

### ENTREVISTA

• Prof. Dr. José Nart,  
presidente de SEPA  
y de la Fundación SEPA

### IMPLANTOLOGÍA Y PRÓTESIS

### SALUD PÚBLICA ORAL

**SESPO-DM**

### D4.0

#### ENTREVISTA

• Dr. Rafael Vila,  
presidente de SOCE

#### ENTREVISTA A LA INDUSTRIA

**DENTAL:** Philippe Salah, co-fundador  
y CEO de DentalMonitoring

#### ORAL MEDICINE INSIDE

by  knotgroup  
Dental Medical Innovation

#### PENSANDO EN EL FUTURO

#### GESTIÓN DE CLÍNICA





# Flujo de trabajo clínico: solución para Periodoncia

by ACTEON®

## Habilidad & cuidado

Una solución eficaz especialmente diseñada para cubrir todos los pasos del cuidado periodontal.

Con su amplia gama de productos de alta calidad, ACTEON® apoya a los profesionales durante todos los tratamientos periodontales para garantizar la comodidad y seguridad de los pacientes gracias a tratamientos precisos dentro del flujo de trabajo de periodoncia.



DIAGNÓSTICO > TRATAMIENTO > SEGUIMIENTO > PROTECCIÓN

Productos sanitarios. Para más información lea las instrucciones de uso o el etiquetado dedicado a cada producto.

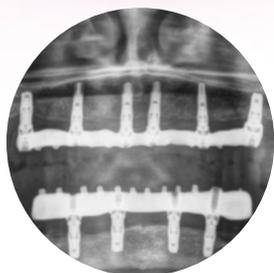


GAMA DE IMPLANTES BTI CORE®

## UNA ÚNICA SOLUCIÓN PARA TODAS TUS NECESIDADES

### FLEXIBILIDAD SIN PREDEENTES

*6 diámetros de implantes  
y longitudes desde 4,5 mm.*



La versatilidad de la gama de **implantes BTI CORE®** te ayuda a solucionar todas las necesidades clínicas de tus pacientes. **Simplicidad y eficacia** gracias a una sola plataforma protésica de 3,5 mm. de diámetro, **minimizando errores** en el proceso restaurativo y posibilitando un protocolo protésico **más sencillo y rápido**.



Quiero probar BTI CORE® >

**BTI CORE®: implantes que se adaptan al paciente**

## DM eldentistamoderno

Año IX - Número 69 - Septiembre 2022

**En portada:**

Fotografía correspondiente a la página 20 del artículo titulado "Epidemiología de las enfermedades orales y salud pública oral: desarrollo y perspectiva de la SESPO"



### 6 EDITORIAL Humanos

Por Dr. Juan Manuel Vadillo, Director del Máster de Cirugía Implantológica, Prótesis y Periimplantología en el Departamento de Odontología de la Universidad Alfonso X El Sabio (UAX), Madrid; Coordinador Clínico del Servicio de Odontostomatología del Hospital San Rafael (Madrid); Profesor del Máster de Periodoncia e Implantes de la Universidad de Sevilla; y miembro del Comité Científico de DM Dentista Moderno.

### 8 ENTREVISTA "España se ha convertido en un referente internacional en Periodoncia y Terapia con Implantes"

Prof. Dr. José Nart, presidente de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) y de la Fundación SEPA.

## Siguiendo la evolución de la odontología

**DIRECTORA**

Emiliana Rodríguez Charmes  
emi.rodriguez@eldentistamoderno.com

**SUBDIRECTORA**

Beatriz Suárez de la Vega  
beatriz.suarez@eldentistamoderno.com

**REDACCIÓN Y FOTOGRAFÍA**

Departamentos propios Versys Ediciones Técnicas

**DIRECTOR CIENTÍFICO**

Imanol Donnay

**COMITÉ CIENTÍFICO**

Javier de la Cruz, José Nart, Jesús Daniel Parejo, Juan López Palafox, Miguel Burgueño, Juan Manuel Vadillo, Luis Jané Noblom, Guillermo Galván, Rafael Martínez de Fuentes, Anna Ramiro, Carlos Repullo, Leticia Rodríguez, Marta Revilla, José María Malfaz, Eva Mª Martínez y Eva López de Castro

**DISEÑO Y MAQUETACIÓN**

Manuel Beviá

**DIRECTORA COMERCIAL ÁREA DE DISTRIBUCIÓN**

Mercedes Álvarez  
mercedes.alvarez@versysediciones.com

**DIRECTORA DE CUENTAS DM**

Emiliana Rodríguez Charmes  
emi.rodriguez@eldentistamoderno.com

**EJECUTIVA DE CUENTAS DM**

Beatriz Montero Fernández de Bobadilla  
beatriz.montero@eldentistamoderno.com

### 14 IMPLANTOLOGÍA Y PRÓTESIS Crecimiento vertical en implantes extracortos en atrofia mandibular con hueso residual menor a 4,5 mm. Serie de casos clínicos con seguimiento entre 5 y 8 años

Autor: Dr. Eduardo Anitua.

### 20 SALUD PÚBLICA ORAL SESPO-DM Epidemiología de las enfermedades orales y salud pública oral: desarrollo y perspectiva de la SESPO

Autores: Junta Directiva de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO).

### 66 ACTUALIDAD DEL SECTOR DENTAL

### 76 NOVEDADES Equipamiento, instrumental y material protésico, dental y clínico

# Zirkonzahn®



MÁS INFORMACIÓN  
SOBRE NUESTRA  
ZIRCONIA PRETTAU® 2  
DISPERSIVE®

Restauración superior e inferior monolítica de zirconia Prettau® 2 Dispersive® Bleach sobre bases de titanio anodizadas, estratificada con Fresco Ceramics sólo en las zonas gingivales. TPD Janka Gregorics – Zirkonzahn Education Center Brunico, Südtirol, Italia

## PRETTAU® 2 DISPERSIVE® BLEACH

### REPRODUCCIÓN NATURAL DE DIENTES BLANCOS Y MUY CLAROS

- Zirconia policromática altamente translúcida, con colores naturales esfumados y una elevada resistencia a la flexión
- ¡Sin límites! Especialmente indicada para arcadas completas monolíticas, así como coronas individuales, inlays, onlays, veneers, barras y puentes de varias unidades (monolíticas o reducidas)
- No se producen fracturas (chipping), debido al diseño monolítico. No provoca abrasión al antagonista
- Permite la caracterización individual de la restauración con Colour Liquids Prettau® Aquarell intensivos, ICE Ceramics, Fresco Ceramics y ICE Stains 3D by Enrico Steger
- La zirconia Prettau® 2 Dispersive® está disponible en los colores A1-D4 así como tres tonos Bleach



## DENTISTA 4.0

**Impresión:** Gama Color  
**Depósito Legal:** M-33444-2013  
**ISSN:** 2340-9703  
**ISSN (internet):** 2340-9797



Versys Ediciones Técnicas S.L.  
Invierno, 17  
28850 Torrejón de Ardoz  
(+34) 912 972 000  
administracion@versysediciones.com

**CEO**  
José Manuel Marcos Franco de Sarabia

**DIRECTORA DE OPERACIONES**  
Esther Crespo

**DIRECTOR DE EXPANSIÓN Y DESARROLLO**  
José Manuel Marcos de Juanes

Copyright Versys Ediciones Técnicas S.L. La suscripción a esta publicación autoriza el uso exclusivo y personal de la misma por parte del suscriptor. Cualquier otra reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta publicación sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares. En particular, la Editorial, a los efectos previstos en el art. 32.1 párrafo 2 del vigente TRLPI, se opone expresamente a que cualquier fragmento de esta obra sea utilizado para la realización de resúmenes de prensa, salvo que cuente con la autorización específica. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar, escanear, distribuir o poner a disposición de otros usuarios algún fragmento de esta obra, o si quiere utilizarla para elaborar resúmenes de prensa (www.conlicencia.com; 917021970/932720447). Las opiniones y conceptos vertidos en los artículos firmados lo son exclusivamente de sus autores, sin que la revista los comparta necesariamente.

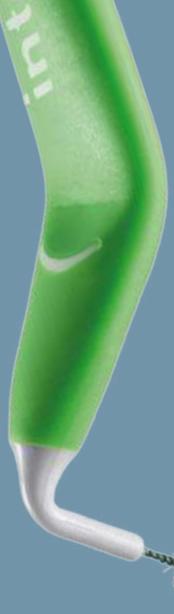


Fotografía el código QR con el lector de tu smartphone para acceder a El Dentista Moderno

34	<b>ENTREVISTA</b> <b>“El objetivo principal de SOCE es seguir aportando valor al socio con eventos formativos gratuitos que le ayuden a mejorar su día a día en la clínica”</b> <i>Dr. Rafael Vila, presidente de la Sociedad Española de Odontología Digital y Nuevas Tecnologías (SOCE)</i>
40	<b>INDUSTRIA DENTAL</b> <b>“La IA es una oportunidad para que los clínicos sean más eficientes”</b> <i>Philippe Salah, co-fundador y CEO de DentalMonitoring</i>
44	<b>ORAL MEDICINE INSIDE</b>  <b>El valor de una Odontología basada en valores</b> <i>Por Dra. Cristina Sola, de Javier Sola Centro Dental Especializado</i>
48	<b>PENSANDO EN EL FUTURO</b> <b>Tecnologías inmersivas al servicio de la experiencia y diferenciación del servicio</b> <i>Por Raúl Calleja, Director de Digitalización y Diversificación de Negocio en Ifema Madrid</i>
54	<b>OPINIÓN SANITAS DENTAL</b> <b>La digitalización está transformando profundamente la odontología</b> <i>Por Dra. Elena Criado, odontóloga y responsable de Innovación de Sanitas Dental</i>
56	<b>GESTIÓN LEGAL-DELYSER ABOGADOS</b> <b>Valoración y traspaso de clínicas dentales</b> <i>Por José Luis Gómez Gómez, Socio-Director de Delyser Abogados</i>
62	<b>GESTIÓN Y LIDERAZGO</b> <b>Gestionar y liderar, 2 en 1</b> <i>Por Dr. Primitivo Roig, director y fundador de Clínicas W</i>

**En portada D4.0:**  
Imagen de la página 48 correspondiente al artículo de Pensando en el futuro titulado “Tecnologías inmersivas al servicio de la experiencia y diferenciación del servicio”.





DONDE EL CEPILLO DENTAL NO LLEGA  
SIEMPRE LLEGA UN  
**INTERDENTAL**

La higiene interdental ayuda a mantener unas **encías sanas** eliminando los restos de comida, placa bacteriana y previene la caries.



**VITIS**  
**interprox**

**PHB**



Elige tu producto más adecuado para cada espacio  
y disfruta de una **limpieza dental 100% completa.**



Para más información consulte en [www.interprox.es](http://www.interprox.es)

Una **buena salud bucal**, para una **buena salud general**

**DENTAID**  
Expertos en Salud Bucal



**Dr. Juan Manuel Vadillo**

Director del Máster de Cirugía Implantológica, Prótesis y Perimplantología en el Departamento de Odontología de la Universidad Alfonso X El Sabio (UAX), Madrid. Coordinador Clínico del Servicio de Odontostomatología del Hospital San Rafael, Madrid. Profesor del Máster de Periodoncia e Implantes de la Universidad de Sevilla. Miembro del Comité Científico de DM Dentista Moderno.

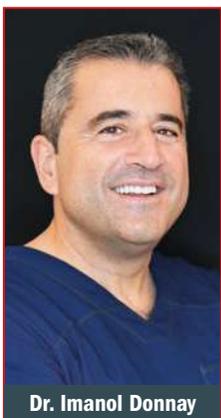
# HUMANOS

Durante las pasadas vacaciones, recibí un wasap de una compañera para saber mi opinión sobre el uso de procaína como anestésico local en odontología: una paciente había acudido a su consulta demandando el uso exclusivo de dicho anestésico para su tratamiento, basándose fundamentalmente en “criterios personales” asociados a lo que ella entendía que era una “posible menor toxicidad”.

En ese momento, y a pesar de estar en bañador, rebusqué en mis oxidados conocimientos de farmacología y recordé que la procaína fue durante muchos años el anestésico por excelencia en todo tipo de intervenciones odontológicas, pero tenía los inconvenientes de presentar un período de latencia demasiado largo y un potencial alergénico considerable (por ser tipo éster) y por ello fue sustituida por el que más usamos en la actualidad, que es la lidocaína (tipo amida), o sus alternativas comercializadas como la mepivacaína, articaína o bupivacaína.. Además, aproveché los datos ilimitados en mi teléfono móvil y removí varias páginas de farmacología dedicadas al tema para emitir un juicio lo más objetivo y sincero posible para ofrecer a otra dentista que, como yo, buscaba respuestas. Después de todo, le dije que no había usado procaína nunca, que desconocía si la comercializaban por vía convencional en los canales habituales de compra de medicamentos que tenemos los dentistas y que no sabía si realmente en nuestro campo los efectos tóxicos justificarían su uso. Por eso, le indiqué que la opción más fácil sería la de “aconsejar” a la paciente que se dejase anestesiar con lidocaína, que es el que usamos habitualmente y listo. Después de dar esta opinión, reflexioné y me pareció un consejo vago y carente de justificación, ya que estaba basado exclusivamente en “es lo que hago habitualmente” y no tuve en cuenta otros parámetros para emitirla. Por eso, elevé la mirada hacia el horizonte y en paralelo al ocaso del sol me puse a reflexionar, ya que este caso no es el primero ni será el último.

La reflexión se centró en que los profesionales que atendemos y tratamos a personas, nos encontramos en ocasiones estas disyuntivas en las que los pacientes vienen con unos conceptos predeterminados o unas expectativas definidas y no priorizan ese “consejo” profesional tan fácilmente sobre sus creencias personales o conocimientos previos, basándose en que nuestra “opinión o consejo profesional” no es una indicación real, sino que es solo “un consejo más entre otros que manejan” y como el derecho de autonomía del paciente prima sobre el criterio profesional para poder decidir lo que realmente hacer, no cabe duda de que tenemos que reflexionar y entender que, a pesar de que creamos que nuestro conocimiento técnico y científico sobre nuestra profesión sea inmenso, hoy no es suficiente para poder aplicarlo en nuestros pacientes por sí solo.

Históricamente, la asistencia clínica se ha desarrollado basándose en dos vertientes complementarias: la de la ciencia y la de la confianza personal. La primera vertiente (la científica), se encarga del conocimiento diagnóstico y terapéutico objetivable y reproducible en los pacientes y la segunda (la confianza), es la que crea un puente intangible e imaginario que conecta dos personalidades diferentes (profesional y paciente) y que busca transferir la experiencia y conocimiento del primero para mejorar y transformar la vida del segundo y que, a su vez, ocasione la retroalimentación positiva para el primero. No cabe duda de que la primera vertiente ha tenido un desarrollo espectacular en los últimos tiempos y hoy poseemos el mayor arsenal terapéutico de toda la historia de la humanidad, basándonos en el impresionante desarrollo de la biomedicina aplicada a la odontología que viene ocurriendo desde el siglo XIX y que nos ha permitido entender que la enfermedad es un desequilibrio del organismo explicado por la existencia de lesiones anatómicas o funcionales causadas por distintos procesos infecciosos, inflamatorios, degenerativos, metabólicos o genéticos. Este gran desarrollo científico y técnico, aunque cierto, no puede hacernos creer que como la segunda vertiente (la confianza con el paciente) no es un hecho objetivable, por tanto, no es necesaria para lograr el éxito clínico.. Y por eso cuando aparece un caso de este tipo nos recuerda que la odontología moderna es mucho más que conocer los últimos medicamentos, técnicas quirúrgicas o manejar la última tecnología existente en el mercado.. Nos rompe los esquemas y nos hace reflexionar sobre la dicotomía actual en el tratamiento odontológico...



**Dr. Imanol Donnay**  
Director Científico de DM Dentista Moderno.



Miguel Borgeño

Javier de la Cruz

Guillermo Galván

Eva López de Castro

Juan López Palafox

José María Malfaz

Eva Mª Martínez

Por un lado, todos los lectores de esta revista sabemos y entendemos que la sociedad actual está inmersa en rápidos cambios (tecnológicos, económicos y sociales) y el individuo tradicional va pasando a ser un "consumidor" inmerso en una sociedad líquida en constante cambio caracterizada por la "incertidumbre del mañana". Además, la globalización también incluye a la información y a los contenidos y las redes sociales hacen que circulen por el ciberespacio iniciativas, movimientos u organizaciones (buenas y malas), que tienen posibilidades nunca vistas de difusión de sus ideas sin tener necesariamente que validar sus argumentos o información por ningún tipo de filtro. Salvando las distancias, en medicina existen casos extremos de pacientes que se oponen a la administración de vacunas, rechazo de transfusiones o cese de tratamientos contra el cáncer (o su sustitución por terapias alternativas) y solo pueden ser los tribunales quienes pueden decidir a favor del derecho sanitario global o del derecho personal; aunque en el día a día de nuestras consultas no se llega a estas situaciones, empieza a ser frecuente que los pacientes difieran y simplemente rechacen indicaciones clínicas en situaciones más cotidianas, a veces de modo imperceptible para los profesionales: rechazo a la amalgama, a los bisfenoles, a los metales o a ciertos medicamentos o tratamientos...

Por todo esto, tenemos que asimilar que el uso del reconocido legalmente derecho a la autonomía de los pacientes va en aumento debido a los cambios culturales, el acceso a la influencia de las redes sociales o a la preferencia personal y debemos entender que muchos de nuestros pacientes ya no son precisamente "pacientes", sino que han mutado hacia ese "consumidor de servicios sanitarios" que exige un nivel de servicios y resultados que en muchas ocasiones no podemos o no queremos ofrecer, terminando habitualmente en frustración o conflicto entre profesional y paciente por no poder o querer cumplir sus deseos o expectativas.

Por otro lado, también debemos reconocer que parte del problema de la falta de confianza o ausencia de adherencia a los consejos profesionales puede ser causada (en ocasiones) por el propio enfoque clínico asistencial y el alejamiento de la atención personalizada e individualizada entre paciente y dentista. Hoy sabemos que es importante escuchar de manera activa y conocer el otro punto de vista. Hasta en los estudios científicos de los últimos años se está intentando incorporar la llamada "experiencia del paciente" en los procesos clínicos y terapéuticos para conseguir mejorarlos, adecuándolos en lo posible a las circunstancias de vida de las personas en tratamiento y cada vez que se introduce una variación en el proceso terapéutico, se hace también necesario medir sus resultados. Por eso, además de los indicadores biológicos propios de cualquier tratamiento odontológico, se han introducido los llamados PROMs (*Patient Reported Outcomes Measures*) y PREMs (*Patient Reported Experience Measures*) que también contabilizan el grado de satisfacción con la experiencia del tratamiento y los resultados percibidos de manera subjetiva por el paciente. No solo hay que evaluar cómo nos parece a nosotros que ha quedado el tratamiento, sino qué le parece al paciente y, sobre todo, si el camino terapéutico que hemos recorrido para llegar al resultado le ha merecido la pena. Parece que el fin no debería justificar los medios en el tratamiento odontológico.

Resumiendo, creo que para poder desarrollar una odontología de éxito y efectiva basada en la confianza mutua entre el paciente y el profesional, hoy en día no solo es importante lograr un resultado clínico óptimo basado en una adecuada formación técnica y conocimiento científico por nuestra parte, sino que es importante intentar percibir al paciente no solo desde una perspectiva reduccionista de signos, síntomas, patologías o tratamientos, sino también comprenderle integralmente, considerar sus demandas, sus expectativas, sus miedos o simplemente sus sueños y, por supuesto, saber y valorar qué fuente de información consultan aparte de la nuestra.

Ah, por cierto... Nuestra compañera, tenaz y persistente, consiguió la procaína en fórmula magistral en la farmacia, pero no consiguió asociar el vasoconstrictor de manera efectiva para administrarlo. Tras haberlo intentado, habló con la paciente y ésta valoró su esfuerzo por satisfacer sus demandas. Al final ambas tomaron una decisión consensuada basada en la confianza y prefirieron usar lidocaína como anestésico para realizar el tratamiento. Como dijo Max Planck, "la ciencia no puede resolver el misterio definitivo de la naturaleza, y eso es porque en el último análisis, nosotros mismos somos parte del misterio que estamos tratando de resolver"... Es lo que tiene el hecho de que unos seres humanos tratemos y seamos tratados por otros seres humanos.



# “ESPAÑA SE HA CONVERTIDO EN UN REFERENTE INTERNACIONAL EN PERIODONCIA Y TERAPIA CON IMPLANTES”

Prof. Dr. José Nart, presidente de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) y de la Fundación SEPA.

Al frente del Patronato de la Fundación SEPA y de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, el Prof. Dr. José Nart asume de cara a los próximos tres años el reto de conseguir que la Periodoncia esté más presente en las clínicas dentales españolas con el fin de mejorar la salud bucal y cuidar las encías de las personas.



● **DM.- Teniendo en cuenta su implicación con la SEPA a lo largo de los últimos años, ¿qué supone para usted asumir la presidencia de la Sociedad?**

**Prof. Dr. José Nart (Prof. Dr. J.N.).-** Es una gran honor y responsabilidad, que asumo con muchísima ilusión y vocación de servicio al legado de más de 60 años de historia. La Asamblea de SEPA designó que una nueva generación de dentistas lideremos la Sociedad y la Fundación durante el periodo 2022-2025 con gran fidelidad y lealtad al propósito y los valores esenciales de SEPA: El desarrollo de la Periodoncia y la Odontología, promoviendo la salud bucal y general desde el Rigor, Innovación, Excelencia, Transparencia y la Ética.

● **DM.- Háblenos de los profesionales que le acompañan en esta nueva Junta Directiva. ¿Qué aportará a SEPA la juventud y paridad de esta Junta y cuáles son sus objetivos y planes para los próximos tres años?**

**Prof. Dr. J.N.-** Es un equipazo. Así lo reflejan sus méritos científicos, logros académicos o clínicos y también el compromiso con la Periodoncia y con SEPA. Con una media de 38 años y, por primera vez, más mujeres que hombres, los siete integrantes del Comité Ejecutivo de la Fundación y la Junta Directiva de SEPA disponemos de enorme experiencia institucional.

Paula Matesanz es la vicepresidenta. Francisco Vijande, el secretario general; y las vocalías ejecutivas las asumen Olalla Argibay (Sensibilización),

Beatriz de Tapia (Divulgación profesional), Ana Molina (Formación) y Alberto Monje (Encuentros Científicos). Además, es muy relevante mencionar a los otros seis patronos de la Fundación SEPA: Antonio Bujaldón, David Herrera, Elena Figuro, Andrés Pascual, Ignacio Sanz Sánchez y Cristina Vallès, así como al director de Perio Clínica, Ignacio Sanz Martín, la directora de Cuida tus Encías, Regina Izquierdo, y los acreditados Expresidentes de SEPA y Premios Platino, cuya experiencia nos sirve de anclaje para el cumplimiento del propósito de nuestra entidad científica.

Durante los próximos años, SEPA seguirá trabajando para que la promoción de la salud periodontal se integre todavía más en la práctica clínica diaria, promoviendo una Odontología fiel a las guías de tratamiento de la periodontitis, donde el control de la infección es una prioridad y una condición necesaria antes de cualquier tratamiento estético o funcional odontológico. La salud debe ser lo primero. Por ello, también continuaremos informando a la población de la importancia de la salud de las encías para cuidar su salud bucal y general.

“  
**Las 10 comunidades de conocimiento de SEPA a desarrollar son las siguientes: Alianza por la Salud Bucal y General; Metodología de Investigación; Salud Periodontal; Salud Periimplantaria e Implantes; Mucogingival; Regeneración; Interdisciplinar y Digital; Gestión; Higiene y prevención; y Joven**  
”

● **DM.- En cuanto al desarrollo de las comunidades de conocimiento, ¿cuáles van a ser las diferentes líneas de trabajo que van a seguir en cada una de ellas?**

**Prof. Dr. J.N.-** Las 10 comunidades de conocimiento a desarrollar son las siguientes: Alianza por la Salud Bucal y General; Metodología de Investigación; Salud Periodontal; Salud Periimplantaria e Implantes; Mucogin-



Comité Ejecutivo de SEPA. De izquierda a derecha, Ana Molina, Francisco Vijande, Paula Matesanz, José Nart, Olalla Argibay y Alberto Monje. También forma parte de la nueva Junta Directiva de SEPA, Beatriz de Tapia.

gival; Regeneración; Interdisciplinar y Digital; Gestión; Higiene y Prevención; y la comunidad Joven. Todas van a tener desarrollo a través de grupos de trabajo, con líderes nacionales e internacionales, mediante simposios como los previstos de Mucogingival en Barcelona en noviembre de este año, y los de Interdisciplinar y Regeneración en 2023. Otras comunidades se desarrollarán en la reunión anual, congresos específicos o con difusión del conocimiento existente, como es el caso de la Alianza por la Salud junto a las sociedades científicas más relevantes de la medicina en España.

● **DM.-** Tras seis años desde la creación de la Alianza por la Salud Periodontal y General, ¿qué resultados se extraen de este enfoque en cuanto a concienciación sobre la enfermedad periodontal y la relación de la salud general? ¿Cuáles serán los siguientes pasos de esta iniciativa?

**Prof. Dr. J.N.-** Bajo la brillante coordinación de Miguel Carasol, la Alianza por la Salud Periodontal y General sigue trabajando y avanzando en la concienciación de los profesionales de la salud con grupos de trabajo

estables con las sociedades de Cardiología, Diabetes, Ginecología, Neumología, CNPT, Atención Primaria, y, recientemente, con la Sociedad Española de Neurología (sustentada fundamentalmente en los recientes hallazgos que relacionan la Periodontitis y el Alzheimer). El resultado es un éxito sin precedentes; y como consecuencia del trabajo realizado, durante este último trimestre del año presentaremos "PromoSalud", definiendo y situando a la clínica dental como centro de detección precoz de riesgo de padecer diabetes o hipertensión arterial. El reto es avanzar en estos próximos tres años en la concienciación de la sociedad.

● **DM.-** En la última edición de EuroPerio10, celebrada en Copenhague, se dio a conocer la primera guía europea para el tratamiento de la periodontitis avanzada (estadio IV). ¿Qué avances aporta este documento en el manejo interdisciplinar de esta enfermedad?

**Prof. Dr. J.N.-** La Periodoncia no puede estar aislada del resto de la Odontología; lo contrario, la Periodoncia fundamenta la dimensión de salud de la Odontología, garantizando que el control de la infección y la

“  
**La Alianza por la Salud sigue trabajando y avanzando en la concienciación de los profesionales de la salud con grupos de trabajo estables con las sociedades de Cardiología, Diabetes, Ginecología, Neumología, CNPT, Atención Primaria, y, recientemente, con la Sociedad Española de Neurología**  
”



implementación de la salud periodontal deben iniciar siempre el tratamiento y que tras la rehabilitación, concluye siempre en el mantenimiento y prevención. En las periodontitis de estadio IV, el control de la infección es fundamental, antes de activar otras disciplinas odontológicas; y una vez que establecemos la salud periodontal, estamos poniendo las bases para que el tratamiento ortodóntico, protésico o de implantes sea exitoso; sin duda, no lo será si no hay salud periodontal.

● **DM.- En su opinión, ¿cuál es el posicionamiento de la Periodoncia española respecto a otros países?**

**Prof. Dr. J.N.-** La reputación global de la Periodoncia española tiene un nombre: Mariano Sanz. Su contribución científica y de liderazgo institucional ha sido y sigue siendo de tal envergadura que ha colocado a España como uno de los referentes de esta disciplina. Ahora también debemos sumar el nombre de su discípulo David Herrera, dada su enorme relevancia internacional, así como a una excepcional generación joven que está publicando en las principales de revistas de mayor impacto y dando conferencias por todo el mundo. De forma complementaria, también tal como insiste mi predecesor en SEPA, Antonio Bujaldón, debemos resaltar el alto nivel de la Odontología española en su conjunto, que es una de las más punteras del mundo. Esta suma de factores ha hecho también que SEPA se haya visto reforzada por el aprendizaje experimentado gracias a su pertenencia a la Federación Europea de Periodoncia y a la Federación IberoPanamericana de Periodoncia, actualmente presidida por otro expresidente de SEPA, Adrián Guerrero.

● **DM.- En este sentido, ¿cómo valora usted el nivel de formación en Periodoncia en las universidades españolas? ¿Qué papel ejerce SEPA en cuanto a la formación de los profesionales más jóvenes?**

**Prof. Dr. J.N.-** La impartición de la asignatura de Periodoncia mejora cada año en España. Sin embargo, su carga docente no se corresponde con su relevancia científica y clínica. Dos asignaturas de Periodoncia durante los cinco años de grado son insuficientes. Se debe incrementar la presencia de la Periodoncia en los planes de estudio de Odontología. Por ejemplo, en UIC-Barcelona hemos incluido cuatro asignaturas desde segundo a quinto curso. Dos asignaturas de Periodoncia durante los cinco años de grado son escasas y esas universidades deberían poder modificar el currículo; en la UIC-Barcelona, por ejemplo, tenemos 4 asignaturas de Periodoncia desde 2º a 5º curso.



José Nart, acompañado por los estudiantes del Máster de Periodoncia que dirige en la Universidad Internacional de Catalunya, durante EuroPerio10 en Copenhague el pasado mes de junio.

SEPA promueve la formación continuada a todos los niveles. Para nosotros es fundamental que los jóvenes se sientan bien preparados para establecer diagnósticos y pronósticos de forma adecuada, antes de iniciar tratamientos.

● **DM.- ¿Cuál es el papel de SEPA a nivel internacional? ¿Qué relaciones están creando con Europa y Latinoamérica?**

**Prof. Dr. J.N.-** SEPA es una institución científica global, porque así la posicionan y la valoran las otras partes con las que interactuamos. SEPA divulga el conocimiento de la Periodoncia e Implantes y difunde este conocimiento en España y en otros países conjuntamente con sus sociedades y universidades, mostrando la evidencia científica y clínica que aquí generamos. Tenemos la capacidad de destacar a nivel científico-investigador y clínico, y eso es valorado actualmente en todo el mundo. Probablemente actuamos como referente para Iberoamérica y Oriente Medio, pero también cooperamos estrechamente con las sociedades o academias de Periodoncia e Implantes y fundaciones corporativas más relevantes SIdP (Italia), DGI (Alemania), AAP (Estados Unidos) y las fundaciones corporativas Osteology, ITI, ORF o FOR) organizando simposios y *workshops* conjuntos.

● **DM.- Para terminar, ¿cuáles son sus sueños a nivel profesional de cara a los próximos tres años?**

**Prof. Dr. J.N.-** Trabajo cada día para que la Periodoncia esté más presente en las clínicas dentales de nuestro país, pensando en el beneficio de los pacientes, y aspiro también a que un mayor porcentaje de la población española conozca la importancia de tener unas encías sanas, mejorando así el cuidado de su salud bucal y general.

## LA SALUD, EN BOCA DE TODOS

DENTAID y PHB se unen para liderar el mercado interproximal y concienciar a la población de la necesidad de extender el cepillado hacia la limpieza entre los espacios interdentes.



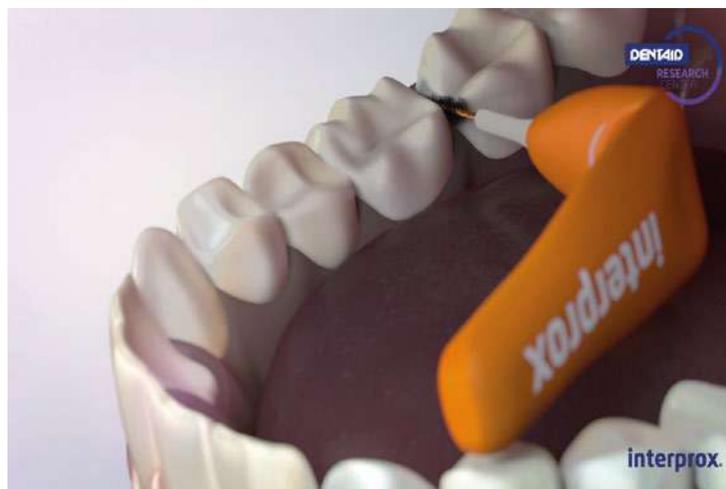
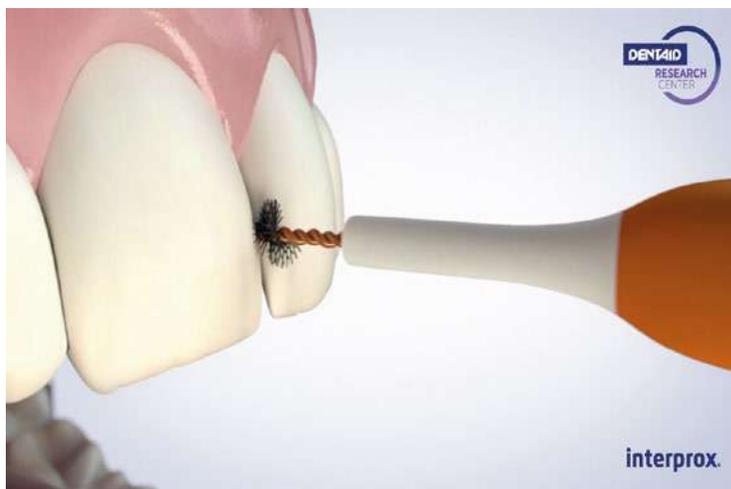
“  
**Para obtener una higiene bucal 100% completa es necesario incorporar a la rutina otro tipo de herramientas que lleguen a zonas de difícil acceso**  
”

La flora bucal y la flora microbiana varían con la edad y la predisposición a caries por ende también. Según un estudio del *Journal of Bacteriology*, existen más de 700 especies diferentes de bacterias y algunas de ellas son las causantes de la proliferación de patologías bucales, más aún cuando en nuestro microbioma crecen películas blanquecinas en el diente formadas por bacterias patógenas. Esto es lo que denominamos biofilm bucal, también conocido como placa bacteriana.

**El cepillado destruye el biofilm creado en la dentina**  
El cepillado de dientes es una práctica común en la sociedad española. Desde un estudio de la consultora Hamilton se deriva que el 80% de población afirma cepillarse al menos 2 veces al día y de este 80%, el 34% lo hace usando cepillo y pasta. Aunque los expertos apuntan que es una buena rutina, no es suficiente cepillarse con cepillo y dentífrico, se debe hacer también con herramientas interdentes y enjuagues bucales. Una buena técnica de cepillado, con

movimientos arriba y abajo conocida como técnica BASS es lo que recomiendan muchos odontólogos, pero debe estar acompañada de una limpieza de los espacios interdentes ya que, de lo contrario, el cepillado solo actuaría en el 60% de la cavidad bucal.

**Para espacios abiertos: los cepillos interproximales**  
Para obtener una higiene bucal 100% completa es necesario incorporar a la rutina otro tipo de herramientas que lleguen a zonas de difícil acceso como lo hacen los cepillos Interprox. Estos cepillos pueden adquirirse por tamaños, según el diámetro entre los dientes –llamado PHD (Passage Hole Diameter) –, lo que facilita encontrar el cepillo perfecto para cada caso. Además, los cepillos Interprox cuentan con 2 áreas de color que aportan información una vez se están utilizando. La parte más oscura revela la posibilidad de sarro y la blanca si las encías sangran. Además, al contrario de lo que se cree, los cepillos interproximales no hacen sangrar las encías, sino que su uso previene el sangrado gingival.



### Para espacios cerrados: las sedas, hilos y cintas y flossers VITIS y PHB

Si en lugar de espacios abiertos, la boca presenta una curvatura perfecta y sin espacios donde se pueda alojar comida, entonces es cuando las sedas y cintas Vitis, así como los hilos y los flossers de PHB, son la opción correcta para eliminar el sarro y el biofilm que se pueda crear entre los dientes. Con un suave deslizado para todos los casos bastaría para eliminar los posibles restos de comida.

### Reto “21 días entre dientes”

Dentro de la campaña “Donde el cepillo dental no llega, siempre llega un interdental”, puesta en marcha por DENTAID y PHB desde 2021, se quiere concienciar a la población de la importancia que tiene una buena higiene bucal para la salud general desde la incorporación de soluciones interdetales que se puedan adquirir para el hábito diario de limpieza bucal.

En el marco de esta campaña, se ha creado una plataforma incentivadora dirigida a pacientes de clínica para que conozcan las herramientas y las claves para

cuidar su salud bucal. La plataforma web [www.reto-zidiasentredientes.com](http://www.reto-zidiasentredientes.com) ha obtenido un seguimiento abrumador en la primera mitad del año: más de 5,400 pacientes se han inscrito para conocer más de cerca los cepillos Interprox, las sedas, cintas e hilos Vitis y PHB, respectivamente, además de los flossers y flexipicks; y más de 1,500 higienistas han colaborado estrechamente para que esto sea posible.

Las ventas en farmacia gracias a retos y acciones de concienciación como ésta actúan como termómetro en el éxito de las mismas. Otro dato alentador es que en los últimos meses aumentaron en un 5,8% las ventas de la categoría interdental, según los datos de IQVIA del último TAM en mayo.

Desde DENTAID trabajan para que cada vez más, la sociedad española tenga una mejor salud general gracias al cuidado íntegro de la salud bucal, muy en línea con las últimas indicaciones de la OMS que, en un reciente informe, ha comunicado la importancia de la prevención y el cuidado de la cavidad bucal para una buena salud general, y la estrecha relación existente con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, entre otras.

# CRECIMIENTO VERTICAL EN IMPLANTES EXTRACORTOS EN ATROFIA MANDIBULAR CON HUESO RESIDUAL MENOR A 4,5 MM. SERIE DE CASOS CLÍNICOS CON SEGUIMIENTO ENTRE 5 Y 8 AÑOS

Los implantes dentales son una técnica de rutina en la rehabilitación del maxilar y mandíbula con extrema atrofia. En casos en los que el reborde residual se encuentra muy reabsorbido (4,5 mm y menor) el enfoque de abordaje de esta zona puede consistir en la recuperación del volumen óseo perdido o la inserción de implantes extra-cortos con técnicas de aumento de forma simultánea. La técnica de crecimiento vertical puede ser considerada como una de las menos traumáticas para el abordaje de estas situaciones. Tal como se muestra en este estudio con 8 años de seguimiento, la técnica de crecimiento vertical puede ser considerada poco traumática y predecible en cuanto al volumen óseo a regenerar y la duración del volumen obtenido en el tiempo.

**Contacto:**  
 Eduardo Anitua Foundation  
 eduardo@fundacioneduardoanitua.org

## Introducción

Los implantes dentales hoy en día pueden solucionar múltiples casos de edentulismo, debido a que presentan diferentes longitudes y diámetros para adaptarse a las distintas situaciones clínicas<sup>1-3</sup>. Para las atrofias en altura, se han ideado implantes cortos y extra-cortos que nos permiten la inserción directa del implante en casos donde el remanente óseo en altura puede ser muy limitado<sup>4-5</sup>. Estos implantes se combinan con diferentes técnicas en el sector posterior maxilar como la elevación de seno transcrestal<sup>2</sup>, existiendo menos recursos para la zona posterior de la mandíbula, donde cuando no existe un volumen óseo suficiente las opciones pasan por la utilización del espacio del canal dentario (técnica descrita por nuestro grupo de estudio)<sup>6</sup> o por la inserción lingualizada al nervio dentario. Otras técnicas como la regeneración ósea guiada o los injertos en bloque pueden ser empleados en estas situaciones pero precisan de una cirugía inicial para una posterior regeneración del volumen óseo antes de la

inserción del implante. Para evitar este paso inicial de regeneración, en aquellos casos en los que se precise incrementar sobre el hombro del implante 1-2 mm de crecimiento óseo vertical para lograr la inserción directa de un implante extra-corto de 5,5 mm puede ser llevada a cabo la técnica de crecimiento vertical. Esta técnica descrita en el año 2015 por Anitua y cols se basa en la colocación del implante en la cresta ósea dejando el mismo supracrestal 1-2 mm para poder adaptarse a la altura residual. Posteriormente se utiliza injerto óseo particulado obtenido del fresado del implante (o mediante un rascador óseo en zonas adyacentes) embebido en PRGF-Endoret fracción<sup>2</sup> activado y se recubre todo con membranas de fibrina activada y retraída. Finalmente se realiza un cierre sin tensión con monofilamento con 5/0. Este hueso es totalmente viable para su uso como injerto óseo particulado debido principalmente a la cuidadosa técnica de obtención. La conservación de la viabilidad celular la hemos demostrado mediante cultivos celulares de muestras obtenidas por esta

técnica de fresado<sup>7,8</sup>. Con este procedimiento el implante se cubre con el armazón necesario para el crecimiento de nuevo hueso, tal como se describe en las diferentes técnicas de regeneración ósea guiada. Las modificaciones realizadas en la superficie de los implantes de titanio en gran parte buscan favorecer la adhesión de las células óseas y por lo tanto una mejor y más rápida oseointegración. Este hecho haría posible la regeneración vertical del hueso utilizando el implante como andamio para el mismo<sup>9,10</sup>.

En el siguiente artículo, mostramos una serie de casos tratados con este protocolo con implantes de 5,5 mm de longitud, con un amplio tiempo de seguimiento, valorándose la supervivencia del implante, la altura ósea ganada en cada caso y la pérdida ósea crestal posterior ante la carga.

### Material y métodos

Se analizaron de forma retrospectiva una serie de implantes extra-cortos de 5,5 mm insertados en zonas posteriores mandibulares con crecimiento vertical de entre 1,5-2,5 mm y reborde óseo residual menor a 4,5 mm. Todos los pacientes fueron sometidos a un protocolo diagnóstico consistente en la realización de un Tac dental (cone-beam), modelos y encerado diagnósticos. Desde estos fue realizada una guía quirúrgica que se utilizó en la inserción de los implantes. Antes de la inserción de los implantes se utilizó una pre-medicación antibiótica consistente en amoxicilina 2gr vía oral una hora antes de la intervención y paracetamol 1 gramo vía oral (como analgésico). Posteriormente los pacientes prosiguieron con un tratamiento de amoxicilina 500-750 mg vía oral cada 8 horas (según peso) durante 5 días. Los implantes fueron insertados por el mismo cirujano, mediante la técnica de fresado biológico<sup>11,12</sup> y con anestesia local.

Para la estimación de la pérdida ósea marginal y la ganancia ósea en altura buscada en el crecimiento vertical se tomó como referencia una longitud conocida en las radiografías (longitud del implante) para calibrar de ese modo las mediciones realizadas en estas radiografías. A partir de la calibración el software utilizado calcula las mediciones reales (Sidexis XG; Sirona Dental Systems, Bensheim, Germany). La pérdida ósea crestal marginal se calculó midiendo desde el hombro del implante hasta el primer sitio donde el contacto hueso implante fuese evidente.

La recolección de los datos fue llevada a cabo por dos examinadores independientes. El implante fue la unidad de análisis para la estadística descriptiva en cuanto a la localización, dimensiones del implante, y mediciones radiográficas. El paciente fue la unidad de medida para el análisis de la edad, sexo y la historia médica.

Fue realizado un test de shapiro-Wilk sobre los datos obtenidos para constatar la distribución normal de la muestra.

Las variables cualitativas se describieron mediante un análisis de frecuencias. Las variables cuantitativas se describieron mediante la media y la desviación estándar. La supervivencia de los implantes se calculó mediante el método de Kaplan-Meier. Los datos fueron analizados con SPSS v15.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

### Resultados

Fueron reclutados 9 pacientes en los que se insertaron 13 implantes que cumplieron los criterios de inclusión. Ocho de los pacientes fueron mujeres, con una edad media de 67,6 años (+/- 11,9; rango 51-89 años). Todos los implantes fueron insertados en extremos posteriores mandibulares con una altura ósea residual menor de 4,5 mm lo que implica crecimiento vertical unido al implante de esta longitud. La media del volumen óseo residual en altura inicial fue de 4,4 mm (+/- 0,6 mm; rango 3,5 – 5,1 mm). Los implantes fueron insertados en posición de primer molar mandibular en un 69,3%, y en un segundo molar en el 30,7% restante. El tiempo medio de seguimiento de los implantes estudiados fue de 72,4 meses (+/- 17,03; rango 60-96 meses). La media del crecimiento óseo para todos los implantes fue de 1,2 mm (+/- 0,9 mm). En 7 de los casos se logró un 100% del crecimiento vertical pretendido, en uno de los casos se logró el 90%, el 60% se logró en dos casos, el 35% en tres casos. Durante el seguimiento, se registró una pérdida ósea mesial media de 0,2 mm (+/- 0,6) y una pérdida ósea distal media de 0,3 mm (+/- 0,7).

En ninguno de los casos se registraron incidencias protésicas o quirúrgicas en el tiempo de seguimiento ni problemas derivados de la cercanía al nervio dentario (parestesia o disestesia). La supervivencia de los implantes fue del 100%.

En las figuras 1-8 se muestra uno de los casos incluidos en el estudio.



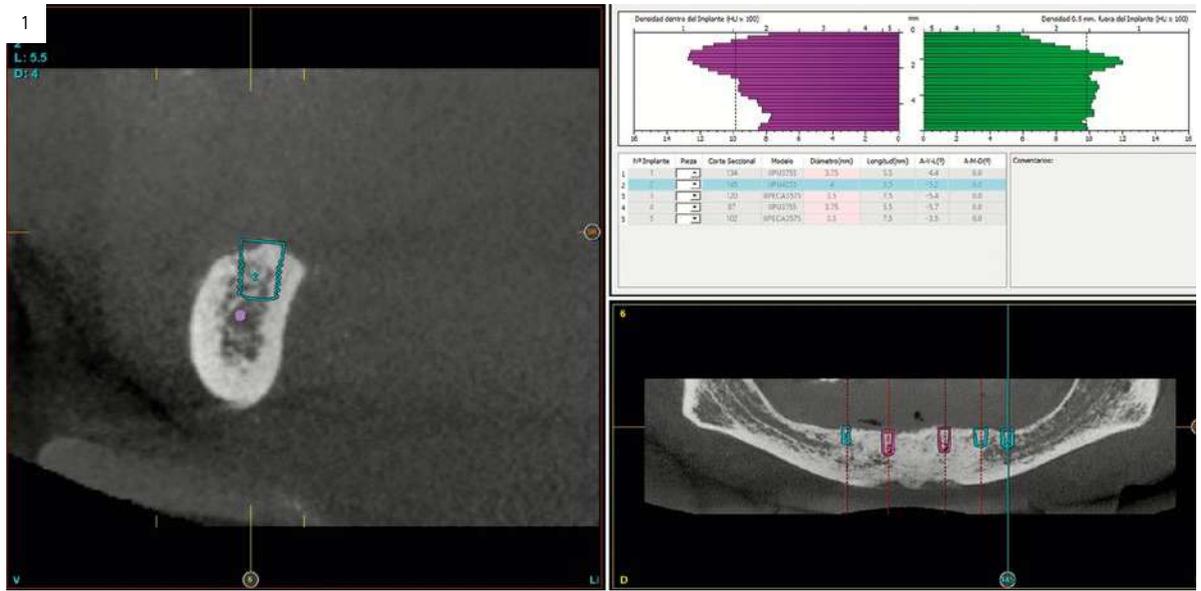
**Dr. Eduardo Anitua DDS, MD, PhD<sup>1,2,3</sup>**

<sup>1</sup>Private practice in oral implantology, Eduardo Anitua Institute, Vitoria, Spain.

<sup>2</sup>Clinical researcher, Eduardo Anitua Foundation, Vitoria, Spain.

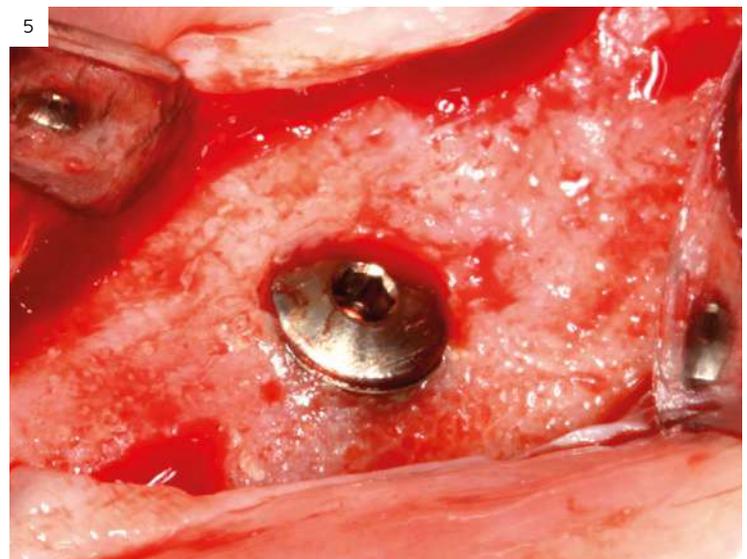
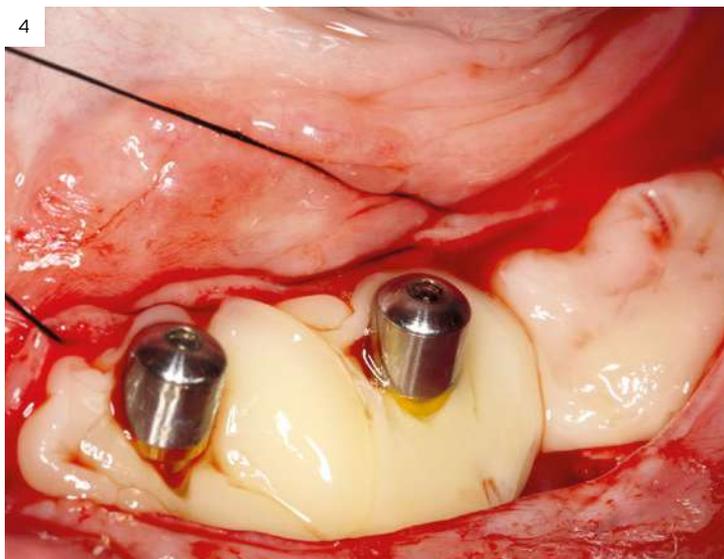
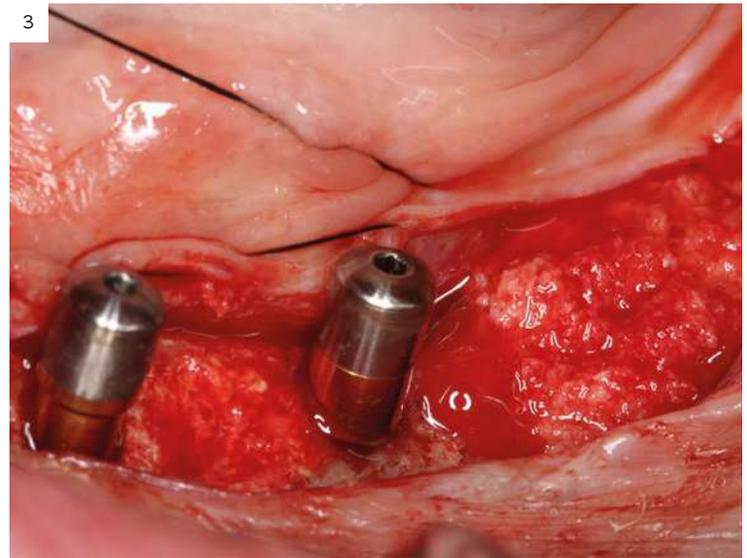
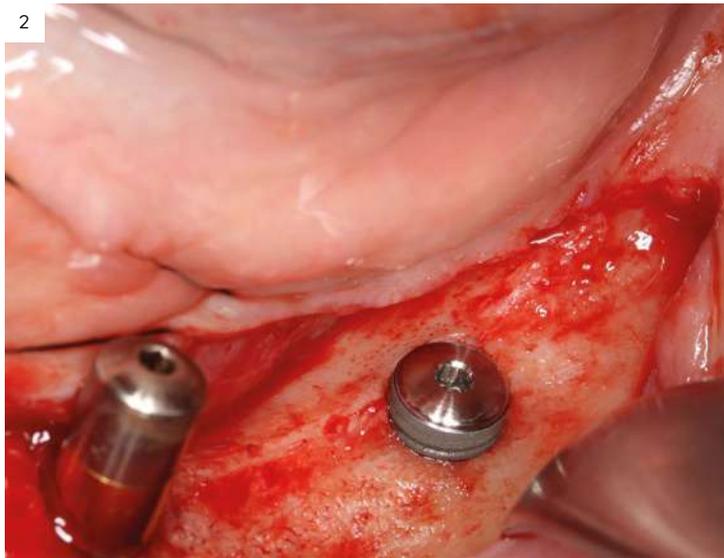
<sup>3</sup> University Institute for Regenerative Medicine and Oral Implantology - UIRMI (UPV/EHU-Fundación Eduardo Anitua), Vitoria, Spain.

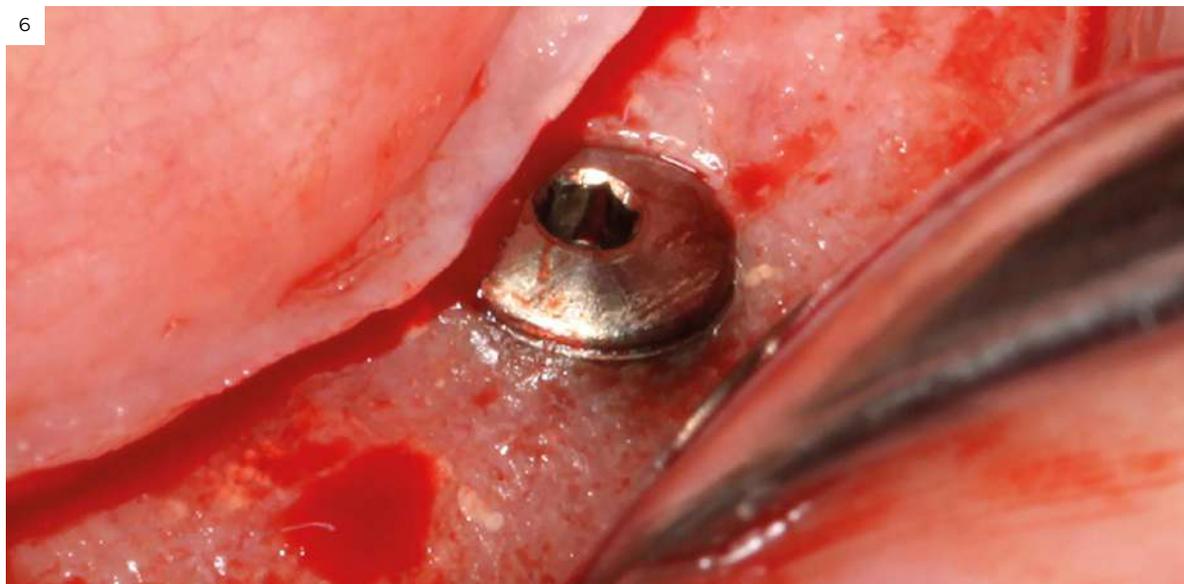
Figura 1. Imagen de planificación del tac, donde vemos los implantes en los que será realizado el crecimiento vertical. La tabla vestibular se encuentra más baja que la lingual y esa es la zona en la que se realizará el injerto para el crecimiento vertical.



Figuras 2 y 3. Imagen clínica de la inserción del implante. Sobre el mismo se coloca el injerto autólogo para lograr el crecimiento vertical.

Figura 4. Colocación de las membranas de fibrina sobre toda la zona a regenerar antes de la sutura.





Figuras 5 y 6. Re-entrada quirúrgica donde podemos observar todo el volumen óseo logrado en el crecimiento vertical que se ha logrado al 100%.

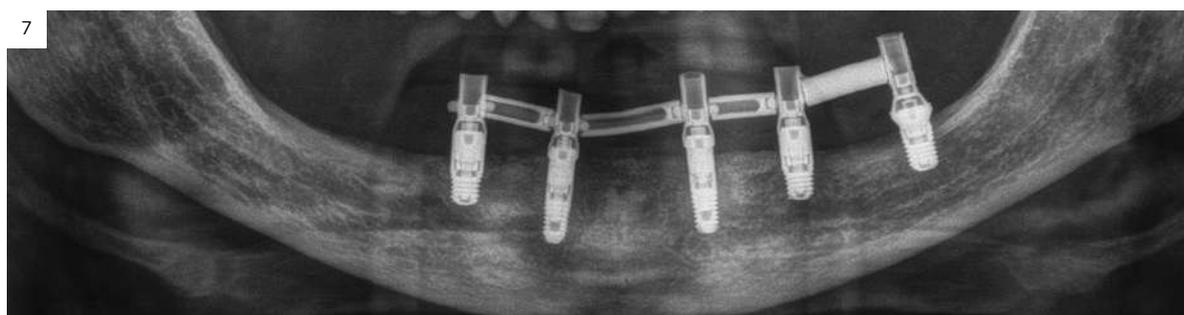


Figura 7. Radiografía con la prótesis de carga progresiva colocada a los tres meses de la inserción del implante.

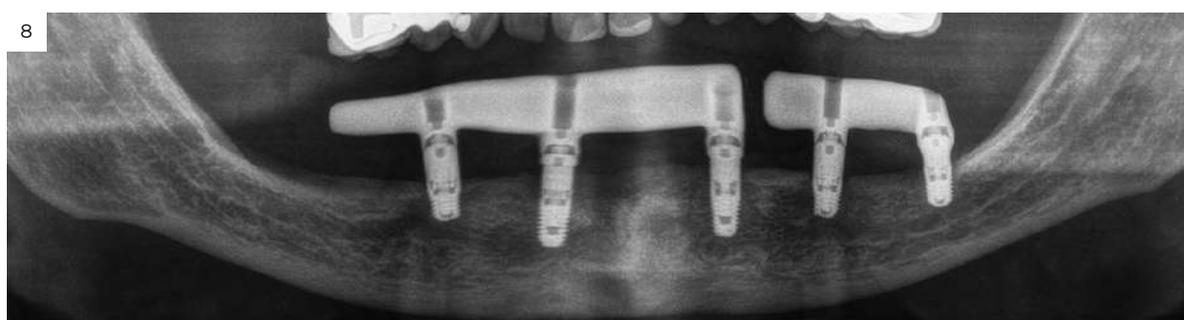


Figura 8. Prótesis definitiva tras 8 años de seguimiento.

## Discusión

En la literatura internacional existen numerosas técnicas para lograr regenerar zonas atróficas en altura tanto en maxilar como en mandíbula<sup>13-14</sup>. Las técnicas destinadas a los sectores posteriores mandibulares son por lo general más complejas en su realización (hueso menos vascularizado, menor encía queratinizada para cubrir el área regenerada) y tiene un porcentaje de éxito menor que cuando se emplean en el maxilar superior<sup>15</sup>. Además, el empleo de materiales de osteosíntesis, injertos y membranas para regeneración tisular guiada hace que las cirugías y los costes de los tratamientos sean mayores, tanto en tiempo

como en morbilidad para el paciente<sup>16-18</sup>. En este artículo, el fresado a bajas revoluciones permite recolectar hueso autólogo obtenido del propio fresado sin tener que realizar cirugías accesorias. La mezcla de este hueso con PRGF-Endoret añade factores de crecimiento al hueso autólogo, lo que facilita su integración además de proporcionarle la adhesividad de la fibrina lo que hace que el injerto sea más estable y presente adhesión per se. Además, el cubrir toda la cirugía con una membrana de fibrina autóloga hace innecesario el uso de membranas accesorias<sup>11-12</sup>. Por otro lado, los implantes cortos además de reducir las cirugías y la morbilidad de las mismas presen-

tan una supervivencia similar a la de los implantes de "longitud convencional", por lo que la realización de grandes técnicas de reconstrucción para insertar implantes de longitud "convencional" no se justifica si pensamos en el bienestar del paciente. Recientes estudios han demostrado que el uso de implantes cortos en casos de atrofas severas es comparable a la realización de aumento óseo vertical y posterior inserción de implantes de longitud "convencional" en cuanto a pérdidas óseas y a supervivencia del implante<sup>19-21</sup>. Hoy en día, con los implantes de 4,5 mm, en muchas ocasiones, no es necesario el empleo de técnicas como el crecimiento vertical reportado en el presente artículo. Estos implantes con 1 mm menos de longitud nos permiten rehabilitar zonas de atrofia mandibular con hasta 4 mm<sup>22-24</sup> de hueso residual sin el empleo de técnicas quirúrgicas complementarias, pero hace 8 años, momento en el cual se rea-

lizaron la mayoría de las técnicas descritas en esta serie de casos, el empleo del implante de 5,5 era la mejor alternativa. Como en otras áreas de la medicina, la implantología evoluciona y los protocolos cambian, existiendo nuevas alternativas terapéuticas que sustituyen a las anteriores, como en este caso, aunque la técnica de crecimiento vertical sigue hoy vigente y puede ser una alternativa válida en muchas ocasiones.

### Conclusiones

La técnica de crecimiento vertical unida a los implantes extra-cortos es una técnica predecible que logra aumentos óseos de entre 1-2 mm con facilidad en casos de extrema reabsorción mandibular. En el presente estudio se muestra cómo el tratamiento ha sido eficaz y duradero en el tiempo con un seguimiento de hasta 8 años.

## Bibliografía

- Moraschini V, Mourão CFAB, Montemezzi P, Kischinhevsky ICC, de Almeida DCF, Javid K, Shibli JA, Granjeiro JM, Calasans-Maia MD. Clinical Comparison of Extra-Short (4 mm) and Long (>8 mm) Dental Implants Placed in Mandibular Bone: A Systematic Review and Metanalysis. *Healthcare (Basel)*. 2021 Mar 12;9(3):315.
- Gürlek Ö, Kaval ME, Buduneli N, Nizam N. Extra-short implants in the prosthetic rehabilitation of the posterior maxilla. *Aust Dent J*. 2019 Dec;64(4):353-358.
- Estévez-Pérez D, Bustamante-Hernández N, Labaig-Rueda C, Solá-Ruiz MF, Amengual-Lorenzo J, García-Sala Bonmati F, Zubizarreta-Macho Á, Agustín-Panadero R. Comparative Analysis of Peri-Implant Bone Loss in Extra-Short, Short, and Conventional Implants. A 3-Year Retrospective Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 11;17(24):9278.
- Ravidà A, Barootchi S, Askar H, Suárez-López Del Amo F, Tavelli L, Wang HL. Long-Term Effectiveness of Extra-Short ( $\leq 6$  mm) Dental Implants: A Systematic Review. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2019 Jan/Feb;34(1):68-84.
- Shah SN, Chung J, Kim DM, Machtei EE. Can extra-short dental implants serve as alternatives to bone augmentation? A preliminary longitudinal randomized controlled clinical trial. *Quintessence Int*. 2018;49(8):635-643.
- Anitua E, Murias-Freijo A, Alkhraisat MH, Orive G. Implant-Guided Vertical Bone Augmentation Around Extra-Short Implants for the Management of Severe Bone Atrophy. *J Oral Implantol*. 2015 Oct;41(5):563-9.
- Anitua E, et al. BTI: un Nuevo protocolo para el fresado, colocación de implantes y obtención de hueso autólogo. *Implant Dialogue* 2004;4: 20-27.
- Anitua E, et al. A novel drilling procedure and subsequent bone autograft preparation: a technical note. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007;22:138-145.
- Alkhraisat MH, Rueda C, López Cabarcos E. Strontium ions substitution in brushite crystals: the role of strontium chloride. *J Funct Biomater*. 2011;31;2:31-8.
- Alkhraisat MH, Cabrejos-Azama J, Rodríguez CR, Jerez LB, Cabarcos EL. Magnesium substitution in brushite cements. *Mater Sci Eng C Mater Biol Appl*. 2013;1;33:475-81.
- Anitua E, Alkhraisat MH, Pinas L, Orive G. Efficacy of biologically guided implant site preparation to obtain adequate primary implant stability. *Ann Anat* 2015; 199: 9-15.
- Anitua E, Carda C, Andia I. A novel drilling procedure and subsequent bone autograft preparation: a technical note. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2007;22:138-45. Erratum in: *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2007;22:309.
- Wessing B, Lettner S, Zechner W. Guided Bone Regeneration with Collagen Membranes and Particulate Graft Materials: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2018 January/February;33(1):87-100.
- Urban IA, Montero E, Monje A, Sanz-Sánchez I. Effectiveness of vertical ridge augmentation interventions: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2019 Jun;46 Suppl 21:319-339.
- Lim G, Lin GH, Monje A, Chan HL, Wang HL. Wound Healing Complications Following Guided Bone Regeneration for Ridge Augmentation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2018 January/February;33(1):41-50.
- Tinti C, Parma-Benfenati S, Polizzi G. Vertical ridge augmentation: what is the limit? *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1996;16:220-229.
- Canullo L, Malagnino VA. Vertical ridge augmentation around implants by e-PTFE titanium-reinforced membrane and bovine bone matrix: a 24- to 54-month study of 10 consecutive cases. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2008;23:858-866.
- Torres J, Tamimi F, Alkhraisat MH, Manchon A, Linares R, Prados-Frutos JC, et al. Platelet-rich plasma may prevent titanium-mesh exposure in alveolar ridge augmentation with anorganic bovine bone. *J Clin Periodontol*. 2010;37:943-951.
- Lemos CA, Ferro-Alves ML, Okamoto R, Mendonça MR, Pellizzer EP. Short dental implants versus standard dental implants placed in the posterior jaws: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2016 Apr;47:8-17.
- Altaib FH, Alqutaibi AY, Al-Fahd A, Eid S. Short dental implant as alternative to long implant with bone augmentation of the atrophic posterior ridge: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *Quintessence Int*. 2019;50(8):636-650.
- Annibaldi S, Cristalli MP, Dell'Aquila D, Bignozzi I, La Monaca G, Pilloni A. Short dental implants: a systematic review. *J Dent Res*. 2012 Jan;91(1):25-32.
- Bolle C, Felice P, Barausse C, Pistilli V, Trullenque-Eriksson A, Esposito M. 4 mm long vs longer implants in augmented bone in posterior atrophic jaws: 1-year post-loading results from a multicentre randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol*. 2018;11(1):31-47.
- Gastaldi G, Felice P, Pistilli V, Barausse C, Ippolito DR, Esposito M. Posterior atrophic jaws rehabilitated with prostheses supported by 5 x 5 mm implants with a nanostructured calcium-incorporated titanium surface or by longer implants in augmented bone. 3-year results from a randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol*. 2018;11(1):49-61.
- Esposito M, Zucchelli G, Barausse C, Pistilli R, Trullenque-Eriksson A, Felice P. Four mm-long versus longer implants in augmented bone in atrophic posterior jaws: 4-month post-loading results from a multicentre randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol*. 2016;9(4):393-409.

# HELBO

## TERAPIA FOTODINÁMICA

***Controla infecciones bacterianas***

*„Éxito desde hace 15 años demostrado científicamente“*

HELBO Terapia fotodinámica antibacterial (aPDT) es el único sistema con componentes estériles y demostrado en dientes e implantes.

- **Sin dolor**
- **Sin efectos secundarios**
- **Sin resistencia**



Más información sobre la Terapia de HELBO:



DENTAL INNOVATIONS  
SINCE 1974

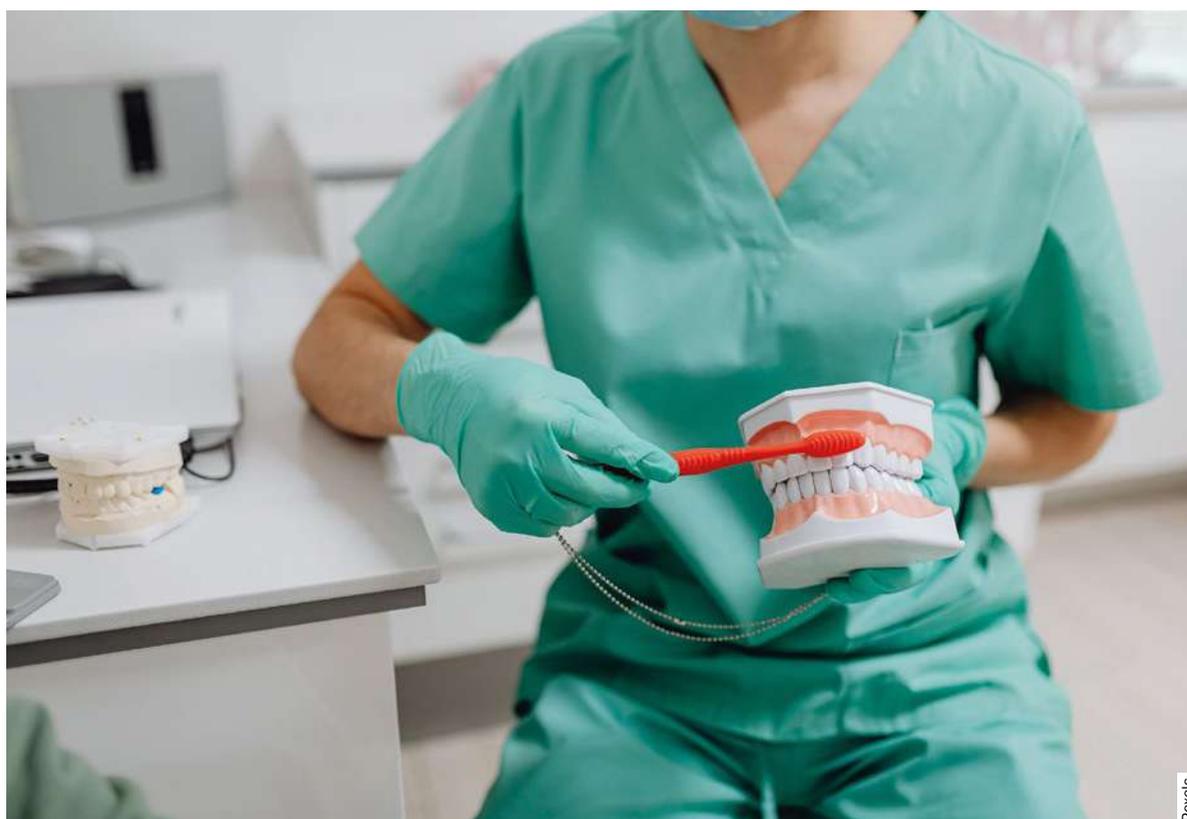
bre<sup>dent</sup> group

## EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES ORALES Y SALUD PÚBLICA ORAL: DESARROLLO Y PERSPECTIVA DE LA SESPO

Desde el año 1992, la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) se encarga de contribuir al desarrollo de la epidemiología de las enfermedades orales y la salud pública oral en España. En este artículo, desde SESPO realizan un recorrido histórico sobre este tipo de enfermedades y los cambios que se han producido en la salud pública oral en nuestro país.

◆ Contacto  
info@sespo.es

Artículo cedido por SESPO



### Introducción

Brevemente, la epidemiología es definida como la ciencia que estudia la distribución y frecuencia de las enfermedades –así como los determinantes de éstas– a nivel poblacional. Sin embargo, más ampliamente, esta ciencia debe ligarse a su aplicabilidad, lo que la convierte en un instrumento clínico y de salud pública. Así, la epidemiología resulta imprescindible no sólo en el establecimiento de objetivos de salud y en la toma de decisiones para llegar a ellos, sino también en el diseño, planificación y evaluación de programas de salud, o en la evaluación y control

de la calidad asistencial. Además, la variabilidad de las enfermedades bucodentales conlleva un ámbito de estudio en el que hay que tener en cuenta, no sólo a la comunidad –y a los propios individuos que la integran–, sino también la gran diversidad y complejidad del medio oral (1).

Las enfermedades que afectan a los dientes y a la cavidad bucal incluyen una amplia variedad de afecciones clínicas que suponen un importante problema de salud pública, tanto en España como en el mundo entero. Sin ninguna duda, la caries den-



tal es la enfermedad más prevalente de todas a nivel global. A parte de la caries, otras enfermedades bucodentales –como las enfermedades periodontales– también se encuentran entre las más frecuentes a nivel mundial. Y tampoco debemos olvidarnos, entre otras, del cáncer oral o de los traumatismos dentales y maxilofaciales. Globalmente, se ha estimado que las patologías bucodentales afectan a más de 3.500 millones de personas en todo el planeta (2). Paralelamente, conviene resaltar que la salud oral es una pieza clave de la salud y el bienestar general de los individuos, siendo numerosos los estudios publicados que asocian las patologías orales con diversas enfermedades sistémicas (3–5).

Desde el año 1992, la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) se encarga de contribuir al desarrollo de la epidemiología de las enfermedades orales y de la salud pública oral en España (6). Esencialmente, la SESPO está integrada por profesionales implicados en actuaciones de odontología preventiva, epidemiología y salud pública oral, y una gran mayoría de ellos trabajan en servicios de atención primaria de salud. No obstante, también son miembros de nuestra sociedad numerosos odontólogos y médicos estomatólogos que trabajan en clínicas dentales privadas, investigadores, profesores y catedráticos universitarios expertos en distintas ramas de la odontología y otras materias afines, así como técnicos superiores en higiene bucodental. En definitiva, se trata de una sociedad multidisciplinar formada por distintos especialistas que aportan conocimientos y experiencia para mejorar y mantener en salud oral a la población española.



### **JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA ORAL (SESPO):**

- **Presidenta:** Verónica Ausina Márquez (Universidad Europea de Valencia y Servicio de Salud de la Comunidad Valenciana).
- **Vicepresidenta:** Yolanda Martínez Beneyto (Universidad de Murcia).
- **Secretaria:** Elena Martínez Sanz (Universidad Complutense de Madrid).
- **Tesorero:** José María Blanco González (Servicio de Salud Principado de Asturias).
- **Vocal (Contadora):** Carmen Trullols Casas (Servicio de Salud de las Islas Baleares).
- **Vocal:** María Eulalia Llamas Ortuño (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha).
- **Vocal:** Antonio Expósito Delgado (Servicio Andaluz de Salud).
- **Vocal:** Teresa Almerich Torres (Universidad de Valencia; Chairperson of the Spanish Chapter of the Alliance for a Cavity-Free Future [ACFF]).
- **Vocal:** María Victoria Mateos Moreno (Universidad Complutense de Madrid y Servicio Madrileño de Salud).



### Importancia de la prevención en odontología

La alta prevalencia de enfermedad de caries sigue siendo una realidad y la mayoría de la población adulta padece enfermedad periodontal en mayor o menor grado (7). Sin embargo, el acceso a la asistencia odontológica representa una utopía para varios miles de millones de seres humanos. A pesar de la amplia evidencia científica de que las enfermedades bucodentales son prevenibles con medidas preventivas viables, eficaces y de muy bajo coste económico (8), la realidad no es así. La respuesta a este fracaso tiene varios componentes: uno, de tipo conceptual-pedagógico, con una escasa formación y concienciación de los profesionales en relación con las filosofías y estrategias preventivas. Un segundo factor, en íntima conexión con el primero, es la baja implicación de las autoridades políticas en materia de salud pública oral. Esta situación se traslada a un nivel bajo de educación sanitaria preventivista a nivel oral por parte de amplios sectores de la población española.

La conferencia internacional sobre atención primaria de salud celebrada en el año 1978 en Alma-Ata (Kazajistán), que fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las

Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) bajo el lema "Salud para todos en el año 2000", supuso un evento de trascendencia histórica con un posicionamiento firme en pro de la atención primaria de salud, insistiendo en la necesidad de implementar estrategias que transformaran el contexto conceptual existente (9). Además, dentro de la atención odontológica también fue clave la 'declaración de Berlín sobre salud oral' (10), en la que se identifican los problemas orales de salud pública y se propone un cambio de actitud ilustrando a la opinión pública y a la profesión sanitaria (11).

La inclusión de un enfoque preventivo desde la concepción del individuo, es decir, desde el embarazo, supone un avance importante para poder trabajar sobre una boca sana manteniendo al paciente en salud, que es uno de los principales objetivos de nuestra sociedad (6).

### Las encuestas de salud bucodental en España

En nuestro país, las encuestas de salud oral se han venido realizando, tanto a nivel nacional como por autonomías, desde los años 70 y sus resultados se han traducido en importantes cambios en materia de políticas sanitarias que han supuesto un aumento de las coberturas públicas, sobre todo en niños de edad escolar.

Las encuestas sobre salud bucodental tienen una función básica que consiste en proporcionar una idea de conjunto sobre salud y necesidades de tratamiento de la población, con el fin de vigilar la evolución de las tasas de morbilidad que producen las patologías más importantes a nivel oral. Además, permiten monitorizar la situación de la población española para conocer, por ejemplo, si se cumplen los objetivos marcados por sociedades científicas como la SESPO sobre los objetivos de salud oral para España 2015/2020 (12).

La primera encuesta de salud bucodental publicada en España data de 1971 (13), siendo Gimeno de Sande *et al.* quienes realizaron dicho estudio epidemiológico que, si bien no comparte metodología con las encuestas actuales, sí posee un importante valor histórico. Le siguió, en 1983, un estudio solicitado por el Ministerio de Sanidad y Consumo a la OMS, publicado por el Profesor Emili Cuenca (14). Más tarde, en 1990, se publicó el tercero de estos estudios epidemiológicos realizado por Sicilia *et al.* (15) y en 1995 se publicó el cuarto, solicitado por el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España, realizado por Noguerol *et al.* (16).

Actualmente, desde el año 2000, estas encuestas vienen realizándose con una periodicidad de cinco años, siendo el Consejo General de Dentistas quien se encarga de llevarlas a cabo siguiendo los criterios de la OMS para estudios transversales tipo *pathfinder* –con el mismo diseño, tamaño muestral y calibración de los exploradores–, pudiéndose realizar comparativas entre ellas. De este modo, se han publicado ya las correspondientes a los años 2000 (17), 2005 (18), 2010 (19), 2015 (20) y 2020 (21) todas ellas con la participación de miembros de la SESPO. La última de ellas, dirigida por el Profesor Manuel Bravo (21), contó con la participación de un amplio equipo de colaboradores y en ella se recogieron datos tanto de población infantil como adulta (desde los 5 hasta los 74 años).

A nivel autonómico, destaca la Comunidad Valenciana, donde es la *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública* de la *Generalitat Valenciana* la que se encarga de solicitar su realización. Hasta el momento, han realizado seis encuestas en la población infantil, desde 1986 hasta 2018 (22), en las que también han participado varios miembros de la SESPO. En las cuatro primeras, hasta 2004, emplearon también la metodología *pathfinder* dictada por la OMS. Sin embargo, a partir de la encuesta de 2010 siguieron los criterios de diagnóstico de caries del sistema ICDAS/ICCMS (*International Caries Detection and Assessment System/International Caries Classification and Management System*) (23), siendo la primera encuesta en España en utilizarlos. Además, en la última encuesta de 2018 (22) trabajaron, también, de acuerdo las nuevas recomendaciones de la ‘declaración de Bruselas’ de 2018 para estudios epidemiológicos de salud oral (24):

- Utilización de unos criterios de exploración de caries estandarizados (ICDAS/ICCMS).
- La recogida de datos que reflejen los cambios en la distribución de caries en las poblaciones, con indicadores como el índice SiC (25) o el fenómeno 80/20 (el 80% de las patología se acumulan en el 20% de la población).
- La consideración de las desigualdades en salud en el diseño de los estudios.
- La recogida de variables relacionadas con el nivel socioeconómico, de hábitos y de calidad de vida.
- Idealmente, incluir grupos de edad de 3, 5, 12, 15 y 18 años para estudios de población infantil y juvenil.

## La caries dental en España

La alta prevalencia de caries en dentición temporal –el 35,5% de los niños de 5-6 años en 2020– no ha sufrido variaciones significativas desde la encuesta de 1993 (21). Este hecho puede estar relacionado, quizás, con la poca importancia que un grupo importante de la población da a este tipo de dentición, estando muy extendida la idea de que son dientes que se han de recambiar y que no precisan tratamiento. También es una dentición cuyas actuaciones, hasta ahora, han quedado fuera de la cobertura en los diferentes programas preventivos autonómicos, al no estar incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Afortunadamente, no sucede lo mismo con la caries en dentición permanente medida en los grupos de 12 y 15 años, que continúa con su tendencia al descenso, con una reducción tanto del índice CAOD (0,58 y 0,94, respectivamente, en 2020) como de la prevalencia de caries (28,6% y 35,5%, respectivamente, en 2020). En ambas edades, en la última encuesta de 2020, la fracción de caries no tratada se sitúa en los niveles más bajos conocidos desde el inicio de los estudios epidemiológicos, quizá relacionado con los programas preventivos de los servicios autonómicos de salud dirigidos a población infantil a partir de 6 años, independientemente de su nivel socioeconómico (21).

Relacionado con el nivel socioeconómico, es bien conocido que la mayor parte de las lesiones cariosas se concentran en un porcentaje bajo de individuos (20% aproximadamente). Es por ello que, desde el año 2000, se mide una nueva variable del índice CAOD entre aquellos que tienen historia de caries (es decir, un CAOD mayor de 1), en la que también se observa una reducción estadísticamente significativa (21).

Asimismo, en los datos de caries en adultos jóvenes (35-44 años) también se mantiene una tendencia a la baja, con un CAOD en 2020 de 7,40. Además, en los primeros estudios, el CAOD en esta franja de edad tenía un componente mayoritario en la fracción “A” (ausentes) y “C” (cariados), mientras que actualmente la fracción mayoritaria es la “O” (obturados), lo que indica una clara valoración positiva en referencia a la salud oral de este grupo de población. Este aspecto positivo también parece que tiene que ver con que este grupo poblacional fue el beneficiario de los primeros programas preventivos que se pusieron en marcha en España en los

años 90 (21). Sin embargo, en la franja de edad de 65-74 años (adultos mayores) la tendencia se mantiene en unos índices de caries elevados (con un CAOD en 2020 de 14.99) (21).

En cuanto a los índices de restauración (IR), son muy bajos en dentición temporal debido a la idea errónea de que no es un tratamiento prioritario. Sin embargo, en dentición permanente tiene una evolución claramente ascendente, sobre todo en los jóvenes de 12 y 15 años (21).

Los datos relacionados con medidas preventivas de la caries, como los selladores de fisuras, también van en progresión ascendente desde el año 2000, que es el momento en el que se empiezan a registrar en las encuestas, ya que es una de las prestaciones incluidas en el SNS. Por ejemplo, el porcentaje de jóvenes de 15 años con al menos un diente sellado ha pasado de un 10.6% –en el año 2000– a un 32.2% en 2020 (21).

### Otros datos relevantes de la encuesta nacional de salud oral del año 2020

- Estado periodontal: en general se puede afirmar que la afectación periodontal de la población es alta pero la severidad de la enfermedad es baja (21).
- Necesidades de tratamiento dental: son altas en la dentición temporal y aún mayor en ese porcentaje de población que acumula la mayor cantidad de patología. En las franjas etarias de 12 y 15 años las necesidades son menores, puesto que es el sector de población que más se beneficia de los programas preventivos del SNS. Los adultos jóvenes demandan tratamiento restaurador y los adultos mayores, curiosamente, demandan exodoncias, que es un tratamiento incluido en las prestaciones del SNS (21).
- Necesidad y estado de prótesis: esta variable se mide en población adulta joven, donde el porcentaje de portadores de prótesis va descendiendo claramente, siendo la prótesis removible la que experimenta un gran descenso, ganando terreno la prótesis sobre implantes en los últimos años y en población adulta mayor, donde los porcentajes se mantienen estables, perdiendo fuerza los portadores de prótesis completa (21).
- Maloclusiones: las cifras de maloclusiones se mantienen estables (21).
- Fluorosis dental: la afectación dental en España por este motivo es ligera o muy ligera, siendo los niveles moderados o intensos prácticamente inexistentes (21). En cualquier caso, en la última en-

cuesta la prevalencia de fluorosis leve fue del 8.1%. En este punto hay que añadir que la fluoración de las aguas de bebida, que se inició en España en los años 80, ha caído en desuso (26).

- Patología de la articulación temporomandibular: es otra de las variables que se miden en los grupos de población denominados adultos jóvenes y adultos mayores. En el primer grupo ha disminuido la patología de forma estadísticamente significativa, situándose en un 21.4%, mientras que en el segundo grupo se mantiene igual (30.2%), siendo una patología que afecta más a mujeres que a hombres (también de forma estadísticamente significativa) (21).
- Frecuencia de cepillado: existe una mejora importante desde que se comenzó a registrar este parámetro en la encuesta de 2005, pero no se consiguen los niveles deseados para que la población se mantenga en unos niveles óptimos de salud oral –pues a pesar del aumento de la frecuencia de cepillado no existen mejoras en los índices de salud periodontal– (21).

A partir de 2015 se incluyen otras tres nuevas variables en los estudios:

- Erosión dental, que es una patología emergente y que se evalúa en el grupo de edad perteneciente a adultos jóvenes (35-44 años), donde se observa una prevalencia del 34.2%.
- Hipomineralización incisivo-molar (MIH), que se mide en el grupo de edad de 12 años y que está aumentando su prevalencia en todos los niveles (leve, moderado y severo).
- Visitas al dentista: que han aumentado en todos los grupos de edad. Anteriormente se podían extraer datos al respecto de la Encuesta Nacional de Salud, por lo que los datos no eran comparables (21).

### La atención bucodental en España

La OMS define un 'sistema de salud' como "el conjunto de actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar y mantener la salud" (27). Idealmente, los planificadores sanitarios y responsables políticos deben asegurar que el número correcto de personas –con los conocimientos adecuados– esté en el lugar correcto y en el momento apropiado para ofrecer la prestación de servicios sanitarios a la población que lo necesite a un precio asequible. Por tanto, en un sistema de salud exitoso, el tratamiento se aplica sin discriminación ni

desigualdades a todos los individuos y a todas las familias, y el sistema es justo tanto para los profesionales de la salud como para las instituciones prestadoras de atención sanitaria (28).

Por otro lado, un 'modelo de atención a la salud' es la "construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector de salud que es capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación" (29).

Los modelos sanitarios suelen estar regulados por la administración pública, que fija sus prestaciones, establece su financiación o delimita la oferta de servicios. Así, clásicamente, se han establecido tres modelos sanitarios básicos: el modelo Bismarck (modelo de seguro social obligatorio financiado por las empresas y los trabajadores), el modelo Beveridge (modelo de Sistema Nacional de Salud con financiación del Estado y de cobertura universal) y el modelo liberal (basado en el libre mercado y en el pago por acto médico por parte del paciente). Dentro de cada uno de estos modelos, la cantidad invertida de dinero público en su financiación, así como el porcentaje de financiación directa por parte del paciente, son variables. En los últimos años, la provisión de servicios sanitarios intenta reorganizarse progresivamente desde una filosofía de tratamiento de la enfermedad hacia otra basada en la prevención. Adicionalmente, este movimiento viene acompañado por una mayor integración de las diferentes áreas de prestación de servicios sanitarios, dado que las políticas de prevención tienen un objetivo idéntico: disminuir los factores de riesgo común (30).

Mejorar la dieta, disminuir el consumo de tabaco o mejorar los hábitos higiénicos son objetivos comunes con los que se va a lograr una mejora en diferentes problemas de salud como diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad periodontal o la caries (31). De hecho, Lalonde ya mostró, en 1974 (32) cómo la asistencia sanitaria estricta sólo contribuía al estado de salud de la población en un 11%, mientras que la genética, el estilo de vida y el medio ambiente contribuían en el 89% restante. Pese a ello, la balanza del gasto invertido continúa desplazada hacia la provisión de servicios sanitarios. Pero el mejor sistema sanitario, por sí solo, no asegura unos niveles de salud óptimos (28).

En España, el modelo sanitario global es un modelo Beveridge, con un Sistema Nacional de Salud finan-



ciado mediante impuestos por el Estado, y donde el ciudadano realiza un aporte directo al pago de servicios relativamente bajo comparado con el resto de los países europeos. La Constitución Española reconoció el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud en 1978 (33) y la Ley General de Sanidad (LGS) desarrolló este principio estableciendo la universalidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en 1986 (34). La LGS estableció los principios de una reforma de la atención primaria, cuyo objetivo era integrar la prevención y la promoción de la salud en los servicios asistenciales. Además, la LGS determinó las competencias de las comunidades autónomas (CC.AA.) en materia de sanidad, permitiendo así el desarrollo de los servicios sanitarios bajo su responsabilidad (28).

El sistema sanitario español sigue el modelo del SNS, con transferencia de competencias a las CC.AA., por lo que es un sistema de provisión de servicios descentralizado mediante los correspondientes Servicios Autonómicos de Salud. A su vez, las CC.AA. deben elaborar sus propios planes de salud y tienen competencias para determinar su cartera de servicios complementaria. En lo que se refiere a la atención dental, estos modelos se encuentran en un cambio continuo, existiendo en España grandes diferencias entre las CC.AA. en cuanto a prestaciones y modelo de asistencia, incumpléndose el principio de equidad que debe regir el SNS (35).

Un 'sistema de asistencia odontológico' es un conjunto de elementos integrado por recursos hu-

manos y financieros que trabajan dentro de una organización estructurada, regulada dentro del esquema de política sanitaria de un país, con el objetivo de promover la salud y prevenir la enfermedad oral de la comunidad a la que pertenece. Los sistemas sanitarios odontológicos pretenden mejorar la calidad de vida de la población a través de la investigación, la educación, la provisión de servicios y la promoción de políticas favorables a la salud oral (36).

En la actualidad, en la Unión Europea encontramos sistemas de financiación y provisión privados (sistemas privados), sistemas de financiación pública (seguridad social o impuestos generales) y provisión esencialmente estatal (sistemas estatales). Por tanto, en la clasificación de los modelos de asistencia odontológica debe analizarse la financiación y la provisión, en función de si son públicas o privadas. Otra característica muy utilizada para la diferenciación entre sistemas es la existencia de grupos prioritarios. Además, otros factores de interés que suelen analizarse son el lugar de los ejercicios profesionales (clínicas privadas o públicas), el modo de remuneración de estos (por acto médico y precio libre, por acto médico y precios acordados, por capitación, por salario, etc.), el pago directo de los servicios por parte del paciente o a través de terceros, la participación del paciente en el coste del tratamiento, la libre elección de dentista y la utilización o no de higienistas. El sistema sanitario español es un sistema de salud basado, principalmente, en

la financiación pública, con una muy amplia cartera de servicios de cobertura universal entre los cuales no se encuentra, sin embargo, la atención bucodental, cuya financiación es realizada por el usuario. Ello conlleva que, mientras las visitas al médico por parte de la población con un menor nivel socioeconómico y una mayor necesidad de atención sanitaria se incrementan de forma progresiva, como sería de esperar en un sistema sanitario que busque la equidad, en las visitas al dentista de la población adulta, se observa una tendencia inversa (como muestra de los obstáculos que impiden a la población de menor nivel socioeconómico y peor estado de salud el acceso a los servicios sanitarios bucodentales). Históricamente, la cobertura establecida en las prestaciones de salud oral en adultos ha sido escasa, ya que, de forma universal, únicamente se han realizado los tratamientos de urgencia y cirugía oral. Ello conlleva que el modelo sanitario de atención a la población adulta sea el modelo liberal, basado en el libre mercado y en el pago por acto médico por parte del paciente (28).

En cuanto a la población infantil y adolescente, fue a partir del año 1990 cuando se produjo el aumento de las prestaciones para el tratamiento de la dentición definitiva con financiación pública para la población infantil, únicamente en el País Vasco y Navarra (con un régimen de financiación económica diferente al resto de CC.AA.), mediante los denominados "programas de atención dental infantil" (PADI), promovidos –entre otros– por varios miembros de la SESPO, como el Dr. Federico Simón Salazar (37). Se trata de sistemas de financiación pública y provisión mixta en los que el grueso de la atención lo realizan dentistas privados concertados, que son remunerados por un sistema de capitación –para la atención general– y por tarifas pactadas para algunas prestaciones especiales. Además, hay un menor número de dentistas que son trabajadores de la administración pública, estatutarios o funcionarios, que realizan las prestaciones básicas en las Unidades de Salud Bucodental de determinados centros de salud (38).

Algunas CC.AA. han ido implantando este modelo PADI iniciado en el País Vasco y Navarra; entre ellas: Aragón, Andalucía, Extremadura, Murcia, Islas Baleares y Canarias. Sin embargo, en otras comunidades han optado por sistemas a los que se suele denominar 'mixtos', con una parte de provisión pública y otra de provisión privada con financiación pública (Castilla y León, Castilla-La Mancha y, más recién-



Pexels

temente, la Comunidad de Madrid), en las que las prestaciones básicas se realizan en el sistema público, mientras que otras, denominadas especiales, las realizan dentistas privados (algunas a precio tasado y otras con precio libre). Así, el dentista del sistema público deriva al paciente al dentista privado para el tratamiento especial concreto a través de un documento específico de derivación y, posteriormente, recibe un informe del tratamiento que se ha realizado. Finalmente, el resto de CCAA. (La Rioja, Comunidad Valenciana, Cataluña, Galicia, Asturias, Cantabria, Ceuta y Melilla) apostaron por modelos de financiación y provisión totalmente públicos, en los que la prestación del servicio se realiza a través de dentistas e higienistas –u otro personal contratado por la administración–, que son quienes realizan todas las prestaciones previstas en la cartera de servicios de cada comunidad. Todos estos profesionales trabajan en centros públicos, en la mayoría de los casos centros de salud o en ‘centros de referencia’ públicos, a los que se remite a los pacientes para algunos tratamientos específicos (39).

A través del Real Decreto (RD) 1030/2006 (40) se estableció una cartera de servicios común para todo el Sistema Nacional de Salud para garantizar una atención bucodental completa a la población infantil en la franja de edad de 7 a 15 años. Muchas de las actividades cubiertas por este plan, tales como el flúor tópico, los selladores de fisuras o las obturaciones, ya se contemplaban en el RD 63/1995 (41). Este RD 1030/2006 (40) comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental. La indicación de esta prestación se realiza por los odontólogos y especialistas en estomatología. La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido: información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental; tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación temporomandibular (incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesio-



nes premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas); y exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas (incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada). Además, incluye medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes (aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras). Con la entrada en vigor del RD 111/2008 (42), se contó con fondos económicos finalistas, es decir, exclusivos para este fin, con incorporación de las prestaciones restauradoras de una forma incremental por cohortes etarias.

La asistencia dental básica a los niños incluye las siguientes medidas preventivas y asistenciales: instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, a los niños y a sus padres o tutores, aplicación de flúor tópico, de acuerdo con la política de fluorización de cada comunidad autónoma y de las necesidades individuales de cada niño; revisión anual del estado de salud de la cavidad oral, incluyendo exploración radiográfica cuando el grado de patología dental del niño así lo precise; sellados de fisuras o fosas en las piezas permanentes; obturaciones en piezas dentarias



Pexels

permanentes; tratamientos pulpares de las piezas dentarias permanentes con lesiones pulpares irreversibles que puedan ser reparadas; exodoncias de piezas dentarias temporales y permanentes; tartrectomías cuando se detecten cálculos y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente, que sean incompatibles con la salud gingival; tratamientos de incisivos y caninos permanentes en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos, sin perjuicio, en el caso de traumatismos, de las responsabilidades de terceros en el pago del tratamiento; y seguimiento en los casos que se aconseje por el facultativo, para asegurar la correcta evolución clínica de la salud dental del menor. Las actividades preventivas y restauradoras se llevan a cabo con diferente grado de cobertura y a diferentes cohortes etarias. Algunas comunidades ofertan prestaciones preventivas desde el nacimiento, a demanda o por derivación a través de las unidades de pediatría, como la Comunidad Valenciana, Galicia o Asturias, y a partir de los 6 años también prestaciones restauradoras en dentición permanente, mientras que en otras los niños menores de 6 años no tienen ningún tipo de atención odontológica, salvo el tratamiento

de procesos agudos. Los pacientes acceden a los servicios de salud dental remitidos desde las revisiones escolares previstas en diferentes edades, remitidos desde pediatría, o a demanda. Además, algunas CC.AA. envían cartas a los niños cuando cumplen los 6 años para invitarles a participar en el programa (39).

La atención a mujeres embarazadas no es uniforme en todas las autonomías: mientras que en algunas están protocolizadas las revisiones –e incluso una tartrectomía durante el embarazo y el postparto–, como es el caso de Asturias o Castilla y León, en otras no se realiza o se realiza de manera desigual en los diferentes distritos sanitarios o áreas de salud. Algunas CC.AA. realizan actividades de formación específica respecto a cuidados orales en el embarazo o para el bebé (con guías estandarizadas), aunque el alcance también es desigual.

Respecto a la asistencia a pacientes con limitaciones físicas o conductuales, cuando se trata de niños, son atendidos generalmente en las mismas unidades que los restantes niños con las mismas prestaciones, excepto que no puedan recibir atención ambulatoria y precisen ingreso hospitalario para realizar tratamiento con anestesia

general, en cuyo caso son derivados a unidades especiales o a unidades hospitalarias de referencia. Los pacientes adultos con limitaciones físicas o conductuales, generalmente, poseen las mismas prestaciones que la población general, con algunas excepciones. Las prestaciones que reciben estos pacientes difieren muy sustancialmente entre las distintas comunidades: mientras que algunas sólo ofrecen tratamiento quirúrgico, otras realizan odontología restauradora y tratamientos endodónticos de dientes unirradiculares, tratamientos periodontales básicos o, incluso, colocación de prótesis dentales u ortodoncia en casos de malformaciones o alteraciones dentofaciales (39).

La coexistencia de estos diferentes modelos de provisión de los mismos servicios, junto con su progresiva y dispar evolución, debería ofrecer la oportunidad de estudiar su eficiencia, pero para ello sería necesario el mantenimiento de un sistema organizativo estable a largo plazo, la publicación periódica de resultados por parte de un equipo gestor específico y la evaluación también periódica de sus costes, hecho que sólo se produce en una minoría de CC.AA. (21). No obstante, el Dr. Cortés ya manifestó en 2013, en el informe sobre los servicios de Salud Bucodental en España, que pocas CC.AA. disponen de una unidad de gestión propia de los servicios de salud bucodental y de un responsable de referencia con conocimientos en Salud Pública Oral, y recalcó la necesidad de la incorporación de esa figura (43). Actualmente, la SESPO persiste en esta reivindicación.

### **Ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud**

La salud bucodental estuvo muy presente en la última asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2021 (44), donde se instó a los estados miembros a fomentar la integración de la salud bucal en sus políticas nacionales y cambiar el enfoque tradicional curativo de la patología oral hacia un enfoque "preventivo promocional", identificando los factores de riesgo para contribuir a la mejora de la salud oral, lo que conlleva un impacto positivo en la salud general de la población (45). Además, en enero de 2022, el Consejo Ejecutivo de la OMS celebró su 150ª reunión llevando a debate la "estrategia mundial sobre la salud bucodental", haciendo especial referencia a la necesidad de integrar la salud bucodental en la atención primaria (46).

En España, la cartera común de servicios de atención a la salud bucodental se establece dentro del apartado 9 del anexo II, relativo a la cartera de servicios comunes de atención primaria del RD 1030/2006 (40) y las CC.AA. han ido ampliando estos servicios mínimos y básicos mediante la cartera complementaria. Para homogeneizar las prestaciones y garantizar la equidad a su acceso, como medida que se incluye dentro del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia, en su componente 18 –dedicado a la renovación y ampliación de las capacidades del SNS–, el Ministerio de Sanidad trabaja en la incrementación de los servicios comunes con un enfoque preventivo y priorizando a colectivos como embarazadas, población infanto-juvenil (con la incorporación del grupo etario 0-5 años), personas con discapacidad intelectual y limitante de la movilidad de miembros superiores, y personas diagnosticadas de procesos oncológicos en el territorio cervicofacial. En ello trabajan un grupo de expertos que consta de un equipo técnico del Ministerio de Sanidad, un grupo de trabajo con componentes de las distintas CC.AA. de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF) del Consejo interterritorial de SNS, en el que se encuentran varios miembros de la SESPO, el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España y otras sociedades científicas además de la nuestra.

Se trata de un fondo finalista de 44 millones de euros, procedente del Fondo de recuperación *Next Generation EU*, a repartir entre las distintas CC.AA., teniendo en cuenta criterios de población y dispersión geográfica de los individuos incluidos en los grupos priorizados, ponderando el gasto por persona en los diferentes colectivos. De esta ampliación se beneficiarán más de 7 millones de personas en nuestro país, siendo una de las medidas de mayor impacto del SNS de los últimos años.

A nivel mundial se están realizando grandes esfuerzos fomentando programas de salud bucodental y, sin duda, en España esta ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS es un paso importante, pero aún queda mucho trabajo por hacer en nuestro país en cuanto a concienciación de la población y de los entes gubernamentales, siendo ésta una de las líneas prioritarias de actuación de la SESPO.

## Bibliografía

1. Serra Majem L, Doreste Alonso JL. Epidemiología en Odontología. In: Cuenca Sala E, Baca García P (ed.). *Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. p. 19-20.
2. OMS (Organización Mundial de la Salud). *Salud bucodental*. Disponible en: <https://www.who.int/es/>
3. Islam NM, Bhattacharyya I, Cohen DM. Common oral manifestations of systemic disease. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2011 Feb;44(1):161-82.
4. Monsarrat P, Blaizot A, Kémoun P, Ravaud P, Nabet C, Sixou M, et al. Clinical research activity in periodontal medicine: A systematic mapping of trial registers. *Journal of Clinical Periodontology*. 2016;43(5):390-400.
5. Meurman JH, Bascones-Martínez A. Oral Infections and Systemic Health - More than Just Links to Cardiovascular Diseases. *Oral health & preventive dentistry*. 2021;19(1):441-8.
6. SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral). Disponible en: <https://sespo.es/>
7. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):249-60.
8. World Health Organization, Public Health Agency of Canada. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. World Health Organization; 2005. Disponible en: <https://apps.who.int/>
9. Alma-Ata: 25 años después - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
10. Sheiham A. The Berlin declaration on oral health and oral health services. *Quintessence International*. 1993;24(12):829-31.
11. Castaño Séiquer A, Ribas Pérez D. El factor social como determinante de la salud oral. In: Castaño Séiquer A, Ribas Pérez D (ed.). *Odontología preventiva y comunitaria La odontología social Un deber, una necesidad, un reto*. 1ª ed. Sevilla: Fundación Odontología Social; 2012. p. 85-7.
12. Bravo M, Cortés J, Casals E, Llana C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *International Dental Journal*. 2009;59(2):78-82. Disponible en: [https://doi.org/10.1922/IDJ\\_2035Cortes05](https://doi.org/10.1922/IDJ_2035Cortes05)
13. Gimeno de Sande A, Sánchez B, Viñes JJ, Gómez F, Mariño F. Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1971;45:361-433.
14. Cuenca Sala E. La encuesta de la OMS sobre la salud buco-dental en España. Una aproximación personal. *Archivos de Odontostomatología*. 1986;2(1):15-22.
15. Sicilia A, Cobo J, Noguero B, Hernández R, Lucas V, Ainamo J, et al. Prevalencia de caries en los niños y jóvenes escolares españoles de siete, doce y quince a diecinueve años. *Avances en Odontostomatología*. 1990;6:323-30.
16. Noguero B, Llodra JC, Sicilia A, Follana M. La salud bucodental en España. 1994. *Antecedentes y perspectivas de futuro*. Madrid: Avances. Madrid: Avances Médico-Dentales; 1995. 1-128.
17. Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena FJ. Encuesta de salud oral en España (2000). RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2002;7:19-63.
18. Bravo-Pérez M, Casals-Peidró E, Cortés-Martinicorena F, Llodra-Calvo JC, Álvarez-Arenas Pardina I, Hermo-Señariz P et al. Encuesta de salud oral en España 2005. RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2006;11(4):409-56. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/>
19. Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2010. RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2012;17(1):13-41.
20. Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Ausina Márquez V, Avilés Gutiérrez P, Blanco González JM, Canorea Díaz E, et al. Encuesta de salud oral en España 2015. RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2016;21(Supl. 1):8-48.
21. Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Canorea Díaz E, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Expósito Delgado AJ, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2020. RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2020;25(4):12-69. Disponible en: <https://rcoe.es/>
22. Almerich Torres T. Encuesta de salud oral en la población infantil de la Comunidad Valenciana. 2018 [Tesis Doctoral]. Valencia: Universitat de València; 2019. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/>
23. International Caries Detection and Assessment System/ International Caries Classification and Management System. ICDAS/ICCMS. Disponible en: <https://www.iccms-web.com/content/icdas>
24. Pitts NB, Carter NL, Tsakos G. The Brussels Statement on the Future Needs for Caries Epidemiology and Surveillance in Europe. *Community Dental Health*. 2018;35(2):66. Disponible en: <https://www.researchgate.net/>
25. Banerjee R, Banerjee B. Significant Caries Index: A Better Indicator for Dental Caries. *International Journal of Medicine and Public Health*. 2019 Jun 17;9(2):59-59.
26. Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Blanco González JM, Simón Salazar F. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2014;19(Supl. 1):12-42. Disponible en: <https://sespo.es/>
27. World Health Organization (WHO). The world health report 2000: health systems: improving performance. Disponible en: <https://apps.who.int/>
28. Casals Peidró E, García Pereiro MA. Prestación de servicios odontológicos en España. In: Cuenca Sala E, Baca García P (ed.). *Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. p. 243-52.
29. García Durán A, Cárave López-Becerra A. La asistencia sanitaria en el área bucodental. In: Castaño Séiquer A, Ribas Pérez D (ed.). *Odontología preventiva y comunitaria La odontología social Un deber, una necesidad, un reto*. 1ª ed. Sevilla: Fundación Odontología Social; 2012. p. 559-66.
30. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*. 2003;31:3-24. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.2003.com122.x>
31. Duangthip D, Chu CH. Challenges in Oral Hygiene and Oral Health Policy. *Frontiers in Oral Health*. 2020;1:575428. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/>
32. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. 1974. Disponible en: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
33. Constitución Española. «BOE» núm. 311, de 29/12/1978. España: Cortes Generales; Disponible en: <https://www.boe.es/>
34. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29/04/1986. España: Jefatura del Estado; Disponible en: <https://www.boe.es/>
35. Cortés Martinicorena FJ, Artázcoz Osés J. Modelos de asistencia odontológica. In: Castaño Séiquer A, Ribas Pérez D (ed.). *Odontología preventiva y comunitaria La odontología social Un deber, una necesidad, un reto*. 1ª ed. Sevilla: Fundación Odontología Social; 2012. p. 569-78.
36. Gift HC, Anderson RM, Chen M. The principles of organization and models of delivery of oral health care. In: Pine CM, Harris R (ed.). *Community oral health*. Oxford: Quintessence; 1997. p. 252-66.
37. Cortés Martinicorena FJ, Ausina Márquez V. Dr. Federico Simón Salazar (1952-2020). RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2020;25(4):8-10. Disponible en: <https://rcoe.es/>
38. Simón F. El PADI del País Vasco. El principio de un modelo para la salud. In: Castaño Séiquer A, Ribas Pérez D (ed.). *Odontología Preventiva y Comunitaria La odontología social Un deber, una necesidad, un reto*. 1ª ed. Sevilla: Fundación Odontología Social; 2012. p. 625-32.
39. Llana Puy MC, Blanco González JM, Llamas Ortuño ME, Rodríguez Alonso E, Sainz Ruiz C, Tarragó Gil R. La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España. RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2018;23(1):246-54. Disponible en: <https://rcoe.es/>
40. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. «BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo; p. 32650-79. Disponible en: <https://www.boe.es/>
41. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 35, de 10 de febrero de 1995. Ministerio de Sanidad y Consumo; p. 4538-43. Disponible en: <https://www.boe.es/>
42. Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2008. «BOE» núm. 31, de 5 de febrero de 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo; p. 6265-7. Disponible en: <https://www.boe.es/>
43. Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Blanco González JM, Simón Salazar F. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2014;19(Supl. 1):12-42. Disponible en: <https://sespo.es/>
44. Organización Mundial de la Salud (OMS). 74ª Asamblea Mundial de la Salud. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/world-health-assembly/seventy-fourth-world-health-assembly>
45. Varenne B. Oral health at the core of the global health agenda. *The Journal of the American Dental Association*. 2022;153(5):393-394. Disponible en: <https://jada.ada.org/>
46. Organización Mundial de la Salud. 150ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/executive-board/executive-board-150th-session>



## ¿UTILIZAR ALINEADORES PUEDE CAUSAR PROBLEMAS EN EL ESMALTE?

Los productos Regenerate están diseñados para estimular y ayudar al proceso de remineralización del esmalte en tratamiento de ortodoncia, y además creados con la innovadora tecnología NR-5



**REGENERATE**<sup>™</sup>  
E N A M E L S C I E N C E

# Información para decidir

Solo aquella información basada en la responsabilidad y la calidad **nos hace libres para tomar las mejores decisiones profesionales.** En ConeQtia, entidad colaboradora de CEDRO, garantizamos contenido riguroso y de calidad, elaborado por autores especializados en más de 30 sectores profesionales, con el aval de nuestros editores asociados y respaldando el uso legal de contenidos. Todo ello con la finalidad de que **el lector pueda adquirir criterio propio, facilitar la inspiración en su labor profesional y tomar decisiones basadas en el rigor.**

Por este motivo, todos los editores asociados cuentan con el **sello de calidad ConeQtia**, que garantiza su profesionalidad, veracidad, responsabilidad y fiabilidad.

# D4.0

## DENTIST4.0

Siguiendo la evolución de la Odontología  
para el profesional del sector llamado a construir el futuro



### ENTREVISTAS

- Dr. Rafael Vila, presidente de SOCE
- Philippe Salah, co-fundador y CEO de DentalMonitoring

### ORAL MEDICINE INSIDE

by  knotgroup

Dental Medical Innovation

El valor de una Odontología basada en valores

*Por Dra. Cristina Sola, de Javier Sola Centro Dental Especializado*

### PENSANDO EN EL FUTURO

Tecnologías inmersivas al servicio de la experiencia y diferenciación del servicio

### GESTIÓN, COMUNICACIÓN Y MARKETING

- Valoración y traspaso de clínicas dentales
- Gestionar y liderar, 2 en 1

  
DELYSER  
ABOGADOS

# ORAL-TECH

II Forum Internacional de EXPODENTAL

Promueve:



**Conocimiento.  
Tecnología.  
Futuro.**



**21-22  
Abr  
2023**

Recinto Ferial  
[ifema.es](http://ifema.es)

brand\_comunicación



# Una manera fácil de causar una buena impresión



[1] Glebova T, Informe de validación del producto VivaScan, Informes de prueba, Ivoclar Vivadent, 2021.

## VivaScan®

- Solución compacta e intuitiva<sup>[1]</sup> para su entrada en el escaneo intraoral
- Integración fácil y sin esfuerzo en su consulta<sup>[1]</sup>
- Diseño ligero y ergonómico para una experiencia de escaneo cómoda<sup>[1]</sup>

## “EL OBJETIVO PRINCIPAL DE SOCE ES SEGUIR APORTANDO VALOR AL SOCIO CON EVENTOS FORMATIVOS GRATUITOS QUE LE AYUDEN A MEJORAR SU DÍA A DÍA EN LA CLÍNICA”

Dr. Rafael Vila, presidente de la Sociedad Española de Odontología Digital y Nuevas Tecnologías (SOCE)

Ilusionado por el reto que supone estar al frente de una Sociedad como SOCE (Sociedad Española de Odontología Digital y Nuevas Tecnologías), el Dr. Rafael Vila, recientemente nombrado presidente de SOCE, nos habla en esta entrevista de los objetivos de la nueva Junta Directiva que continuará apostando por la formación –tanto presencial como online– de sus socios como pilar para acercar los nuevos flujos digitales a sus socios y contribuyendo a la excelencia de la profesión a través de la Odontología Digital.



● **DM.- Recientemente ha sido usted nombrado presidente de SOCE. ¿Qué supone para usted estar al frente de la Sociedad?**

**Dr. Rafael Vila (Dr. R.V.).-** Me vienen a la cabeza dos palabras: reto e ilusión. Es un reto seguir la labor de quienes nos han precedido y han dejado la Sociedad en el punto en el que se encuentra. Y es una ilusión poder contribuir junto al resto del equipo directivo a ensanchar una Sociedad cuyo único fin es aportar al conjunto de la profesión y de la Sociedad en general.

● **DM.- ¿Cuáles serán los objetivos de la nueva Junta Directiva de SOCE? ¿Qué líneas de trabajo seguirán en los próximos años?**

**Dr. R.V.-** Nuestro primer objetivo es la consolidación en el crecimiento previo a la pandemia. La primera prueba de fuego en este sentido era el Congreso de Valencia, que arrojó cifras prepandémicas que nos dejaron muy satisfechos tanto a SOCE como a los asistentes y partners. A partir de ahí el objetivo principal es seguir aportando valor al socio con eventos formativos gratuitos, tanto presenciales como online, que le ayuden a mejorar su día a día en la clínica.

● **DM.- En el campo de la formación, ¿qué acciones tienen previstas llevar a cabo para formar a sus socios?**

**Dr. R.V.-** A nivel presencial seguiremos con nuestros congresos anuales con referentes nacionales e internacionales que nos siguen acercando lo más novedoso en Odontología Digital. También tenemos preparado un laboratorio de ideas que denominamos "SOCE Hub: Thinking the Future" o la formación online para socios con nuestro "SOCE Digital Day" o "SOCE Global", más enfocado en ofrecerla a través de los grandes referentes americanos.

● **DM.- ¿Cómo trabajan la formación online para llegar al sector en Latinoamérica?**

**Dr. R.V.-** Principalmente a través de nuestros Embajadores allá. Son grandes referentes en la región y los hacemos partícipes también trayéndolos a los congresos SOCE, como pueden ser Julián Conejo de Penn University, Cristian Abad o Andrés Powditch.

● **DM.- Háblenos de "SOCE Hub: Thinking the Future". ¿En qué consistirán estas formaciones itinerantes y cuál es su principal objetivo?**

**Dr. R.V.-** Queremos acercar a nuestros socios, en sus propias ciudades, los nuevos flujos digitales desarrollados por nuestros principales partners y que vayan más allá de la formación convencional y supongan una experiencia formativa para los asistentes. Es el caso del primer evento SOCE Hub que pondremos en marcha el 1 de octubre con Align y que servirá de presentación de su flujo de trabajo Invisalign más Exocad, del que seguro se derivarán nuevas posibili-

“  
**Con 'SOCE Hub: Thinking the Future' queremos acercar a nuestros socios, en sus propias ciudades, los nuevos flujos digitales desarrollados por nuestros principales partners y que vayan más allá de la formación convencional y supongan una experiencia formativa para los asistentes**  
”



En la imagen, los miembros de la nueva Junta Directiva de SOCE: David González, Javier Pérez, Alfonso Arellano, Rafael Vila, Jorge Calvo de Mora y Miguel Arroyo.

## “ La industria hoy es un dinamizador fundamental de la formación en Odontología Digital ”

dades muy interesantes. Será en Valencia en el Edificio Veles e Vents y finalizará con una experiencia gastronómica. Todo gratuito para nuestros socios. Quienes aún no lo sean pasarán a serlo automáticamente con una inscripción muy reducida.

● **DM.- En estas acciones contarán con la colaboración de partners de la industria. ¿Cuál será su papel en estas acciones formativas?**

**Dr. R.V.-** La industria hoy es un dinamizador fundamental de la formación. No sólo nos ofrecen los mejores flujos de trabajo sino que nos los acercan al conjunto de la profesión a través de reconocidos profesionales que, a su vez, son usuarios de todos estos adelantos en el día a día de sus propias consultas. Contar con partners comprometidos en este sentido es uno de nuestros grandes activos

como Sociedad y vamos a seguir apostando por todo tipo de acciones que sigan contribuyendo a generar valor tanto a nuestros socios como a nuestros partners de la industria. Todo ello sin perder de vista que SOCE es y seguirá siendo la Casa de la Odontología Digital en todas sus variantes.

● **DM.- El próximo Congreso SOCE se celebrará los días 28 y 29 de abril de 2023. ¿Cuál ha sido la sede elegida para su celebración? ¿Qué novedades incorporará esta nueva edición?**

**Dr. R.V.-** Una vez más convocaremos a los mejores ponentes nacionales e internacionales en Odontología Digital, esta vez en la ciudad de Zaragoza, donde contaremos con los mejores medios para poder llevar a cabo el evento en su magnífico Palacio de Congresos. Las novedades vendrán de la mano de Luís Ilzarbe al frente del Comité Organizador y nos depararán una vuelta de tuerca más en nuestros congresos. De momento lo que puedo adelantar es que habrá que estar muy atentos a todo cuanto gire alrededor de la Cena de Gala.

● **DM.- En su opinión, ¿qué momento está viviendo actualmente la digitalización de la Odontología en nuestro país?**

**Dr. R.V.-** El momento actual es de una completa eclosión de la digitalización, si bien es cierto que quedan muchos compañeros sin digitalizar y que, una vez digitalizados, los dentistas siguen utilizando los medios digitales como un mero instrumento de comunicación con terceras partes obviando el potencial real de la tecnología de la que ya disponen. Esto en cuanto a la parte clínica, porque la nuestra es una Sociedad también de técnicos con mucho que aportar, ya que son quienes antes llegaron al Digital y quienes mayor rendimiento le sacan. Son el profesional, sin duda, en el que apoyarse durante el proceso digitalizador.

● **DM.- ¿A qué retos debe hacer frente el sector en materia de digitalización y nuevas tecnologías?**

**Dr. R.V.-** Como digo, creo que es fundamental llegar a ser capaces de sacar todo el rendimiento a la tecnología disponible en pos de ofrecer los mejores y más predecibles tratamientos a nuestros pacientes, contribuyendo a través de la excelencia a la viabilidad de nuestras consultas y entendiendo la transversalidad que nos aporta la Odontología Digital y que, por desgracia, se ha venido perdiendo en nuestra profesión en los últimos tiempos.



Los Dres. Rafael Vila, Imanol Donnay y Jaime Gil, en SOCE Valencia 2022.

# La era de la lupa motorizada ha llegado.

**Presentamos Dragonfly:** una nueva especie de lupas que integra a la perfección una lámpara frontal incorporada.

Cuanto mejor sea su equipo, mejor será su trabajo. Pero hay algo que decir sobre cómo le hace sentir el equipo. Elegante. Ágil. Todo bajo control.

Nunca ha tenido una lupa como esta porque nunca ha habido una lupa como esta. Los cables y las baterías son cosa del pasado. No permita que su lupa y luz actuales le frenen.

**Libérese para rendir al máximo.**



**DRAGONFLY™**  
ORASCOPTIC™

# RENDIMIENTO SIN ATADURAS

Programe su demostración práctica gratuita hoy mismo. [Orascoptic.com/dragonfly](https://www.orascoptic.com/dragonfly)

## Teleortodoncia: todo son ventajas.



**Para los ortodoncistas y los médicos de cabecera, el uso de la teleodontología ya no es una quimera, sino una realidad que la crisis del COVID-19 ha sacado brutalmente a la luz.**

### Una praxis comprometida con los pacientes

Las normas sanitarias de distanciamiento social, que siguen siendo necesariamente drásticas, por un lado, y el deseo de ofrecer a los pacientes un tratamiento digitalizado, por otro, empujan a los ortodoncistas a recurrir a soluciones de teleodontología para satisfacer las necesidades de sus pacientes.

En la búsqueda de respuestas adecuadas para satisfacer a los pacientes con una hoja de ruta clara, la de buscar la solución que mejore significativamente el proceso de atención al paciente, los profesionales no se equivocan: ahora, más que nunca, es necesario tener en cuenta las expectativas de los pacientes, que sueñan tanto con

una sonrisa perfecta como con una experiencia menos restrictiva y más cómoda en su tratamiento.

Siempre que no se cuestione la confianza depositada en el ortodoncista, la oferta en el proceso de atención al paciente puede influir mucho en la elección de la clínica dónde tratarse, para quien un «buen tratamiento» es una mezcla bien equilibrada entre un proceso de atención eficiente y una experiencia agradable.

**DentalMonitoring**, la empresa francesa activa desde hace más de siete años en el mundo del cuidado dental y de la ortodoncia a distancia, ofrece soluciones online innovadoras para poder monitorizar a los pacientes, integrando las tecnologías más eficientes en las clínicas dentales.

«Todas estas soluciones combinadas constituyen la **Clínica Virtual**: una extensión de la clínica, online, automatizada y práctica, capaz de satisfacer las necesidades actuales de los pacientes.

### Una plataforma «todo en uno», impulsada por Inteligencia Artificial

La oferta de **DentalMonitoring**, que combina Inteligencia Artificial, la DM App específica y el panel de control para la clínica, ha sido diseñada para ayudar a los profesionales a crear nuevos canales de comunicación con sus pacientes, simplemente a través de un smartphone o un ordenador.

Seguras y eficaces, estas soluciones ofrecen múltiples ventajas: desde la evaluación inicial de la salud bucodental del paciente a distancia con simulaciones ultrarrealistas de su sonrisa durante y después del tratamiento de ortodoncia (SmileMate), hasta el monitorizar a corto o largo plazo todo tipo de tratamientos de ortodoncia a distancia (DentalMonitoring).

## Con esta nueva Clínica Virtual, los profesionales pueden :

Ofrecer una primera consulta a distancia, flexible y que responda a las expectativas de los pacientes.



Evaluar el nivel de urgencia de cada caso y, si es necesario, iniciar las citas en la oficina o bien las videoconsultas.

Dar confianza plena a los pacientes ofreciendo una comunicación continua y directa con la clínica. De este modo, se optimiza y mejora la implicación en el tratamiento, la



gestión del proceso de atención al paciente y la administración del tiempo del propio equipo clínico.

Todos estos aspectos de la Clínica Virtual se apoyan en la inteligencia artificial de Dental Monitoring, entrenada sobre el mayor banco de imágenes de la industria odontológica para reconocer 96 situaciones clínicas y automatizar el envío de notificaciones tanto para el equipo clínico como para el paciente, para un seguimiento óptimo y cómodo del tratamiento.

## La innovación al servicio de la calidad de la atención al paciente

La Clínica Virtual es el resultado de esta apuesta por la innovación constante y de varios años de

intercambio con los profesionales de la odontología de todo el mundo, e ilustra perfectamente la misión que Dental Monitoring se ha propuesto: ofrecer soluciones inteligentes a los profesionales de la odontología y acompañarles a diario para redefinir el proceso en el cuidado de los pacientes.

Si bien la teleortodoncia puede parecer un gran paso adelante, no deja de ser una parte integral del panorama médico actual.

Desde su creación, DentalMonitoring siempre se ha comprometido plenamente con todos los profesionales de la salud bucodental para aportarles soluciones innovadoras, útiles, precisas y seguras con una prioridad: **ayudarles no solo a atender, si no más bien a cuidar de sus pacientes.**



**Toda la información sobre las soluciones disponibles solo para profesionales, se pueden encontrar consultando en: <https://dental-monitoring.com>**

DentalMonitoring®, Smilemate® y Vision son productos diseñados y fabricados por Dental Monitoring® SAS, bajo la marca DentalMind® para profesionales de la salud (PS). También son utilizados por los pacientes bajo la supervisión médica de los profesionales de la salud (PS). DentalMonitoring® y SmileMate® están diseñados para ayudar a los PS a observar situaciones intraorales (y tratamientos de ortodoncia para DentalMonitoring®) a distancia. Consulte a su PS y/o las instrucciones de uso antes de utilizarlos. DentalMonitoring® y SmileMate® son productos sanitarios, registrados como tales y con marcado CE. Las simulaciones de Vision son generadas por inteligencia artificial, no son vinculantes y pueden diferir de los resultados finales del tratamiento del paciente. Vision está registrada en DentalMind®. La disponibilidad, las reclamaciones y la situación del producto pueden variar de un país a otro en función de la normativa local. Contactar con el representante local para obtener más información.



## “LA IA ES UNA OPORTUNIDAD PARA QUE LOS CLÍNICOS SEAN MÁS EFICIENTES”

Philippe Salah, co-fundador y CEO de DentalMonitoring

Adentrándose en el futuro de la atención odontológica y con la tecnología y la innovación como pilares fundamentales, DentalMonitoring ha llegado a España para ofrecer a los profesionales de la Odontología sus soluciones de IA dental diseñadas para ayudarles a ser más competitivos y ofrecer a sus pacientes una experiencia adaptada y conectada, además de maximizar la eficiencia de los tratamientos. Philippe Salah, co-fundador y CEO de DentalMonitoring, nos detalla en esta entrevista las ventajas de la IA desarrollada por la compañía y del momento que atraviesa la teleodontología en la actualidad.



● **DM.-** Como especialistas en el desarrollo de software dental basado en Inteligencia Artificial (IA), ¿cuáles son los pilares de su apuesta por la innovación?

**Philippe Salah (P.S.) -** Existimos para mejorar la odontología; nuestra visión es proporcionar una atención dental conectada, más inteligente y más sostenible a todos los profesionales y a sus pacientes a través de nuestra plataforma inteligente líder.

● **DM.-** ¿Qué soluciones innovadoras ofrece DentalMonitoring a los profesionales de la Odontología? ¿Cuáles son sus principales ventajas para el equipo clínico? ¿Y para el paciente?

**P.S.-** DentalMonitoring crea con los doctores y socios un entorno para ofrecer la mejor atención dental a los pacientes, sincronizado con sus necesidades de tratamiento; aprovecha los datos, la tecnología y la IA para optimizar los resultados clínicos, impulsar el crecimiento de las unidades dentales y hacer que la odontología sea más sostenible; y además abre un nuevo área de atención accesible de alta calidad para proporcionar una experiencia segura y adecuada para los profesionales dentales y los pacientes.

● **DM.-** ¿En qué se basa la IA desarrollada por DentalMonitoring?

**P.S.-** Está basada en la mayor base de datos de imágenes intraorales de la industria dental con más de mil millones de sonrisas escaneadas en la actualidad.

● **DM.- En cuanto al dispositivo de monitorización de DentalMonitoring, ¿cuáles son las bases de su funcionamiento? ¿Con cuántas clínicas colaboran para conformar su base de datos?**

**P.S.-** Una vez que los pacientes han comenzado sus tratamientos de ortodoncia, se les envía a casa una ScanBox<sup>pro</sup> y su DM App. Con una periodicidad establecida por su clínico, ellos mismos se tomarán unas cuantas fotos intraorales. Éstas son analizadas por nuestra poderosa IA que activará cualquier condición que los protocolos del clínico hayan solicitado para que se active. El resultado de este seguimiento automático se envía entonces al clínico y a todo el equipo para que actúen.

En la actualidad, más de 8.000 clientes utilizan nuestra solución para realizar el seguimiento de más de 1,5 millones de pacientes dentales en todo el mundo.

● **DM.- Háblenos de ScanBox<sup>pro</sup>. ¿En qué consiste esta herramienta y qué ventajas ofrece?**

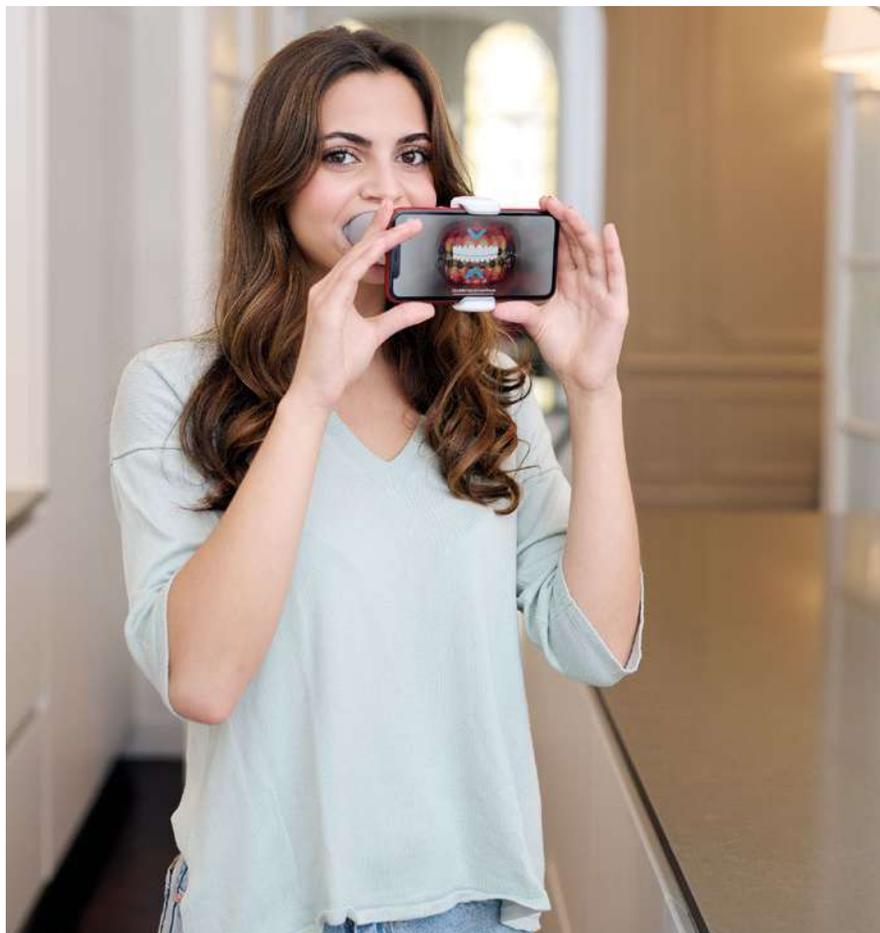
**P.S.-** ScanBox<sup>pro</sup> ayuda a los pacientes a tomar fotos optimizadas cada vez que escanean su sonrisa. Este dispositivo se coloca en la boca de los pacientes y se asocia con su smartphone (soporte telefónico inteligente).

● **DM.- La oferta de DentalMonitoring combina IA, la DM App específica y el panel de control para la clínica. ¿Cómo ayuda a los profesionales a comunicarse con sus pacientes?**

**P.S.-** Además de recibir información clínica sobre cada uno de sus pacientes, la DM App ofrece un sistema de mensajería. Esto es muy útil para crear un servicio de comunicación bidireccional constante. Por un lado, los pacientes pueden plantear sus preguntas al equipo clínico y, por otro, si los doctores detectan algo en la boca de sus pacientes, tienen la posibilidad de enviarles un mensaje o un recordatorio directamente a través de la aplicación.

● **DM.- ¿Qué beneficios ofrece al profesional la atención virtual al paciente? ¿Y de qué manera se reflejan estas ventajas en el día a día de la clínica?**

**P.S.-** La principal ventaja del seguimiento a distancia es que los doctores pueden adaptar su agenda a las necesidades reales de sus pacientes. Además, ofrece la posibilidad de individualizar la atención, lo que hace que cada visita en la consulta sea más eficiente. La atención virtual también ayuda a gestionar las urgencias permitiendo mejorar los resultados del tratamiento.



“  
**Nuestra IA está basada en la mayor base de datos de imágenes intraorales de la industria dental con más de mil millones de sonrisas escaneadas**  
 ”

● **DM.- A día de hoy los pacientes buscan transparencia, conveniencia, personalización y atención al cliente. En este sentido, ¿cómo contribuye DentalMonitoring a mejorar la experiencia del paciente?**

**P.S.-** DentalMonitoring ha desarrollado su solución con este objetivo. Sabemos que la comodidad es una necesidad y esto es lo que ofrecemos tanto a los clínicos como a sus pacientes. No hay necesidad de citas inútiles y, gracias a nuestra solución, ofrecemos más comunicación, mejor experiencia y mejora de los resultados del tratamiento.

“  
Proporcionamos una atención dental conectada, más inteligente y más sostenible a todos los profesionales y a sus pacientes a través de nuestra plataforma inteligente líder  
”



● **DM.- Actualmente, alrededor del 89% de los pacientes esperan soluciones de atención virtual. ¿Cómo ha evolucionado la teleodontología en los últimos años?**

**P.S.-** Nuestra solución está disponible en el mercado desde 2017. La crisis sanitaria de la Covid-19 ha sido un estímulo para todos los profesionales, ya que en muchos países buscaban una tecnología de confianza para mantener el contacto con sus pacientes mientras tenían que recortar o reducir las citas en la consulta. La teleodontología, como muchas otras áreas médicas, ha tenido que adaptarse a una nueva demanda en la que la comodidad y la transparencia debían reinventarse. Estamos orgullosos de que nuestra tecnología sea reconocida hoy en día como imprescindible para todos los clínicos que la han adoptado.

● **DM.- La compañía aterrizó en España el pasado mes de marzo. ¿Cómo ha sido el recibimiento por parte del mercado español? ¿Qué previsiones de cierre tienen para este 2022?**

**P.S.-** Efectivamente, hemos aterrizado en España hace muy poco tiempo y contamos con un gran equipo para ayudar a los médicos a adoptar nuestra solución sin problemas. De hecho, ¡todavía estamos reclutando talentos! Sin entrar en detalles, nuestra previsión en España y en general a nivel mundial es de un crecimiento del 25%.

● **DM.- ¿En qué momento se encuentra el desarrollo de la teleasistencia en el sector dental en España? ¿Y a nivel mundial?**

**P.S.-** La teleasistencia se está desarrollando muy rápidamente, tanto en España como en el resto del mundo. De nuevo, la demanda de comodidad y eficiencia por parte de los pacientes supone un gran impulso para que los clínicos adopten nuevas tecnologías capaces de satisfacer las expectativas de sus pacientes.

● **DM.- ¿En qué países está presente DentalMonitoring? ¿Tienen previsto ampliar su presencia global?**

**P.S.-** DentalMonitoring está presente en más de 50 países con 10 oficinas. Nuestro próximo reto es abrir los mercados chino y japonés en Asia, así como el mercado brasileño. Esto va a suceder muy pronto.

● **DM.- ¿Qué retos plantea la IA para el sector de la Odontología de cara al futuro?**

**P.S.-** La IA no es un reto. La IA es una oportunidad para que los clínicos sean más eficientes. Desde DentalMonitoring definimos nuestra IA como una herramienta para clasificar los datos clínicos y sacar el máximo partido a los resultados de su análisis.

# CONVIÉRTETE EN EL LIDER DEL BLANQUEAMIENTO PROFESIONAL CON WHITE DENTAL BEAUTY



Mayor satisfacción para el paciente y optimización de tiempo en tu práctica.



Soporte de Marketing personalizado



Protege al paciente con sensibilidad dental.



Exclusividad y reconocimiento internacional

## EL VALOR DE UNA ODONTOLOGÍA BASADA EN VALORES

Por Dra. Cristina Sola, de Javier Sola Centro Dental Especializado



En este nuevo artículo de Oral Medicine Inside by Knotgroup nos acercamos a la Clínica Dental Javier Sola, en Valladolid, miembro del Grupo Knotgroup, de la mano de la Dra. Cristina Sola, para hablar de Odontología, de clínica familiar y de segunda generación. La Dra. Sola, odontóloga y especialista en Ortodoncia, forma parte de la nueva generación que llega a la clínica y nos cuenta su experiencia y su visión acerca de la Odontología que la clínica ofrece y ha venido ofreciendo durante todos estos años.



**E**l mundo está cambiando y cambia rápido. Y la Odontología no es ajena a esto. La digitalización, la especialización y los nuevos modelos de atención al paciente están transformando el sector.

Y en estos tiempos de cambio, nuestra clínica, fundada por mi padre, el Dr. Javier Sola, hace más de 30 años, ha hecho frente a este reto, manteniendo siempre los valores que la han convertido en una referencia, la calidad en los tratamientos y un enfoque centrado en el paciente.

Además, ser parte de Knotgroup nos ha permitido durante los últimos siete años, crecer compartiendo experiencias y aprendizaje con un grupo selecto de clínicas de autor, con una gran tradición en el sector, que apuestan por una Odontología rigurosa, precisa y personalizada. Autores que se enfocan en promover una visión de la Odontología conectada con el resto de las especialidades médicas y basada en la evidencia científica. Justo los valores que siempre hemos defendido en nuestra clínica familiar.

La Odontología hoy ya no es cosa de uno, ni de profesionales trabajando de forma aislada. La Odontología hoy es un trabajo de equipos altamente

preparados que colaboran dentro de la clínica y se refuerzan con otros equipos de profesionales de otras clínicas que comparten sus mismas inquietudes y trabajan de forma colaborativa. Y esta visión amplia y multidisciplinar de la profesión donde el conocimiento se comparte para ofrecer un mejor servicio a nuestro paciente, es la razón de ser de Knotgroup, desde su fundación.

Por otra parte, nuestra clínica se ha basado siempre en cuatro principios clave:

- La pasión por nuestra profesión.
- El trato personalizado a cada paciente.
- Calidad versus cantidad.
- Trabajo en equipo.

### La pasión por la Odontología y la Estética Dental

De mi padre hemos aprendido que la Odontología es una profesión que requiere sacrificio, perfeccionismo y constancia, pero que cuando consigues mejorar la calidad de vida del paciente, te das cuenta de que todo ese esfuerzo ha merecido la pena y resulta al final gratificante.

También hemos aprendido de él que los cimientos de una buena Odontología están en una formación



**Dra. Cristina Sola**

La labor profesional de la Dra. Sola está enfocada en la implementación de enfoques clínicos y de software que han contribuido a automatizar tecnologías punteras en el campo de la ortodoncia. Este trabajo lo ha desarrollado en la práctica privada en distintas clínicas en Estados Unidos, España y Portugal:

- Ortodoncista en Dr. William Gray Grieve Orthodontics, Eugene, Oregón, 2021- Presente.

- Clínica Dr. Sola (España) 2017- Presente.

- Educador en el Instituto VISTA, 2021- Presente.

Además, la Dra. Sola ha estado al frente de distintas publicaciones:

- “Síndrome de Marfan, anomalías radicales y extracciones de primeros molares: reporte de un caso” Journal of Clinical Orthodontics. Junio 2021

- “Manejo dental en pacientes con terapia antiplaquetaria: una revisión sistemática” Journal of Clinical and Experimental Dentistry, 2017.

- Conferencista nacional e internacional.

- Docente en el Instituto VISTA: Maximización de la estética de la sonrisa utilizando ortodoncia mínimamente visible, cursos de Terapia de Ortodoncia Clear Aligner sobre optimización del posicionamiento digital del diente, configuraciones digitales y tratamiento multidisciplinar.

- Ponente en la Federación Europea de Periodoncia sobre herramientas 3D para el diagnóstico y planificación del tratamiento de ortodoncia.

- Ponente y miembro de Knotgroup Dental Institute (KDI).





“  
**Apostamos por un concepto de clínica de autor, que Knotgroup ha promovido siempre como filosofía de trabajo y que centra nuestra atención en las expectativas del paciente**  
”

continua de calidad.

No recuerdo un solo día siendo niña en el que no viese a mi padre leyendo un libro de Estética Dental, estudiando una nueva técnica quirúrgica, preparando una conferencia o inscribiéndose en algún curso. Esta dedicación al estudio le ha permitido ser pionero en la implementación de múltiples técnicas dentales en España.

### El trato personalizado

Recuerdo muchas ocasiones en las que mi padre tenía que ir a la clínica un domingo debido a una urgencia. Siempre me decía que el dolor de un paciente hay que anteponerlo al disfrute de nuestra propia vida personal. Era un precio que pagaba gustoso.

Cada persona es importante para nosotros y ello implica dedicar tiempo suficiente a escuchar y comprender sus necesidades. No en todos los casos vamos a poder cubrir sus expectativas, pero sí dejaremos constancia de nuestro esfuerzo y dedicación en cada uno de ellos. En un mundo en el que el tiempo es algo codiciado y todo se mueve a gran velocidad, nosotros apostamos por un concepto de clínica de autor, que Knotgroup ha promovido siempre como filosofía de trabajo y que centra nuestra atención en las expectativas del paciente.

Apostamos por la cercanía, empatía y honestidad. Como ortodoncista, sé que la customización a través de la tecnología del tratamiento ortodóncico no es el futuro, sino el presente. De la misma manera sé que el presente y futuro de nuestra clínica seguirá siendo la customización del tratamiento para cada paciente. Y en este enfoque, las nuevas tecnologías y la formación de nuestro equipo seguirán siendo herramientas que nos facilitarán adaptarnos mejor a sus necesidades. El corazón de la clínica siempre serán sus pacientes.

### Calidad versus cantidad

La calidad es el resultado de una alta exigencia en la práctica, un profundo conocimiento técnico, obsesión por el detalle y trabajo con un equipo competente. El Dr. Javier Sola siempre ha dado prioridad a estos puntos en nuestra clínica y, en ese sentido, una de sus exigencias ha sido la de ofrecer una atención diferencial.

La calidad no nace de estrategias más o menos sofisticadas de marketing.

En nuestro caso, hemos decidido invertir un alto porcentaje de los ingresos de la actividad en la formación de nuestro equipo y en tecnología de vanguardia. Esta decisión nos ha permitido ofrecer a nuestros pacientes las técnicas más novedosas y precisas, gracias a la cualificación de nuestros profesionales.

### Trabajo en equipo

Nuestro equipo, formado por auxiliares, higienistas, recepcionistas y especialistas clínicos, trabaja cada día con mucha dedicación y en la línea que mi pa-

dre, el Dr. Sola, siempre nos ha marcado.

El cambio generacional puede suponer un reto a nivel de la gestión de la clínica y la implementación de nuevos enfoques y puntos de vista. Y en este punto, ser parte de Knotgroup nos permite contar con expertos y programas destinados a la preparación de las nuevas generaciones, para encarar con confianza el futuro.

Desde la Clínica Dental Javier Sola miramos al futuro con optimismo, dirigiendo nuestro esfuerzo a mantener el legado del Dr. Javier Sola, conservando el espíritu de clínica de autor basado, por encima de todo, en la calidad, la cercanía y la honestidad y apoyándonos en el gran equipo que forman todas las clínicas de Knotgroup.

### Una nueva generación

Cuando mis hermanas y yo tuvimos que decidir qué queríamos estudiar, nuestros padres nos pidieron solamente una cosa, elegir instituciones de prestigio y trabajar en la universidad con el máximo rigor y esfuerzo. Las tres hermanas elegimos Odontología y las tres hemos estudiado en la Universidad Complutense, referente a nivel internacional.

El Dr. Javier Sola siempre supo transmitirnos la pasión que sentía por su profesión así como su visión y constancia. No sólo decidimos seguir sus pasos, sino que nuestro mayor reto es estar a su altura no solo en formación sino, sobre todo, en su lado humano, en la forma en la que trata a los pacientes, en su cercanía con ellos y en su implicación como médico.

Y con este objetivo trabajamos día a día, tanto la Dra. Claudia Sola como Andrea Sola, que se encuentra finalizando la carrera, y yo misma.

Personalmente completé un postgrado en Ortodoncia Avanzada en la Universidad del Sur de California (Los Angeles, USA) y además de mi trabajo en la clínica colaborando en tratamientos multidisciplinarios, trabajo en una startup, InBrace, que desarrolla una nueva tecnología para el tratamiento de Ortodoncia basada en la customización y la promoción de la estética durante y después del tratamiento, a la vez que ejerzo la práctica privada en Eugene (Oregón, USA).

La siguiente, por orden de incorporación, es la Dra. Claudia Sola, graduada en Odontología con el mejor expediente de su promoción y Máster en Ciencias Odontológicas; actualmente trabaja en



Luis Mallo junto al Dr. Javier Sola.

“  
**Ser parte de Knotgroup nos permite contar con expertos y programas destinados a la preparación de las nuevas generaciones, para encarar con confianza el futuro**  
 ”

la clínica a tiempo parcial y comienza el postgrado de Periodoncia e Implantes en la Universidad Complutense de Madrid, referente mundial en esta especialidad.

Andrea Sola, por su parte, como indicaba anteriormente, está terminando el grado en Odontología para iniciarse en la formación de posgrado.

Cada una de nosotras tenemos la oportunidad de contribuir desde múltiples puntos de vista al desarrollo de la clínica.

### ¿Y ahora qué?

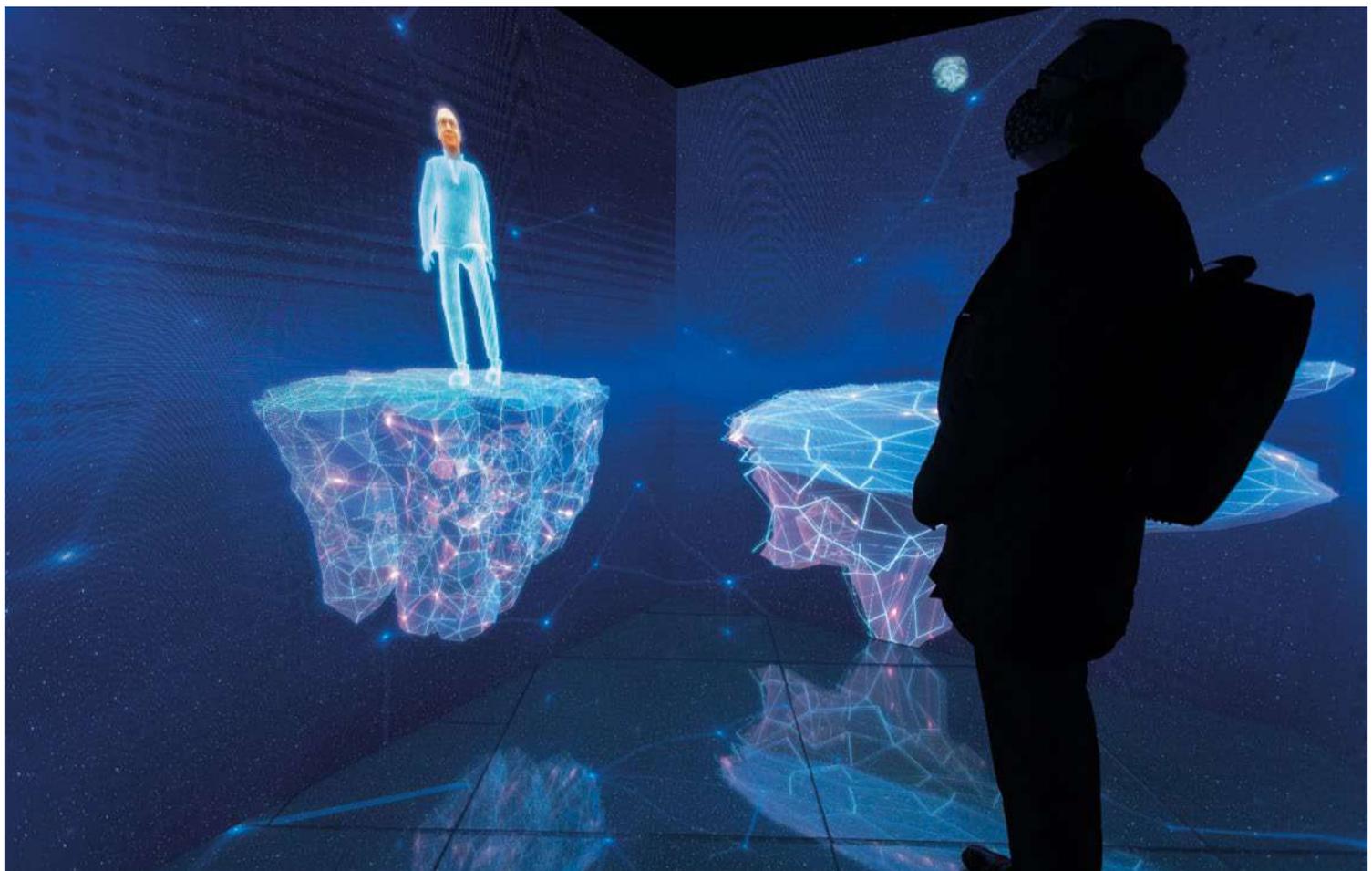
Ahora el reto que tenemos por delante es ir incorporándonos a la clínica progresivamente aportando, cada una de nosotras, impulso, nuevos valores y una visión renovada de la actividad. Y todo ello, manteniendo esos estándares de calidad y de servicio que durante estos años la han hecho fuerte.

Y en este proceso de llegada de las nuevas generaciones, sabemos que no estaremos solas. Muchas otras clínicas de Knotgroup están viviendo esta misma experiencia de renovación generacional y ello nos permitirá ir compartiendo iniciativas para descubrir nuevas oportunidades.

De nosotros se espera mucho y esperamos estar a la altura de lo que este futuro ilusionante nos depara.

## TECNOLOGÍAS INMERSIVAS AL SERVICIO DE LA EXPERIENCIA Y DIFERENCIACIÓN DEL SERVICIO

En la actualidad, las tecnologías inmersivas (Realidad Aumentada, Realidad Virtual, Realidad Extendida, etc.) aportan numerosas posibilidades y soluciones en el ámbito sanitario, abriendo un nuevo mundo para la clínica dental, sus profesionales y sus pacientes. En este artículo, Raúl Calleja, Director de Digitalización y Diversificación de Negocio en Ifema Madrid, analiza los tipos de tecnologías inmersivas que existen y nos muestra las ventajas y algunos ejemplos de incorporar estos innovadores desarrollos a los servicios de una clínica dental.



### ¿Qué son las tecnologías inmersivas?

Las tecnologías inmersivas son un conjunto de tecnologías y aplicaciones innovadoras de última generación que, desarrolladas digitalmente, tienen fines y objetivos industriales, formativos, marketing, negocio, diseño, etc.

Hay muchos tipos de tecnologías inmersivas y conviene diferenciar cada una de ellas:

1.- Realidad Virtual (VR): es un entorno de escenas y objetos simulados virtualmente de apariencia real. Crea en el usuario la sensación de estar in-



merso en este entorno virtual a través de un dispositivo periférico (gafas o casco de realidad virtual). Éste puede ir acompañado de otros dispositivos, como guantes o trajes especiales, que permiten una mayor interacción con el entorno, así como la percepción de diferentes estímulos que intensifican la sensación de realidad. Tiene muchísimas aplicaciones en el ámbito sanitario, tanto de cara a los pacientes como en el ámbito de la formación y capacitación del facultativo.

2.- **Realidad Aumentada (AR):** la AR es la interacción entre ambientes o escenas virtuales y el mundo físico real, posibilitando que ambos se entremezclen a través de un dispositivo tecnológico como webcams, teléfonos móviles o tabletas, entre otros. Hay clínicas que con mallas de AR muestran cómo será la dentadura de un paciente anticipándose al resultado final, o configurarla como el usuario de la misma desea, de forma que lo visualiza y forma parte activa del proceso. De ese modo, podemos decir que la AR se caracteriza por combinar el mundo real y el virtual, ofrecer una interacción en tiempo real, adaptarse al entorno en que se insiere e interactuar con todas las capacidades físicas del entorno (en tres dimensiones).

3.- **Realidad Mixta (MR):** también llamada Realidad Híbrida, es la combinación de VR y AR. Diríamos que trata de trasladar el mundo real al mundo virtual, ocasionando un modelo 3D de la realidad y sobre éste, superponer información virtual, ligando las dos realidades para poder aunar contenido extra de valor para el usuario de MR.

4.- **Realidad Extendida (XR):** es un concepto que aglutina la Realidad Virtual, Aumentada y Mixta en un único término: es decir, la suma de la VR, AR y MR. Así, complementa la capacidad de crear y añadir información desarrollada virtualmente con el conocimiento y control de un entorno real.

5.- **Entornos Web 3.0:** la Web 3.0 es la tercera generación de servicios de internet para páginas web y aplicaciones. Se centrará en el uso de una comprensión de datos basada en máquinas para proporcionar una web semántica y datificada. El objetivo final de la Web 3.0 es crear sitios web más inteligentes, conectados y abiertos.

6.- **Contenido 360°:** el contenido 360° (realidad virtual fotografiada y filmada) es aquel material audiovisual inmersivo e interactivo que parte de la fotografía fija y en movimiento (video) y permite una visión panorámica de la realidad produciendo una sensación de presencia, que puede complementarse con la estereoscopia



#### Raúl Calleja

Licenciado en marketing y dirección comercial, especialista en marketing digital, venta consultiva, coaching de equipos. 19 años de experiencia organizando ferias internacionales profesionales.

Director de Digitalización y Diversificación de Negocio en Ifema Madrid

“  
**Las nuevas tecnologías inmersivas entran como un aliado de nuestro negocio, para potenciar la diferenciación en varias líneas de actuación**  
”

“  
La tecnología  
empodera y  
enriquece la  
experiencia  
física, nos lleva  
a territorios  
diferentes, muy  
experienciales,  
donde el ‘efecto  
wow’ debería  
ser lo que  
busquemos  
provocar en  
nuestro cliente  
”



Raúl Calleja, Director de Digitalización y Diversificación de Negocio en Ifema Madrid.

y el sonido espacial. Este material audiovisual en 360° puede ser visualizado en pantallas planas (computadores, televisores o celulares) y en visores de realidad virtual donde la experiencia es completamente inmersiva para el espectador. Muy útil para mostrar la clínica y gamificar la experiencia de consumo en remoto.

7. - El tan recientemente incorporado a nuestras vidas, su majestad el metaverso: esto se merecería un artículo por sí solo, pero resumiendo mucho, sería la combinación de todas las tecnologías anteriores, sumándole los elementos de la nueva economía tecnológica y con una super-conectividad y dispositivos miniaturizados de siguiente generación. Aún no estamos, pero llegaremos.

Todo esto está generando una nueva economía tecnológica o meta-economía donde empiezan a entrar nuevos activos que es importante ir conociendo: NFTs, Blockchain, Inteligencia Artificial, automatización, criptoconomía, assets digitales... Estamos viviendo una nueva revolución y un nuevo renacimiento del marketing gracias a la tecnología de última generación. No estamos hablando de digitalización, sino del siguiente paso en el que el 80% de los jóvenes occidentales menores de 30 años llevan ya mucho tiempo en él, y son sus nuevos códigos de comunicación a los que no podemos estar ajenos desde nuestro negocio.

Aquel que piense que todo esto va de videojuegos, está muy equivocado. La gamificación entra en nuestro día a día como un instrumento para captar nuestra atención y generar cuota de tiempo de audiencias y clientes, conseguir interactuar con ellos y que sean parte de nuestra comunidad de usuarios como parte inherente del producto que vendemos. No es suficiente con estar anunciado en Google, sino que los comentarios y recomendaciones abiertos de los clientes son determinantes para captar nuevos o mantener los actuales y que no se vayan a la competencia. Es todo un reto de la comercialización de productos y servicios. La industria publicitaria tradicional tiene los días contados; lo llevamos viendo desde hace años. La inversión en marketing digital no para de crecer, contra la inversión en medios tradicionales. Y es que consumimos ocio, formación, servicios, relaciones..., de una manera distinta a cómo lo hacíamos hace 10 años (no hace tanto tiempo).

Son muchas las variables que influyen en la decisión de nuestros clientes: servicio, confianza, proximidad, calidad, precio, valor aportado, seguimiento, recurrencia, fidelidad...

¿Qué quiere el cliente cuando la calidad del servicio y el precio es muy similar entre dos nego-

cios competencia? Experiencias distintas, agilidad y servicio de acompañamiento. Desde un punto de vista teórico, los clientes dejan de ser clientes para ser parte activa de mi negocio, un partner, un recomendador, un activador de nuevos partners..., en el momento en que entra a formar parte de una comunidad de consumidores de mis servicios; ése es el mejor activo de mi negocio.

Y es aquí donde estas nuevas tecnologías inmersivas entran como un aliado de nuestro negocio, para potenciar la diferenciación en varias líneas de actuación. La tecnología empodera y enriquece la experiencia física, nos lleva a territorios diferentes, muy experienciales, donde el "efecto wow" debería ser lo que busquemos provocar en nuestro cliente. Superar la expectativa de nuestro consumidor. Ésta sería la premisa y el objetivo fundamental. Y para ello hemos de saber mínimamente cuáles son sus expectativas, porque evidentemente la tecnología inmersiva no es para el 100% de nuestros clientes, pero con el tiempo será para cada vez más. Niños, adolescentes, etc.

#### ¿Por dónde empezar?

En primer lugar debemos analizar todos los posibles "puntos de contacto" entre un cliente y nuestra marca o servicio: antes, durante y después de su visita por nuestra clínica. Una vez definidos todos estos "puntos críticos" donde nos jugamos la expectativa de nuestro cliente, analizamos en cada uno de ellos si con alguna de las tecnologías inmersivas existentes podemos aportar valor y mejorar la experiencia de nuestro cliente. Lógicamente no tiene sentido invertir de

golpe en introducir y aplicar todas las tecnologías en nuestro negocio, pero sí en aquellas donde realmente somos capaces de incrementar el valor de nuestro servicio para el mayor número posible de clientes habituales, o bien para determinado nuevo perfil de audiencia en la que nos interesa posicionarnos.

¿Te imaginas la primera y única meta-clínica dental tech de tu ciudad, posicionándote en jóvenes clientes desde los 15 hasta los 30 años? Si pueden ir a relacionarse y probar nuevas experiencias tech, estarán haciendo cola.

#### Ventajas de las tecnologías inmersivas

A continuación, veamos algunas ventajas y ejemplos de incorporar nuevas tecnologías inmersivas a nuestros servicios:

1.- **Mejorar la capacidad y experiencia de obtener citas y reservas en nuestra clínica.** Hay plataformas web 360° como Nubii que te permiten crear una oficina/clínica virtual y tridimensional que enriquece la experiencia de consulta o reserva de cita telemática. Igualmente hay que estar alineados con nuevas tecnologías que permiten reservar amigablemente online 24h open, sin necesidad de llamar por teléfono. Recordatorios y confirmaciones en agenda, funcionan muy bien. Pero lo que mejor, mensajes post-servicio. Con tecnología VR el paciente puede observar el consultorio dental desde la comodidad de su casa, ver la recepción y la sala de espera dándole una idea del aspecto del consultorio dental, teniendo la libertad de elegir al odontólogo que le va a atender.



Shutterstock



Shutterstock

2.- **Mejorar la relación de nuestro servicio y seguimiento con nuestros pacientes.** Tecnologías como la realidad virtual para visualizar y mostrar al cliente sus expectativas de resultados post-servicio, o trabajar con él en remoto gracias a la realidad virtual y mixta, formará parte de nuestro futuro. La RV se ha aplicado para tratar pacientes con fobia dental, especialmente en niños durante los tratamientos restauradores, con una disminución exitosa en la percepción del dolor y la ansiedad durante el tratamiento.

3.- **Captación de nuevos perfiles de audiencias incorporando tecnologías inmersivas,** especialmente dirigidas a públicos menores de 30 años durante el tiempo de espera, durante la intervención mostrando escenas relajantes en VR, tratamiento de fobias.. ¿Te imaginas qué diría un niño que va a jugar con tecnología en la clínica?

4.- **Gestionar los incómodos tiempos de espera.**

5.- **Personalizar la experiencia.** Hay clínicas y retailers que gamifican la experiencia a medida de cada usuario. Hay vestidores inteligentes en tiendas de ropa que analizan tu talla y te permiten elegir digitalmente modelos, colores, tallas, combinaciones.., o pedir y te lo llevan a casa. Empoderar la experiencia física gracias a la tecnología.

6.- **Gamificar el servicio para determinados perfiles de público.**

7.- **Educar y formar en salud, hábitos y alimentación.**

Digamos que con estas nuevas tecnologías los usuarios podrán realizar tareas o actividades muy similares a las realizadas en el mundo real, divertirse, aprender, socializar, asistir a un concierto, realizar actividades comerciales.. Y es un nuevo mundo para nuestros negocios.

### **Formación y actualización**

Por otro lado, estas tecnologías están avanzando e incorporándose cada vez más rápido en el ambi-

to formativo y educativo, como un complemento al sistema tradicional, especialmente en el ámbito sanitario. Estos avances tecnológicos en realidad virtual y realidad aumentada permiten su aplicación en diferentes áreas de la odontología, utilizándose principalmente para la formación preclínica en entornos universitarios. Igualmente existen ya simuladores de realidad virtual que ofrecen una experiencia de aprendizaje similar a la realidad, con importantes beneficios potenciales en la enseñanza y el autoaprendizaje de habilidades dentales manuales. También a través de la realidad virtual, ya es posible crear modelos de caries para intervenciones en simulador o técnicas anestésicas. Y en el campo quirúrgico, la VR está permitiendo mejorar el conocimiento, la capacitación, la preparación y previsión de la intervención, así como una mejora en la gestión de tiempos de los cirujanos ayudando a comprender y planificar mejor la intervención.

### **Conclusión**

La Realidad Aumentada, la Realidad Virtual y la Realidad Extendida aportan numerosas posibilidades y soluciones en la medicina: desde la formación de nuevos médicos y facultativos con simuladores y enciclopedias inmersivas, programas para sensibilizar a los pacientes antes de una operación hasta una mayor precisión en las intervenciones quirúrgicas gracias a la robótica y los entornos virtuales.

Aunque los beneficios de la VR y la AR en la medicina están siendo promovidos por hospitales, centros de investigación y universidades, todavía hay algunos escollos a los que se enfrentan la industria y la tecnología para su masiva implantación. Los costes asociados al hardware y software, la sensación de mareo que producen las gafas de VR cuando se usan de manera prolongada y la necesidad de establecer equilibrios entre la medicina virtual y la práctica física son algunos de los más destacados.

En IFEMA Madrid, alineados con la innovación y la tecnología como palanca de competitividad de la industria y tejido empresarial, lanzamos el proyecto HELIXA. Se trata de una plataforma para generar y compartir conocimiento, y desarrollo de aplicaciones relacionadas con las últimas tecnologías para aplicación en el ámbito ferial en general, y aplicativos específicos para cada uno de los sectores de sus ferias profesionales. Ifema Lab desarrolló esta propuesta visual sobre la clínica dental del futuro: <https://www.youtube.com/watch?v=kHhKGSakhts&t=48s>

NOVEDAD

**UP**<sup>TM</sup>  
ULTRADENT  
PRODUCTS, INC

# HALO<sup>TM</sup>

SECTIONAL MATRIX SYSTEM



Excelentes Resultados  
en menos tiempo

El sistema de matrices seccionales HALO le permite hacer restauraciones de composite anatómicamente contorneadas, de una manera muy sencilla y en muy poco tiempo.

# LA DIGITALIZACIÓN ESTÁ TRANSFORMANDO PROFUNDAMENTE LA ODONTOLOGÍA

*Dra. Elena Criado, odontóloga y responsable de Innovación de Sanitas Dental*



La introducción de la digitalización está suponiendo un cambio de paradigma en toda la medicina y, por ende, también en la odontología. Las Clínicas Dentales de Sanitas están aplicando las técnicas más innovadoras en campos como la implantología y la estética dental, consiguiendo resultados óptimos y con una mayor seguridad.



Desde hace unos años, el sector de la odontología está viviendo un cambio sin precedentes gracias a la digitalización. Además de optimizar cualquier proceso administrativo, la introducción de tecnologías innovadoras ha permitido a las Clínicas Dentales de Sanitas diseñar tratamientos a medida, hacerlos más predecibles y seguros. Además, permite al paciente adoptar un rol mucho más activo en la toma de decisiones, ya que gracias a las técnicas digitales puede llegar a observar el resultado de su tratamiento incluso antes de llevarlo a cabo.

Las innovaciones más recientes que ha incorporado Sanitas Dental impactan, principalmente, en el campo de la odontología estética y de la implantología.

## **Digitalización y odontología estética**

En la medicina estética, existen dos procedimientos completamente revolucionarios que están suponiendo un cambio sin precedentes hasta ahora. En primer lugar, la introducción de softwares de diseño digital de la sonrisa. Gracias a la obtención de imágenes 100% digitales de la boca del paciente, ahora el odontólogo tiene la capacidad de diseñar un tratamiento totalmente preciso e incluso de visualizar, mediante una simulación, el resultado del mismo.

Para ello, en las Clínicas Dentales de Sanitas cuentan con la última tecnología en el área del diagnóstico. Prácticamente el 100% de los centros cuentan con un escáner intraoral, una tecnología que permite extraer una imagen digital precisa de



la boca sin necesidad de utilizar los engorrosos moldes y pastas. Más allá de su utilidad desde el punto de vista profesional, mejoramos además la experiencia de los pacientes.

La fusión de esta imagen digital con otras técnicas diagnósticas, como el TAC o la radiografía, hace posible obtener toda la información necesaria para diseñar el mejor tratamiento. Una vez obtenida esta información, se introduce en el software para planificar el tratamiento.

La segunda mejora en el área de la odontología estética es el tallado de carillas de alta estética mediante técnicas digitales. Esta tecnología es posible gracias a la primera de las innovaciones, ya que el software de diseño digital de la sonrisa nos permite también hacer a medida estas carillas. Con ellas conseguimos aportar un resultado mucho más natural y un tratamiento menos invasivo, en el que el paciente ha formado parte íntegra del proceso y de la toma de decisiones. Además, reducimos enormemente los tiempos de tratamiento al requerir únicamente 3 citas para su colocación.

### Digitalización e implantología

En el área de la implantología, Sanitas Dental ha utilizado recientemente una innovadora técnica para la colocación de implantes cigomáticos. Se trata de una tecnología que se emplea actualmente en campos como la neurología y que se basa en la navegación dinámica. Funciona de forma similar a la tecnología GPS y realiza un seguimiento continuo del instrumental quirúrgico con respecto a la anatomía del paciente. Durante la intervención, el equipo implicado en la cirugía visualiza la relación entre ambos en una pantalla en tiempo real. La intervención requiere un equipo multidisciplinar con formación específica, constituido por un cirujano maxilofacial, un odontólogo restaurador, un técnico de laboratorio dental y un ingeniero biomédico. Gracias a esta tecnología, se reducen también los tiempos de intervención, que pasan de una hora a escasos 5 minutos.

La digitalización ayuda a mejorar la atención a los pacientes y su experiencia. Por eso, desde Sanitas Dental seguimos invirtiendo y apostando por ella como uno de nuestros mejores aliados para contribuir a que las personas tengan una mejor salud bucodental.

# VALORACIÓN Y TRASPASO DE CLÍNICAS DENTALES

Teniendo en cuenta el actual escenario que atraviesa el sector odontológico en nuestro país, la venta de clínicas dentales está siendo un hecho cada vez más habitual. El abogado José Luis Gómez Gómez, Socio-Director de Delyser Abogados, nos detalla en este artículo los pasos a dar en el momento que un profesional se plantea la opción de comprar o vender una clínica dental. Para ello destaca la realización de un ejercicio de gestión fundamental: valorar cuánto vale su clínica; es decir, debe hacer una tasación de la clínica.



**Contacto:**  
Delyser Abogados  
Teléfono: 91 541 01 47  
E-mail: [delyser@delyser.com](mailto:delyser@delyser.com)  
Web: [www.delyser.com](http://www.delyser.com)

**D**urante los últimos años, el sector odontológico ha sufrido un aumento desmesurado en nuestro país. En la actualidad existen, aproximadamente, unos 38.000 dentistas colegiados y más de 24.000 clínicas dentales registradas, lo que supone un gran aumento con respecto a años anteriores.

Con estas cifras, España tiene un número de dentistas excesivamente alto en relación con su número de habitantes, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la existencia de un dentista por cada 3.500 habitantes y esas cifras son ampliamente superadas en nuestro país,

“  
**Es conveniente realizar una valoración de nuestra clínica dental cada tres años, si a nuestra profesionalidad sanitaria le queremos dotar de una profesionalidad en la gestión y, por supuesto, con carácter previo a afrontar un proceso de venta o traspaso**  
 ”

que cuenta, aproximadamente, con 1 dentista por cada 1.200 ciudadanos.

En este escenario, si bien las clínicas privadas siguen representando una gran mayoría en España, hay que destacar el constante aumento de centros dentales propiedad de franquicias y compañías aseguradoras.

Por otra parte, y como dato favorable a los titulares de clínicas dentales, hay que destacar el hecho de que las últimas encuestas reflejan que seis de cada diez españoles adultos han visitado al dentista en el último año; como vemos, una oportunidad de actividad profesional importante.

En este escenario, la venta de clínicas dentales está siendo un hecho cada vez más habitual y en cualquier momento podemos vernos tentados, bien por la opción de comprar o por la de vender; por ello, debemos hacer un ejercicio de gestión fundamental: valorar cuánto vale nuestra clínica dental. Es decir, debemos hacer una tasación de la clínica.

### Valoración y tasación de la clínica

#### ¿Por qué debemos hacer una tasación?

Llevar a cabo la tasación de una clínica dental es esencial si se va a vender o comprar, pero independientemente de ello es un dato básico también para la gestión y la toma de decisiones diarias y de inversión.



Artículo patrocinado



#### José Luis Gómez Gómez

Licenciado en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid.

Master de Experto en Derecho Concursal. Universidad Europea de Madrid.

Abogado ejerciente y Socio-Director de la firma Delyser Abogados.

Profesor de "Derecho de la Empresa". Grado de Dirección y Creación de Empresas. Universidad Europea de Madrid.

Profesor de "Legislación Sanitaria". Grado de Fisioterapia. Universidad Europea de Madrid.

Director y profesor del Curso de Gestión de Clínica Dental del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Madrid. 7 Ediciones, 2016-2022.

Autor de diversos artículos sobre Derecho Sanitario en prensa especializada.

“  
**Es necesario buscar nuevas fórmulas que faciliten el éxito en el cambio de propiedad de las clínicas dentales, utilizando los instrumentos jurídicos que nuestro Derecho tiene**  
 ”

*¿Cuándo debe hacerse la valoración?*

En conexión con la respuesta anterior, deberíamos realizar una valoración o tasación cada tres años aproximadamente. Ese dato nos permitirá comprobar la evolución de la clínica, si se está produciendo un incremento en su valor y si las decisiones directivas que se han adoptado han sido las adecuadas.

*¿Qué tenemos que valorar?*

En este apartado hay que ser muy objetivos y de inicio hay que buscar exclusivamente el auténtico valor de la clínica; un valor al que posteriormente, en caso de venta, se le podrá incrementar determinadas valoraciones relacionadas con la visión o posibilidades de la clínica, con su trayectoria, sus ventajas competitivas, etc. Es decir, factores que determinarán el precio final de venta, en su caso.

*¿Y cómo valoramos una clínica dental?*

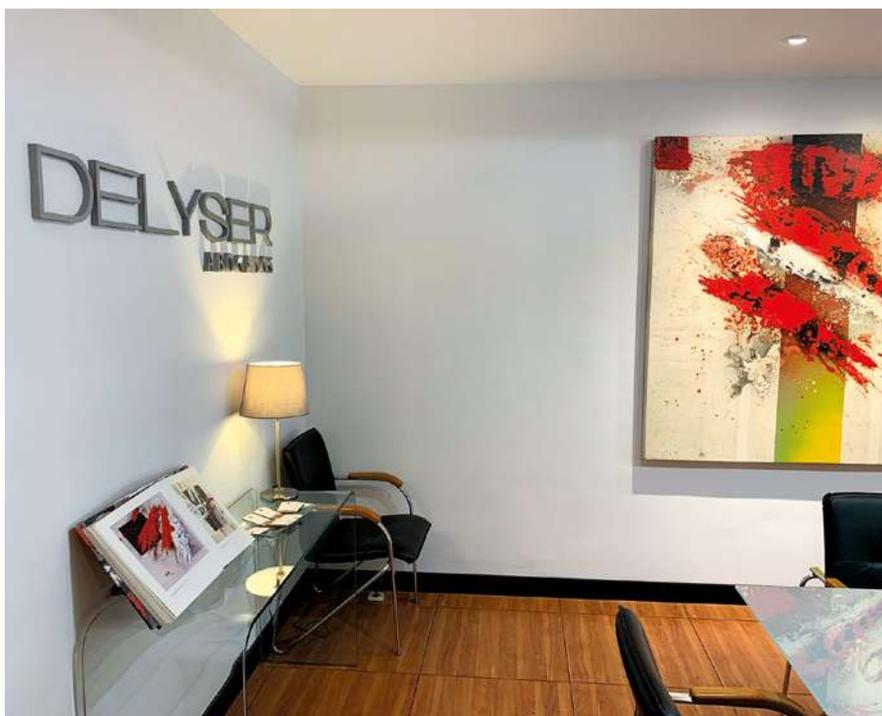
Las clínicas dentales deben valorarse, como cualquier otro negocio, si bien teniendo en cuenta las especialidades de la actividad dental. Todas las clínicas tienen sus especialidades y todas están marcadas por circunstancias propias, pero todos esos conceptos son susceptibles de valoración.

Existen diversos modelos en el mercado de las valoraciones; por ejemplo, a través del descuento de los flujos de caja, que permite estimar la capacidad de la clínica de generar beneficios a lo largo de los próximos ejercicios. Otro método se basa en el EBITDA (ingresos de la actividad, antes de intereses, impuestos y amortizaciones), que se multiplica por una cifra fija (número de años para recuperar la inversión); este método suele generar discusiones por la dificultad que supone elegir ese coeficiente. Por nuestra experiencia, creemos que el mejor método de valoración de clínicas es un método propio, que hemos creado y desarrollado durante los más de 35 años de experiencia en el sector dental. Se trata de un método muy detallado y complejo y aporta datos más concretos y reales.

En este método se realizan diversos análisis; así, por ejemplo, se hace un inventario de los activos y elementos existentes en la clínica y se valoran, no por su valor pendiente de amortizar, sino por el “valor de su sustitución” a precios de mercado considerando su puesta en marcha. Igualmente se incorporan los costes de otros derechos como las licencias administrativas, costes de obras e instalaciones, penetración en las redes sociales y presencia en internet, etc. A partir de ese valor, entran en juego otros elementos como la “calidad de las fichas de los pacientes”; y es que, por ejemplo, de nada sirve decir que una clínica tiene un determinado valor por el hecho de contar con 5.000 fichas de pacientes si éstas han tenido un movimiento mínimo o inexistente en los últimos años. Igualmente se deben tener en cuenta el tipo de los tratamientos realizados, su ticket medio o la rentabilidad de éstos.

Como vemos, un trabajo concienzudo pero muy revelador que aportará conocer el valor de mercado de nuestra clínica.

Así pues, como conclusiones respecto a realizar una valoración de nuestra clínica dental, señalemos que es conveniente realizarla cada tres años, si a nuestra profesionalidad sanitaria le queremos dotar de una profesionalidad en la gestión y, por



supuesto, con carácter previo a afrontar un proceso de venta o traspaso.

### **Fórmulas para procesos de traspaso y venta de clínicas dentales**

Expuesto lo anterior sobre el concepto valoración-tasación de clínica dental, conviene conocer alguna de las fórmulas que usamos en los procesos de traspaso y venta de clínicas dentales en funcionamiento.

En el actual escenario de presión económica observamos cómo cada vez son menos los profesionales con la capacidad económica para crear de inicio una clínica dental. Por ello, ha ido adquiriendo cada vez más auge la figura del “traspaso diferido de clínicas dentales en funcionamiento” como una alternativa para satisfacer a las dos partes implicadas: el profesional que desea abandonar el ejercicio y obtener el máximo beneficio por el traspaso de su clínica, y aquel que desea incorporarse a la clínica y llegar a ser propietario y director de la misma, pero que no dispone del capital necesario para afrontar ese reto.

El antiguo modelo de “traspaso de clínica” que suponía la “venta” de los pacientes y las instalaciones de la clínica en un momento único, va perdiendo protagonismo ya que este modelo de venta no suele satisfacer plenamente a alguna de las dos partes.

Así pues, es necesario buscar nuevas fórmulas que faciliten el éxito en el cambio de propiedad de las clínicas dentales, utilizando los instrumentos jurídicos que nuestro Derecho tiene. Un ejemplo de ello es la Ley de Sociedades Profesionales, que trata de dar solución a las relaciones entre los profesionales, sus clientes y la propia sociedad y que abre una serie de posibilidades y expectativas para ir incorporando a empleados-colaboradores y futuros socios a la titularidad de la sociedad, estableciendo unos mecanismos que no existen en el resto de las sociedades mercantiles.

La utilización de esta fórmula jurídica nos pondría en línea con el modelo desarrollado en otros países como Estados Unidos, donde la figura que cobra peso, a la hora de traspasar la clínica, es la del comprador, entendido éste como un “asociado” durante un período de, aproximadamente, dos o tres años, tiempo adecuado para realizar una transferencia gradual de las acciones de la sociedad de uno a otro profesional.

Así, esta “asociación profesional temporal” se perfila como una opción profesional interesante y con garantías jurídicas.

Todos sabemos que incorporar a un “colaborador/ asociado” a una clínica dental es una tarea complicada –pero no imposible– y, desde luego, es un modelo adecuado para los dentistas que deseen disminuir su ritmo de trabajo o, incluso, retirarse a medio plazo, además de aumentar los beneficios derivados del futuro traspaso de la clínica.





Si bien es cierto que no existe una regla general, mi experiencia me indica que la "convivencia" entre los dos profesionales debe durar al menos dos años antes de la fecha prevista para el cambio completo de accionariado.

De esta manera, las cifras de pacientes aumentarán y el valor de la clínica, lejos de decrecer, suele aumentar, que es lo que se pretende al traspasar la clínica, obteniendo el máximo beneficio posible de esa cartera de pacientes.

Aceptados los plazos anteriores, lo primero que debemos hacer es la planificación temporal por escrito del *iter*, hasta alcanzar la incorporación plena del "asociado" con éxito.

Una propuesta de guía podría ser:

1º año:

- Incorporación laboral o relación mercantil.
- Definición de los roles y hoja de ruta.

2º año:

- Desarrollo del plan de carrera.
- Transferencia gradual de acciones/participaciones.
- Distribución de las cargas de trabajo.

“

**Lo conveniente es acudir a un asesor externo especializado que analice la empresa, la valore y nos plantee las formas jurídicas y modelos de transmisión que mejor se adapten a nuestras necesidades y a nuestra filosofía de trabajo**

”

3º año:

Plena incorporación y cambio de titularidad en favor del nuevo socio.

Una de las fórmulas más empleadas es la de vender sucesivamente paquetes de acciones/participaciones (el primero podría ser al inicio de la asociación), que permitan que el profesional que va a comprar se capitalice trabajando en la propia clínica, y en un período de 3 años (dependiendo del tamaño de la clínica) haber completado el proceso de venta de la clínica a un precio mayor del que se habría ofertado al comienzo.

Sin embargo, dado que las posibles variables para incorporar un asociado son numerosas, lo conveniente es acudir a un asesor externo especializado que analice la empresa, la valore y nos plantee las formas jurídicas y modelos de transmisión que mejor se adapten a nuestras necesidades y a nuestra filosofía de trabajo y, por supuesto, que redacte los pactos parasociales específicos y pensados para el modelo de clínica que se va a transmitir.

Es necesario hacer un ejercicio realista de reflexión personal antes de iniciar este tipo de operación y así evitar los fracasos (que se producen hasta en un 60% de estas experiencias).

Por último, resaltar la importancia de una cuidada planificación por escrito, y no conformarse con palabras bienintencionadas y un "apretón de manos". Una planificación que debe ser de utilidad tanto para el vendedor como para el comprador y que garantice el mayor grado de seguridad jurídica.



# Conoce el valor de tu Clínica Dental

**Delyser Abogados**, el despacho más importante del sector dental de España te ayuda a conocerlo

¿Quieres conocer la probabilidad de venta de tu clínica?



Escanea el siguiente código QR  
o visita

[www.traspasoclinicas.com](http://www.traspasoclinicas.com)

DELYSER ABOGADOS  
C/Doctor Fleming 30, 1ºD  
28036 Madrid

91 541 01 47  
delyser@delyser.com  
www.delyser.com

# GESTIONAR Y LIDERAR, 2 EN 1

La odontología vive en una constante evolución que exige una adaptación constante al cambio que, en ocasiones, puede hacer olvidar a un profesional el verdadero sentido de su tarea: dar su mejor versión individual y contribuir al éxito colectivo. En este artículo, el Dr. Primitivo Roig, director y fundador de Clínicas W, describe las similitudes y diferencias de dos de las habilidades más relevantes en la actualidad para cuidar de la clínica dental y de su equipo: dirigir y liderar.

Contacto:  
info@primitivoroig.com



**A**l margen de orientaciones profesionales y de dedicaciones clínicas todo dentista, empresa o no su propia clínica dental, pero muy especialmente aquellos que sí lo hacemos, deberíamos adquirir y desarrollar la mayor maestría posible en conocimientos y habilidades que van mucho más allá de aquellas que nos permiten alcanzar la excelencia en lo que hacemos en la cavidad bucal de nuestros pacientes.

Dirigir una clínica, liderar un equipo o, lo que es lo mismo, cuidar de una empresa y de las personas que la componen, es un asunto de importancia capital que sentará las bases de tres aspectos vitales: el éxito y reputación profesional, el bienestar personal y de todo el equipo y la satisfacción de los pacientes.

Cuidar de los aspectos organizacionales y del componente humano es posiblemente la mejor estrategia para guiarnos hacia una excelencia que sea rentable, accesible y sostenible. Poder lograrlo implica mucho más que tener voluntad, exige sin duda un esfuerzo enfocado hacia el aprendizaje y la constante puesta en práctica.

En este artículo se procura describir las similitudes y a la vez diferencias de, posiblemente, las dos habilidades más relevantes hoy para cuidar de la clínica dental y de su equipo: dirigir y liderar. El *management* o gestión y el liderazgo son conceptos tan dependientes uno del otro, tan cercanos entre sí y tan interrelacionados que es frecuente llegar a confundirlos. A lo largo de las próximas líneas esperamos poder compartir de manera clara y concisa conceptos básicos que nos ayuden a identificar cómo el *management* nos debe servir para potenciar y optimizar al máximo nuestra empresa, y cómo el liderazgo nos debe ayudar a sacar la mejor versión de nosotros mismos y de las personas que nos rodean hacia un objetivo común.

**Diferencias y similitudes entre gestionar y liderar**

Después de numerosos textos publicados podemos tener claro que liderar no es lo mismo que dirigir. Adoptar decisiones profesionales, empresariales y desempeñar funciones directivas no es un trabajo sencillo. La gestión clínica es una cuestión delicada en la que cada decisión tomada conduce irremediabilmente hacia nuevos escenarios que afectarán al posicionamiento de una clínica dental. Por otro lado, la constante, estrecha y directa relación que los dentistas mantenemos con los pacientes, o la cercanía e intensidad de trabajo con el equipo, hacen que todo profesional con voluntad de disfrutar del éxito y prolongarlo en el tiempo, deba aprender y adquirir destrezas también en el arte de liderar para atraer, empatizar, influir y satisfacer a los demás.

De esta forma, un buen gestor o director debe poseer habilidades de liderazgo y un buen líder debe demostrar habilidades de gestión y dirección. Si no existe esta fusión podemos encontrarnos con un director o gerente excelente, buen planificador, eficaz administrador y organizado, pero carente de habilidades para liderar y motivar a un equipo y que, por tanto, muestre dificultades en el desarrollo de sus funciones. O, por el contrario, un profesional puede parecer un líder ejemplar, con capacidad para generar confianza, entusiasmo, habilidad para motivar e inspirar, pero carente de habilidades para gestionar o comprometerse con la gestión de su actividad; por tanto, no contribuye a su progreso como debería.

Las funciones directivas se pueden resumir en planificar, organizar y controlar, si bien el líder debe

“  
**El liderazgo ayudará a la gestión a mirar hacia adelante y hacia las oportunidades; y la gestión ayudará al liderazgo a mirar hacia atrás y hacia los riesgos, encontrando así un equilibrio justo**  
”

además conseguir la implicación activa de sus colaboradores en la consecución de los objetivos de la clínica, de forma que cada individuo asuma el objetivo común como suyo propio. El líder debe hacer uso de las cualidades y formación de todos sus colaboradores para orientarlos, motivarlos e inculcarles el valor de su labor en la clínica y la sensación de compromiso y responsabilidad.

El liderazgo nos acerca al desarrollo de la motivación e influencia entre los que nos rodean, mientras que el *management* está asociado con la mejora de la productividad, el establecimiento del orden y estabilidad y la eficiencia. El liderazgo, en cambio, se asocia al éxito colectivo y es la estrategia idónea siempre, especialmente en tiempos de transformación y cambios.

El *management* puede ser una tarea rígida, metódica u ordenada que entorpezca las funciones de liderazgo si no se tienen en cuenta las diferencias



**Dr. Primitivo Roig**  
Director y fundador de Clínicas W.  
Fundador de la Odontología Slow y de la Slow Dentistry Academy.

PERFIL GESTOR	PERFIL LÍDER
Analítico, estructurado y ordenado	Visionario, flexible, desordenado y creativo
Se centra en la prevención del fracaso y en el control de los riesgos	Se centra en detectar las oportunidades
Dirige mediante poder y autoridad	Dirige mediante autoridad e influencia
Reacciona y responde al cambio	Se anticipa y promueve el cambio
Mide el rendimiento	Valora más el compromiso y la implicación de las personas
Basa su evaluación en resultados tangibles	Valora el componente intangible de su equipo



entre liderar y gestionar. El dentista debe, de una forma controlada y sin afectar a la planificación diaria, permitir la improvisación, escuchar a su equipo e invertir tiempo en las personas para fomentar el espíritu adecuado. El liderazgo no consiste en establecer órdenes o protocolos de cómo actuar, sino en preguntar, animar, ofrecer, persuadir, recompensar e influenciar a los demás a través de la empatía.

Y es que el liderazgo por sí solo no es una solución perfecta, de la misma manera que la gestión sin liderazgo queda limitada. El liderazgo ayudará a la gestión a mirar hacia adelante y hacia las oportunidades; y la gestión ayudará al liderazgo a mirar hacia atrás y hacia los riesgos, encontrando así un equilibrio justo.

Ambos papeles tienen en común la posición de poder respecto al resto de miembros del equipo, aunque éste les venga atribuido de forma diferente. Mientras el director gestiona su poder en el equipo por posición y responsabilidad, el líder lo hace en base a la influencia que ejerce en ellos, término que, como puede apreciarse, aparece indisolublemente ligado al ejercicio del liderazgo.

El dentista debe diferenciar su labor como gestor o director y sus responsabilidades de *management*, con sus funciones como líder en su consulta. Debe combinar su dedicación clínica y su trabajo técnico, con su responsabilidad directiva y su dedicación a las personas.

### Gestionar

Las 10 responsabilidades que deberás adoptar como director son las siguientes:

1. **Autoridad y responsabilidad.** El director debe combinar su autoridad junto con la demostración de su compromiso y participación en los objetivos de la empresa para convertirse en el líder que su equipo espera.

2. **Disciplina.** El director debe controlar y evitar la aparición de conflictos combinando en su estrategia directiva la obediencia, la energía, el respeto y la motivación.

3. **Unidad de mando.** Cada integrante debe tener un responsable al que dirigirse en caso de necesidad o duda. La difusión incontrolada de la autoridad y responsabilidad reduce los niveles de eficiencia, aumenta el estrés laboral y afecta al ambiente laboral.

4. **Reparto de tareas y trabajo.** Definir las funciones, tareas y responsabilidades de todo el equipo para lograr un trabajo en grupo coordinado, donde cada integrante de la empresa conoce y ejerce el rol que le ha sido asignado, alcanzando así la eficiencia empresarial.

5. **Unidad directiva.** Todos los procedimientos y procesos de trabajo deben tener un propósito definido. Toda la actividad de la clínica debe estar organizada desde una perspectiva directiva donde la organización se estructure de cara a los objetivos y la misión definida.

6. **Remuneración.** El director debe asegurar que los integrantes de su equipo perciben la compensación económica máxima posible por su participación en la empresa y por su contribución a los resultados de la misma.

7. **Orden.** El desorden y la informalidad organizativa son un claro enemigo para la eficiencia empresarial. La clínica y sus integrantes deberán tener un firme compromiso con el orden durante su actividad.

8. **Equidad y lealtad.** La amabilidad y el compañerismo deben dar lugar a un tratamiento equitativo y justo entre todos los integrantes de la clínica. La rotación de personal innecesaria tiene graves perjuicios sobre la imagen y rentabilidad de una clínica dental.

9. **Iniciativa.** Es conveniente que el directivo sepa compartir su protagonismo y motivar a que el resto de compañeros de equipo presenten sus iniciativas, compartan su conocimiento y experiencia y colaboren en la gestión y dirección de la clínica.

10. **Ejemplo.** Es importante no olvidar que el directivo no es un puesto de confort y de privilegios. El directivo debe dar ejemplo en los valores de la clínica, la cultura del esfuerzo y el compañerismo.

## Liderar

Muchas personas tienen la idea equivocada, probablemente por la lejanía con la se imaginan a un líder de masas, que la madera de líder es innata y fruto del capricho de la genética. El liderazgo es una actitud que, sin duda, se alcanza con mayor facilidad en aquellas personas que poseen determinadas habilidades o destrezas, pero no deja de ser un comportamiento que puede ser aprendido y cultivado.

Éstas son algunas de las cualidades más significativas que el líder debe reunir:

- Ser una persona razonable, que exija y recompense, que sea equitativa, que no haga discriminaciones arbitrarias y que trate a todos por igual.
- Ser una persona modélica y trabajadora, que sea el ejemplo a seguir; si exige a los demás, debe ir por delante, mostrar el camino y la forma de recorrerlo.
- Ser una persona exigente pero humana, que busque y persiga la excelencia pero que sepa reconocer el esfuerzo y la entrega. Una cualidad importante es ser comprensivo ante el fallo del colaborador. Una persona que no sea capaz de relacionarse con su gente, difícilmente va a ser capaz de liderar un equipo humano.
- Ser una persona respetuosa y equitativa, que respete a todos los miembros de la organización, que sea capaz de mantener la disciplina y diga NO cuando sea necesario.
- Ser un defensor de su equipo, que no tolere ataques externos y proteja contra las amenazas. Si hay que tomar medidas las tomará él y no permitirá que, desde fuera, se ataque injustificadamente a sus colaboradores.
- Ser una persona en quien confiar, preocupada por el bienestar de su equipo, que se preocupe por la integración de todos, que fomente la escucha empática, la comunicación fluida y la participación activa de todos los integrantes del equipo.
- Ser un organizador nato, que consiga que el equipo avance y funcione, que se preocupe de que se vayan cumpliendo los plazos y los objetivos marcados.
- Ser una persona firme y decidida, que sepa tomar decisiones por difíciles que sean, que no se esconda y afronte los conflictos.
- Ser una persona facilitadora, capaz de formar a los demás tanto como aprender de ellos y de poner siempre el foco en la solución de cualquier problema.



“  
**Gestionar y liderar son dos mundos en un mismo universo, que nos pueden y deben ayudar a lograr sacar el máximo provecho de nuestro compromiso con la odontología**  
 ”

- Ser una persona potenciadora, proclive a colaborar en el crecimiento personal y profesional de los que le rodean y transmitir constantemente su visión y los valores y cultura para conseguirlo.

## Conclusión

La gestión como el liderazgo son disciplinas tan independientes como dependientes, que se unifican en un mismo concepto: el compromiso. Ese compromiso que todo profesional debe adquirir para procurar estar siempre a la altura de las circunstancias y ofrecer su mejor versión.

Un profesional excelente debe saber reconocer su compromiso, no solo con la mejora de su organización, sino también con la de las personas que le rodean, con sus pacientes y con su comunidad o círculo de influencia.

En definitiva, la odontología vive en una constante evolución que exige una adaptación constante al cambio, y en ese cambio constante existen factores o escenarios que pueden hacer olvidar a un profesional el verdadero sentido de su tarea: dar su mejor versión individual y contribuir al éxito colectivo.

Gestionar y liderar son dos mundos en un mismo universo, que nos pueden y deben ayudar a lograr sacar el máximo provecho de nuestro compromiso con la odontología.

# EL CONSEJO GENERAL ELABORA UN INFORME TÉCNICO SOBRE LA DEMOGRAFÍA DE LOS DENTISTAS EN ESPAÑA

El Consejo General de Dentistas ha elaborado un Informe Técnico sobre la Demografía de los Dentistas en España donde se analiza la densidad de profesionales por población, la evolución demográfica en las últimas dos décadas y la evolución probable de los datos para el año 2030.

Para ello se ha recurrido a los datos publicados en 2022 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) relativos al número de dentistas colegiados; a Eurostat 2021 para el análisis de la relación entre densidad de dentistas y visitas medias al año; y a las cifras de 2022 del Council of European Chief Dental Officers (CECDO) para el análisis comparativo entre los países de la UE.

## Situación actual de los dentistas en España

Los últimos datos publicados por el INE en junio 2022 indican que a 1 de enero de 2022 el número de dentistas colegiados en España era de 40.417, lo que supone una proporción de 1 dentista por 1.171 habitantes. Anualmente, se gradúan unos 1.750 nuevos profesionales en alguna de las 23 facultades existentes (12 públicas y 11 privadas). Hace un mes, el Consejo de Ministros ha aprobado la creación de una nueva facultad privada (Universidad Camilo José Cela, en Madrid) de la que se sumarán egresados a partir de junio 2027.

Una amplia mayoría de los dentistas colegiados (97%) ejerce su profesión en el ámbito privado, en alguna de las más de 23.000 clínicas dentales registradas. Unas cifras que contrastan con las de la Sanidad Pública, donde solo trabajan unos 1.200-1.300 dentistas en Atención Primaria. Ante este dato, el Dr. Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas, considera que "es muy urgente ampliar el número de plazas para dentistas en la Sanidad Pública, sobre todo, para poder llevar a cabo el Plan de Salud Bucodental anunciado por el Gobierno y ofrecer una buena calidad asistencial a los siete millones de pacientes que se beneficiarán de este programa".

Entre 1995 y 2022, el crecimiento del número de dentistas ha sido del 205%, mientras que para los médicos y farmacéuticos ha sido del 70% y del 85%, respectivamente. Las cifras actuales muestran que cada año se colegian en torno a los 700-900 profesionales. Teniendo en cuenta que anualmente egresan unos 1.750 nuevos profesionales, se deduce que muchos de ellos optan por ejercer en otro país diferente de la Unión Europea. En estos últimos años, la solicitud de certificados de Good Standing (documento imprescindible para el ejercicio en algún



país de la UE, fuera de nuestras fronteras) al Consejo General de Dentistas ha aumentado de manera exponencial.

Por otro lado, a diferencia de otros países de nuestro entorno, la profesión de dentista en España se ha rejuvenecido y feminizado, situándose la edad media en 39 años y siendo el 57% mujeres.

## Proyección para 2030

Los análisis de proyección efectuados indican que el número de dentistas colegiados pasará de los 40.417 en 2021 a

los 47.167 en 2030. Esto supondría un incremento cercano al 17% en la colegiación en el periodo 2021-2030. En esta proyección no se incluyen por razones obvias de incertidumbre, los posibles profesionales procedentes de homologación de títulos.

El análisis del número real de dentistas (colegiados y no colegiados) según la proyección del número esperado de egresados, muestra que se pasará de los 41.350 de 2021 a los 49.987 en 2030, es decir, que se producirá un incremento del 21%. En este periodo se estima que un total de 6.700-7.000 nuevos profesionales optarán por emigrar a algún país de la UE por razones laborales.

## Densidad de dentistas en España

La tasa de dentistas por 100.000 habitantes actual en España es de 85, siendo la media de la UE de 76. Esta tasa es similar a la de Noruega y Alemania (países con mucha mayor demanda asistencial bucodental) y superada por países como Grecia, Bulgaria, Chipre o Portugal.

La proyección de población española para 2030 realizada por el INE es de 47.749.000 habitantes para España. Con estas cifras, la densidad de dentistas en nuestro país alcanzaría los 105 dentistas por 100.000 habitantes en 2030. Hay que tener en cuenta que España es uno de los países de la UE donde se acude con menor frecuencia al dentista para revisiones periódicas. Los datos del último Libro Blanco de la Salud Oral en España del 2020 indican que solo el 51% de la población había visitado al dentista en los 12 meses anteriores. En cuanto al número medio de visitas por habitante y año, los datos de Eurostat de 2017 muestran que la media en España es de 0,7 visitas por habitante al año.

El Dr. Castro insiste en la necesidad de "establecer un numerus clausus en las facultades de Odontología para frenar esta plétora profesional. España es uno de los países de la Unión Europea que más titulados en Odontología egresa cada año y donde menos se acude al dentista periódicamente, lo que está originando desempleo y emigración masiva a otros países".

# SECIB ENTREGA SUS PREMIOS CIENTÍFICOS 2022



La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) celebró el pasado 9 de julio en Barcelona la entrega de sus Premios Científicos 2022 dentro del acto institucional de Santa Apolonia, organizado por el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña (COEC). Los premios fueron presentados por las doctoras Agurne Uribarri y Aida Gutiérrez, vicepresidenta y secretaria de SECIB, respectivamente. A continuación, los autores tuvieron la oportunidad de exponer sus trabajos ante la concurrida audiencia del COEC.

El trabajo reconocido este año como mejor artículo científico publicado en la revista *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* ha sido "Is periapical surgery follow-up with only two-dimensional radiographs reliable? A retrospective cohort type sensitivity study", firmado por la Dra. Amparo Ramis-Alario.

El premio al mejor artículo de investigación sobre cirugía bucal en revistas de impacto extranjeras ha sido para "Is serum C-terminal telopeptide cross-link of type 1 collagen a reliable parameter for predicting the risk of medication-related osteonecrosis of the jaws? A systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy", del Dr. Bassel Traboulsi-Garet, publicado en *Clinical Oral Investigations*.

Por su parte, la Dra. Cristina Herráez ha recibido el premio al mejor artículo de investigación sobre implantología bucal en revistas de impacto extranjeras, por "A Review on CAD/CAM Yttria-Stabilized Tetragonal Zirconia Polycrystal (Y-TZP) and Polymethyl Methacrylate (PMMA) and Their Biological Behavior", publicado en *Polymers*.

Además, la celebración de Santa Apolonia reunió en el mismo acto -que pudo ser seguido en streaming desde las distintas sedes provinciales del COEC- un reconocimiento público a los ganadores de la primera edición del Premio Científico del COEC y la entrega del Premi Santa Apol·lònia 2022, máxima distinción colegial que, en esta ocasión, ha recaído en el Dr. Cosme Gay Escoda, fundador y expresidente de SECIB.

La organización colegial catalana ha querido distinguir con este premio -que fue entregado por Germán Pareja, presidente del COEC, y por Antoni Gómez, expresidente del COEC- al Dr. Cosme Gay Escoda por la gran relevancia que ha tenido su figura y su trayectoria profesional en el mundo de la odontología y la estomatología.

## ESPAÑA CUENTA CON 7.497 PROTÉSICOS DENTALES COLEGIADOS

España cuenta con 7.497 protésicos dentales colegiados, una cifra que se mantiene estable, pues supone un crecimiento del 1,4 % con respecto al año anterior, según datos del año 2021 ofrecidos por el INE (Instituto Nacional de Estadística) en su informe anual sobre Profesionales Sanitarios Colegiados.

La Comunidad de Madrid cifra en 1.185 los protésicos dentales colegiados, lo que supone una tasa de 0,18 protésicos dentales por cada 1.000 habitantes. Además de la cifra total, 833 son hombres y 352 mujeres.

### Evolución a cinco años

Las cifras referidas a los últimos cinco años apuntan a que el colectivo de los protésicos dentales colegiados se mantiene estable a nivel nacional con oscilaciones sobre todo al alza en los años 2018, 2019 y 2021, y registrando una bajada en 2020 debido a la pandemia. Así, los datos ofrecidos por el INE cifran en 7.477 los protésicos dentales colegiados en 2018, lo que supone 229 más que en 2017,

cuando la cifra se situó en 7.248. En 2019 también se registró una subida de 53 colegiados, llegándose a la cifra más alta de los últimos cinco años, con 7.530. Sin embargo, ésta descendió en 2020, debido a la situación general consecuencia de la pandemia por coronavirus, cifrándose los protésicos dentales colegiados en España en 7.395. Por lo tanto, gracias a la vuelta a una relativa normalidad, los colegiados llegaron en 2021 a 7.497, lo que supone un incremento del 1,4% (102 más que el año anterior), aunque sin alcanzar aún la cifra récord de 2020.

Además, el colectivo de los protésicos dentales cuenta con una de las menores tasas por cada 1.000 habitantes en nuestro país, siendo ésta de 0,16.

La función sanitaria tiene una presencia mayoritariamente femenina: el año pasado había más mujeres colegiadas que hombres.

En cuanto a la situación laboral, en el caso de los protésicos dentales colegiados el 97,4 % no está jubilado.

## EL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS SOLICITARÁ LA CREACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

**T**ras la aprobación del Real Decreto de Especialidades en Ciencias de la Salud por parte del Consejo de Ministros, se reanuda un proceso que lleva paralizado prácticamente 10 años por diferentes organismos y razones.

Sin embargo, el Dr. Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas, ha querido mostrar su preocupación y desconfianza ante el texto del RD, puesto que "solo está dirigido a los médicos, dejando al margen al resto de profesiones sanitarias, como a nosotros los dentistas. Las características de la Odontología son especiales, puesto que todavía no tenemos ninguna especialidad aprobada y, por lo tanto, se nos está privando de un derecho del que gozan todos los dentistas de la Unión Europea. Del mismo modo, la aprobación de especialidades odontológicas conllevaría una mejora en la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes".

La creación de especialidades odontológicas es uno de los objetivos del Consejo General de Dentistas y por lo que lleva mucho tiempo trabajando junto con la Conferencia de Decanos y las Sociedades Científicas adscritas a la Organización Colegial. El Dr. Castro afirma que "las especialidades odontológicas son una necesidad real de la sociedad y, por lo tanto, solicitamos al Ministerio de Sanidad que nos faciliten el poder acceder a ellas".



Actualmente, España es el único país europeo donde no existen las especialidades odontológicas, lo que supone una situación de agravio comparativo y desigualdad de los odontólogos españoles frente a los de otros países de la UE. De esta forma, los dentistas europeos pueden obtener el título de especialista en su propio país y los españoles deben desplazarse fuera de España para

estudiarlas, aunque aquí no tendrían validez. Por otro lado, los odontólogos formados en nuestro país no pueden ejercer como especialistas en los demás países de la Unión Europea.

Además, hay que tener en cuenta que muchos dentistas en nuestro país se dedican en exclusiva a una rama de Odontología, como puede ser la ortodoncia o la cirugía bucal, pero no de forma oficial como en otros países donde las especialidades están reconocidas desde hace décadas.

"El hecho de no tener especialidades odontológicas nos impide desarrollarnos a la vez que nuestro entorno, quedándonos anclados en el pasado. La especialidad es necesaria porque se estabiliza y se oficializa la formación de los profesionales sanitarios", declara el Dr. Castro. Por último, insiste en que "desde el Consejo General de Dentistas defendemos con ahínco las especialidades odontológicas, siempre que no sean excluyentes".

## EL SECTOR DE TECNOLOGÍA SANITARIA CELEBRA LA DESIGNACIÓN DEL CENTRO NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS COMO ORGANISMO NOTIFICADO

**L**a Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) valora muy positivamente la designación del Centro Nacional de Certificación de Productos Sanitarios (CNCps) como Organismo Notificado (ON) 0318 - bajo el Reglamento Europeo 2017/745 sobre productos sanitarios-, ya que esta medida permitirá agilizar la certificación de los productos sanitarios para el nuevo Reglamento.

Fenin celebra esta designación que viene a aliviar la falta de organismos notificados. El Centro Nacional de Certificación se suma así a los 30 organismos ya designados y podrá atender las necesidades de los fabricantes nacionales y de empresas de otros países que quieran certificar sus productos con el Organismo Notificado español. La industria de Tecnología Sanitaria acoge con satisfacción esta designación ya que "es fundamental disponer de un número suficiente de organismos evaluadores, para no poner en



riesgo la disponibilidad de ningún dispositivo y, con ello, el acceso de los pacientes a este tipo de productos y tecnologías esenciales para la salud", señalan desde Fenin.

Asimismo, la Federación quiere agradecer expresamente "el compromiso, esfuerzo, profesionalidad y dedicación de los técnicos de la AEMPS que han permitido esta designación y que, sin duda, dará continuidad a la actividad del ON, lo que redundará en beneficio del Sistema Nacional de Salud y de todo el Sector de Tecnología Sanitaria".

Conscientes de que los nuevos Reglamentos Europeos incrementan las exigencias sobre los organismos notificados, desde Fenin se puso en marcha un plan de acción dirigido a los ministros de Sanidad, Industria y Hacienda para que este asunto fuera una prioridad y se adoptaran las decisiones oportunas, entre ellas, reforzar los recursos humanos y los medios económicos necesarios para que el ON español pudiese afrontar este nuevo reto.

23 Y 24  
SEPT  
2022

# SEDO VALENCIA

I CONGRESO DE ALINEADORES  
Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

SEDOVALENCIA2022.COM



CONGRESO | VALENCIA 23 Y 24 SEPTIEMBRE 2022



PRECONGRESO ONLINE 1-23 SEPTIEMBRE 2022

PONENTES INTRACONGRESO PRESENCIAL DE GESTIÓN 23 SEPTIEMBRE 2022



#SEDOALINEADORES

PONENTES INTRACONGRESO PRESENCIAL HIGIENISTA 24 SEPTIEMBRE 2022



## BTI LIDERA LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LAS BIOEMPRESAS ESPAÑOLAS POR SÉPTIMO AÑO CONSECUTIVO

**B**TI Biotechnology Institute es la empresa con mayor número de publicaciones científicas (31 en total) en 2021, tal y como aparece reflejado en el apartado referente a la producción de conocimiento científico de las empresas españolas del Informe AseBio 2021, presentado por la Asociación Española de Bioempresas (AseBio) y que recoge la situación y tendencias del sector de la biotecnología en España.



Por séptimo año consecutivo, la biotecnológica con sede en Vitoria se sitúa como la número uno en producción científica de España (31 en total); le siguen la compañía MSD, con 21 publicaciones, y los laboratorios Grifols y Ammirall, con 20 publicaciones cada una.

El dato recogido en el Informe 2021 continúa mostrando a BTI Biotechnology Institute como una de las empresas españolas con una mayor dedicación e implicación con la I+D.

Para el doctor Eduardo Anitua, fundador y director científico de BTI, recientemente galardonado con el Premio Nacional de Innovación, "desde su fundación, BTI ha apostado firmemente por la I+D como herramienta para encontrar nuevas soluciones en el ámbito de la biomedicina que contribu-

yan a mejorar la calidad de vida de muchas personas. El situarnos un año más en el Informe AseBio a la cabeza de la producción científica de las bioempresas españolas es un reconocimiento a esa labor de investigación y desarrollo que llevamos realizando desde hace más de 20 años".

## HALEON VE LA LUZ COMO COMPAÑÍA INDEPENDIENTE 100% CENTRADA EN CONSUMER HEALTHCARE

**H**aleon (cotizada en las Bolsas de Londres y Nueva York como HLN) ve la luz como compañía independiente 100% centrada en Consumer Healthcare, completando así su escisión de GSK. Haleon nace bajo el propósito de cuidar la salud del día a día y hacerlo con humanidad.

La compañía arrancó el pasado 18 de julio su cotización en el mercado de valores británico inaugurando la sesión en la Bolsa de Londres (LSE) con Brian McNamara, CEO de Haleon, encabezando la ceremonia de apertura. El 20 de julio se repitió el mismo evento de inauguración en la Bolsa de Nueva York (NYSE), comenzando así su cotización en el mercado de valores estadounidense.

Haleon comprende un portfolio de marcas de relevancia mundial, incluyendo entre otras Sensodyne, Voltadol, parodontax, Corega, Multicentrum y Rhinomer, y continuará desarrollando marcas líderes en sus categorías que satisfagan las necesidades reales del consumidor para su salud, al tiempo que seguirá impulsando las innovaciones en toda su actual cartera.

Con un creciente interés del consumidor en cuestiones como la salud y el bienestar, una población mundial que envejece, una clase media emergente en economías de alto desarrollo, un aumento del autocuidado frente a la presión cada vez mayor de los Sistemas de Salud Pública y las considerables necesidades insatisfechas de los consumidores, Haleon llega en un momento en que el sector del autocuidado está listo para su expansión (se espera que

lo haga a una tasa del 3-4% anual a medio plazo). Haleon espera ofrecer un crecimiento orgánico anual de sus ingresos a medio plazo del 4-6%.

A pesar de las enormes mejoras en la medicina, los datos

y la tecnología, la salud cotidiana sigue siendo difícil de alcanzar para demasiadas personas. Haleon se marca como propósito cambiar esto a través de un enfoque doble. En primer lugar, trabajando para eliminar las barreras de acceso, y en segundo lugar, empoderando a 50 millones de personas al año a partir de 2025 para que puedan disponer de las oportunidades brindadas por una mejor salud.

La ventaja competitiva de Haleon radica en su capacidad para combinar una profunda comprensión humana y un legado científico que dotan de confianza a los productos y marcas que la conforman. Haleon se distingue además por sus capacidades científicas líderes centradas en Consumer Healthcare, una profunda comprensión de los comportamientos de salud humana, su fuerte capacidad para la construcción de marca, la innovación, el comercio digital y una robusta distribución comercial, tal y como indican desde la compañía.



## LOS HIGIENISTAS BUCODENTALES PIDEN AL CONSEJERO DE SANIDAD DE CYL AUMENTAR LAS ACTUACIONES PREVENTIVAS Y LUCHAR CONTRA EL INTRUSISMO PROFESIONAL



La presidenta de la Federación Nacional de Higienistas Bucodentales (Hides), Eva López de Castro, ha mantenido un encuentro con el consejero de Sanidad de Castilla y León, Alejandro Vázquez, a quien ha trasladado algunas de las principales preocupaciones de los profesionales del sector.

López de Castro explicó al consejero cómo, según una encuesta elaborada por Hides, hasta un 86% de los higienistas dentales conocen algún caso de intrusismo en el que profesionales no titulados ejercen las funciones propias de los higienistas. "Una práctica que perjudica al sector pero que, sobre todo, puede ser dañina para la salud de los pacientes", aseguran desde Hides.

Para luchar contra este intrusismo profesional, la presidenta de Hides recordó la importancia de la activación del Registro de Profesio-

nales Sanitarios, creado en 2012 con carácter nacional, pero que, sin embargo, aún no ha entrado en funcionamiento. "Con su puesta en marcha se contaría con una herramienta efectiva para el control de la adecuación del ejercicio profesional a las prácticas laborales y se garantizaría, además, seguridad jurídica a los trabajadores", apuntó López de Castro.

La presidenta de Hides, quien también ejerce el máximo cargo de representación en Hides Castilla y León, solicitó asimismo al consejero que aborde la necesidad de aumentar el número de higienistas dentales en Atención Primaria, además de resaltar la importancia de dotar de estos profesionales a diversos servicios hospitalarios como las unidades de cirugía oral y maxilofacial de los hospitales y la atención de otros pacientes encamados que necesitan mejorar su atención bucodental.

Por último, López de Castro solicitó a Alejandro Vázquez la puesta en marcha y la difusión por parte de la Consejería de Sanidad de campañas de carácter preventivo para hacer conscientes a los ciudadanos de la importancia del cuidado de su salud bucodental, tan importante para evitar problemas de salud general.

El consejero de Sanidad manifestó su disposición a tomar en consideración los argumentos expuestos por la presidenta de la Federación de Higienistas Bucodentales y a seguir trabajando por la mejora de la situación de estos profesionales y, especialmente, por las políticas de prevención y cuidado de la salud oral de los ciudadanos de Castilla y León.

## LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA COMPLUTENSE, ENTRE LAS 100 MEJORES DEL MUNDO SEGÚN EL SHANGÁI RANKING 2022

El Ranking académico de Shanghái ha hecho públicos sus datos para 2022 en materias académicas. La Facultad de Veterinaria de la Universidad Complutense de Madrid ocupa el puesto 15 en la clasificación por materias del ARWU (Academic Ranking of World Universities), ocupando la segunda posición en España.

La Complutense, que ha sido incluida en 28 de las 54 materias académicas, destaca además entre las 100 mejores en Odontología (76-100) y primera en España; y entre las 150 mejores en Matemáticas (101-150); Ingeniería Biomédica (101-150) y primera de España; en Ciencia y Tecnología de los Alimentos (101-150); y en Turismo (101-150). El Academic Ranking of World Universities publica una clasificación de las mejores universidades a nivel mundial que mide la



calidad de cada titulación. El Ranking Global de Materias Académicas (GRAS) contiene clasificaciones de universidades en 54 materias de Ciencias Naturales, Ingeniería, Ciencias de la Vida, Ciencias Médicas y Ciencias Sociales. Más de 1.800 de las 5.000 universidades de 96 países y regiones aparecen finalmente en la clasificación. Las clasificaciones utilizan una

serie de indicadores académicos objetivos y datos de terceros para medir el rendimiento de las universidades mundiales en las materias pertinentes, incluyendo la producción de investigación (Q1), la influencia de la investigación (CNCI), la colaboración internacional (IC), la calidad de la investigación (Top) y los premios académicos internacionales (Award).

# HENRY SCHEIN AVANZA EN LOS CRITERIOS AMBIENTALES, SOCIALES Y DE GOBERNANZA EMPRESARIAL

**H**enry Schein ha publicado su informe de 2021 sobre responsabilidad social corporativa y sostenibilidad (RSC) titulado "Liderazgo valiente para un mundo más saludable".

El informe detalla el trabajo realizado por la empresa en el último año para avanzar en la gestión medioambiental, social y de gobernanza (ESG), donde se incluyen declaraciones ampliadas de ESG, varias iniciativas distintas de equidad sanitaria y continuas colaboraciones con socios empresariales y proveedores para ayudar a abordar el cambio climático.

Como parte del trabajo de la compañía para mejorar la transparencia en ESG, Henry Schein informó por primera vez de los trabajos sobre sostenibilidad en 2021 de acuerdo con el Consejo de Normas de Contabilidad de Sostenibilidad y los Estándares de Iniciativa de Informe Global. La empresa también publicó el primer informe del grupo de trabajo sobre declaraciones financieras relacionadas con el clima, resaltando la gobernanza de Henry



Schein y las estrategias relacionadas para abordar los riesgos y las oportunidades climáticas.

## CORUS SE EXPANDE EN ESCANDINAVIA CON LA INTEGRACIÓN DE NORDENTIC



En la imagen (de izq. a dcha.): Nicolas Bonnard, co-CEO en Corus; Jeroen Van Asten, co-CEO en Corus; y Juan Roma, presidente ejecutivo en Corus.

**E**l grupo de laboratorios dentales digitales Corus ha adquirido Nordentic, líder del sector en Escandinavia, para consolidar aún más su presencia en el mercado europeo de prótesis dentales y ortodoncia.

Nordentic genera unos ingresos de 40 millones de euros a través de 13 laboratorios que ofrecen productos y servicios innovadores

de alta calidad en Suecia, Noruega y Dinamarca. La empresa, con sede en Malmö (Suecia), impulsará a Corus para continuar con su misión de liderar la digitalización europea del sector, manteniendo al mismo tiempo un servicio altamente localizado y personalizado mediante cada uno de los laboratorios de la red. El actual director general de la empresa, Johnny Tekin, pasará a ser un ejecutivo clave dentro de Corus, manteniendo sus responsabilidades dentro de la región escandinava. Además, siguiendo el modelo de integración de Corus, los directivos y los directores de los laboratorios de Nordentic pasarán a ser accionistas de Corus, mientras que Adelis (inversor de capital privado que apoyaba a Nordentic hasta hoy) se retira.

Se trata del primer paso de Corus en los países nórdicos, con expansión prevista tanto en Escandinavia como en otros países.

Con 63 laboratorios y más de 1.500 empleados, el grupo dará servicio a más de 12.000 consultas dentales repartidas por España, Francia, Holanda, Bélgica, Suecia, Noruega, Dinamarca y Portugal.

Tras la integración de Nordentic, la empresa tiene previsto aumentar sus ingresos hasta un total de 180 millones de euros a finales de 2022, combinando el crecimiento orgánico y la consolidación de más laboratorios, tanto en las regiones actuales como en las nuevas.



## REGENERATE™ ENAMEL SCIENCE

### TECNOLOGÍA NR-5™ PARA LA REMINERALIZACIÓN DEL ESMALTE DENTAL



“  
**El uso de la combinación de dentífrico y sérum REGENERATE™ regenera el 82% del mineral del esmalte después de 3 días**  
”

La desmineralización del esmalte dental causada por los ácidos, también conocida como “ataque de los ácidos”, se produce cuando el esmalte entra en contacto con sustancias ácidas: tanto las que se introducen a través de alimentos y bebidas, como los ácidos generados por las bacterias que viven en la boca<sup>3</sup>. Cada vez que consumimos algo ácido, se debilita el esmalte. Gracias a la saliva, se produce la remineralización dental, puesto que ayuda a neutralizar los ácidos y favorece el proceso de mineralización dental.

A medida que se produce la desmineralización dental, el esmalte pierde su poder protector y la exposición de la dentina y la pulpa puede dar lugar a molestos síntomas.

Los síntomas asociados a la erosión y el esmalte desmineralizado son los siguientes<sup>7</sup>:

- Sensibilidad: cuando los dientes entran en contacto con alimentos y bebidas calientes, frías o ácidas.

- Decoloración: a medida que la capa protectora de color blanco o blanquecino se desprende del esmalte, los dientes pueden verse amarillos. Esto se conoce como dentina expuesta.

- Daños: la aparición de grietas o astillas es más probable cuando los dientes se vuelven más vulnerables a factores externos.

- Transparencia: cuando el esmalte dental se desgasta, los dientes pierden su color natural y estos aparecen mates y transparentes a medida que la dentina amarilla queda más visible.

- Dolor dental: dolor intenso en la mandíbula, las encías o la cara alrededor de la boca.

La remineralización del esmalte dental es la acción de los minerales beneficiosos, como el calcio, el flúor y el fosfato, que se incorporan a las capas duras y externas de los dientes (el esmalte). Esto ocurre de varias maneras: de forma natural, a través de la saliva o con productos diseñados para

estimular y ayudar al proceso de remineralización, como los productos REGENERATE™, creados con la innovadora tecnología NR-5™.

Gracias a la tecnología NR-5™, se puede revertir la erosión del esmalte regenerándolo con el mismo mineral exacto del que está hecho el esmalte dental\*. De hecho, se ha probado que el uso de la combinación de dentífrico y sérum REGENERATE™ regenera el 82% del mineral del esmalte después de 3 días\*, lo que garantiza el futuro de la sonrisa.



### Cómo prevenir la desmineralización del esmalte dental cuando se utilizan alineadores transparentes

Entonces, ¿cómo se puede remineralizar el esmalte mientras se utilizan alineadores transparentes, y qué medidas tomar para prevenir la desmineralización? Existen varias formas de ayudar en este proceso:

- Utilizar el alineador según las instrucciones y mantenerlo limpio<sup>9</sup>. Esto ayuda a prevenir los efectos negativos del microambiente que pueden crear los alineadores.
- Evitar las comidas y bebidas azucaradas y ácidas<sup>11</sup>.
- Beber mucha agua (aunque no agua con gas, puesto que contiene ácido carbónico y puede erosionar el esmalte<sup>12</sup>) y enjuagarse la boca regularmente.
- Utilizar hilo dental frecuentemente o limpiar entre los dientes con un cepillo interdental.
- Consumir alimentos con un alto contenido de calcio, como leche, queso, pescado con hueso y verduras de hoja verde.
- Cepillarse los dientes dos veces al día con un dentífrico con flúor diseñado para restaurar el mineral del esmalte\*, como el Dentífrico Avanzado REGENERATE™. Está formulado con la innovadora



tecnología NR-5™, clínicamente probado para regenerar el mineral perdido con el mismo mineral exacto del que está hecho el esmalte dental\*.

- Utilizar un enjuague bucal remineralizador del esmalte para enjuagarse la boca, como el Enjuague Bucal Mousse Avanzado REGENERATE™. Actúa restaurando el mineral del esmalte dental\* cuando se produce el ataque de los ácidos, revirtiendo la erosión y evitando daños mayores. También está disponible en formato de viaje.

- Utilizar el Sérum Dental Avanzado REGENERATE™ para revertir la erosión del esmalte con su fórmula remineralizante que potencia la eficacia del Dentífrico Avanzado REGENERATE™ en un 43% y aumenta significativamente la dureza del esmalte\*\*.

Recordar la importancia de visitar al dentista regularmente para identificar cualquier área de debilidad del esmalte (como manchas blancas) o medicamentos que puedan causar sequedad en la boca también es clave para ayudar a prevenir la desmineralización dental.

Entonces, ¿los efectos secundarios de los alineadores invisibles son perjudiciales para el esmalte? Con un cuidado inadecuado, el uso de cualquier alineador puede provocar riesgo de desmineralización del esmalte. Sin embargo, una higiene adecuada de los alineadores y los dientes, junto con una rutina que favorezca la remineralización dental, ayudarán al paciente a reducir este riesgo significativamente.

\*Actúa en las primeras etapas invisibles de la erosión del esmalte. Ayuda a regenerar el esmalte restaurando el contenido mineral y la microdureza con un uso regular. Clínicamente probado.

\*\*Basado en una prueba in vitro que mide la dureza del esmalte después de 3 días de uso combinado de dentífrico y sérum.

Descargo de responsabilidad: los consejos de este artículo no constituyen un consejo médico; se ofrecen únicamente a título informativo. Te recomendamos que consultes a tu dentista si tienes algún problema en el esmalte.

### Referencias

3. NCBI - Abou Neel EA, et al. Demineralization-remineralization
7. Healthline, Enamel Erosion
9. Moshiri, M, et. Al - Consequences of poor oral hygiene during aligner therapy
11. NHS – Tooth Decay
12. Reddy et al. - The pH of Beverages in the United States

## Prettau® 2 Dispersive® de Zirkozahn, zirconia altamente translúcida y resistente a la flexión con colores naturales esfumados

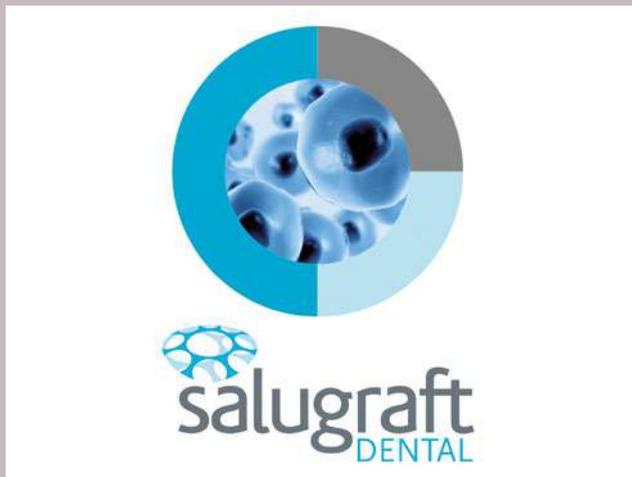
La zirconia Prettau® 2 Dispersive® de Zirkozahn ya está provista de un gradiente de color natural durante la producción. Para obtener una imagen de color particularmente cromática y armoniosa después de la sinterización, es importante que la coloración durante el proceso de fabricación no aparezca en capas, sino distribuida de manera homogénea, es decir, dispersa. Por supuesto, dependiendo de los requisitos estéticos, las estructuras también pueden ser personalizadas mediante la aplicación manual de Color Liquid, Stains o de las cerámicas. Esta zirconia biocompatible, es adecuada para restauraciones 100% monolíticas o reducidas, tanto individuales como para arcadas completas. La gama de zirconia de Zirkozahn no sólo incluye la zirconia Dispersive® Prettau® 2 Dispersive®, Prettau® 3 Dispersive® y Prettau® 4 Anterior® Dispersive® con un gradiente de color disperso y esfumado, sino también los tipos de zirconia blancas Prettau®, Prettau® 2 y Prettau® 4 Anterior®, que se personalizan aún más mediante la coloración manual con los Colour Liquids.



**Zirkozahn**

[www.zirkozahn.com](http://www.zirkozahn.com)

### Salugraft Dental presenta su nuevo catálogo de soluciones de regeneración ósea y tisular



En su nuevo catálogo Salugraft Dental presenta una completa gama de soluciones de regeneración ósea y tisular.

El nuevo catálogo ofrece información sobre todos sus productos para regeneración, con casos clínicos e interesantes testimonios. “Además, podrás conocer un poco la historia de Salugraft, las propuestas de formación continuada que ofrecemos y la plataforma ‘La voz del Experto’”, según explican desde la compañía.

**Salugraft Dental**

<https://salugraftdental.com>

### Archimedes amplía su biblioteca i-medlocate



Archimedes amplía su biblioteca i-medlocate con 11 nuevas marcas, clínica y laboratorio, además del aumento de las marcas actuales (Straumann® BLX, Sweden&Martina Shelta®, Phibo® TSA®, NobelActive® 3.0, Galimplant® Multi-Posición Unitario y Klockner® TiBase Permanent sobre pilares virtuales Permanent). También incluye los Tornillos medproscREW y medpro360, Réplica digital medlab3D Analog. Además, ofrece la posibilidad de comprar online a través de [store.archimedespro.com](http://store.archimedespro.com). Las librerías están disponibles para Exocad y 3Shape y se pueden descargar en la aplicación medorder.

**Archimedes**

[www.archimedespro.com](http://www.archimedespro.com)

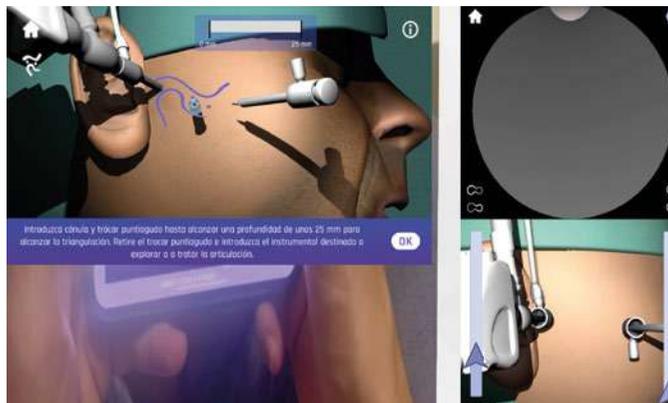
## “Mis-TMJ”, la primera App mundial que enseña a operar con el móvil

“Mis-TMJ” es la primera aplicación mundial que busca mejorar y facilitar el aprendizaje en cirugía maxilofacial simulando situaciones reales de quirófano. Mediante 8 videojuegos, los cirujanos y futuros cirujanos pueden adquirir experiencia en técnicas quirúrgicas, específicamente en el tratamiento de la Articulación Temporomandibular (ATM).

Creada en Extremadura, esta App es fruto del trabajo conjunto, durante 4 años, de las fundaciones FEDICOM, Ibercaja, CB, el Centro de Cirugía Mínimamente Invasiva Jesús Usón de Cáceres y la empresa Himalaya Computing.

La idea original surgió del Dr. Florencio Monje, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello (SECOMCyC), y especialista en el tratamiento de la ATM.

Disponible en Play Store (Android) y APP Store (IOS) está desarrollada en 4 idiomas: español, inglés, portugués y chino. El objetivo central de esta aplicación es llegar servir de instrumento de aprendizaje para los estudiantes de medicina y los profesionales que quieran mejorar sus técnicas. Es totalmente gratuita y pretende llegar a las zonas con menos recursos para poder posibilitar el estudio adecuado. Actualmente, se está trabajando para que pueda utilizarse también en gafas de realidad virtual.



Esta tecnología ha suscitado un gran interés en la comunidad científica, académica y tecnológica gracias a su metodología novedosa y varias empresas estadounidenses están muy atraídas por el proyecto, según indican sus responsables.

## Ivoclar presenta VivaScan, una solución de escaneo intraoral compacta e intuitiva para las consultas dentales



**VivaScan es una solución compacta e intuitiva para los dentistas que desean entrar en el mundo de la odontología digital.**

Ivoclar lanza al mercado el nuevo VivaScan, una solución de escaneo intraoral compacta e intuitiva para los dentistas que desean entrar en el mundo de la odontología digital. Gracias a su diseño independiente, el dispositivo puede integrarse fácilmente y sin esfuerzo en la rutina diaria de la consulta, donde ofrece resultados de escaneo convincentes y permite un flujo de trabajo más eficiente.

Con un escáner intraoral, los dentistas pueden tomar impresiones digitales de los dientes de sus pacientes de forma rápida y sin dificultades. “En comparación con la toma de impresiones convencional, la toma de impresiones digital ahorra mucho tiempo y es más cómoda para el paciente. Además, el paciente obtiene una visión interesante de sus propios dientes y una comprensión profunda del

tratamiento, lo que beneficia la salud bucal de los pacientes y mejora su bienestar a largo plazo”, aseguran desde Ivoclar.

VivaScan es un escáner intraoral compacto y potente para la consulta dental, que ofrece una experiencia de escaneo flexible. Su diseño delgado, ligero y ergonómico hace que el escaneo sea una tarea sencilla. Gracias a su ligereza (sólo 230 g), VivaScan se adapta con flexibilidad a los flujos de trabajo rutinarios de los dentistas. Gracias a la función plug-and-play del dispositivo, VivaScan puede utilizarse como un sistema móvil y portátil. El escáner sólo necesita conectarse a un ordenador portátil mediante un único cable, lo que facilita aún más su manejo. De este modo, los cables adicionales que podrían estorbar durante el proceso de escaneo son cosa del pasado.

Además, VivaScan destaca por ofrecer una combinación de simplicidad y rendimiento, ya que es un escáner compacto que viene con dos puntas de diferente tamaño (normal y pequeña) para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente y hacer que la toma de impresión digital sea lo más cómoda y eficaz posible. La punta normal de VivaScan es ideal para escaneos generales, mientras que la punta pequeña es mejor para escanear en zonas de difícil acceso o para pacientes con una boca pequeña. La alta velocidad del nuevo VivaScan permite un escaneo rápido y eficaz y permite a los dentistas tratar a un mayor número de pacientes sin perder un tiempo precioso. Así, la innovadora tecnología de escaneo láser ofrece resultados altamente precisos para proporcionar a los pacientes restauraciones de excelente ajuste que ponen una sonrisa en sus rostros.

**Ivoclar**

[www.ivoclar.com](http://www.ivoclar.com)

# Instrucciones para publicar en “El Dentista Moderno”

## OBJETIVOS

El Dentista Moderno es una publicación dirigida al odontólogo profesional. Sus objetivos son la difusión y el intercambio de los conocimientos más avanzados en el campo dental, buscando alcanzar una actualización permanente sobre todas las cuestiones que atañen a su profesión con especial importancia en la actividad clínica.

## TIPOLOGÍA DE LOS ARTÍCULOS

El Dentista Moderno, se rige por las normas de calidad para la indexación de revistas científicas españolas, buscando principalmente los siguientes tipos de artículos:

- Artículo de investigación científica y tecnológica. Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación.
- Artículos sobre descripciones de nuevas metodologías o técnicas y/o materiales.
- Artículos sobre casos clínicos. En los que se espera que se presenten situaciones clínicas particulares tanto por sus hallazgos como por su tratamiento.
- Artículos de revisión sobre literatura ya publicada.

## POLÍTICAS EDITORIALES

### ■ Originalidad.

Todos los artículos o reseñas que se sometan al proceso de arbitraje de El Dentista Moderno deben ser inéditos. Solicitamos a los autores abstenerse de remitir trabajos que ya han sido publicados parcial o completamente por otros medios -salvo publicaciones en línea de documentos de trabajo (working papers)- o en traducciones a otros idiomas. Si se detectan evidencias de documentos similares o idénticos ya publicados, el trabajo será rechazado automáticamente.

### ■ Sistema de arbitraje.

Todos los artículos que se presenten a la revista para sus ediciones serán sometidos a un proceso de arbitraje “doble ciego” que se realizará con ayuda de pares expertos en cada temática. La participación de los pares será ad honorem y se espera que sea asumido como un pacto de reciprocidad académica, en el que se intenta aportar de manera constructiva a fortalecer (y validar) la investigación y los aportes de otros colegas dentro de la disciplina. En el caso de las reseñas, que son documentos de difusión, podrán ser revisadas por el editor mismo o por otros miembros del equipo editorial de la revista. Su publicación se decidirá de acuerdo con su coherencia temática y textual, su relevancia para el área o según el interés o vigencia de la discusión que proponga.

### ■ Exclusividad.

Los artículos que se sometan a arbitraje en El Dentista Moderno no pueden estar siendo evaluados por otras revistas, ni deben presentarse de manera simultánea a otros procesos de arbitraje.

### ■ Confidencialidad.

Como el arbitraje se realizará a través de un sistema “doble ciego”, con el fin de garantizar una mayor independencia de las partes (ni los autores ni los evaluadores tendrán entre sí datos de su identidad, perfil académico o procedencia), esa información solo será tratada por los responsables de la revista y no se revelará a terceras partes. Los soportes del proceso de cada artículo se conservarán para efectos de indexación o verificación del arbitraje.

## PAUTAS DE PRESENTACIÓN

La solicitud de publicación de cualquier trabajo debe ir acompañada de una carta, firmada por los autores, donde se exponga y declare que el artículo es original y que no está sujeto a una posible publicación en otras revistas. Al mismo tiempo, se debe ceder la propiedad literaria a la editorial, que podrá disponer del trabajo para su publicación en su totalidad o en parte, en España y en el extranjero, sin previa comunicación a los autores.

Si el artículo aparece encabezado por una Institución, la carta debe contener la aprobación del director o de otro posible responsable de la misma.

Los artículos deberá atenerse al siguiente estructura:

### ■ Título y eventual subtítulo:

En una página aparte, con nombres y apellidos de los autores y sus diferentes datos de contacto: teléfono, fax y eventual dirección de e-mail. El título podrá sufrir, por necesidades de espacio, pequeñas variaciones de redacción.

### ■ Resumen:

Deben ser de 250 palabras y comprender, en forma discursiva, los siguientes subcapítulos: objetivos, metodología, resultados y conclusiones para las investigaciones originales; En el caso de las actualizaciones de la literatura ya publicada, deben comprender: objetivos, datos, fuentes, selección de los artículos analizados y conclusiones.

### ■ Palabras clave:

En la página del título deberán incluirse también las palabras clave, hasta un máximo de diez.

### ■ Introducción:

Reparará de manera concisa las problemáticas en cuestión mediante una sucinta revisión de la bibliografía reciente y pertinente, el estado actual de los conocimientos y los fines y los objetivos de la investigación propuesta.

### ■ Materiales y metodología:

Se realizará una descripción detallada de los materiales y las metodologías utilizadas. Si las metodologías son ya utilizadas por otros autores es necesario mencionar el trabajo de las que se extraen.

### ■ Resultados:

Exponer de manera clara y concisa los resultados del trabajo, si fuera posible con un análisis estadístico detallado y con la ayuda de oportunas tablas y gráficos.

### ■ Debate:

Recogerá los comentarios de los resultados obtenidos y las comparaciones con otros presentes en literatura. En el debate deberán estar presentes las virtudes y los límites de la metodología utilizada, la importancia de los resultados y sus cotejos clínicos, las hipótesis y las implicaciones futuras.

### ■ Conclusiones:

Significación de los resultados y su aplicabilidad clínica.

### ■ Idiomas:

Serán aceptados los artículos escritos en español y en inglés.

### ■ Extensión:

Los artículos podrán tener una extensión mínima de cuatro mil palabras (4000) y máxima de ocho mil (8000). Las reseñas críticas no deben superar las mil quinientas palabras (1500).

#### ■ **Formato del texto:**

El texto ha de enviarse en Word o rtf, con las tablas y gráficos elaborados con Office pegados en ellos. Además de pegarlas en el Word (rtf, odt...), las fotos y otros materiales gráficos deben enviarse aparte [siempre en la versión

#### ■ **ORIGINAL**

De la aplicación utilizada: Photoshop, PowerPoint, Acrobat, Excel...]. Las fotos y capturas deben ir en ficheros jpg, con una resolución de unos 300 ppp (para tener una idea, cada foto, ilustración o pantallazo en jpg debe tener unos 200 KB como mínimo). También se admiten ilustraciones en pdf (siempre con el fichero original pdf separado, y además pegadas en el Word).

**Nota muy importante:** Una vez pegadas en el Word (o rtf, odt...) las imágenes ya no pueden publicarse impresas en papel. Por ello no puede cumplirse el requisito anterior de enviar ficheros sueltos jpg a base de volver a copiar una imagen ya pegada.

#### ■ **Vídeo:**

Se aceptan películas con los siguientes requisitos: Formato: Flash vídeo; resolución: 640X480 pixel -24 frame/segundo; vídeo mínimo: 750 kbit/sec; audio mínimo: 64 kbit/sec. Duración máxima 5 minutos. Los vídeos serán incluidos en la versión digital de la publicación.

#### ■ **Envío:**

Junto con el artículo, cada uno de los autores incluirá un breve curriculum con sus datos de contacto. El archivo original y sus adjuntos deben ser remitidos a la atención del editor de la revista y al correo electrónico: silvia.decastro@tecnipublicaciones.com.

### **ESTILO DE CITACIÓN: BMJ-NORMAS VANCOUVER**

#### ■ **Cuerpo del texto:**

Aunque no es necesario en las Normas Vancouver mencionar al autor (es) cuando se hace una referencia en el cuerpo del texto, El Dentista Moderno, para evitar confusiones gramaticales o de redacción, prefiere que en la mayoría de los casos se mencionen los apellidos de los autores de los cuales se están tomando ideas, y después se inserte entre corchetes el número de la referencia completa que debe aparecer en el listado final del artículo. Por ejemplo: "Ortiz [1] presenta una metodología para el análisis de este tipo de problemas". A propósito, todas las referencias que se incorporen en el cuerpo del texto deben relacionarse en la lista de referencias del final del artículo. Igualmente, en el listado de referencias no debe aparecer bibliografía que no se haya usado y citado en el texto (es decir, la correspondencia entre ambas partes debe ser exacta). Las referencias que se vayan incorporando en el texto se deben numerar por orden de aparición entre corchetes "Ortiz [1], Grothendieck [2], Gómez [3] ", y deben organizarse de esa forma en el listado final, no por orden alfabético. Por último, si una misma referencia se usa varias veces en el cuerpo del texto pero es necesario incorporar nueva información sobre el apartado del texto al que se refiere o alguna otra particularidad, se debe indicar luego del número de la referencia, así: "Ortiz [1, p. 84] o Ortiz [1, Fig. 16]".

#### ■ **Listado de referencias:**

El listado de referencias debe organizarse por orden numérico que se determina de acuerdo con la aparición de cada referencia en el texto (el primer autor o texto que se cita es el número [1], el segundo el [2] y así sucesivamente). A diferencia de otros estilos, como no hay una organización alfabética de las referencias por apellido, los nombres de los autores deben registrarse comenzando por el apellido y las iniciales de su nombre: "[2] Grotendieck A.". A continuación, mostraremos el esquema de cómo se debe citar

un libro, un capítulo de libro y un artículo de revista, con algunos ejemplos para cada caso:

#### ■ **Libro:**

Apellidos AA. Título. # ed. Ciudad: Editorial; año.

[1] Gardner E, Simmons MJ, Snutad DP Principies of genetics. 8th edition. New York: John Willey & sons; 1995.

#### ■ **Capítulo libro:**

Apellidos AA, Apellidos BB. Título del capítulo o la entrada. En: Apellidos AA, Apellidos BB, editores. Título del libro. Ciudad: Editorial; año. p. xx-xx.

[1] Prins R, Clarke RT. Microbial ecology or the rumen. En: Ruckebusch P,

Thivend B, editors. Digestive physiology and metabolism in ruminants. 2a ed. Wesport, Connecticut: AVI Publishing company; 1980. p. 179-204.

#### ■ **Artículo revista:**

Apellidos AA, Apellidos BB, Apellidos CC. Título del artículo.

Título. Rev. Año; volumen(número): xx-xx.

[1] Corona M, Díaz G, Paez J, Ferré Z, Ramones E. Extracción y caracterización de pectinas de la corteza de parchita. Rev. Odont. 1996; 13(6): 785-791.

Las Normas Vancouver sugieren que las revistas que se citen en la lista de referencias aparezcan en su forma abreviada, por lo tanto El Dentista Moderno sugiere que se revisen los siguientes enlaces: [http://www.erevistas.csic.es/especial\\_revistas/revistas54.htm](http://www.erevistas.csic.es/especial_revistas/revistas54.htm)  
[http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos\\_de\\_Uniformidad.pdf](http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf)  
[http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos\\_de\\_Uniformidad\\_Ejemplos\\_de\\_referencias.pdf](http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_Ejemplos_de_referencias.pdf)

### **NOTA LEGAL**

Las perspectivas o puntos de vista expresados en los artículos y textos que publica El Dentista Moderno son responsabilidad de sus autores y no comprometen en ninguna medida a la revista, a la Grupo TecniPublicaciones. Asimismo, el propósito fundamental de la revista es prestar un servicio a la comunidad académica y al avance del conocimiento en odontología, por lo que el proceso de selección del material que publica contempla aspectos académicos, editoriales y legales que son evaluados en cada caso para decidir sobre los manuscritos que se reciben. Supeditada a estos factores, la revista no está obligada a la publicación de ningún texto y podrá declinar su publicación en cualquier fase del proceso, si estima que no corresponde a su línea editorial o si contradice alguna de sus políticas editoriales. De igual forma, cualquier reclamación por parte de terceros en relación al uso de obras o extractos de ellas en un artículo o texto, será responsabilidad de los autores exonerando así al Grupo TecniPublicaciones.

### **REPRODUCCIÓN Y TRADUCCIONES**

Si usted desea reproducir o traducir un artículo o texto publicado en El Dentista Moderno, o si desea solicitar autorización para que sea difundido por alguna página web o repositorio institucional, por favor escriba al correo electrónico de la revista (documentacion@tecnipublicaciones.com), a la atención de la directora de Documentación. Los textos publicados en la revista, no obstante, no requieren una autorización especial para que sean reproducidos parcialmente en textos académicos, siempre y cuando se citen adecuadamente, relacionando sus autores, año de publicación, volumen y número en el que fueron publicados originalmente. Cualquier otro tipo de utilización requerirá de la autorización previa y expresa de la Editorial.

SIGUIENDO LA EVOLUCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA  
PARA EL PROFESIONAL DEL SECTOR LLAMADO A CONSTRUIR FUTURO



**8**  
revistas al año  
+  
boletín digital

### ENTREVISTAS

- Prof. Dra. María Paz Salido, odontóloga y especialista en prótesis
- Dra. María Jesús Pérez Rodríguez, presidenta de la Sociedad Española de Láser y Fototerapia en Odontología

### PERIODONCIA **SEPA-DM**

### CIRUGÍA GUIADA

### INVESTIGACIÓN: Microbioma bucal y Periodontitis

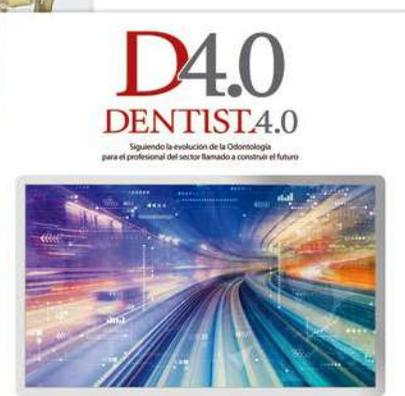
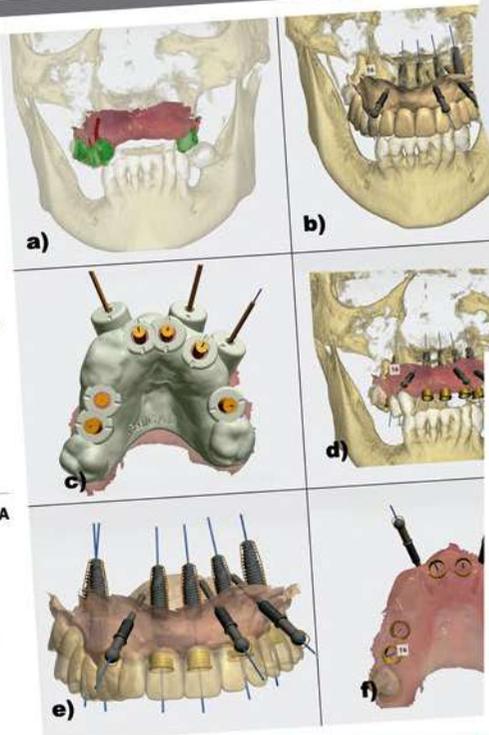
### ODONTOLOGÍA Y SALUD GENERAL: Microbiota

### D4.0

### ENTREVISTA A LA INDUSTRIA DENTAL: Exponential

### ORAL MEDICINE INSIDE by **knotgroup**

### PENSANDO EN EL FUTURO GESTIÓN DE CLÍNICA



**ENTREVISTA**  
Exponential 2022.  
Tecnología al servicio  
de los profesionales

**ORAL MEDICINE INSIDE**  
by **knotgroup**  
El reto de un futuro desafiante

**PENSANDO EN EL FUTURO**  
Future Thinking

**GESTIÓN DE CLÍNICA**  
Conceptos para evitar  
"problemas" en la consulta

LA REVISTA PIONERA  
QUE TRATA EN  
EXCLUSIVA  
LA TECNOLOGÍA Y  
DIGITALIZACIÓN



# Suscríbete

www.eldentistamoderno.com

Síguenos en: [Twitter](#) [Facebook](#) [LinkedIn](#)

The background of the top section is a photograph of the Zaragoza skyline, featuring the Goya Cathedral and the El Pilar Church, with the Ebro River in the foreground. Overlaid on this is a stylized graphic of endodontic instruments. A central yellow crown-shaped icon is flanked by two green crown-shaped icons. Below these are two white root canal files. The entire graphic is framed by two vertical white lines and two green curved lines at the bottom, resembling a dental procedure.

ZARAGOZA

42º CONGRESO NACIONAL DE  
**ENDODONCIA**  
27-29 OCT 2022

# Congreso AEDE Zaragoza

Del 27 al 29 de octubre

The bottom section features a close-up, blue-tinted photograph of dental equipment, including a handpiece and a control panel with buttons and a dial.

[congreso.aede.info](http://congreso.aede.info)

# Servicio Técnico Oficial NSK Dental Spain



## Cercanía · Rapidez · Eficiencia

El Servicio Técnico de NSK Dental Spain tiene como objetivo garantizar a todos los profesionales del sector odontológico un excelente rendimiento de todos los productos de NSK a lo largo de un extendido periodo de tiempo.

Nuestro equipo de experimentados técnicos, un flujo de trabajo rápido y eficiente y el uso exclusivo de repuestos originales permiten que todos los productos de NSK reciban una nueva vida, volviendo a las manos de los profesionales como nuevas.

Los mejores instrumentos se merecen el mejor servicio: ¡Elige NSK Dental Spain!