

VISÍTENOS
EN EL STAND
Nº 5802 DE EXPODENTAL
IFEMA 10 AL 12 DE MARZO
EXPODENTAL

odentsa, S.A.
ARTICULOS DENTALES



Modelo "PRINCE"
disponible en
dos versiones

PRINCE LUX:

Micro motor eléctrico NSK / Pedal multi funcional / Lámpara led FARO MAIA / Jeringa aire agua MINI-MATE / Aparato de limpieza Satelec + 3 puntas / Mangueras con luz / Taburete Astral / Motor aspiración / Cs1 centrífuga Dürr.

PRINCE ECO:

Micro motor neumático NSK / Pedal sencillo redondo / Lámpara FARO EDI / Jeringa aire agua MINI-MATE / Aparato de limpieza Satelec + 1 punta / Mangueras con luz / Taburete Astral / Motor aspiración / Cs1 motor centrífuga Dürr.



Modelo "ASTRAL"



Disponemos de otros modelos. Consulte nuestros precios



EL DENTISTA

del Siglo XXI

ESPECIAL

IMPLANTOLOGÍA

Suplemento especial de 20 páginas

www.dentistasiglo21.com

Nº 67 | MARZO 2016

SERGIO Y EDUARDO DE LA TORRE

HERMANOS Y ODONTÓLOGOS



**ANTONIO
MONTERO**
Presidente
del COEM



**AREQUIPA
(PERÚ)**

La muy noble y
leal villa hermosa



A.M.A COMPAÑÍA
LÍDER EN SEGUROS DE
COCHE POR CALIDAD
PERCIBIDA, FIDELIDAD Y
PRESCRIPCIÓN

Fuente: Informe anual ISSCE
(dic 2014)

Hasta un

60% ^{*}
bonificación

en su seguro de Automóvil

- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

A.M.A. MADRID

Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com

Editor

Antonio Bascones Martínez

Redactora jefe

Vera C. López

redaccion@dentistasiglo21.com

Redacción y colaboradores

Inma Moscardó, Ricardo de Lorenzo, Cibela, Milagros Martín-Lunas, Marce Redondo.

Consejo Editorial

Margarita Alfonso Jaén

Secretaria general de Fenin

Honorio Bando

Académico Correspondiente de las Reales Academias Nacionales de Farmacia y Legislación y Jurisprudencia

Juan Blanco Carrión

Profesor titular de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago

Alejandro de Blas Carbonero

Presidente del Colegio de Dentistas de Segovia

Josep María Casanellas Bassols

Presidente de la Societat Catalana d'Odontologia i Estomatologia

Juan Antonio Casero Nieto

Presidente de la Junta Provincial de Ciudad Real

Antonio Castaño Seiquer

Presidente de la Fundación Odontología Social

Alejandro Encinas Bascones

Cirujano Maxilofacial

Manuel Fernández Domínguez

Director del Departamento de Odontología de la Universidad San Pablo CEU de Madrid

José Luis Gutiérrez Pérez

Profesor titular de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla

Beatriz Lahoz Fernández

Vicepresidenta del Colegio de Dentistas de Navarra

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

Rafael Martín Granizo

Cirujano maxilofacial. Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Helga Mediavilla Ibáñez

Directora de Psicodent

Florencio Monje Gil

Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del H. U. Infanta Cristina de Badajoz

Araceli Morales Sánchez

Presidenta de la Sociedad Española de Implantas

Agustín Moreda Frutos

Presidente del Colegio de Dentistas de la VIII Región

José Luis Navarro Majó

Presidente del Colegio de Dentistas de Navarra

Jaime del Río Highsmith

Catedrático de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid

Juan Miguel Rodríguez Zafrá

Odontólogo. Atención Primaria (SESCAM)

Manuel María Romero Ruiz

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

Felipe Sáez Castillo

Director médico del Grupo Amenta

José María Suárez Quintanilla

Presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña

Mario Utrilla Trinidad

Presidente del Consejo Médico del Hospital de Madrid



DESDE MI VENTANA

Por Antonio Bascones

El nacimiento del castellano y del español

Quiero traer a colación una cuadernavía con sus cuatro versos alejandrinos: Quiero fer una prosa en Román paladino/ en cual suele el pueblo fablar a so vecino/ ca non so tan letrado por fer otro latino/ bien valdrá, como creo, un vaso de bon vino.

Gonzalo de Berceo, poeta y clérigo escribió esta estrofa de una métrica española que utilizaba a la sazón el Mester de Clerecía. Esta escuela narrativa, que tenía unos estudios superiores a los de trivium o triviales, una enseñanza elemental de la época, se inició en el S.XIII y se compone de cuatro versos alejandrinos, de catorce sílabas, con rima consonante (un monorrimo) repartidos en dos hemistiquios de siete sílabas con una pausa o cesura entre ellos. Su nombre proviene del quadrivium (del latín 'cuatro caminos'), pues se refiere a las cuatro ciencias de los estudios medievales y que provenían de los pitagóricos. Era la educación superior. El Mester de Clerecía nació, en ámbitos eclesiásticos y religiosos más cultos frente a los del Mester de Juglaría, más popular o el mester de cortesía de los escenarios cortesanos. En el primero los monasterios y los cenobios tuvieron un gran protagonismo.

Gonzalo de Berceo (Berceo, 1195-1264) fue un escritor castellano, uno de los máximos representantes del Mester de Clerecía. Profesó como monje en el monasterio de San Millán de la Cogolla.

Todo esto viene a cuento para señalar que Yuso y Suso son fundamentales como cuna de nuestra lengua, el balbuceo que da pie al habla romance del pueblo, que ya no es el latín. Suso, que tiene elementos visigóticos, siglo VI, mozárabes del siglo X y prerrománicos del XI, fue un cenobio visigótico fundado por San Millán en el siglo V, muriendo allí en el año 574 con 101 años donde fue enterrado hasta que lo bajaron a Yuso. Hoy es un cenotafio, una tumba vacía, un monumento funerario. El riojano Gonzalo de Berceo, que nació en el pueblo de Berceo, a solo unos kilómetros del monasterio, se

educó en el cercano monasterio de San Millán de la Cogolla ("en Sant Millán de Suso, fue de niñez criado") y llegó a ser un clérigo secular que trabajó primero como diácono y posteriormente como presbítero. Estamos hablando de los años 1200. Allí están enterrados los siete infantes de Lara, su preceptor Nuno y tres reinas navarras. El valle de Cárdenas nos contempla en nuestra visita.

Pero justo es señalar que Castilla es conocida por ser la cuna del idioma español o castellano. Se considera que el nombre de Castilla nació el 15 de Septiembre del año 800 en el hoy desaparecido monasterio de Emeterio de Taranco de Mena (Burgos) situado en esta localidad del Valle de Mena. El nombre de Castilla aparece en un documento notarial por el que el abad Vitulo donaba unos terrenos del Becerro Galicano del monasterio de San Millán de la Cogolla (La Rioja).

Así, pues, el castellano es el origen del español, el idioma que se habla en todas partes de este país llamado España. Los otros idiomas son españoles, que se hablan en España, pero no tienen la primacía, la preeminencia, la superioridad y por tanto la supremacía para recibir el nombre de español. No debemos, pues, confundir castellano con español. Lo que hablaba Gonzalo de Berceo -"ca non so tan letrado por fer otro latino"- no sería la manera en que hoy nos dirigimos a un contertulio.

Debemos hacer un homenaje a los que hicieron que en este momento pueda escribir estas líneas y tú, querido lector, leerlas. 'El Cantar del mío Cid', cuyo manuscrito más antiguo sería de 1207, 'La Celestina', de 1499, 'El libro del Buen Amor', del Arcipreste de Hita son obras básicas hacia la transición del Renacimiento. A partir de este momento, millones de personas se ponen en contacto a través del español.

Antonio Bascones es Catedrático de la UCM, Académico Numerario de la Real Academia de Doctores de España y Académico correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.



Maquetación

Fernando Baonza

Publicidad

Directora de publicidad
Rosana Costales
e-mail: rcostales@dentistasiglo21.com
Móvil: 608318714

Ejecutiva

Esperanza Panizo
Móvil: 649494450
e-mail: publicidad@dentistasiglo21.com

Administración y suscripciones

Sara Martín Toyos
avances@arrakis.es

Tarifa ordinaria anual: 80 €
Tarifa instituciones anual: 110 €
Ejemplar suelto: 8 €
Ejemplar atrasado: 10 €

Fotomecánica e impresión:

Gráficas 82, S.L.

© 2014 Ediciones Avances Médico Dentales, S.L.
C/ Boix y Morer, 6 - 1.º
28003 Madrid
Tel.: 915 33 42 12
Fax: 915 34 58 60
avances@arrakis.es

S.V.: 24/09-R-CM
ISSN: 1889-688X
D.L.: M-27.600-2009

EN PORTADA



12 | Hermanos de la Torre

Han seguido los pasos profesionales de su padre que dejó primero Cuba y luego Miami para venir a España a montar, junto a su mujer, una clínica en Madrid, Q Dental, hoy dirigida por Sergio y Eduardo de la Torre. Ambos nos explican los propósitos del Diseño Digital de la Sonrisa (DSD), defienden la aplicación de las nuevas tecnologías en el día a día de los tratamientos, repasan el estado de la profesión, la evolución de los tratamientos en implantología y nos hablan de sus aficiones fuera del trabajo.

En este número...



ENTREVISTA

18 | Antonio Montero

Ha asumido la presidencia del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la primera región (COEM) para "intentar devolver a mi profesión algo de lo mucho que me ha dado". Admite que para las personas que se incorporan al mercado laboral "las perspectivas son nefastas", ve imprescindible implantar número clausus y confía en conseguir de la Administración el compromiso de que el COEM regule toda la publicidad del sector.

DESTINOS

36 | Arequipa, la muy noble y leal villa hermosa

Es la segunda ciudad más poblada del Perú y está en el departamento de Arequipa. Fue fundada el 15 de agosto de 1540, bajo la denominación de 'Villa Hermosa de Nuestra Señora de la Asunta' en el nombre de Francisco Pizarro, y el 22 de setiembre de 1541 Carlos V con una Cédula Real ordena que se la llame 'Ciudad de Arequipa'. En la época virreinal fue fiel a la corona de España y adquirió un gran papel económico.



ESPECIAL IMPLANTOLOGÍA

Novedades y tendencias en implantología

Suplemento especial de 20 páginas que incluye la opinión de especialistas analizando los principales retos y avances en los tratamientos implantológicos.

Además, los fabricantes más importantes nos presentan las características y ventajas de sus productos.

ESPECIAL
IMPLANTOLOGÍA

EL DENTISTA



ACTUALIDAD

- 3 | Los últimos avances del sector Dental a escena en los Speakers' Corner de EXPODENTAL 2016
- 4 | El COEM celebra la festividad de Santa Apolonia
El acto colegial incluyó la toma de posesión de la nueva junta de Gobierno
- 6 | El Consejo General de Dentistas censura el modelo de negocio de las franquicias dentales y pide a la Administración que salvaguarde los derechos de los pacientes

VIDA COLEGIAL

- 8 | El Colegio de Dentistas de Sevilla celebra la festividad de Santa Apolonia
- 10 | El COEC y la Cruz Roja ofrecen gratuitamente asistencia a pacientes en riesgo de exclusión

ARTÍCULOS

22 | Carlos Linneo

Breve semblanza de un médico desconocido

25 | Capitán de navío Alejandro Malaspina

Un marino ilustrado e injustamente represaliado (II)

28 | La batalla de Villaviciosa (I)

Victoria decisiva para consolidar a la dinastía Borbón en el Reino de España

CINE

- 48 | La odontología y el cine: una historia de amor y desamor
Cibela

La dirección de la revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por nuestros colaboradores

LOS ÚLTIMOS AVANCES DEL SECTOR DENTAL A ESCENA EN LOS SPEAKERS' CORNER DE EXPODENTAL 2016

Innovadoras tecnologías y técnicas, soluciones estéticas, salud bucal, ideas de marketing o de arquitectura y diseño de clínicas, entre algunos temas que aborda el programa de esta edición

La próxima edición de EXPODENTAL, que se celebra del 10 al 12 de marzo de 2016, reunirá en los pabellones 3, 5 y 7 de Feria de la Madrid, la más completa oferta de equipos, productos y servicios dentales. Un total de 306 expositores y 547 empresas representadas participan en este Salón, que organizado por IFEMA y promovido por FENIN, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, mostrará las últimas novedades de una industria en permanente avance.

El área de exposición se completa con el desarrollo de un programa de presentaciones de productos y tratamientos de vanguardia que se desarrollará en los *Speakers' Corner* de EXPODENTAL, ubicados en los pabellones 3 y 7. Un espacio de carácter divulgativo, donde los profesionales podrán conocer en detalle algunas de las tecnologías y soluciones más innovadoras desarrolladas por los fabricantes en los últimos dos años.

Las presentaciones se irán sucediendo durante los tres días de celebración del Salón, en horario de mañana y tarde, en sesiones de 35 minutos para cada empresa, y en un auditorio con capacidad para unos 40 asistentes.

Avance de temas

Entre otras intervenciones, y en el capítulo de nuevas técnicas, la empresa Reiner Dental hablará



de "Pilares Protésicos. Diseños y su importancia en el éxito del tratamiento"; Osteogenos sobre "Uso de la lámina cortical para la reconstrucción tridimensional de maxilares atróficos"; Ortobao sobre "Técnica de baja fricción con Carriere SLX". Por su parte, la empresa Heraeus Kulzer Iberia abordará en su presentación el tema "Cara: Sistema digital para clínica y laboratorio de Kulzer".

En materia de CAD/CAM, Roland DG IBERIA tratará el "Escaneo de impresiones y modelos de trabajo para la confección de coronas mecanizadas de zirconio monolítico"; sobre implantes, Eurodonto Global Company, se centrará en "Beneficios clínicos en la rehabilitación con implantes TREE-OSS" y La Universidad Internacional de

Cataluña ofrecerá una ponencia sobre "Investigación de vanguardia en Implantología clínica".

Otras innovaciones que tendrán su espacio en los *Speakers' Corner* de EXPODENTAL son las Suproden que hará una presentación en relación a "Anclajes de Zirconio, Zir-Lock" rectos y angulados para

prótesis fija y removable"; y en torno a los antibióticos, las empresas Heraeus Kulzer Iberia y Casa Schmidt centrarán sus respectivas exposiciones en "Ligosan antibiótico periodontal de aplicación local".

Los temas sobre estética dental tendrán, así mismo, un importante protagonismo en este programa, en el que participan la empresa Sederma con su presentación sobre "Dentyses, un sistema innovador de blanqueamiento dental" y Ortolan Dental, que explicará los "Aclara-

mientos Dentales".

En cuestiones de marketing, VP20 Consultores ofrecerá una sesión sobre "Coaching Dental y www.buenosdentistas.es descubrirá como "fidelizar y ganar nuevos pacientes en tan solo 20 minutos".

Además, Biozeram Solutions, hablará de sobre "La salud desde la boca": Software Nemotec, presentará "La clínica del futuro es ya una realidad. NemoDSD: un protocolo de trabajo 100% digita, y se dedicarán unas sesiones a la arquitectura y el diseño de clínicas dentales que ofrecerán las empresas AHA-Arquitectura y Romina Barbieri.

Área de Formación

En el Área de Formación, uno de los espacios novedosos de esta edición, que recogerá la oferta del sector dental en relación a las etapas académicas de postgrado y especialidades así como formación continuada de las empresas, también se

ha previsto el desarrollo de un programa de presentaciones en que tendrán lugar en el Foro de Formación. En este contexto y en coincidencia con la celebración del Día del Estudiante, el jueves 10 de marzo, se celebrará el "ENCUENTRO HISPANOLUSO DE JÓVENES DENTISTAS"; una mesa redonda organizada por la revista Maxillaris, que contará con la participación del Consejo General de Dentistas y de la Federación de Estudiantes de Odontología (ANEO), entre otros.

También participan en el Foro de Formación las empresas Straumann, Del Canto Formación y Ceodont (Grupo Ceosa) que presentarán sus programas formativos; Plan Synergía, que hablará sobre "Gestión ética de la clínica: Lo que no te enseñaron en la facultad, y UIC, que tratará el tema "Resultados a corto plazo en molares primarios con MTA y biodentine".

PSN RECLAMARÁ AL ESTADO MÁS DE 16 MILLONES DE EUROS

Por los perjuicios a la Mutua, mutualistas y partícipes como consecuencia de la intervención y liquidación de Banco Madrid

El Consejo de Administración de PSN ha decidido iniciar un procedimiento de reclamación patrimonial al Estado por los da-

ños causados a la Mutua, en su doble condición de aseguradora y gestora de planes de pensiones, con motivo de la intervención y posterior liquidación de Banco Madrid. La cuantía estimada asciende a 16,5 millones de euros, según la valoración cuantitativa de un experto independiente contratado por PSN.

De este modo, tal y como anunció PSN al conocerse la intervención de Banco Madrid, en marzo de 2015, se inician las acciones oportunas dirigidas a

restituir los daños causados, con el objetivo principal de continuar protegiendo los intereses de sus mutualistas y partícipes en este proceso, prioridad de la que la Mutua ha dado prueba en todo momento, con iniciativas como la de adelantar la totalidad del importe de los seguros Unit Linked y PIAS Inversión mientras una parte aún carecía de liquidez y siempre con los principios de información y transparencia a sus partícipes y mutualistas.

EL COEM CELEBRA LA FESTIVIDAD DE SANTA APOLONIA

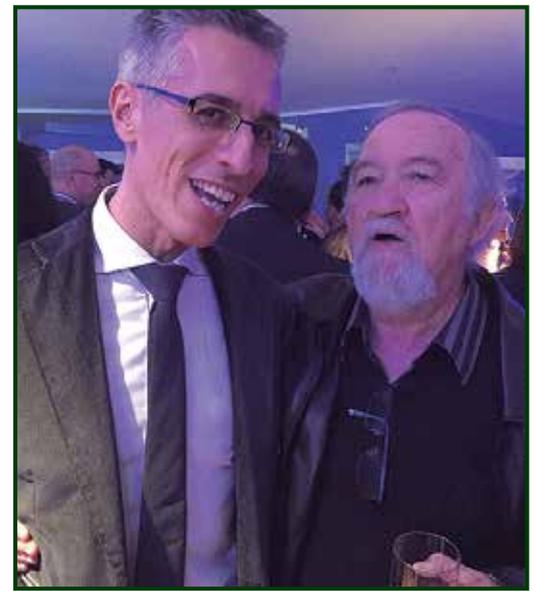
El acto colegial incluyó la toma de posesión de la nueva junta de Gobierno



Antonio Montero, Presidente del COEM, junto al Secretario del Colegio.



El Dr. Galatayud entrega un galardón.



Drs Eugenio Grano de Oro y Rodrigo.



Dr. Bascones junto al matrimonio de los Dres. San Roman.



Grupo de doctores asistentes.



Drs. Vicente Jimenez y Sra; Garcia Fernández y Montalvo.



Drs. Santos Carrillo y Victoriano Serrano.



El Dr. Macorra entrega un galardón.

LA UNIVERSIDAD EUROPEA Y PROCOVEN CREAN UNA CÁTEDRA QUE INVESTIGARÁ MATERIALES EN EL ÁMBITO DE LA PRÓTESIS ODONTOLÓGICA

La cátedra tiene como principal objetivo fomentar la I+D+i en el ámbito del desarrollo de nuevos materiales en este campo, desarrollar actividades de carácter formativo y apoyar a estudiantes de doctorado de esta área

La prótesis dental forma parte de un mecanismo fisiológico fundamental. Sin una oclusión correcta, el paciente puede sufrir descompensaciones mandibulares, problemas digestivos y musculares, etc. Por este motivo, hoy en día es crucial el desarrollo de nuevos materiales que supongan un avance en la confortabilidad de la prótesis y en las soluciones protésicas para pacientes con pérdida ósea por distintos traumatismos.

Conscientes de este hecho y del gran potencial de la tecnología en el desarrollo de la odontología, la Universidad Europea y Procoven han puesto en marcha la "Cátedra de prótesis odontológica Procoven", cuyo principal objetivo es fomentar la investigación en el ámbito del desarrollo de materiales en prótesis odontológicas. Asimismo, esta cátedra desarrollará actividades de carácter formativo y apoyará a los estudiantes de doctorado que quie-



Olga San Román, directora general de Procoven y Elena Gazapo, decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y Biomédicas de la Universidad Europea durante la firma de la "Cátedra de prótesis odontológica Procoven"

ran seguir desarrollando su carrera profesional en esta área.

"Creemos necesario apostar por una formación adecuada que tenga como objetivo preparar a los profesionales para atender las diferentes necesidades de sus pacientes", ex-

plica la decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y Biomédicas de la Universidad Europea, Elena Gazapo, que defiende la importancia de esta colaboración para abrir nuevos vías hacia la investigación en el ámbito del desarrollo de ma-

teriales en prótesis odontológica.

Además, Elena Gazapo subraya que "no debemos perder de vista la seguridad del paciente. Por eso, en la Universidad Europea, concedemos mucha importancia a la simulación preclínica. Sabemos que los conocimientos teóricos son importantes, pero queremos que los estudiantes se integren en la Odontología desde el primer momento".

"En Procoven apostamos por la investigación y la innovación en España con el fin de seguir generando valor a nuestros clientes. Estamos convencidos de que la odontología, tal y como se conoce hoy en día, va de la mano junto a la tecnología y que tiene un gran potencial de expansión, por eso hemos apostado por esta colaboración con la Universidad Europea", sostiene Olga San Román, Directora General de Procoven.

En esta línea, "Procoven continúa actualmente su política de inversión en España, incorporando las últimas tecnologías en CAD CAM (sistema que permite el diseño y la elaboración de prótesis dentales por ordenador) e impresión 3D y está expandiendo la "marca España" en el mercado chino, a través de sus filiales asiáticas, y norteamericano, con los últimos avances en odontología, como sus líneas de férulas de cirugía guiada e impresión 3D", continúa esta experta.

EL DENTISTA

del Siglo XXI

VISÍTENOS EN:

EXPODENTAL

ESTAMOS EN EL STAND **7A01**

EL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS CENSURA EL MODELO DE NEGOCIO DE LAS FRANQUICIAS DENTALES Y PIDE A LA ADMINISTRACIÓN QUE SALVAGUARDE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

La Organización Colegial exige la regulación del sector para poner coto a este modelo empresarial que antepone el interés económico incluso por encima de la salud de los pacientes.

El Consejo General de Dentistas de España, máximo Organismo de representación de la profesión, muestra su preocupación ante la detención de la cúpula de Vitaldent y pide a la Administración que garantice los derechos de los profesionales sanitarios y de los pacientes que pudieran verse afectados por esta situación.

En este modelo de negocio es común que prime el interés económico por encima de la salud de los pacientes y se caracteriza por utilizar campañas de publicidad muy agresivas con la intención de captar el mayor número de clientes (que no pacientes)

y lograr que estos financien los tratamientos para percibir un beneficio económico de manera inmediata.

En este sentido, el Consejo General de Dentistas de España quiere dejar claro que es absolutamente necesaria la implicación del Gobierno de España en el sector de la Odontología, para lograr un cambio normativo que haga posible que la mayoría del patrimonio social y del número de socios de este tipo de sociedades correspondan a socios profesionales, y así vincular la prestación del servicio al conocimiento y a la buena ética y praxis profesional. De esta for-

ma se evitaría que el control de las clínicas dentales estuviera en manos de empresarios ajenos al sector que lo que persiguen en la mayoría de las ocasiones es obtener el mayor beneficio en el menor tiempo posible.

En relación a la financiación de los tratamientos, el Consejo General insiste en reclamar que se articulen las acciones necesarias para que, si cesa la prestación del servicio, pueda interrumpirse el pago de las cuotas de manera inmediata y se lleve a cabo la condonación del crédito suscrito. Además, el paciente debería disponer en todo momento de toda la información necesaria

para poder proceder a tal efecto.

Asimismo, la Organización Colegial insta a la Administración a que regule la publicidad sanitaria en todo el territorio nacional para erradicar los casos de publicidad engañosa y acotar las ofertas en el campo de la salud, porque la salud de las personas nunca está de oferta.

Por último, el Consejo General de Dentistas recuerda que siempre defenderá los derechos de los pacientes y también de los profesionales, puesto que también son víctimas de este modelo de negocio que se lleva permitiendo desde hace décadas en nuestro país.

EL MINISTRO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD INAUGURA LA SEDE DEL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS

El Presidente del Consejo General, Óscar Castro, impone al Ministro la Medalla de Oro del Consejo, máxima condecoración de la Organización Colegial



El Ministro en el momento de mostrar la placa conmemorativa.

El Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, Alfonso Alonso, ha inaugurado la remodelación de la sede del Consejo General de Dentistas de España, ubicada en la calle Alcalá, 79, de Madrid.

Al acto han asistido el secretario general del Ministerio, Javier Castrotrodeza, y los miembros del Comité Ejecutivo del Consejo General, presidido por Óscar Castro. En el transcurso de la visita, el Ministro ha recibido, de manos de Óscar Castro, la Medalla de Oro del Consejo General, máxima condecoración que otorga la Organización Colegial, y ha descubierto una placa conmemorativa de la inauguración de la sede.

Además, las autoridades han mantenido una reunión informal con el Ejecutivo del Consejo, en la que han analizado la situación actual de la Odontología en España. Alfonso Alonso ha puesto en valor la labor del Consejo General y "su trabajo en defensa de la deontología de la profesión y de las garantías de los pacientes", y ha lanzado un mensaje de agradecimiento en nombre del Gobierno de España "por el compromiso para seguir velando por la salud de nuestros compatriotas".

BioHorizons presenta innovaciones de producto



nuevo kit quirúrgico Tapered HD

Con los nuevas fresas HD, el kit quirúrgico incluye todos los instrumentos necesarios para colocar los implantes Tapered Internal, Tapered Plus, Tapered 3.0, Tapered Tissue Level y Laser-Lok 3.0.

- fresas codificadas por colores para su fácil identificación
- superficie no reflectante para una alta visibilidad
- libre de corrosión
- estrías de corte diseñadas para una óptima eficiencia
- marcas en las fresas simplificadas que coinciden con el largo de cada implante
- crea entre 12 y 20 osteotomías según la densidad del hueso



implantes Tapered Internal 3.4mm

BioHorizons ahora ofrece el nuevo diámetro 3.4 del implante Tapered Internal. Es una solución ideal para reducir la necesidad de un injerto óseo en zonas donde el hueso es limitado y así acelerar el tratamiento. La familia de implantes Tapered incluye 5 diámetros y 6 longitudes.



implantes con longitud de 18mm

Ahora están disponibles para los diámetros 3.4, 4.6 y 5.8. Los implantes con longitud de 18mm ofrecen una excelente estabilidad y son ideales para arcadas completas y tratamientos de carga inmediata como TeethXpress®.

Para más información contacte con Atención al cliente:

Tel: 91 713 10 84

Email: pedidos@biohorizons.com

Visítenos en www.biohorizons.com



BIOHORIZONS[®]
SCIENCE • INNOVATION • SERVICE

EL COEM EXIGE QUE SE GARANTICEN LOS DERECHOS DE PACIENTES Y PROFESIONALES

Detención de la cúpula de Vitaldent: los dentistas también se ven afectados por un modelo de negocio en el que muchas veces prima el interés económico por encima de la atención al paciente

El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (COEM) quiere mostrar su preocupación y apoyo a los

profesionales y pacientes afectados por el suceso del presunto fraude fiscal a los franquiciados de la cadena de

clínicas dentales Vitaldent.

Para el COEM, esta es una de las consecuencias de la actual legislación vigente en España, por la que la apertura de una clínica dental puede ser realizada por cualquier empresa privada o particular ajeno a la Odontología; el único requisito necesario es que un dentista colegiado figure como responsable sanitario del centro, sin responsabilidad en el plano económico y de gestión.

“Desde el COEM estamos francamente preocupados por las consecuencias que puede tener el caso Vitaldent para pacientes y profesionales. Casos como éste son la consecuencia de que prime el interés económico por encima del cuidado de la salud; pacientes y dentistas se ven igualmente afectados por el funcionamiento de estos negocios donde la ética deontológica está

claramente ausente. Desde el COEM trabajamos con ahínco para que se modifique la ley y se establezca un modelo de negocio odontológico que ofrezca mayor protección a pacientes y profesionales”, señala el Dr. Antonio Montero, presidente del COEM.

El COEM ha realizado numerosas campañas para fomentar una correcta atención bucodental y ha denunciado algunas prácticas - observadas por Vitaldent, entre ellas la publicidad muy agresiva que ha realizado esta empresa para atraer a los pacientes. En todo caso, el COEM dará seguimiento a la situación creada a los efectos de tratar de que se garanticen los derechos de pacientes y profesionales.

El COEM aconseja atender a una serie de recomendaciones para los pacientes a la hora de acudir a un dentista.

EL COLEGIO DE DENTISTAS DE SEVILLA CELEBRA LA FESTIVIDAD DE SANTA APOLONIA

■ En diversos actos que reunieron a 400 personas

El Colegio de Dentistas de Sevilla celebró el pasado 13 de febrero la festividad de Santa Apolonia con una serie de actos que reunió a más de 400 personas.

El presidente de la institución colegial, Luis Cáceres, dirigió los actos celebrados en la sede institucional, que comenzaron con una misa en honor a Santa Apolonia, continuó con unas palabras por parte del Dr. Cáceres para pasar después al acto de bienvenida a los nuevos colegiados, que durante 2015 fueron un total de 100, y finalizó con el homenaje a los

colegiados honoríficos de mérito, (Gabriel Fernández Calderón, Miguel Ángel Hernández Guisado, Humberto Maraví Poma, Jesús Márquez Dávila, María Dolores Pesudo Notari, Juan Ignacio Rivera Villa, Luis Carlos Rivera Villa, Cándido Rivero González, Manuel Russo De La Torre Y Francisco Javier Sánchez González).

En estos actos participaron también el presidente del Colegio de Médicos de Sevilla, Juan Bautista Alcañiz; la vicedecana de área de Prácticas Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de



La secretaria de la institución colegial, Blanca Loscertales; la vicepresidenta del Colegio, María Luisa Tarilonte; Luis Cáceres; el presidente del Colegio de Médicos de Sevilla, Juan Bautista Alcañiz, y la vicedecana de área de Prácticas Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, Antonia Domínguez.

Sevilla, Antonia Domínguez; la vicepresidenta del Colegio, María Luisa Tarilonte, y la secretaria de la institución colegial, Blanca Loscertales.

En su discurso, el presidente quiso alertar acerca de la mercantilización a la que se está sometiendo la Odontología, algo que pone en peligro la salud de los ciudadanos. Asimismo, y en relación al caso ocurrido hace unos días con las clínicas Funnydent, Cáceres explicó que éste “no es ni el primero ni será el último” y ha recordado otros casos “menos mediáticos” como el de Dental Line, en Sevilla,

que dejaron “a unos 1.700 pacientes sin tratamiento”, o bien otro mucho más reciente como el de Caredent Triana, en el que muchos de ellos habían ya financiado el tratamiento en su totalidad.

Tras estos actos, los asistentes se dirigieron hasta la Hacienda el Pino de San José para disfrutar de una comida de confraternidad y un sorteo de regalos.

Asimismo, y como ya es tradición, se celebraron torneos de pádel y tiro al plato y también un campeonato de golf.

CURSOS DE LOS DOCTORES ARELLANO Y PEDRO PEÑA EN ÁLAVA

■ Sobre técnicas en estética

Los días 15 y 16 de Enero ha tenido lugar en el Colegio de Dentistas de Álava el curso “Odontología Adhesiva

Estética. Composites y Estratificación”, impartido por el Dr. Alfonso Arellano Cabornero. Ante la gran

amplitud del tema, el ponente se centró más en las demandas de los asistentes, incidiendo sobre todo en los protocolos de diagnóstico precoz de las lesiones, para poder aplicar los criterios actuales de Odontología Mínimamente Invasiva, y su tratamiento mediante las técnicas adhesivas. El curso, muy dinámico e interactivo, se cerró con plena satisfacción de los cursillistas.

Además, el sábado 23 de enero el Doctor Pedro Peña impartió el curso “Manejo del alveolo postextracción en el área estética” en el aula de Forma-

ción del Colegio de Dentistas de Álava.

Durante la jornada se abordó el tema desde un riguroso punto de vista científico y técnico pero siempre teniendo una visión personalizada de las necesidades del paciente.

El Dr. Peña indicó un protocolo a seguir en la colocación de implantes inmediatos en el área estética y conseguir de esta manera un altísimo porcentaje de éxito.

El acto fué muy concurrido y la opinión de los asistentes coincidió en que se habían cumplido las expectativas del curso.

LOS DENTISTAS DE ASTURIAS APRUEBAN SUS CUENTAS ANUALES Y LOS PRESUPUESTOS PARA 2016

Se renovarán las subvenciones económicas solidarias para la consulta bucodental con Cáritas en Oviedo y la clínica dental en el Hospital de Monkole (El Congo)

Los colegiados del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias (CODES) acaban de celebrar su Asamblea General anual en la que, por unanimidad, han dado conformidad a las cuentas del año 2015. Asimismo, en dicha Asamblea se han aprobado, igualmente por unanimidad, los presupuestos de la Corporación para el año 2016.

Dado el compromiso del Colegio por la Responsabilidad Social Corporativa, se ha aprobado una par-



tida para acción social, que nuevamente irá destinada a renovar la subvención económica solidaria para la clínica bucodental CODES-CARITAS que atiende, en Oviedo, a personas en riesgo de exclusión social. Asimismo, preocupados por la situación económica y social actual, así como por la atención odontológica de los ciudadanos, los colegiados han adoptado la decisión de destinar una partida presupuestaria para subvencionar una clínica dental en el Hospital de Monkole (El Congo).

Además, el CODES ha aprobado retornar a los colegiados el 75% del superávit habido en 2015, que se materializará en una bonificación de dos tercios de la cuota colegial del segundo trimestre de 2016.

Asimismo, el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias aprobó en dicha Asamblea, potenciar la Formación continuada de los colegiados, haciendo mayor hincapié en los talleres y cursos prácticos.

BODAS DE ORO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE DENTISTA

El Colegio de Dentistas de Santa Cruz de Tenerife entregó insignias de oro a dos profesionales que cumplieron 50 años como dentistas

El 20 de febrero, el Colegio de Dentistas de Santa Cruz de Tenerife celebró Santa Apolonia, patrona de los dentistas, en una jornada en la que se homenajeó a dos dentistas que han cumplido cincuenta años en el ejercicio de esta profesión en la provincia tinerfeña: los doctores Venancio León Bento y José Luis Martín Meyerhans. El acto resultó muy emotivo, ya que las más de 130 personas presentes en la entrega de las insignias de oro se pusieron en pie y aplaudieron a los homenajeados.

El doctor Venancio León Bento, nacido en La Gomera, se licenció en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada en 1962 y, como Médico Estomatólogo, en la Universidad de Madrid, en 1966. Además, fue miembro de la Comisión Científica del Colegio de Dentistas de Santa Cruz de Tenerife de 1971 a 1979 y vocal de la Junta de Gobierno de la entidad, de 1979 a 1991. Se da la circunstancia de que, en la misma jornada del sábado, su hija, Concepción León Martínez, secretaria actual del Colegio de Dentistas de la provincia tinerfeña, recibió la

insignia de plata por 25 años en el ejercicio de la profesión.

El doctor José Luis Martín Meyerhans, nacido en Albacete, se licenció en Medicina en la Universidad de Valladolid en 1963 y como Médico Estomatólogo en la Universidad Complutense de Madrid, en 1966.

Por otra parte, el Colegio entregó las insignias de plata a seis profesionales que han cumplido 25 años en el desempeño de su labor y tres documentos acreditativos de la distinción de Colegiado Honorífico de Mérito. También once nuevos colegiados recibieron una insignia de bienvenida. Tal como manifestó, en el inicio de la entrega de estas distinciones, el presidente del Colegio de Dentistas de Santa Cruz de Tenerife, Francisco Perera, la enti-



José Luis Martín Meyerhans, el doctor Venancio León Bento (sentado) y el presidente del Colegio de Dentistas de Santa Cruz de Tenerife, Francisco Perera.

profesión y damos una vez más las gracias a los más experimentados por enseñarnos siempre el camino a seguir".

Por otra parte, Perera aludió también a los recientes casos acaecidos en Vitaldent, con la detención de su cúpula en Madrid, y el cierre de las clínicas Funnydent, con la inseguridad que estas situaciones generan en los pacientes que están recibiendo tratamientos odontológicos y en los odontólogos que trabajan en estos centros. Asimismo, el presidente de la entidad profesional recordó el trabajo conjunto de los colegios de Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife para conseguir que el Parlamento Canario aprobara una Proposición No de Ley para la necesaria regulación de la publicidad en el ámbito sanitario. Precisamente en la jornada de celebración de Santa Apolonia estuvieron presentes el vocal del Colegio de Dentistas de Las Palmas, Francisco Juan Cabrera Panasco y la ex senadora tinerfeña Luz Marina Socas, que fue recientemente homenajeadada por el Consejo General de Dentistas por su colaboración en este ámbito.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS INAUGURA LA AMPLIACIÓN DE LA CLÍNICA SOLIDARIA DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LEÓN

La clínica dispone de un Centro Formativo avalado por la Fundación Dental Española y este año duplicará su oferta académica de post grado

El presidente del Consejo General de Dentistas de España, Óscar Castro Reino, ha inaugurado la ampliación de la Clínica Solidaria del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de León, que cuenta con todos los servicios necesarios para atender la demanda asistencial de las personas con menos recursos, incluyendo nuevos gabinetes odontológicos, una nueva área de esterilización, un laboratorio de prótesis y una nueva sala de juntas para celebrar las reuniones del equipo docente.

Con esta ampliación de las instalaciones se podrán atender a 200 personas sin recursos al año, que son derivadas a la Clínica Solidaria por el Ayuntamiento de León, por la Consejería de Sanidad de Castilla y León y por organizaciones como Cáritas y Cruz Roja.

La Clínica Solidaria del Colegio de Dentistas de León inició su andadura en 2006, y se convirtió en la primera clínica de estas características vinculada a un Colegio Profesional en España. Actualmente, y tras la ampliación, cuenta con 9 gabinetes odontológicos completamente equipados (sillón dental, equipamiento de radiología digital, motores quirúrgicos, instrumental quirúrgico y de exploración y aparatos de ultrasonido) y un quirófano que dispone de sillón específico para cirugía, radiología digital, motor



isfhg ijdvihdv j hxf hj vbl jkvihs ifjv ijdfnv ihspjj pjnbpjgnbñ vmb odjj

HOMENAJE A ALFONSO VILLA VIGIL Y REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO EN LEÓN

Por otra parte, el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de León le rindió un merecido homenaje al que fuera presidente del Consejo General de Dentistas de España durante 19 años, Alfonso Villa Vigil, con la entrega de la Insignia de Oro del Colegio en el transcurso de una cena celebrada en la

noche de ayer. Tanto el presidente del Consejo General, Óscar Castro Reino, como el presidente del Colegio, José Sevilla Ferreras, quisieron agradecer la contribución de Villa Vigil a la Odontología; al igual que el encargado de la laudatio, actual vicepresidente del Colegio de Dentistas de León y vocal del Consejo

General, Francisco García Lorente, quien destacó la faceta humana y profesional del homenajeado.

Además, el Comité Ejecutivo del Consejo General celebró una sesión ordinaria en la sede colegial para respaldar la puesta de largo de la Clínica Solidaria de la que se benefician los ciudadanos de León.

quirúrgico, equipo de sedación con óxido nítrico, equipamiento para la aplicación de la técnica de factores de crecimiento (PRGF), tres equipos de láser quirúrgico, y una cámara de vídeo HD para retransmisión de intervenciones. Además, cuenta con una sala de formación con circuito cerrado y conexión con el propio quirófano.

Atienden dentistas llegados de toda España inscritos en los programas formativos, puesto que el Colegio de Dentistas de León combina la atención bucodental a los ciudadanos más desfavorecidos con la formación especializada de los profesionales mediante los programas académicos vinculados a la Organización Colegial y avalados por la Universidad de León, entre los que se encuentran el Máster en Cirugía Bucal, Implantología y Periodoncia (del que se han ampliado un 50% las plazas), un curso de Experto en Implantoprótesis, y el título de Especialista en Ortodoncia Transparente; así como el postgrado en Endodoncia Avanzada, organizado por el Colegio Profesional.

Así casi un centenar de profesionales de la Odontología se forman cada año en la Clínica, donde ya se han realizado tratamientos bucodentales a casi 1.500 personas en sus 9 años de existencia y más de 450 dentistas han recibido formación especializada en alguno de los programas.

EL COEC Y LA CRUZ ROJA OFRECEN GRATUITAMENTE ASISTENCIA A PACIENTES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN

Inauguración de la Clínica Odontológica Solidaria del Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya

El Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya (COEC) ha inaugurado su Clínica Odontológica Solidaria. Se trata de un proyecto de colaboración con la Cruz Roja en Cataluña que tiene como objetivo ofrecer

asistencia odontológica básica gratuita y de calidad a pacientes que debido a su situación socioeconómica no tienen acceso por ninguna otra vía.

El COEC, además de coordinar el proyecto, también aporta las

instalaciones clínicas ubicadas en la segunda planta de su sede y que incluyen seis box totalmente equipados.

Por otro lado, la Cruz Roja en Cataluña es la encargada de seleccionar y derivar aquellos pacientes

entre las personas en riesgo de exclusión que ya están atendiendo mediante sus programas de lucha contra la pobreza. El personal que los visitará son profesionales de la odontología que participan de forma voluntaria y totalmente desinteresada.

La Clínica Odontológica Solidaria del COEC arranca con 38 voluntarios inscritos aunque las nuevas incorporaciones son constantes. El proyecto también cuenta con el apoyo de Henry Schein, el principal proveedor mundial de productos y servicios sanitarios para profesionales de la salud, que asume una parte importante del coste de la puesta en escena y del mantenimiento.

KYT

IMPLANTES DENTALES

*Sabemos lo que quieren y necesitan
sus clientes:*

**“Simplemente los
mejores implantes
del mundo”**

IMPLANTES
GENESIS



IMPLANTES
PRIMA



IMPLANTES
RESTORE



www.kytimplantesdentales.com

Luis Álvarez Lencero 3, 4ª Planta, Ofi. 3 y 4,
Edificio Eurodom 06011 Badajoz
924 20 78 77



Usamos biomateriales
que provienen de cabezas
femorales humanas.





SERGIO Y EDUARDO DE LA TORRE

Hermanos y odontólogos

“Se puede decir que hemos crecido en el sillón de un dentista”

Han seguido los pasos profesionales de su padre que dejó primero Cuba y luego Miami para venir a España a montar, junto a su mujer, una clínica en Madrid, Q Dental, hoy dirigida por Sergio y Eduardo de la Torre. Ambos nos explican los propósitos del Diseño Digital de la Sonrisa (DSD) -“conseguir sonrisas sanas, naturalmente bellas y estéticas para favorecer la autoestima de nuestros pacientes”-, defienden la aplicación de las nuevas tecnologías en el día a día de los tratamientos, repasan el estado de la profesión, la evolución de los tratamientos en implantología y nos hablan de sus aficiones fuera del trabajo.



Miami. Allí se sacó el National and State Board. En ese momento fundó su primera clínica junto a nuestra madre.

EDUARDO: Pero en 1982 deciden venirse a España. Nuestra madre es española y a nuestro padre le encantaba la cultura y la forma de vida de aquí. Abrieron Q Dental en la zona de cuatro caminos.

SERGIO: Se puede decir que hemos crecido en el sillón de un dentista. Sentimos gran admiración hacia el trabajo que ha desempeñado nuestro padre. Y siempre hemos sentido que queríamos continuar con su legado. Yo cada día me enamoró más de mi profesión.

EDUARDO: Así que no es de extrañar que hoy mi hermano y yo seamos odontólogos amantes y apasionados por la profesión.

P.- ¿Cuáles son las especialidades de su clínica?

EDUARDO: Hoy en día una clínica moderna no se concibe sin tener todas las especialidades y eso es lo que hacemos nosotros. Contamos con un departamento de ortodoncia, prostodoncia, implantología, periodoncia, odontopediatría, endodoncia, cirugía y estética. Además contamos con un departamento de fisioterapia y osteopatía que es algo poco habitual en las clínicas y así podemos dar soluciones reales a todo los problemas de articulación y bruxismo que antes como dentistas nos quedábamos cortos en ese sentido.

SERGIO: En mi caso mi especialidad es la implantología y la estética. En estos últimos 10 años le he dedicado mi tiempo a la cirugía pero he notado que con la estética puedes llegar mas fácil al corazón de la gente.

P.- ¿Cómo se dividen el trabajo?

EDUARDO: No hay división. Los dos nos dedicamos a la cirugía y a la estética. Tener el control de todo es algo que favorece nuestros casos.

SERGIO: A veces, desarrollamos los tratamientos de forma diferente, pero el resultado es el mismo.

P.- ¿En qué se diferencia su clínica de otras muchas?

EDUARDO: Para empezar, tenemos un equipo muy diferente. Contamos con un cámara de cine dentro del equipo, una periodista y un fisioterapeuta. Estos puestos de trabajo no son nada habituales en una clínica. Además de eso, nos distingue el haber sabido combinar la tradición familiar con todos los avances de las tecnologías digitales y sobretodo la aplicación de los protocolos del diseño digital de la sonrisa (DSD) que es en lo que basamos todos nuestros casos.

SERGIO: Es una clínica familiar y eso los pacientes lo acaban respirando y se sienten como en casa. También utilizamos las tecnologías de última

generación y siempre estamos investigando e innovando.

P.- ¿A qué perfil responden sus pacientes?

EDUARDO: A nuestros pacientes les gusta cuidarse la boca y a nosotros nos gusta que se involucren y que colaboren con nosotros. Al final se acaban convirtiendo en amigos y en muchos ca-



Arriba, los hermanos De la Torre, junto a su padre, también dentista. Sobre estas líneas, con el cámara de la clínica Q Dental y una de las pacientes tratadas con DSD.

PREGUNTA.- ¿A qué se debe que dos hermanos hayan elegido la misma profesión? ¿Tradición familiar?

SERGIO: Nuestro padre estudió odontología en la universidad de la Habana. Siempre quiso ser dentista. Allí empezó a ejercer su profesión y luego se trasladó a Estados Unidos, concretamente a



Eduardo aprovecha sus vacaciones para practicar kite-surf o submarinismo.

tos familia después de 30 o 40 años.

SERGIO: Lo que prima es gente que se quiere cuidar la boca aunque no hay que obviar que siguen existiendo personas que vienen sólo cuando tienen alguna urgencia. Pero cada vez menos.

P.- ¿Qué es el DSD?

LOS DOS: El diseño digital de la sonrisa se basa en un análisis facial tomando medidas dentales, utilizando fotografías digitales y vídeos de alta calidad. Analizando las fotos y los vídeos en-

tendemos la relación que existe entre los dientes, encías, labios y sonrisa. Sobre las fotografías digitales se diseña en 2D la sonrisa perfecta según los parámetros previamente establecidos.

Con esta idea de implantar el protocolo DSD los dentistas de

todo el mundo desarrollan de forma mas humana, emocional y artística los tratamientos estéticos dentales. El DSD (Diseño Digital de la Sonrisa) tiene como propósito conseguir sonrisas sanas, naturalmente bellas y estéticas para favorecer la autoestima de nuestros pacientes

P.- ¿Estamos los españoles ‘obsesionados’ con la estética? ¿Qué proporción de pacientes llegan a su consulta por esa razón?

EDUARDO: Los españoles no están obsesionados para nada con la estética, creo que una obsesión sería algo malo. Sí que es cierto que la demanda ha crecido mucho en los últimos años. No estamos a los niveles de países como en Estados Unidos o Brasil pero cada vez nos acercamos más.

SERGIO: Parte de mi formación la realicé en Estados Unidos donde desde pequeños les inculcan que se cuiden la salud y la estética dental. En España desde hace aproximadamente dos años la gente ya se ha ido concienciando de ambos aspectos.

P.- ¿Qué papel juega la tecnología en sus tratamientos?

EDUARDO: No concebimos una odontología sin la tecnología. Por supuesto el factor humano es algo que no tiene que desaparecer y la habilidad manual de los doctores es algo que la tecnología no

Eduardo: “La habilidad manual de los doctores no puede suplirse. Pero es cierto que el uso de tecnologías digitales nos ha hecho más predecibles en resultados”



puede suplir, pero sí que es cierto que el uso de las tecnologías digitales, como el video o la fotografía, nos han hecho más predecibles a la hora de llegar a esos resultados finales con nuestros casos.

SERGIO: Nunca hay que olvidar de donde venimos y las técnicas tradicionales porque al final cuando estás en la boca del paciente no ha cambiado nada. Pero sí que nos ha ayudado a la hora de transmitir conocimientos.

P.- En el campo de la implantología, ¿los tratamientos están al alcance de todo el mundo?

EDUARDO: Cuando la implantología llegó a la odontología, se trataba de un servicio muy exclusivo. Pero al haberse difundido tanto entre la sociedad, han aumentado el número de casas que se dedican a la fabricación de estos implantes de titanio y por lo tanto, los precios han bajado mucho.

Sergio: “Hoy en día que alguien no pueda llevar una prótesis aunque sea semi fija es casi imposible. Aunque sí que debería haber ayudas desde el Gobierno”

en otros países europeos. Con esos subsidios se podrían facilitar tratamientos básicos para poder comer a personas con menos posibilidades económicas.

P.- ¿Hasta qué punto se puede innovar en la especialidad? ¿Cual

es aún el reto de la implantología?

AMBOS: La implantología avanza día a día. Todos los estudios van enfocados a que el tratamiento sea más cómodo y rápido para el paciente, es decir que la osteointegración sea más rápida. Y lo que más influye es el diseño del implante y cómo se trata la superficie del mismo. Me atrevo a decir que las técnicas que aplicamos hoy en día no tendrán nada que ver con las que aplicaremos en diez años.

P.- ¿Qué opinión le merecen las franquicias? ¿Están pensando en crecer mediante esta vía?

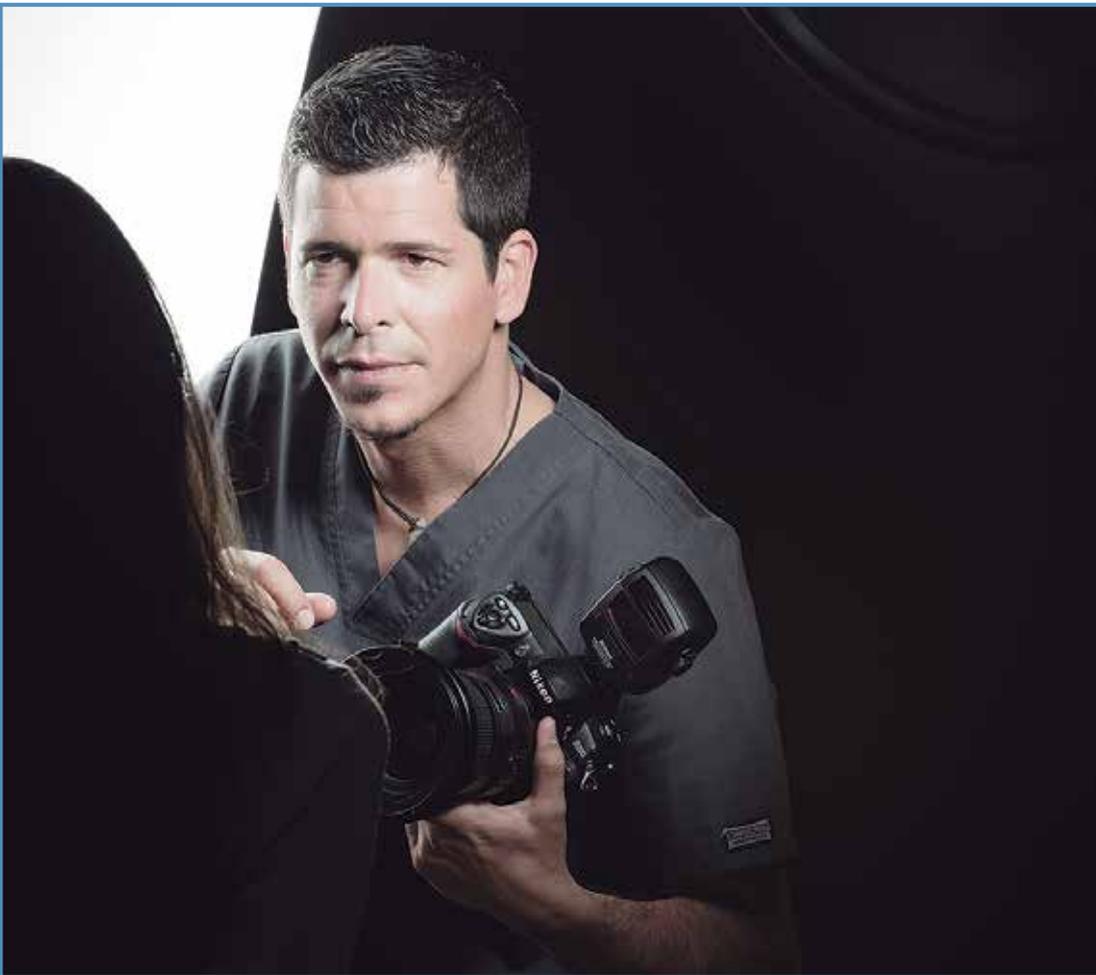
EDUARDO: El hecho de que en España cualquier persona sin un título de odontología pueda abrir una clínica dental me parece



Sergio en un concierto de Counting Crows, arriba, y en la nieve, otra de sus aficiones.



Eduardo de la Torre no concibe la odontología sin la tecnología.



Para Sergio de la Torre reconoce la utilidad de la tecnología a la hora de transmitir conocimientos.

Eduardo: “Hemos convertido una ciencia médica como es la nuestra en un producto a la venta. Las franquicias tiran por tierra toda la belleza de esta profesión”

“Seguimos haciendo colaboraciones en televisión y esto ha provocado que llegemos a más gente por la difusión que supone exponerse en un canal”

sorprendió no poder elegir los laboratorios donde quería mandar mis trabajos. Eso me hacía pensar que no podía dar lo mejor a mis pacientes. Por eso jamás trabajaré para una.

P.- ¿Qué consejo le daría a los actuales estudiantes?

EDUARDO: Que se preparen, que hagan cursos, masters y que no se desanimen porque el mercado es muy competitivo y no es fácil abrirse camino hoy en día.

SERGIO: Que disfruten de su profesión, es complicada, no es de color de rosas, la odontología es una ciencia imperfecta aplicada a pacientes imperfectos y desarrollada por odontólogos imperfectos. Que se enamoren de su profesión y que hagan la especialidad que más les guste. Y que no se obsesionen si no llegan a los resultados que se habían marcado.

P.- ¿Les gustaría dedicarse a la docencia?

AMBOS: No solo nos gustaría sino que a día de hoy ya es una realidad con la apertura del centro de enseñanza NEXT LEVEL donde impartiremos cursos para todas las especialidades y también como centro oficial DSD (diseño digital de la sonrisa).

P.- Han participado en algún programa de televisión, ¿cómo fue la experiencia?

LOS DOS: Muy enriquecedora. Contactaron con nosotros para mejorar la sonrisa de las personas que participaban en el programa. Y los resultados de satisfacción han sido increíbles. Seguimos haciendo colaboraciones y esto ha provocado que llegemos a más gente por la difusión que supone exponerse en un canal de televisión.

P.- ¿Esta profesión deja tiempo libre? ¿Qué aficiones tienen? Háblenos un poco de su vida fuera del trabajo.

EDUARDO: Una de mis principales aficiones es mi profesión. Tenemos poco tiempo libre, pero cuando cogemos vacaciones lo hacemos por todo lo alto. Yo aprovecho para esquiar, hacer kite-surf,

submarinismo y pintar.

SERGIO: Antes de dedicarme a la odontología estuve muchos años jugando al tenis. Me dedicaba semi profesionalmente y ahora lo practico los domingos. Y a parte del tenis me gusta esquiar, los deportes de nieve, el mundo de los aviones y la música. Siempre que puedo me escapo a algún concierto.

fatal. Toda clínica debería tener un director médico. Hemos convertido una ciencia médica como es la nuestra en un producto a la venta. Las franquicias para mí, tiran por tierra toda la belleza de esta profesión que amamos tanto.

SERGIO: No me gusta generalizar, porque al final es un grupo de clínicas. Yo he tenido la oportunidad de trabajar en una y me



sistema
OMNIA



sistema
SEVENTEEN-ONE



sistema
EASY



sistema
CONICAL ACTIVE



**MÁXIMA
CALIDAD**

A

**COSTE
RAZONABLE**

MaCo
IBÉRICA
Dental Care

Encuéntrenos en

 oralsurgerytube.com

 facebook.com/macoiberica

+34 964 23 22 00

ANTONIO MONTERO

Presidente del COEM

“El mercantilismo y la publicidad engañosa nos están desprestigiando”

Ha asumido la presidencia del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la primera región (COEM) para “intentar devolver a mi profesión algo de lo mucho que me ha dado”. Admite que para las personas que se incorporan al mercado laboral “las perspectivas son nefastas”, ve imprescindible implantar numerosas clausuras y confía en conseguir de la Administración el compromiso de que el COEM regule toda la publicidad del sector.

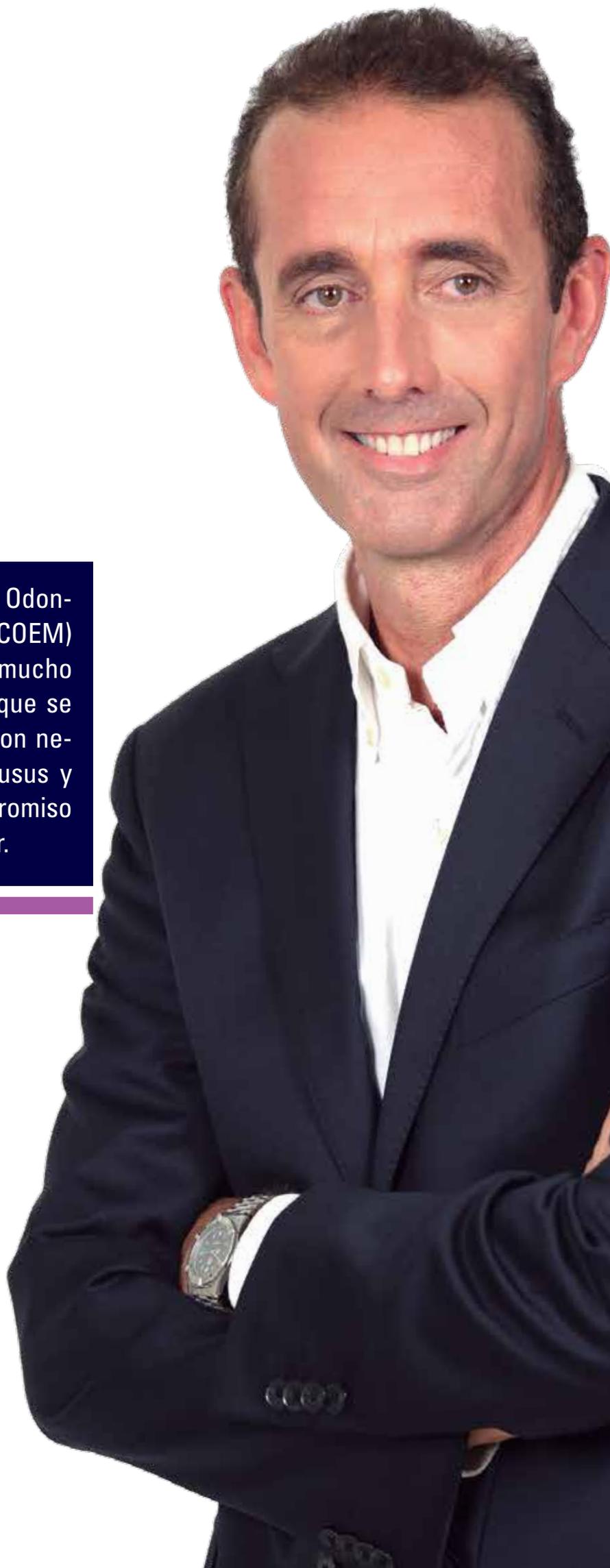
PREGUNTA.- ¿Por qué decidió presentarse a la presidencia del COEM?

RESPUESTA.- De alguna manera siempre me he considerado unido al Colegio. Cuando terminé mis estudios acudía a todos los cursos que el COEM organizaba y eso me ayudó a decidir la especialidad por la que sentía más afinidad. Luego, con los años, por unas u otras razones he estado relacionado con el Dr. Juan Antonio López Calvo, el Dr. Sabino Ochandiano y el Dr. Ramón Soto-Yarritu. Todos magníficos Presidentes y ejemplos a seguir. Por otra parte, tengo la suerte de llevar veinte años dedicándome a la profesión que me gusta. La odontología me ha dado muchas cosas. Me ha dado grandes amigos, una forma de ganarme la vida y una verdadera pasión por mi trabajo. Creo que ha llegado el momento de intentar devolver a mi profesión algo de lo mucho que me ha dado.

P.- ¿Qué objetivos se ha marcado la actual Junta Directiva?

R.- Nuestros objetivos son muchos y ambiciosos. La situación actual de la Odontología es realmente compleja. Para las personas que se incorporan al mercado laboral las perspectivas son nefastas. El exceso de profesionales, el auge de las franquicias de clínicas *low cost* y en definitiva las pocas alternativas de poder trabajar de un modo digno, ha hecho crecer el desánimo entre nuestros compañeros. Para atajar todos estos problemas creemos que hay que acudir a la causa del problema. Lucharemos por que la administración limite el número de dentistas que se gradúan cada año. Que cumplan la normativa de ANECA respecto a número de alumnos admitidos tanto en universidades públicas como privadas. Que se acomode el número de estudiantes con las posibilidades reales del mercado de trabajo.

Por otra parte pretendemos que se regule la publicidad de nuestro



sector. El mercantilismo y la publicidad engañosa nos está haciendo mucho daño. Nos está desprestigiando. Nuestro trabajo forma una parte esencial del Sistema de Salud y parece que eso se está olvidando. Nosotros realizamos actos médicos, no vendemos tratamientos como el que vende coches. Estamos convencidos de conseguir de la Administración el compromiso de que el COEM regule toda la publicidad del sector.

También pretendemos aumentar el número de servicios y prestaciones de las que se podrán beneficiar nuestros colegiados. Y por supuesto optimizar las instalaciones de nuestra fantástica sede. El increíble trabajo desarrollado por la anterior Junta de Gobierno nos ha dotado de un espacio único en nuestro sector. En él se podrán celebrar congresos, presentaciones de productos, cursos, etc. Estoy convencido que con una gestión adecuada la nueva sede será rentable tanto en lo científico como en lo económico.

P.- ¿Cómo definiría a su equipo de Gobierno?

R.- Todos son magníficos clínicos, docentes y lo más importante totalmente implicados con la defensa de la profesión. Lo cierto es que a veces dudo estar a su altura. Además, representan todos los sectores de nuestra profesión. Algunos trabajan en sus propias consultas, otros son trabajadores por cuenta ajena, tenemos representantes de la Sanidad Pública, incluso de las Fuerzas Armadas.

No tienen ningún interés personal ni afán de protagonismo y lo que es más importante todos son buenisimas personas.

P.- ¿Cómo valora estos últimos años del Dr. Ramón Soto-Yarritu en el COEM?

R.- Creo que la labor que ha realizado el Dr. Ramón Soto-Yarritu y su equipo en estos últimos cuatro años ha sido insuperable. El impulso de modernidad y los cambios que se han producido en el Colegio están a la vista de todos. La lucha contra la Odontología *low cost*,

las campañas en los medios de comunicación, los nuevos servicios COEM, la organización del DIP, el Congreso Bienal con más de 1500 participantes, la nueva sede y tantas y tantas cosas. Abruma pensar en mantener ese ritmo de actividades. Nuestro reto es mantenernos a su altura y sin duda vamos a trabajar por lograrlo.

P.- Y de cara a los pacientes, ¿qué va a hacer la nueva Junta Directiva?

R.- Uno de los objetivos del Colegio es la defensa de una salud bucodental de calidad entre los ciudadanos. Queremos mentalizar al paciente de la importancia de pensar dos veces en manos de quien ponen en juego sus salud. Las campañas contra las franquicias, el mercantilismo y los sobre tratamientos no sólo van encaminadas a mejorar las condiciones laborales de nuestros compañeros colegiados, sino a favor de mejorar la atención a los pacientes.

Otro de nuestros objetivos es mejorar la imagen que el dentista tiene en la sociedad. La importancia del dentista de confianza y hacer ver que la salud no es un objeto sobre el que regatear como en un mercadillo de pueblo.

P.- ¿Qué oportunidades se abren al disponer de una nueva sede colegial?

R.- Por una parte disponemos de un nuevo espacio de encuentro entre los compañeros. Más cómodo, más amplio y a la disposición de todos. Tenemos un salón de actos que nos permitirá no externalizar eventos con el ahorro que eso va a suponer. Además nos permitirá organizar cursos y conferencias aún más atractivos con ponentes nacionales e internacionales de primerísimo nivel. Nuestro objetivo es abrir el Colegio a las Sociedades Científicas para que éste sea su centro de referencia en la organización de Cursos y Congresos a un precio muy atractivo. Todo esto mejorará nuestra imagen y sin duda, ayudará a la amortización económica de la sede.

P.- ¿Debe el Colegio estar más cerca de la sociedad? ¿Qué hay previsto en ese sentido?

R.- En estos últimos años el Colegio se ha abierto a la sociedad. Hemos participado en medios de comunicación gracias al impulso dado

por nuestro gabinete de prensa. Además, hemos desarrollado numerosas campañas de fomento de la salud bucodental con una labor magnífica de la Fundación COEM. La apertura de la Clínica de La Cañada Real ha sido premiada por numerosas instituciones y la labor de la Comisión de Ayuda Social ha desarrollado una tarea digna de admiración por todos. Nuestra intención es continuar con todas esas actividades y acrecentarlas.

P.- Mejorar la salud dental ¿de quien es responsabilidad? ¿de los

profesionales o de los servicios públicos?

R.- La salud dental es responsabilidad de todos. Los compañeros que trabajan en la Sanidad Pública realizan una labor inconmensurable. Pero están limitados por las prestaciones que el Sistema Sanitario cubre. En España la mayoría de los tratamientos están en manos de los profesionales privados. Sobre estos es sobre los que recae el grueso de los tratamientos. Creo que es responsabilidad de todos intentar dar la máxima calidad a nuestros pacientes. Sin buscar otra cosa que la excelencia en lo que hacemos. Para ellos el Colegio colaborará con su programa de formación continuada intentando que los colegiados estén al día en las últimas técnicas y tratamientos.

P.- ¿Cómo puede combatir el Colegio casos como el de FunnyDent?

R.- Un asunto tan lamentable como éste por desgracia es fruto de la legislación española que permite que cualquier empresario, sin otro interés que el enriquecimiento personal, pueda montar una cadena de clínicas dentales como el que abre una cadena de supermercados. El problema es que aquí se juega con la salud de los ciudadanos. En este sentido el Colegio lo único que puede hacer es luchar con la Administración por que ponga coto a este despropósito y que de una vez por todas limite el mercantilismo y la publicidad engañosa que tanto daño están haciendo. Por otro lado tenemos la responsabilidad

“La situación actual de la Odontología es realmente compleja. Para las personas que se incorporan al mercado laboral las perspectivas son nefastas”

“Queremos mentalizar al paciente de la importancia de pensar dos veces en manos de quien ponen en juego su salud”

**Antonio Montero
acaba de asumir la
presidencia del-
COEM.**



de concienciar a la población de la importancia de buscar una odontología de calidad sin caer en la trampa de las compañías que sólo buscan enriquecerse a su costa.

P.- ¿Qué repercusiones tiene para los colegiados este tipo de casos?

R.- Para los colegiados que trabajan en esos centros tiene repercusiones muy negativas. Por un lado el problema económico, ya que muchos de ellos han estado muchos meses sin cobrar y es probable que nunca lo hagan. Por otro lado las posibles repercusiones legales que ante demandas de los pacientes puedan tener, por no hablar de soportar acusaciones de pacientes que los hacen cómplices del engaño cuando en realidad son tan víctimas como ellos.

Para los profesionales que tenían clínicas próximas en ocasiones supuso la ruina ya que es imposible competir con alguien que trabaja por debajo del precio de costes.

Y en general para todos los colegiados supone ver como una profesión como la nuestra cada día se desprestigia un poco más. Ante estos escándalos la población no discrimina y se queda con la idea que todos somos iguales, lo cual evidentemente no es cierto.

P.- ¿La empresarialización de la profesión ha puesto en riesgo la calidad del servicio al paciente?

R.- Indudablemente. Los tratamientos en muchos casos los “vende” un comercial a comisión, que no vela por lo que será mejor para la salud de los pacientes sino lo más beneficioso para la empresa. Lo más lucrativo económicamente, que casi siempre supone el



Imagen del nuevo presidente del COEM.

sobre tratamiento y que el paciente se endeude con financiaciones que de una forma o de otra al final hay que pagar.

P.- ¿Qué opinión le merece la proliferación de policlínicas y la bajada generalizada de precios?

R.- La causa de la proliferación de clínicas es el despropósito del número de dentistas que cada año salen graduados de la Universidades. Si en Madrid se formaran cada año 900 dermatólogos u oftalmólogos las clínicas de estas especialidades proliferarían sin sentido. Eso ha pasado con nuestra profesión. Cualquier profesión que se satura de profesionales inevitablemente se deteriora. Y esto ya ha pasado con la Odontología. Hasta que la Administración no se dé cuenta de este problema, la situación no hará otra cosa que empeorar.

Respecto a la bajada de los precios creo que la competencia y la crisis ha llevado a los precios casi al mínimo soportable. Los precios de las franquicias no son inferiores a los de los dentistas privados. La diferencia es que venden precios muy bajos pero sólo de parte del tratamiento y no del tratamiento finalizado. Con ello atraen al paciente, le obligan a pagar con financiación el tratamiento completo y a partir de aquí el paciente es cautivo de la

clínica no pudiendo dar marcha atrás.

P.- ¿Qué se puede hacer para solucionar el exceso de dentistas que actualmente se vive en España?

R.- La única salida es que la Administración establezca números clausus. En su día este problema ya se dio en Medicina. A raíz de im-



Imagen de la nueva junta directiva que acompaña a Montero en su mandato.

plantar un control en el número de licenciados el mercado se reguló y hoy cualquier estudiante de Medicina sabe que al finalizar sus estudios trabajará en su profesión. Por desgracia esto no pasa en Odontología.

P.- ¿En qué cree que se diferencian los dentistas de 'siempre' de las nuevas generaciones?

R.- El dentista de siempre sabía que acabaría montando su propia consulta y poco a poco, con esfuerzo y formación sería capaz de ganarse la vida. Hoy en día esto es inviable. Las nuevas generaciones lo tiene muy difícil. Desgraciadamente muchos de ellos han optado por buscar su futuro en el extranjero, donde las Administraciones no han cometido los errores que aquí y los profesionales encuentran trabajo sin dificultad con unos niveles económicos y de reconocimiento social que nosotros ni soñamos.

P.- ¿Cree que se sigue estudiando Odontología por vocación o que priman otros objetivos?

R.- Durante muchos años se ha relacionado la Odontología con un cierto nivel económico. Eso atrajo a mucha gente sin vocación, gente que posiblemente encontró una salida laboral, pero que ni consiguió riqueza ni felicidad en lo que hacían. El que hoy siga con esta idea sería mejor que se lo pensara. El que tenga una vocación real estoy seguro que acabará triunfando. Con esfuerzo, formación, ilusión, tratando bien a los pacientes y buscando la excelencia y no el dinero rápido, acabarán triunfando.

P.- ¿Sigue habiendo intrusismo profesional en la Odontología?

R.- Afortunadamente el intrusismo prácticamente ha sido erradicado. En este aspecto ha sido esencial la labor realizada por la Comisión de Ejercicio Profesional, denunciando todos aquellos casos de intrusismo de los que ha sido informado. Pero sí es cierto que

sufrimos otro tipo de intrusismo, más larvado y bajo la impunidad del reglamento español. Me refiero a la acción de empresarios ajenos al sector que ejercen de propietarios de cadenas de clínicas dentales. Estos empresarios no se rigen por un interés sanitario de promover la salud entre los ciudadanos sino que ven las clínicas como un negocio del que lucrarse. Por esto han incorporado prácticas agresivas de venta de tratamientos a pacientes, bajo descuentos muchas veces ficticios, con comerciales encargados de explicar y vender los presupuestos. Contra este tipo de intrusismo es más difícil luchar porque desgraciadamente le ampara la legislación.

P.- ¿Qué se puede hacer contra la publicidad engañosa?

R.- Uno de los objetivos de nuestra Junta de Gobierno es conseguir que la Administración cambie la actual legislación para que sea el COEM el que vise toda la publicidad de nuestro sector. Será una tarea difícil pero estamos seguros de poder conseguirlo.

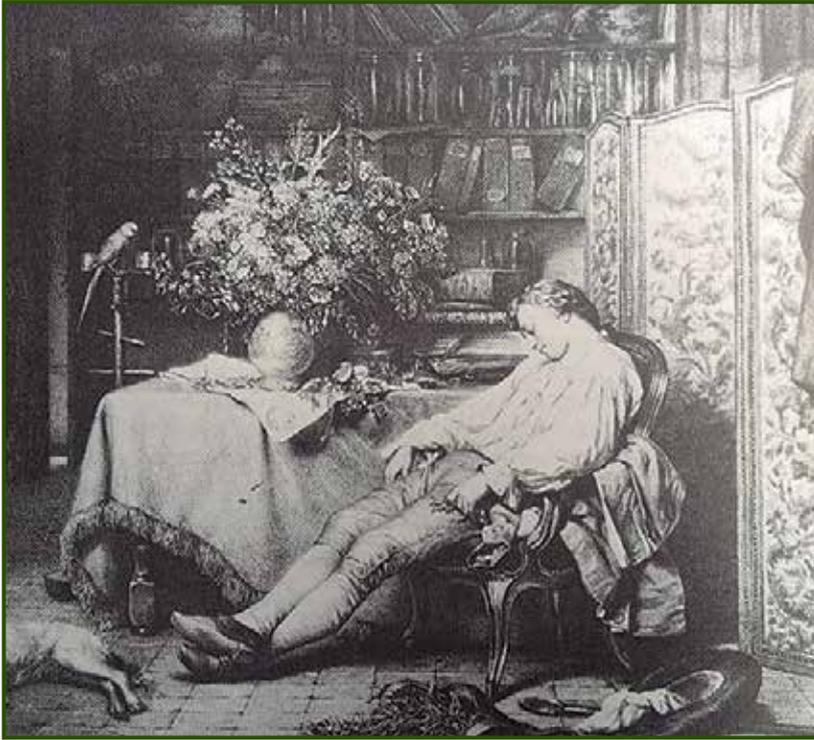
P.- En definitiva, ¿cuál cree que es el principal problema de la profesión actualmente?

“Ante estos escándalos la población no discrimina y se queda con la idea que todos somos iguales, lo cual evidentemente no es cierto”

“El problema principal es la plétora profesional. El número excesivo de dentistas por habitante ha desencadenado paro profesional y precariedad laboral”

R.- El problema principal es la plétora profesional. El número excesivo de dentistas por habitante (el mayor de toda Europa) ha desencadenado paro profesional y precariedad laboral. Muchos de esos empresarios sin escrúpulos se aprovechan de esa circunstancia para que compañeros más jóvenes cedan a las presiones de recomendar tratamientos más costosos a los pacientes y cumplir con unos objetivos de facturación mensual. De no hacer esto en

muchos de los casos no se les renueva el contrato. La Administración tiene la obligación de poner coto a todo esto con el establecimiento de números clausus. Estoy seguro que es una pretensión difícil de conseguir, pero si no se ataja la causa del problema, esta dinámica no hará otra cosa que empeorar cada año.



'Carlos Linneo en su juventud', por Louis Poper Roix.

CARLOS LINNEO

Breve semblanza de un médico desconocido



Por Francisco Javier Barbado

La pasión por clasificar

Carlos Linneo (1707-1778) es reconocido en el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina primero como médico y luego como botánico y naturalista sueco. En la comunidad científica es considerado como el Príncipe de la Botánica y el padre de la Taxonomía. A la edad de 28 años publicó la primera versión de su obra cumbre 'Systema Naturae' (1735)

Las palabras del propio Linneo "Deus creavit Linnaeus disposuit" -Dios creó y Linneo ordenó-, según Sánchez Ron ('Libros inmortales', 2012) describen con justeza lo que tal vez sea una mezcla perfecta de pasión y perentoria necesidad intelectual: la de describir, organizar, clasificar y sistematizar.

Linneo en sus obras 'Systema Naturae y Species plantarum' (1753) sentó las bases de la moderna taxonomía binominal para los nombres científicos de ani-

males, plantas, hongos y bacterias. La actual práctica de la clasificación biológica consta en los Códigos Internacionales de Nomenclatura Zoológica y Botánica. Ambos códigos se basan, salvo excepciones, en la taxonomía linneana (P.Vargas, 'El Árbol de la Vida, sistemática y evolución de los seres vivos'. 2012)

Todo esto ha ocultado que Linneo fue médico de "ver enfermos", profesor de Medicina, y que realizó numerosas y excelentes publicaciones médicas.

Un laberinto de nombres

Carlos Linneo nació el 23 de mayo de 1707, en Råshult, un pueblo sueco de la región de Småland, como primogénito de una típica familia de un pastor protestante.

Curiosamente Linneo no tiene un único nombre original. Fer-

nando A. Navarro en una magnífica monografía ('Medicina en español', 2015) detalla el cómo y por qué se le conoce a Linneo por varios nombres.

El padre de Linneo, Nils Inge-marrsson (es decir, hijo -sson- de Ingemar) cuando fue a estudiar a la universidad eligió un nombre latino *Linnaeus* (a partir de *linn* -tilo-, por un viejo tilo que la familia tenía en su granja). Al nacer Linneo, sus padres lo bautizaron con el nombre de Carlos y entonces su nombre original era Carl Nilsson (hijo de Nil). Cuando Carl Nilsson inició sus estudios de Medicina en la Universidad de Lund en 1727, se inscribió, como era costumbre de la época, con nombre latino *Carolus Linnaeus*, con el que firmó casi toda su obra científica.

Sin embargo, en 1757, cuando el rey de Suecia lo elevó al rango nobiliario, adoptó oficialmente el nombre Carl von Linné, es decir con apellido francés precedido de la partícula nobiliaria germánica von, que en ocasiones usó de forma latinizada como Carolus a Linné. También es nombrado como Princeps botanicorum, Plinio nórdico, Segundo Adán y otros nombres pintorescos, y curiosamente para los botánicos y zoólogos actuales dedicados a la sistemática y taxonomía, es sencillamente 'L'.

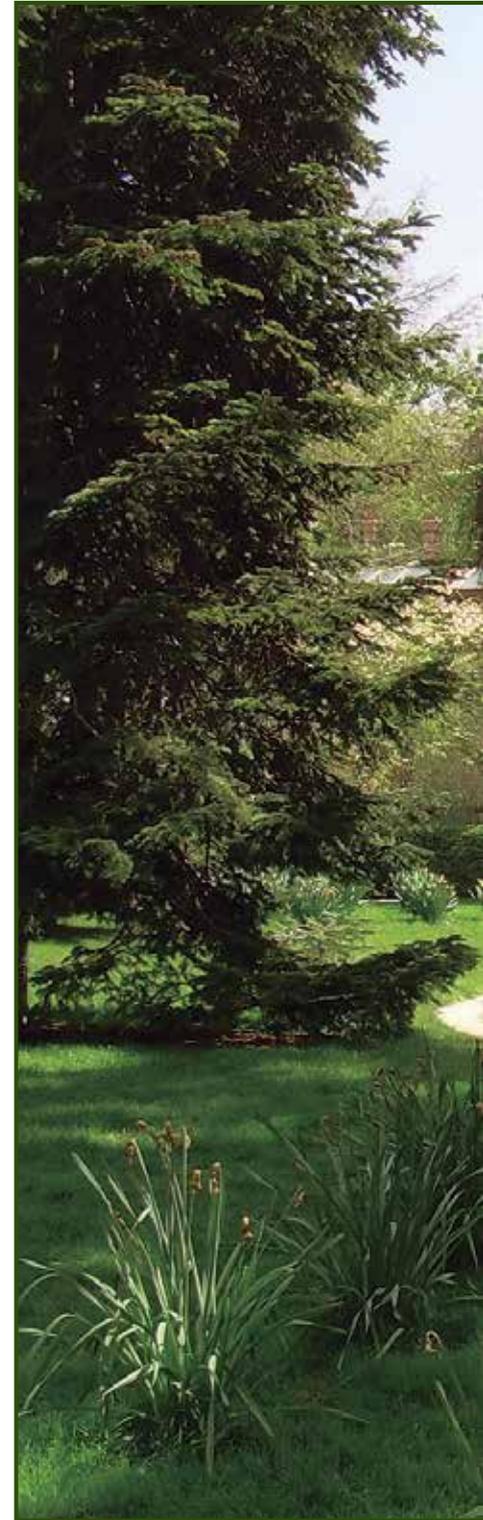
Todo esto nos explica que el nombre de Linneo varía de una lengua a otra. Por ejemplo, en Suecia y Alemania, lo llaman Carl von Linné; en el Reino Unido, Carolus Linnaeus; en francés, Carl Linné; en italiano, Carlo Linneo y en portugués, Carlo Linneu.

La familia

El padre de Linneo, Nils Linné, se ordenó sacerdote en 1704 y fue nombrado pastor de Stenbrohult, un pueblo a orillas del lago Mök-

Todo esto ha ocultado que Linneo fue médico de "ver enfermos", profesor de Medicina, y que realizó numerosas y excelentes publicaciones médicas

keln, en Småland. Se casó con Christian Broderonia, en marzo de 1706. El pastor tenía 31 años y la novia 17. Un año después, en 1707, nació su primer hijo Carl, en



Råshult, tras un parto difícil. Carl tuvo tres hermanas y un hermano, Samuel, que sucedería al padre como párroco de Stenbrohult. Samuel es conocido como autor de un notable libro sobre apicultura, en el contexto del gran interés que había en el siglo XVIII por las ciencias naturales útiles.

En 1739 Carlos Linneo se casó con Sara Lisa Moraea y tuvieron un único hijo, llamado también Carlos.

Un inciso. Garrison, un autor serio, que en un libro riguroso ('Introducción a la Historia de la Medicina', 1921), nos sorprende



Glorieta de Linneo, Real Jardín Botánico.

con una pequeña historia digna de un programa del corazón. Dice así: “El gran botánico sueco Carl von Linné, o Linnaeus, era también médico, habiendo estudiado Medicina con el fin de alcanzar la mano de la hija de un rico médico práctico; el padre rechazó el consentir en el matrimonio, a menos que su futuro hijo político se hiciera doctor”.

El estudiante Linneo

Linneo cursó los primeros estudios en el Gimnasio de la cercana ciudad de Vaxjö. Allí recibió las enseñanzas del médico Johan Rothman, que le inició en el aprendizaje de la historia natural. Gunnar en una biografía oficial de bolsillo (*‘Instituto Sueco’*, 2005) destaca que según la leyenda fue un alum-

no sin pena ni gloria.

En el año 1727 inició los estudios de Medicina en la Universidad de Lund, en el sur de Suecia. En 1728 se mudó a Upsala, ciudad con una universidad mayor y más antigua fundada en 1477, debido a la falta de expectativas profesionales y la existencia de una comunidad científica versada en la ciencia botánica. En Upsala tuvo como mecenas a los profesores Olof Rudbeck y Lars Roberg, quienes le consiguieron una beca para realizar estudios en Laponia en el año 1732.

Doctor en Medicina

Linneo pasó a la Universidad de Harderwicjk, en Holanda, donde obtuvo el grado de doctor en Medicina con una tesis doctoral *‘Nueva Hypothesis nova de febrim intermittenium’* (Nueva

el gran sistemático del saber clínico. Boerhaave fue profesor de Medicina teórica, Medicina práctica, Botánica y Química, y en todas estas disciplinas supo brillar con luz propia (Laín, *‘Historia de la Medicina’*, 1978).

Tras regresar a Suecia en 1738, ejerció la medicina en Estocolmo. En 1739 es nombrado médico del almirantazgo y trabajó en el hospital de la Armada, donde se interesó por la anatomía patológica. Gracias a su impulso se creó en esa misma fecha la Academia Sueca de Ciencias, sede

También es nombrado como *Princeps botanicorum*, Plinio nórdico, Segundo Adán y otros nombres pintorescos, y curiosamente para los botánicos y zoólogos actuales es sencillamente ‘L’

hipótesis sobre las fiebres intermitentes), el 23 de junio de 1735.

Linneo fue discípulo de Hermann Boerhaave (1668-1738),



Busto de Linneo en el estanque del Real Jardín Botánico.

actual de la entrega anual de los premios Nobel.

En el año 1741 ganó la cátedra de Medicina Clínica de la Facultad de Medicina de Upsala, modificada al año siguiente para que abarcara medicina y botánica. Recibió el nombramiento de médico de la Casa Real sueca en 1747, que conservaría hasta su muerte.

Contribuciones médicas de Linneo

Fernando A. Navarro nos advierte con firmeza que la enorme fama mundial que alcanzó como naturalista y botánico ha hecho olvidar que Linneo, fue ante todo y por encima de todo, médico.

Tenía nociones del origen por el agua de la fiebre palúdica y del origen parasitario de algunas enfermedades. Según Francisco Guerra ('Historia de la Medicina', 2007) Linneo como médico describió el embolismo, la hemicránea, y dejó la primera descripción clínica de la afasia (1745). Entre las obras médicas de Linneo hay que incluir sobre todo su 'Materia Médica' (Estocolmo, 1749-1752), apuntando que las plantas del mismo género tenían efectos similares.

El meritorio intento de Linneo para sistematizar y clasificar de forma binominal las enfermedades, en su excelente 'Genera Morborum' (1763), está casi en el saco del olvido. López Piñero ('La Medicina en la Historia', 2002) destaca entre las numerosas publicaciones médicas, sus obras sobre medicamentos vegetales (1749), animales (1750), minerales (1752), que reunió al final de su vida en el volumen 'Materia medica per tria regna naturae' (1772). Sin embargo, Linneo es desconocido como médico en la historia de la ciencia (Sánchez Ron, 'El Jardín de Newton', 2001).

La última vuelta del camino

En mayo de 1773 estando dando clases en el Jardín Botánico tuvo un apoplejía -un ictus, ac-

vo progresivo. Linneo falleció a las ocho de la mañana del 10 de enero de 1778.

Sus restos mortales reposan bajo una sencilla lápida junto a la puerta principal de la vieja catedral gótica de Upsala.

La Glorieta de Linneo en el Jardín Botánico de Madrid

Está situada en la terraza del Plano de la Flor, al final del paseo de Carlos III y enfrente de la entrada al neoclásico Pabellón Villanueva. Es mi rincón favorito, lleno de encanto y quietud melancólica, con un pequeño estanque ovoidal, a veces lleno de hermosos nenúfares. En el centro del estanque podemos contemplar el busto en bronce de Linneo en lo alto de una columna cuadrangular diseñada por Rubio Escudero en 1859 (P. Vargas, 'Jardín Botánico de Madrid, un paseo guiado', 2004).

La columna pedestal se erigió en honor de antiguos botánicos, cuyos nombres -Lagasca, Gómez

Ortega, Cavanilles, Loeffling, entre otros- adornan sus caras laterales. El estanque está rodeado por una palmera canaria típica, dos bellísimas secuoyas

gigantes, un abeto del Cáucaso y un nostálgico cedro del Líbano. Al inicio del estanque podemos ver una placa conmemorativa que resalta la trascendencia de Linneo en el Jardín. Su leyenda reza sí: Carl von Linné (1707-1778) "Deus creavit Linnaeus disposuit" Padre de la Botánica a la par que sueco ilustre artífice de la 'Sistematización Botánica' Médico, naturalista y botánico, cuyas enseñanzas e influencias llegaron a nuestro país con su discípulo Pehr Loeffling (1729-1756). Este Real Jardín Botánico aceptó desde su creación el espíritu científico difundido por Carlos Linneo. S.A.R. LA PRINCESA HEREDERA VICTORIA DE SUECIA dedicó esta placa el 13 de junio de 2001.

Las paradojas de Linneo

Es inquietante la reflexión de Fernando A. Navarro, director de la apasionante sección Laboratorio del lenguaje del Diario Médico: "En el fondo, no deja de ser curioso -una ironía del destino- que el gran reformador de la nomenclatura biológica, defensor ferviente de la normalización del lenguaje científico, fuera incapaz de uniformar y normalizar su propio nombre".

Don Pío Baroja ('Divagaciones apasionadas', 1924) reconoce que es difícil ser Linneo de sí mismo. Esta idea es aplicable al mismo Linneo, que escribió nada menos que cuatro autobiografías lo que expresa su dificultad para conocerse - ¡clasificarse!- a sí mismo.

Epílogo

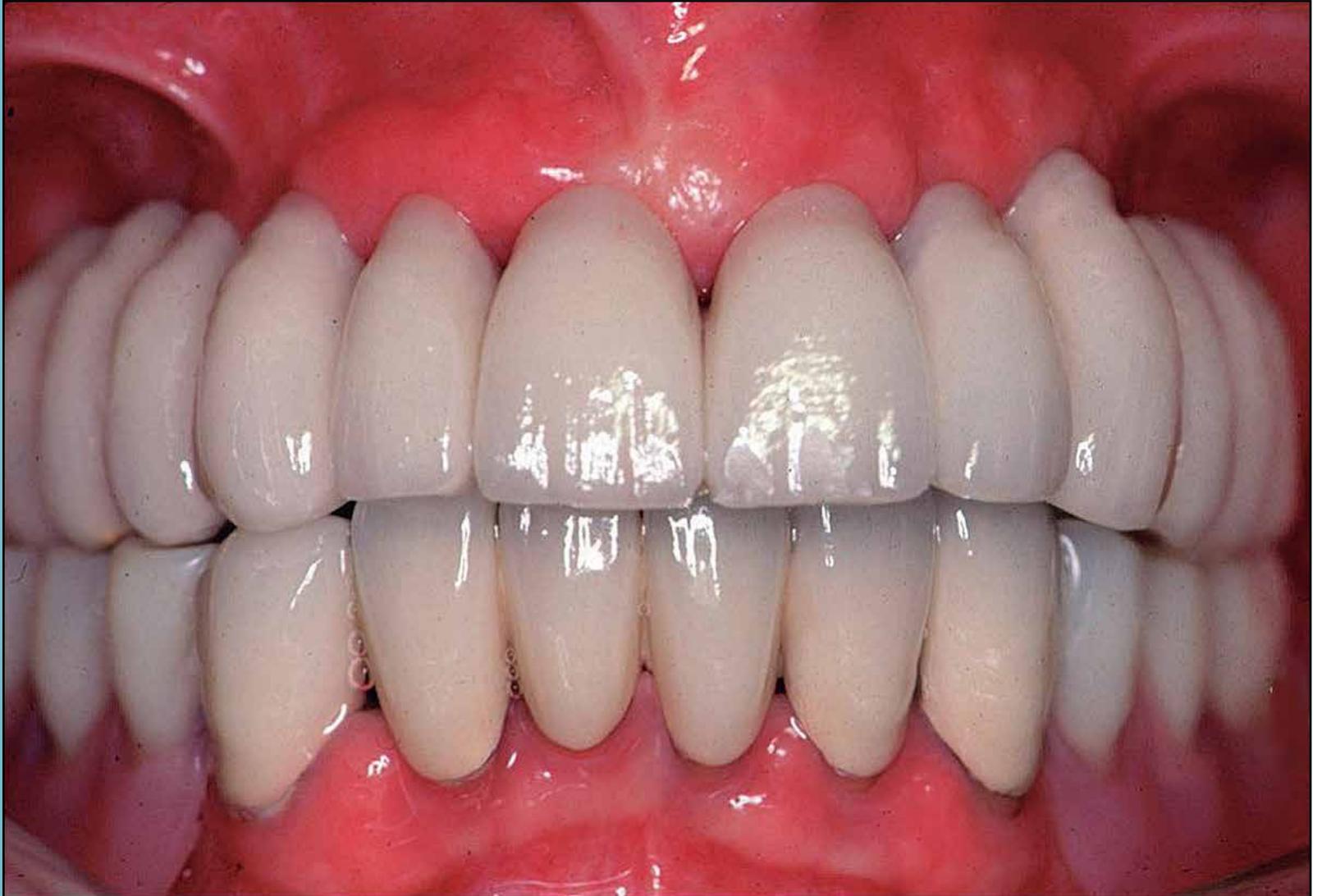
La teleología de este artículo está en las admirables palabras del profesor López Piñero: "Carl von Linné es otra de las 'grandes figuras' que está sufriendo la mitificación falseada de las publicaciones consumistas y los ensayos irresponsables. Por ejemplo, muchos de los que intentan defender la completa independencia de la profesión de botánico, desconocen, aunque parezca increíble, que era médico".

Por favor, tengamos la exactitud de Stendhal, también para Carlos Linneo.

Francisco Javier Barbado Hernández es Jefe de Sección de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz y Profesor Honorario de la Universidad Autónoma de Madrid.

Don Pío Baroja ('Divagaciones apasionadas', 1924) reconoce que es difícil ser Linneo de sí mismo. Esta idea es aplicable al mismo Linneo, que escribió nada menos que cuatro autobiografías

cidente cerebro vascular agudo con una hemiplejía, de la que nunca se recuperó por completo. En 1776 tuvo una recidiva del ictus, con deterioro cogniti-



NOVEDADES Y TENDENCIAS EN IMPLANTOLOGÍA

HABLAN LOS EXPERTOS

Los doctores Antonio Bascones, Eugenio Velasco, Guillermo Pradíes Ramiro, Rafael Gómez Font, Javier Sanz Esporrín, Jerián González Febles analizan los retos y avances de los tratamientos

REPORTAJES

Los principales fabricantes nos presentan las características y ventajas de sus productos

Con el número de este mes,
DVD con una intervención
quirúrgica guiada
del Dr. Luis
Cuadrado



Por Antonio Bascones

La implantología actual

Los últimos años han sido de un constante y revolucionario cambio en la odontología con los avances que se han presentado en el campo de los implantes y de la consecución estética posterior. Hoy día no se podría comprender la práctica clínica sin la utilización de esta tecnología que ha llegado a gozar de una sofisticación importante. Ya no sirve la simple colocación quirúrgica de los implantes sin antes haber realizado una correcta planificación y un diseño de lo que queremos realizar. Hace pocos años se colocaban los implantes donde había hueso sin tener en cuenta la prótesis que después íbamos a colocar. Hoy día es la prótesis la que manda. Para ello no solo tenemos las técnicas diagnósticas, en las que la radiología juega un gran papel, sino también los biomateriales que nos ayudan a la obtención de un hueso que sea capaz de soportar las fuerzas requeridas. Y por ende, los adelantos en la toma de impresiones (scanner oral), técnicas CAD-CAM y materiales de cerámica que ofrecen terminaciones estéticas de gran belleza.

Un capítulo importante es el de la regeneración ósea. El presente es muy bueno pero el futuro es apasionante. Los defectos óseos de los maxilares constituyen un gran problema, que muchas veces hay que solucionar con las técnicas quirúrgicas. Por ello la regeneración ósea nos ayuda a repararlos y a facilitarnos la colocación de los implantes. Es el hueso autólogo el que mejor nos sirve para conseguir una buena remodelación ósea. Lo podemos tomar de la sínfisis mentoniana, trígono retromolar, rama de la mandíbula, tuberosidad del maxilar o el hueso cigoma, y otros lugares como la calota craneal, costilla o tibia.

No se trata ya de 'reparar' en el sentido clásico del término, sino de estimular los procesos de autorregeneración ósea existentes de forma natural en el hueso, facilitándolos, induciéndolos o incluso provocando la disminución del tamaño del defecto.

En los últimos años se ha impuesto la ingeniería tisular que utiliza la combinación de células, matriz y factores de diferenciación para conseguir el objetivo de crear un tejido idéntico al original, tanto estructural



como funcionalmente. Tenemos, entonces la Medicina Regenerativa, esto es, la diferenciación de células madre hacia el linaje osteoblástico.

La utilización de las membranas tanto reabsorbibles como no reabsorbibles ha dado un gran impulso a la falta de hueso, al estimular unos tejidos frente a otros y favorecer la presencia de un hueso de mejores características.

Hay otro campo interesante que se está presentando ante nosotros con mucha fuerza y es el de los factores de crecimiento que pueden definirse como proteínas producidas por células, bien óseas (factores locales), bien extraóseas (factores sistémicos) que actúan modulando las funciones celulares, fundamentalmente la proliferación y diferenciación (factor de crecimiento insulínico, factor de crecimiento y transformación beta).

Sin embargo son las BMP (proteína morfogenética ósea) los factores de crecimiento que más atención han recibido en los últimos tiempos en

relación con la regeneración ósea por su acción sobre células multipotentes e inmaduras estimulando la diferenciación a líneas osteoblásticas, siendo por ello, osteoinductores y mineralizadores de tejido. La aplicación clínica futura es una realidad que nos hará cambiar nuestro enfoque técnico y quirúrgico consiguiendo una tasa de éxito más alta que la que tenemos en la actualidad.

Si tan solo hace veinte años hubiéramos previsto lo que podíamos alcanzar nos hubieran tachado de visionarios. Hoy, sin embargo, tenemos ante nosotros, no una entelequia sino una realidad.

El saber utiliza el substrato de los conocimientos pero no de una manera estática sino que los incorpora, analiza, interpreta, relaciona e integra en una red de pensamiento y siempre de una manera dinámica. Un buen profesional debe saber y poder aplicar este conocimiento bajo una base sólida sobre la que pivote el éxito de nuestros implantes. Es por ello que se necesita una buena preparación de los profesionales, con una enseñanza reglada de la implantología, que derive en el criterio, que ante un caso es necesario desarrollar, huyendo de los sobre tratamien-

tos innecesarios y de la falta de técnica. Hay que estar a medio camino pero siempre con el espíritu crítico y el juicio de los que nos han precedido.

En suma hay una importante cantidad de técnicas a nuestro alcance que en buenas manos harán posible que nuestros tratamientos gocen de una calidad inmejorable. De la bondad de ellas y de su correcta utilización surgirá un beneficio para todos.

No solo es suficiente conocer sino también aplicar con mesura, prudencia y espíritu crítico tan escaso, por otro lado, en nuestras latitudes. De la consecución de estos objetivos se derivará la buena calidad de nuestros tratamientos que recaerán, al fin y a la postre, en el agradecimiento de nuestros pacientes.

Antonio Bascones es Catedrático de la UCM, Académico Numerario de la Real Academia de Doctores de España y Académico correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

En regeneración ósea. El presente es bueno, pero el futuro es apasionante

No solo es suficiente conocer sino también aplicar con mesura, y prudencia



Por Eugenio Velasco

El tratamiento en la tercera edad

La implantología oral ha experimentado un gran avance en los últimos años, ya que permite reemplazar los dientes perdidos con un alto grado de satisfacción a nivel funcional y estético. La pérdida parcial o total de los dientes no sólo afecta a la estética facial sino también a funciones tan vitales como son la masticación y la fonación. En los pacientes geriátricos podemos realizar rehabilitaciones prostodóncicas con un alto porcentaje de éxito, que antes sólo se podía realizar con el tratamiento con una prótesis completa removible convencional, con el beneficio limitado que daba este tratamiento.

El tratamiento con implantes dentales en los pacientes mayores requiere un diagnóstico integral y una planificación de tratamiento para conseguir unos aceptables resultados funcionales y estéticos. Los factores médicos pueden jugar un importante papel en el tratamiento implantológico de los pacientes geriátricos porque los fenómenos biológicos de la oseointegración, a través del sistema óseo, están muy relacionados con la salud general del paciente. La mayor parte de las contraindicaciones generales clásicas absolutas en el tratamiento con implantes son cada vez más provisionales, ya que los diversos tratamientos médicos han mejorado la evolución clínica de las diversas condiciones sistémicas (ej. diabetes, cardiopatías) mejorando la respuesta tisular y favoreciendo la terapéutica con implantes.

La evaluación radiológica del paciente edéntulo geriátrico es esencial para el éxito del tratamiento. La ortopantomografía y/o la tomografía de haz cónico ofrecen una visión general de las características anatómicas regionales y locales del maxilar edéntulo. La ortopantomografía ha supuesto un buen método general de diagnóstico implantológico pero con importantes limitaciones como su magnificación y la

distorsión de las imágenes en dirección horizontal o mesiodistal. En los casos más avanzados de reabsorción maxilar, se recomienda la tomografía computarizada de haz cónico que constituye una técnica por imagen más precisa que permite la realización de múltiples cortes tridimensionales al maxilar edéntulo.

La técnica quirúrgica implantológica básica consiste en el fresado del hueso y la inserción del implante con una buena estabilidad primaria que consiga un buen contacto hueso-implante. El diseño macroscópico y la superficie tratada favorecen esta unión. Los pacientes mayores con un proceso intenso de reabsorción maxilar pueden necesitar una elevación de seno maxilar, generalmente bilateral, para la inserción de los implantes y su posterior rehabilitación prostodóncica, siendo a veces necesaria, la realización de injertos autólogos de cresta iliaca, que mediante diferentes técnicas quirúrgicas pueden lograr un aceptable incremento del volumen óseo maxilar. En determinadas ocasiones, pueden ser recomendables los implantes zigomáticos. La mandíbula atrófica presenta también retos importantes para el cirujano en relación al trayecto del dentario inferior. Los injertos autólogos han sido también muy utilizados, especialmente en la mandíbula, para obtener mayores volúmenes óseos sobre todo en sentido vertical y configurar un mejor pronóstico para los implantes.

Las sobredentaduras con implantes ha revolucionado la rehabilitación de los pacientes totalmente edéntulos. Las sobredentaduras implantosoportadas permiten la posibilidad de una unión directa de



la prótesis a los implantes, y la transmisión de las fuerzas de los dientes artificiales al maxilar y/o la mandíbula asegurando no solamente la estabilidad de la prótesis, sino también disminuyendo los traumatismos sobre los tejidos blandos orales, y favoreciendo la sensación entre muchos pacientes de edad avanzada de que sus dientes artificiales han llegado a formar parte integral de ellos mismos, lo que ha aumentado, extraordinariamente, su calidad de vida oral.

Los pacientes mayores edéntulos parciales y totales pueden ser tratados con prótesis fija con un éxito elevado. Es evidente que la prostodoncia fija es más estable, y proporciona un mejor bienestar frente a la sensación de pérdida

física dental. Ahora bien, las prótesis fijas necesitan un mayor número de implantes, un reborde alveolar suficiente, un espacio interoclusal favorable y un mantenimiento más difícil que las sobredentaduras.

Finalmente, el tratamiento con implantes en los pacientes mayores, exige su introducción en un programa inmediato de mantenimiento que repercute en el éxito a medio y a largo plazo tanto de los implantes como de las restauraciones prostodóncicas implantosoportadas. El tratamiento con implantes dentales puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes mayores. Las prótesis implantosoportadas pueden mejorar otras actividades de la vida diaria de los adultos mayores que influyen en su calidad de vida.

Eudgenio Velasco es Profesor Titular de Odontología Integrada de Adultos y Director del Máster de Implantología Oral de la Universidad de Sevilla.

La pérdida de dientes afecta a funciones como la masticación y la fonación

El tratamiento en pacientes mayores requiere un diagnóstico integral



Por **Guillermo Pradés Ramiro**

De la Edad Media al Renacimiento: Últimos avances en tecnología CAD/CAM aplicada a la implantología

Sin duda alguna la Implantología ha supuesto el mayor avance en el tratamiento de la edentación total o parcial de nuestros pacientes, acontecido durante los últimos 40 años. Es curioso que esta posibilidad terapéutica nace simultáneamente a las primeras aplicaciones de la tecnología industrial CAD/CAM (diseño y fabricación asistida por ordenador) aplicada en la Odontología. Sin embargo, y a pesar de que esta tecnología estaba implicada desde el inicio en la propia fabricación de los implantes, quedó paradójicamente eclipsada durante años por procedimientos como la tecnología de colado, las impresiones con elastómeros y los recubrimientos plásticos y cerámicos obtenidos por técnicas más artísticas que industriales.

Esto ha sido así durante los primeros 30 años de esta cuarentena, a excepción de honrosos, valientes y por aquel entonces casi anecdóticos desarrollos con el de CEREC, que demostró ser "inasequible al desaliento". La fuerza de la Implantología fue de tal nivel que todos los desarrollos se volcaron en la búsqueda del mejor protocolo quirúrgico, el mejor diseño del implante y la mejor superficie de contacto con el hueso; menospreciando o al menos restando importancia a factores como: qué, cómo y con qué terminábamos posteriormente las prótesis que colocábamos encima de los "omnipotentes" implantes.

Sin embargo, lentamente el interés por el implante en sí mismo se fue ralentizando y la preocupación sobre la mejor manera de restaurarlo haciéndolo estético y funcional fue claramente en aumento. Esto supuso un fantástico caldo de cultivo para que la semi abandonada tecnología CAD/CAM floreciera a su máximo nivel.

Los primeros pasos los dio la empresa PROCERA comenzando la fabricación de pilares y estructuras individualizadas de titanio. Poco después, los primeros pilares estéticos de óxido de alumina veían la luz. Todo esto gracias a máquinas CNC (máquinas de control numérico) de fresar de 3-4 ejes y a un escáner táctil que tardaba 3 minutos en digitalizar un muñón.

El avance en tecnología CAD/CAM rápidamente fue utilizado para la fabricación de restauraciones de coronas primero y estructuras múltiples después, del mediático "Óxido de Zirconio".

Los escáneres extraorales, fueron progresando en su desarrollo y hoy en día las versiones ópticas basadas en tecnología de haz de franjas, han hecho posible escanear un modelo completo en menos de un minuto. Por otra parte, las modernas fresadoras basadas ahora ya en 5+1 ejes, son capaces de hacer verdaderas filigranas de fabricación con todo tipo de materiales, metales, cerámicas y plásticos.

A parte de la evolución en las técnicas de escaneo extraoral y en la fabricación por técnicas sustractivas como el mecanizado por fresado, durante los últimos años han florecido otras tecnologías como el escaneo intraoral, que insisto, salvo la permanente presencia del producto CEREC, que representa hoy en día el mejor ejemplo del CAD/CAM "chair-side" se encontraban en el olvido.

En los últimos 8 años, la industria se ha volcado en la tecnología de digitalización intraoral y se han presentado un infinito número de productos que encabezados en primera instancia por ITERO, LAVA COS y TRIOS entre otros, han dado paso a más de 30 productos distintos, incluidas las nuevas versiones de estos mismos.

Nuestro grupo de investigación ha probado, analizado y publicado estos desarrollos y realmente nos encontramos impresionados de los increíbles avances que se producen, ahora ya en cuestión de meses.

Hoy en día y salvo excepciones no bien documentadas científicamente, los escáneres intraorales son capaces de realizar impresiones fiables de hasta 3-4 implantes sobre brechas no muy largas, que no está nada mal si se

Durante los últimos años han florecido tecnologías como el escaneo intraoral



Aunque el aprendizaje es importante, cada día los protocolos son más accesibles

La radiología 3D es el desarrollo digital que ha resultado más útil

compara con lo poco que se podía hacer sólo 3 o 4 años atrás. Estas impresiones han conseguido que podamos empezar a pensar en la utilización de flujos digitales completos, donde ya no es necesario la utilización de modelos físicos de ningún tipo. Además estos escaneados se realizan en tiempos de no más de un par de minutos, lo cual es realmente increíble. En este sentido, aunque la curva de aprendizaje es importante, cada día los protocolos de escaneo son más accesibles y sencillos para el clínico novel.

Los métodos basados en fotogrametría han demostrado ya una capacidad excelente para escanear arcadas completas con ilimitado número de implantes y una fiabilidad del 100%, sin embargo, todavía no han resuelto hasta donde el autor conoce, la necesidad de obtener otro modelo digitalizado de los tejidos blandos.

En mi opinión, la radiología 3D es de todos los desarrollos digitales, el que ha resultado más útil y más a aportado a la Implantología.

La cirugía guiada, llegó antes de tiempo, fue inflada por las casas comerciales en exceso y ahora está pasando la penitencia de tener que volver a demostrar "pasito a pasito" sus interesantísimas posibilidades.

Los escáneres intra y extraorales (STL) junto con los datos de los Tomógrafos de haz cónico (DICOM) son ya capaces de reconocerse y fusionarse incluso con la fotografía 3D (OBJ)

generando imágenes 3d donde la planificación de la colocación de los implantes, e incluso de la fabricación previa de la prótesis, comienza a ser una realidad.

Para la fabricación de la férula, que mejor que la utilización de impresoras 3D que bajo distintas tecnologías de curado (plásticos) y de sinterización (metales) son capaces de lograr una calidad de fabricación que ya compite directamente con los sistemas de fresado y que de seguir así, se los van a llevar por delante al menos para ciertas aplicaciones.

Como ves, querido lector, hemos pasado de la edad media al renacimiento y de aquí, como diría Buzz light year, hasta el infinito y más allá.

Guillermo Pradés Ramiro es Profesor Titular y Director del Departamento de Prótesis Bucofacial de la Facultad de Odontología de la U.C.M. Además, dirige el Máster en Odontología Restauradora basado en Nuevas Tecnologías de la U.C.M.



Por Rafael Gómez Font

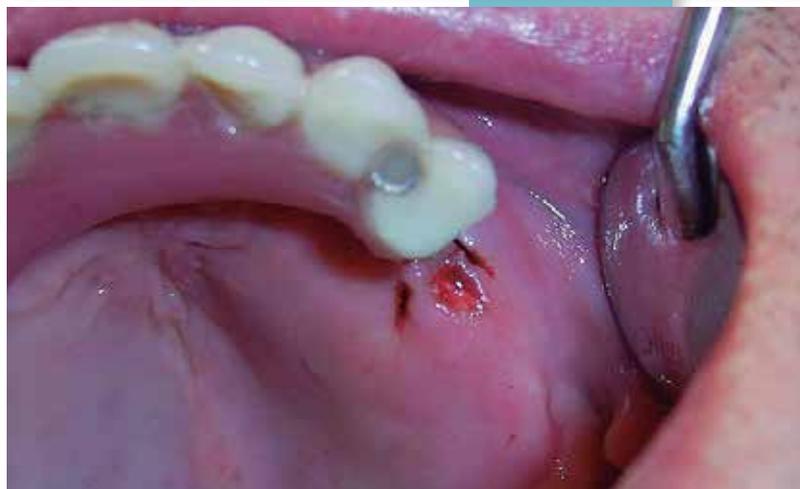
Complicaciones en implantología

Una complicación es algo que no es de aparición habitual, pero puede presentarse durante un tratamiento de implantes. Puede hacernos modificar el transcurso de un tratamiento, su técnica o su planificación, pero nos deja llegar hasta el final. No obstante es algo que hemos de tener en cuenta en la planificación y debemos estar preparados para poder solucionarlas. No es lo mismo, una complicación que un accidente. Éste último, sería algo inesperado e imprevisto, que interrumpe el curso de un tratamiento, pudiendo impedir seguir con él y tener consecuencias para el paciente. Un ejemplo: un viaje en coche. Si tenemos un pinchazo, tenemos una complicación que nos obligará a repararlo para seguir el viaje. Algo muy distinto sería tener una colisión con otro vehículo. Un verdadero accidente. Éste sí que posiblemente nos impida continuar el viaje.

La implantología es una parte de la Cirugía Bucal. Dentro de la Cirugía Bucal se encuentran la Cirugía de tejidos blandos, la Cirugía de tejidos duros y la Cirugía implantológica. Por lo tanto, en la implantología, como en todo acto quirúrgico, pueden presentarse complicaciones que modifiquen la ruta prevista y podrán presentarse desde el inicio de la intervención hasta más allá de la puesta en marcha de la función protésica que soportan los implantes. Porque, la finalidad de los implantes es, soportar una prótesis. De hecho, algunos autores hablan de prótesis osteoconectadas cuando hablan de implantes.

Parece ser un término muy adecuado, que resalta la importancia de tener los conocimientos de Odontología, Prostodoncia y Oclusión, en contra de lo que algunos preconizan cuando dicen que sólo el cirujano puede poner implantes, por ser cirujano. Un cirujano no tiene el don sobrevenido por ciencia infusa del conocimiento odontológico, porstodónicos y de oclusión, aunque trabaje en la proximidad con patologías de índole totalmente distinta. Un cirujano digestivo, no pone implantes dentales, a pesar de ser cirujano y que el aparato digestivo empieza en la boca y termina donde tiene que terminar.

Las complicaciones, por consiguiente, pueden aparecer desde el primer momento de la cirugía y las



Dos imágenes que ilustran sendos ejemplos de pérdidas de implantes.

debemos tener en cuenta desde la historia clínica, la exploración clínica y exploraciones complementarias. En el estudio radiológico deberemos valorar las posibles complicaciones, con un diagnóstico y planificación pormenorizada del caso. Incluimos la clásica Tomografía Computarizada (TAC), la tomografía de haz cónico (CBCT) y la cámara intraoral, que nos permiten planificar tratamientos de cirugía implantológica guiada. Podemos adelantar que en un futuro no muy lejano, podremos realizar cirugías virtuales con la superposición de TAC, CBCT y scanner intraoral, directamente sobre el paciente, para realizar con unas gafas de realidad virtual, la cirugía sobre el paciente viendo las estructuras que estamos atravesando y hasta donde estamos llegando.

Volviendo a la realidad actual, hemos comentado que podemos encontrarnos complicaciones durante la cirugía, que podrán ser debidas a la técnica empleada, o a encontre-

mos los tejidos más desfavorables de lo esperado, a una inestabilidad del implante, un sangrado, etc. Habitualmente, estas situaciones suelen ser solucionables con habilidad y sentido común (colocar implantes más anchos, o más largos, p. ej.). Aquí es importante la habilidad quirúrgica adquirida al haber realizado muchas intervenciones y que nos permite encontrarnos seguros ante cualquier complicación.

Otra posibilidad es que aparezcan complicaciones justo en el postoperatorio inmediato como es dolor, inflamación, parestesias, etc. que podrán deberse a la misma cirugía, a una infección, o la afectación de estructuras anatómicas, por lo que huiéremos de planificaciones con escasos márgenes de seguridad.

En las complicaciones más tardías y sobre todo si se realizan técnicas quirúrgicas más complejas simultáneamente o tenemos movilidad del implante, tendremos muchas probabilidades de perder el implante.

Muchas pérdidas de implantes se debe a complicaciones pero, no todas las complicaciones terminan con la pérdida del implante. La habilidad del cirujano bucal, el tratamiento adecuado y sobre todo la planificación precisa, es la mejor

arma para evitar complicaciones.

Otras complicaciones serán las protodónica y estéticas. Nuestros pacientes nos demandan dientes, no implantes, ni prótesis. Es importante, trabajar con un buen protésico, pero la planificación, diseño, preparación y adaptación de la prótesis solo la puede realizarla el odontólogo, que es el único profesional capacitado para tal fin.

No podemos iniciar una cirugía sin tener previstas todas las contingencias y estar capacitados para resolverlas. La experiencia es importante, pero se puede adquirir. Todos tenemos nuestra curva de aprendizaje. Una complicación, no supone perder el implante. El odontólogo es el único profesional capacitado para planificar, realizar y restaurar con prótesis la boca de los pacientes.

Rafael Gómez Font es profesor asociado de Cirugía Oral en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

La habilidad del cirujano y sobre todo la planificación precisa, es la mejor arma

Nuestros pacientes nos demandan dientes, no implantes, ni prótesis



Por Javier Sanz Esporrín

Periimplantitis, un problema real

Actualmente nos encontramos inmersos en la denominada 'Era de la implantología', en la que el tratamiento con implantes forma parte de la práctica diaria de los profesionales del sector odontológico. El perfeccionamiento del diseño de los implantes, la depuración de la técnica de colocación y la mejora en las superficies de los mismos han extendido esta práctica de forma generalizada, siendo actualmente una solución altamente eficaz para el reemplazo de los dientes perdidos. Gracias a la evolución de la implantología se han alcanzado unas tasas de supervivencia de implantes superior al 95%, dotando a esta alternativa terapéutica de gran predictibilidad. El tratamiento con implantes es una modalidad de tratamiento ciertamente joven en la que durante años, el pronóstico a corto plazo ha demostrado ser fabuloso. No obstante, cuando se somete un tratamiento al efecto del tiempo, son muchos factores los que influyen en su éxito a largo plazo, y en los implantes se ha empezado a observar una complicación biológica latente durante los años iniciales de este tratamiento. Ahora, tras el paso de los años ha dado la cara: la periimplantitis. De la misma forma que los tejidos periodontales sufren agresión por parte de factores inmuno-microbiológicos, los tejidos periimplantarios son afectados de la misma forma, aunque con unas consecuencias manifiestamente más graves. Una vez establecida la enfermedad de los tejidos periimplantarios, la pérdida progresiva de soporte óseo es cuestión de tiempo, siendo, a diferencia de en los tejidos periodontales, de magnitud y rapidez considerablemente mayor. Durante varios años se ha mirado en otra dirección ante la ocurrencia de esta enfermedad infecto-inflamatoria. Esta actitud ha sido motivada por el desconocimiento de la etiopatogenia de estos procesos, no obstante la contundencia de la epidemiología ha hecho que se deba mirar directamente al problema, asumirlo, y enfrentarlo. Inicialmente la recopilación de datos epidemiológicos arrojaba unas cifras alarmantes, según las cuales



Defecto óseo periimplantario y resultado del tratamiento regenerativo de la periimplantitis.

un 50% de los implantes estarían afectados por estas enfermedades. Actualmente (2015), la puesta en común de todos los informes epidemiológicos y su meta análisis han determinado la prevalencia de esta entidad clínica en 1 de cada 5 implantes colocados, cifras que se corresponden más con la realidad clínica que observamos día a día en la consulta. El hecho de que un 20% de los implantes que se colocan vayan a tener esta complicación biológica a largo plazo hace que se reconsideren las indicaciones del tratamiento con implantes, especialmente en aquellos casos en los que existe un diente que puede seguir en boca tras un tratamiento comprensivo adecuado.

Actualmente, el tratamiento de la periimplantitis es incierto y con una predictibilidad limitada. A diferencia de los dientes con enfermedad periodontal, el tratamiento no quirúrgico en implantes con periimplantitis es totalmente ineficaz.

Hoy en día el tratamiento de esta entidad ha de abordarse mediante un enfoque quirúrgico, el cual podrá ser resectivo o regenerativo, dependiendo fundamentalmente del porcentaje de hueso remanente y la morfología del defecto periimplantario, siendo una opción necesaria la explantación del implante

en casos cuya pérdida ósea periimplantaria supere el 50% de la superficie tratada del implante. La reoseintegración de la superficie previamente contaminada de un implante con periimplantitis ha demostrado ser posible en estudios experimentales y debe ser nuestro objetivo siempre que las condiciones morfológicas del defecto periimplantario lo permitan.

Aunque actualmente el establecimiento de estas enfermedades supone un pronóstico incierto para dichos implantes, el futuro en cuanto al tratamiento de dichas enfermedades pasa por el desarrollo de nuevas técnicas de desinfección de la superficie afectada del implante y técnicas regenerativas que permitan una reoseintegración predecible de dicha superficie descontaminada.

Mientras se avanza en el área terapéutica de estas entidades clínicas, se debe ejercer una implantología responsable, entendiendo como tal la colocación de implantes en situaciones en las que la vida útil de un diente es improrrogable y se ha alargado lo máximo posible. Además, una vez asumida la necesidad de la colocación de implantes se deben minimizar los factores de riesgo para el futuro establecimiento de dichas enfermedades. Estos han demostrado ser contundentemente el hábito tabáquico, la mala higiene oral y la presencia de antecedentes de enfermedad periodontal, entre otros. De esta forma las posibilidades de padecer estas enfermedades serán minimizadas, y en caso de que se establezcan, se fomentará el diagnóstico precoz de las mismas facilitando su posible tratamiento.

Durante años se ha mirado hacia otro lado ante esta enfermedad infecto-inflamatoria

El tratamiento ha de abordarse mediante un enfoque quirúrgico

Javier Sanz Esporrín, máster en Periodoncia y Osteointegración por la Universidad Complutense de Madrid.



Por Jerián González Febles

Regeneración ósea guiada, ¿dónde está el límite?

El papel de la tecnología CAD-CAM nos ayuda a mejorar nuestras técnicas

estables en el tiempo, tanto en regeneración ósea horizontal como vertical, alcanzando un 5.5mm de ganancia horizontal media así como vertical. Para alcanzar dichos resultados, se debe entender dichos defectos como un compendio en manejos tanto de tejidos duros como blandos, dando un gran énfasis al manejo del tejido blando. No sólo debemos de entender

los conceptos de osteogénesis, osteoinducción y osteoconducción, sino también, la estabilización del material y el coágulo a través de un correcto y minucioso manejo del tejido blando.

Junto con este desarrollo en los conceptos de terapia ósea regenerativa, el papel de la tecnología CAD-CAM nos ayuda a entender y mejorar nuestras técnicas así como el diagnóstico de grandes defectos óseos. Con su introducción, se intenta simplificar tanto el diagnóstico de grandes defectos óseos, mediante la fabricación de modelos estereolitográficos a través de un escáner; como de su tratamiento, conformando bloques de hueso a medida, con el fin de mejorar su posicionamiento y utilización en cirugía.

Sin embargo, todo este desarrollo en tecnología y conocimiento científico así como clínico, no sólo va a ayudar al clínico a mejorar su técnica y diagnóstico, sino debemos entender estos avances, como el culmen de un único objetivo, que es tratar la pa-

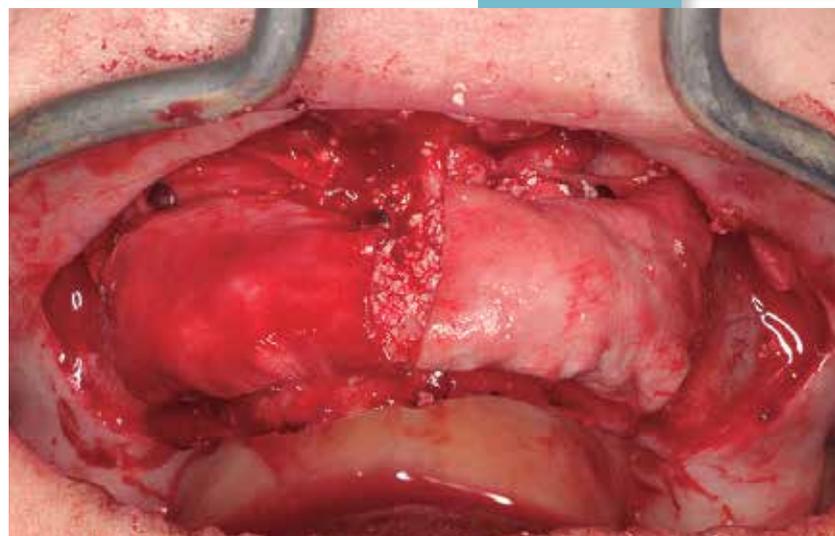
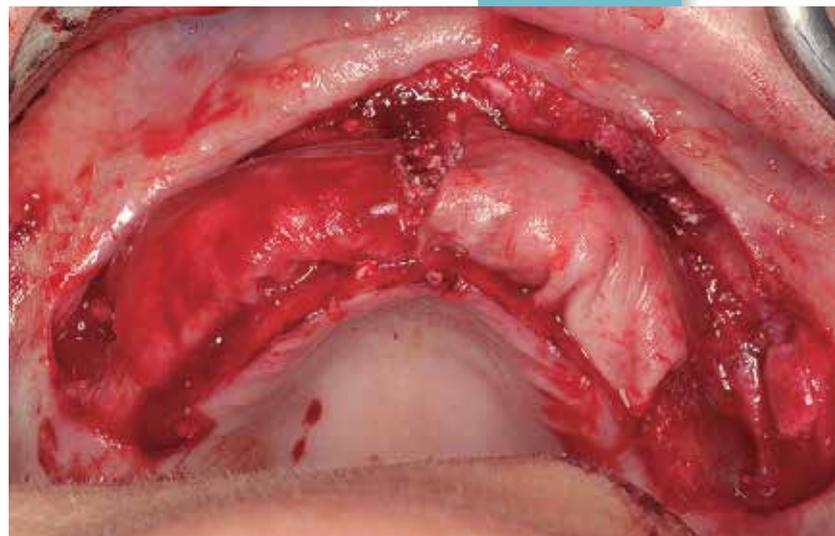
tología que presentan nuestros pacientes.

Jerián González Febles DDS, Máster en Periodoncia e Implantes UCM.

A día de hoy, el concepto de regeneración ósea guiada, se entiende como un procedimiento rutinario en la implantología moderna. Cada vez se presentan más pacientes con problemas de disponibilidad ósea para la colocación de implantes, debido a la alta reabsorción del proceso alveolar. Esta situación se debe al problema actual que surge de procesos infecto-inflamatorios alrededor de implantes, como es la periimplantitis, o a la alta reabsorción del proceso alveolar de pacientes portadores de prótesis parcial removible, o incluso prótesis completas. Sin embargo, este campo está en continuo desarrollo, donde la utilización de injertos monocorticales autólogos ha pasado a ser el *gold standard*, y nuevas técnicas con bloques de hueso bovino, o incluso combinaciones de membranas reabsorbibles y hueso autólogo junto con xenoinjertos, han pasado a ser técnicas en estudio con menor morbilidad para el paciente, y que pueden presentarse como una gran ventaja para el clínico.

La investigación y el desarrollo de nuevos biomateriales y técnicas, han mejorado e implementado este campo, que cada día está más de actualidad. La última revisión sistemática nos muestra una alta predictibilidad de la Regeneración Ósea Guiada Lateral, donde la media de ganancia en mm es de 3.9 mm. Sin embargo, en cuanto a la regeneración ósea vertical, los resultados son muy dispares, donde la ganancia en sentido vertical puede variar de 2 a 8 mm.

Esta variabilidad en los resultados, se debe a la gran disparidad de las técnicas, y que además dichas técnicas son muy sensibles al operador. Por ello, todo el esfuerzo en investigación se emplea en simplificar los procedimientos, y facilitar materiales, cuyo uso sea sencillo, que reduzcan la morbili-



dad, así como aumente la predictibilidad en los resultados. Existen protocolos establecidos por autores como Istvan Urban que han conseguido resultados

Secuencia del proceso regenerativo del maxilar superior.

¿Es el momento de incorporar la digitalización a la implantología?

Los son los escenarios en los que la implantología se beneficia de la digitalización. Por una parte, la cirugía guiada y, por otra, la elaboración de prótesis partiendo de una toma de impresiones con un escáner intraoral.

El secreto para la obtención de buenos resultados es utilizar el mejor hardware (escáner intraoral) y el mejor software (Implant Studio, Dental System). Los protocolos de uso de estas herramientas son los responsables de los magníficos resultados obtenidos en i2 Implantología, donde hemos desarrollado los protocolos adecuados de uso de estas herramientas y hemos creado el flujo de trabajo correcto, desde la toma de registros digitales hasta la elaboración de la prótesis.

Los resultados obtenidos en i2 Implantología nos han convertido en pioneros y líderes clínicos a nivel mundial en digitalización en implantología.

El nuevo concepto de cirugía guiada implica el diseño, en la fase de planificación, de la prótesis provisional que se colocará directamente sobre los implantes que se han instalado con la guía quirúrgica, sin necesidad de rebases o técnicas indirectas. En el centro de este tratamiento están el escáner intraoral Trios, el software de cirugía guiada Implant Studio y los protocolos desarrollados por nosotros.

De igual manera, la extrema precisión del escáner Trios permi-

te actuar en casos complejos de prótesis sobre implantes a partir de un escaneado intraoral. Los protocolos que hemos desarrollado permiten realizar provisionales para unitarios en menos de una hora y arcadas completas en tres horas.

La rapidez de adquisición de



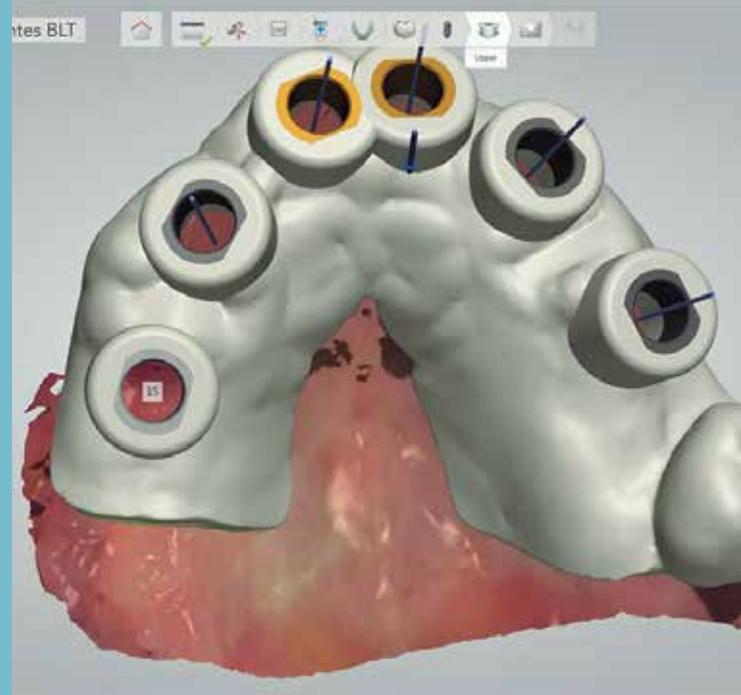
datos, así como la exactitud del escáner intraoral Trios son fundamentales para el siguiente paso, que es el diseño de las prótesis por parte del técnico de laboratorio.

Con la distribución del software Implant Studio, el software de ortodoncia Ortho System y el escáner intraoral Trios en sus distintas variables, la empresa GO3DDENTAL da respuesta a las siguientes preguntas:

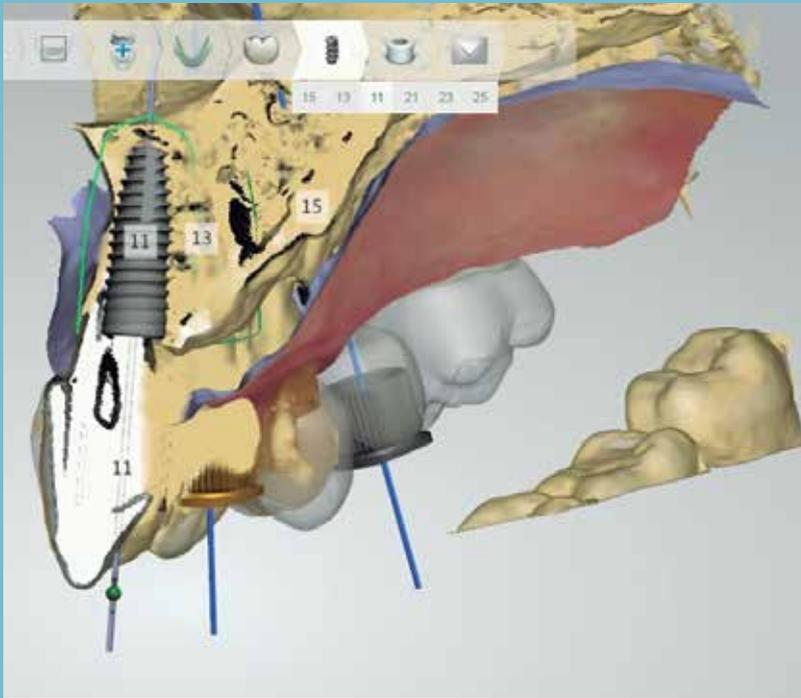
¿En qué consiste el modelo de cirugía guiada?

El concepto de cirugía guiada ha cambiado. Antes hablábamos de colocación guiada de los implantes, hoy en día estamos hablando

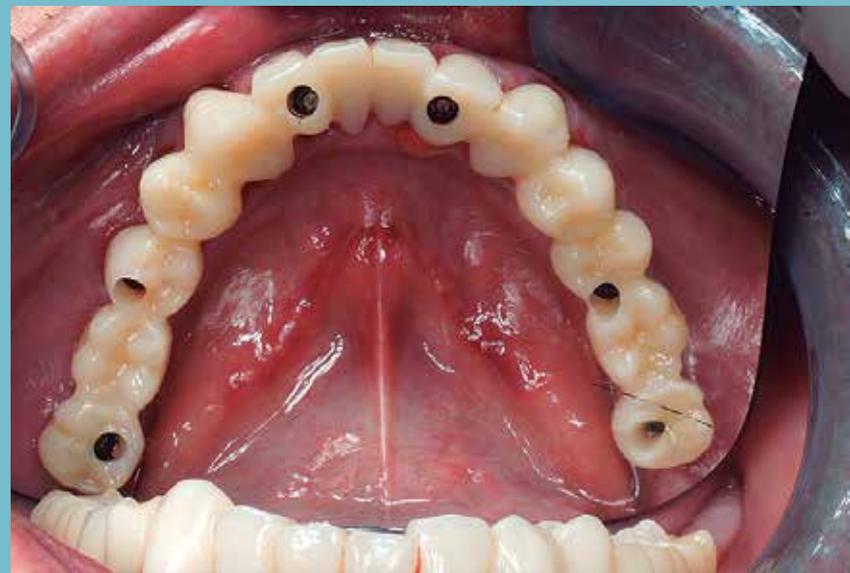
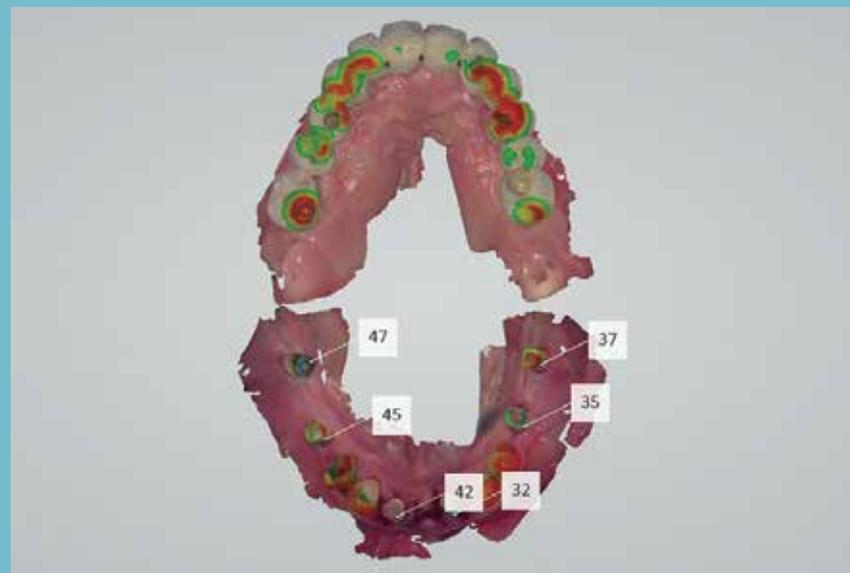
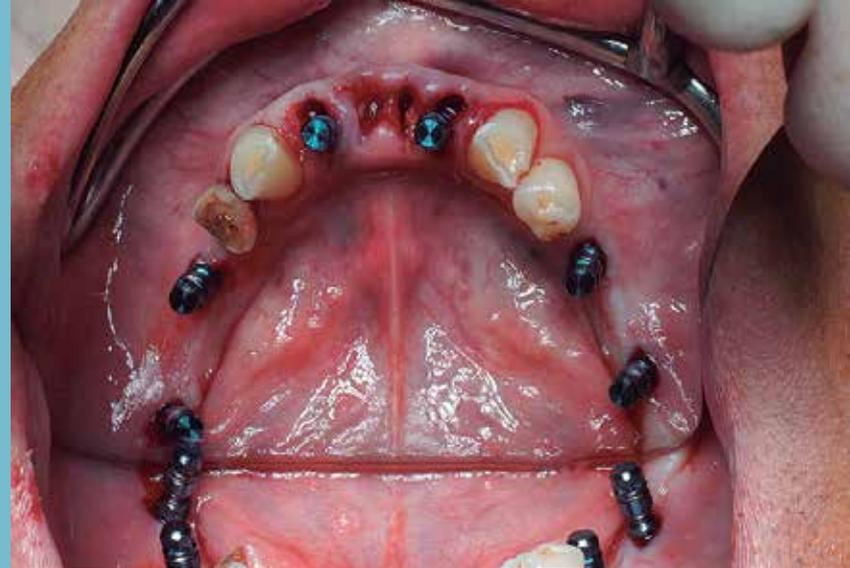
MODELO DE CIRUGÍA GUIADA



¿Qué se puede obtener y cómo se puede obtener con la utilización de los protocolos digitales? GO3D DENTAL nace para dar respuestas a estas preguntas



MODELO DE PRACTICE LAB



de colocación de la prótesis guiada. El objetivo de nuestro tratamiento no es exclusivamente la colocación guiada de los implantes, después de haberlo planificado, haber impreso una guía quirúrgica y colocado los implantes, sino colocar la prótesis provisional a nuestros pacientes nada más finalizada la intervención.

El software Implant Studio, nos permite, después de adquirir

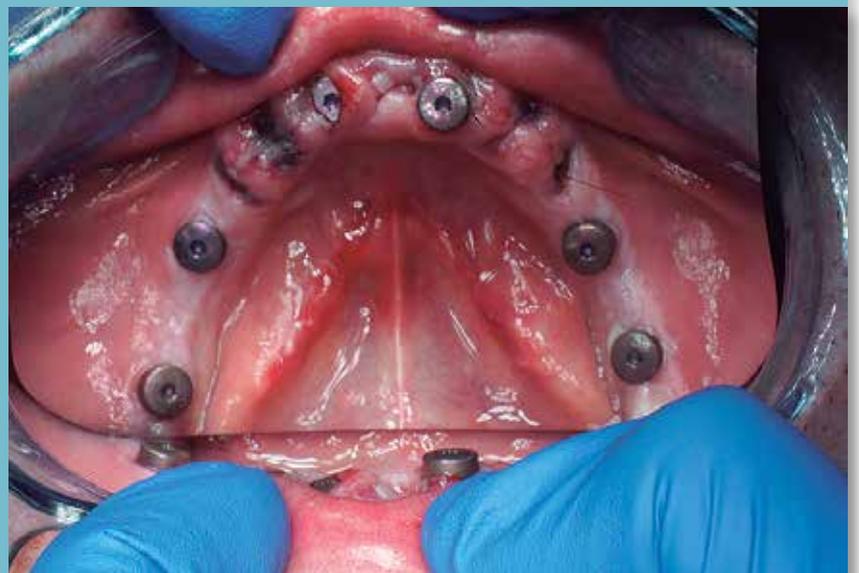
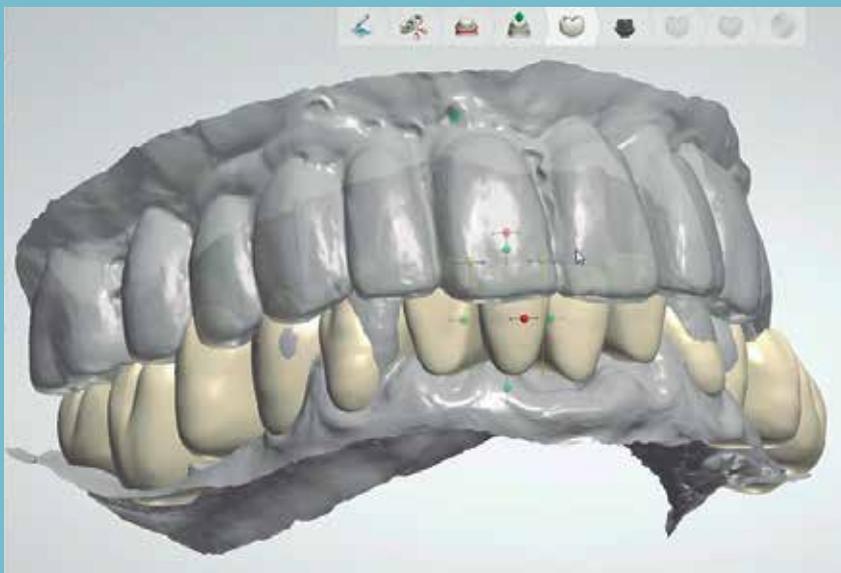
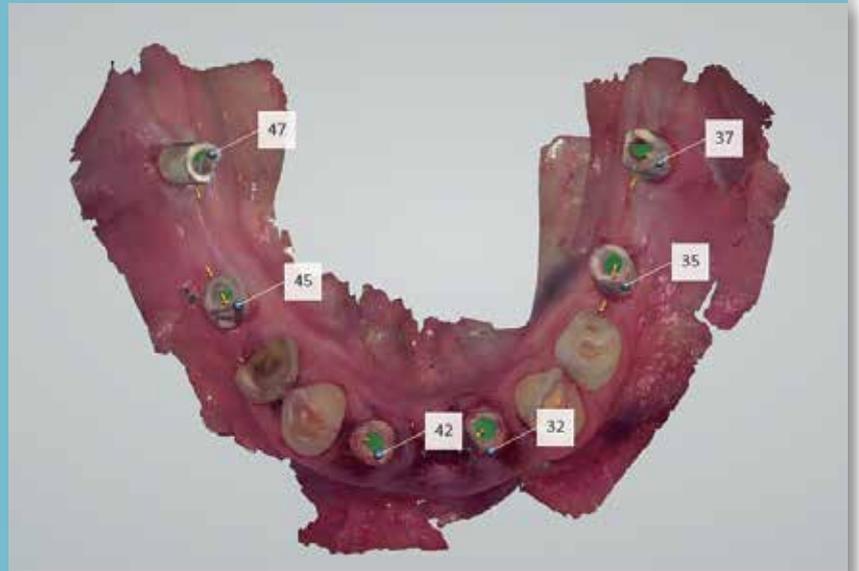
los datos con el escáner intraoral Trios y los datos radiológicos con un CBCT, alinear esos archivos y planificar, de manera que no solo tenemos en cuenta las consideraciones anatómicas sino también la propia prótesis provisional que vamos a colocar a nuestros pacientes.

Este programa junto con el software de laboratorio de 3shape, nos permite diseñar la próte-

12 Implantología ha desarrollado dos modelos de tratamiento 100% digitales: cirugía guiada y practice lab

sis provisional que va a llevar el paciente, de tal manera que el odontólogo recibe la guía quirúrgica y la prótesis provisional incluso con sus bases metálicas cementadas, y el paciente es operado para colocarle los implantes y, al final de la intervención, la prótesis.

¿En que consiste el modelo Practice Lab? En este modelo de tratamiento,



el odontólogo opera a su paciente y le coloca los implantes sin cirugía guiada de una manera convencional. Al terminar la cirugía se le colocan al paciente unos scanbodies para, seguidamente, tomar las impresiones digitales con un escáner intraoral, generando así un archivo que el protésico dental va a transformar en una prótesis, ya sea fresada o impresa. Esta prótesis provisional va a ser colocada inmediatamente al

paciente. Con el modelo practice lab se consigue una gran calidad en el tratamiento, recuperación inmediata del paciente, precisión, elegancia, exactitud y economía. De este archivo de escaneado se puede realizar la prótesis definitiva en materiales no provisionales. El ajuste será perfecto.

¿Cómo puede llevar a cabo el odontólogo los dos modelos de tratamiento?

Los resultados obtenidos en i2 Implantología nos convierten en pionero y líderes clínicos en digitalización

i2 Implantología pone a su disposición modelos formativos en cirugía guiada y Practice Lab. Se trata de cursos con aplicación directa a la práctica habitual del odontólogo. La asociación entre i2 Implantología y GO3D DENTAL hace que el odontólogo pueda utilizar esta tecnología en su clínica, ofreciendo los mejores materiales y las mejores condiciones para poder disfrutar al máximo de la misma.

avances en implantología

familia de implantes tapered excelente estabilidad primaria y unos resultados estéticos probados

Los implantes de la familia Tapered proporcionan una estabilidad primaria excelente gracias a la rosca trapezoidal y el cuerpo anatómicamente cónico, y una preservación máxima del hueso y la adhesión del tejido blando para proporcionar resultados predecibles a través de la tecnología Laser-Lok®. Su profunda conexión de hexágono interno de 1.5mm con un bisel cónico de 45° crea una conexión rígida y un sellado biológico estable.

Los emblemáticos implantes **Tapered Internal** ya están disponibles en 5 diámetros y 6 longitudes, incluido el nuevo diámetro 3.4 mm y el nuevo implante de 18 mm de largo. El sistema de implantes **Tapered Plus** ofrece todas las grandes ventajas del sistema Tapered Internal, y el cambio de plataforma con Laser-Lok® proporciona además un mayor volumen del tejido blando, perfecto para casos de estética. Los implantes dentales **Tapered 3.0** están diseñados específicamente para espacios limitados en el área estética. El diseño en dos piezas con 3mm de diámetro ofrece múltiples opciones restauradoras en espacios estrechos y máxima resistencia. Los implantes **Tapered Tissue Level** tienen un cuello transmucoso de 1.8mm para procedimientos quirúrgicos de una fase. Están disponibles en 4 diámetros incluyendo el único implante transmucoso con cuerpo de 3mm disponible en el mercado para restauraciones con poco espacio.²

Laser-Lok® es el único tratamiento de superficie que ha demostrado provocar una verdadera adhesión física del tejido conectivo³

Laser-Lok consiste en una serie de microcanales de precisión a escala celular realizados con láser en el cuello de los implantes dentales y aditamentos. El láser produce una serie de microcanales con el tamaño óptimo para adherir y organizar tanto los fibroblastos como los osteoblastos.³⁻¹² La microtextura de Laser-Lok incluye una nanoestructura que maximiza el área de superficie y activa las células pseudopodia y las microfibras de colágeno que se enlazan con la superficie Laser-Lok.

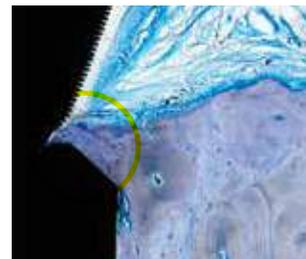
Este tratamiento patentado de la superficie se ha desarrollado durante más de 25 años de investigaciones iniciadas para crear una superficie de implante óptima. Durante dichas investigaciones, la exclusiva superficie Laser-Lok ha demostrado suscitar una respuesta biológica que incluye la inhibición del descenso epitelial y la adhesión del tejido conectivo.³⁻¹⁰ Esta adhesión física crea un sellado biológico alrededor del implante que protege y mantiene sano el hueso crestal.

99.2% de
tasa de
éxito¹
de los
implantes



Un mismo kit para todos los implantes

Todos los implantes de la familia se pueden colocar con el mismo kit quirúrgico, proporcionando la flexibilidad de elegir el implante ideal para las necesidades de cada paciente. El kit tiene un diseño intuitivo codificado por colores para guiar al clínico en la secuencia de fresado según el tamaño de la plataforma de los implantes.



Histología de un pilar Laser-Lok en un implante RBT con cuello mecanizado que muestra un excepcional crecimiento del hueso a los 3 meses.¹⁴



Microscopía Electrónica de Barrido (SEM) coloreada de un implante dental obtenido a los 6 meses con tejido conectivo físicamente adherido e interdigitado a la superficie Laser-Lok.¹³



Microscopía Electrónica de Barrido (SEM) coloreada de los microcanales Laser-Lok® que muestra osteointegración superior.¹⁵



Histología coloreada de la rosca de un implante totalmente enlazada a los 3 meses, que muestra una adhesión completa del hueso.¹²

Implante dental con Laser-Lok® 13 años después de la restauración muestra mejor mantenimiento del hueso crestal



Caso por cortesía del Dr. Cary A. Shapoff, DDS (Cirugía); Jeffrey A. Babushkin, DDS

resultados quirúrgicos clínicamente probados por algunas de las investigaciones más exhaustivas de la Industria

Consulte nuestro glosario de estudios clínicos:

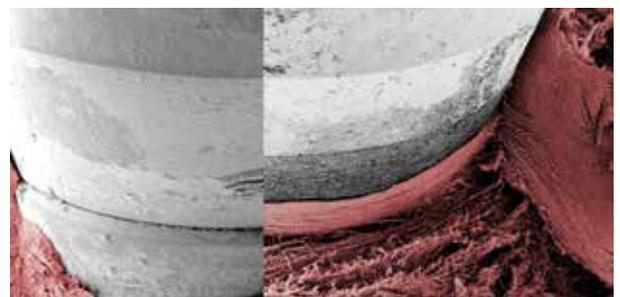
- últimos estudios publicados
- estudios a largo plazo retrospectivos
- publicaciones indexadas en revistas de alto impacto
- estudios adicionales pre-clínicos y en humanos

restauraciones estéticamente perfectas en cualquier situación

BioHorizons ofrece un gran surtido de aditamentos para una amplia variedad de indicaciones y condiciones del paciente, incluyendo los pilares altamente estéticos específicos para pacientes. Su conexión hexagonal única con las mínimas tolerancias de mecanizado de la Industria, produce un sellado biológico que minimiza los problemas del microgap vistos en otros implantes. El aflojamiento del tornillo de prótesis se evita gracias al diseño de rosca **Spiralock®** de los implantes, el mismo diseño que se utiliza en la industria ortopédica y aeroespacial. Las prótesis están convenientemente codificadas por colores para indicar el tamaño de la plataforma protésica.

pilares con Laser-Lok®

Tras el éxito de la tecnología Laser-Lok en implantes dentales, BioHorizons abre nuevos caminos mediante la aplicación de esta innovadora tecnología para los pilares. Esto permite a nuestros clientes utilizar pilares con Laser-Lok para crear un sellado biológico e implantes dentales con Laser-Lok para establecer una oseointegración superior³ - una solución que ofrece lo mejor de los dos mundos.



Imágenes SEM comparativas muestran las variaciones de fortaleza en la adhesión tisular en pilares estándar y Laser-Lok cuando se realiza incisión en el colgajo tisular y se eleva manualmente con pinzas.¹³

un poco más sobre BioHorizons

BioHorizons es uno de los principales fabricantes y distribuidores de productos de reconstrucción oral del mundo. El enfoque de BioHorizons en la ciencia, la innovación y el servicio permite a nuestros clientes usar con confianza nuestra **cartera integral de productos de implantes dentales, regeneración y cirugía guiada**, lo que convierte a BioHorizons en una de las compañías de más rápido crecimiento en la industria. BioHorizons está presente en más de 85 países a través de Norteamérica, Europa, Sudamérica, Asia, África y Australia.

programas educativos de alta calidad

BioHorizons fue gestada a partir de investigaciones realizadas por la Universidad de Alabama, EE.UU. Este origen universitario marcó su fuerte compromiso con la formación como herramienta para ayudar a los profesionales a alcanzar la excelencia clínica. El departamento de Educación de BioHorizons se esfuerza por lograr los estándares más altos a fin de ofrecer programas educativos de máxima calidad. Uno de sus pilares es la diversidad de programas, apostando por la formación continuada en algunas de las más prestigiosas universidades, así como por cursos impartidos en centros de formación de reconocida reputación tanto a nivel nacional como internacional, Symposiums celebrados en atractivas localizaciones, estancias clínicas y seminarios web.

El crecimiento de BioHorizons en España es el resultado del profundo compromiso de los miembros de nuestro equipo para satisfacer las necesidades específicas de los clientes.

BioHorizons confía en la calidad de sus productos, y ofrece una garantía incondicional de por vida en sus implantes y componentes protésicos



1. La tasa de éxito de los implantes es la media ponderada de todos los estudios en humanos con implantes BioHorizons. Estos estudios están disponibles en los documentos BioHorizons con referencia: ML0606 y ML0130.
2. Based on research of competitive data. Thread major is 3.0mm.
3. Osseointegration on metallic implant surfaces: effects of microgeometry and growth factor treatment. SR Frankel, J Simon, H Alexander, M Dennis, JL Ricci. J Biomed Mater Res. 2002;63(6): 706-13.
4. Connective-tissue responses to defined biomaterial surfaces. I. Growth of rat fibroblast and bone marrow cell colonies on microgrooved substrates. JL Ricci, JC Grew, H Alexander. Journal of Biomedical Materials Research Part A. 85A: 313-325, 2008.
5. Connective-tissue responses to defined biomaterial surfaces. II. Behavior of rat and mouse fibroblasts cultured on microgrooved substrates. JC Grew, JL Ricci, H Alexander. Journal of Biomedical Materials Research Part A. 85A: 326-335, 2008.
6. Interactions between MC3T3-E1 cells and textured Ti6Al4V surfaces. Soboyejo WO, Nemetski B, Allameh S, Marcantonio N, Mercer C, Ricci J. J Biomed Mater Res. 2002 Oct; 62(11):56-72.
7. Bone Response to Laser Microtextured Surfaces. JL Ricci, J Charvet, SR Frenkel, R Change, P Nadjami, J Turner and H Alexander. Bone Engineering (editor: JE Davies), Chapter 25. Published by Em2 Inc., Toronto, Canada. 2000.
8. Cytoskeletal organization in three fibroblast variants cultured on micropatterned surfaces. JC Grew, JL Ricci. Presented at the Sixth World Biomaterials Congress. Kamuela, HI. May 15-20, 2000.
9. Cytological characteristics of 3T3 fibroblasts cultured on micropatterned substrates. JC Grew, SR Frenkel, E Goldwyn, T Herman, and JL Ricci. Presented at the 24th Annual Meeting of the Society for Biomaterials. April 22-26, 1998. San Diego, CA.
10. Effects of surface microgeometry on fibroblast shape and cytoskeleton. JC Grew, JL Ricci, AH Teitelbaum, JL Charvet. Presented at the 23rd Annual Meeting of the Society for Biomaterials. April 30-May 4, 1997. New Orleans, LA.
11. Cell interaction with microtextured surfaces. JL Ricci, R Rose, JK Charvet, H Alexander, CS Naiman. Presented at the Fifth World Biomaterials Congress. May 29-June 2, 1996. Toronto, Canada.
12. In vitro effects of surface roughness and controlled surface microgeometry on fibrous tissue cell colonization. JL Ricci, J Charvet, R Sealey, I Biton, WS Green, SA Stuchin, H Alexander. Presented at the 21st Annual Meeting of the Society for Biomaterials. March 18-22, 1995. San Francisco, CA.
13. Histologic Evidence of a Connective Tissue Attachment to Laser Microgrooved Abutments: A Canine Study. M Nevins, DM Kim, SH Jun, K Guze, P Schupbach, ML Nevins. International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry. Vol. 30, No. 3, 2010.
14. Human Histologic Evidence of a Connective Tissue Attachment to a Dental Implant. M Nevins, ML Nevins, M Camelo, JL Boyesen, DM Kim. International Journal of Periodontics &
15. Maintaining inter-implant crestal bone height via a combined platform-switched, Laser-Lok® implant/abutment system: A proof-of-principle canine study. M Nevins, ML Nevins, L Gobatto, HJ Lee, CW Wang, DM Kim. Int J Periodontics Restorative Dent. Volume 33, Number 3, 2013 Restorative Dentistry. Vol. 28, No. 2, 2008.

KYT

IMPLANTES DENTALES

ESPECIALISTAS EN IMPLANTES

KYT Implantes Dentales le ofrece sistemas únicos e innovadores de implantes, que le permitirán múltiples soluciones de calidad.

Nuestra máxima consiste en ofrecer a todos nuestros clientes seguridad, confianza y compromiso, circunstancias que le permitirán fidelizar a sus pacientes. A continuación describimos nuestros implantes:

PRIMA

Flexibilidad clínica sin precedentes

El sistema de implantes Prima ofrece una flexibilidad clínica sin precedente en un sistema único de implantes. Con implantes de una y dos piezas, un kit quirúrgico más funcional y gran cantidad de características avanzadas y opciones restaurativas, el sistema de implantes Prima cumplirá con todas sus exigencias y ofrecerá los resultados que demandan sus pacientes.

TiLobe™ Technology

Los implantes Prima incorporan la Tecnología TiLobe, una conexión interna con 6 lóbulos

patentada, que provee una base estable para conseguir resultados altamente estéticos para toda la vida, respetando los principios de la biología y la bio-mecánica.

GÉNESIS

El diseño del color inteligente

Micro surcos minimizan la presión sobre el hueso cortical mientras que macro surcos ofrecen una estabilidad primaria mecánica, especialmente en hueso blando ofreciendo así un óptimo torque de inserción y función inmediata en todos los tipos de hueso.

Superficie Biomimética Similar al Hueso: El proceso BioSpark™ de reposición anódica produce una superficie macro-micro-nano texturizada que imita la composición química y estructural del hueso.

info@kylimplantes.com

Luis Álvarez Lencero 3,
4ª Planta Ofi. 3 y 4,
Edificio Eurodom
06011 Badajoz

924 20 78 77

IMPLANTES GENESIS



Tamaños de Implante:

3.8

4.5

5.5

- Patentado de conexión 6 lóbulos
- Sello cónico - Reduce micro-GAP para reducir al mínimo el área para la colonización de bacterias.
- Collar moderadamente rugosa - Estabiliza hueso y el tejido blando para reducir el riesgo de la resorción ósea.
- AnaTite Collar™ y el pilar - tonalidad rosada crea un efecto visual a través de la peri-implante mucosa similar a la del tejido natural.
- Contornos consistentes - márgenes diseñados para seguir los contornos gingivales naturales en toda la sanidad y restauración.

www.kylimplantesdentales.com

Estética natural de larga duración: La sombra gris de los implantes convencionales de titanio ya no es una preocupación con el cuello rosado y pilares AnaTite, ofreciendo un aspecto rosado natural y uniforme que simula la mucosa peri implantaria..

Conexión Estética: La inspiración para Génesis es la naturaleza. El concepto se llama biomimesis. Viene de la palabra griega bios, que significa vida y mimesis, que se refiere al arte de imitar. Técnicamente, biomimesis es el estudio de la estructura y función de los sistemas biológicos para inspiración de ingeniería y diseño de productos. Para sus pacientes, significa una sonrisa de aspecto más natural.

RESTORE

Una solución versátil y duradera

Los implantes con hexágono externo están diseñados alrededor de los diámetros de 3 tablas protésicas, para obtener versatilidad clínica, estabilidad y resistencia. Soluciones con implantes de 3.3 a 6.0 mm.

Están disponibles con y sin porta implante y su diseño de implantes con hexágono externo, se apoya en más de 30 años de experiencia clínica.

El hexágono del implante y su tabla protésica, poseen un código de colores para identificar de forma más sencilla la conexión protésica del implante durante la fase de restauración.

El diseño de las roscas, minimiza la fuerza de inserción necesaria durante la colocación del implante, lo que da como resultado una menor fatiga ósea y un asentamiento más fácil del implante.

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO KEYSTONE

Gracias a la capacidad y profesionalidad de los trabajadores de KYT Implantes Dentales, la prestigiosa KEYSTONE DENTAL nos concedió la distribución en exclusiva de sus productos en España y Portugal.

KYT, líder en distribución de implantes en España



En KYT Implantes Dentales confiamos en los mejores biomateriales del mundo. Es por ello que sólo utilizamos los de BIOBank, que provienen de cabezas femorales humanas (alotrasplantes).

Los donantes se seleccionan según normas de seguridad sanitaria estrictas en base a los criterios clínicos recomendados por l'Agence de la Biomédecine (Agencia de la Biomedicina) y a los criterios serológicos reglamentarios.



IMPLANTES PRIMA

Tamaños de Implante:



IMPLANTES RESTORE

Tamaños de Implante:



- Satisfacen los retos clínicos más exigentes
- Implantes de una o dos piezas: PrimaSolo y PrimaConnex
- Diseños cónicos o rectos
- Gran variedad de opciones restaurativas
- Tecnología de superficie Arcitecture™
- Un único kit quirúrgico para colocar implantes cónicos o rectos
- Simplicidad de los componentes
- Colocación inmediata y provisionalización
- Tapa de impresión Quick-Cap

- Diseñados para obtener versatilidad clínica, estabilidad y resistencia.
- Disponibles con y sin porta implante.
- El diseño de implantes con hexágono externo, se apoya en más de 30 años de experiencia clínica.
- El hexágono del implante y su tabla protésica, poseen un código de colores para identificar de forma más sencilla la conexión protésica del implante, durante la fase de restauración.
- El diseño de las roscas, minimiza la fuerza de inserción necesaria durante la colocación del implante, lo que da como resultado, una menor fatiga ósea y un asentamiento más fácil del implante.

Maco amplía la gama de pilares de cicatrización

¿Qué tipos de implantes ofrecen?
En Maco contamos con un catálogo de productos que creemos podrá cubrir todas las necesidades que demanda el odontólogo.

Un hexágono interno, un hexágono externo, un implante estrecho mono bloque y, en breve, contaremos con un implante de espiras marcadas y conexión cónica de 16°.

Todos nuestros implantes están fabricados en titanio grado 4 y la prótesis en titanio grado 5.

¿Qué características tiene su superficie?

Todos nuestros implantes se someten al tratamiento de superficie patentado por Maco, denominado MACO SURFACE 3.

La superficie del implante en contacto con el hueso se somete a un doble tratamiento de arenado y grabado con el fin de mejorar sus características biomecánicas.

Este tratamiento superficial dual tiene el propósito de generar una capa macro-áspera debido al *sand-blasting*, mientras que la acción del ácido provoca la formación de microcavidades de un tamaño comparable a las de los osteocitos, que facilitan el proceso de osteointegración una vez implantado.

¿En qué se diferencian respecto a otros implantes?

Todos nuestros implantes están pensados para realizar carga inmediata si es el caso o se requiere. Pocas marcas del mercado ofrecen tres conexiones para todas las soluciones.

¿Cuál es su aspecto más novedoso?

Maco ha lanzado en España en enero del 2016 dos novedades protésicas ampliando las soluciones para el doctor. Siendo fiel a nuestra misión de ofrecer la máxima calidad a coste razonable, hemos ampliado la gama de pilares de cicatrización, incluyendo en nuestro catálogo pilares suturables para solucionar algunos de los problemas planteados por el odontólogo.

Los pilares de cicatrización suturables estarán disponible para nuestro sistema Omnia de HE en todas las plataformas y en alturas de 3 mm,

4 mm y 5 mm, y en nuestro sistema Seventeen One de HI en alturas 3mm, 4mm y 5mm.

Los pilares de cicatrización suturables están fabricados en titanio Gr 5 (Ti AL6V4 ELI), y se utilizará para su colocación el destornillador estándar de 1,2 mm, con un torque de inserción de 10 Ncm.

¿Tienen estudios a largo plazo?

Tenemos estudios realizados en las principales universidades de Italia. El más reciente se hizo en la universidad de Nápoles y fue publicado en la revista americana 'Oral & Implantology'.

En relación con la prótesis, ¿cómo es la estética?

En cualquiera de nuestras conexiones disponemos de todo tipo de soluciones para garantizar una óptima estética, soluciones para cementar, atornillar, con distintas angulaciones de 15° y 30°, con alturas desde 1 mm hasta 6 mm, e incluso contamos con el pilar Z-Base para soluciones de Cad-Cam.

¿Trabajan en la formación en implantología? ¿Imparten cursos prácticos y/o teóricos?

Durante todo el 2016 haremos diferentes cursos de formación. Por suerte contamos en Maco con la colaboración del Dr. Alberto Fernández, de la Clínica Fernández de Ibiza y fundador de canal digital Oral Surgery Tube. Con él realizaremos varios cursos con cirugías en directo y realizaremos estancias clínicas. También haremos distintos cursos en Italia donde contaremos con alguno de los nombres más reconocidos de las universidades italianas.

¿Cómo es la atención al profesional? ¿Qué relación tienen con el dentista?

Intentamos que la relación sea cercana, participativa, y que sume por ambas partes. Al final nuestra misión no es otra que facilitar al doctor las herramientas para realizar su trabajo lo mejor posible.

Maco no tendría sentido sin el dentista. Maco está formado por un equipo Joven pero con una gran experiencia en la implantología, por lo que la relación y el día a día con el dentista es parte de nuestra misión.



Todos nuestros implantes están fabricados en titanio grado 4

La superficie del implante en contacto con el hueso se somete a un doble tratamiento

Seventeen one Implante de conexión HI

- Cuello superior suavizado que asegura la colocación armónica de tejidos blandos con el sello del epitelio.
- Sistema de platform switch con plataforma única para todos los diámetros.
- Implante cónico de titanio de grado 4, con conexión hexagonal interna profunda.
- Bisel con ángulo de 35°.
- Micro rosca coronal para asegurar una buena estabilidad y no crear tensión en el área, proporcionando una doble calidad.
- Tratamiento superficial MaCo Surface.
- Rosca principal agresiva de doble principio de atornillado para una estabilidad primaria garantizada, incluso en el hueso tipo D4.
- Paso de rosca de 1,2 mm.
- Implante sumergido, bifásico o monofásico para carga inmediata.
- Sistemática quirúrgica sin monturas.





Omnia Implante cilíndrico con tercio apical tronco cónico

- Ángulos que permiten la fácil colocación o remoción de todos los componentes protésicos, proporciona una función anti rotacional por medio de su hexágono externo.
- Sistema de dos fases.
- Cuello pulido para una mejor adherencia al tejido gingival, la distancia entre el borde inferior de la corona y la primera rosca del implante que es fina, representa una ventaja para

- el tejido alrededor del implante.
- La rosca del implante tiene un paso uniforme con doble principio a una distancia constante de 0.6 mm de cada una.
 - Los bordes de la rosca del implante son uniformes.
 - El sistema cuenta con 5 diámetros y longitudes varias para satisfacer las necesidades quirúrgicas implantológicas.
 - Superficie del implante (MaCo Surface) desarrollada por MaCo.
 - Sistema sin montura para llave tipo Easy Grip.

Disponemos de todo tipo de soluciones para garantizar una óptima estética

La relación y el día a día con el dentista es parte de nuestra misión

Easy Mini implante para la estabilización de prótesis completas

- El sistema contempla dos diámetros, 2.30 mm para el maxilar superior y 2.00 mm para la mandíbula para colocación interforaminal en la región del mentón e inter sinusal en la maxila, esto es de la pared medial del seno maxilar derecho a la pared mesial del seno maxilar izquierdo, a nivel del piso de fosas nasales respetar un milímetro antes del piso nasal.
- Esfera en un solo diámetro.
- El sistema cuenta con 4 longitudes para cada uno de los diámetros de los implantes.
- Sistema diseñado para carga inmediata, de esta manera el paciente recibe de inmediato retención en su prótesis.
- Procedimiento quirúrgico simplificado y de mínima invasión y trauma quirúrgico.
- También es utilizable para provisionalización de prótesis fijas.
- Solo se realizara un fresado guía y son autoenroscables.



Una apuesta de futuro con implantes zirconio-titanio

Importación Dental se crea en 1996 fruto de los años de experiencia de Casa Schmidt en el sector dental y en respuesta a la necesidad de crear una empresa especializada en determinadas ramas de la odontología, como son la implantología, la cirugía y la ortodoncia. En todos estos años se ha mantenido fiel a su especialización ofreciendo productos seleccionados, siempre buscando



la máxima calidad e innovación a precios asequibles. Actualmente entre sus principales marcas destacan Masel para la ortodoncia, Osteoplus como marca propia de Implantes y TBR como su gran apuesta ya que posee el único implante del mercado con tecnología de última generación que aúna en un mismo implante zirconio y titanio. Masel es una empresa norteamericana líder en el sector de la

TBR es la gran apuesta de Importación Dental gracias a su innovadora tecnología que une zirconio y titanio en un mismo implante



ortodoncia, con 108 años de experiencia y una gran distribución a nivel internacional (actualmente está presente en más de 50 países). Osteoplus es la marca propia de implantes de Importación Dental creada en el año 2000 y que ofrece implantes con un cuidado diseño, de uso sencillo y a precio muy competitivo. Estos implantes han ido actualizándose en los 16 años que llevan en el mercado, incorporando la gama SH en 2014 con unas cone-

Importación Dental se crea en 1996 fruto de los años de experiencia de Casa Schmidt en el sector dental.



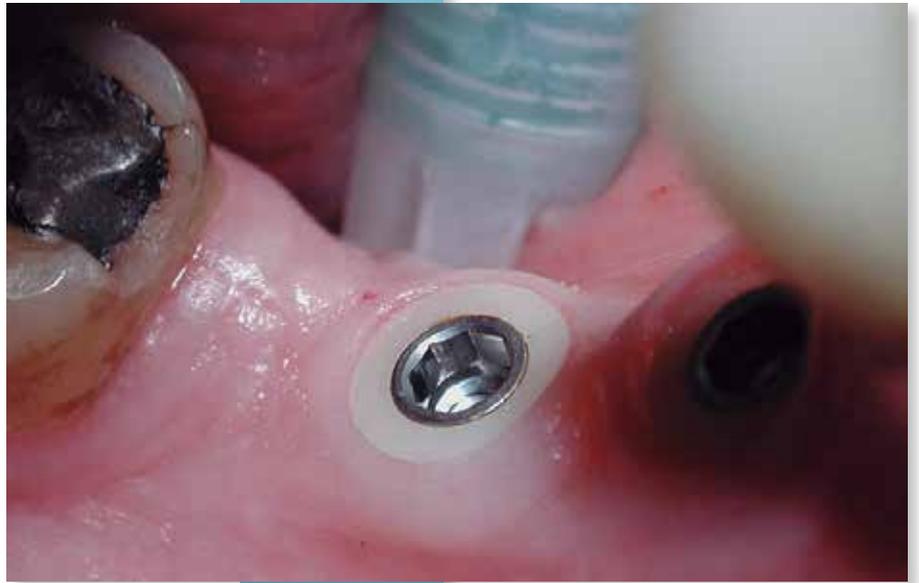
Desde el año 2001 estos implantes se colocan en los más de 50 países en los que está presente TBR con excelentes resultados y numerosos estudios que avalan las ventajas de optar por este implante.

Este año sale a la venta el último implante de TBR, llamado Infinity, este implante es fruto de las mejores características de los implantes TBR, que destacan porque posee un cuello pulido de 0.5mm rematado en bisel con el fin de preservar la cresta ósea, además de superficie con macroespiras redondeadas que evita fenómenos de compresión en el hueso cortical y garantiza un anclaje primario adecuado. Permite además la colocación del implante con la tecnología swissclip.

Pero la ventaja de los implantes Infinity reside sobre todo en la posibilidad de utilizar el Z1 Infinity, un implante con cuerpo de titanio y anillo de zirconio. Esta excelente combinación consigue un implante resistente a la vez que lo hace estético ya que el zirconio se asemeja al color natural del diente a través de la encía.

Pero además el anillo de zirconio ofrece características hasta ahora no logradas con otros implantes ya que hay estudios que demuestran que el zirconio mejora la adhesión y proliferación celular respecto al titanio consiguiendo así una auténtica barrera antibacteriana natural, que ayuda frente a la temida periimplantitis (causante de la principal complicación a medio y largo plazo de los implantes dentales). Por ello, es fundamental la elección del material adecuado que garantice el sello perfecto entre los tejidos periodontales y la cavidad oral.

El implante Z1 Infinity además favorece la reconstrucción espontánea de las papilas gingivales y mejora la estética de la encía.



El cuello de zirconio mejora la adhesión y proliferación celular respecto al titanio

20 aniversario

Este año se celebra el 20 aniversario de Importación Dental. Todos estos años la empresa se ha mantenido fiel a su especialización en implantología, cirugía y ortodoncia, ofreciendo productos seleccionados siempre buscando la máxima innovación y calidad a unos precios asequibles.

Durante estos 20 años se han hecho hueco en el sector siendo para muchos de sus clientes una empresa imprescindible para el desarrollo de su profesión.

Implantes Infinity

Importación Dental está orgullosa de presentar el único implante del mercado que combina titanio y zirconio consiguiendo un gran avance tecnológico y ofreciendo las mejores características de los implantes TBR, empresa de origen francés con más de 30 años de experiencia. Pero además el implante Z1 Infinity ofrece un plus a cualquier otro del mercado ya que aún en un mismo implante la solidez del titanio con la estética de su anillo de zirconio.

Este anillo es altamente estético puesto que no se transparenta en la encía, pero su mayor cualidad es conseguir una verdadera barrera antibacteriana ya que mejora la adhesión y proliferación celular, favorece la reconstrucción espontánea de las papilas gingivales consiguiendo ser un eficaz aliado para prevenir la peri implantitis, (esta enfermedad es actualmente la principal complicación a medio y largo plazo de los implantes).

Técnica de fabricación unión zirconio y titanio

¿Cómo se consigue la unión entre el cuello de zirconio y el implante de titanio? Es una de las dudas más comunes entre los profesionales, por ello la empresa quiere explicar que la unión se realiza a una temperatura controlada. Una matriz biocompatible inyectada bajo alta presión ofrece un doble proceso de montaje mecánico y químico, logrando que el sellado entre los materiales sea absoluto y por tanto el éxito de esta tecnología única.

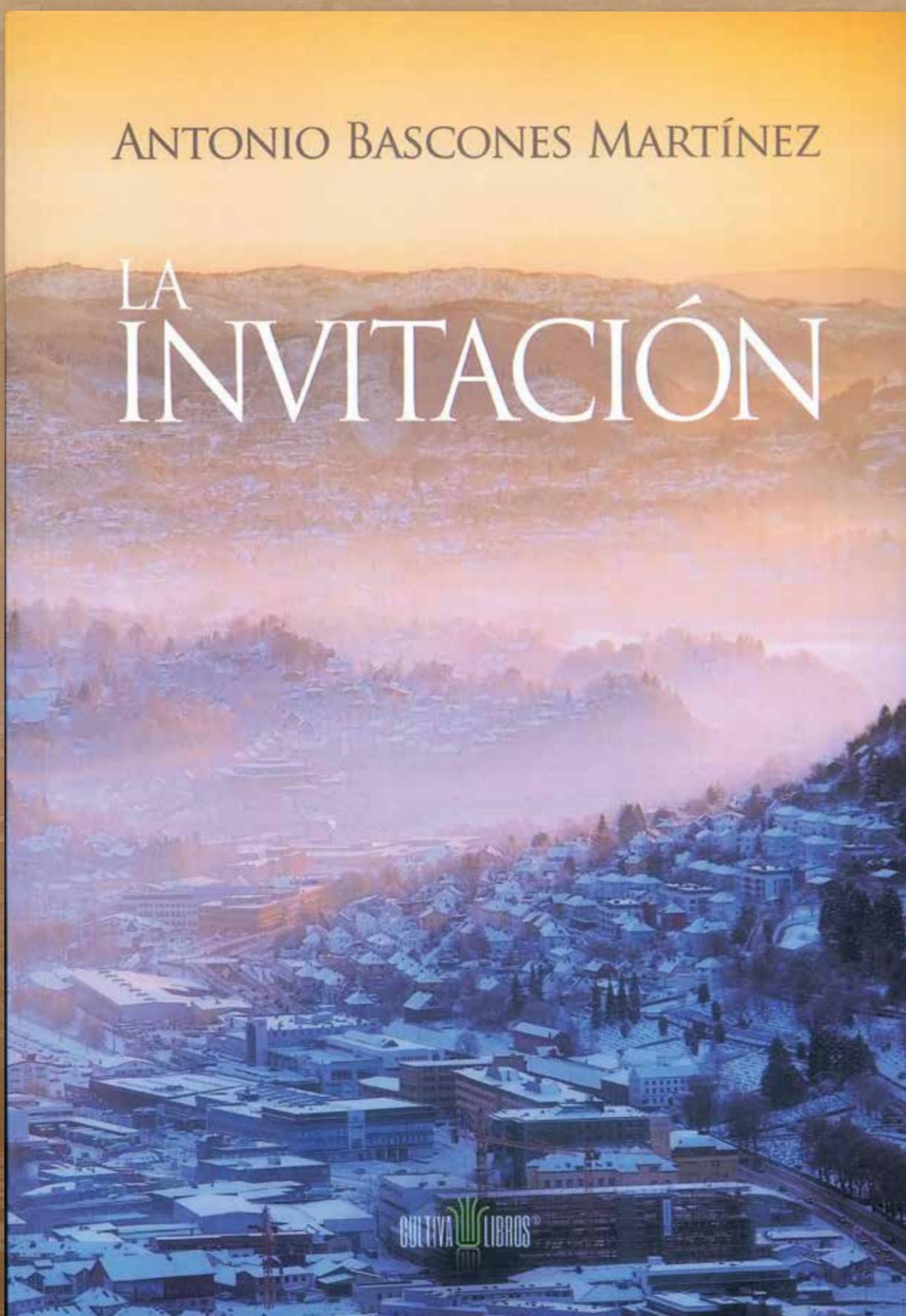


xiones estándar que facilitan su uso al profesional.

Y por último TBR, convertida en la gran apuesta de esta empresa, que en la búsqueda de su cuidada selección de productos, se encontró con esta empresa de origen francés, fundada en 1986 y que en 2001 lanzó al mercado el primer y único implante que combina zirconio y titanio en una pieza y por el que ha recibido en varias ocasiones el premio Frost & Sullivan de innovación tecnológica.

ANTONIO BASCONES MARTÍNEZ

LA
INVITACIÓN



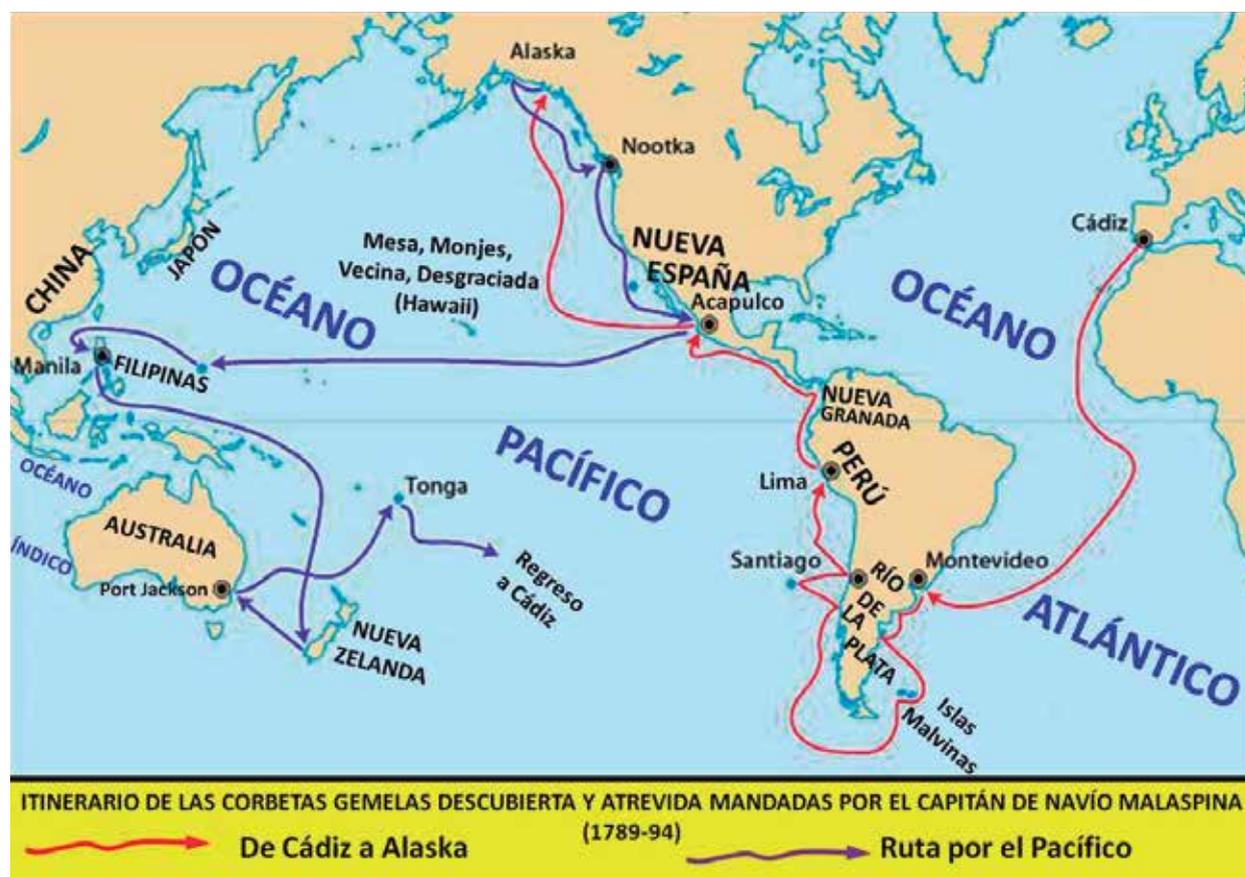
 EDICIONES AVANCES

avances@arrakis.es

Pedidos:
91-533 42 12

de 9 a 14 horas - L X V

Precio: 20 €
(Gastos de envío no incluidos)



Itinerario genérico.

CAPITÁN DE NAVÍO ALEJANDRO MALASPINA

Un marino ilustrado e injustamente represaliado (II)



Por José Antonio Crespo-Francés

Malaspina le expondría a Valdés su plan de realizar un viaje científico y político alrededor del mundo. Nada que ver con la empresa mercantil recién concluida, que, sin embargo, ha sido el banco de pruebas idóneo para modelar el proyecto que se presenta para la aprobación del ministro. El documento oficial que contiene el plan del viaje lleva fecha del 10 de septiembre de 1788. Fue suscrito en Madrid por los capitanes de fragata Alejandro Malaspina y José Bustamante, que se ofrecen voluntarios para el mando de las dos naves expedicionarias necesarias para afrontar la aventura. La aprobación fue rápida pues apenas transcurrido un mes Malaspina es liberado de sus otras obligaciones para dedicarse a or-

ganizar el viaje. El correspondiente y necesario oficio autorizando la misión lo firma Valdés con fecha 14 de octubre de 1788. Sin quedarse atrás respecto a las actuaciones de otras potencias, como Francia o Inglaterra, en materia

bordo de dos corbetas que darán la vuelta al mundo con la finalidad de trabajar en las cartas hidrográficas de la costa occidental americana y de los establecimientos españoles de Asia, reconociendo Nueva Zelanda y

Su Majestad aprueba un viaje a bordo de dos corbetas que darán la vuelta al mundo con la finalidad de trabajar en las cartas hidrográficas de la costa occidental americana y de los establecimientos españoles de Asia

similar, la corona española decide invertir cuantiosos recursos en este ambicioso proyecto naval para lo que el Banco de San Carlos tendría mucho que hacer.

Su Majestad aprueba un viaje a

diferentes islas del Pacífico. Todo queda explicado al detalle por Malaspina en la carta que ha enviado a los oficiales de la armada buscando adeptos para su empresa naval. Se trata de una carta

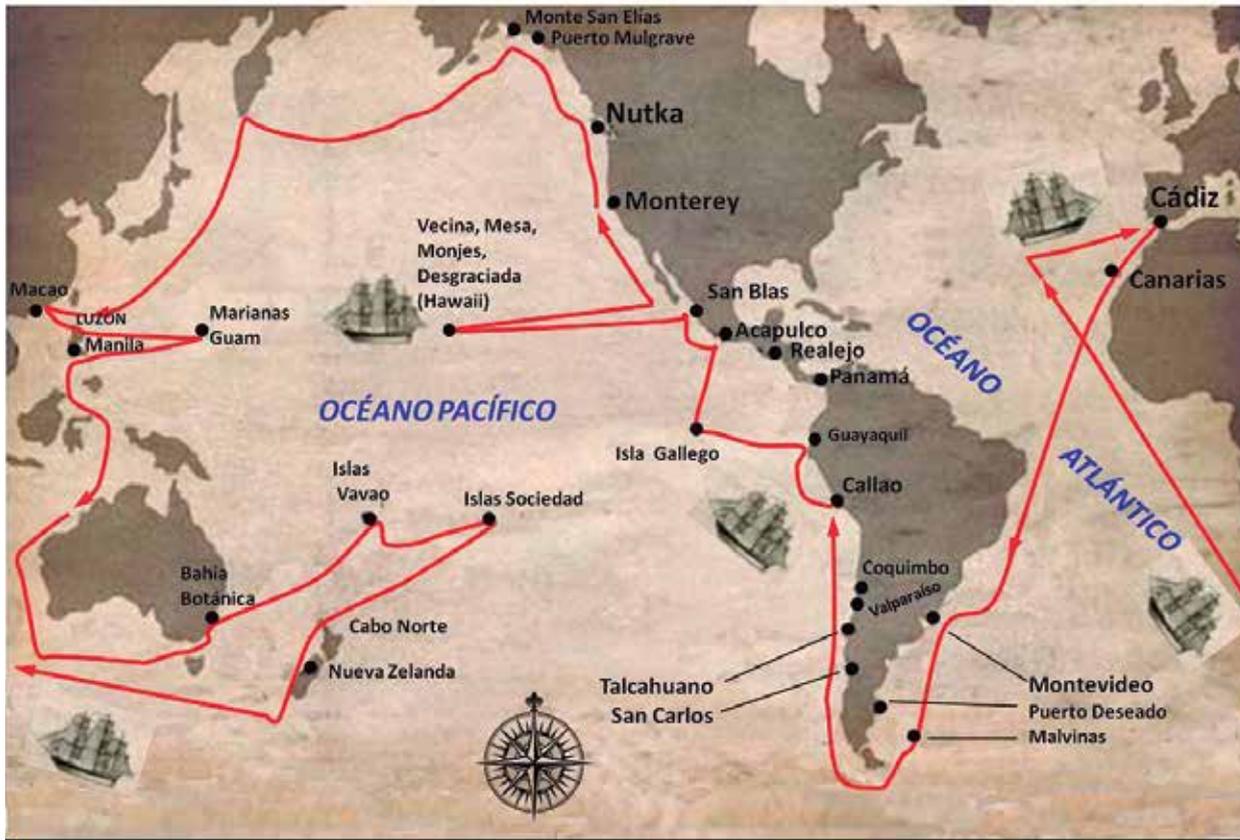
directa y sencilla, hablando muy claro, anunciando los riesgos de un viaje tan largo, de tres a cuatro años de duración, que se convertirían en cinco, recorriendo costas mal conocidas, soportando climas adversos, visitando países poblados por gentes «más bien bárbaras que civilizadas». Tareas repetidas y pesadas, muchos peligros y una subordinación estricta aguardan según augura Malaspina a los intrépidos marinos dispuestos a enrolarse.

Malaspina tuvo carta blanca para seleccionar a los mejores, pero nadie irá contra su voluntad pues sería contraproducente. Suenan los nombres de oficiales como Dionisio Alcalá, José Espinosa, Antonio Tova, Juan Vernacci, Fernando Quintano, Cayetano Valdés, Juan Gutiérrez, Francisco Viana, José Robredo, Arcadio Pineda, Martín de Olavide, Manuel Novales, Ciriaco Cevallos, Secundino Salamanca, y el propio Aliponzoni, pariente de Malaspina, ponen rostro al grupo de elegidos para la gloria. Nombres todos ellos que podemos encontrar en los topónimos de los mapas de la costa noroeste norteamericana del Pacífico.

Cada barco transportaba un total de ciento dos hombres, entre ellos un cirujano y un capellán, para atender tanto las heridas del cuerpo como del alma. La nómina incluye carpinteros, calafates, herreros, grumetes, criados, pilotos, naturalistas, pintores, guardiamarinas, artilleros y la clase de tropa. Transcurre el mes de noviembre, el guadiamarina Aliponzoni, protegido de Malaspina, ya sabe que acompañará al comandante sin saber que su nombre también quedaría reflejado en un accidente topográfico en la tortuosa costa canadiense que van a visitar.

El tiempo vuela y son muchas las cosas pendientes para preparar en tan corto espacio de tiempo pues sólo unos siete u ocho meses restaban hasta la partida. Hay que adquirir y preparar víveres, recopilar información sobre los destinos del viaje, adquirir libros e instrumentos científicos, seleccionar e instruir al personal y, sobre todo construir dos embarcaciones eficientes que puedan introducirse en profundos fiordos.

Malaspina lo coordina todo pues es el alma del proyecto. Como marineros prefiere a la gente del norte, gallegos, asturianos y vizcaínos acostumbrados



Expedición Malaspina, itinerario inicial previsto.

al frío. En cuanto a la elección de los naturalistas se convierte de viene un asunto complicado pues son tres las plazas a cubrir y varios los candidatos. Todos buenos, aunque las apariencias engañan. Don Antonio Pineda y Ramírez, ya mencionado, teniente de infantería del tercer batallón de Reales Guardias Españolas, es el elegido para dirigir el equipo pues es un militar hidalgo, conocido en los círculos científicos de la corte, por su amplitud de conocimientos, sabe de todo, animales, vegetales y minerales forman parte de su formación académica.

Pineda representa el espíritu castrense que Malaspina busca para gobernar al personal con mano férrea y, lo más importante, es viejo conocido y amigo pues juntos estuvieron en el asedio a Gibraltar del año 1780. Para ocuparse de las plantas se contrata al jardinero francés Luis Néé, que viene de emplearse en el madrileño jardín de La Priora. Con fama de hábil recolector y eso es lo que cuenta. Las plantas que recolecte las estudiarán otros.

El tercer puesto estuvo a punto de quedar desierto. El profesor de química Florián Coetanfeau, empleado en el laboratorio madrileño propiedad del Ministerio de Hacienda, optó al puesto, pero su candidatura no llegó a concretarse. El químico se retiró de la pugna alegando problemas familiares. La realidad es que Malaspina no estaba dispuesto a

dejarle embarcar, e hizo bien en no intentarlo. Pasa entonces a escena Carlos Cristiano Gmelin, un prestigioso naturalista alemán amigo de Pineda que, se encuentra de visita en Madrid pero sorprendentemente, la solicitud es rechazada pues se le vincula con el imperio de los zares y podría ser un espía. Llegado el mes de mayo el puesto de tercer naturalista está vacante, y todo indica que así seguirá, pero in extremis, el naturalista Tadeo Haenke es contratado como botánico. Posiblemente recomendado por los embajadores de Austria y Cerdeña.

En su equipaje expedicionario Antonio Pineda lleva el Ensayo sobre las experiencias a realizar en los reinos animal y mineral que Lazzaro Spallanzani ha escrito ex profeso para la expedición. Es un sabio italiano de talla mundial, aficionado a contemplar la vida con el microscopio. Inicialmente se mostró reacio a colaborar. Fi-

para conocer la naturaleza allende de los mares.

Mientras los naturalistas resuelven sus preparativos, los oficiales hacen prácticas de astronomía y geodesia en el observatorio de instrucción montado en Cádiz. El santuario consiste en una amplia y sencilla tienda de campaña, que se montará y desmontará una y mil veces en el transcurso del viaje. Se practican las observaciones celestes, se familiarizan con el uso del telescopio, los relojes marinos, el cuadrante y el sextante. En esta improvisada academia se mira al cielo, se observan planetas y estrellas, se aprende a determinar longitudes y latitudes, a calcular distancias solares, a usar el método de las alturas absolutas, a utilizar las tablas de refracción, a calcular horarios. También se practica la medición de distancias y desniveles con el teodolito, trasladando la verdad del terreno al mapa.

Nada quedó al azar y a la im-

Pineda representa el espíritu castrense que Malaspina busca para gobernar al personal con mano férrea y, lo más importante, es viejo conocido y amigo

nalmente en el mes de abril de 1789, el mediador y común amigo Gherardo Rangoni recibe el texto en su residencia de Módena quien rápidamente lo remite a España, convirtiéndose en la guía oficial

provisación, los cometidos estaban perfectamente establecidos. Cuando se encontraran en alta mar dos oficiales por corbeta se ocuparían de observar las estrellas. Al descender a tierra el di-

rector de turno responderá del adecuado funcionamiento del laboratorio celeste controlado con el auxilio de un guardiamarina y un pilotín, que sería como el ángel custodio de la dependencia.

Fabio Aliponzoni fue agregado al observatorio teniendo que ejercitarse a diario calculando la altura meridiana del Sol para deducir la latitud, además de medir la distancia del Sol a la Luna determinando la longitud. Todos los días su preocupación sería el cuarto de círculo, que exige destreza, pulso firme y ojo clínico ya que en tierra rodo es más fácil, lo contrario que en alta mar a merced del oleaje dificultando el enlazar el Sol con el horizonte mirando a través del sextante.

Una vez finalizado el mes de febrero en el Arsenal de la Carraca se trabaja a toda máquina bajo la dirección del ingeniero Tomás Muñoz, para una botadura prevista para mayo. En ese momento ya se habían elegido los nombres de las naves, Descubierta para la nave comandante y Atrevida para la subalterna. Cada embarcación con una capacidad para 22 cañones en batería y 4 en el puente, pero se montan solo 16 por razones de peso y de mayor comodidad.

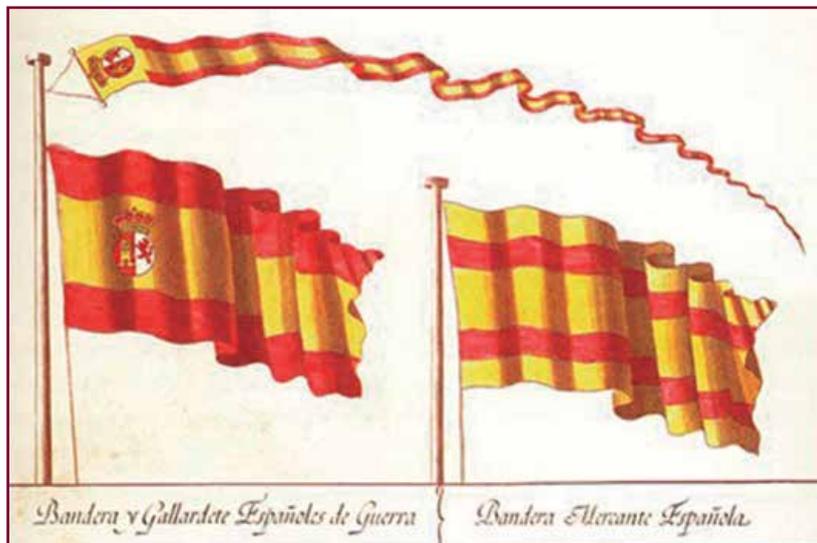
Las dos corbetas no se diseñaron si se ejecutaron para el combate pues su misión es la de transitar veloces por las aguas oceánicas conduciendo el pasaje a buen puerto. Se construyeron con maderas selectas adecuadamente calafateadas, completándose el casco con un forro de cobre para aumentar la resistencia, medida oportuna para una navegación prolongada por parajes muy diferentes y climas extremos. Se tomó como modelo la fragata Astrea para el diseño del aparejo, y del navío San Sebastián se toma el modelo para copiar los fogones con ventilación y destilador, pues así servirán para cocinar y desalinizar el agua de mar en caso necesario.

Se equipó a las corbetas con pararrayos de última generación, según las lecciones aprendidas en la academia de París. Así se lo expone Malaspina al ingeniero Muñoz por carta para que tome las medidas oportunas. El artefacto consiste en una pieza de hierro de un metro de longitud con forma de cono truncado, coronado por un alargado estilete de latón. Una cadena de grosor variable desciende del cuerpo principal hasta la superficie del

agua, derivando la corriente al mar si ocurre lo peor, se trata de un sencillo milagro técnico contra los devastadores fenómenos naturales. Se añadieron otras mejoras como el cabestrante mayor de manejo más fácil colocado en el combés, espacio entre el palo mayor y el castillo de proa, y las embarcaciones menores se distribuirán sobre cubierta para facilitar su empleo con mayor agilidad y prontitud.

El domingo 5 de julio las corbetas navegaron en torno a la bahía gaditana, y utilizando gavias, juanetes, foque y mesana, a las siete y media de la mañana se dieron a la vela siendo esta la primera prueba de navegación para comprobar el buen andar y gobierno de las embarcaciones. Trabajaron todo el día para regresar al ocultarse el sol.

Luego habría de embarcar y estivar todo el suministro, vino de Sanlúcar, coles agrias, vinagre, aceite, menestra, tocino, pan, agua, leña, anclas, cordajes, betunes, juegos de velas, recambio de arboladura, armamento, repuestos de vestuario, regalos, medicinas, libros, ins-



La bandera establecida por Carlos III para los buques de guerra de la Armada española, adquirió luego el carácter de bandera nacional. Aquí dos propuestas.

trumental científico, equipajes, pensando que debe quedar espacio para los materiales que se recojan. Alejandro Malaspina se mostraba satisfecho y así se lo hacía ver a su amigo Gherardo Rangoni, Secretario de Estado y del Despacho Universal del duque de Módena.

Todo el equipo estaba preparado e inquieto, deseoso de que llegara la partida, la hora de levar anclas. Lo anuncia José Bus-

tamente en su diario: «recibida la orden de antemano por el comandante de la expedición para dar la vela el 30 de julio, quedamos prontos a verificar desde el día anterior, y aguardar en la mañana próxima la señal para su ejecución». Llegarán a lugares remotos y desconocidos, conocerán biología u geología que les sorprenderá, así como culturas y cosmologías desconocidas, recogiendo interesantes datos antropológicos,

y se enfrentarán a la naturaleza salvaje y conocerán de primera mano al nativo americano y su medio de primera mano.

Este viaje sería conocido como expedición Malaspina-Bustamante, y zarparía de Cádiz el 30 de julio de 1789. Después de realizar una parada técnica en las islas Canarias antes de atravesar el Atlántico, navegaron por las costas de Suramérica hasta el Río de la Plata, llegando a Montevideo el 20 de septiembre. Desde allí, prosiguieron hasta las islas Malvinas, recalando antes en la Patagonia.

Doblaron el Cabo de Hornos y se adentraron en el Pacífico el 13 de noviembre, explorando la costa de Suramérica y recalando en la isla de Chiloé, Talcahuano, Valparaíso, para luego alcanzar Santiago de Chile desde donde cruzaron a las Islas Desventuradas para después regresar al continente en El Callao, Guayaquil y Panamá, y alcanzar finalmente Acapulco en abril de 1791.

José Antonio Crespo-Francés
es Coronel de Infantería en situación de Reserva.

Tratado de Odontología

Antonio Bascones



EDICIONES AVANCES

AVANCES

ÍNDICE GENERAL		
SECCIÓN I ANATOMÍA HUMANA	SECCIÓN XVI ODONTOPEDIATRÍA	SECCIÓN XXV MEDICINA BUVAL
SECCIÓN II BIOLOGÍA CELULAR Y DEL DESARROLLO	SECCIÓN XVII ODONTOPEDIATRÍA Y SURDOPEDIATRÍA	SECCIÓN XXVI ODONTOLÓGIA EN PACIENTES DISCAPACITADOS
SECCIÓN III FISIOLÓGIA	SECCIÓN XVIII ODONTOPEDIATRÍA	SECCIÓN XXVII PERIODONCIA
SECCIÓN IV ODONTOPEDIATRÍA	SECCIÓN XIX ANATOMÍA Y REANIMACIÓN	SECCIÓN XXVIII ODONTOPEDIATRÍA
SECCIÓN V MEDICINA ODONTOLÓGICA	SECCIÓN XX MEDICINA ODONTOLÓGICA	SECCIÓN XXIX CIRUGÍA BUCAL E INPLANTOLÓGIA
SECCIÓN VI ODONTOPEDIATRÍA	SECCIÓN XXI CIRUGÍA ODONTOLÓGICA	SECCIÓN XXX CIRUGÍA MAXILODENTAL
SECCIÓN VII DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN ODONTOLÓGIA	SECCIÓN XXII ODONTOPEDIATRÍA	SECCIÓN XXXI PROTESIS FATOLOGÓGICA
SECCIÓN VIII HISTORIA DE LA ODONTOLÓGIA	SECCIÓN XXIII ODONTOPEDIATRÍA PEDIÁTRICA	SECCIÓN XXXII FARMACOLÓGIA APLICADA
SECCIÓN IX EPIDEMIOLOGÍA	SECCIÓN XXIV ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XXXIII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
SECCIÓN X ANATOMÍA ODONTOLÓGICA	SECCIÓN XXV ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XXXIV ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
SECCIÓN XI DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO	SECCIÓN XXVI ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XXXV ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
SECCIÓN XII DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO	SECCIÓN XXVII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XXXVI ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
SECCIÓN XIII DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO	SECCIÓN XXVIII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XXXVII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
SECCIÓN XIV DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO	SECCIÓN XXIX ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XXXVIII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
SECCIÓN XV DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO	SECCIÓN XXX ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XXXIX ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XXXI ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XL ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XXXII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XLI ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XXXIII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XLII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XXXIV ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XLIII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XXXV ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XLIV ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XXXVI ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XLV ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XXXVII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XLVI ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XXXVIII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XLVII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XXXIX ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XLVIII ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XL ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN XLIX ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING
	SECCIÓN XLI ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING	SECCIÓN L ODONTOPEDIATRÍA Y MARKETING

NOMBRE: APELLIDOS:

N.I.F.: DOMICILIO:

C.P.: POBLACIÓN: PROVINCIA:

TÉLFONO: FAX:

Antes 700€, ahora 500€ portes incluidos.

LA BATALLA DE VILLAVICIOSA (I)

Victoria decisiva para consolidar a la dinastía Borbón en el Reino de España



Por Juan M.ª Silvela Milans del Bosch

INTRODUCCIÓN

Esta batalla se dio el 10 de diciembre de 1710; su resultado fue decisivo para el desenlace a favor de la dinastía Borbón de la Guerra de Sucesión Española (1702/14). Es una contienda que suele ser tratada con poca extensión en nuestra historiografía general y, con frecuencia, manipulada; hoy todavía permanece muy desconocida para demasiados españoles y, sin embargo, resulta su estudio muy interesante.

Aparte de su dimensión claramente internacional, pues Europa occidental se vio casi totalmente involucrada, para España sería un antecedente claro de la Guerra de la Independencia (2 de mayo de 1808 a 4 de junio de 1814) y tan desastrosa como ella; tuvo, también como esta última, carácter de guerra civil. Fundamentalmente en los reinos de Aragón y Valencia a causa de la defensa de sus fueros, que se suponían amenazados por la nueva dinastía. En realidad, los fueros no estuvieron en peligro en un principio; sólo se suprimieron a partir de la batalla de Almansa (25/IV/1707), pero no en Navarra ni en las Provincias Vasca. Este triunfo, también decisivo, del Ejército franco-español contra el Ejército aliado, permitió a Felipe V conquistar el reino de Valencia y casi todo Aragón. Fue entonces cuando promulgó los Decretos de Nueva Planta (29/VI/1707). Esto hizo que en Cataluña y durante los tres últimos años de guerra (1711/14) se produjera una feroz resistencia ante la ocupación de las tropas de Felipe V.

En Castilla y resto de España, no puede hablarse propiamente de guerra civil, pues el apoyo de las clases populares y medias fue decisivo y optarían unánimemente por su rey legítimo: Felipe V; desde luego, hubo también partidarios del archiduque Carlos (1685/1740) y su esposa, Isabel Cristina de Brunswick (1691/1750), especialmente



José Fernando de Baviera.

entre determinados personajes de la alta nobleza, del alto clero, de varios generales y de algunas órdenes religiosas, pero no fueron lo

des del obispo de Murcia, Luis Belluga, que organizó un batallón con sus clérigos para combatir a favor de Felipe V; fueron un precedente

Este triunfo, también decisivo, del Ejército franco-español contra el Ejército aliado, permitió a Felipe V conquistar el reino de Valencia y casi todo Aragón

suficientemente importantes para calificar la guerra en esta zona de lucha fratricida.

Como hechos semejantes a los de la Guerra de la Independencia se puede mencionar las activida-

des de los famosos "curas trabucaires" que tomaron las armas contra las fuerzas de ocupación francesas. O también los guerrilleros; aunque casi todos eran militares profesionales, utilizaron sus "cuerpos fran-

cos" de semejante manera a como lo hicieron los más famosos y recordados de la Guerra de la Independencia: Mina, Porlier, Merino, el Empecinado, el Charro, Miláns del Bosch...Cien años antes, ya se habían destacado los hoy olvidados Bracamonte, Cereceda, Santa Cruz, Lapaz, Caballero...Y, sobre todo, Vallejo, que rindió a un regimiento portugués en Ocaña; más tarde, venció al general Wetzell, a quien le cogió 800 caballos entre Baides y Atienza, para luego obligarle a rendirse en Sigüenza. Incluso derrotó al famoso general inglés Stanhope en San Juan del Viso, no disponiendo ni siquiera de la mitad de fuerzas que tenía aquél. Y, finalmente, estuvo a punto de coger prisionero al propio archiduque Carlos en el monte del Pardo; un guardabosques faltó al secreto⁽¹⁾ y el pretendiente pudo salir bien del trance. Vicisitud que le hubiera impedido de forma inmediata llevar a cabo su proyecto de instalarse en el trono de España. Sin embargo, el pretendiente austriaco nunca pudo disponer de guerrilleros en las zonas de España dominadas por Felipe V, salvo al final de la guerra y en Cataluña, donde si hubo algunas partidas guerrilleras, que intentaron poner dificultades al avance del Ejército Borbón.

Cuando Carlos II murió el 1 de noviembre de 1700, dejando como regente al cardenal Portocarrero, la situación de España con respecto a las demás potencias europeas era muy desfavorable. Éstas consideraban que la estructura de la organización política y la administración de España era demasiado atrasada y deficiente. Además, eran plenamente conscientes del abandono de nuestras fuerzas armadas, con las armas sin renovar y los barcos anticuados y viejos; incluso sabían que nuestras tropas y marineros no recibían las pagas y vivían con frecuencia de la mendicidad. Por ello, planeaban repartirse el decadente imperio español y suponían que la invasión de nuestro territorio sería fácil.

Muchos españoles eran conscientes de esta mala situación. Así, por ejemplo, el marqués de San Felipe⁽²⁾, testigo contemporáneo de los hechos, opinaba sobre el Reino de España:

"...; el cual, como si no se disputase de él, yacía sepultado en el ocio. Ruinosos los muros de sus fortalezas, aún tenía Barcelona abiertas las brechas que le hizo el duque de Vendoma (sic) y desde Rosas hasta Cádiz, no había (sic) Alcázar, ni Castillo, no sólo presi-

diado, pero ni montada su Artillería. La misma negligencia se admiraba en los puertos de Vizcaya, y Galicia. No tenían los Almacenes sus provisiones; faltaban fundidores de armas. Vacíos los Arsenales, y Astilleros..."

Más de 200 años después, Pérez Moreno reconocía en términos todavía más dramáticos la citada situación:

"Lúgubre aspecto presentaba la monarquía española, cuando descendió al sepulcro Carlos II de Austria: inerme la nación que a Europa dictara leyes. Sin buques la vencedora de Lepanto, insultadas sus playas por los berberiscos, asoladas por los filibusteros sus colonias, yermos sus campos, desiertas sus ciudades"⁽¹⁾.

Y, sin embargo, en los últimos años del siglo XVII, España se estaba recuperando económicamente. De todas formas, la decadencia del Imperio español se puede estimar que comenzó a partir de su derrota en la batalla de Rocroi, el 19 de mayo de 1643, durante el reinado de Felipe IV (1621/1665). Allí, los famosos tercios españoles serían vencidos por primera vez

a causa de la mala posición elegida por el general jefe del Ejército español, el portugués Francisco de Melo, al situarse en el flanco derecho, con la Caballería que mandada Isemburg. Después de una primera intervención exitosa de las dos alas de Caballería (la de la izquierda mandada por el duque de Albuquerque), acabaron por dejar a la Infantería con los flancos al descubierto; el entonces duque de Enghien, Luis de Borbón, más tarde príncipe Condé, lo supo aprovechar

y consiguió destruir a los viejos tercios. Nuestra Caballería, casi toda mercenaria, fracasó porque tenía una organización y sistema de elección de los mandos ya muy anticuados. Todavía España conseguiría derrotar al Ejército francés en varias ocasiones, pero la terrible derrota de Las Dunas (1658) marcó claramente su decadencia. Lo más grave es que en aquellas dos batallas perecerían nuestros mejores mandos e instructores;



Felipe V, óleo de Juan Ranc (Museo del Prado).



Carlos de Austria e Isabel Cristina de Brunswick (anónimos del Palacio Real y del Museo del Prado, respectivamente).



Se puede estimar que la decadencia del Imperio español comenzó a partir de su derrota en la batalla de Rocroi, el 19 de mayo de 1643, durante el reinado de Felipe IV

sin estos veteranos, España tardaría muchos años en contar con una eficiente Infantería. Se notará en la Guerra de Sucesión.

A partir de entonces, se fueron perdiendo guerras contra Francia,

que sólidamente estructurada y gobernada absolutamente, constituía una fenomenal amenaza. Téngase en cuenta que España tenía entonces escasamente 7 millones de habitantes; en cambio Francia

superaba los 20. En cada paz firmada por nuestra nación se fue perdiendo territorio europeo. En la de Los Pirineos (1659), el Rosellón y varias plazas de los Países Bajos; en la de Aquisgrán (1668), otra zona de los Países Bajos; y, finalmente, en la de Nimega (1678/9) el Franco Condado y 12 plazas de los Países Bajos.

Por el contrario, en la última del siglo XVII, la de Ryswik (1697), se nos devolverían las plazas ocupadas en Cataluña y varias de los Países Bajos, pero a costa de ceder al país vecino la mitad occidental de la isla La Española, que daría origen a Haití. Luis XIV (1643/1715) quiso tener contento a Carlos II para verse favorecido en su testamento.

Con todo y para evitar el reparto de España y la guerra, Carlos II (1665/1700), que no había tenido hijos ni con su primera mujer, María Luisa de Orleans, ni con la segunda, Mariana de Noeburgo, dejó como heredero a José Fernando de Baviera en su primer testamento. Este era nieto de Margarita Teresa, hermana de Carlos II, y de Leopoldo I de Alemania e hijo de Maxi-

miliano Manuel de Saboya y María Antonieta. Sin embargo, el futuro Felipe V era nieto de María Teresa, hermana mayor de Margarita y, por tanto, con más derechos sucesorios, lo cual no agradaría a Luis XIV. Pero, además, este último era hijo de Luis XIII de Francia y Ana de Austria, hermana de Felipe IV, y mayor que María Ana, casada con el emperador Fernando III, padres de Leopoldo I.

José Fernando moriría en 1699 y la esperanza de impedir la guerra y

salvaguardar la unidad de España, que no estaba asegurada, pues no había certeza de que el rey francés respetara el testamento, se vería truncada. En su segundo testamento, Carlos II declarararía como primer heredero a Felipe de Anjou, hijo del Gran Delfín de Francia (moriría en 1711) y Ana de Baviera; en segundo lugar, al duque de Berry; después, al archiduque Carlos, segundo hijo de Leopoldo I y Leonor de Noeburgo, hermana de Mariana, segunda es-

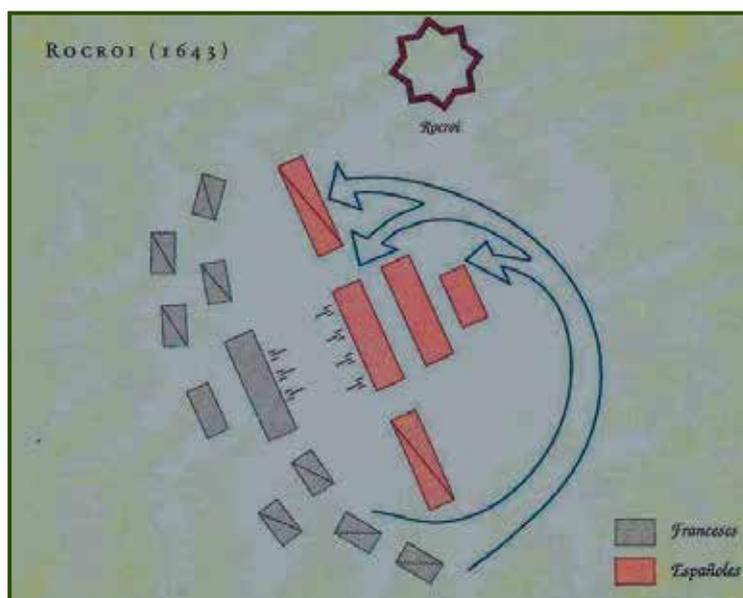


'Batalla de Rocroi'. Óleo de Augusto Ferrer Dalmau

posa de Carlos II; y, por último, al duque de Saboya.

Las intrigas de las potencias europeas en Madrid, hizo que El Hechizado ratificara el anterior testamento con un tercero, en el que su primer heredero fue otra vez el futuro Felipe V; a continuación el archiduque Carlos, Maximiliano Manuel y, en último lugar, Pedro II de Portugal.

Abierto el testamento a favor de su nieto, Luis XIV no quiso renunciar a una posible futura unión entre Francia y España, con lo que los inmensos territorios del Imperio Español podrían abrirse al comercio francés. Esto no lo iban a consentir ni Inglaterra ni las Provincias Unidas. En consecuencia, el Reino Unido (bajo el reinado de Ana Estuardo), Austria y Holanda (cuyo estatúder era Guillermo III) firmarían la Gran Alianza en La Haya en 1701. La ratificarían en Viena el 15 de mayo de 1702, a la que se unirían Prusia y varios estados alemanes; al mismo tiempo, declararon la guerra a Francia y España. Más tarde, también quisieron entrar en el conflicto a favor de esta coalición Saboya y Portugal, vinculada esta última al Reino Unido por el tratado de Methuen, firmado al año siguiente; e incluso el Papa Inocencio XI acabaría por ponerse de parte del ar-



Croquis de la batalla de Rocroi. (Albi, Julio; Stampa, Leopoldo y Silvela, Juan: 'Un eco de Clarines'. Edita Tabapress. Madrid, 1992).

chiduque. Desde luego, la unidad de España con Carlos de Austria no estaba garantizada, pues ya había ofrecido: Badajoz, Albuquerque, Valença, Alcántara, La Guardia, Tuy, Bayona y Vigo a los portugueses y Menorca a los ingleses.

El mantenimiento del inmenso Imperio Español había desgastado la economía castellana, que llevó casi todo el peso del esfuerzo imperial, e incluso a su población; esta decadencia se acentuaría durante el reinado de Carlos II, de tal

forma que, en términos futbolísticos, podríamos decir que había descendido a segunda división. Nada parecía cambiar, cuando a raíz de los siete tratados Utrecht (11 de abril al 3 de agosto de 1713), ratificados en Rasftat el 6 de marzo de 1714, España perdería todos sus territorios europeos e incluso Menorca y Gibraltar.

Lo expuesto y el esfuerzo realizado en la guerra inclinaban al pesimismo y a pensar que se produciría un nuevo descenso, a la tercera

división. Sin embargo, las reformas emprendidas por Felipe V devolverían a España su carácter de gran potencia, que no perdería hasta el reinado de Carlos IV, al final del siglo XVIII. Esto no iba a ocurrir después de la Guerra de la Independencia, pero es mejor tratar este grave problema de España en otra ocasión, pues excede de lo abarcado en esta serie de artículos.

Lo más desfavorable sería que el beneficio producido por la renovación de las estructuras del Estado, Ejército y Marina fuera empleado, en gran medida, para defender los intereses italianos de la segunda mujer de Felipe V, Isabel de Farnesio. La primera, María Luisa Gabriela de Saboya, murió pronto, dejando muy buen recuerdo. A ella se debe la creación de la Librería Real, que dio origen a la Biblioteca Nacional, y de las academias de la Lengua, Medicina e Historia. El rey, llamado popularmente El Animoso, fue dominado por sus mujeres, pero, a pesar de ello y de sus crisis de hipocondría, su reinado sería beneficioso para España, cosa que no siempre se le reconoce.

Juan M^o Silvela Milans del Bosch

es Coronel de Caballería retirado y ha escrito sobre la historia de la Caballería y su Academia de Valladolid.

NOTAS

1. Pérez Moreno, Camilo: 'Episodios de la guerra de Sucesión' (asalto a Brihuega y batalla de Villaviciosa). Guadalajara. 1911
2. San Felipe, marqués de: 'Comentarios a la guerra de España e historia de su rey, Felipe V el Animoso'. Madrid. 1727



Nuevo implante **Infinity**

Reúne las mejores características de los implantes TBR

Y además es el único implante del mercado que combina la solidez del **titanio** con la estética de su anillo de **zirconio** en el Z1

Posee conexión octogonal interna compatible con la mayoría de prótesis de TBR. Pero además en los Z1 se consigue:

- + El zirconio proporciona una barrera antibacteriana que previene la periimplantitis.
- + Adhesión y proliferación celular mejorada a nivel gingival.
- + Reposicionamiento coronario de encía marginal.
- + Reconstrucción espontánea de las papilas gingivales.
- + Mejora la estética de la encía.



20 AÑOS
D Importación Dental
Especialidades

www.importaciondental.com

importaciondental@importaciondental.com

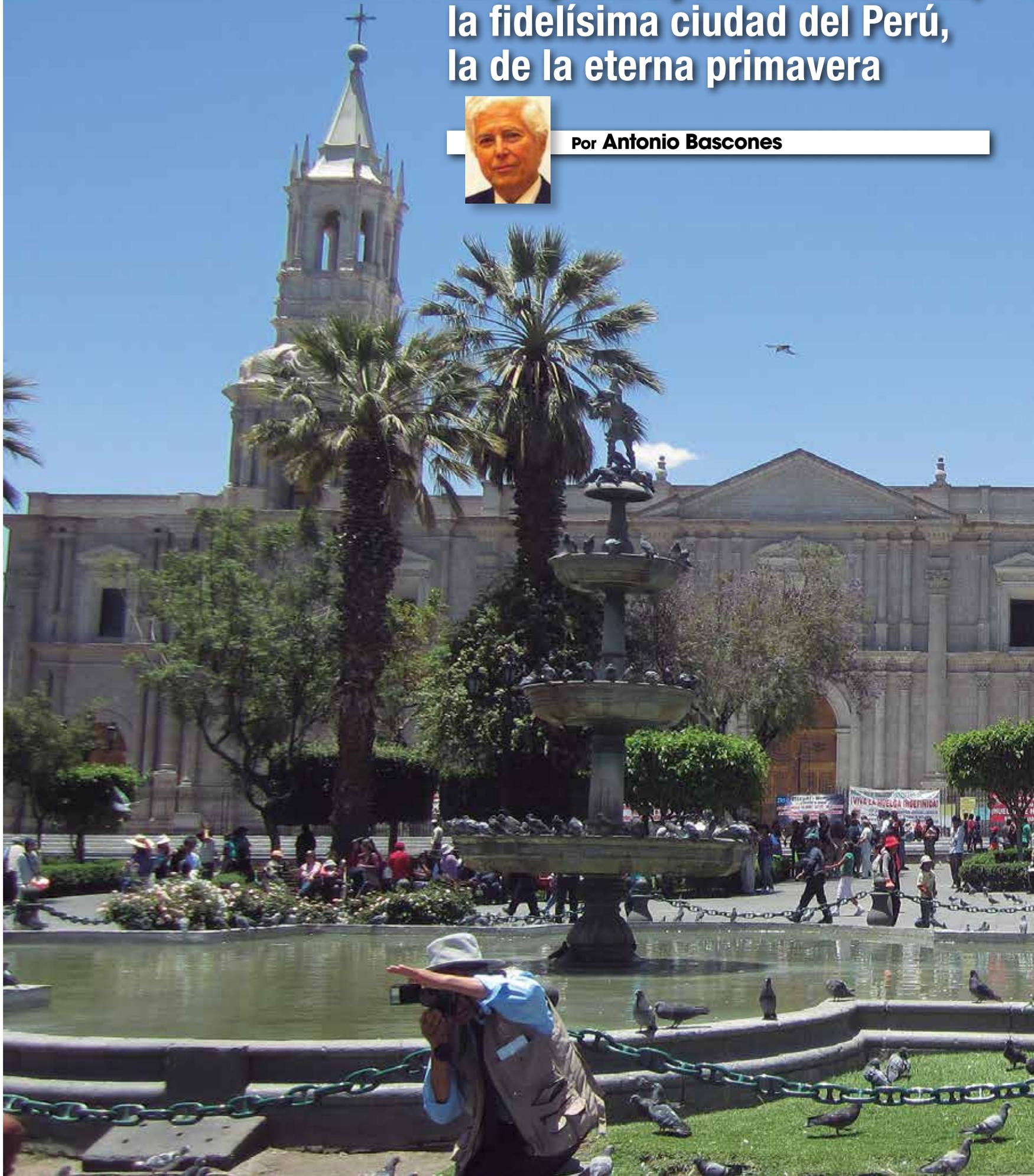
Avda. de las Nieves 8. Pol. Ind. Las Nieves 28935 Móstoles. Madrid T. 91 616 62 00 F. 91 616 15 06

AREQUIPA

La muy noble y leal villa hermosa,
la fidelísima ciudad del Perú,
la de la eterna primavera



Por **Antonio Bascones**





Misti famoso volcán arequipeño que resguarda el valle del Chili, conocido también por el volcán sin nombre.



El Es la segunda ciudad más poblada del Perú y está en el departamento de Arequipa. Fue fundada el 15 de agosto de 1540, bajo la denominación de «Villa Hermosa de Nuestra Señora de la Asunta» en el nombre de Francisco Pizarro y el 22 de setiembre de 1541 Carlos V

con una Cédula Real ordena que se la llame «Ciudad de Arequipa». En la época virreinal fue fiel a la corona de España y adquirió un gran papel económico por lo que recibió títulos como «Muy Noble y Muy Leal» y el de «Fidelísima». Más tarde, en la época republicana la política la da una

personalidad importante debido su protagonismo y a la aparición de figuras intelectuales, políticas y religiosas. Es en esta época cuando recibe el título de «Heroica ciudad de los libres de Arequipa». En su casco histórico, que fue declarado por la Unesco «Patrimonio Cultural de la Huma-



Una de las puertas del Monasterio de Santa Catalina.



Imagen de una escultura de Santa Catalina.

idad», destaca la arquitectura religiosa virreinal y republicana que constituyeron una escuela denominada «Escuela arequipeña» de gran importancia en toda la región llegando su influencia hasta Potosí (Bolivia). Cuando la villa aún no había cumplido un año de ser fundada, el rey Carlos I de España la elevó a la categoría de ciudad por real cédula. En su escudo, se ve un grifo que en la mano trae una bandera, en la cual se lee la inscripción Kar-

los V o Del Rey

La leyenda cuenta que el inca Mayta Cápac recibió una petición de sus súbditos al llegar al valle del Chili. Éstos le solicitaban el permiso para quedarse en la comarca, poblarla y asentar su vivienda al quedar maravillados por la belleza del paisaje y la suavidad del clima. El inca respondió "Ari qhipay" (en quechua: "Sí, quedaos"). Otra explicación del nombre de la ciudad está en el Inca Garcilaso de la

Desde su fundación, y a lo largo de tres siglos, la ciudad estuvo habitada por familias mayoritariamente de origen español, lo que explica su fidelidad a la corona

La comida arequipeña es famosa por ser una de las más sabrosas del Perú. Posee una gran diversidad gracias a su campiña, valles y costa.

Vega que sostiene que el origen del nombre proviene de una antigua voz aimara, "ari qquepan", debido a que los nativos llamaban así a un caracol marino cuya concha usaban a "guisa de trompa bélica" y que en castellano significa "trompeta sonora". La ciudad también se define con la frase de: «En Arequipa, eterna primavera». Desde su fundación y a lo largo de tres siglos, la ciudad estuvo habitada por familias mayoritariamente de origen español, lo que explica su fidelidad a la corona de España.

Hasta la aparición del Imperio Incaico existían algunas tribus nómadas que vivían dedicadas a la caza, la pesca y la recolección, desarrollando la domesticación de algunos animales e iniciando prácticas de sedentarización y agricultura. Con el tiempo, a partir de los procesos migratorios, se establecieron los primeros asentamientos, muchos de ellos con conexiones hasta el mar dando origen a las primeras vías de comunicación. Se construyeron importantes canales de irrigación o acequias en el Valle del Río Chili.

Los incas llegaron con Huayna Capac a la vega del río Chili pero no fundaron ninguna ciudad. El inca intentó controlar los pueblos del interior que estaban en expansión en Arequipa, donde Huayna Cápac repitió lo que había hecho antes en Chuquisaca (Charcas, Alto Perú), donde no creó un pueblo, sino que reemplazó a nativos por mitimaes. Huayna Cápac se detuvo con su ejército en el despoblado valle del río Chili, al que llamó Ariqquepay, expresión que significa «quedémonos aquí». Esta podría ser otra explicación sobre el término de Arequipa. Dicho inca repartió terrenos entre tres mil familias, que fundaron los caseríos o pueblos de Yanahuara, Cayma, Tiabaya, Paucarpata, Socabaya, Characato, Chiguata y otros.

La ciudad en el momento de la fundación tenía un cabildo

pues la fundación de la villa es consecuencia del traslado de la Villa Hermosa de Camaná, y cuyo nombre fue sustituido por Villa Hermosa de Arequipa, hasta que Carlos V de Alemania y I de España la eleva a la categoría de ciudad por real cédula fechada en Fuensalida, en 1541. El cabildo era el encargado de elegir las autoridades competentes como alcaldes, Procurador, Mayordomo de la Ciudad etc. Al contador, al tesorero y a los oficiales reales se les asigna la facultad de desempeñar el cargo de regidor de manera simultánea, produciendo duplicidad de competencias y discordias de poder. es en esta



época cuando se realizan las primeras obras públicas en la ciudad como la Iglesia Mayor, la casa del ayuntamiento, el puente sobre el río Chili y el monasterio de Nuestra Señora de Gracia.

La comida arequipeña ha alcanzado fama por ser una de las más variadas y sabrosas del Perú. Posee una gran diversidad gracias a la amplia despensa que posee en su campiña y sus valles así como su costa. Sobresalen los condimentos y formas de prepa-



Arriba, Iglesia de la Compañía. A la izquierda, uno de los muchos edificios coloristas que salpican la ciudad. A la derecha, tambo de Arequipa.



ración, tanto andinas como introducidas por los europeos; los rocotos y ajíes, frutas variadas, hortalizas, carne de res, carnero, cuy, cerdo, alpaca, avestruz, variedad de pescados y de gran manera camarones, leche y quesos de excelente calidad, vinos y piscos, chicha de maíz, etc. Una de las características peculiares de la comida son los picantes en infinidad de combinaciones; esto hace que los lugares donde se expenden se llamen picanterías.

La diversidad de esta cocina mestiza se puede resumir en la existencia de caldos o chupes para cada uno de los días, El lunes "chaque"; martes "chairo"; miércoles "pebre"; jueves "timpusca" (en temporada de peras) o "menestron"; viernes "chupe de camarones"; sábado "timp de rabo" o "puchero"; domingo "caldo blanco de lomos". Destacan sus guisos Chupe de camarones, Ocopa arequipeña, Rocoto relleno, Adobo

de chanco, Soltero de queso, Pastel de papas, Costillar frito, Cuy chactado, Cauche de queso, Locro de pecho.

La ciudad ha dado lugar a personajes ilustres en los campos de la literatura, artes, pintura y política. Son de destacar la figura de mariano melgar poeta y músico, Deán Valdivia de espíritu libertario y gran pensador, Francisco Javier de Luna Pizarro, maestro y hombre público del Perú independiente, José Grego-

rio Paz Soldán, profesor del Seminario de Arequipa que escribió con la edad de veinte años un Tratado de derecho canónico. Entre los poetas sobresalen Benito Bonifaz, Ángel Fernando Quiroz, Manuel Castillo, José M. Carpenter y otros, en la mitad del siglo pasado. A este grupo pertenecen Antonio Belisario Calle, José Mariano Llosa, Abel Delgado, Samuel Velarde, Ignacio Gamio, Belisario Soto, Manuel Mansilla, Renato Morales y otros, a quie-



Arriba, portales de la plaza de Armas. Debajo, detalles del Monasterio de Santa Catalina.



nes se agregan Felisa Moscoso de Chávez e Isabel de la Fuente,

Mención especial requiere la figura de Mario Vargas Llosa, el gran novelista de fama internacional, de amplia carrera literaria. Publica títulos como: 'Los jefes', 'La ciudad y los perros', 'La Casa Verde', 'Los cachorros' y 'Conversación en La Catedral', en las que su afán primordial fue

innovar la narrativa tradicional latinoamericana. En esta etapa, Vargas Llosa se declaró partidario de las posiciones políticas de izquierda, en especial la representada por la revolución castrista en Cuba, con las que rompería años más tarde. Su progresivo alejamiento de la izquierda lo llevó, finalmente, a adherirse a los planteamientos neoliberales.

La Plaza Mayor o Plaza de Armas de Arequipa, es uno de los principales espacios públicos de Arequipa y el lugar donde se fundó la ciudad.

Situada en el Centro Histórico de Arequipa, en la que se encuentra La Catedral en el norte, los Portales al este, sur y oeste, la Iglesia La Compañía al sur-este, la Iglesia Nuestra señora de la

Merced al sur-oeste y en el centro de la plaza una pileta de bronce alrededor de la cual se concentran las citas de las parejas.

La Catedral, se construyó en sillar (piedra de origen volcánico), con bóvedas de ladrillo; es la iglesia principal de la ciudad ocupando todo el lado norte de la Plaza de Armas. Construida totalmente en sillar, presenta un



del año 2001, sin embargo, hizo que la torre izquierda se afectara seriamente.

Los Portales de la Plaza de Armas son uno de los lugares en los que el turista debe fijarse. Anteriormente funcionaban como el cabildo de Arequipa en la época virreinal y desde la época republicana funcionan como la municipalidad de Arequipa. Los portales tienen una arquitectura neo renacentista y están hechos de granito.

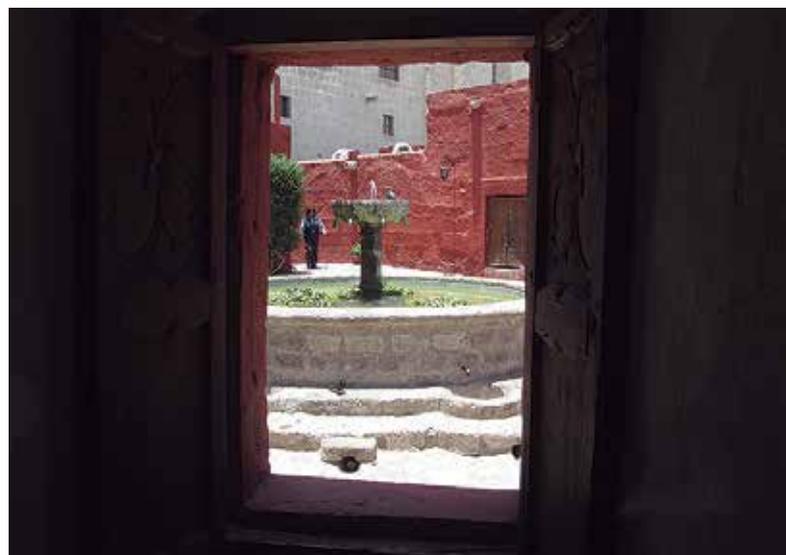
En el centro de la plaza hay una pileta de bronce con una escultura hecha de cobre de un duendecillo con una trompeta y recibe el nombre de Tukurutu. La leyenda dice que representa a un soldado del siglo XVI. Otra leyenda cuenta que "El Tukurutu" era un personaje de baja estatura que gozaba de la confianza del inca Mayta Capac por ser su mensajero oficial ante los ayllus y soldados. El nombre Tukurutu se debe al sonido del instrumento que utilizaba este personaje para anunciar al inca la llegada de un chasqui o de alguna encomienda.

Además allí se encontró la cárcel y las Cajas Reales. Hasta el XX, en ellas se levantaban también toldos, bajo los cuales se instalaba el mercado indígena. En ella se recibió y celebró a las más altas autoridades se levanta a viva voz las ordenanzas, los despejes militares, las corridas de toros, la, procesiones y se ajusticiaba a los reos culpables en el rollo o picota que era una columna o pilar de piedra erigida frente al cabildo.

Entre los monumentos que el viajero puede y debe visitar se encuentra el claustro de la Compañía de Jesús que es la única edificación de la ciudad que se conserva como en la época colonial. Fue construido en 1660 como parte del complejo monumental del antiguo convento de la Compañía de Jesús, que está integrado por diversos edificios levantados por los jesuitas con una finalidad religiosa y para viviendas. Destaca la Iglesia de la Compañía, diseñada en 1573 por Gaspar Báez que fue destruida, por un terremoto en 1584. La estructura actual es de 1650. Los claustros son tres consecutivos con altas arcadas y una rica decoración en sus columnas y gárgolas para desaguar el agua de las lluvias. Actualmente, tras su última restauración, hay en los soportales distintas tiendas de artesanía, joyerías y oficinas.

El Convento de Santa Catalina

estilo neo renacentista con cierta influencia gótica. Su fachada está constituida por setenta columnas con capiteles corintios. Ha sufrido diversos terremotos en los años en 1666, 1668, 1687, 1784 y 2001 provocando importantes daños, que no llegaron a afectar su estructura. Después de cada sismo, se procedía a la reparación de los daños. El terremoto



Uno de los patios del Monasterio de Santa Catalina.



Dormitorio de una monja.



Bargeño antiguo en el Monasterio de Santa Catalina.

Los Portales de la Plaza de Armas son uno de los lugares en los que el turista debe fijarse. Antes funcionaban como el cabildo de Arequipa

Entre los monumentos que el viajero debe visitar se encuentra el claustro de la Compañía de Jesús, única edificación de la época colonial



Uno de los patios del Monasterio de Santa Catalina.



Sala de espera, en el interior del Monasterio.



Otras de las estancias del Monasterio.

El monasterio de Santa Catalina es una joya religiosa en el centro de la ciudad. Es el único monasterio en el mundo con una ciudadela

Uno de los lugares más impresionantes es la Capilla San Ignacio, llamada también la Capilla Sixtina de Arequipa, que se encuentra en la sacristía

es una de las joyas de la ciudad. Podría haber sido escrita por García Márquez u otro gran escritor latinoamericano. Oscuro, secreto, lleno de misterios, el Convento de monjas de Arequipa guarda en sus entrañas el recuerdo de mujeres pertenecientes a la nobleza o a familias con mucho dinero que vivieron la vida como santas o -en algunos casos- verdaderas cortesanas. El Monasterio, que más que un cenobio parece una fortaleza, es un bellissimo laberinto de patios y callejuelas a donde dan pequeñas casas-celdas, algunas de ellas dotadas de cocinas, baños, salas de estar, y capillas. El Convento tiene unos 20.000 metros cuadrados y está pintado de colores azules, ocre y blancos. Los muebles y objetos son de la época.

El monasterio de Santa Catalina es una joya religiosa que se encuentra en el centro de Arequipa. Es el único monasterio en el mundo con una ciudadela. Es un monasterio de monjas, de la orden de Santa Catalina de Siena, que hicieron un voto de silencio de por vida. No hablan ni entre ellas. No todo el conjunto es visitable. Se pueden ver las antiguas habitaciones donde vivían en el siglo XVI cuando se fundó el monasterio; los dormitorios con su sobriedad, así como la ciudadela, las cocinas y lugares comunes. El monasterio fue parcialmente destruido por un fuerte terremoto, pero lo lograron renovar y conservar. Es como una ciudad dentro de Arequipa. Se fundó en 1579 y desde su inicio mujeres de diversos estratos sociales ingresaron en el monasterio para llevar una vida de clausura. Se cercó una parte de la ciudad de Arequipa y allí se construyó una ciudadela en la que estas monjas vivían, se construyeron sus celdas con patio, habitación, cocina. Tiene hasta sus propias calles, con nombres de ciudades españolas. Este Monasterio se abrió al público en 1970. Aconsejamos vivamente una visita lenta y despacio recreándose en cada rincón y en cada plazuela.

Se encuentra a cinco minutos, paseando, desde la Plaza de Armas. La entrada al recinto no es barata, pero desde luego vale la pena hacer la visita. Es un complejo enorme donde uno se puede perder en sus callejuelas, patios y habitaciones. Parece una pequeña ciudadela dentro de la ciudad. Fue fundado en 1580 por una viuda rica que escogía a todas



las monjas muy cuidadosamente. Todas procedían de las mejores familias españolas y debían aportar una considerable dote.

El convento y la iglesia de San Francisco conforman una de las edificaciones más bellas de la ciudad. Fue fundado en 1552 abierto al público en 1978. El fundador, Don Lucas Martínez Be-gazo regaló los terrenos para su



La ciudad está llena de lugares monumentales. A la izquierda, tambo del Matadero. A la derecha, Puente Bolognesi.



construcción. Los arequipeños pidieron la construcción de un templo importante para los franciscanos ofreciendo donaciones y limosnas. En 1569 el arquitecto Gaspar Báez trazó el plano de edificación sus muros son de sillar y su bóveda de ladrillo con una sola nave, es considerado de estilo mestizo. En su interior existe el Museo Arqueológico y

Antropológico, el Museo de Historia Nacional, el de Arte Religioso con una colección de imágenes y pinturas y una gran biblioteca con con 200 mil volúmenes y diversos documentos y mapas antiguos así como una pinacoteca.

Uno de los lugares más impresionantes es la Capilla San Ignacio, llamada también la Capilla Sixtina de Arequipa, que se

encuentra en la sacristía. Es una hermosa muestra del arte decorativo arequipeño, donde destaca el colorido de sus paredes y cúpula que se encuentran muy bien conservadas. El decorado reproduce un ambiente tropical, con enredaderas, flores, frutos exóticos y pájaros legendarios muy bien plasmados. Todos los detalles de la cúpula se pueden

ver merced a un gran espejo que refleja toda la belleza del conjunto observándose con todo lujo de detalles los cuatro evangelistas en las cuatro pechinas y con sus respectivos símbolos: Juan con el águila; Lucas con el toro; Marcos con el León y Mateo con el hombre. El templo de La Compañía o de los Jesuitas es uno de los más antiguos recintos religio-



Pared pintada con el color característico de la ciudadela.



En Arequipa hay muchas calles con nombre de ciudad española.



Soportal en el interior del famoso Monasterio.

Los de la ciudad de Arequipa formando parte de los principales atractivos turísticos que existen en el Cercado por su impresionante infraestructura. El edificio es de estilo barroco mestizo hispanoamericano de los años 1698. No en balde Arequipa y la Compañía de Jesús nacieron al tiempo, en el año 1540. En esta interrelación a lo largo de los tiempos y de la historia se constituye el prototipo más característico de la escuela Arequipeña. Es donde

nace el arte genuinamente mestizo y donde se combinan ambas culturas hermanadas por la religión y el arte.

El volcán del Misti domina la ciudad y se desconoce el momento en que el obtuvo este nombre. Misti significa “criollo u hombre de raza blanca” en quechua. Quizás adoptó este nombre porque la ciudad de Arequipa fue y es una ciudad colonial llamada “la ciudad blanca” por su sillar blanco. Cuenta la leyenda

El volcán del Misti domina la ciudad. Se desconoce el momento en que el obtuvo este nombre. Misti significa “criollo u hombre de raza blanca” en quechua

Los Tambos son instalaciones creadas por los andinos para lugares de descanso y reabastecimiento en la red de caminos que atravesaban todo el territorio de los Andes

que un grupo étnico los yarabayas, habitantes del centro de la ciudad, San Lázaro, tuvieron que huir de sus tierras por la explosión del volcán a finales del siglo quince. Se refugiaron en el Cusco durante unos años y cuando retornaron a sus tierras, en castigo a ese volcán que los hizo huir y que destruyó sus tierras, le quitaron su nombre propio, como si se tratase de una reprimenda; lo dejaron sin nombre, como si se tratase de un volcán apátrida.

El Puente Bolognesi. Es uno de los tres puentes de Arequipa sobre el río Chili, también es conocido como el «Puente Viejo» Su construcción se inició en 1577, por el arquitecto Juan de Aldaná y no fue terminado hasta 1608. Cruza el río y siguiendo la calle Bolognesi se llega a la Plaza de Armas, a los lados de la calle hay distintos tambos (conjunto de viviendas). Aconsejamos al turista que disfrute desde el puente una bonita vista de Arequipa, del río, y del volcán Misti.

Casa Tristán del Pozo es un edificio que para muchos estudiosos de la arquitectura, el frontón de la fachada de esta casona es el mejor exponente de la ornamentación típica de Arequipa, en el Perú.

Situada en la primera cuadra de la calle San Francisco, la casona restaurada en diversas oportunidades tiene como fecha de construcción la de 1738. El general Domingo Carlos Tristán del Pozo y su esposa Ana María Carrazas, adquirieron el solar donde se levanta la casona de Andrés de Rosas y hermanos el 24 de junio de 1736.

Los Tambos de Arequipa son instalaciones creadas por los habitantes andinos para lugares de descanso y reabastecimiento en la red de caminos que atravesaban todo el territorio de los Andes centrales. En los alrededores del Puente Bolognesi, antigua puerta de acceso a la ciudad de las caravanas de arrieros

que llegaban a Arequipa desde la costa y la sierra. Aquí encontraban recuas frescas para continuar camino e inclusive cerrar tratos comerciales. Serían como las posadas de la España Medieval donde junto con el descanso y la comida las caballerizas podían reposar. La política de recuperación del patrimonio histórico de Arequipa, desarrolló trabajos de restauración de estos tambos con la inclusión de las familias que aún habitan estos tambos desde hace muchas décadas y que se vieron afectados por los sucesivos terremotos que asolaron la región. Hoy es posible visitarlos y recrearse en



la contemplación de muchos de ellos. Lo más parecido en nuestra España serían las corralas donde diferentes familias conviven desde hace décadas. El Tambo de Bronce ubicado en el barrio El Solar en la calle Puente Bolognesi 333, es probablemente el más antiguo de la ciudad y como todos fue construido en el siglo XVIII. Durante la guerra del Pacífico los chilenos ocuparon los solares más extensos, y allí emplazaron su cuartel de ar-



Arriba, uno de los tambos más típicos de la ciudad. debajo, distintos lugares de la ciudad - la del monasterio de Santa Catalina.



tillería con sus cañones de bronce. Otro tambo característico es el Tambo del Matadero situado en el callejón El Solar 419, en el barrio del mismo nombre en la calle Bolognesi 33 - El Tambo de la Cabezona ubicado en el Puente Bolognesi. El Tambo de Ruelas está ubicado en las calles Beaterio 157-159 y Recoleta 100 con los estilos combinados colonial, republicano y contemporáneo y es el único que conserva preservada su autenticidad y carácter.

Hay otros Tambos como el de Morte Musca, de Santiago, de la Quiteña, el de Barrada, del Buque, el de la Palla, el de Gutiérrez, las Carmelitas, así como el deteriorado y olvidado Tambo Salas ubicado en Beaterio y el de los Jesuitas situado en la calle Palacio Viejo. En ellos se desarrollaron negocios de artesanos como sastres que ofrecían trajes y vestidos, zapateros, talabarteros que vendían sus monturas y accesorios de viaje, herreros y

hasta los armeros que arreglaban y fabricaban desde escopetas hasta romanas para pesar las cargas. Con el tiempo los patios y corrales se convirtieron en patios de vecinos y las puertas austeras de las habitaciones se adornaron de alegres macetas con flores de colores. La vida y los chismes circulaban por los patios de uno a otro extremo y allí se pueden ver a la caída de la tarde las mujeres sentadas a las puertas de sus casas, como

en cualquier pueblo de Andalucía, comentando las incidencias y cotilleos de la vecindad. Allí parece que el tiempo se detiene y que las manecillas del reloj se quedan quietas ante tanta quietud.

FOTOS: ANTONIO BASCONES

Antonio Bascones es Catedrático de la UCM, Académico Numerario de la Real Academia de Doctores de España y Académico correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

La Fundación A.M.A. dota con 30.000 euros sus XVI Premios Científicos, convocados para estudios sobre Comunicación y Salud

Se concede un premio de 20.000 euros al mejor estudio, y un accésit de 10.000 euros al segundo

La Fundación A.M.A. ha convocado la XVI edición de sus Premios Científicos, a los que pueden presentarse hasta el próximo 30 de septiembre trabajos inéditos de investigación científica sobre "Comunicación y Salud". Se concede un premio de 20.000 euros al mejor estudio, y un accésit de 10.000 euros al segundo.

La Fundación de los profesionales sanitarios convoca bienalmente sus Premios Científicos desde 1992, lo que los sitúa entre los más veteranos y apreciados por los investigadores sobre Sanidad y Seguros. Las únicas condiciones para participar es que

el autor de la investigación sea profesional sanitario y mutualista de A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, y que el estudio sea inédito.

El tema de investigación de esta convocatoria, "Comunicación y Salud", se plantea de forma amplia y multidisciplinar. Pueden presentarse estudios tanto sobre Salud y medios de comunicación como sobre comunicaciones de las Administraciones Públicas a los profesionales sanitarios, sobre el acceso de los ciudadanos a la información sanitaria, con sus riesgos derivados de auto-diagnóstico y automedicación,

sobre los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y documentación clínica, o sobre las oportunidades y riesgos que para el ámbito sanitario supone el auge de internet.

El Jurado de Los Premios Científicos se nombrará próximamente, aunque su composición solo se dará a conocer el día de la concesión del premio. Mientras tanto, solo puede anticiparse que estará al frente del mismo el presidente de la Fundación, el doctor Diego Murillo, y que el resto de miembros serán personalidades de las Reales Academias y Consejos de los Colegios Médicos de



Medicina, Farmacia y Veterinaria, así como académicos, colegiales y profesionales de los principales Colegios Profesionales sanitarios españoles.

Las bases íntegras de participación están disponibles en el espacio de la Fundación A.M.A. en www.amaseguros.com. Los originales deberán entregarse por quintuplicado y bajo plica a la secretaria de la fundación antes del 30 de septiembre de 2016.

3er Premium Day - Congreso Internacional de Implanto-Prótesis Integrada

La tercera edición española del congreso está organizada por Sweden & Martina y patrocinada por las sociedades científicas SEPES y SEPA

Tras el espectacular éxito de las últimas ediciones en Italia y España, son ahora muy altas las expectativas para la tercera edición española del congreso organizado por Sweden & Martina y patrocinado por las dos prestigiosas sociedades científicas SEPES y SEPA.

La ambiciosa elección de un lugar lujoso y destacado como sede del congreso anticipa el éxito de esta nueva edición: será el Palacio de Congresos de Valencia, galardonado en 2010 como mejor palacio de congresos del mundo, el marco del 3er Premium Day -Congreso Internacional de Implanto-Prótesis Integrada, que tendrá lugar en los días 30 de junio- 1 y 2 de julio 2016.

Ningún sitio mejor que Valencia, sede de la Ciudad de

las Artes y las Ciencias, podría corroborar la actividad científica de la empresa y la relación continua con los círculos académicos internacionales: un programa científico de primer nivel caracterizará los tres días del congreso, con ponencias de las más importantes personalidades nacionales e internacionales, entre las cuales destacan el Dr. Sicilia-Felechosa, el Prof. Covani, el Dr. Vela-Nebot, el Dr. Machín-Muñoz, el grupo de la Universidad Complutense y muchos más.

Comenzará el jueves 30 de junio, con dos cursos pre-congresuales de excelencia con los doctores Ignazio Loi y Sidney Kina sobre la técnica B.O.P.T. de las carillas a las rehabilitaciones sobre implantes.

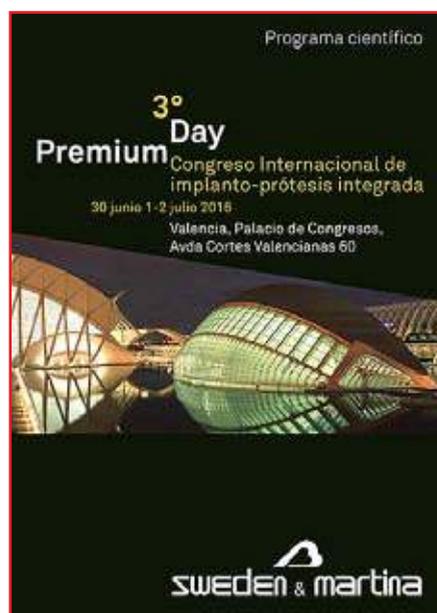
El viernes día 1 de julio se

rehabilitar los sectores estéticos; el mismo día del viernes tendrán lugar también sesiones paralelas para protésicos e higienistas, en las que hablarán los más importantes representantes de estas categorías sobre asuntos actuales e innovadores.

El congreso acabará el sábado 2 de julio con una sesión totalmente dedicada a la técnica B.O.P.T. y al implante Prama, introducida por el Dr. Ignazio Loi, que nos hablará de los orígenes de su revolucionaria técnica y de cómo de ésta se ha llegado a proyectar el implante Prama.

Ponencias de altísimo nivel científico se unirán al espíritu de celebración que caracteriza los eventos Sweden & Martina, y que en este congreso será representado por la Cena de Gala que tendrá lugar la noche del viernes 1 de

julio en el maravilloso Hemisféric, punta de diamante de la Ciudad de las Artes y las Ciencias de Valencia.



dedicará a interesantes ponencias sobre la gestión de los tejidos duros y blandos y sobre las soluciones más adecuadas para

La Fundación Ad Qualitatem celebra la segunda edición de sus Premios a la Calidad, Sostenibilidad e Innovación

Premiados los hospitales Povisa de Vigo y San Juan de Dios del Aljarafe en Sevilla, el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense y la Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica

Los II Premios Ad Qualitatem a las mejores iniciativas de Calidad, Sostenibilidad e Innovación en el Sector Sociosanitario, que reconocen aquellas iniciativas y proyectos que destacan en el ámbito de la promoción de la calidad, han recaído sobre los hospitales Povisa, de Vigo y San Juan de Dios del Aljarafe, de Sevilla, el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) y la Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica.

En el acto, celebrado en la sede central de Previsión Sanitaria Nacional (PSN) y patrocinado por Janssen, MSD, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Boston Scientific, Gilead, Becton Dickinson, Gasmedi, Vital Aire, Ibermática, Amgen y Johnson & Johnson, las citadas instituciones han recibido el primer premio en cada una de las categorías a concurso, dotado con 6.000 euros, en reconocimiento a los proyectos presen-



tados. En el caso del Hospital Povisa de Vigo, se ha hecho con el primer premio en la categoría de mejor proyecto ejecutado en calidad innovación y RSC por la Implantación de una solución innovadora para reducir la morbilidad hospitalaria asociada a déficits en la cadena de supervivencia. El centro ha implantado este pro-

yecto innovador, sin ningún referente previo, por el cual con la combinación de las TICS, la educación de las familias, unos sistemas de alertas y de comunicación han logrado reducir un 63% el tiempo de respuesta, disminuyendo drásticamente la morbilidad.

Por otra parte, el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe,

en Sevilla, se ha hecho con el premio en la segunda categoría, la que valora a la mejor institución por su proyecto Accesibilidad Universal: igualdad de oportunidades para las personas con dificultad de visión, audición o movilidad. El centro ha realizado este plan de accesibilidad universal tomando como referencia la norma UNE-170001 con el fin de alcanzar la plena igualdad de oportunidades, facilitando la accesibilidad a personas con las dificultades especificadas.

El Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) se ha alzado con el primer premio en la categoría de mejor proyecto ejecutado en TIC en Sanidad por su Habitación inteligente: Sisens, que permitirá la toma de constantes automatizadas y comunicación bidireccional con el paciente, lo que se traducirá en mejoras en la seguridad y en los tiempos de respuesta.

Philips y OrthoApnea se unen para aportar una solución integral de diagnóstico y tratamiento para el especialista en Medicina Oral del Sueño

Ambas compañías, líderes y expertos tecnológicos, ofrecen la última tecnología para detección y tratamiento de la apnea del sueño

Madrid, España - Philips, compañía comprometida con la salud y el bienestar, ha llegado a un acuerdo de distribución de sus productos de diagnóstico para el mercado odontológico con OrthoApnea, el fabricante del dispositivo intraoral OrthoApnea®, líder en el mercado por su alta efectividad y tolerancia. Esta alianza proporcionará a los odontólogos soluciones diagnósticas adaptadas a sus necesidades y a su lugar de trabajo, las clíni-

cas dentales.

El odontólogo tiene la necesidad de evaluar y diagnosticar el SAHS (Síndrome de Apnea Hipopnea del Sueño) de sus pacientes, para valorar el posible tratamiento con un dispositivo de avance mandibular. Hasta ahora el grado de fiabilidad en la prueba diagnóstica era bajo, debido a que prácticamente todas las soluciones de diagnóstico que se utilizaban en este colectivo eran cuestionarios de evaluación de sueño y,

en algunos casos, dispositivos de screening no homologados para el diagnóstico.

Sin embargo, la aportación clínica que presenta la unión de Philips Respironics y OrthoApnea, ofrece al odontólogo la confianza, la innovación tecnológica, la formación y el soporte que necesitan para un diagnóstico fiable de la apnea de sueño.

La división de Royal Philips, Philips Respironics, con más de 40 años de experiencia en

soluciones de diagnóstico de sueño, cuenta con dispositivos extremadamente sencillos como RU Sleeping, un sistema sin necesidad de software y que muestra los datos en pantalla y al día siguiente a la prueba permitiendo saber rápidamente y de forma fiable si el paciente sufre apnea del sueño y si precisa de una poligrafía o polisomnografía.

Otra de las innovaciones de Philips es su último dispositivo de diagnóstico Alice NightOne, el polígrafo más sencillo de utilizar para los estudios de sueño en el domicilio, que garantiza la precisión en los resultados, la comodidad y la sencillez en el uso, tanto para el clínico como para el paciente.

Por su parte, OrthoApnea aporta al mercado un dispositivo de avance mandibular técnicamente perfecto, especialmente indicado en el tratamiento del ronquido y del síndrome de apnea del sueño.

Los nuevos productos de Inibsa Dental, protagonistas en Expodental 2016

Madrid acoge los días 10 y 12 de marzo la 14ª edición de Expodental, la Feria del sector dental más relevante del ámbito español, y una de las más potentes en el ámbito europeo, que se celebra en el recinto ferial de Madrid, IFEMA. Como en cada edición bienal del Salón, Inibsa Dental está presente para dar a conocer sus últimas novedades, que este año se concentran en las categorías de Control del Dolor, Cirugía y Restauración & Prótesis. Madrid se convierte durante estos tres días en la capital mundial del sector dental, donde se dan a conocer las últimas tendencias y productos más innovadores, y se abren nuevas oportunidades de negocio.

Durante los días de Feria,

Inibsa Dental dedica el evento a presentar al público los lanzamientos de la compañía de esta edición:

TheraCal™ LC, de la categoría de Restauración & Prótesis, que se trata de un silicato de calcio modificado con resina que actúa como barrera y protector del complejo dentino-pulpar, y que está indicado como recubrimiento pulpar directo e indirecto.

Bio-Oss® 1,0 g, de la categoría de Cirugía, en gránulos pequeños y grandes, con el objetivo de ampliar la flexibilidad en las terapias del campo de la odontología regenerativa, manteniendo el mismo

éxito clínico y la misma facilidad de aplicación.

La nueva gama de agujas dentales: Monoprotect, Monoprotect Plus, y el sistema de inyección Inibsaject Plus, tres versiones para todo tipo de inyecciones. Las agujas Monoprotect y Monoprotect

Plus, así como el sistema de inyección de un solo uso, Inibsaject De-

partamento de Comunicación - Grupo Inibsa Mireia Lacàrcel - Técnica de comunicación Tel. +34 938 609 500 (Ext. 1135) Mail: cocorporativa@inibsa.com, mlacarcel@inibsa.com

Plus, poseen un corte de triple bisel que facilitan la

inserción y reducen el posible riesgo de lesión por deflexión de la aguja; están libres de látex y gracias al indicador de bisel facilitan el posicionamiento de la misma. Las Monoprotect Plus y las Inibsaject Plus, además, tienen un diámetro interior ancho que hace que las inyecciones sean más indoloras y más precisas.

En esta edición, Inibsa Dental está situada en un stand de más de 200 m² en el pabellón número 7 (C09), en el que ha situado un Speaker Corner, un espacio de divulgación científica en el que se realizan presentaciones de 30 minutos relacionadas con el uso práctico del ácido hialurónico Surgidrem, el sistema indoloro de administración de anestesia odontológica computarizada The Wand STA, y el protector pulpar TheraCal™ LC.



La termodesinfectora y el autoclave, la combinación perfecta para la preparación del instrumental médico

La utilización de esta tecnología de Miele, plenamente homologada y probada, ahorra tiempo, consumo de agua y productos químicos

Miele ha estado probando durante dos años en Alemania un sistema de lavado, desinfección y esterilización para clínicas dentales que llega ahora al mercado español. Se trata de la combinación de dos equipos: la termodesinfectora PG 85, una máquina que ocupa el espacio de un lavavajillas y que realiza el proceso de lavado y desinfección de los instrumentos dentales en tan solo 41 minutos en uno de sus programas; y del autoclave de sobremesa PS 1201B.

Utilizar un sistema de desinfección térmico en lugar del tradicional proceso de lavado manual tiene múltiples beneficios: se reduce la carga de trabajo para el personal de enfermería e instrumentación, y se ahorra considerablemente en el consumo de agua y de productos químicos en la consulta.

Otra ventaja adicional es que el instrumental semi-crítico, o no necesariamente



esterilizable, puede utilizarse nada más terminar el programa del aparato sin necesidad de pasar por el autoclave. Es el caso, por ejemplo, de los espejos utilizados en inspecciones visuales de las piezas dentales, las turbinas, cubetas, pinzas, etc.

¿Cómo cambia este aparato de desinfección la vida de

una consulta? Muy sencillo; después de acabar el trabajo con el paciente los auxiliares llevan el instrumental a la sala de reprocesamiento y, en lugar de realizar todo el proceso de lavado y desinfección a mano, solo tienen que encender la termodesinfectora y esperar 41 minutos a que termine su programa.

Este sistema se complementa con el autoclave clase B, un aparato que logra los tiempos más reducidos de esterilización por vapor de agua desde 13 minutos a 134 °C. La cámara de esterilización tiene un volumen de 20 litros y puede procesar hasta 6 Kg de instrumental con excelentes resultados el secado gracias a su bomba de vacío.

Existen disposiciones legales sanitarias que exigen el cumplimiento de determinados protocolos y medidas preventivas en la limpieza y esterilización del instrumental médico, aunque muchos de los métodos utilizados en las clínicas no están estandarizados ni son verificables. Sin embargo, los resultados obtenidos con el uso de la termodesinfectora PG 85 han sido comprobados científicamente y han demostrado una eficacia absoluta en los procesos de desinfección del instrumental.

NSK

CREATE IT.

visítenos en
Stand
3D10
Pabellón
3
Exponential

ULTRASONIDO



×



PULIDO DE AIRE

+



=

NO MÁS
ESTORBOS



DOS EN UNO

dispositivo de limpieza por ultrasonidos + pulido de aire para tratamientos profilácticos

Varias Combi Pro

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

Módena, 43 · El Soho-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid · tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es



La Universidad Europea acogió el XV congreso de la Asociación de anomalías y malformaciones dentofaciales (AAMADE)

En España, uno de cada 600 niños tiene problemas de malformaciones dentofaciales

En España, uno de cada 600 niños tiene problemas de malformaciones dentofaciales, según se ha puesto de manifiesto en el XV Congreso Nacional de Asociación de Anomalías y Malformaciones Dentofaciales que bajo el título “Nuevas tecnologías en el tratamiento de las malformaciones faciales” y con un enfoque multidisciplinar, se ha celebrado en la Universidad Europea de Madrid el pasado 13 de febrero.

“Además de las alteraciones morfológicas y funcionales, las malformaciones dentofaciales generan problemas de fonación, alimentación, audición y relación, con implicaciones psicológicas profundas tanto para el afectado como para sus familiares. De hecho, constituyen una experiencia dramática para los padres desde el nacimiento del bebé, la cual se acrecienta con los diferentes problemas que aparecen en el niño y que

se agravan en el periodo escolar, debilitando su autoestima y alterando sus relaciones sociales” ha afirmado el doctor Jesús Fernández Sánchez, presidente de AAMADE y catedrático del Departamento de Odontología de la Universidad Europea de Madrid.

Abordaje multidisciplinar

“Esta reunión de expertos tiene como principal objetivo formar a los odontólogos menos acostumbrados a estas patologías,

unificando criterios. En los protocolos de actuación de los profesionales que, perteneciendo a diferentes especialidades médicas y áreas odontológicas, tratan las anomalías y malformaciones dento-faciales”, explicó el presidente de AAMADE. No en vano, una de las principales premisas para el correcto abordaje de estas alteraciones es el acercamiento y la actuación coordinada de los distintos miembros del equipo implicados en su diagnóstico y tratamiento.

Dicho abordaje se realiza a través de un grupo multidisciplinar que incluye un amplio abanico de profesionales (enfermería, psicología, pediatría, cirugía plástica y fonaudiología, además de todas las especialidades odontológicas) que crean las condiciones necesarias para la rehabilitación del afectado y procuran un tratamiento global. También para los padres, estas patologías constituyen una experiencia dramática desde el momento del nacimiento y se acrecienta con los diferentes problemas que aparecen en el niño.

Este encuentro, que ha sido auspiciado por la Universidad Europea de Madrid y al que asistieron más de 150 profesionales, “es un foro común para consultas e intercambio de ideas que intenta lograr la restauración anatómica y fisiológica de los pacientes y conseguir con ello su integración lo más armónica posible al entorno social”.

Europ Assistance patrocinador único de Motocarro Adventure (Madrid – Cabo Norte)

Hará entrega a la Fundación DACER de una donación que duplicará la cifra de todas las aportaciones recibidas durante

Para Europ Assistance la RSC es el centro de nuestras relaciones. El compromiso que hemos adquirido, no sólo se extiende a sus clientes, sino también a sus partners, proveedores y empleados. Esta actitud la demostramos con el deseo de ser útiles a la sociedad a través de iniciativas como la presentada junto a la Fundación DACER.

Esta actitud se basa en cuatro pilares fundamentales:

- Llevar a cabo sus actividades de manera que refleje sus

valores

- Valor de la individualidad y de la diversidad

- Reducir nuestra huella ambiental

- Fortalecer los vínculos con las Asociaciones

La Fundación DACER es una entidad sin ánimo de lucro cuyo fin principal es mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas con Daño Cerebral, mediante la promoción de la neurorehabilitación temprana e intensiva. Desde el año 2013

Fundación y Motocarro, se unen en una lucha contra reloj por ayudar a todas estas personas y hoy se incorpora Europ Assistance patrocinando esta aventura y colaborando en la promoción y búsqueda de financiación de tres proyectos de la Fundación DACER.

- Proyecto despertar, para elaborar un protocolo de estimulación sensorial física y cognitiva coordinada para pacientes en coma y estados de mínima conciencia.

- Proyecto aprende jugando: Está diseñado para niños hospitalizados y sus familias.

- Proyecto Ayudemos a los niños necesitados: consiste en becar durante un año a niños que han sufrido principalmente algún tipo de daño cerebral o enfermedad rara.

La aventura en la que juntos se embarcan Fundación DACER, Europ Assistance, y Motocarro Adventure Club consistirá en recorrer en motocarro más de 6.000 kms a una velocidad media de 25 kms/hora. Viviendo en sus diminutas cabinas durante 45 días y atravesando Europa hasta llegar a su punto más septentrional: Nord Kapp (Noruega). Todo ello para conseguir fondos en su lucha conjunta contra el daño cerebral. Donde hay un sueño hay un camino.

NOVEDADES

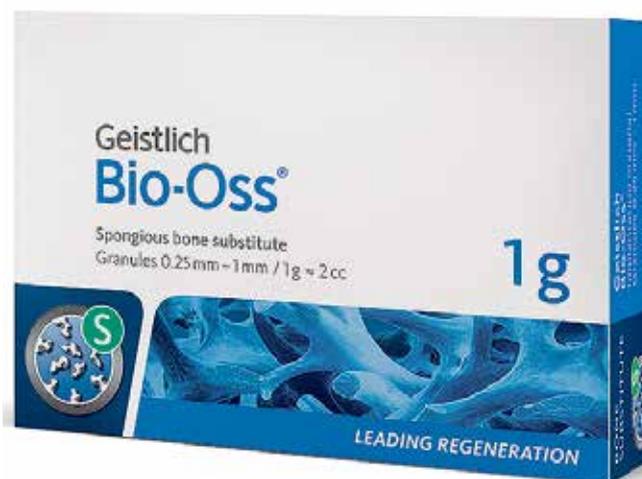
- Inibsa Dental lanza las nuevas presentaciones de Geistlich Bio-Oss® 1,0 g
- Novedades de Acteon en Expodental
- Ortoteam presenta su nueva gama de materiales técnicos, clínicos y 3d

Inibsa Dental lanza las nuevas presentaciones de Geistlich Bio-Oss® 1,0 g

Inibsa Dental lanza en Expodental 2016 las nuevas presentaciones de Bio-Oss® 1,0 g, en gránulos pequeños y grandes con el objetivo de ampliar la flexibilidad en las terapias del campo de la odontología regenerativa, manteniendo el mismo éxito clínico y la misma facilidad de aplicación.

Gracias a estas nuevas

presentaciones, Inibsa Dental amplía la categoría de productos Biomateriales Geistlich que distribuye en España y Portugal. Actualmente, se está llevando a cabo la campaña 20+30=1.000 de Biomateriales Geistlich, para celebrar los 20 años de existencia de Geistlich Bio-Gide® y los 30 de Geistlich Bio-Oss®, que



countan con más de 1.000 estudios clínicos y pre-clínicos que los avalan, y una tasa de supervivencia de los implantes del 91,9% después de 12 a 14 años.

Novedades de Acteon en Expodental

Una vez más, ACTEON participa en EXPODENTAL. En la edición de este año les esperan en el Stand 7C04. En la EXPODENTAL destacamos todas nuestras últimas novedades, especialmente el nuevo X-MIND TRIUM; un sistema 3D de imagen dental, 3 en 1: Panorámico, Cone Beam y

Ceph y el nuevo PSPIX; sistema de placas de fósforo que tiene, como principales características, una manipulación práctica y sencilla, una atractiva estética y un tamaño sumamente reducido. Esperamos su visita y que encuentren interesantes todas nuestras novedades.



Ortoteam presenta su nueva gama de materiales técnicos, clínicos y 3d

Ortoteam toma ventaja en la carrera de materiales 3d, tanto en impresión digital como en escaneo de sobremesa e intraoral, así como en nuevas tecnologías aplicadas a la elaboración de férulas.

Cirugía guiada para implantes 3d, cirugía ortognática 3d, planificación y tratamiento en ortodoncia invisible 3d, férulas electroestimulación, férulas de avance mandibular 3d.

Ortoteam, pionera en el desarrollo de nuevas tec-

nologías aplicadas al diseño cad-cam de procedimientos de trabajo en el sector dental, se adelanta, presentando las nuevas impresoras 3d Veriprint de Whip Mix, así como los nuevos escáneres de sobremesa 3shape de última generación y también el nuevo modelo Trios 3 para escaneo intraoral.

Las presentaciones de las nuevas tecnologías de neuroestimulación aplicadas a férulas, así como los sistemas 3d utilizados para diagnosticar y guiar el tra-



tamiento de la apnea del sueño con férulas de avance mandibular.

La cirugía guiada 3d, ya sea para implantes o para movimientos de base ósea con

su férula de conducción, los nuevos materiales y técnicas de movimiento dental con alineadores invisibles. Un reto!! Ven a vernos al stand 3f20 de Expodental Pabellón3.



CINE | DIENTES Y DENTISTAS

IV FESTIVAL DE CINE Y DENTISTAS

LA ODONTOLOGÍA Y EL CINE: UNA HISTORIA DE AMOR Y DESAMOR

En la Filmoteca navarra tendrá lugar el IV Festival de Cine y Dentistas durante el mes de marzo de 2016

El 8 de noviembre de 1895, cincuenta días antes de que los hermanos franceses Louis y Auguste Lumière inventaran el cinematógrafo, el físico alemán Wilhelm Conrad Röntgen inventó los rayos X. Su descubrimiento, tan

cercano en algún modo al cine, se unía así a una serie de avances técnicos que transformaron la odontología.

La cuestión es que a finales del siglo XIX, la odontología vivía un dulce amanecer, fundamental

para la salud humana.

Reinaba la misma luz que alumbró el invento del cine pero, desde el mismo inicio, el cine, tan sensible a la exaltación de los logros de la medicina, se empeñó en dar una imagen de la odontología

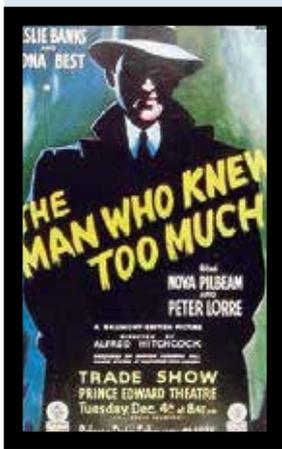
escasamente enaltecedora.

¿Cómo ha reflejado el cine el mundo de la odontología?

En esta cuarta edición de nuestro festival queremos seguir reflejando este mundo mediante la presentación de tres películas.

'EL HOMBRE QUE SABÍA DEMASIADO'

Nos muestra que una película de espionaje puede ser un lugar perfecto para un dentista. En 1934 Alfred Hitchcock ya lo había descubierto y por eso convirtió a George Barbor en un malvado odontólogo en cuya consulta tiene lugar uno de los momentos cumbre de la trama.



TÍTULO ORIGINAL: The Man Who Knew Too Much | **AÑO:** 1934 | **DURACIÓN:** 84 min. | **PAÍS:** Reino Unido | **DIRECCIÓN:** Alfred Hitchcock | **GUIÓN:** Charles Bennett, D.B. Wyndham-Lewis, A.R. Rawlinson, Edwin Greenwood | **MÚSICA:** Arthur Benjamin | **FOTOGRAFÍA:** Curt Courant (B&W) | **REPARTO:** Leslie Banks, Peter Lorre, Edna Best, Frank Vosper, Hugh Wakefield, Nova Pilbeam, Pierre Fresnay | **PRODUCTORA:** Gaumont British | **GÉNERO:** Intriga / Espionaje / Secuestros / Desapariciones

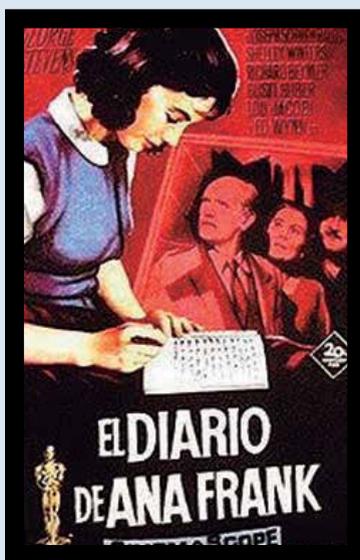
Londres. A continuación Bob recibe la llamada de un desconocido que le exige que abandone el asunto o su hija sufrirá las consecuencias...

Bob y Jill Lawrence son un matrimonio que está de vacaciones en Suiza con su hija Betty. Allí entablan amistad con Louis Bernard, un francés que recibe un disparo en el corazón mientras baila con Jill. Justo antes de morir, Louis le pide a Bob que entregue a las autoridades unos documentos que tiene escondidos en su habitación. Bob descubre que Bernard era, en realidad, un espía británico que seguía los pasos de una misteriosa organización que planeaba asesinar a un político extranjero en

'EL DIARIO DE ANA FRANK'

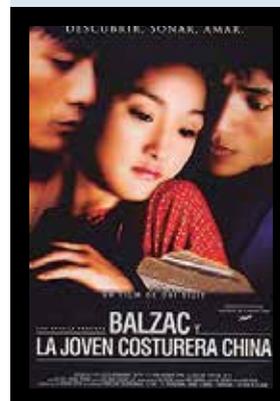
El dentista es el último en incorporarse al grupo escondido. Llega el 17 de noviembre de 1942 y fue Ana quien tuvo que compartir habitación con él. Aunque en principio Ana lo considera un hombre simpático, más tarde su relación se tensará. Tenían constantes discusiones a la hora de ocupar el escritorio, pues él lo utilizaba para revisar historiales de antiguos pacientes y ella para escribir.

Amsterdam, julio de 1942. Con objeto de escapar de la Gestapo, la familia Frank se esconde en la buhardilla del señor Krater. Allí convivirán con otro grupo de judíos: la familia Van Daan. Todo quedará reflejado en el diario de la pequeña hija de los Frank.



TÍTULO ORIGINAL: The Diary of Anne Frank | **AÑO:** 1959 | **DURACIÓN:** 170 min. | **PAÍS:** Estados Unidos | **DIRECCIÓN:** George Stevens | **GUIÓN:** Frances Goodrich & Albert Hackett (Biografía: Anne Frank) | **MÚSICA:** Alfred Newman (B&W) | **FOTOGRAFÍA:** William C. Mellor & Jack Cardiff (B&W) | **REPARTO:** Millie Perkins, Joseph Schildkraut, Shelley Winters, Richard Beymer, Gusti Huber, Lou Jacobi, Diane Baker, Douglas Spencer, Dodie Heath, Ed Wynn | **PRODUCTORA:** 20th Century Fox | **GÉNERO:** Drama | II Guerra Mundial. Holocausto. Biográfico. Nazismo

'BALZAC Y LA JOVEN COSTURERA CHINA'



TÍTULO ORIGINAL: Balzac et la petite tailleuse chinoise | **AÑO:** 2002 | **DURACIÓN:** 116 min. | **PAÍS:** China | **DIRECCIÓN:** Dai Sijie | **GUIÓN:** Dai Sijie, Nadine Perront (Novela: Dai Sijie) | **MÚSICA:** Wang Pujian | **FOTOGRAFÍA:** Jean-Marie Dreujou | **REPARTO:** Zhou Xun, Chen Kun, Liu Ye, Wang Shuangbao, Cong Zhijun, Wang Hongwei, Xiao Xiong, Ang Zouhui, Chen Wei, Chen Tianju | **PRODUCTORA:** Coproducción China-Francia | **GÉNERO:** Drama. Romance. Comedia | Drama romántico. Revolución cultural china. Años 70. Vida rural

en hacer que el chico le haga una obturación al jefe del poblado utilizando la aguja de una máquina de coser...

En la china comunista, durante la revolución cultural de los años setenta, un muchacho es enviado a un remoto campo de adoctrinamiento del régimen maoísta, perdido en los confines del Tíbet para ser educado por los campesinos locales en las ideas del régimen. Allí conocerá la literatura prohibida de occidente, la amistad verdadera y el amor de la bella hija mayor del sastre del pueblo.

¿Qué hace en esta historia sobre revoluciones culturales, adolescentes enamorados y paisajes idílicos, un dentista? La verdad es que mucho, no solo porque el padre de uno de los dos jóvenes protagonistas tiene esa profesión, e incluso trató al Presidente de la República anterior a la Revolución, Jiang Jieshi, así como a Mao y a su esposa, sino porque cuando en el pueblo al que han sido enviados conocen la noticia no dudarán



PSN



4,67%

Ahorrar tiene premio

Más de 40.000 mutualistas disfrutan de esta ventaja

En 2015, gracias a los buenos resultados obtenidos, PSN ha destinado más de 7 millones de euros en Participaciones en Beneficios

Rentabilidad anual de las inversiones afectas a Provisiones Técnicas de los seguros de ahorro de PSN⁽¹⁾ en 2015

⁽¹⁾ La rentabilidad real varía en relación a la fecha de contratación, la parte de las primas destinada a coberturas distintas de la de ahorro y el porcentaje de P.B. de que dispone cada producto.

La mutua de los profesionales universitarios · 902 100 062 · psn.es · Sigue a Grupo PSN en       

3° Premium Day

Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada

30 junio 1-2 julio 2016

Valencia, Palacio de Congresos



30 junio 2016, cursos pre-congresuales:

Sidney Kina: Restauraciones estéticas cerámicas

Ignazio Loi: B.O.P.T., del diente natural al implante PRAMA

Viernes 01 de julio

Moderador Maximino González-Jaranay Ruiz

- 09:30 **Eusebio Torres Carranza**
Relación implantes-prótesis en caso de déficit del tejido óseo
- 10:00 **Joan Faus López**
Implantología estética con Prama: aspectos quirúrgicos y protésicos en el sector anterosuperior
- 10:30 **Alfredo Machín Muñiz**
Manejo de los tejidos blandos en implantología
- 11:00 **José Carlos Moreno Vázquez**
Crecimiento sostenible en implantología

12:00 Bienvenida: **Sandro Martina, Miguel Peñarocha Diago, Ugo Covani**

Moderador João Caramês

- 12:10 **Fabio Vignoletti**
Biología y clínica de los sistemas Sweden & Martina tras 5 años de investigación
- 13:00 **Alberto Sicilia Felechosa**
Estética predecible y mínima invasividad. Preservación y reconstrucción alveolar en el sector anterior
- 13:40 **Juan Carlos De Vicente Rodríguez**
Cirugía del seno maxilar en implantología

Moderador Santiago Llorente Pendás

- 15:30 **Enrico Gherlone**
Utilización de un implante nuevo con conexión conométrica en las rehabilitaciones protésicas realizadas tanto con técnicas tradicionales como sobre implantes angulados
- 16:15 **Ugo Covani**
El área del peri-implante: consideraciones biológicas y clínicas

Moderador Eugenio Velasco Ortega

- 17:30 **Salvador Albalat Estela**
Aplicaciones en implantología del escáner intraoral, de la cirugía a la prótesis
- 18:15 **Giuseppe Vignato**
La gestión del ansia y del dolor en el paciente: técnicas conductuales y farmacológicas
- 18:45 **Gioacchino Cannizzaro, Vittorio Ferri**
"Fixed-on-two", implantes súper-cortos, carga inmediata y restauración final en un día, cirugía sin colgajo... Rotura del dogma como horizonte desafiador y visiones clínicas reales
- 21:30 Cena de Gala

Sábado 02 de julio

La técnica B.O.P.T. sobre dientes e implantes

Moderador Julio Galván Guerrero

- 09:30 **Ignazio Loi**
Desde la técnica B.O.P.T. hasta el implante Prama: la historia
- 10:30 **Rubén Agustín Panadero**
Piensa, planifica y ejecuta en vertical
- 11:00 **Guillermo Pradiés Ramiro**
Preguntas y respuestas: ¿Es indiferente la longitud y el tipo de conexión de las coronas que colocamos? ¿Podemos realizar restauraciones CEREC con Sweden & Martina? ¿B.O.P.T., Premium o Prama?

Moderador Nacho Rodríguez Ruiz

- 12:00 **Xavier Rodríguez Ciurana, Xavier Vela Nebot**
The conical evolution/revolution
- 13:00 **Marco Csonka**
Ventajas clínicas de los implantes Prama: implantes angulados, All-on-Prama, post-extracción inmediatos y alternativa a las ROG vestibulares
- 13:30 **Berta García Mira**
Cirugía guiada en implantología bucal. Estado actual
- 14:00 **Guillermo Cabanes Gumbau**
Prama y B.O.P.T.: una pareja cuanto menos interesante