

# Dental Practice

NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2011

[www.dentalpractice.es](http://www.dentalpractice.es)

EDICIÓN ESPAÑOLA

REPORT

**PACIENTES**  
MALA COMUNICACIÓN

## La versatilidad del coordinador de la clínica dental

**ADEMÁS**

**TECNOLOGÍA**

ECOSISTEMAS  
ELECTRÓNICOS

**COSMÉTICA**

LA CONEXIÓN  
BOCA-CUERPO

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

14 EN PORTADA



## Versatilidad del coordinador de la clínica dental

### Carta del director

4 Algo más

### ACTUALIDAD

6 Un centenar de asistentes acuden al seminario de implantología de Astra Tech • Global-IE presenta su nueva web

8 La Fundación Española de Periodoncia prevé iniciar su actividad el 1 de enero • La UE establece medidas más estrictas en el uso de los blanqueadores dentales

9 Henry Schein abre un nuevo centro en Madrid • El Corte Inglés y Ruber se unen para abrir una clínica dental

### LA VISIÓN DEL EXPERTO

#### Normativa

10 Respuestas a sus preguntas sobre...

#### Capital riesgo

12 *Marketing*: construyendo puentes entre clientes y compañía

### EN PORTADA

#### Versatilidad del coordinador de la clínica dental

14 Funciones del coordinador de la clínica dental, las tradicionales y las nuevas, vinculadas a las nuevas tecnologías

### PRIMERA PÁGINA

#### Ecosistemas electrónicos

20 Cómo sincronizar su tecnología de telefonía móvil con su sistema de sobremesa

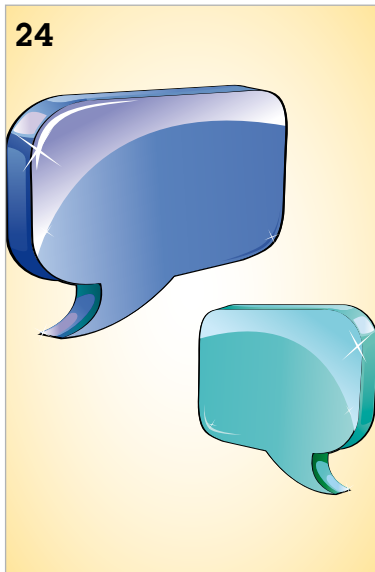
#### Mala comunicación

24 Comunicarse con los pacientes no tiene que ser sinónimo de aburrirlos

20



24



## OPERATORIA DENTAL

### La conexión boca-cuerpo

**27** Manifestaciones periodontales de las enfermedades sistémicas

### Cuándo no extraer

**29** A veces, el mejor tratamiento no es el que se planeó en un principio

### Quiste radicular en canino superior con presentación atípica de expansión palatina

**33** El quiste radicular es uno de los quistes odontogénicos más frecuentes

## SU CONSULTA

### ¿Trabaja con un drogadicto?

**38** Mitos sobre el consumo de drogas y alcohol de los dentistas

### Evitar pesadillas recurrentes

**41** Encontrar un buen equipo de colaboradores, algo más que suerte

## ENTORNO

**45** Cultura

**46** Golf

## NOVEDADES

**47** Implante OsseoSpeed TX Profile, de Astra Tech • DemiPlus, lámpara de polimerización por LED de Kerr

27



## EN NUESTRA WEB

dental  
practice.es

Participe en las encuestas de *Dental Practice* a través de nuestra página web.

Su opinión sobre los temas más candentes de la profesión resulta muy importante para nosotros, ya que contribuirá a conocer mejor la realidad de la odontoestomatología en nuestro país.

**¿Ha notado un incremento en sus tareas como gestor de la clínica en los últimos años?**

DENTAL PRACTICE no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados.

DENTAL PRACTICE Edición española es una publicación de Spanish Publishers Associates (SPA), Antonio López, 249 (1<sup>º</sup>). 28041 Madrid, editada en colaboración con Advanstar Communications Inc.

© Copyright 2011 by Advanstar Communications Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by means, electronic or mechanical including by photocopy, recording or information storage and retrieval without permission in writing from the publisher, Advanstar Communication Inc.

© Copyright 2011 Edición española, Spanish Publishers Associates.



## NUESTRO LEMA

Dental Practice tiene el compromiso de guiar al dentista hacia el mayor éxito en su práctica mediante la integración inteligente de visión de negocio, práctica clínica y avances tecnológicos.

## Algo más

Una vez más, este número de la revista pone de relieve la importancia que tiene la electrónica en nuestro quehacer diario, pero también destaca la necesidad de sincronizar toda la aparatología: telefonía móvil, PC, ordenador portátil, cámara intraoral, radiografía intra- y extraoral... Para ello hay que tener en cuenta las características de la tecnología preexistente y diseñar un adecuado plan de compras. Estudiar bien los lugares en los que realmente va a ser útil cada aparato, la relación coste-beneficio, qué nos puede aportar a nosotros o a nuestros pacientes. Es momento de desechar el “comprar por comprar”, pero es un gran momento para invertir en calidad de vida, en mejorar los tratamientos, en “estar a la última”.

En otro artículo, se aborda el tema de los colaboradores. Nos referimos a lo difícil que es, pero al tiempo lo importante que es, para el éxito a largo plazo reunir a un buen grupo de colaboradores. No somos expertos en recursos humanos, pero debemos poner los cinco sentidos al realizar las entrevistas. Aspectos como la imagen o la capacidad de conseguir empatía en personas que van a trabajar de cara al público son detalles fundamentales. No solo el currículum es importante. La figura del director o coordinador de clínica cada vez es más frecuente y puede ser una figura importante en temas como seguros, tecnología, *marketing* o gestión de personal. Sobre todo este último, para evitar enfrentamientos

personales con las auxiliares con las que luego vamos a compartir gabinete.

Aunque no entra directamente en este apartado, el hecho de que, por cuestiones económicas, se haya ido perdiendo la costumbre de referir pacientes a colegas más especializados o expertos, está dando lugar a tratamientos mal realizados y a que haya mayores problemas a largo plazo por pacientes poco satisfechos. Debemos recuperar la remisión a especialistas de casos complejos, pactando una remuneración, el retorno del paciente... Sería además importante de cara a la imagen que damos a la población, en el sentido de que valoramos la salud del paciente más que nuestro bolsillo.

Curioso es el artículo que habla de la posibilidad de trabajar con un drogadicto, aunque los estudios no muestran tasas distintas del resto de profesiones en este sentido.

En resumen, que seguimos teniendo muchas vías que explorar o que recuperar para poder hacer “algo más” por nuestra consulta y, por tanto, por la estabilidad a largo plazo y la recuperación tras la crisis económica.

Espero que os sirva.

Un afectuoso saludo ■

faguado@spaeditores.com

### Editor

Manuel García Abad

### Director

Felipe Aguado Gálvez

### Coordinadora editorial

Marta Donoso Muñoz-Torrero

### Redacción

Almudena Caballero

### Colaboradores

Natalia Aguirre  
Marcial García Rojo  
Luis G. Pareras

### Traducción artículos edición original

Javier Galego

### Maquetación

Carlos Sanz, Carolina Vicent

### Publicidad Madrid

Raúl del Mazo  
Antonio López, 249 (1ª)  
28041 Madrid  
Tel.: 91 500 20 77  
E-mail: rdelmazo@drugfarma.com

### Publicidad Barcelona

Paula Campeny Nájara  
Numancia 91-93 (local)  
08029 Barcelona  
Tel.: 93 419 89 35  
E-mail: paula.campeny@spaeditores.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

Manuel Jurado  
Tel.: 91 500 20 77  
suscripciones@drugfarma.com

Fotomecánica e impresión: Eurocolor

© 2011

Spanish Publishers Associates, S.L.  
Antonio López, 249 (1ª) - Edificio Vértice  
28041 Madrid  
Tel.: 91 5002077 Fax: 91 5002075  
E-mail: spa@drugfarma.com  
Numancia 91-93. 08029 Barcelona  
Tel.: 93 4198935 Fax: 93 4307345

S.V.: 27/06-R-CM  
ISSN: 1886-9262  
D.L.: M-39401-2006

## Celebrado en Andalucía

### Un centenar de asistentes acuden al seminario de implantología de Astra Tech



Astra Tech celebró con éxito la quinta edición del seminario sobre actualización en implantología de Andalucía, que en esta edición reunió a un centenar de participantes. El curso permitió a los asistentes ponerse al día sobre las últimas técnicas para conseguir unos tratamientos estéticos predecibles, tanto a corto como a largo plazo. Además, la mesa redonda que concluyó la sesión, ideada desde un punto de vista



pedagógico práctico, permitió debatir con los expertos casos habituales en la práctica diaria.

El cuadro docente estuvo formado por los doctores Juan Arias Romero, Luciano Badane-

lli Rubio, Antonio Bujaldón Daza, Gonzalo López Castro, Ernesto Montañés Montañez y Julio Tojo Alonso.

Del seminario cabe destacar el alto nivel de las ponencias, todas ellas siguiendo el hilo conductor de la estética, y su éxito también desde el punto de vista social, ya que coincidieron clínicos de casi toda la comunidad andaluza, así como un buen número de asistentes de otras comunidades autónomas. ■

## Incluye una zona de subasta de material de ocasión

### Global-IE presenta su nueva web

Global-IE, empresa especializada en la comercialización y distribución de equipos inteligentes y mobiliario para odontólogos, lanza su nueva web Global-ie.com

La web busca reflejar los valores de innovación, calidad y nuevas tecnologías que Global-IE ha hecho suyos. El lanzamiento de la página forma parte de su novedosa estrategia de *marketing* en el sector, a través de campañas *on* y *off line*, acciones de visibilidad y su apuesta por buscar nuevas formas de venta y promoción.

Dentro del nuevo sitio, y pasando por las secciones empresa, productos, prensa, *blog*, calendario de eventos y *workshops*, destaca la sección de novedades que se encuentra en la Zona Cliente. Para acceder a estas novedades hay que darse de alta a través de

un cuestionario o bien registrarse por medio de una cuenta de Facebook o Twitter.

La Zona Cliente permite acceder al mercado de material de ocasión cuya novedad es la venta de estos productos a través del método de subasta, es decir, los compradores potenciales hacen sus pujas a partir de un precio inicial. En esta sección se vende tanto maquinaria de ocasión como de promoción.

Otra novedad es que al usuario se le facilita un zona exclusiva donde podrá guardar noticias destacadas, vídeos, crear su propio calendario de eventos o alertas, entre otros. ■



**Los miembros de la junta directiva de SEPA, patronos natos de la nueva entidad**

## La Fundación Española de Periodoncia prevé iniciar su actividad el 1 de enero

La constitución de la futura Fundación Española de Periodoncia e Implantes Dentales ya está formalizada oficialmente ante notario, tras el protocolo seguido el pasado viernes 23 de septiembre para el otorgamiento de la escritura de constitución y de los estatutos

de esta nueva entidad, cuyas actividades tienen como fecha de inicio prevista el próximo 1 de enero.

La presidenta de SEPA, Nuria Vallcorba, compareció al acto ante notario en compañía de los demás miembros de la junta directiva de la sociedad, para aceptar y hacerse cargo formalmente todos ellos como patronos natos de la Fundación Española de Periodoncia e Implantes Dentales, fundación cuya constitución se aprobó durante la Asamblea Extraordinaria que tuvo lugar en Oviedo el pasado 26 de mayo.

Entre los fines explícitamente mencionados en el artículo 4 de la Fundación, destaca el de “promover la educación, la investigación, la prevención y el tratamiento

en salud bucodental a través de actividades docentes, formativas, de investigación, divulgativas y de acción social”. La promoción de intercambios científicos con expertos en salud bucodental y otras sociedades, tanto españolas como extranjeras, y la colaboración con otras entidades sin ánimo de lucro aparecen también mencionadas expresamente.

Además de otros objetivos de carácter profesional, educativo y científico, no falta tampoco una mención a “fomentar los principios éticos y la deontología profesional en el desarrollo de la investigación, la atención buco-sanitaria y la gestión del conocimiento de las técnicas y terapias propias de la actividad profesional”. ■



El notario que oficializó el otorgamiento de la escritura de constitución y los estatutos fue Ignacio Martínez-Echevarría Ortega.

## La UE establece medidas más estrictas en el uso de los blanqueadores dentales

La Unión Europea ha aprobado la Directiva 76/768/EEC relativa a productos cosméticos. Se trata de una serie de medidas más estrictas en el uso de determinados blanqueadores dentales con el fin de garantizar la seguridad de los productos en el mercado comunitario. Los estados miembro han actuado así tras constatar un uso extendido de productos que contienen altos niveles de peróxido de hidrógeno (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) –principal agente blanqueante de este tipo de fórmulas–.

De este modo, tras la aprobación de la directiva comunitaria,



los productos de blanqueamiento dental que contengan hasta un 0,1% de peróxido de hidrógeno serán de libre disposición para los consumidores; sin embargo, para el uso de los que tengan entre un 0,1 y un 6% de este componente, se requerirá la supervisión de un dentista que asegure la ausencia

de factores de riesgo o patologías orales que contraindiquen su uso.

Los países de la Unión Europea tendrán un plazo de 12 meses para la transposición a su legislación nacional de esta directiva tras su publicación en el Diario Oficial

de la Comunidad Europea.

El Consejo Europeo de Dentistas (CED) ha considerado esta decisión un paso muy importante para la seguridad del paciente y para la eliminación de cualquier duda sobre quién y de qué manera se deben aplicar los blanqueamientos dentales. ■

## Henry Schein abre un nuevo centro en Madrid

El 30 de noviembre Henry Schein inauguró en Madrid su nuevo centro tecnológico, el primer espacio en España destinado a acercar a los profesionales del sector dental la última tecnología de los fabricantes más prestigiosos en equipamiento dental.

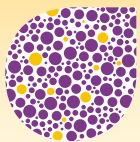
Juan Manuel Molina, director general de Henry Schein, fue el encargado de presidir el acto y de presentar este innovador espacio y las unidades que lo integran.

### Tecnología y sector dental

El nuevo centro Henry Schein, cuyo objetivo principal es mostrar la tecnología a los profesionales, será una plataforma que conectará al sector dental con la tecnología para enseñar a los dentistas cómo aplicarla eficientemente en su negocio con el fin de obtener el máximo rendimiento. El centro, único en España, dispone de los últimos avances tecnológicos dentales y cuenta con la más completa gama de tratamiento, sistemas de radiología 3D, sistemas CAD/CAM de clínica y de laboratorio dental, tecnología láser, salas de esterilización, etc. ■

## El Corte Inglés y Ruber se unen para abrir una clínica dental

Ruber Dental y El Corte Inglés han iniciado un modelo sanitario novedoso en España: la inclusión en un centro comercial de una clínica odontológica. La experiencia piloto se desarrollará en Madrid: El Corte Inglés ha cedido a Ruber Dental en su centro de La Castellana un espacio de cien metros cuadrados para montar una clínica con tres gabinetes que ofertará una amplia gama de servicios. Philips actuará como socio tecnológico de la nueva clínica. ■



# Scipio Dental

Creación Gestión de Clínicas Dentales

+ info en [www.scipiodental.com](http://www.scipiodental.com)

Sus **pacientes** se ponen en las **mejores manos....**  
haga usted **lo mismo!**

Su futura **clínica,**  
nuestra **prioridad.**



## Respuestas a sus preguntas sobre...

### Supervisión de los seguros privados

El Consejo de Ministros del pasado 8 de julio aprobó el Proyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados. ¿Afecta este proyecto a los seguros que tenga suscritos, así como a los de mi clínica?

Este proyecto de ley tiene como objetivo regular el acceso a las actividades de seguro y reaseguro privado, así como las condiciones y supervisión de su ejercicio, con la finalidad principal de proteger los derechos de los tomadores, asegurados y beneficiarios y de promover la transparencia del mercado de seguros y el desarrollo de la actividad aseguradora privada, lo que efectivamente tendrá especial importancia para el sector sanitario.

El proyecto transpone a la legislación española la directiva comunitaria, que debería estar incorporada antes del 31 de octubre de 2012, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (Directiva Solvencia II), que ahonda en la eliminación de las diferencias más importantes entre las legislaciones de los estados miembros, posibilitando el establecimiento de un marco legal homogéneo dentro del cual las entidades aseguradoras y reaseguradoras europeas desarrollarán su actividad en todo el mercado interior.

### Solvencia de las compañías aseguradoras

¿Cuál es el contenido de la Directiva Solvencia II de la UE?

Esta directiva calcula la solvencia de las aseguradoras en un sistema basado en el riesgo y se establecen las reglas sobre requerimientos de capital determinados en función de los riesgos asumidos por las entidades. Asimismo, fija un nuevo sistema de supervisión con el objeto de fomentar la mejora de la gestión interna de los riesgos por las entidades y refuerza las exigencias de información y transparencia hacia el mercado sobre los aspectos claves del perfil de los riesgos asumidos por las entidades y su forma de gestión. La Directiva Solvencia II articula una concepción de la solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras basada en tres pilares que se refuerzan mutuamente: un sistema de solvencia basado en el riesgo; un nuevo sistema de

supervisión con el objeto de fomentar la mejora de la gestión interna de los riesgos por las entidades; exigencias de información y transparencia hacia el mercado sobre los aspectos claves del perfil de los riesgos asumidos por las entidades y su forma de gestión.

### Baja maternal y derechos

Mi enfermera, que está embarazada, me plantea que diez semanas de su futura baja maternal puedan convertirse en 20 a media jornada. ¿Es esto legal? ¿Puede exigírmelo? ¿Cómo funciona esta baja y cuáles son los derechos que implica?

La ley reconoce un permiso por baja maternal de 16 semanas ininterrumpidas, que se amplían en dos por cada hijo en caso de parto múltiple. La madre debe tomar seis tras el parto para recuperarse físicamente. Las otras 10 se pueden disfrutar antes o después del nacimiento. Las puede coger el padre o la madre si ambos trabajan, o de forma conjunta. El padre tiene un permiso de paternidad de 15 días, independiente del de la madre. De las 16 semanas que dura la baja, las seis primeras son de reposo obligatorio y el resto de la baja se puede convertir en 20 a media jornada (solo es posible si la trabajadora llega un acuerdo con su empresa).

La Seguridad Social se encarga de pagar el sueldo a la futura madre mientras esté de baja maternal, pero es necesario que la madre haya estado afiliada a la Seguridad Social al menos durante los nueve meses anteriores al día del parto y, además, haber cotizado como mínimo 180 días en los cinco años anteriores al parto. La cantidad a cobrar se calcula según la base reguladora de cotización a la Seguridad Social, que suele ser del 100%. El padre puede percibir esta prestación durante la totalidad del permiso de descanso (excepto las seis primeras semanas) en el caso de que la madre no cumpla el requisito de cotización mínima que se exige. ■



**Ofelia de Lorenzo Aparicio** es socia del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa. Puede contactar con ella en: [odlorenzo@delorenzoabogados.es](mailto:odlorenzo@delorenzoabogados.es)

## Marketing: construyendo puentes entre clientes y compañía

Ninguna idea puede establecerse y crecer sin un mercado. Sin clientes ni mercado, no hay *start-up*. El objetivo del *marketing* es identificar las necesidades de los clientes de nuestro producto o servicio para poder satisfacerlas. Trata de hacer de puente entre clientes y compañía llevando información sobre nuestros productos hacia el exterior, y acercando lo que opinan los clientes a los responsables de la compañía.

Las herramientas de que dispone el *marketing* para efectuar estas tareas son muy variadas. Los emprendedores del sector sanitario deben seleccionar y optimizar las herramientas de esta área que mejor se adapten a sus necesidades.

Adquirir y mantener a los clientes está en el centro mismo del *marketing*. Para ganar la aceptación del mercado, una *start-up* necesita generar el “conocimiento de la marca” y diferenciar su producto o servicio, de modo que ese elemento diferencial de valor de lo que vendemos sea claramente percibido por el consumidor. Las iniciativas emprendedoras que quieren crecer tienen que ser capaces de cambiar rápidamente en función de los acontecimientos y atraer distintos y nuevos segmentos del mercado.

### Herramientas

Las herramientas de *marketing* que se utilizan en las iniciativas emprendedoras son diferentes de las empleadas por las compañías ya establecidas, por una serie de razones:

- Las *start-ups* tienen recursos limitados.
- Rara vez tienen capacidades de *marketing* dentro de la compañía. Los emprendedores no suelen tener la opción de contratar desde el principio a directores de esta área con experiencia.
- La mayoría de las *start-ups* empiezan sin tener presencia en el mercado, están confinadas geográficamente a una zona reducida. Como resultado, disfrutan de pocas economías de escala, por lo

que los costes de efectuar campañas de *marketing* son extraordinariamente altos.

### Errores

Los errores de *marketing* más frecuentes en los que caen los emprendedores en el sector sanitario incluyen, entre otros muchos: sobreestimar la demanda; pensar que su producto o servicio es fácil de entender o de utilizar; infraestimar la respuesta de los competidores; tomar decisiones en cuanto a la distribución sin tener los datos adecuados para ello.

Los emprendedores no solo le “hablan” al mercado, sino a múltiples audiencias: inversores, empleados, socios. En las *start-ups*, dado que los vínculos con estas audiencias no están bien establecidos y dependen únicamente de la confianza (no ha habido suficiente recorrido por parte de la empresa), es especialmente importante encontrar una política de comunicación óptima.

### El proceso

El diseño de una correcta estrategia de *marketing* sigue un proceso que analizaremos a continuación. Es necesario:

- Identificar primero lo que se conoce como las “5 C” (necesidades, habilidades, competencia, colaboradores y contexto).
- Efectuar un análisis DAFO, evaluando nuestras debilidades, nuestras fortalezas, y las amenazas y las oportunidades de nuestro entorno.
- Segmentar a continuación el mercado y seleccionar el *Target* al cual nos queremos dirigir.
- Posicionar nuestro producto o servicio.
- Definir lo que se conoce como *marketing mix* y determinar la estrategia que se implementará y seguirá en el tiempo. ■



Luis G. Pareras es Médico Gerente de MediTeconología-Área de Incubación de Proyectos Empresariales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Para contactar: [www.healthonomics.com](http://www.healthonomics.com). E-mail: [luis.pareras@comb.es](mailto:luis.pareras@comb.es)

# La versatilidad del coordinador de la clínica dental

Además de responsabilizarse de los seguros dentales, la tecnología y el *marketing*, el coordinador de la clínica dental debe gestionar el centro.

**Y**a qué te dedicas? ¿Cuántas veces ha tenido que contestar esta pregunta? Lo más probable es que diga que es coordinador de una clínica dental y continúe la conversación. ¿Pero cuándo fue la última vez que se paró a pensar en lo que realmente hace? No solo eso, ¿ha pensado en lo rápido que está cambiando su trabajo?

Algunas de las responsabilidades del coordinador de la clínica dental nunca cambian. Siempre habrá que programar las visitas, llamar a los pacientes, reponer los suministros y tramitar las aseguradoras. To-

la empresa de limpieza y a los decoradores mientras cambiamos el monitor que acaba de averiarse en la sala operatoria.

Algunas cosas no cambian y otras lo hacen tan rápido que cuesta estar al día. Probablemente ya no usa las páginas amarillas sino que busca en internet. Muy posiblemente, utiliza sistemas de financiación y métodos de promoción que hace un año no existían. ¿Atiende seminarios *on line*? ¿Actualiza la página de Facebook? ¿Cuándo se convirtieron estas tareas en su responsabilidad?

Antes de hablar del futuro de los coordinadores, analicemos algunas de las tendencias más modernas en las clínicas dentales.

- **Los seguros dentales aumentan.** Solo hace cinco años, en muchas clínicas, el 100% de los pagos eran por servicio, y solo aceptaban pacientes sin seguro dental. Actualmente, en la mayoría de las clínicas, el 30-50% de los servicios están incluidos en



**POR JILL NESBITT Y NOMI COOPER**

dos hemos aprendido a usar algún programa informático de gestión dental y a hacer malabares con el teléfono, los pacientes y los compañeros cuando todos ellos demandan nuestra atención a la vez. Saben que tenemos “tiempo de sobra”, ya que no vemos pacientes; supervisamos a

una póliza. Es un cambio radical en un periodo muy corto. El aumento de planes dentales no solo ha reducido los precios sino que ha hecho que se incremente el tiempo que el coordinador de la clínica dedica a gestionar cada plan.



sustituir un PC lento y poner impresoras nuevas, etiquetadoras, escáneres, etc. Se necesita alguien que controle esta tecnología en continuo cambio.

- **Marketing.** Una vez más, hace tan solo cinco años, promocionar una clínica dental era fácil: un anuncio en las páginas amarillas, buzoneos y a esperar a los nuevos pacientes. Ahora, actualice su web (¿ha oído hablar de Google Panda?), su página en Facebook, ponga un *stand* en el congreso local y empiece a pensar en la revolución del *marketing* por teléfono móvil. El tiempo dedicado a interactuar con los pacientes en las redes sociales supone un cambio radical en nuestros planes de trabajo.

Antes de hacerse cargo de los trámites de las aseguradoras, de

¿Desde las reclamaciones de los pacientes a las financiaciones, el control del presupuesto de *marketing* y las compras de tecnología? Además de ahorrar tiempo al dentista para que pueda concentrarse en la actividad clínica (y la producción), ¿por qué no puede usted, como coordinador organizado y profesional que es, implementar las ideas del dentista y ayudar en la consecución de objetivos recibiendo la valoración y el apoyo del dentista?

### Afrontar el cambio

Puede convertirse en el profesional ejecutivo que su clínica necesita. La mayoría de los coordinadores se sienten llamados a hacer su trabajo lo mejor posible. Valoran y aprecian la diversidad de tareas que se demandan del dentista –pero



- **La tecnología está cambiando.** En Estados Unidos, el 1% de los dentistas no guarda historias clínicas, pero la ADA ha puesto como límite 2014 para la adopción general de la historia clínica electrónica. Puede tener un iPad o un terminal en el vestíbulo, inevitablemente habrá un aparato de rayos digital en sus salas operatorias y todos tendrán conocimientos de informática. Los equipos se abaratan y es fácil

## La ADA ha puesto como límite 2014 para la adopción general de la historia clínica electrónica

la tecnología y del *marketing*, el coordinador de la clínica dental del futuro necesita saber gestionar el centro. ¿Se imagina manejando con confianza todas las decisiones de negocio que se dan en su centro?

no saben cómo ayudar. No saben cómo formarse para convertirse en el motor real de la clínica. Con los cambios de la Odontología –revise las tres tendencias mencionadas– ha llegado el momento de que

# No se resista a la tecnología: Úsela para mejorar la productividad de su laboratorio

**POR CHUCK YENKNER**

No deja de asombrarme el que nos autodenominemos técnicos de laboratorio, que trabajamos en tecnología dental y, sin embargo, muchos de nosotros somos reacios a la adopción de nuevas tecnologías en pro de la productividad de nuestros laboratorios. Aunque quizás un problema incluso mayor sea la infrutilización de la tecnología.

En mi opinión, mejorar la productividad del laboratorio dental es la única forma de sobrevivir y prosperar en las próximas décadas. Una mayor productividad permitirá a los laboratorios competir con eficacia, no solo a nivel nacional sino también en el terreno internacional. Con más productividad, los salarios pueden ser mayores y se atrae a personas trabajadoras y brillantes a nuestra profesión. Y lo que es más importante, se aumentan los beneficios.

La principal ventaja que la tecnología aporta al laboratorio dental es su capacidad para eliminar o reducir algunas de las actividades que requieren más tiempo y esfuerzo. No hablo solo de los productos y herramientas de aplicación directa en la producción de coronas y prótesis, sino también de cosas como internet, aplicaciones de comunicación y programas para gestionar el negocio.

Muchos laboratorios disponen de tecnologías parcialmente instaladas pero infrutilizadas. Cosas

como enviar los presupuestos por correo electrónico, en lugar de por correo ordinario, permiten ahorrar tiempo, papel y gastos postales. Si el programa de gestión y el de administración se comunican, no es necesario introducir datos y se ahorra en gastos administrativos. Y este tiempo puede aprovecharse en la fabricación de estructuras cerámicas o coronas. Todo lo que ahorra esfuerzo y acelera el proceso ayuda en la producción de más unidades que se venden con los mismos recursos. (¡Eso es un aumento de productividad!).

## Concentrarse en lo positivo

La clave de la evaluación y utilización de la tecnología está en concentrarse en lo que puede hacer y no en lo que no puede hacer. A menudo oigo comentarios del estilo de que los resultados estéticos con la nueva tecnología no son tan buenos o que se tarda mucho en hacerla funcionar. En ocasiones es verdad y ese sistema/producto en particular no es el adecuado, pero no cometa el error de descartar completamente la idea porque una primera aproximación haya sido infructuosa. El concepto del automóvil no fracasó, lo hizo el de los coches de vapor. Ninguna tecnología funciona igual de bien cuando acaba de introducirse en el mercado que cuando ha madurado.

El uso de tecnología nueva en el laboratorio depende de unos pocos puntos básicos:

los coordinadores den un paso al frente y adquieran la formación que les llevará al siguiente nivel.

El coordinador de la clínica dental puede adquirir la formación necesaria por varios canales. Desde los congresos hasta los foros de internet o los cursos a distancia, cualquier coordinador puede controlar su propia carrera profesional y aprendizaje. Las ofertas en internet son numerosas. Su programa de gestión dental le propondrá asociaciones profesionales a las que afiliarse. Entre en LinkedIn o recurra al representan-

## Conforme cambia la odontología, son necesarios profesionales que puedan gestionar la clínica con eficacia

te de su distribuidor para ponerse en contacto con otros coordinadores. Finalmente, las universidades ofrecen cursos *on line* y presenciales en administración empresarial.

A medida que el coordinador se hace cargo de su propia carrera profesional, puede invitar al dentista a invertir en su desarrollo. Reúnase

con su dentista para descubrir qué capacidades son más necesarias y cómo puede colaborar. El dentista apreciará su iniciativa y, con toda probabilidad, contará con usted en sus nuevas ideas y planes.

Cuando el coordinador y el dentista colaboran, el primero se transforma en un verdadero gestor



- Entender el coste actual de una tarea o función. ¿Cuáles son los cuellos de botella y los excesos de coste de su laboratorio?, ¿producen menos unidades por técnico que la media?, ¿cuántos administrativos tiene?, ¿es el número apropiado para un laboratorio de su tamaño?
- Entender el efecto potencial de la tecnología. ¿Cuánto tiempo se ganaría o cuánto aumentaría la capacidad? Si adquiere tecnología que no reduce los costes (laborales o materiales), aumenta las ventas o reduce la plantilla, **no** está aumentando su productividad.
- Entender el gasto en implementación, en tiempo y en dinero. Por lo general, la tecnología es cara, así que debe comparar ese gasto con los costes y calidades actuales.

La conclusión es la siguiente: adquiera e implemente tecnología si le va a ayudar a hacer las cosas mejor (una mejor calidad le permite vender más o subir los precios), más rápido (más producción, más ventas posibles) o más barato (se reduce el coste global). No se resista a la tecnología. Aprenda a usarla y averigüe cómo aprovecharla.

del negocio. Más adelante aportará ideas e iniciativas en las reuniones con el dentista. Leerá revistas especializadas, participará en foros *on line* y conocerá el mundo de la Odontología fuera de las cuatro paredes de su clínica. Surgirán así nuevas ideas y oportunidades —y si al dentista le gustan esas ideas—, ¡ya tiene a la persona idónea para implementarlas! Así, el dentista siente que puede compartir sus responsabilidades y contar con otra persona inteligente e implicada para dirigir y gestionar el centro.

Conforme cambia la Odontología, son necesarios profesionales que puedan gestionar la clínica con eficacia. Su función es crucial para reducir costes, evaluar los planes de las aseguradoras y gestionar el cambiante mundo del *marketing*. Esta posición se enriquece en variedad y desafíos —y marca una diferencia en las vidas, no solo de sus compañeros de trabajo, sino de los pacientes y de la comunidad—. Una buena clínica dental desempeña un papel vital en la comunidad, y el coordinador

dental bien formado estará en el corazón de esta clínica.

### Piense como un CEO

Cuando el dentista decide entrar en el mundo del *marketing*, debe empezar no solo con una idea de lo que le gustaría conseguir personalmente, sino también de las estrategias más importantes y urgentes según los expertos. Este enfoque permite crear un plan de *marketing* más comedido y organizado, basándose en lo que funciona realmente, en lugar de concentrarse solo en lo que parece “importante” desde un punto de vista subjetivo.

Para priorizar, lo mejor es dividir el proceso mercadotécnico en varias etapas; al igual que la planificación del tratamiento odontológico suele dividirse en fases, es mejor dividir la estrategia de *marketing* en tácticas pequeñas, manejables y con objetivos realistas—después de todo, ¡gestionar el plan de *marketing* de la clínica no es la única tarea del coordinador!

La lista de recomendaciones que presentamos también es útil para la autoevaluación, para reflexionar sobre los objetivos conseguidos y analizar el progreso en términos de cuántos puntos pueden tacharse de la lista de cosas “por hacer” y cuántos aún deben ponerse en práctica.

### 1. Actitud mental:

- Todos los que trabajan en la clínica están convencidos de la importancia del *marketing* para el éxito.
- Todos creen que los pacientes son la prioridad número uno.
- Todos se apresuran a contestar el teléfono cuando suena y saben cómo atender a nuevos pacientes.
- Todos creen que el *marketing* es una prioridad importante y desea promocionar la clínica de formas nuevas y diferentes.

- Hay alguien específico responsable de la implementación del plan de *marketing*.

## 2. Imagen de marca

- El nombre de la clínica es el resultado de un proceso de decisión consciente.
- Se ha encargado el diseño gráfico profesional del logo que representa este nombre.

## 3. Página web

- El centro tiene una web básica en la que figura su nombre.
- En la web, el número de teléfono y la dirección del centro son fácilmente visibles.
- En la web hay fotografías y biografías del dentista y del resto de personal, escritas en un lenguaje informal y accesible.
- La web incluye información básica sobre el centro y los tratamientos que se ofrecen, escrita en un lenguaje accesible que hace hincapié en los beneficios para el paciente.
- Hay una fotografía del centro y un enlace a MapQuest o Google Maps bajo el rótulo “cómo llegar” o similar.
- Se incluye una galería de retratos del “antes” y el “después” hechos por un fotógrafo profesional.
- Hay una sección donde los pacientes pueden colgar sus comentarios.

## 4. Marketing por correo electrónico

- En cada visita, se comprueba la dirección de correo electrónico y el número de teléfono móvil del paciente.
- Como mínimo, el 50% de las direcciones de correo electrónico y de los números de teléfono móvil de los pacientes están actualizados.



## 5. Optimización de las búsquedas en internet

- El URL de la web y las palabras clave se han remitido a los diez motores de búsqueda principales, manualmente o a través de un servicio del tipo iNeedHits.com y/o una empresa optimizadora de búsquedas en internet.
- Hay enlaces a la web en otras páginas profesionales, como las de asociaciones de Odontología, nacionales o regionales, las de otras organizaciones y las de otros dentistas y especialistas que derivan a la clínica sus pacientes, así como otras URL válidas para mejorar el *ranking* de la web en las búsquedas en internet.

## 6. Gestión de la reputación on line

- Se ha creado una página en Google Places para dar a conocer la localización de la clínica
- Se ha completado/solicitado el perfil de Yelp.
- Se tienen, como mínimo, cinco comentarios positivos en Yelp.com o en Google Places, como escudo frente a posibles comentarios negativos.
- Se monitoriza la presencia en la web mediante Google Alerts y se

busca en Google el nombre del centro/del dentista al menos una vez al mes.

## 7. Redes sociales

- Se tiene una página de negocio completa y diseñada profesionalmente en Facebook.
- Se actualiza la página de Facebook una vez a la semana, como mínimo.

## 8. Marketing interno

- Se utiliza una carta modelo de bienvenida que se envía a cada posible nuevo paciente.
- Cada uno de los miembros del equipo alaba la labor del dentista delante de un paciente todos los días.
- Todos los miembros del personal piden una vez al día a un paciente que traiga a un nuevo paciente.
- Todos piden una vez al día a un paciente que introduzca un comentario en la web. ■

**Jill Nesbitt** es consultor dental y coordinador de un grupo odontológico privado pluriespecializado. Es coordinador dental desde hace 14 años, cuenta con certificación estatal y asesora a centros odontológicos para que mejoren el aspecto de negocio de la práctica.

**Naomi Cooper** es presidenta de Minoa Marketing, una empresa dedicada al *marketing* odontológico en medios sociales y afincada en Encino, California.

## TECNOLOGÍA

# Ecosistemas electrónicos



**En una era dominada por *smartphones*, tabletas y ordenadores es importante que su tecnología de telefonía móvil sincronice con su sistema de sobremesa.**

**POR NOAH LEVINE**

**P**ara bien o para mal, nunca ha sido tan fácil trabajar en casa. Internet hace posible conectarse a casi todo, desde cualquier lugar; y a menudo es de forma tan sencilla como sacando un *smartphone* del bolsillo o un *tablet PC* del bolso.

De acuerdo con las cifras recopiladas por la firma de investigación

comScore, desde el pasado abril, el 32% de los usuarios de teléfonos móviles de Estados Unidos tenía *smartphones* con conexión a internet y ejecutaban una amplia gama de aplicaciones. Además, hay millones de personas que han añadido un iPad o un dispositivo semejante a su arsenal de computación móvil.

Si usted se encuentra dentro de este creciente segmento de la

población, ¿ha elegido su teléfono o tableta teniendo en mente las posibilidades de negocio? De no ser así, ¿ha introducido usos comerciales en el modo en que utiliza su nueva tecnología? Si el negocio era su prioridad, ¿tuvo en cuenta la integración con la tecnología que ya tenía implementada antes de hacer la compra?

Estos potentes equipos móviles pueden mantenerse conectados a su laboratorio desde su casa, el campo de golf, mientras viaja a un congreso o desde cualquier otro lugar. Esta conectividad significa que los problemas pueden abordarse de inmediato y que numerosos aspectos de su negocio pueden solventarse mientras usted no está físicamente en la oficina. Utilizada correctamente, la computación móvil a través del *smartphone* o la tableta puede significar que usted podrá responder a las preocupaciones de un dentista acerca de un caso al momento, o actualizar la contabilidad del laboratorio mientras espera a que salga ese avión que va con retraso.

Por supuesto, para que todo esto funcione, el *smartphone* o la tableta tienen que ser capaces de hablar el mismo idioma que los sistemas que utiliza en su oficina. Con algunos sistemas, esta puede ser una operación casi perfecta, pero para otros puede ser un poco más complicado de configurar y, por desgracia, eso es lo que quieren las empresas que crean estas tecnologías.

### Qué constituye un ecosistema

Al igual que en la naturaleza, un ecosistema de tecnología se compone de una serie de partes independientes que interactúan entre sí. Un ecosistema saludable permite que sus diferentes componentes tecnológicos realicen sus funciones individuales y trabajen en grupo cuando sea necesario. Un ejemplo sería una red de ordenadores con copia de seguridad automática y aplicaciones de *software* que trabajan sincronizadas.

Que los archivos de los diferentes ecosistemas hablen unos con otros a menudo puede implicar la conversión de archivos u otras soluciones. Cuando se configura un sistema informático para un laboratorio, lo más probable es que se elija que todos los equipos se ejecuten en Microsoft Windows

de archivo comunes, la demanda y el *software* multiplataforma han simplificado bastante el trabajo entre los dos principales sistemas operativos de escritorio.

Normalmente, la adición de un ordenador portátil a la mezcla funciona bien con cualquiera de estos entornos de sobremesa,



## Un ecosistema saludable permite que sus diferentes componentes tecnológicos realicen sus funciones individuales y trabajen en grupo cuando sea necesario

o en OS X de Apple para que puedan hablar unos con otros y para que los archivos que funcionan en un equipo funcionen también en los demás. Hace años, la transferencia de archivos entre un PC y un Mac era mucho más difícil, pero al igual que las empresas de tecnología dental están migrando a arquitecturas abiertas y formatos

pero no siempre es así. Si el sistema móvil se utiliza solo para el manejo de llamadas telefónicas, revisar el correo electrónico y, posiblemente, la conexión a un calendario, no debería haber problemas, independientemente del tipo de *smartphone* o tableta que usted elija. Sin embargo, si va a trabajar con documentos,

acceder a los ordenadores de su laboratorio para manejar archivos y, básicamente, si quiere controlar su laboratorio desde cualquier lugar, desde el principio necesita estar seguro de que sus máquinas podrán trabajar bien en conjunto.

### Comprar al por mayor

La forma más fácil de asegurarse de que sea así es comprar tecnología móvil que funcione con el mismo *software* que los sistemas de su laboratorio. Esto puede funcionar bastante bien para un laboratorio basado en Mac, ya que el iPhone y el iPad son tecnologías probadas con una amplia gama de aplicaciones disponibles, algunas de las cuales son incluso específicas del laboratorio dental. Si el laboratorio utiliza el paquete de *software*

**Solo porque usted puede hacer el trabajo en cualquier momento y en cualquier lugar, no significa que tenga que hacerlo cada vez que siente una vibración en su bolsillo**

iWork de Apple, hay versiones móviles disponibles y muchas otras aplicaciones de escritorio tienen versiones portátiles.

Apple es la empresa más dedicada a proporcionar un ecosistema totalmente interconectado de ordenadores de sobremesa tradicionales, ordenadores portátiles y *smartphones* y tabletas totalmente móviles. Todo está diseñado para trabajar conjuntamente cada vez con mayor perfección y la empresa ha sido proactiva en el diseño de su *software* para que trabaje bien con archivos de otros sistemas, como la apertura de un documento de Microsoft Word en Pages de Apple. Por supuesto, algunas personas se sienten acorraladas por el enfoque tan cerrado de Apple y por su férreo control.

Para un laboratorio basado en la tecnología PC un enfoque similar significaría la adopción de un *smartphone* con Windows 7 y esperar a ver si la empresa termina entrando en el juego de las tabletas. Por supuesto, los desarrolladores de *software* no han sido muy



entusiastas con Windows 7, y hay muchas menos aplicaciones disponibles para los *smartphones*. Por ahora Windows parece estar retrasándose en este terreno y el anterior líder de la tecnología telefonía móvil, Research in motion (RIM), fabricante de BlackBerry, ha entrado en un acusado declive.

### Limando asperezas

El actual líder en el mercado de sistemas operativos móviles no es ninguno de los anteriores. Google Android es la plataforma *smartphone* más ampliamente adoptada y empieza a desafiar al iPad de Apple. Los dispositivos Android tienen un gran número de aplicaciones disponibles también, pero a pesar de que Google lanzó recientemente el





sincronizar su agenda del teléfono, sus contactos y otros datos con su ordenador de escritorio.

Incluso si sus dispositivos móviles no coinciden por completo con su sistema de sobremesa, las aplicaciones como Applications To Go (disponible para Android y iPhone) le permiten acceder a los documentos. Un iPad o una tableta de Android tienen tanto el tamaño de pantalla como el navegador web para acceder a cualquier sistema informático al que puede acceder desde su ordenador personal y servicios como LogMeIn y GoToMyPC permiten el control remoto de cualquier ordenador configurado para

entrar en el sistema de diseño de su laboratorio y trabajar en un caso de CAD/CAM desde cualquier lugar.

El acceso a su oficina a través de sus dispositivos móviles puede ser una gran herramienta, pero si va a utilizar realmente su sistema para trabajar de forma remota, también es necesario pensar en la red móvil que contratará. La tecnología de hoy le permitirá recibir una llamada telefónica de un dentista, examinar sus encargos e, incluso, mandarle fotos del caso

sistema Chrome para ordenadores portátiles, en realidad no hay un sistema de escritorio que se integre a la perfección con los dispositivos móviles Android.

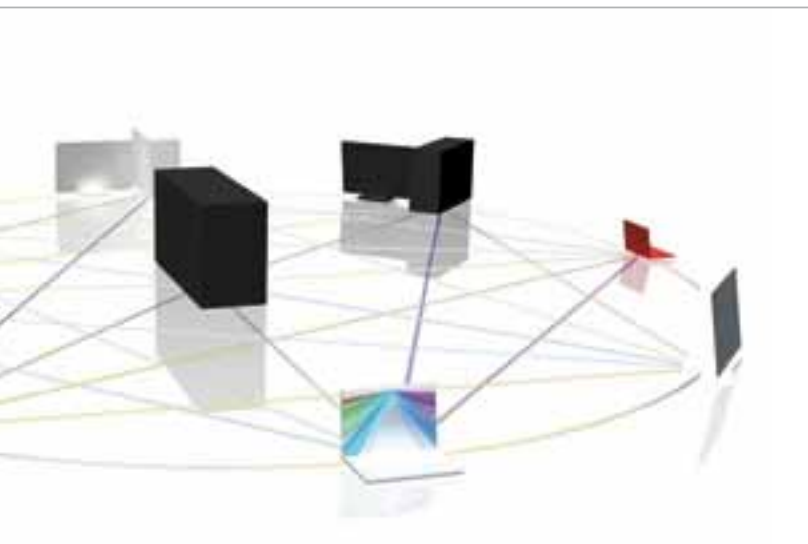
Google ha insistido en el almacenamiento de datos a distancia (la denominada computación en nube), pero los usuarios de Android pueden encontrar muchas maneras de utilizar sus dispositivos móviles en conjunción con sus sistemas de sobremesa. De hecho, Android es probablemente el más fácil de manejar en términos de una integración perfecta y automática. Si usted utiliza un sistema Windows o Mac, Google ha hecho que sea fácil



el sistema. El primero funciona con casi cualquier plataforma móvil mientras que el segundo solo está disponible para iPad y, próximamente, para iPhone y Android. Con este *software* usted podría incluso

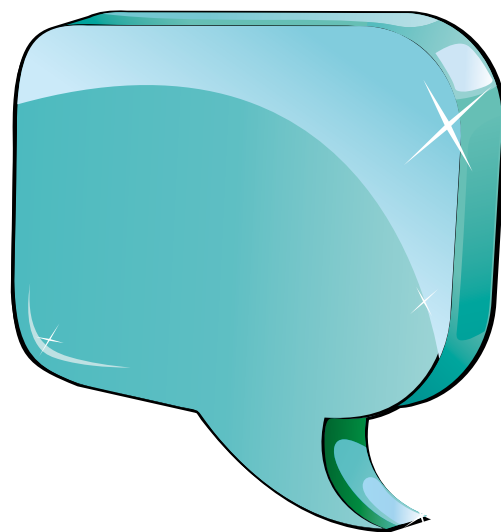
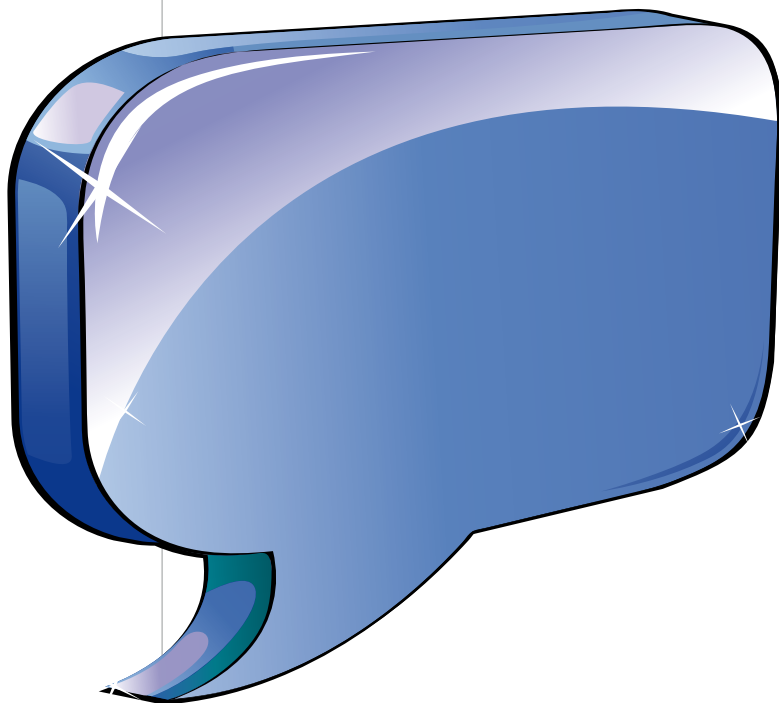
en cuestión o capturar y enviar un vídeo corto del trabajo a través de una webcam.

Toda esta conectividad e interoperabilidad puede ser una cosa maravillosa en términos de eficiencia y aprovechamiento de oportunidades tan pronto como se presentan, pero hay mucho que decir sobre el trabajo a distancia. Es importante recordar que solo porque usted puede hacer el trabajo en cualquier momento y en cualquier lugar, no significa que tenga que hacerlo cada vez que siente una vibración en su bolsillo o escucha un “ding” en su maletín. Estas tecnologías móviles están equipadas con botones para su desconexión y, de vez en cuando, esos botones pueden ser más útiles que cualquier otra función que estos dispositivos puedan ofrecer. ■



PACIENTES

# Mala comunicación



**Sí, es importante comunicarse con sus pacientes, pero eso no significa que haya que contar chistes y batallitas. He aquí cómo usted y su dentista pueden relacionarse con sus pacientes, sin ir demasiado lejos.**

**¿Q**uién no ha reído por cortesía cuando alguien cuenta un chiste malo? ¿quién no ha luchado por mantener los ojos abiertos durante una historia que parece no terminar nunca? La cuestión

de las relaciones humanas, se trata de decidir si estas conversaciones mejoran el servicio al cliente y la atención al paciente.

Knowles Kendra, que ha sido higienista dental en el área de Chicago durante cinco años, afirma haber sentido verdadera vergüenza de escuchar algunas conversaciones iniciadas por un dentista en particular con el que ha trabajado.

Knowles recuerda con rubor su primera intervención como asistente del dentista en cuestión y que llegó a preguntarse si habría

una cámara oculta y todo sería una broma televisiva.

“Puedo asegurar que llegué a pensar que estaba en la cámara indiscreta”, asegura. “Él no paraba de soltar tacos y siempre tenía alguna historia que se pasaba de la raya.”

También contaba a los pacientes una larga historia sobre cómo le habían llamado en plena noche para un tratamiento dental de Hillary Clinton, una historia que, en palabras de Knowles, se hacía más improbable y absurda cada vez que la contaba.

Kendra, cuyo verdadero nombre se ha cambiado en este artículo para proteger su intimidad, afirmó que no suele trabajar con ese dentista, pero que, cuando lo hace, ha

**POR MANNION ANNEMARIE**

de si es buena idea recurrir al humor o contar una historia larga e interminable con el fin de distraer a un paciente durante el tratamiento no solo tiene que ver con

encontrado una manera de hacer frente a sus modales.

“Sinceramente, ahora simplemente desconecto”, explica. “Entra por un oído y sale por el otro. Ya no le escucho”.

A pesar de tener una personalidad tan particular, algunos pacientes de toda la vida parecen contentos con los desenfadados modales del dentista. “Es su personalidad”, añade Knowles. “Siempre ha sido así”.

Otros, sin embargo, no están tan contentos. “Una paciente me dijo una vez que no le gustaba la corona que le acabábamos de poner, y menos aún que el dentista usara un lenguaje tan vulgar”.

### Saber cómo relacionarse

Hace tiempo que aprender a relacionarse con los pacientes forma parte del plan de estudios de las facultades de Odontología, comenta Sheela Raja, psicóloga clínica y directora de Ciencias del Comportamiento Clínico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Illinois en Chicago.

“Es una parte muy importante de la atención dental”, asegura. “Los dentistas tienen que ser capaces



## La escucha reflexiva implica ser capaz de reproducir los sentimientos y la información que otra persona está transmitiendo



de comunicarse con los pacientes, hablar de planes de tratamiento y calmar a los que muestran signos de ansiedad”.

Para ayudar a los estudiantes de Odontología a desarrollar unos modales adecuados, Raja dice que la escuela graba en vídeo algunas consultas (con el permiso del paciente) entre estudiantes de Odontología y los pacientes.

Después, los estudiantes y profesores ven las cintas en grupos pequeños y analizan maneras de ayudar a los estudiantes a relacionarse y comunicarse mejor con los pacientes.

## Si se tienen dudas acerca de cómo será recibida una broma o una historia, normalmente es mejor dejarlo para otra ocasión



La idea es ayudar a los dentistas a desarrollar las habilidades que pueden tranquilizar a los pacientes, respondiendo a sus preguntas e inquietudes y proporcionando el mejor tratamiento posible.

“Hablamos de la empatía, de cómo entender lo que un paciente puede estar sintiendo y de la escucha reflexiva”, explica.

La escucha reflexiva implica ser capaz de reproducir los sentimientos y la información que otra persona está transmitiendo. Raja dice que es fácil de hacer y que ayuda a los pacientes a saber que escuchamos y entendemos lo que nos dicen.

“No se trata solo de que usted (el profesional) hable”, añade. “Se trata

de dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas.”

### No es tan fácil como parece

A menudo, la comunicación entre un paciente y el dentista o el higienista no es tan sencilla como pueda parecer. Hay objetivos que un profesional de la salud busca, tales como proporcionar información que pueda ayudar al paciente a elegir un mejor tratamiento para asegurar su salud dental.

Aprender a animar a los pacientes a adoptar hábitos más saludables es otro aspecto del plan de estudios de la universidad.

“Hablamos sobre cómo motivar a los pacientes para que cambien su comportamiento”, indica Raja.

A pesar de lo importante que es para los dentistas, higienistas dentales y estudiantes de Odontología poder comunicarse con sus pacientes, Raja dice que no siempre es fácil cuando el dentista o higienista está centrado en hacer el trabajo técnico. Requiere ser capaz de realizar varias tareas a la vez.

“Los estudiantes de Odontología practican sus habilidades manuales al tiempo que practican sus habilidades para el trato con la gente”, añade. “Es como si estuvieran en la cuerda floja”.

La psicóloga comenta que muchos dentistas eligen su profesión porque les gusta trabajar con gente. “Suelen ser personas sociables que disfrutan trabajando en equipo”, continúa. Si se tienen dudas acerca de cómo será recibida una broma o una historia o decir tacos, Raja asegura que normalmente es mejor dejarlo para otra ocasión. “Si no estás seguro de cómo va a sentar un chiste probablemente es mejor no contarlo”, advierte.

### Las relaciones son importantes

Afirma también que los estudios han demostrado que la construcción de una buena relación entre pacientes y proveedores de salud puede tener muy buenos resultados, como la reducción de las demandas por negligencia.

Knowles explica que no se siente capaz de pedir al dentista que cambie su estilo de comunicación. No cree que vaya a recibir su crítica de forma positiva, pero sabe que cuando los pacientes se sienten molestos con el estilo de un médico, lo normal es que reaccionen alejándose y entonces es demasiado tarde. “Lo más probable es que busquen otro dentista y nunca vuelvas a verlos”, concluye. ■

## COSMÉTICA

# La conexión boca-cuerpo

Lo que necesita saber sobre las manifestaciones periodontales de las enfermedades sistémicas

En los últimos 20 años, ha habido un creciente interés por las posibles conexiones entre la salud oral en general, y la periodontal en particular, con la salud sistémica global.

Tanto el odontólogo como el público en general están al tanto de nuevos estudios de investigación que implican a las enfermedades periodontales como un posible factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, mal control glucémico, problemas del embarazo, enfermedades pulmonares y enfermedades gastrointestinales, por ejemplo.

La importancia de esta posible relación es comprensible si se considera que las enfermedades periodontales, en su conjunto, pueden considerarse como una "infección *biofilm*" que, por supuesto, es la placa bacteriana. Si no se trata este *biofilm* de la placa se produce una reacción inflamatoria aguda y crónica. Al considerar las enfermedades periodontales desde este punto de vista, estas patologías pueden ser las enfermedades inflamatorias crónicas más frecuentes. Mientras que la influencia de las enfermedades periodontales en las enfermedades humanas y la salud humana ha captado la mayor parte de la atención científica y ha sido el foco de atención pública durante los últimos 20 años, es importante recordar que la relación de la salud bucal con la salud humana en general no es una vía de único sentido.

Las patologías sistémicas, los medicamentos y la salud humana en general pueden tener una influencia profunda sobre las características de la incidencia, la gravedad y la clínica de las enfermedades periodontales. Más importante aún, los cambios en la cavidad bucal en general y en los tejidos periodontales en particular, fácilmente detectables por observación directa, radiografías y con medidas clínicas, pueden ser el primer indicio de problemas sistémicos.

## El canario en la mina de carbón

Muchos dentistas han oído referirse a la cavidad bucal y a los tejidos periodontales con la expresión "el canario en la mina de carbón" o el "sistema de alerta temprana" de cambios en la salud sistémica. ¿Por qué algunas enfermedades sistémicas se manifiestan con cambios clínicos en la boca y en los tejidos periodontales? Una respuesta es que la boca, probablemente, está expuesta a mayor variedad y número de bacterias, hongos y virus que cualquier otra parte del cuerpo.

Ante tal agresión patógena diaria, el sistema de protección debe funcionar perfectamente. Cualquier alteración de uno o más componentes de este sistema puede llevar a cambios inflamatorios, cambios destructivos, sobrecrecimiento de patógenos y otras alteraciones claramente visibles en la boca.



POR EDWARD J. SWIFT, JR

El que haya un recambio más rápido en algunos tejidos de la boca, como el revestimiento protector de la mucosa, las encías, el tejido conjuntivo y el hueso de soporte, hace que estos tejidos sean más propensos a enfermedades sistémicas de base.

## Lo que la boca nos puede decir acerca de la salud en general

Cuando se considera la carga bacteriana, la inflamación crónica y el rápido recambio de los tejidos periodontales, no es de extrañar que muchas enfermedades sistémicas se manifiesten con cambios clínicos orales y periodontales. Por ejemplo, el deterioro de las defensas en los pacientes diabéticos mal controlados se traducirá en tejidos gingivales notablemente más grandes y pérdida de hueso. Patrones similares de pérdida de masa ósea pueden aparecer en pacientes con síndrome de Down, enfermedades que se caracterizan por la alteración del sistema principal de protección, tales como la neutropenia, las leucemias y los

linfomas, y una amplia variedad de enfermedades hereditarias y adquiridas que se traducen en deterioro de una o más células, proteínas, etc., que son esenciales para combatir la infección.

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo en presencia de incluso pequeños



## La salud general del ser humano tiene una profunda influencia en las enfermedades periodontales

depósitos preexistentes de placa *biofilm* y de inflamación pueden dar lugar a inflamación gingival moderada o severa y a hipertrofia tisular, a menudo acompañada de un crecimiento excesivo de tejido inflamatorio granulomatoso. Ciertos medicamentos, incluyendo el anti-convulsivo Dilantin, la ciclosporina

utilizada para prevenir el rechazo del trasplante o ciertos bloqueantes de los canales de calcio utilizados para tratar la hipertensión y/o las arritmias cardíacas, también pueden conducir a hipertrofia gingival inflamatoria y/o fibrosis de los tejidos gingivales. Los pacientes en tratamiento con metotrexato a menudo presentan ulceraciones del tejido gingival.

Además, existe una amplia gama de enfermedades mucocutáneas y enfermedades del tejido conjuntivo que se pueden manifestar en los tejidos gingivales, como el desprendimiento de las capas del tejido gingival, incluyendo liquen plano, eritema multiforme/síndrome de Stevens Johnson, penfigoide, pénfigo y algunas formas de lupus. Ciertos tipos de cáncer/neoplasias pueden metastatizar a los tejidos gingivales y, en casos raros, originarse en los mismos.

Para ilustrar la posición única de los tejidos periodontales como sistema de alerta temprana para las enfermedades sistémicas, concluiré con la historia del VIH.

### VIH y cavidad oral

La comunidad odontológica sabe de sobra que la aparición de la infección por VIH en los 80 se acompañó de una verdadera explosión de algunas patologías orales comunes y otras raras, incluyendo infecciones por *Candida*, sarcoma de Kaposi, leucoplasia vellosa y una variedad de otras infecciones bacterianas. Además, entre las infecciones periodontales asociadas con el VIH se incluía el eritema gingival lineal, la gingivitis, el virus del papiloma humano y la periodontitis necrotizante con necrosis de tejidos blandos y duros que podía diseminarse extraperiodontalmente.

Aunque las infecciones por *Candida* suelen ser un indicador tem-

prano de la infección por VIH y el comienzo del declive inmunológico, en estos pacientes, la periodontitis necrotizante era, por lo general, una indicación de deterioro severo de la función inmune y de un marcado aumento de la carga viral del VIH a medida que el sida progresaba en el paciente hasta desarrollarse completamente. Sin embargo, con la llegada a principios de 1990 de una combinación de medicamentos antirretrovirales y la nueva terapia antiviral conocida como HAART (terapia antirretroviral altamente activa), se produjo una marcada disminución (y en algunos casos una desaparición casi completa) de algunas de estas lesiones orales/periodontales más graves, pues la carga viral permanecía suprimida y la función inmune preservada. Aunque los pacientes con VIH aún pueden presentar signos de periodontitis crónica.

Más recientemente, estas lesiones bucales más graves en las lesiones de VIH han comenzado a resurgir. ¿Por qué? Una posible explicación es que en algunos pacientes han aparecido cepas del virus que son resistentes a estas combinaciones de fármacos. Otra explicación es el aumento de nuevas infecciones en las poblaciones vulnerables.

### Su función

Este es solo uno de los muchos ejemplos sobre lo importante que es para los profesionales dentales entender cómo las lesiones orales y periodontales pueden ser un primer indicio de enfermedades sistémicas subyacentes. Es importante que los clínicos reconozcan estas lesiones y sepan derivar de forma apropiada. ■

El Dr. **Mark Ryder** es profesor y catedrático de Periodoncia y director del Programa de Posgrado en Periodoncia en la Universidad de California, San Francisco.

## COSMÉTICA

# Cuándo no extraer

**D**e vez en cuando ocurre que un paciente nos pide que salvemos uno o varios dientes que otro dentista considera perdidos. A veces no confía en la primera opinión y, a veces, tiene la esperanza, quizá infundada, de evitar la pérdida de piezas dentales. En estos casos, la primera norma de la odontología mínimamente invasiva (OMI) es ganarse su confianza y escuchar su opinión sobre el diagnóstico que ha recibido.

Si entendemos lo que desea el paciente, especialmente cuál es el resultado que le gustaría alcanzar ante el actual problema, se abrirá a la posibilidad de un

resultado diferente del que se le comunicó en primer lugar. En algunos casos, el dentista previo tiene razón, pero como se verá en los dos casos presentados a continuación, las extracciones no eran OMI, y el resultado que se consiguió en último término fue de gran alivio para el paciente.

## Caso uno

Esta paciente acudió a mí, después de encontrarme en Internet, decidida a no perder el diente 13. Sabía que el dentista anterior quería extraer el diente porque la paciente apareció con una prótesis temporal que utilizaría después de la extracción.

**Una segunda opinión demuestra que, en ocasiones, el mejor tratamiento no invasivo no es el que se planeó en un principio.**

**POR JOE WHITEHOUSE**

Después de la exploración y de examinar la radiografía, era evidente que el dentista previo no había sugerido la sobreerupción del diente, quizá por ignorancia o por falta de interés en el procedimiento. No es algo que suceda con frecuencia, pero cuando sucede, perjudica la imagen de nuestra profesión. Cuando recomendé la utilización de *brackets* a esta mujer de más de 60 años de edad, aceptó. El motivo ini-



cial para condenar el diente era la evidente caries en la superficie mesial. Como alternativa, se colocaron *brackets* en el diente afectado y en los adyacentes (números 12 y 14). De este modo se produce la extrusión del diente número 13. Es necesario cortar las fibras transeptales con bisturí o con láser, que es mejor método y el que yo utilizo.

Si no se cortan las fibras (ligamentos), el diente arrastrará al hueso en su erupción. En este caso, es necesario que la raíz salga sola. Bastará con utilizar cualquier tipo de *brackets* anteriores, pero es mejor utilizar los diseñados para cada diente. Los *brackets* de los dientes proximales se sitúan a mitad de diente o más abajo, y el del diente a extruir se sitúa tan próximo al margen gingival como sea posible. Se utiliza

## La filosofía de la OMI puede mejorar los resultados y sorprender agradablemente a los pacientes



**Asegúrese de que no hay una opción mejor para el paciente antes de extraer un diente**

un arco de níquel-titanio, con un tamaño que puede estar entre 0,014 y 0,018 o ser rectangular de dimensiones 0,018 x 0,022, en función de la rapidez que se desee para el proceso. El arco se enfría con hielo para que adquiera la flexibilidad necesaria para entrar en el *bracket* central. Una vez que se han colocado los *brackets*, tras cortar el ligamento y aplicar una significativa reducción incisal, se instruye a la paciente para que vuelva a consulta cuando el diente en erupción llegue a tocar el diente opuesto. La velocidad de erupción es variable según el paciente y puede ser muy rápida si se utiliza un arco más resistente.

Periódicamente, a medida que se produce la erupción del diente, será necesario el desgaste oclusal hasta conseguir una erupción suficiente. Resulta crucial mantener esta posición mientras el ligamento se reorienta y el hueso

rellena el hueco apical. Normalmente, espero tres meses antes de preparar la restauración ya que, de hacerlo antes, puede producirse el retroceso del diente dentro de su alveolo.

En este caso, la extrusión del diente ha permitido formar el pilar necesario para la restauración que desea la paciente. De esta forma, se consiguió salvar un diente que, de otro modo, habría sido extraído.

### Caso dos

Un paciente acudió a mi consulta, referido por un colega, para valorar la necesidad de extraer el diente 16 como había indicado el endodoncista. El diente se encontraba completamente fracturado por la mitad y, una vez anestesiado el paciente, pude observar la fractura abierta. Afortunadamente, la hemisección suele ser un tratamiento viable en estos casos.

Gracias a que las raíces vestibulares permanecían intactas, no afectadas por la fractura, pude ofrecer las siguientes opciones al paciente, todas ellas compatibles con la filosofía de la OMI: extraer el diente y colocar un puente o un implante; o extraer la raíz oral, endodonciar las raíces orales, colocar un poste y restaurar la corona. El paciente escogió la segunda opción porque quería conservar el diente y no quería que se rebajaran los dientes adyacentes para ser utilizados como base del puente.

El lector puede preguntarse cuál es el pronóstico de esta segunda opción. En mi opinión es bueno, teniendo en cuenta que el paciente no tenía problemas periodontales o de movilidad. Por otro lado, el paciente estaba encantado de conservar su diente.

El tratamiento comenzó con la extracción de la raíz oral. Una vez completadas las endodoncias, se colocó el poste en una raíz, se procedió a la restauración y se preparó una corona. Se colocó un injerto óseo utilizando material de relleno óseo basado en colágeno de la Fundación J. Morita ([jmoritausea.com](http://jmoritausea.com)). Esta



restauración se estabilizó sin problemas y fue posible la colocación de la corona final.

### Resumen

¿Cuál es, pues, la moraleja de estas historias? La primera es que se extraen demasiados dientes sin necesidad. Si usted practica la OMI, intentará aplicar siempre el procedimiento más mínimamente invasivo posible para satisfacer los deseos de sus pacientes. La segunda es que si el dentista desconoce los procedimientos que podrían salvar un diente, puede referir el paciente a un colega que posea ese conocimiento y, en último término, adquirir la forma-

ción necesaria para resolver este tipo de casos.

Puede que parezca que hago juicios de valor. De hecho, esa es mi intención. Durante mis 38 años de profesión, he conocido demasiados casos de innecesaria odontología invasiva. Me esforcé por adquirir la formación necesaria para poder tratar este tipo de casos, y el enfoque de la OMI siempre recibe el agradecimiento de los pacientes. ■

**El Dr. Joe Whitehouse** es ex presidente y miembro fundador del Congreso Mundial de Odontología Mínimamente Invasiva. Ejerce la práctica privada en Castro Valley, California, se graduó en 1970 de la Universidad de Iowa, Facultad de Odontología. Puede contactar con él en [CVDental@aol.com](mailto:CVDental@aol.com).

**Si el dentista desconoce los procedimientos que podrían salvar un diente, puede referir el paciente a un colega que posea ese conocimiento**

## ASPECTOS CLÍNICOS

# Quiste radicular en canino superior con presentación atípica de expansión palatina

**El quiste radicular, uno de los quistes odontogénicos más frecuentes, tiene su origen en una inflamación del foramen apical de la raíz de un diente no vital.**

El quiste radicular surge a partir de un foco inflamatorio procedente del foramen apical de la raíz o raíces de un diente no vital, cuya pulpa sufre necrosis debido, por lo general, a procesos traumáticos, cariogénicos u otros procesos irritativos. Esta necrosis produce un granuloma apical como lesión defensiva que, de permanecer sin tratamiento, prolifera y degenera a quiste por afectación de los restos epiteliales de Malassez<sup>1</sup>.

Se trata de un quiste epitelial odontogénico de origen inflamatorio, que representa la lesión quística osteolítica más frecuente de la cavidad bucal y del macizo maxilofacial. En su evolución, el quiste crece lentamente y llega a alcanzar grandes dimensiones<sup>2-3</sup>.

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta accidentes anatómicos como fosas nasales, agujero palatino anterior, seno maxilar, fosa submaxilar o laguna de Stafne y agujero mentoniano. Asimismo, se deben considerar las lesiones radiolúcidas interradiculares como quiste residual, radicular lateral, lateral periodontal, primordial, odontogénico calcificante, paradental, fibroma osificante-

cementificante y quiste nasopalatino. A ello hay que añadir las lesiones radiolúcidas secundarias a pulpitis como absceso alveolar, quiste dentígero, periodontitis periapical crónica, cicatriz quirúrgica, quistes fisurales, enfermedad periodontal, osteomielitis, quiste óseo traumático, quistes fisurales, queratoquiste odontogénico y tumores malignos.

Las formas topográficas de los quistes radiculares dependerán del diente afectado. En el maxilar superior los quistes de incisivos

centrales evolucionan hacia vestibular o hacia la fosa nasal.

Los de los incisivos laterales hacia la bóveda palatina y también hacia el vestíbulo y fosas nasales.

Los de caninos hacia vestibular y se exteriorizan rápidamente en la fosa canina, pueden invadir las fosas nasales y relacionarse con el seno maxilar.

En el primer premolar se expansionan hacia vestibular y se relacionan con el seno en quistes

**POR JOSÉ FRANCISCO LENDÍNEZ VEGA,  
CRISTINA BARONA DORADO,  
FERNANDO FERNÁNDEZ CÁLIZ,  
LUIS JESÚS RUBIO ALONSO,  
JOSÉ M.ª MARTÍNEZ-GONZÁLEZ**



Figura 1. Lesión radiotransparente en maxilar superior derecho.

**En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta accidentes anatómicos, lesiones radiolúcidas interradiculares y lesiones radiolúcidas secundarias a pulpitis**

precedentes de la raíz vestibular. En la palatina, crece hacia esta región, el seno o las fosas nasales.

El del segundo premolar se dirige hacia el vestíbulo o el seno maxilar.

Los quistes del primero y segundo molar evolucionan hacia vestibular cuando proceden de las raíces vestibulares, aunque también lo puede hacer hacia el seno; si su origen está en las raíces palatinas, crece hacia el seno, paladar y raramente, fosas nasales.

El tercer molar no suele provocar quiste radicular. Cuando lo

hace, progresa hacia vestibular o hacia el seno y la tuberosidad, llegando incluso a invadir la fosa pterigomaxilar<sup>2</sup>.

### Caso clínico

Paciente de 54 años de edad, varón, sin enfermedades ni alergias conocidas, fumador, que acudió al servicio de cirugía bucofacial del Hospital de Madrid por la presencia de una lesión radiotransparente sobre el canino superior derecho que fue endodonciado previamente a la consulta.

No manifestaba sintomatología alguna. En la exploración clínica intraoral apreciamos la zona palatina derecha edematosa, eritematosa y con ausencia de dolor. La vitalidad pulpar estaba conservada en 11, 12, 15 y 16, y el paciente refirió no presentar sintomatología antes del tratamiento endodóntico.

En la exploración radiográfica mediante ortopantomografía (Fig. 1), observamos una imagen radiotransparente de 3 x 2,5 mm que se expande de 11 a mesial del 16, unilocular, con halo esclerótico, homogénea y bien definida. Se solicitó tomografía computarizada (Fig. 2), para confirmar



Figura 3. Visión intraoperatoria de la lesión, en la que se dislumbra la relación con la arteria palatina anterior.

localización y tamaño de la lesión. Visualizamos relación con el conducto nasopalatino derecho con fenestración de la cortical palatina.

Se estableció como diagnóstico diferencial quiste nasopalatino, quiste residual de 14, quiste alveolar medio y quiste radicular del 13 (con evolución palatina). Planificamos el tratamiento quirúrgico mediante abordaje palatino e inserción de biomaterial.

Se realizó una infiltración del nervio nasopalatino, palatino anterior y de los nervios alveolares superior anterior y medio, con articaína al 4% y epinefrina 1:100.000. En primer lugar, se realizó la extracción del segundo premolar superior derecho por su estado periodontal, de cara a la rehabilitación protética de la zona. Se practicó una incisión festoneada por palatino de mesial del 22 a mesial del 16, suturando el colgajo a molares contra laterales. Se observó la existencia de tejido encapsulado, delimitado, adherido, de color parduzco y en contacto

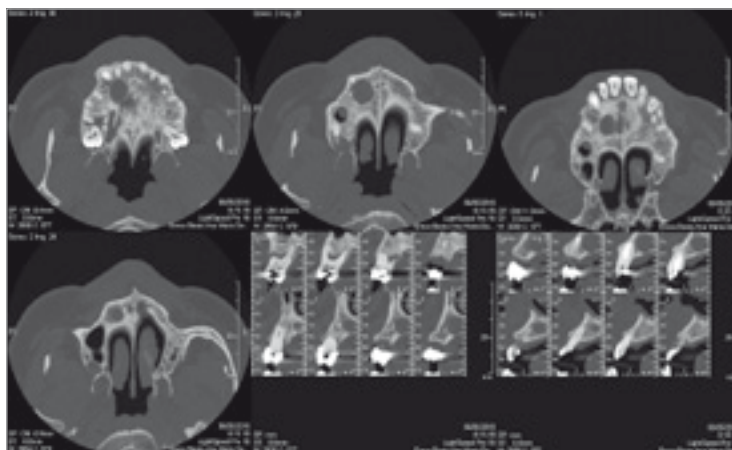


Figura 2. Cortes tomográficos de la cavidad patógena cuya extensión abarca desde 11 a 16.

con la arteria palatina anterior, cuya hemorragia fue controlada mediante una ligadura (Fig. 3).

Para su exéresis se drenó su contenido interior, manteniendo intacta la membrana externa, evitando una ostectomía mayor (Fig. 4) y se legó la cavidad patógena (Fig. 5) y se aplicaron gasas empapadas con peróxido de hidrógeno al 3% en la cavidad patológica, que fue injertada con 4 gramos de biomaterial osteoconductor (Fig. 6). Se conservó la muestra en formol al 10% para su estudio anatomopatológico. La sutura empleada fue de seda trenzada 3-0.

## Los caninos superiores se exteriorizan rápidamente en la fosa canina; su expansión a palatino resultaría bastante infrecuente

Tras el tratamiento quirúrgico se colocó una placa palatina, previamente confeccionada, disminuyendo el sangrado y la inflamación postoperatoria.

El estudio anatomopatológico describió un conectivo denso con restos laminares óseos, focos de hemorragia intersticial e infiltración de células linfoides y plas-

mocitarias, apreciando en puntos aislados restos de un revestimiento pavimentoso maduro no queratinizante, estableciendo como diagnóstico definitivo un quiste inflamatorio radicular (Fig. 7).

Como tratamiento postoperatorio se prescribieron 750 mg de amoxicilina vía oral cada ocho horas durante siete días, 575 mg de metamizol magnésico vía oral cada ocho horas durante cuatro días y 100 mg de diclofenaco vía oral cada 24 horas durante cuatro días.

Los controles postoperatorios mostraron ausencia de sintomatología clínica y radiológica a los seis meses (Figs. 8-10).

### Discusión

El quiste radicular es el más frecuente de los quistes odontogénicos y representa más de la mitad del total de los quistes orales<sup>2-3</sup>,



Figura 4. Aspecto de la lesión tras su drenaje y exéresis.



Figura 5. Cavidad residual tras exéresis y legrado de la lesión patógena.



Figura 6. Tras el abordaje quirúrgico de la lesión se rellenó la cavidad con 4 g de biomaterial osteoconductor.

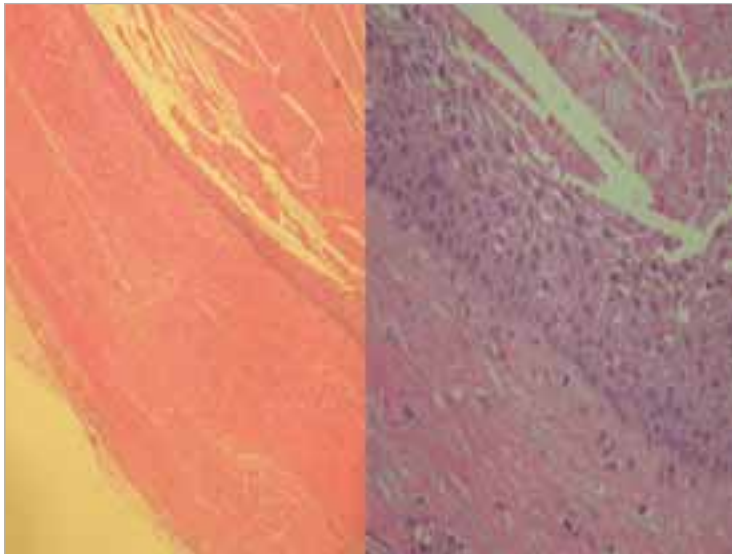


Figura 7. Cortes histológicos que confirman el diagnóstico de quiste radicular.

llegando a alcanzar en algunos estudios una prevalencia del 53,5%<sup>4</sup>, 52%<sup>5</sup>, 56,9%<sup>6</sup> y 84,5%, seguido del dentígero con un 11,4%, pseudoquiste con un 2,1%, queratociste con un 1,3%, y quiste fisural con un 0,7% según Tortorici y cols<sup>7</sup>.

Del 75 al 90% se producen en el maxilar superior, más frecuentemente en incisivos laterales, centrales, caninos y premolares

permanentes superiores. Los procesos quísticos derivados de los caninos superiores evolucionan hacia vestibular y se exteriorizan rápidamente en la fosa canina, entre el músculo elevador del la-

bio superior y el músculo canino, pueden invadir las fosas nasales y relacionarse con el seno maxilar; su expansión a palatino resultaría bastante infrecuente<sup>2-8</sup>.

En este caso, la expansión quística originada en el canino superior derecho se produce hacia palatino, y presenta una forma topográfica atípica, recalcando la importancia del uso de pruebas radiológicas como la tomografía computarizada (TC), que en este proceso nos permitió conocer la extensión del quiste, evolución, reabsorción ósea, relación con estructuras anatómicas adyacentes, establecer un diagnóstico provisional a la espera de confirmación anatomopatológica, información fundamental para una óptima planificación de su abordaje quirúrgico, tratamiento, rehabilitación y pronóstico<sup>9</sup>. La TC además muestra diferencias

### Un diagnóstico preciso de las lesiones periapicales solo puede ser determinado histológicamente



Figura 8. Ortopantomografía de control al mes del tratamiento.

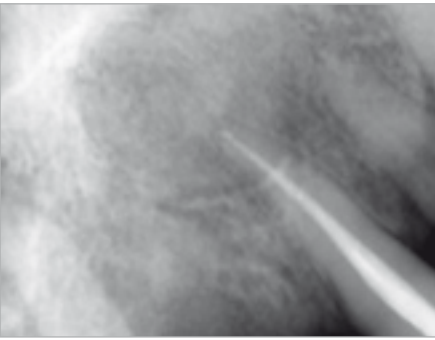


Figura 9. Radiografía periapical de control al mes del tratamiento.

## Dada la alta frecuencia del quiste radicular, se trata de una patología que odontólogos y cirujanos bucales deben tener muy presente

morfológicas entre los quistes odontogénicos causados por lesión y queratinización<sup>10</sup>.

La resonancia magnética resulta muy útil cuando existe una



Figura 10. Radiografía periapical de control a los seis meses del tratamiento.

afectación de tejidos blandos. Otras técnicas como la ecografía pueden ayudar a realizar un diagnóstico diferencial entre quiste y granuloma, revelando la naturaleza del contenido de las lesiones óseas<sup>11</sup>.

Sin embargo, un diagnóstico preciso de las lesiones periapicales solo puede ser determinado histológicamente, por lo que el diagnóstico será clínico y radiológico, pero siempre tendrá que ser confirmado por un estudio histológico.

Dada la alta frecuencia del quiste radicular anteriormente comentada, y su posible malignización según estudios como los de Gardner<sup>12</sup> o Scheneider<sup>13</sup>, se trata de una patología que odontólogos y cirujanos bucales deben tener muy presente. La mayoría de estos quistes cursan asintóticamente y a veces su trayecto expansivo no corresponde con la normalidad evolutiva en función del diente originario. De ahí que el objetivo de este artículo haya sido reflejar el diagnóstico y el tratamiento según pruebas radiológicas e histopatológicas sin omitir anamnesis, cambios de coloración, pruebas de vitalidad, percusión, etc. Todos los pasos a seguir para el tratamiento de esta lesión deben ir también encaminados a fines diagnósticos. ■

## REFERENCIAS

1. Rees JS. Conservative management of the large maxillary cyst. *Int Endod J* 1997; 30: 64-7.
2. Donado M. *Cirugía Bucal: patología y técnica*. Barcelona: Edit Masson 2005.
3. Bagan JV. *Medicina Oral*. Barcelona: Edit Masson 1995.
4. Meningaud JP, Oprean N, Pitak-Arnop P, Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. *J Oral Sci* 2006 Jun; 48 (2): 59-62.
5. Sheard M. *Cyst of the oral regions*. Oxford 3<sup>rd</sup> ed, 1992; 75-98.
6. Kreidler JF, Raubenheimer EJ, van Heerden WF. A retrospective analysis of 367 cystic lesions of the jaw, the Ulm experience. *J Craniomaxillofac Surg* 1993 Dec; 21 (8): 339-41.
7. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzanca ML, Burrano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. *J Oral Sci* 2008 Mar; 50 (1): 15-8.
8. Peterson. *Oral and Maxillofacial Surgery*. Edit Mosby 1998.
9. Han MH, Chang KH, Lee CH, Na DG, Yeon KM, Han MC. Cystic expansile masses of the maxilla: differential diagnosis with CT and MR. *Am J Neuroradiol* 1995 Feb; 16 (2): 333-8.
10. Yoshiura K, Higuchi Y, Araki K, Shinohara M, Kawazu T, Yuasa K, Tabata O, Kanda S. Morphologic analysis of odontogenic cysts with computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997 Jun; 83 (6): 712-8.
11. Cotti E, Campisi G, Ambu R, Dettori C. Ultrasound real-time imaging in the differential diagnosis of periapical lesions. *Int Endod J* 2003 Aug; 36 (8): 556-63.
12. Gardner AF. A survey of odontogenic cysts and their relationship to squamous cell carcinoma. *Can Dent Assoc J* 1975; 41: 161-7.
13. Schneider LC. Incidence of epithelial atypia in radicular cysts: a preliminary investigation. *J Oral Surg* 1977; 35: 370-4.

**José Francisco Lendínez Vega** es residente del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Universitario de Madrid. Odontólogo asistente del Hospital de Madrid.

**Cristina Barona Dorado** es profesora asociada de Cirugía Bucal. UCM. Subdirectora del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Universitario de Madrid. Odontóloga asistente del Hospital de Madrid.

**Fernando Fernández Gáliz** es profesor del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Universitario de Madrid. Odontólogo asistente del Hospital de Madrid.

**Luis Jesús Rubio Alonso** es profesor del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Universitario de Madrid. Odontólogo asistente del Hospital de Madrid.

**José M<sup>o</sup> Martínez-González** es profesor titular de Cirugía Maxilofacial. UCM. Jefe de Servicio de Cirugía e Implantología Bucofacial del Hospital de Madrid.

## ENTORNO LABORAL

# ¿Trabaja con un drogadicto?

**¿Está preparado para dar el paso necesario para salvar su clínica?**

**H**ace casi un año, Sandy Smith, una higienista dental de Ohio, sintió que no le quedaba más opción que dejar el trabajo a tiempo parcial que había estado haciendo durante 22 años, y que le encantaba. Se fue porque se enteró de que el dentista con el que trabajaba se había vuelto adicto a los tranquilizantes.

“Hacíamos sedaciones iv”, nos cuenta. “Así que tenía acceso a Valium® y a Demerol® y eso es más o menos lo que estaba consumiendo.”

Los dentistas tienen mayor acceso a los medicamentos que la población general y eso puede alimentar la

**POR ANNEMARIE MANNION** especulación de que el consumo de drogas y alcohol es más frecuente entre ellos, pero un estudio reciente ha demostrado que no es cierto.

“Hay pocos datos que demuestren que los dentistas tengan mayor riesgo de desarrollar dependencia del alcohol u otras drogas, con respecto al público en general”, concluye un estudio coescrito en 2005 por George Kenna, que analizó la prevalencia del consumo de alcohol, drogas ilícitas y cigarrillos en 113 dentistas.

Como muestra la historia de Smith, sin embargo, la adicción a las drogas puede surgir en la práctica dental y convertirse en un problema potencialmente devastador





no solo para el dentista, sino para la plantilla y los pacientes.

Smith, cuyo verdadero nombre ha sido cambiado para proteger su intimidad, asegura que la adicción del dentista, y la forma como manejó la situación, sigue siendo motivo de preocupación para ella casi un año después.

“Le dio la vuelta a mi vida”, explica. “Yo no estaba preparada para eso.”

Kenna, profesor de Psiquiatría y comportamiento humano en la Universidad Brown, está de acuerdo en que para un empleado no hay manera fácil de manejar una situación así.

“Sientes que, si te enfrentas a la persona, te despedirán, pero que, de todos modos, terminarán despidiéndote si la clínica se ve perjudicada”, afirma.

En su caso, Smith cuenta que acudió a trabajar un día del verano pasado y se enteró de que el dentista se había desplomado el día anterior y habían llamado a una ambulancia.

“Ahí llegamos al punto crítico”, asegura. “Entré y me saludaron con un ‘Hoy no tenemos dentista’”.

Porque trabajaba a tiempo parcial y por no tener una relación frecuente con el dentista, Smith

**“Hay pocos datos que demuestren que los dentistas tengan mayor riesgo de desarrollar dependencia del alcohol u otras drogas, con respecto al público en general”**

confiesa que le sorprendió descubrir que se había vuelto adicto a los tranquilizantes. Los otros empleados habían encontrado pruebas en su despacho.

“Encontraron un torniquete y jeringas en su cuarto de baño privado, y no había ninguna razón para que aquellos objetos estuvie-



ran allí”, cuenta. “También encontraron una botella abierta y un lote de Demerol® en su despacho.”

El carácter del dentista había sido siempre malhumorado. Por ello, los cambios causados por las drogas en su personalidad habían pasado desapercibidos. Sin embargo, también había sido siempre

una persona respetada en la comunidad.

“Perdía los estribos a menudo”, comenta. “Pero era la última persona de la que me esperaba esto. Es por eso que ninguno de nosotros sospechaba”.

Cuando el dentista regresó un par de días después de desmayarse a reanudar el trabajo, Smith se dijo que había que tomar una decisión. Ella no creía que pudiera seguir trabajando

allí y su marido, un detective de la policía, estaba de acuerdo.” Me dijo: ‘No se puede trabajar así. Nunca vas a confiar en él’”, explica.

A pesar de que puede ser porque su marido es policía, Smith dice que se sintió profundamente herida porque le pareció que los otros higienistas la dieron de lado al no contarle nada del problema del dentista.

Recordó que una persona se le acercó un día después del desmayo para explicarle que habían descubierto la adicción del dentista y le dijo: “Yo no tengo por qué decirte esto, pero voy a hacerlo porque no quiero que pase algo con tu licencia de higienista dental”.

### “Hacíamos sedaciones iv. Así que tenía acceso a Valium® y a Demerol® y eso es más o menos lo que estaba consumiendo”

Smith cree que, cuando informó al dentista de que quería dejar el trabajo y que tenía previsto citar su adicción como la causa de su abandono cuando solicitara la prestación por desempleo, este se asustó y se sintió obligado a tomar medidas. Voluntariamente se puso en contacto con la Junta Dental Estatal y les habló de su problema, y acudió a rehabilitación durante 30 días.

Kenna, cuya esposa es higienista dental, dice que no cree que Smith estuviera en peligro de perder su licencia “a menos que ella fuera cómplice en el acto del consumo de drogas”. La Junta Dental del Estado de Ohio no ha contestado nuestras llamadas en las que solicitábamos algún comentario.

Por desgracia, aparte de dejar el trabajo, Kenna dice que hay pocas opciones para las personas que se encuentran en una situación como la de Smith.

“La mejor manera de manejar el problema es empezar a buscar otro trabajo”, asegura. “Pero lo más valiente es hablar con el dentista”.

Sin embargo, su exsujefe no se ha puesto en contacto con ella. Siente que si él se disculpara le ayudaría a seguir adelante emocionalmente.

“Me esfuerzo por tratar de perdonarlo. Estoy un poco en el limbo”, declara.

Aunque los demás higienistas continuaron trabajando en la mis-



Meses después de que dejara su anterior trabajo, Smith encontró otro empleo a tiempo parcial, pero confiesa que ha sido difícil en la actual situación de crisis económica. También nos cuenta que el dentista con el que trabajaba ha vuelto a ejercer y que ha incorporado a otro dentista al negocio.

ma clínica, incluso después de que se conociera la adicción, Smith cree que ella hizo lo correcto y que su decisión obligó al dentista a pedir ayuda. “Si porque yo me fuera, se sintió obligado a buscar ayuda, estoy contenta de haberlo hecho”, concluye. Kenna añade que “debe sentirse orgullosa de lo que hizo”. ■

# SU consulta

GESTIÓN

## Evitar pesadillas recurrentes



**Encontrar un equipo de colaboradores adecuado requiere algo más que suerte**

**E**sta es una advertencia para cualquiera que esté, haya estado o vaya a estar ocupado en la contratación de nuevos miembros de su equipo. Mi intención es incluir a todos para que ninguno de ustedes sea la próxima víctima. ¡Podría ser un error muy caro!

**POR GINNY HEGARTY**

Empecemos por el principio. La contratación de nuevos talentos no es un trabajo para tímidos. Se trata de una misión crítica y que requiere una excepcional capacidad perceptiva y para la investigación, junto con una gran tenacidad y concentración.

Aquellos sin experiencia se preguntarán qué tiene de difícil colocar un anuncio, hablar con los candidatos y elegir un ganador. La persona con experiencia le dirá que muchos candidatos inapropiados pueden redactar un buen currículum vitae y causar buena impresión en una primera entrevista. Le explicará que hay muchos que consiguen pasar ese primer filtro y acceder a pruebas de habilidades y a una segunda entrevista. Incluso le puede contar cómo algunos son elegidos y después resultan ser una mala influencia para la clínica. Hay muchas lecciones que aprender



y lo mejor es aprenderlas bien la primera vez, para no tener que revivir la experiencia. Me gustaría contribuir a acortar su curva de aprendizaje.

El experto le dirá que la contratación sigue siendo más un arte que una ciencia, pero es posible mejorar las probabilidades de elegir a un ganador. La calidad y la composición de su anuncio pueden marcar una gran diferencia y reducir la cantidad de tiempo que usted invierte en el proyecto. Es esencial la utilización de técnicas conductuales en la entrevista. Existen evaluaciones disponibles en internet para ayudarle a identificar las tendencias de comportamiento, las competencias básicas, los niveles de inteligencia emocional y la probabilidad de éxito en un puesto. También me gustaría hacer

## Muchos candidatos inapropiados pueden redactar un buen currículum vitae y causar buena impresión en una primera entrevista

hincapié en lo que puede llegar a ser el paso más importante en el proceso. Teniendo en cuenta que los resultados anteriores son el mejor factor de predicción de rendimiento futuro, no puede haber mejor indicador de lo que está por venir que la sincera opinión de un jefe anterior.

### Verificar las referencias

La verificación de las referencias puede ser un proceso bastante desalentador, ya que se puede tropezar con varios obstáculos. Por ejemplo, se dará cuenta in-

mediatamente de que se ha dado de frente con un muro cuando su solicitud de referencias sea recibida con un bien ensayado "Solo puedo confirmar que esa persona ha trabajado aquí, su periodo de empleo y su posición". A veces, no se puede derribar ese muro, pero vale la pena intentarlo. Explique que lo comprende pero que le gustaría que hubiera una forma de obtener información adicional, ya que su jefe, simplemente no va a contratar sin una referencia. Explique que si el director de la oficina o el dentista pueden

ofrecer un poco de información le sería muy útil. Ofrezca también enviar por correo electrónico o fax una autorización firmada por el solicitante. He observado que muchas veces se puede obtener información adicional y muy útil si queda “entre nosotros”.

La llamada telefónica no devuelta es muy frustrante. Recuerde dejar un mensaje haciendo una petición muy específica. Por ejemplo, “Llamo para solicitar una referencia de su ex empleado (nombre). (Nombre) ha firmado una autorización que puedo enviarle a usted.

## Tome nota de por qué el solicitante dejó cada trabajo anterior y luego pregunte lo mismo a sus anteriores jefes para evaluar la veracidad de la explicación

Estamos dispuestos a tomar una decisión de contratación, pero no puedo proceder sin una referencia, por lo que le estaríamos muy agradecidos si fuera tan amable de devolverme la llamada tan pronto como sea posible. Me pueden lla-

mar hoy hasta las seis de la tarde y luego a partir de las ocho mañana”. No tenga miedo de volver a llamar solicitando cortésmente “dos minutos de tiempo del dentista”. Pero tenga en cuenta, que la repetición de llamadas no devueltas puede ser una señal muy indicativa de la impresión que el ex empleado causó en su anterior trabajo.

Yo siempre recomiendo preguntar a los solicitantes de trabajo lo siguiente: “Cuando hable con su jefe anterior, que lo haré, ¿qué me va a decir sobre usted?” ¡Tome buena nota de su respuesta! Todo el mundo comete errores, la clave está en saber si han aprendido de sus errores, o si es probable que los repitan en el futuro. Tome nota de por qué el solicitante dejó cada trabajo anterior y luego pregunte lo mismo a sus anteriores jefes para evaluar la veracidad de la explicación del solicitante.

Los jefes también pueden cometer errores. A veces, los empleados deciden que no encajan con un jefe en particular y que necesitan cambiar para seguir adelante. Todo esto se puede explicar de una manera profesional y discreta dejando que el entrevistador lea entre líneas. Cuidado con el solicitante que está dispuesto a denigrar a un antiguo jefe. La referencia proporcionada por el patrón anterior revela cómo se manejó la situación desde la perspectiva del mismo. He hablado con dentistas que dirán: “Si bien no encajó con nosotros,



María es una auxiliar excelente y me gustaría que las cosas hubieran funcionado. Le deseo todo lo mejor y usted sería afortunado de tenerla en su equipo”. Asegúrese de valorar la intención y el contenido.

### Apariencias engañosas

Desafortunadamente, muchos dentistas me han confesado que se han saltado este paso en el pa-

la consideró una solicitante con muchas posibilidades. La única preocupación era una explicación torpe, pero potencialmente creíble, de por qué había pasado los últimos dos años sin trabajar.

Si puede imaginar el aspecto y forma de expresarse de la administrativa perfecta de la clínica perfecta, era ella. Con experiencia, preparada, elegante, intelligen-

Sorprendente cuando menos, pero aún más desconcertante para mí fue la constatación de que un dentista confiado estará dispuesto a contratar a esta mujer algún día. Este dentista se reunirá con una candidata que habla y se comporta perfectamente. Convencido de que es su día de suerte decidirá contratarla antes de que lo haga otro; renunciará a pedir referencias y a verificar sus antecedentes y cometerá uno de los mayores errores de su carrera... esta mujer volverá a actuar de nuevo y robará a su jefe.

Por suerte no todos los días se entera uno de que un estafador ha robado cerca de medio millón de euros a su jefe. Sin embargo, lamentablemente, hay informes de que cerca del 50% de los dentistas han sido víctimas de una estafa y la mayoría de estos delincuentes son empleados de confianza.

Este sería un buen momento para examinar de cerca sus actuales directrices económicas y protocolos. ¿Tiene un sistema documentado para equilibrar y conciliar las cuentas cada mes? ¿Hasta qué punto sigue de cerca sus reajustes económicos, así como los informes de las auditorías? Este proceso debe ser objeto de escrutinio. Si usted sospecha que la malversación de fondos puede ser un problema en su consulta, póngase en contacto con un investigador de fraudes certificado. ■

**Ginny Hegarty**, presidenta de Dental Practice Development, Inc. es profesional de los recursos humanos y estratega de la gestión de la clínica dental. Más conocida por su conocimiento experto en renovación de plantillas, dirige equipos nuevos o equipos que se han estancado para ayudarles a descubrir y desarrollar sus fortalezas y para alcanzar nuevos niveles de éxito. Puede contactar con Ginny en el correo electrónico [ginny@ginnyhegarty.com](mailto:ginny@ginnyhegarty.com) o visitando la web [www.ginnyhegarty.com](http://www.ginnyhegarty.com).

## A veces, los empleados deciden que no encajan con un jefe en particular y que necesitan cambiar para seguir adelante



sado. Si yo no le he convencido de la importancia de verificar las referencias, espero que la siguiente historia lo haga.

El doctor recibió un buen currículum vitae y una carta de presentación en respuesta a un anuncio para un puesto administrativo. La entrevista telefónica fue fantástica, la candidata destacó con creces en la entrevista personal; se

te, elocuente y apasionada por la Odontología. Era el momento de pasar a la comprobación de referencias, la parte que da miedo. ¡Se descubrió que su currículum estaba falsificado y que la verdadera razón por la que no había trabajado en dos años era que había estado en la cárcel por malversación de cientos de miles de euros en la última clínica dental en la que trabajó!

EXPOSICIONES



**Descubrir a Da Vinci... en Madrid**

**L**a exposición “Da Vinci, El Genio” –visitable hasta el próximo 2 de mayo– es un proyecto generado por el Canal de Isabel II, sobre

la base de la creada por Grande Exhibitions, la Fundación Anthropos y Pascal Cotte, que nace con el objetivo de mostrar al público los aspectos menos conocidos de uno de los personajes más complejos de la Historia, Leonardo da Vinci. Para ello ha sido fundamental la colaboración de 29 prestigiosas instituciones y museos nacionales e internacionales que han cedido obras nunca antes expuestas en España, y que se han distribuido en dos espacios. El primero es una recreación del Studiolo del artista italiano, un espacio destinado al trabajo y a albergar la biblioteca donde se exponen documentos originales y reproducciones de 40 piezas de excepcional valor procedentes de prestigiosas instituciones. El segundo, creado especialmente por Arte Canal, está dedicado a la pintura y en él se reúnen obras originales de los discípulos italianos de Leonardo.

**El Hermitage se muda al Prado**

**P**rimero fueron las obras del Museo del Prado las que viajaron a San Petersburgo y ahora los rusos nos devuelven la visita gracias a la exposición “El Hermitage en el Prado” que permite disfrutar hasta el próximo 25 de marzo de la unión de dos de los muesos más fastuosos del mundo. Esta exposición muestra a través de ciento veinte obras la gran variedad y riqueza de las colecciones del museo ruso –desde el siglo V a.C. hasta el siglo XX, pasando por sobresalientes piezas de arqueología, artes decorativas y los magníficos fondos de pintura, escultura y dibujo– que hacen de él uno de los primeros centros de arte del mundo. La exposición constituye una ocasión única y extraordinaria al tratarse de la primera vez que se muestra fuera del Hermitage una selección tan importante y numerosa de obras de sus excepcionales colecciones.



CINE

**Cuando se apaga la chispa**

**C**on el nuevo año llega el último trabajo de Alex de la Iglesia; según él, “una de sus cintas más amargas”. “La chispa de la vida”, capitaneada por José Mota y Salma Hayek, presenta la historia de Roberto, un publicista en paro que alcanzó el éxito con el famoso eslogan: “Coca-Cola, la chispa de la vida”; pero de esa época ya no queda nada. Ahora es un tipo desesperado que regresa al hotel de Cartagena donde pasó la luna de miel con su mujer, convertido ahora en un museo en torno al teatro romano de la ciudad. Mientras pasea por las ruinas, sufre un accidente que lo deja completamente paralizado. Blanca Portillo, Juanjo Puigcorbé, Juan Luis Galiardo, Fernando Tejero, Santiago Segura, Carolina Bang y Antonio Garrido completan el reparto.



TEATRO

**50 años de Montserrat Caballé en el Liceo**

**E**l 7 de enero de 1962 se estrenaba en el Gran Teatro del Liceo la obra “Arabella” de Richard Strauss. Con ella llegaban dos novedades a España: el propio Strauss y la voz de la principiante Montserrat Caballé. El Teatro del Liceo no ha querido dejar pasar la oportunidad de este aniversario para homenajear a la soprano catalana y ha preparado toda una serie de actos conmemorativos que incluyen un concierto homenaje (el 3 de enero), una exposición, la edición de un triple CD con una selección de las mejores arias de la cantante y una proyección audiovisual de diferentes escenas de óperas protagonizadas por la homenajeada, que se podrá disfrutar en el Auditorio del Espacio Liceo desde el 3 de enero hasta el 20 de marzo.



# Nace el Laboratorio Fundación Seve Ballesteros-CNIO

La Fundación Seve Ballesteros, institución privada sin ánimo de lucro que centra sus esfuerzos principalmente en la captación, financiación y promoción de proyectos de investigación sobre tumores cerebrales, y la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III (CNIO) han firmado un acuerdo de colaboración para constituir formalmente el Laboratorio Fundación Seve Ballesteros-CNIO, dedicado a la investigación integrada de tumores del sistema nervioso central (SNC). Al acto de la firma del convenio acudieron Iván Ballesteros, vicepresidente de la Fundación Seve Ballesteros, y Felipe Pétriz, secretario de Estado de Innovación y presidente de la Fundación CNIO. El acuerdo de colaboración tendrá una vigencia de 6 años.

El nuevo laboratorio de investigación, que iniciará su actividad a comienzos de 2012, nace con una clara vocación traslacional: la aplicación de conocimientos básicos, que se adquieren en el laboratorio de investigación, a la práctica clí-



De izqda. a dcha., Cristóbal Belda e Iván Ballesteros, de la Fundación Seve Ballesteros; Felipe Pétriz, secretario de Estado de Investigación, y Erwin F. Wagner, vicedirector del CNIO.

nica, que se complementará con el objetivo específico de convertirse en un referente para el Sistema Nacional de Salud en tumores del SNC.

Para ello, tanto la Fundación Seve Ballesteros como el CNIO prevén alcanzar acuerdos con las diferentes comunidades autónomas para integrarlas en un modelo de investigación que, mediante la realización de proyectos de investigación que permitan el pronóstico, el diagnóstico temprano, el desarrollo de nuevas terapias y de ensayos clínicos en fases tempranas, aporte nuevas alternativas de tratamiento a los afectados de tumores cerebrales.

El Laboratorio Fundación Seve Ballesteros-CNIO centrará sus es-

fuerzos en avanzar en el conocimiento de los diferentes tipos de cáncer que pueden afectar al sistema nervioso central. Ampliar el entendimiento sobre los mecanismos que intervienen en su creación permitirá a los investigadores progresar en un diagnóstico precoz y en el desarrollo de nuevos medicamentos.

Para velar por el cumplimiento de los objetivos generales del proyecto y del desarrollo de todas las actividades previstas, el Laboratorio contará con un Comité de Seguimiento, compuesto por el jefe del Laboratorio, tres representantes de la Fundación y por el gerente y el director del CNIO. Este comité se reunirá una vez al año para, entre otras funciones, evaluar las actividades desarrolladas por la unidad en ese periodo. Además, el nuevo laboratorio contará con un Comité Científico externo que analizará la correcta orientación de las actividades a desarrollar y asesorará sobre el valor de los resultados obtenidos.

La Fundación ha aportado inicialmente el dinero recaudado en la primera edición del Desafío Fundación Seve Ballesteros. ■

## Gran triunfo de Fernández-Castaño en el Open de Singapur

Gonzalo Fernández-Castaño se ha apuntado la victoria en el Open de Singapur, perteneciente al Circuito Europeo, tras ganar en el *play off* de desempate al filipino Juvic Pagunsan. Es la primera victoria del español desde 2008. En el primer hoyo de *play off*,

Pagunsan tuvo la ocasión de llevarse el torneo embocando un *putt* de dos metros, pero falló y permitió a Fernández-Castaño seguir con vida con el par (5). En el segundo hoyo de desempate fue el filipino quien se dejó un *putt* de tres metros que no fue capaz de embocar.

El madrileño tiró con serenidad un gran *putt* de dos metros cuesta abajo para *birdie* que le valió una trabajada victoria. Fernández-Castaño ha sido líder durante muchos de los hoyos del torneo, dando una gran sensación de solidez en todo momento.

### Implante OsseoSpeed TX Profile, de Astra Tech

El implante lanzado recientemente por Astra Tech, OsseoSpeed™ TX, resuelve una situación clínica bien conocida. Este implante patentado con forma única está diseñado especialmente para mantener el hueso 360° alrededor del implante en situaciones de crestas inclinadas. “La acogida que ha tenido este implante único para crestas inclinadas ha sido muy positiva, porque resuelve una necesidad clínica” explica Lars Henrikson, senior vicepresident Marketing and Business Development de Astra Tech AB.

OsseoSpeed™ TX Profile elimina la habitual necesidad de elegir entre los niveles de hueso marginal y la estética en casos de crestas alveolares

inclinadas. Se recomienda que los dentistas que utilicen este producto tengan amplios conocimientos en tratamientos con implantes.

Igual que los demás implantes de Astra Tech Dental, OsseoSpeed™ TX Profile presenta las características básicas del bien documentado Astra Tech BioManagement Complex™, del inimitable y único Astra Tech Implant System™.

Astra Tech Dental ha alcanzado un importante hito: el Astra Tech Implant System™ ya cuenta con el aval de más de 500 artículos, publicados en prestigiosas revistas científicas revisadas por pares. Los autores de estos artículos son científicos y clínicos de todo mundo y sus artículos han sido revisados por un equipo editorial independiente antes de ser aceptados para su publicación.



### DemiPlus, lámpara de polimerización por LED de Kerr

DemiPlus es una lámpara de polimerización inalámbrica, de diseño ergonómico y con emisión de luz por diodos. Entre sus amplias prestaciones destacan:

- Tecnología Demetron™ PLS: permite obtener una gama de impulsos de intensidad desde 1.100 mW/cm<sup>2</sup> hasta 1.330 mW/cm<sup>2</sup>, lo que garantiza al usuario una auténtica polimerización en 5 segundos de tonos universales o claros.
- Este sistema de pulsos en la emisión lumínica evita el calentamiento del tejido pulpar.
- Ajustes de tiempo en 5, 10 y 20 segundos, con memoria de la última polimerización.
- Diseño avanzado de su batería: con una única carga se obtienen 300 polimerizaciones de 10 segundos.
- Amplia garantía: sus tres años de garantía le asegura sacar el máximo partido de una importante inversión.
- Guía de luz turbo extra-larga con salida de 8 mm de diámetro que le permitirá acceder más fácilmente a la restauración.

### Discos de pulido OptiDisc®

OptiDisc® es un sistema de pulido y acabado con el que se consiguen restauraciones con un brillo igual al del diente natural. El sistema Kerr OptiDisc® es la combinación perfecta de discos de diferente grano para contornear, acabar y pulir con gran brillo composites, ionómeros, amalgamas, metales preciosos y no preciosos, cubriendo así todo tipo de demanda estética.

OptiDisc® se monta en un mandril con un revestimiento especial que protege la restauración de posibles arañazos y facilita su manejo.

El exclusivo mandril corto permite el acceso en posteriores y áreas de difícil acceso.

Su codificación de colores facilita la correcta elección de cada disco según el grosor del grano. Ahora una nueva codificación le ayudará a reconocer la cara activa del disco de la no activa.





Suscríbese a las mejores publicaciones periódicas para los profesionales de la salud

## Publicaciones

	Números	Instituciones	Profesional	Precio*
<input type="radio"/> Gerokomos	4	68€	47 €	
<input type="radio"/> Medicina y Seguridad del Trabajo	4	120 €	80 €	
<input type="radio"/> Medical Economics	20	140 €	113 €	
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	97 €	65 €	
<input type="radio"/> Dental Practice	6	90 €	55 €	
<input type="radio"/> El Dentista del siglo XXI	10	110 €	80 €**	
<input type="radio"/> Cosmetic Surgery Times	5	97 €	65 €	

\* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.  
\*\* Oferta de lanzamiento: 30 €

Nombre y apellidos:  CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia:

Especialidad:

Teléfono:  Fax:  Móvil:

E-mail:

## Forma de pago

- Cheque adjunto n°:  a nombre de Spanish Publishers Associates  
Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Edificio Vértice - Antonio López 249 1º / Telf.: 91 500 20 77 - Fax: 91 500 20 75 / 28041 - MADRID  
www.drugfarma.com - spa@drugfarma.com

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado de Spanish Publishers Associates, S.L., Vd. tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Spanish Publishers Associates, S.L., C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.

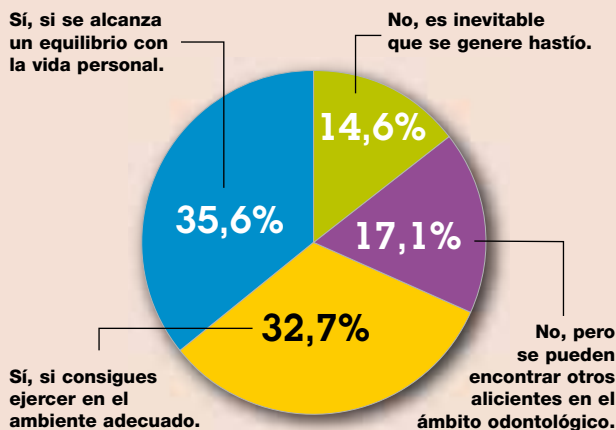
## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

dentalpractice.es

**Dental Practice**  
EDICIÓN ESPAÑOLA REPORT

Puede colaborar activamente en la elaboración de *Dental Practice* participando en nuestras encuestas on-line y debatiendo los temas más candentes de la profesión odontológica. Contribuya con sus respuestas a difundir y reflejar la realidad práctica de la medicina dental en España. Entre en [www.dentalpractice.es](http://www.dentalpractice.es) y deje su opinión.

## ¿Se puede mantener la ilusión por la profesión tras años de ejercicio?



La mayor parte de los encuestados por *Dental Practice* se muestran optimistas respecto a la capacidad de ilusionar de la profesión. Así, el 35,6% de las respuestas afirman que se puede mantener el entusiasmo en el ejercicio siempre y cuando se alcance un buen equilibrio con la vida personal y un 32,7% relacionan esa capacidad para mantener la ilusión con el buen ambiente laboral. Por contra, el 17,1% de los encuestados creen que no se puede mantener la ilusión inicial, pero que se pueden encontrar nuevos alicientes profesionales, mientras que el 14,6% restante opinan que es inevitable que el hastío se acabe adueñando del ejercicio profesional.

Las encuestas vía Internet de *Dental Practice* facilitan datos que reflejan la participación de los lectores y, por tanto, no tienen validez estadística.