Camps

Manejo y prevención de Peri-implantitis



Alberto
Monje



Javier
Gil



Emilio
Couso



Jorge
Toledano

“Cada decisión importa, elige el camino correcto”

ESTÉTICA Y BLANQUEAMIENTO DENTAL EN LA ERA DIGITAL

ESTÉTICA Y BLANQUEAMIENTO DENTAL EN LA ERA DIGITAL el “paso a paso” de cada técnica



SERGIO KOHEN
AGUSTÍN VARAS - ENRIQUE JADAD



Agenda	Prólogo	Prólogo
1. Estética del color dental	2. Adhesiones del color	3. Agentes blanqueadores y restauraciones de resina
4. Blanqueamiento estético	5. Blanqueamiento estético profesional	6. Microabrasión
7. Blanqueamiento de gemas dentales	8. Blanqueamiento en dientes y ortodoncia	9. Aclaramiento natural y blanqueamiento
10. Efectos de los productos sobre la sensibilidad	11. Fluorización dental	12. Dental Design (DSD)
13. Odontología digital	14. Carillas estéticas de resina	15. Aclaramiento dental durante la ortodoncia
16. Ortodoncia con alineadores invisibles	17. Oportunidad de inversión del blanqueamiento en un plan integral	18. Comunicación y marketing en odontología estética
19. Aspectos psicológicos e interrelaciones psicodermatológicas	20. Consideraciones legales para el tratamiento estético	21. Inteligencia artificial y su aplicación a la odontología estética

La era digital ha irrumpido en la odontología actual y ocupa un espacio cada vez más predominante en la práctica diaria. La estética dental y el blanqueamiento no son ajenos a este fenómeno y en esta obra quisimos plasmar cómo podemos fusionar estas especialidades con la odontología digital y cuáles son sus aplicaciones clínicas.

Con la experiencia de dos libros previos sobre el tema y la ayuda de prestigiosos coautores, a lo largo de 21 capítulos quisimos incluir todos los aspectos del blanqueamiento y estética dental, desde la elección del color a los distintos tipos de tratamiento y su mantenimiento, y sus implicancias con respecto a los tejidos y materiales dentales, el tratamiento de la sensibilidad; y cómo estos procedimientos se complementan con otras terapéuticas como las carillas, la ortodoncia convencional y la ortodoncia con alineadores, con el marketing y el diseño digital de la sonrisa.

La posibilidad de disponer en cada capítulo el “paso a paso” de cada técnica, sumado a los recursos y productos disponibles, brindan a esta obra “Estética y Blanqueamiento dental en la era digital”, una propuesta interesante, completa, práctica, de fácil lectura para el práctico general; los estudiantes; los docentes y toda la comunidad odontológica.

Esperamos que esta obra permita una inmediata transferencia a la clínica, rompiendo miedos y preconceptos, brindando una respuesta alcanzable a la demanda creciente de estética y a la actualización tecnológica de nuestras prácticas, y así encarar nuestro ejercicio profesional con una nueva mirada.

Dr. Sergio Kohen, Dr. Agustín Varas, Dr. Enrique Jadad.

Adquiere el libro en
www.odontologosdehoy.com (Librería)

Blanqueamiento externo profesional

Este es el resumen del quinto capítulo del libro “Estética y blanqueamiento dental en la era digital”, escrito por Sergio Gustavo Kohen, Pablo Agustín Varas y Enrique Jadad Bechara, el cual describe los procedimientos del blanqueamiento externo profesional.

Resumen Capítulo 5

El blanqueamiento profesional con concentraciones altas de peróxido de hidrógeno ofrece una alternativa al blanqueamiento ambulatorio, especialmente en pacientes que no toleran las cubetas o que demuestren un bajo nivel de compromiso al tratamiento. Puede considerarse también como una estrategia de motivación para que el paciente complete el tratamiento blanqueador. Debido a que el tratamiento ambulatorio lleva más tiempo, los pacientes son más proclives a interrumpirlo y es el tratamiento de elección para pacientes que necesiten un mayor control del procedimiento, como los que tienen recesiones gingivales pronunciadas, abrasiones cervicales profundas o sin restaurar, o las piezas tratadas endodónticamente. Dentro de la clasificación de blanqueamiento profesional también se incluye al tratamiento con peróxido de carbamida en concentraciones del 35 al 40%, el cual requiere de la confección de cubetas y de un menor control por parte del odontólogo, pero en este capítulo se tratan en profundidad las técnicas que utilizan concentraciones altas de peróxido de hidrógeno. Estas se indican para piezas con pigmentaciones moderadas a severas, decoloración de pocas piezas y en casos en que se necesitan resultados a corto plazo.

Generalmente, el efecto blanqueador se logra rápidamente luego de una primera sesión. Esto puede motivar al paciente a continuar con el tratamiento. De todas formas, debe enfatizarse que una sola sesión de este tipo de blanqueamiento puede no ser suficiente para lograr resultados ideales o con la suficiente estabilidad en el tiempo. Esto significa que se requieren más citas para lograr mejores resultados y que este tipo de blanqueamiento debería ser combinado con una terapia ambulatoria. Cuando se combinan las dos terapias se pueden lograr mejores resultados en menor tiempo y con mayor estabilidad que con cualquiera de las dos técnicas individualmente.

Muchas veces, según el material y la técnica que se utilice, se suele sugerir la utilización de **unidades de activación por luz** para potenciar la acción de los agentes blanqueadores. Se han utilizado sistemas de diferentes longitudes de onda como

luces halógenas, diodos emisores de luz (LEDs), lámparas de arco de plasma y láser para la activación de los materiales de blanqueamiento. Es importante remarcar que todos los sistemas de activación por luz actúan sobre el material blanqueador para mejorar su acción y no sobre la superficie dentaria o las pigmentaciones. De todas formas, hasta la fecha no hay estudios concluyentes sobre la utilidad/beneficio de la luz sobre la técnica tradicional (sin activación lumínica) en cuanto a nivel de blanqueamiento, estabilidad del color o grado de sensibilidad causado. En este capítulo se evalúan distintas técnicas y materiales y se presentan estudios en los que se comparan los resultados de la utilización o no de la luz como activador del agente blanqueador.

Las **técnicas de blanqueamiento profesional** son muy similares, pero pueden modificarse según las instrucciones del fabricante del material blanqueador y los factores que afectan al blanqueamiento. Un agente blanqueador altamente concentrado como el peróxido de hidrógeno al 35%, actuando por un tiempo relativamente corto (por ejemplo, 40 minutos por sesión) y en contacto con el esmalte (una membrana semipermeable) debería proporcionar un efecto blanqueador evidente y longevo en una sola aplicación. Pero esto no se verifica en la práctica clínica debido a diferencias entre pacientes (tipo de

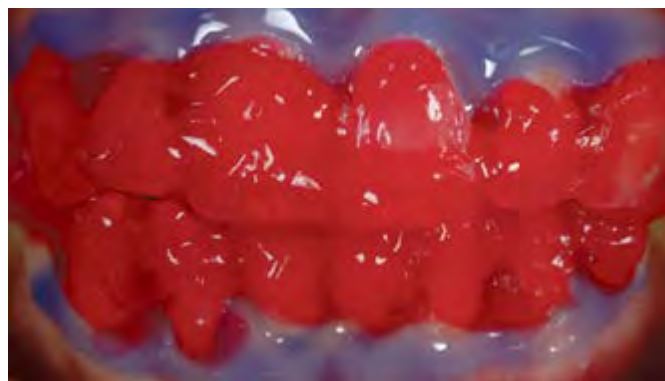


Figura 1. Colocación del gel blanqueador a base de peróxido de hidrógeno al 35% dosificado con una jeringa automezclante.



Figura 2. Utilización de gel de peróxido de hidrógeno al 35% con retractor labial.

esmalte, la edad del mismo, la composición y pH del agente blanqueador entre otras condiciones) por lo que es muy difícil generalizar los resultados.

Se describen y detallan los factores que afectan el blanqueamiento y se enumeran los pasos a seguir para una co-

recta técnica de blanqueamiento profesional. Esto incluyen las fotografías previas y registro del color inicial; la higiene de la superficie dentaria, los distintos tipos de aislamiento de la superficie a blanquear, la aplicación de agentes remineralizantes o desensibilizantes y las indicaciones posteriores, entre otros aspectos. También se enumeran situaciones problemáticas que pueden surgir durante el tratamiento que no deben pasar desapercibidos y se deben solucionar inmediatamente.

Conclusiones

El blanqueamiento externo profesional es una técnica segura y efectiva, sin dejar de tener en cuenta que a cantidad de productos comerciales con distintas formas de uso y las precauciones que hay que tener en cuenta al emplearlos hacen que sea una técnica que requiera meticulosidad y cuidado al llevarla a cabo.

Autores

Pablo Agustín Varas

*Especialista en Prostodoncia; y en Operatoria y Estética Dental, FOUBA.
Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Odontología Integral Adultos;
Facultad de Odontología, UBA.*

Prof. Adjunto, Cátedra de Operatoria Dental, Pontificia Universidad Católica Argentina.

Sergio Gustavo Kohen

*Profesor Adjunto, Cátedra de Odontología Integral Adultos, Facultad de Odontología UBA, Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.
Profesor de post grado de la Universidad del Salvador y AOA.*

Ver capítulos publicados del libro “Estética y blanqueamiento dental en la era digital”

- Capítulo 1. La estética del color dentario
- Capítulo 2. Las alteraciones de color
- Capítulo 3. Agentes blanqueadores y mecanismo de acción
- Capítulo 4. Blanqueamiento externo
- Capítulo 5. Blanqueamiento externo profesional



VIII SCOI

INTERNATIONAL CONGRESS
TARRAGONA 2025

INNOVATION AND SCIENCE IN DENTAL IMPLANTOLOGY

MAY
30-31



EL PALAU

Palau Firal i de Congressos de Tarragona

La Odontología en la obra de Hildegarda de Bingen

AUTORES:



Javier Sanz



Mª José Solera Piña

La tarea recopiladora de los llamados saberes odontológicos en la Edad Media se plantea secuencialmente en el rastreo y la interpretación, asignándoles después la categoría que merece. En el caso de la sabia Hildegarda de Bingen, va más allá de lo que pudiera considerarse meramente ocasional, pues su categoría intelectual la llevó a profundizar en aquello que creyó de interés y provecho para sus semejantes en una época de escasez de médicos, aunque no de enfermedades, haciendo de sus dos libros de Medicina sendos repertorios para uso de la humanidad doliente que recogió de la tradición cercana, con algunos tintes de más alto nivel.

Hildegarda de Bingen.

Beatificada el 26 de agosto de 1326 por Juan XXII, en diciembre de 2011 Benedicto XVI, casi siete siglos de por medio, dejó entrever su intención de declarar Doctora de la Iglesia a Santa Hildegarda de Bingen, lo cual se llevó a cabo el 7 de octubre del año siguiente al ser nombrada cuarta doctora de la Iglesia Católica tras santa Teresa, santa Catalina y santa Teresita. A partir de entonces fueron numerosos los libros dedicados a su vida y a su obra¹.

Durante la Edad Media, no faltaron figuras femeninas que destacaran por su santidad de vida y por la riqueza de su enseñanza. Así comenzó la presentación de Benedicto XVI de la santa Hildegarda de Bingen, que vivió en Alemania en el siglo XII. Nacida en 1098 en Renania, en Bernmersheim, cerca de Alzey, murió en 1179. De familia noble y numerosa, sus padres la dedicaron al servicio de Dios; a los ocho años, para alcanzar sólida formación humana y cristiana, fue encomendada a la maestra Judith de Spanheim. En la clausura, junto al monasterio benedictino de san Disibodo, se fue formando un pequeño monasterio femenino que seguía la regla de san Benito. Recibió Hildegarda el velo de manos del obispo Otón de Bamberg y en 1136, cuando murió la madre Judith, superiora de la comunidad, fue elegida su sucesora. Años después, habida cuenta del número creciente de las jóvenes aspirantes a ingresar en el monasterio, fundó otra comunidad en Bingen, dedicada a san Ruperto, donde ya pasó el resto de su vida.

Se sometió a la valoración y autoridad de aquellos sabios que pudieran asegurar o desechar el origen de sus visiones, recurriendo a san Bernardo de Claraval, quien la tranquilizó y alentó. En 1147 recibió la aprobación del Papa Eugenio III, presidente de un sínodo en Tréveris,

quien leyó un texto de Hildegarda presentado por el arzobispo Enrique de Maguncia, quedando autorizada por Su Santidad para escribir sus visiones y hablar en público, lo que significó su consagración hasta el punto de que sus coetáneos la reconocieron como «profetisa teutónica». Además de sus textos genuinamente místicos, y otros relacionados con la música, reunió y compuso obras que podemos identificar con la Medicina y las Ciencias Naturales, las cuales son fuente de información de un estilo de «Medicina» vivida en su tiempo, recopilada, observada y transmitida a generaciones posteriores en la justa medida de su tiempo.

Hacia tiempos tan recientes como el año de 1970, Hildegarda era desconocida. El «Libro de causas y remedios», por ejemplo, sólo podía consultarse en latín gracias a una edición muy especializada que en 1903 llevó a cabo Paul Kaiser de un manuscrito de la Biblioteca Real de Copenhague; en los años finales del siglo XX y primeros del XXI aumentó el interés por la vida y la obra de la santa y hoy en día, en su contexto, es una referencia de la Medicina de su tiempo. Probablemente dictó este libro como parte de un todo único, junto con el «Libro de los remedios naturales» (Physica). Es probable que «El Libro de las causas y remedios de las enfermedades» estaría dirigido a profesionales de la Medicina, mientras que la Physica sería un manual doméstico para profanos sobre la utilidad y el valor para sanos y enfermos de las criaturas más comunes y abundantes en la creación, plantas, animales o minerales. Por su parte, «Causae et Curae» describe la recíproca interrelación e interacción entre el hombre y el cosmos de un modo más amplio que el que supone la sabiduría popular, describe a grandes rasgos el funcionamiento del organismo humano por un equilibrio de secreciones internas, cuya alteración causa las distintas dolencias. La obra insiste en el equilibrio, la moderación y la templanza como necesidades básicas para la vida y la felicidad. En cualquier caso, por motivos puramente docentes, analizamos ambos por separado, extrayendo lo concerniente a nuestro propósito, lo puramente odontológico².

I. Libro de las Causas y Remedios de las enfermedades³.

Queda este libro dividido en cuatro apartados: I.- La creación y su influjo en el ser humano; II.- Secreciones internas. Procreación. Hombres y Mujeres; III.- Los remedios; IV.- Más remedios. No encontrando en el primero cosa relacionada con nuestro in-



Hildegarda de Bingen

terés, la exposición de los restantes es la siguiente:

II. Secreciones internas. Procreación. Hombres y mujeres.

(192) **Dolor de dientes.** Las venas pequeñas que rodean la cutícula, es decir, la membrana en la que está colocado el cerebro, se extienden hasta las encías de los dientes y hasta los dientes mismos, y cuando se llenan de sangre mala, excesiva y podrida, y se infectan con la espuma que se purga en el cerebro, llevan podredumbre y dolor al cerebro y a los dientes y a las encías. Y así la carne que está alrededor de los dientes y la mandíbula se hincha, y se siente dolor en las encías de los dientes. Si el hombre no purga los dientes con agua, lavándolos con frecuencia, surge a veces un livor en la carne que rodea el diente. Este livor aumenta y enferma la carne, y a causa de ese livor que se ha ido depositando

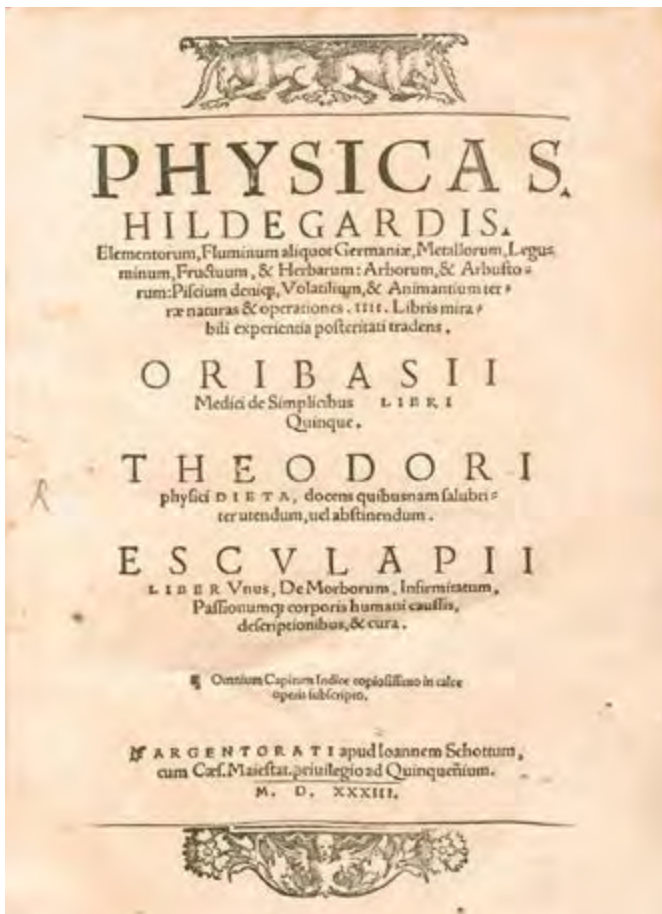
alrededor del diente, en los dientes nacen gusanos y la carne de los dientes se hincha y duele⁴.

III. Los remedios.

(369) **Dolor de dientes.** A quien le duelen los dientes a causa de sangre podrida o de purga de humores del cerebro, tome la misma cantidad de ajeno que de verbena y cuézalos en una olla nueva con buen vino claro, y después de cocido el vino, cuélelo por un paño, añádale un poco de azúcar y beba este vino. Cuando vaya a dormir, ate estas hierbas calientes y cocidas como ya he dicho con un paño por encima en torno a las mejillas a la altura de los dientes doloridos. Hágalo así hasta que se cure. En efecto, el vino compuesto con las mencionadas hierbas, una vez bebido, purga por dentro la venitas que se extienden desde la membrana del cerebro hasta las encías de los dientes. Y las propias hierbas puestas alrededor de las mejillas mitigan desde fuera el dolor de muelas, ya que el calor del ajeno con el calor de la verbena y el del vino, todo en su justa proporción, calma estos dolores.

+ El que tenga dolor de muelas, saje la carne que rodea al diente en cuestión, o sea en la encía, con un ligero corte en la vena o con una aguja, una única incisión para que de ahí salga la podre y mejorará.

(370) **Firmeza de la dentadura.** Quien quiera dientes sanos y firmes, tome en la boca agua pura y fría cuando se levante de la cama por la mañana y manténgala así durante



Hildegarda de Bingen

un rato para que el livor que hay en torno a sus dientes se reblandezca y de paso la propia agua que tiene en la boca le lave los dientes. Y esto ha de hacerse a menudo y así el livor que hay en torno a los dientes ya no crece más sino que se mantendrán sanos⁵.

(371) Gusanos en los dientes. Si un gusano corroe los dientes del hombre, reúna la misma cantidad de áloe y mirra, y caliéntelo sobre carbones de madera de haya al rojo vivo en un cacharro de barro que tenga cuello estrecho. Se ha de dejar pasar el humo por un tubito estrecho hasta el diente dolorido, con los labios separados pero los dientes bien apretados, para que el humo no vaya a parar a la garganta. Esto se ha de hacer dos o tres veces al día durante cinco días y se curará. Cuando el calor del áloe y el de la mirra se excitan con el calor y frío parejos de los carbones encendidos, la fuerza de su humo aniquila los gusanos de los dientes⁶.

IV “Más remedios”

(457) Dolor de lengua. Si a uno le duele la lengua, de modo que se le hincha o le salen llagas, hiérase con una lanceta o

con una espina de zarza en una sola de las llagas para que rompa y brote en ese punto el livor, y mejorará⁷.

II. “Libro sobre las propiedades naturales de las cosas creadas⁸”.

Todos precedidos por un breve prólogo explicativo, el Libro I, “Las plantas”, el más extenso con diferencia, consta de 230 capítulos; el Libro II, “Los elementos”, de 14; el Libro III, “Los árboles”, de 63; el Libro IV, “Las piedras”, de 26; el Libro V, “Los peces”, de 36; el Libro VI, “Los pájaros”, de 72; el Libro VII, “Los animales” (sic.), de 45; el Libro VIII, “Los reptiles”, de 18 y el Libro IX, “Los metales”, de 8. No aparecen noticias directamente de contenido estomatológico en los libros IV, VI, VII, VIII y IX, por lo cual quedan inéditos para nuestro propósito.

Libro Primero. Las plantas.

Capítulo LXVI. Hinojo.

Comer el hinojo o su semilla diariamente en ayunas disminuye la mala flema y la materia en descomposición, detiene el mal aliento⁹...

Capítulo XC. Lechuga.

[Si alguien sufre dolor o hinchazón en sus encías, debe tomar lechuga o, si no tiene, yemas de hojas del roble. Agregue una cantidad ligeramente mayor de perifollo. Luego macháquelo ligeramente y agregue vino. Póngalo en su boca, y manténgalo allí durante algún tiempo. Esto elimina los humores malos de las encías]¹⁰.

Capítulo CIX. Ajenjo.

Quien tenga dolor de muelas proveniente de la sangre podrida o por la purgación del cerebro, debe cocer pesos iguales de ajeno y verbena en una olla nueva con vino Bueno. Después de filtrado con un paño, bébalo con un poco de azúcar. Cuando se acueste, ate las hierbas calientes alrededor de su mandíbula. Debe hacer esto hasta que esté bien¹¹.

Capítulo CXXI. Hierba mora.

...Si le duelen las muelas, caliente la hierba mora en agua y, cuando se acueste por la noche, póngala encima de sus mandíbulas superiores y donde duela, y el dolor cesará¹².

Capítulo CLXIX. Zarza.

[Si alguien tiene inflamaciones en la lengua o tiene úlceras, debe usar una zarza para cortar su lengua un poco, para que la mucosidad se abra camino. Si tiene un dolor de muelas, debe hacer la misma cosa a sus encías, y mejorará]¹³.

Capítulo CCXXX. Albahaca.

Quien tenga parálisis en su lengua, de modo que no pueda hablar, debe poner albahaca debajo su lengua y recuperará el habla¹⁴.

Libro segundo. Los elementos.

Capítulo II. Agua.

Quien desee tener dientes duros y sanos tome agua pura fría en su boca por la mañana, cuando sale de la cama. Manténgala un poco en la boca para que la mucosidad de alrededor de sus dientes se ponga suave, y para que esta agua pueda lavar sus dientes. Si lo hace a menudo, la mucosidad de alrededor de sus dientes no aumentará y sus dientes permanecerán sanos. Como la mucosidad se adhiere a los dientes durante el sueño, cuando la persona se levanta del sueño debe limpiarlos con agua fría, que limpiará los dientes mejor que el agua caliente. El agua caliente los hace más frágiles¹⁵.

Libro tercero. Los árboles.

Capítulo XXIII. Abeto.

Si su boca y labios se hinchan por alguna enfermedad, caliente la semilla o fruto del árbol del abeto en un ladrillo caliente. No reduzca la semilla a polvo, sino póngala, caliente, encima de su boca. La hinchazón cesará¹⁶.

Capítulo LIV. La vid.

Si su carne se pudre alrededor de sus dientes o sus dientes son débiles, ponga cenizas calientes de la vid en vino, como si deseara hacer lejía. Entonces lávese los dientes y la carne alrededor de ellas con ese vino. Hágalo a menudo, sus encías se curarán y sus dientes serán fuertes. Aunque sus dientes estén sanos, este lavado los beneficia y se ponen bonitos¹⁷.

Libro V. Los peces.

Capítulo V. Salmón.

Un hombre cuya dentadura se esté pudriendo y tenga los dientes débiles y frágiles debe pulverizar las espinas de este pez y agregar sal un poco asada. Ponga frecuentemente por la noche este polvo alrededor de sus dientes y permita al flujo de saliva difundirse sobre las encías. Limpiará y sanará la carne alrededor de sus dientes. Las otras partes del salmón no sirven para medicina¹⁸.

Conclusión.

Si Hildegarda de Bingen es una referencia religiosa e intelectual, lo son asimismo y por ello sus obras, comprendidas en el contexto temporal y cultural en que fueron escritas. Es cierto que ambas, de construcción y propósito no muy diferentes a otras coetáneas, son de contenido heterogéneo y, en lo puramente “médico”, su fundamento está ajustado a las teorías propias de la medicina medieval, cuyos esquemas manejaba la autora con la soltura que requerían. Como ocurre también en algunos textos más canónicos, incluso de la pluma de profesionales médicos o quirúrgicos, los conocimientos de “lo relativo” a nuestra especialidad no formaron un capítulo, sino que aparecieron dispersos y no siguieron categorías. No obstante, como incrustados en diferentes apartados, aparece lógicamente la odontalgia como el más frecuente y molesto de los males, proponiéndose algunos remedios, entre ellos la fumigación para eliminar al causante de la misma, el “gusano dental”, de tan larga e insensata “tradición” odontológica. Las gingivopatías, expuestas de modo muy general, son asimismo enfermedades habituales y también se trata la inflamación de la lengua o la parálisis de ésta, cuyos remedios son de carácter local. Pero no sólo se compromete con las enfermedades en tanto que tales para procurar remedio, sino que aboga por el uso de ciertas medidas como el enjuague bucal con agua fría por las mañanas para mantener la dentadura sana y recia, así como las encías.

Notas

1. Sobre Hildegarda de Bingen, consultar preferentemente: Cirlot, V. Vida y visiones de Hildegard von Bingen. Madrid, Ediciones Siruela, 1997. Feldmann, Ch. Hildegarda de Bingen. Una vida entre la genialidad y la fe. Barcelona, Herder Editorial, 2009. Ballano, M. Hildegarda de Bingen. Doctora de la Iglesia. Burgos, Monte Carmelo, 2012. Pernoud, R. Hildegarda de Bingen. Una conciencia del siglo XII. Madrid, Paidós, 2012. Dumoulin, P. Hildegarda de Bingen. Profetisa y doctora para el tercer milenio. Madrid, EDIBESA, 2013.
2. Debe tenerse en cuenta que muchos de los males y enfermedades expresados en el libro, como en tantos otros, siendo de “carácter general” pueden tener repercusión en el órgano bucal y anejos, como también los remedios propuestos para su prevención o curación.
3. Libro de las causas y remedios de las enfermedades. Madrid, Hildegardiana, 2013. (Traducido de la edición típica del Liber Causae et Curae, y anotado por José María Puyol y Pablo Kurt Rettschlag).
4. Ídem., pág. 83.
5. Ídem., pág. 131.
6. Ídem., pág. 132.
7. Ídem., pág. 161.
8. Madrid, El Crítico S.L., 2018. (Traducción, introducción y notas de Rafael Renedo Hijarrubia. Prólogo de José María Sánchez de Toca y Catalá).
9. Ídem., págs. 87-88.
10. Ídem., págs. 99-100.
11. Ídem., págs. 111-112.
12. Ídem., pág. 120.
13. Ídem., pág. 143.
14. Ídem., págs. 168-169.
15. Ídem., págs. 173-174.
16. Ídem., págs. 203-204.
17. Ídem., págs. 218-219.
18. Ídem., págs. 266-267.

El color en la pintura

Parte I. La ausencia o presencia del color único

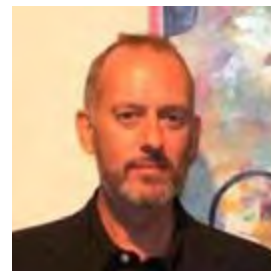
Juan Alió Sanz

Doctor en Medicina y cirugía

Profesor titular de ortodoncia, Universidad Complutense de Madrid

Académico de la Pierre Fauchard Academy

Artista pintor



En el desarrollo del arte de la pintura existe un elemento básico y esencial que es precisamente el color o los colores que utilizamos para realizarla.

En general, la **teoría del color** nos pone en evidencia como provocar distintos tonos utilizando una gama de colores básicos que, según la estructura de la **Rueda de Ostwald (FIGURA 1)** son el *amarillo, rojo, azul y verde* como **estructuras cromáticas elementales**.

Combinando estos cuatro elementos, obtenemos los denominados **colores secundarios** que son *vibrante naranja, fresco verde y hermoso violeta*. Los **colores terciarios** se obtienen mediante la mezcla de un color primario y uno secundario dando así lugar a una innumerable gama de tonos cromáticos, casi infinita.



Figura 1. Circulo cromático.

Todos los colores, tanto primarios como secundarios o terciarios tienen **tres atributos básicos**:

- El **Matiz** que es el color en sí mismo, su tono.
- La **Luminosidad** que define como la cercanía o alejamiento al blanco y al negro.

- La **Saturación** que es la pureza del color, es decir la concentración de gris que contiene un determinado color.

La utilización de los colores nos permite realizar un reflejo de nuestro mundo, tanto exterior como interior. Así ha ido desarrollándose la pintura desde sus más arcaicos principios hasta que surgió la **fotografía** como gran elemento de reflejo y reproducción de nuestro exterior. Desde entonces los artistas han ido buscando nuevos horizontes en el arte en general y en la pintura en particular, naciendo todos los movimientos desarrollados desde mediados del siglo XIX.

Ya bien entrado el siglo XX nace un movimiento que podemos denominar como **arte conceptual** en el cual la obra de arte pasa a ser creativa en sí misma. Es decir, que sea capaz de *generar ideas en el espectador*.

Es decir, se trata de que la obra inspire una idea. Puede ocurrir que el autor tenga una idea que pretenda transmitir al espectador. Sin embargo, lo más frecuente es que esto no sea así, sino que simplemente el autor pretenda que la idea surja espontáneamente en el observador. Se trata pues de que *la obra inspire al espectador una determinada idea* y por tanto, pase de ser una creación a que la obra sea creativa en sí misma.

Para que una obra pueda ser calificada como **“creadora de ideas”** debe reunir una serie de características esenciales. Una de ellas, tal vez la más importante, es que la obra carezca de elementos figurativos, ya que, entonces la idea estará totalmente determinada e influida por la imagen que representa.

Por ejemplo, al observar el tríptico, **“El jardín de las delicias” (Figura 2)** la idea que transmite **El Bosco** es la de la existencia de un ente creador del mundo y la propia caducidad del ser humano. Al observar y analizar la obra, hay una idea que el autor intenta transmitir y de la que no podemos



Figura 2. *El Bosco. El Jardín de las delicias (1500-1505).*

escaparnos ya que la imagen del cuadro nos lleva de manera tenaz y obstinada a ella.

Ahora imaginemos cómo podemos crear una idea en el espectador que no venga predeterminada por el autor.

Como artista plástico que soy, cuando me hecho esa pregunta y he pretendido marcar ese objetivo, irremediabilmente me viene intuitivamente la realización de la obra con una absoluta ausencia de figuración. De forma totalmente intuitiva e instintiva busco la ausencia de color para no manipular el objetivo. La ausencia del color en una obra es un objetivo extremadamente complejo que supone un absoluto desafío para el artista que lo realiza.

Vamos a ver a dos artistas que reflejan todo ese concepto de forma plástica. Al final, reflejaré una obra mía relacionada con este tipo de arte.

Uno de ellos es **Frank Stella (1936-2024)**, artista estadounidense de ascendencia italiana. Se le puede considerar como uno de los principales pintores abstractos con ausencia completa de elementos figurativos absolutos, sin ningún elemento referencial. Es decir, la pintura como representación de lo absoluto.

Stella pretendía que sus obras tuvieran el valor del objeto en sí mismo, alejándose de la idea de que la pintura debía

siempre representar algo. Es decir, lo importante era la representación de la obra *como una idea en sí misma*.

Podemos decir que es el prototipo del denominado **arte conceptual**, en el cual, la obra es una expresión auténticamente emocional.

Se trata de la representación del objeto en su máxima simplicidad. El objeto absoluto. Es el objeto inspirador de ideas y creador de las mismas.

“Matrimonio de la razón y la miseria II” (Figura 3) es una tela pintada en negro con líneas ausentes de pintura que dejan ver la base del propio lienzo.

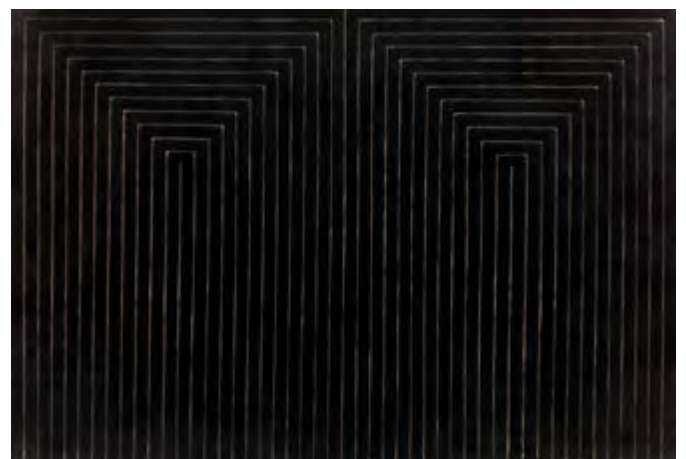


Figura 3. *Frank Stella. Matrimonio de la razón y la miseria II (1959).*

En esta obra, Stella no cuenta absolutamente nada. No hay Dios, ni simbología, ni misticismo alguno. Lo que el autor busca es la literalidad en su sentido más puro, sin jerarquías ni ilusión de realidad. Lo que el autor pretende es crear un impacto visual inmediato que sirva como generador de pensamientos.

Siguiendo a **Martin Heidegger (1889-1976)**, el *arte es la forma donde el artista hace una apertura del su propio ser*.

La idea que nosotros creamos al visualizar una determinada obra de arte no deja de ser una búsqueda de nuestra propia verdad. Una verdad escondida en nuestro inconsciente y que dejamos salir mediante un estímulo artístico, en este caso, una pintura.

Seguramente el arte sea una expresión de una auténtica realidad carente de la subjetividad sensorial propia y distinta en cada ser humano.

Ellsworth Kelly (1923-2015) Es un artista americano y célebre por sus composiciones monocromáticas, algunas de ellas con ausencia completa del color. En 1949, durante su estancia en París, se adentró en el mundo de la abstracción conceptual realizando obras como ***Seine (1951)* (Figura 4)**



Figura 4. Ellsworth Kelly. *Seine* (1951)..

Esta obra la realizó el autor al observar cómo se dispersaba la luz en la superficie del agua. La obra es completamente acromática, compuesta de rectángulos blancos y negros dispuestos al azar.

El autor pretende mostrar una simplicidad absoluta e indiscutible pero un tanto oculta por las formas que esa propia simplicidad transmite.

Esta obra, como generadora de ideas, se evidencia por la aparente simplicidad caótica, pero a la vez, complejidad en la composición. A mí, particularmente me induce una idea anárquica, difusa y de desorganización vital. El autor utiliza solo el negro y el blanco. Es decir, ausencia cromática. Limpieza pura en la expresión para evitar distracciones subjetivas.

Al final, al igual que Stella, el arte conceptual no deja de ser una expresión pura de la realidad más irracional.

El concepto esencial de abstracción conceptual utilizando colores casi únicos intenta reflejar una realidad cambiante. Una realidad que hace libre al espectador en su experiencia visual y sensitiva.

Pintura acromática pura y conceptual componen la serie **“Estructuras Policromas”** que realicé hace ya algunos años. La serie está formada por seis obras de formato intermedio con técnica de óleo sobre lienzo. Una de esas obras es **“Negro y blanco III” (Figura 5)**.

A diferencia de Stella y de Ellsworth en esta obra se abandonan los reflejos rectos para avanzar en las estructuras curvas solo utilizando blanco y negro, es decir, ausencia absoluta del color. Sin embargo, tanto el negro como el blanco tienen distintos matices de saturación que provocan una sensación de profundidad en el espectador.

El reflejo de la intuición del artista en estas obras se traduce en un reflejo de la realidad para el espectador. La creación de una idea a través de una obra de arte es la actividad más creativa y que supera ampliamente a la propia obra. La obra no deja de ser un simple objeto. Lo crucial es la creación de un estímulo sensorial en el espectador.



Figura 5. J. Alió. *Negro y blanco III* (2018).

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 



Toledo, Ciudad Imperial y Patrimonio de la Humanidad



Cristianos, musulmanes y judíos. Seguidores de las tres religiones han convivido durante siglos y dejando huella en Toledo, una de las más interesantes y sorprendentes ciudades de España en la que es posible ver, en cuestión de pocos metros, una catedral gótica, una mezquita del siglo X y dos sinagogas.

Un lugar que llegó a ser Ciudad Imperial y cuya belleza supo reflejar El Greco en sus pinturas. Una ciudad de la que el viajero no se puede ir sin asomarse a sus miradores, subir a su Alcázar, perderse por sus callejuelas o ver un atardecer desde los Puentes de Alcántara o San Martín. A menos de 80 kilómetros de Madrid, merece la pena ver la ciudad iluminada por la noche y conocerla en profundidad.

Uno de los mayores patrimonios monumentales de Europa

Tras cruzar puertas como las de Bisagra, la de Cambrón o la del Sol que hoy permanecen abiertas para el viajero, comienza el laberinto de calles del casco antiguo de Toledo, declarado Patrimonio Mundial. Se puede comenzar el recorrido conociendo la mezquita Cristo de la Luz, que con más de 1.000 años es el monumento más antiguo de Toledo y uno de los más importantes de la arquitectura hispano-musulmana y mudéjar en España. La siguiente parada está en las empedradas calles del antiguo Barrio Judío, una zona llena de encanto donde además esperan dos de sus protagonistas: la sinagoga de Santa María la Blanca -la más longeva de la ciudad- y la sinagoga del Tránsito, que acoge el Museo Sefardí. También por esta zona está el museo dedicado a uno de los vecinos más ilustres y queridos de Toledo, el pintor de características figuras alargadas conocido como **El Greco**. Su obra más famosa -"El entierro del Conde Orgaz"- está sin embargo dentro de la también cercana iglesia de Santo Tomé. Del legado cristiano, destaca la Catedral del siglo XIII y sus vidrieras de colores, uno de los puntos fuertes de la ciudad.

Tampoco se quedan atrás el Monasterio de San Juan de los Reyes -que se edificó para honrar a los Reyes Católicos- ni el **Alcázar**, que imponente domina toda la ciudad.

Más allá de la "ruta clásica" por la ciudad, Toledo tiene mil cosas para hacer. A su increíble **Mirador del Valle** -al otro lado del río y desde donde seguramente se obtienen las mejores vistas de la ciudad- se unen otros como el de la Torre de la iglesia de los Jesuitas. Para empaparse de su ambiente animado, nada como pasar por rincones como la **plaza de Zocodover**. Y a la hora de desayunar, comer o tomar algo... Toledo lleva ya años innovando y ofreciendo propuestas alternativas. Siempre están los clásicos gastronómicos como las migas, las carcamusas, el cochifrito o los mazapanes; pero también da gusto adentrarse en el vanguardista Mercado de San Agustín o en los nuevos gastrobares y pedir desde croquetas de ciervo hasta platos vegetarianos o nuevas cervezas locales artesanas. Algo parecido pasa con las compras, pues a las tradicionales tiendas de espadas y damasquinado, se unen otras, por ejemplo, de moda vintage. Los más activos pueden incluso "volar" sobre el río Tajo en una de las tirolinas más largas de Europa o animarse a caminar por una Senda Ecológica que sigue el curso del río. Por la noche, es toda una experiencia unirse a una visita guiada sobre las leyendas y misterios de Toledo.

Museo del Greco

El museo es el único de España dedicado a la figura del pintor y tiene como finalidad esencial transmitir y hacer comprensible a la sociedad la figura del Greco, así como la influencia de su obra y personalidad en la Toledo de comienzos del siglo XVII. Las colecciones del museo exponen al público una muestra significativa de piezas de los siglos XVI y XVII, representativas no sólo de la vida y obra de Domenikos Theotokopoulos, en especial de los últimos años de su vida, sino también de la cultura y la sociedad toledana del momento.

*"El expolio"**"Entierro del Conde de Orgaz"*

El cuadro conocido como "Entierro del Conde de Orgaz", se encuentra en la Iglesia de Santo Tomás.

El conocido como "El expolio", se encuentra en la Catedral

Iglesia Catedral

Es símbolo y centro de la vida pastoral para toda la diócesis. Representa valores trascendentes y espirituales en la cultura

contemporánea. Las catedrales fueron precursoras de universidades, centros de ayuda y talleres de arte.

Inicio su construcción en 1226, sobre los restos de una antigua catedral visigoda convertida en mezquita. De estilo: Gótico con influencia francesa. Sus dimensiones: 120 m de largo y 60 m de ancho. Estructura: 5 naves, 88 columnas, 72 bóvedas. Posee girola con doble pasillo. Fue su primer arquitecto: Maestro Martín, francés.

En el Siglo XIII–XIV: Se inician las obras, se cierran las naves laterales, se construye el claustro y la Capilla de San Blas (enterramiento de D. Pedro Tenorio).

En el Siglo XV: Capilla de San Pedro, Capilla de Santiago (panteón de los Luna), se concluye la bóveda final en 1493 bajo D. Pedro González de Mendoza.

En el Siglo XVI: Construcción del retablo, parte alta del coro y rejas. Vidrieras completadas. Modificaciones importantes como: sala capitular, capilla Mozárabe (con el Cardenal Cisneros) y la capilla de los Reyes Nuevos (con Fonseca).



ACCESORIOS FOTOGRAFÍA DENTAL



7,4 cm

ESPEJO OCLUSAL **ADULTO**
30 €



6,3 cm

ESPEJO OCLUSAL **MEDIO**
30 €



5,4 cm

ESPEJO OCLUSAL **INFANTIL**
25 €



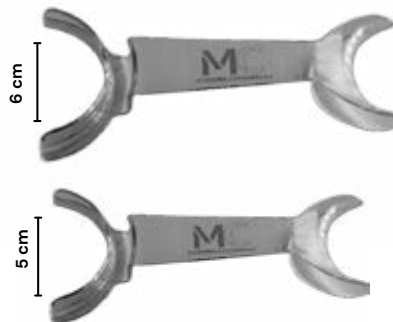
ESPEJO LATERAL
12 €



SEPARADORES **TIPO 1**
5 € unidad



SEPARADORES **TIPO 2**
5 € unidad



SEPARADORES **TIPO 3/ 6 CM - 5 CM**
6 € unidad



CONTRASTADOR NEGRO
9 €

PEDIDOS

609 783 244

marcelmartinbarcelo@gmail.com

***Precios sin iva**



ACADEMIA FOTOGRAFICA



FLASH ESCLAVO + PORTALÁMPARAS + TRÍPODE
99 €



XLVI seop Toledo

8-9-10 mayo 2025 Palacio de Congresos "El Greco"

PONENTES
internacionales
y nacionales

**CURSO
HIGIENISTAS**
Sábado
10 de mayo

**COMUNI-
CACIONES
LIBRES**

TALLERES

Aprovecha la **CUOTA REDUCIDA**

PONENTES

Comité Organizador

Presidenta

Carmen García Sánchez

Vice-presidenta

Elena Navarro García

Tesorero

Jose del Piñal Matorras

Vocales

Paloma Planells del Pozo

Maria Elena Luceron Díaz-Ropero

Maria José Martí Guillem

Esther Martínez Martínez

Patricia Plasencia Rodríguez

Comité Científico

Presidenta

Paola Beltri Orta

Vice-presidenta

Olga Cortés Lillo

Vocales

Montserrat Catalá Pizarro

Filo Estrella Sanchís

Eva Martínez Pérez

Nuria Delgado Castro

Anabela Reyes Ortiz

Sonia Guzmán Pina

Fran Guinot Jimeno



Juan Ramón
Boj



Luis
Brunet



Abel
Cahuana



Elisa
Carballido



Agustín
Casas



Montserrat
Catalá



Elena
Cerviño



Ángeles
Ferrer



Luis
García-González



Diego
García-Simón



Cristina
García-Villa



Eugenio
Grano de Oro



Patricia
Gatón



Miguel
Hernández



Marina
Pericet



Wenceslao
Piedra



José María
Ponce de León



Guillermo
Pradies



Luis
Rodríguez-Padial



Manuel
Román



Bob
Rosier



Sotiria
Gizani



Rosa
Tarragó



Romina
Vignolo



Juan Fernando
Yepes

No te pierdas
el evento de la
Odontopediatría

INSCRIPCIÓN ONLINE

► www.seoptoledo.com

Vuelve SmartClinic 3.0

Un encuentro disruptivo para la transformación digital y las conexiones auténticas

¿Y si tu futuro profesional no depende solo de lo que sabes, sino de cómo y con quién lo compartes?



La Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES) vuelve a organizar SmartClinic 3.0, que llega a su tercera edición con una ambiciosa agenda de formación en transformación digital y en un formato completamente diferente a lo que conocías hasta ahora:

- 9 expertos en IA, ciberseguridad, robótica, nuevas tecnologías y herramientas digitales aplicadas.
- 3 días de convivencia.
- En un entorno inmejorable: Santander, 5, 6 y 7 de junio de 2025.

“Un curso que, según indica el Prof. Guillermo Pradés, presidente de SEPES y director del curso, no está limitado a un perfil profesional concreto. Tanto dentistas, como técnicos de labora-

torio, gerentes de clínica dental, auxiliares, higienistas, comunicadores, ingenieros desarrolladores de tecnología y digitalización e industria del sector, encuentran suficientes motivos para asistir a este curso, el principal de ellos, que la transformación digital no tiene límites y que todos los segmentos de nuestra profesión tenemos que estar al día.”

SmartClinic 3.0 es una jornada única en la que la dinámica profesor/alumno se transforma en un **intercambio de experiencias y conocimientos**, abriendo paso a la oportunidad de **relacionarse con algunos de los visionarios que están construyendo el presente y futuro del sector dental en España, y cultivar conexiones auténticas y duraderas.**

El Tribunal Supremo endurece su criterio a la hora de reconocer el derecho a contrato indefinido en la administración

El Tribunal Supremo considera que un cambio en la categoría profesional y un lapsus de seis meses entre dos contratos de sustitución son motivos suficientes para romper la **continuidad laboral en la Administración pública** y, por ende, limitar la antigüedad de un trabajador a pesar de que haya acumulado numerosos **contratos temporales** a lo largo de los años. En una reciente sentencia a raíz del caso de una **TCAE** que trabajaba para la **Diputación de Burgos**, la Sala de lo Social del Alto Tribunal apunta que, en estos casos, la extinción de la relación contractual del afectado, aun siendo unilateral por parte de la Administración, se debe a una “causa externa”: la reincorporación a la actividad laboral del titular de la plaza.

Puntos clave del fallo:

- 1. Cambio de categoría profesional:** El paso de limpiadora-cuidadora a TCAE rompe la unidad del vínculo laboral, al ser funciones y grupos profesionales distintos.
- 2. Interrupciones prolongadas:** La interrupción de más de seis meses entre contratos (septiembre 2020 – marzo 2021) también rompe la continuidad, aunque sea involuntaria y provocada por una “causa externa” como la reincorporación del titular de la plaza.
- 3. Naturaleza de la extinción:** El Supremo diferencia entre extinciones por causas ajenas al trabajador (como aquí) y extinciones que forman parte de una estrategia fraudulenta para evitar contratos indefinidos (como en el caso de la ingeniera agrónoma).
- 4. Doctrina de contratación fraudulenta:** El Alto Tribunal reafirma que no cualquier concatenación de contratos temporales implica fraude; hay que atender al contenido de los trabajos, la duración de las interrupciones y si hay indicios de una maniobra empresarial para eludir la ley.
- 5. Límite a la antigüedad reconocida:** Finalmente, se limita la antigüedad de la trabajadora a marzo de 2021, fecha del último reingreso, y no desde el inicio de su relación con la Diputación en 2001.

Este caso podría tener repercusiones para muchos trabajadores interinos que buscan el reconocimiento de una relación laboral continua con la Administración. A la vez, refuerza el criterio del Supremo sobre cuándo cabe declarar una relación laboral como indefinida no fija, y desde qué momento debe computarse su antigüedad.

En el sector **sanitario**, esta sentencia puede tener un impacto muy directo y profundo, porque:

1. Alta temporalidad estructural

Muchos trabajadores del sistema de salud público como enfermeros, odontólogos o médicos encadenan durante

años contratos temporales de interinidad, sustitución por bajas, vacaciones, acumulación de tareas, etc. Esto ha sido muy común especialmente en comunidades autónomas con escasa oferta pública de empleo (OPE).

2. Discontinuidades frecuentes

Las interrupciones de algunos meses entre contratos (por falta de cobertura, finalización de la sustitución, retrasos en los llamamientos...) son habituales. Con esta sentencia, el Supremo **establece que interrupciones de más de seis meses pueden romper la continuidad laboral**, incluso aunque el trabajador vuelva a hacer las mismas funciones y en el mismo centro.

3. Cambio de categoría o funciones

Muchos profesionales sanitarios han trabajado en varias categorías distintas a lo largo de su vida laboral (por ejemplo, una persona que empezó como enfermero y luego accedió a una plaza de odontólogo). Esta sentencia **refuerza la idea de que ese cambio también puede romper la unidad del vínculo laboral**, lo que limita el reconocimiento de antigüedad en procesos judiciales.

4. Indefinidos no fijos vs. fijos

El fallo aclara que **no basta con la acumulación de contratos** para que te reconozcan como indefinido no fijo. Si hay interrupciones o cambios sustanciales, no se considerará una relación continua, y eso **limita tanto la estabilidad como la antigüedad**.

5. Procesos de estabilización

Este razonamiento podría influir en la interpretación de las **leyes de estabilización del empleo temporal en el sector público** (como las que surgieron del Real Decreto-ley 14/2021), ya que puede restringir quién tiene derecho a consolidar su plaza basándose en la antigüedad o en situaciones de abuso.

En resumen: esta sentencia **refuerza una línea más estricta del Supremo** frente a la temporalidad prolongada en sanidad y otras áreas públicas. Va en contra de la idea de que todo encadenamiento de contratos temporales es automáticamente fraudulento, y pone el foco en la discontinuidad real y el cambio de funciones o categoría.

Zirkonofen Turbo

Velocidad más allá de cualquier expectativa

Gracias a la probada tecnología de sinterización y a las velocidades de calentamiento de hasta 150 °C/min, con el horno Zirkonofen Turbo se ahorra tiempo y energía: ¡ahora es posible sinterizar pequeñas estructuras de zirconia en sólo 75 minutos! En comparación con el programa estándar, con el programa Ultraspeed se consigue un ahorro de tiempo del 84% y una reducción del consumo de energía del 81%.

Además de los programas Zirkonzahn ya instalados, el usuario puede crear rápida y fácilmente programas de sinterización individuales directamente desde la pantalla táctil del horno. Además, la aplicación Zirkonzahn.App puede utilizarse para

supervisar el Zirkonofen Turbo a distancia. Una buena conexión a Internet, permite al mismo usuario descargar e instalar las actualizaciones directamente en el horno. Esto ofrece la ventaja de recibir siempre las últimas funciones y programas de sinterización.

Gracias a su forma, la cámara garantiza una óptima distribución del calor y un resultado de sinterización uniforme de todos los elementos de las estructuras de zirconia. Debido a su gran volumen de 0,9 l, se pueden sinterizar simultáneamente hasta 120 unidades individuales o hasta tres arcadas completas.

Más información en: www.zirkonzahn.com



The image shows the Zirkonofen Turbo sinterization furnace, a compact white unit with a transparent viewing window. A smartphone is positioned next to it, displaying the Zirkonzahn App interface, which includes a graph and various settings. The background is a close-up of the furnace's interior, showing a glowing orange sinterization chamber. Below the main image, four yellow boxes with black text highlight key features:

75 MIN PROGRAMA ULTRASPEED	120 UNIDADES DE ZIRCONIA	- 84% TIEMPO NECESARIO	- 81% CONSUMO DE ENERGÍA
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Periimplantitis

Una patología que merma los recursos de la clínica



La periimplantitis afecta gravemente los resultados de la implantología. Existe una prevalencia del 24% de los pacientes y del 20% de los implantes con periimplantitis tras un mínimo de cinco años en boca, y el 80% de los profesionales opinan que es una patología en crecimiento.

Se calcula que el coste hora/sillón de su tratamiento ronda los 600€, y habitualmente, requiere de 4 horas o más de sillón.

Y, no sólo hay que contabilizar el tiempo de su tratamiento, sino también las sucesivas consultas de seguimiento; tiempo en el cual la clínica dental tiene costes en lugar de ingresos por otros tratamientos o procedimientos más rentables.

De media, una clínica con una incidencia del 20% de periimplantitis que coloque alrededor de 100 implantes, tiene una pérdida de beneficios del 13% en su cuenta de pérdidas y ganancias.

Ticare pone en marcha una iniciativa para ayudar a las clínicas a reducir la incidencia de esta complicación ¿Quieres conocer cómo? ¡Contacta con tu Asesor Comercial Ticare!

El gapZero de Ticare resiste cargas de al menos 400 N

GAP ZERO
TECHNOLOGY
ticare

Un estudio¹ recién publicado demuestra que el diseño de la conexión cónica de Ticare mantiene la integridad del sellado hasta 400 N bajo cargas oblicuas, superando a otros diseños en la prevención de microespacios y mejorando la estabilidad biomecánica.

En el estudio se realiza un análisis de elementos finitos para comparar la formación de microespacios y la distribución de tensiones entre diseños de CIP cónicas en dos configuraciones de carga. Los diseños variaban en conicidad, diámetro y altura del cono.

Consulta los resultados y la conclusión del estudio en:

<https://www.ticareimplants.com/estudios-medicos/formacion-de-microespacios-en-conexiones-conicas-implante-pilar-bajo-carga-obliqua-influencia-del-desajuste-del-angulo-del-cono-mediante-analisis-de-elementos-finitos/>

ticare
MOVING FOR CARE

1. Takano *et al.* (2025). *Clinical Implant Dentistry*

Inmersión en cirugía avanzada sobre pacientes con el Dr Alberto Salgado en colaboración con Ticare

El Dr. Alberto Salgado pone en marcha este 2025 varias estancias clínicas con una duración de tres días en Salgado Dental Institute, Alicante, estancias en las que colabora Ticare.

En jornadas de grupos reducidos, con un máximo de 8 alumnos realizarán una inmersión clínica donde se abordarán implantes inmediatos, regeneración ósea, elevación de seno y técnica tent pole.

En el programa se realizan dos días de teoría y cirugías en directo realizadas por el Dr. Alberto Salgado, y un día donde serán los alumnos quienes realicen una cirugía en pacientes de una de las técnicas explicadas.



DR. ALBERTO SALGADO
PRÁCTICAS EN PACIENTES
INMERSIÓN EN
CIRUGÍA AVANZADA

 **ticare**  **salgado dental institute**

Más información: www.ticareimplants.com/formacion

► Con gapZero® Technology cuidas mejor a tus pacientes y a tu práctica. Los estudios clínicos lo avalan: minimiza el riesgo de periimplantitis y la pérdida ósea. gapZero significa menos complicaciones, tiempo en intervenciones y costes asociados. Gana en resultados, confianza y tranquilidad. Solo en Ticare.

MOVING FOR CARE

El **90%**
de los profesionales
lo considera clave
para el éxito del
tratamiento*

GAP ZERO
TECHNOLOGY
ticare

► Reduce riesgos,
optimiza tu práctica.
Descubre gapZero®



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