

Entrevistamos a Fele Martínez

Actor alicantino

“Nunca me he abrazado a mi dentista.
Bueno sí, una vez”

Entrevistamos a Álex Mira

Investigador del Fisabio

“El dentisani también puede beneficiar
la salud gingival”



Melón



Gracias

Gracias por la calurosa acogida al primer número de nuestra nueva andadura. Molar se ha reconvertido para acercarse a los colegiados y ofrecerles información de su interés profesional. Y estamos muy satisfechos por este segundo nuevo número, en el que ya incluimos un artículo científico, además de numerosas e interesantes entrevistas con grandes ponentes e investigadores de la Odontología, sin olvidar artículos legales y de Secretaría que siempre son del interés del colegiado. Estamos abiertos a nuevas ideas y colaboraciones (prensa@coea.es). Seguimos trabajando para mejorar.

MOLAR no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.
Prohibida la reproducción de textos o fotografías sin autorización.

Molar*
Ocio, cultura y
colegio.



Edición

COEA
Colegio Oficial de
Odontólogos y
Estomatólogos de Alicante

Redacción

Agencia X Multiplica
Vicente López Deltell
prensa@coea.es

Diseño

www.evangelistiyca.com

Colaboradores

Rubén Soler Ribes
Carlos Poncini
José Javier Martínez Blaya
Marta Veracruz
Manuel Carlos Sorribes Tafalla
José Navarro Pedreño
Francisco Javier Mas Pérez

Comité editorial

Guillém Esteve Pardo
Rubén Soler Ribes
José Luis Rocamora Valero

Contacto

Revista de ocio y cultura
hola@revistamolar.com

Nuestra responsabilidad

**José Luis Rocamora Valero, presidente del Colegio de
Odontólogos y Estomatólogos de Alicante**

Desde hace algo más de un año, el COEA ofrece a sus colegiados la posibilidad de participar en el programa de Servicios Dentales Solidarios. Los dentistas de toda la provincia ya podemos ser solidarios haciendo lo que mejor sabemos hacer: atender a nuestros pacientes. Solo hay que marcar el teléfono del Colegio (96 514 04 30) o escribirnos un email (coea@coea.es) solicitando información.

El proceso es muy sencillo. A través de un convenio firmado con la ONG Despensa Solidaria de Alicante, son estos profesionales de la atención social los que derivan al paciente necesitado a nuestra clínica. De hecho, nuestro lema es “Un dentista, un paciente, un año”, pues el compromiso que adquieren los colegiados es efectivamente el de atender las necesidades de tratamiento odontológico de una persona durante ese periodo de tiempo.

Ya hemos contado, en esta primera experiencia piloto, con una decena de dentistas voluntarios que nos han trasladado su gratitud por la experiencia vivida, así como su satisfacción por la profesionalidad de Despensa Solidaria.

Hemos dado el primer paso, hemos echado a andar, pero tenemos que empezar ya la carrera y necesitamos que todos los colegiados alicantinos nos ayuden a seguir avanzando en este camino. Es nuestra responsabilidad.

Siempre ha estado presente en nosotros la inquietud de poder ofrecer atención solidaria a quien de veras lo necesita. La ONG Despensa Solidaria, a través de sus asistentes sociales, garantiza que los pacientes verdaderamente sufren un grave riesgo de exclusión social. El Colegio ofrece su apoyo administrativo. Confluyen todos los astros y debemos hacer realidad nuestro compromiso.

Muchas gracias a los pioneros que han participado en el primer programa solidario desarrollado durante este año. Su actuación desinteresada, anónima y altruista es un ejemplo que todos debemos seguir. Sois un orgullo para nuestro Colegio y para nuestra profesión.

Gracias.

Enlaces de secretaría //

Páginas 6 y 7

Desde Secretaría // Los separadores de
amalgama en la clínica dental

Páginas 8 y 9

Noticias de la profesión //

Páginas 10 - 15

Velázquez, el contador de historias //

Arte Pintura

Páginas 16 y 17

Entrevista Científica // Álex Mira

Páginas 18 y 19

Científico // Trabajo final de grado
en odontología

Páginas 20 - 26

Cine // Los 5 pasos

Página 28 - 29

Salidas // El monte Arabí

Páginas 30 - 33

Datos / COEA

Páginas 34 - 37

Entrevista Científica //

Dres. Pla García y Pla Martínez

Páginas 39 - 38

Cultura // Alicante en fiestas

Páginas 40 - 43

Historia de la Odontología // Francisco
Martínez del Castrillo

Páginas 44 - 47

Sección Legal //

Competencia del colegio

Páginas 48 - 51

Parques naturales //

Acantilados rocosos

Páginas 54 - 57

Entrevista Científica // Dres. María

Carlota Gelos y Daniel Paesani

Páginas 58 - 59

Música // Music on

Páginas 62 - 63

Entrevista // Fele Martínez

Páginas 64 - 67

Entrevista // Dras. Yolanda Martínez

Beneyto y Clara Serna Muñoz

Páginas 68 - 69

Formación // Cursos de calidad
internacional

Páginas 70 - 73

Aficiones de nuestros colegiados //

Vicente Belvis, kitesurfista

Páginas 74 - 77

Formación // Ponentes

Páginas 78 - 79

Formación // Programa 2019

Página 80

Las varitas mágicas no existen



malagón.
@malagonthumor

Enlaces de secretaría.

Solicita tus recetas



Publica tu oferta de empleo



Aquí tu demanda de empleo



**Inscripción online a
Nuestros próximos cursos**



**Descarga los últimos
Boletines del Coea**



**Un servicio del Colegio
para los colegiados**

Secretaría del Colegio Oficial de Odontólogos y
Estomatólogos de Alicante.

**Hazte amigo
en facebook**



**Descarga anuncios
"Dentistas sin asteriscos"**



Síguenos en twitter



**Reportajes y entrevistas en
nuestro blog**



Descarga tu app del Colegio

Android

Apple



Un servicio del Colegio para los colegiados

Secretaría del Colegio Oficial de Odontólogos y
Estomatólogos de Alicante.

Los separadores de amalgama en la clínica dental

En el año 2013 se aprobó un convenio internacional sobre el mercurio cuyo objetivo principal es proteger la salud humana de los efectos nocivos que puedan ocasionar las emisiones y liberaciones de mercurio, tanto para la salud humana como para el medio ambiente.



Como parte de este convenio se ha aprobado una modificación del Reglamento Europeo sobre el Mercurio y las implicaciones sobre el uso de la amalgama.

Ya desde el 1 de enero de 2018 se marcaron ciertas restricciones al uso pero será a partir del próximo 1 de enero cuando entren en vigor aquellas medidas que afectan a la adecuación de los gabinetes dentales que utilicen amalgama dental o extraigan dientes que la contengan deberán tener separadores de amalgama para retener y recoger sus partículas, incluidas las contenidas en el agua.

El Consejo General de Dentistas remitió escrito al Secretario General de Sanidad planteando aquellas cuestiones que no estaban expresamente indicadas en el reglamento y que generaban mucha confusión entre los colegiados, obteniendo aclaración en este sentido:

- Únicamente en el caso de que las clínicas dentales realicen actividades con amalgamas, deberán contar obligatoriamente con separadores de este material. Esta obligatoriedad se refiere no solo a la utilización de amalgamas, sino también a la retirada de empastes o extracción de piezas dentales que contengan en cualquiera de ambos casos este material.
- No es necesario que todos los sillones dentales de una clínica dental dispongan de separadores, tan solo deberán tenerlo aquellos en los que se realicen las actividades con amalgamas dentales.

En la normativa se establece que los separadores de amalgama puestos en servicio a partir del 1 de enero de 2018 deberán garantizar un nivel de retención de, como mínimo, el 95 % de las partículas de amalgama y que a partir del 1 de enero de 2021, todos los separadores de amalgama en uso garantizarán el nivel de retención del 95%.

Los dentistas deben garantizar que los residuos de amalgama sean tratados y recogidos por empresas autorizadas. Estará completamente prohibido su liberación al medio ambiente, bajo ninguna circunstancia.

Trascribimos literalmente el artículo 10 del nuevo Reglamento Europeo sobre el mercurio que establece las medidas y condiciones sobre el uso de las amalgamas dentales y gestión de residuos de mercurio.

Art. 10. Amalgama dental

1. A partir del 1 de enero de 2019, solo se utilizará amalgama dental en su forma de cápsulas predosificadas. Se prohibirá el uso de mercurio a granel por los profesionales dentales.
2. A partir del 1 de julio de 2018, la amalgama dental no se utilizará para el tratamiento de dientes de leche, de menores de 15 años y de mujeres embarazadas o en período de lactancia, excepto cuando el profesional dental lo considere estrictamente necesario debido a las necesidades médicas específicas del paciente.
3. A más tardar el 1 de julio de 2019, cada Estado miembro establecerá un plan nacional relativo a las medidas que tenga previsto aplicar para la reducción gradual del uso de amalgama dental. Los Estados miembros pondrán sus planes nacionales a disposición del público en internet y los transmitirán a la Comisión en el plazo de un mes a partir de su adopción.
4. A partir del 1 de enero de 2019, los operadores de los gabinetes dentales que utilicen amalgama dental o que retiren empastes de amalgama dental o extraigan dientes que contengan dichas amalgamas garantizarán que sus gabinetes cuentan con separadores de amalgama para retener y recoger las partículas de amalgama, incluidas las contenidas en el agua usada.

Dichos operadores velarán por que:

- a. Los separadores de amalgama puestos en servicio a partir del 1 de enero de 2018 garanticen un nivel de retención de, como mínimo, el 95 % de las partículas de amalgama;
- b. A partir del 1 de enero de 2021, todos los separadores de amalgama en uso garanticen el nivel de retención especificado en la letra a).

Los separadores de amalgama se mantendrán de acuerdo con las instrucciones del fabricante para garantizar el nivel más elevado posible de retención

5. Se considerará que satisfacen los requisitos establecidos en los apartados 1 y 4 las cápsulas y los separadores de amalgama que cumplan las normas armonizadas europeas u otras normas nacionales o internacionales que proporcionen un nivel equivalente de calidad y de retención.

6. Los profesionales dentales garantizarán que los residuos de amalgama, incluidos los restos, las partículas y los empastes de amalgama, y los dientes o partes de estos contaminados por la amalgama dental sean tratados y recogidos por un establecimiento o empresa de gestión de residuos autorizado. Los profesionales dentales no liberarán directa ni indirectamente tales residuos de amalgama al medio ambiente, bajo ninguna circunstancia.

Noticias de la profesión

En los últimos meses ha sido protagonista el TSJ andaluz por anular sanciones de Competencia a colegios de odontólogos de la comunidad autónoma de Andalucía y el caso iDental, con una noticia destacada: el Consejo General de Colegios de Dentistas de España se persona como acusación particular contra la franquicia citada.



LEER NOTICIA
COMPLETA



El TSJ de Andalucía anula la sanción impuesta por Competencia al Colegio de Dentistas de Málaga

El Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) ha estimado el recurso contencioso-administrativo interpuesto por el Colegio de Dentistas de Málaga contra la sanción de 10 de junio de 2015 del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía por una supuesta infracción de la Ley de Defensa de la Competencia. Dicha resolución imponía al Colegio de Dentistas de Málaga una sanción económica de 17.380,38 euros. Ahora, el TSJA anula la resolución sancionadora y condena al Consejo de la Competencia de Andalucía y al Colegio de Protésicos Dentales de Andalucía a pagar las costas.

01/08/2018

El Consejo General alerta sobre la expansión de clínicas corporativas con la misma estructura que iDental

El cierre de las clínicas iDental ha dejado cientos de miles de personas afectadas en toda España. Pacientes que han visto cómo, tras haber pagado sus tratamientos, estos no han sido finalizados. A pesar de esta grave situación, y de que no es la primera vez que una red de clínicas dentales cierra sus puertas sin dar una solución a sus pacientes, muchas clínicas dentales corporativas con la misma

estructura que iDental se siguen expandiendo y publicitando en nuestro país, según informa el Consejo General de Dentistas...



LEER NOTICIA COMPLETA

LEER NOTICIA COMPLETA



30/07/2018

El Consejo General de Dentistas se persona como acusación popular en el caso iDental

Con motivo de la apertura de diligencias previas por parte del Juzgado Central de Instrucción nº 5, en la que se investiga el presunto fraude de iDental, el Consejo General de Dentistas, organismo formado por los colegios provinciales (como el COEA), se ha personado como acusación popular.

El pasado 26 de julio, el juez José de la Mata acordó asumir esta investigación por el volumen extraordinario de la causa, la existencia de decenas de miles de afectados por toda España y la compleja estructura societaria y de financiación de la compañía.



LEER NOTICIA
COMPLETA

23/07/2018

El TSJ de Andalucía anula la sanción impuesta por Competencia al Colegio de Dentistas de Huelva

La Sección Tercera del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) ha estimado el recurso contencioso-administrativo interpuesto por el Colegio de Dentistas de Huelva contra la sanción de 10 de junio de 2015 del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía por una supuesta infracción de la Ley de Defensa de la Competencia. Dicha resolución imponía una sanción de 2.526,36 euros. Ahora, el TSJA anula la resolución sancionadora "por considerarla disconforme con el ordenamiento jurídico" y condena al Consejo de la Competencia de Andalucía y al Colegio de Protésicos Dentales de Andalucía a pagar las costas.

17/08/2018

El Consejo solicita a Mapfre que elimine de su web un artículo sobre protésicos dentales y atención a pacientes

El Consejo General ha remitido un burofax a la compañía Mapfre exigiendo la eliminación o rectificación inmediata del artículo "¿Las prótesis dentales tienen garantía?", publicado en su sitio web dentro de la sección "Particulares; Salud y Dental". Si bien la intención del referido texto es informar acerca de la rehabilitación dentaria mediante prótesis dentales, el mismo contiene errores tan graves que, lejos de servir a la finalidad prevista, ponen sin duda en riesgo la salud de los pacientes, al conferir a los fabricantes de prótesis dentales atribuciones reservadas de forma exclusiva a los dentistas.



LEER NOTICIA
COMPLETA

20/09/2018

El Consejo General de Dentistas alerta sobre los riesgos del turismo dental en el extranjero

"El viaje hacia la sonrisa de tus sueños empieza aquí" o "Viaja y regresa a casa con una sonrisa de Hollywood". Estos son algunos de los reclamos que utilizan las empresas que se dedican al turismo dental, la mayoría ubicadas en Rumanía, Turquía, Bulgaria, Hungría y Polonia. Todas estas compañías actúan de manera similar. A través de una página web, ofrecen packs completos de 3 o 4 días que incluyen el tratamiento dental, los traslados desde el aeropuerto y el hotel. Asimismo, aseguran que el personal que trabaja en estas clínicas está altamente cualificado y que sus tratamientos son los más baratos..



LEER NOTICIA
COMPLETA

07/08/2018

El Consejo General de Dentistas denuncia ante el Ministerio un presunto fraude de convalidaciones en un centro de Formación Profesional

El Consejo General de Dentistas ha recibido un escrito de la Escuela Europea de Implantología, Rehabilitación Oral y Biomateriales (ESORIB) sobre un ciclo Superior de Formación Profesional en la rama de Prótesis Dental, cuyos alumnos podrán convalidar un tercio del total de créditos ECTS en Odontología.



LEER NOTICIA
COMPLETA



Según dice la misiva, el centro privado donde se imparte el curso se encuentra ubicado en Castellón y está asociado con la Universidad Fernando Pessoa (UFP) de Oporto. Por este acuerdo, ESORIB también queda habilitada para impartir los másteres que imparte la UFP y sus estudiantes recibirán el título firmado por esta universidad.

04/09/2018

El Consejo General de Dentistas alerta a los ciudadanos sobre los falsos seguros dentales

Con el objetivo de velar por una odontología ética y de calidad, el Consejo General de Dentistas alerta sobre los servicios dentales que ofrecen algunas aseguradoras médicas y cuya publicidad puede confundir a los pacientes. Muchas aseguradoras no ofrecen seguros dentales como tal, sino planes de descuento, "una modalidad contractual que no encaja en el ordenamiento jurídico del seguro privado en España", explica el Consejo...



LEER NOTICIA
COMPLETA

26/09/2018

Los colegiados de Alicante pueden participar en la Campaña de Diagnóstico Precoz del Cáncer Oral

Se abre el periodo de inscripción para los dentistas que quieran participar en la Campaña de Diagnóstico Precoz del Cáncer Oral, que será presentada a los medios a finales del mes de septiembre. Esta Campaña, organizada de manera conjunta entre el Consejo General de Dentistas de España, la Fundación Dental Española y la Asociación Española Contra el Cáncer, lleva por lema "Vigila tu boca, evita el cáncer oral".



LEER NOTICIA
COMPLETA

11/10/2018

El Consejo General de Dentistas agradece a la Audiencia Nacional y a la UDEF que eviten una estafa similar a la de iDental

La Unidad de Delincuencia Económica y Fiscal (UDEF) de la Policía Nacional detuvo ayer a Luis Sans -uno de los cerebros del caso iDental- y a otras nueve personas más relacionadas con esta trama. La UDEF registró domicilios de Madrid capital, Pozuelo de Alarcón, Boadilla del Monte y Sant Joan (Alicante) por orden del juez de la Audiencia Nacional, José de la Mata, quien asumió la investigación de los hechos el pasado mes de julio debido al volumen extraordinario de la causa. Al parecer, los detenidos estaban planeando un entramado parecido al de iDental.

26/09/2018

El Consejo se reúne con partidos políticos para buscar soluciones a los problemas de la Odontología en España

El presidente del Consejo General de Dentistas, el Dr. Óscar Castro Reino, continúa avanzado en las gestiones de la institución colegial con los diferentes partidos políticos para hablar del estado de la Odontología en España, del caso iDental y de las mociones y PNL aprobadas en el Congreso y el Senado hace unos meses.

LEER NOTICIA
COMPLETA

14/09/2018

Consejo General de Dentistas: "No nos reuniremos con ninguna clínica corporativa odontológica que mercantilice la salud de los ciudadanos"

Ante las peticiones de reunión que está recibiendo el Consejo General de Dentistas, este organismo insiste en que su Ejecutivo continuará con su política de "no reunirse con dirigentes o representantes de clínicas dentales corporativas que mercantilicen la salud de los ciudadanos". Aclara que el Consejo "no es contrario a ningún modelo de negocio" y respeta plenamente su existencia "siempre y cuando su actuación se lleve a cabo bajo los parámetros de ética, rigor y acatamiento de la legalidad".

LEER NOTICIA
COMPLETA

30/10/2018

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios avala la utilización de los sistemas de impresión CAD/CAM por los dentistas

Esta aprobación llega unos meses después de que el Consejo General de Dentistas y el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM) pidieran al Senado un informe que permitiera la utilización de los sistemas CAD/CAM en las clínicas dentales para restauraciones directas, una petición que la Cámara Alta trasladó a la AEMPS.



LEER NOTICIA
COMPLETA



LEER NOTICIA
COMPLETA

24/10/2018

Condenado por intrusismo profesional un miembro de la Junta del Colegio de Protésicos Dentales de Andalucía

El Juzgado de lo Penal nº 2 de Jaén ha condenado a uno de los miembros de la Junta de Gobierno del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía por un delito de intrusismo profesional. Según dicta la sentencia, entre los años 2015 y 2016, el acusado recibía a pacientes en su propio laboratorio, realizando "injerencias en la boca de los clientes", como implantaciones de prótesis removibles y toma de medidas, así como impresiones para su fabricación, careciendo de la titulación necesaria. Ante estos hechos, el Colegio Oficial de Dentistas de Jaén se personó como acusación particular.



LEER NOTICIA
COMPLETA



06/11/2018

Una treintena de clínicas de Alicante realizan revisiones gratuitas en la Campaña para el Diagnóstico Precoz del Cáncer Oral

Comienza la Campaña para el Diagnóstico Precoz del Cáncer Oral que organiza el Consejo General de Dentistas con la colaboración del Consejo General de Farmacéuticos y la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) y que se desarrollará durante todo el mes de noviembre. En Alicante hay registradas en esta campaña una treintena de clínicas que realizan revisiones gratuitas, las cuales pueden encontrar en este enlace <http://www.canceroral.es/buscador-de-clinicas-participantes/>. Bajo el lema "Vigila tu boca, evita el cáncer oral", esta iniciativa tiene como objetivos resaltar la trascendencia que tiene el cáncer oral para la población española y concienciar de la importancia de las revisiones periódicas.



Título – La tentación de Santo Tomás

Autor – Diego Velázquez

Cronología – 1632-1633

Estilo – Barroco

Técnica – Óleo sobre lienzo

Ubicación – Museo Diocesano de Arte Sacro. Orihuela

Velázquez, el contador de historias

Vicente López Deltell

Periodista. Dircom. Profesor de la Universidad de Alicante. Apasionado del arte y sus misterios.

Orihuela bien merece una visita, por sus valores arquitectónicos, paisajísticos, culturales, religiosos. Por sus tradiciones y fiestas. Por su historia y por sus comercios. Por su gastronomía. Por todo ello y por una de las maravillas de la pintura, visitable en su Museo Diocesano: “La tentación de Santo Tomás”. Un joven pero ya viajado Velázquez plasma con maestría el gran dolor de cabeza que al protagonista le había producido la acción que se relata. Y por ello, su composición en forma de aspa nos lleva directamente a la cabeza del santo, además centro geométrico del cuadro. El dominico cae de rodillas tras dibujar una cruz con un carbón de la hoguera, poco después de haber rechazado caer en los brazos de la mujer que se marcha al fondo de la escena. Dos ángeles lo consuelan. Ha resistido la tentación que le mandaba su familia para que se alejara de los hábitos.

Recuerdo con cariño el momento en que nuestro profesor de Arte, Don Jesús, nos explicó en clase la obra de arte. Fue in situ, en una pequeña sala donde debíamos pasar en pequeños grupos. A pesar de que ya la habría explicado tres o cuatro veces, nuestra maestro todavía transmitía el entusiasmo del que sabe de lo que habla. Y ese ímpetu causó en mí un enorme deseo de profundizar en la obra.

Me imaginé dentro del cuadro. en la misma escena. Y comencé a buscar en él algo más que lo ya relatado o evidente. Las alas, las vestimentas, la capa del dominico y la chimenea formaban claramente una equis. La profundidad de la puerta abierta. Había luz en el primer plano, sombras en el posterior, pero también en las alas, que eran demasiado negras. La mayor claridad, sobre la calva del santo y sobre el

cíngulo símbolo de castidad. También estaba blanca la tez del religioso, sabio medieval como reflejaban los libros y la pluma que descansaban en el suelo.

Todo lo que había explicaba la escena, pero no encontraba nada que no hubiera contado ya Don Jesús. Entonces, totalmente imbuido en la obra, comencé a sentir el olor a humo de la chimenea. Y era capaz de escuchar la respiración entrecortada y débil del dominico. Cansado, agotado, afligido. La quietud sólo era alterada por unos tacones que rápido golpeaban un suelo frío de piedra, pero en el ambiente se respiraba una paz absoluta. Fueron pocos minutos -debíamos pasar todos-, pero tan intensos... que entendí por qué llaman arte al arte y por qué Velázquez iba a ser desde ese momento uno de mis contadores de historias favorito.

Álex Mira

investigador de la Fundación Fisabio de la Generalitat Valenciana

“El dentisani, además de contra la caries, puede ser beneficioso para la salud gingival”

Hace escasos días, el alicantino Álex Mira, investigador de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (Fisabio), recibía el galardón I Edición de los Premios de Innovación en Salud 2018, cuyo objetivo es identificar e impulsar las mejores iniciativas dirigidas a mejorar las prestaciones de los servicios de salud. Este reconocimiento de la Fundación para la Innovación y la Prospectiva en Salud en España (FIPSE) resaltaba la línea de investigación del Dr. Álex Mira, que descubrió una nueva bacteria que reduce entre 3 y 10 veces la producción del ácido que provoca la caries.



Mira fue también reconocido hace dos años por el Colegio de Dentistas de Alicante con el Premio de Investigación de la VII Gala de la Salud de la Provincia de Alicante. Licenciado en biología y doctor en microbiología por la Universidad de Oxford, aplica técnicas moleculares al estudio de los microorganismos orales, a través de las cuales su equipo descubrió la bacteria *Streptococcus dentisani*. Dirige el proyecto de desarrollo para utilizar esta bacteria como probiótico contra la caries dental. Asimismo, es inventor de un test de diagnóstico de caries y otro de cáncer colorectal.

¿Podría recordarnos en qué consistió su descubrimiento con respecto a la caries dental? Comparando la población de microorganismos de la placa dental, descubrimos esta especie de bacteria en las personas sanas que de forma espontánea carecen de caries, mientras que en las personas que la padecen, esta especie está ausente o se presenta a niveles inferiores.

Los resultados del primer ensayo confirmaron que la bacteria *Streptococcus dentisani* es inocua, coloniza en la boca y mejora los niveles de pH. ¿Se han confirmado estos datos en nuevos ensayos? Sí, el segundo ensayo confirma que hay colonización, que no se advierten efectos secundarios, y que la mejora no sólo se produce en el pH sino también en el flujo salival, en la producción de placa y en la inflamación de las encías. Ha sido muy emocionante porque en este nuevo ensayo clínico, donde hemos tenido 60 participantes, veíamos que ciertos pacientes mejoraban mucho en los parámetros clínicos, pero al ser doble-ciego, no hemos podido saber los resultados hasta terminar los análisis de laboratorio.

¿Cómo se encuentra en estos momentos la investigación? Acabamos de terminar un tercer ensayo clínico para ver la pasta de dientes ideal que tenga un efecto combinado con el *dentisani*. Además, estamos tratando de identificar las sustancias antibacterianas que produce el *dentisani*, ya que éstas podrían añadirse a pastas de dientes o enjuagues bucales. Por último, hemos demostrado, en colaboración con el CSIC, que el *dentisani* desplaza a patógenos de la periodontitis de células gingivales, y que disminuye la inflamación, por lo que además de contra la caries, ahora pensamos que también puede ser beneficioso para la salud gingival. Ha sido una muy grata sorpresa.

¿Cómo se aplicará el producto que desarrollen? Por ahora está aprobado para aplicarse como gel bucodental, barniz o pasta de dientes. Los ensayos clínicos se han realizado en forma de gel bucoadhesivo, pero éste está todavía en una versión inicial, y las encuestas a los usuarios indican que debemos trabajar en mejorar el sabor y textura. Es decir, tenemos un producto que funciona y mejora la salud bucodental, pero que tenemos que mejorar en su presentación.

¿Tienen asegurada la financiación de este proyecto? Acabamos de ganar el Premio nacional FIPSE de Innovación en Salud, y con ese dinero podemos continuar unos meses más de investigación, con lo que considero que esta fase está

llegando a su fin. El paso siguiente es licenciar el producto a una empresa para que continúe con el desarrollo del producto, mejore la administración y estabilidad, etc. Ha llegado la hora de acercar la investigación a lo que sería el producto final, y estamos en negociaciones con tres empresas multinacionales que deberían fructificar en 2019.

¿Cree que algún día se podrá erradicar la caries?

Creo que podría estar en niveles muy inferiores a los actuales, pero estrategias como el *dentisani* no serán suficientes para erradicarla. Para ello, los avances científicos deben ir acompañados de políticas de salud pública como la disminución en la ingesta de azúcar. Se podrían subir los impuestos al azúcar, se podría disminuir el tamaño de los azucarillos, eliminar las bebidas azucaradas de las escuelas... Cuando estas medidas se han llevado a cabo en ciertas zonas de países escandinavos, los resultados han sido espectaculares y se han alcanzado niveles de prevalencia de caries a los 18 años inferiores al 15%.

¿Está usted investigando en otros campos o proyectos? ¿Puede contarnos alguno de ellos?

Sí, los dos que más me ilusionan tienen que ver con la cavidad oral. Uno ha sido el descubrimiento en nuestro laboratorio de una sustancia producida por el sistema inmune innato que se segrega en la saliva y que bloquea el virus de la gripe. El otro es el estudio de unas bacterias de la boca que producen óxido nítrico que, al ser un vasodilatador, contribuye a bajar la tensión sanguínea. Si personas de riesgo cardiovascular utilizan enjuagues con antiséptico de forma excesiva, eliminan su flora bucal, y les sube la tensión por el déficit de óxido nítrico producido por estas bacterias. Estamos desarrollando un test para poder determinar qué personas tienen o no tienen estas bacterias.

¿Cualquier cosa que quiera añadir?

Quiero agradecer al Colegio el apoyo e interés que muestra por nuestra investigación. La tarea de los investigadores es difícil por la falta de medios y nos anima muchísimo sentir el interés y apoyo de la comunidad de profesionales de la odontología, que nos transmite los aspectos en los que podemos contribuir para que nuestra investigación sea traslacional y se traduzca en mejoras en el ámbito clínico.

“La tarea de los investigadores es difícil por la falta de medios y nos anima muchísimo sentir el interés y apoyo de la Odontología”

INFLUENCIA DE LA EXPOSICIÓN AL CLORO DE LAS PISCINAS SOBRE EL ESMALTE DENTAL EN NADADORES.

Trabajo de final de grado en Odontología.

Carla Madruga Rodríguez.

La erosión dental es la pérdida crónica y patológica del tejido duro de la superficie del diente. Esta pérdida es debida a los ácidos, productos y/o soluciones químicas, donde no participan bacterias, que entran en contacto con los dientes. Existe una asociación entre las actividades deportivas y la erosión dental. La causa es la exposición directa a ácidos o el ejercicio extenuante, lo que puede aumentar el reflujo gastroesofágico. Los nadadores tienen un mayor riesgo de desarrollar lesiones erosivas por el cloro de la piscina además de las bebidas deportivas ya que tienen gran potencial erosivo, su consumo durante la actividad cuando el deportista ya tiene cierto grado de deshidratación, potencia los factores destructivos.

Los nadadores tienen alto riesgo de sufrir manchas extrínsecas en sus dientes a causa de constante contacto con los desinfectantes del agua de la piscina.

Se considera que, un ph a partir de 5,5 es crítico para la disolución del esmalte. Los valores de ph bajo en el agua de una piscina pueden causar erosión dental. Los dientes anteriores son los que más frecuentemente se ven afectados por la erosión dental a causa de la natación.



La erosión dental es la pérdida localizada, irreversible, crónica y patológica del tejido duro de la superficie del diente. Esta pérdida es debida a los ácidos, productos y/o soluciones químicas, donde no participan bacterias, que entran en contacto con los dientes.

Hasta cierto punto, la erosión dental es un factor fisiológico y dependiente de la edad. Alcanza un estado patológico cuando su desgaste afecta a la funcionalidad y es percibido clínicamente por el odontólogo y el paciente también ve afectado el aspecto de sus dientes y/o sufre sensibilidad dental.

La erosión dental es una afectación a nivel mundial ya que la etiología es multifactorial y cada vez mayor en la población infantil debido a los hábitos dietéticos.

Las causas pueden ser debidas a factores intrínsecos y extrínsecos. Cuando hablamos de factores intrínsecos hacemos referencia a factores propios de la fisiología del cuerpo (anormalidades del tracto intestinal, bajo flujo salival, ERGE, regurgitación, bulimia...). Dentro de los factores extrínsecos se incluyen el consumo de alimentos ácidos, bebidas carbonatadas, bebidas deportivas, frutas cítricas, medicamentos con pH bajo (de 5,5 o menos), medicamentos ácidos (como la vitamina C efervescente o la aspirina), el alcohol, la exposición ambiental ácida (trabajadores de fábricas que están expuestos al ácido sulfúrico y ácido clorhídrico) y la natación por el contacto de esmalte con el cloro). [1 – 20, 23 – 35].

Los diferentes hábitos de comer, beber, tragar, por ejemplo, mantener una bebida ácida en la boca antes de tragar, agitar la bebida en la boca o beber a sorbos a través de los dientes, aumenta el tiempo de contacto de una sustancia ácida con los dientes y aumenta el riesgo de erosión. [6, 20, 21, 23, 25, 26, 31]

El diagnóstico en estadios tempranos es difícil de identificar, ya que existen pocos signos y síntomas. No existe un instrumento en clínica con el cual podamos detectar la erosión dental de forma rutinaria y su progresión. En estadios avanzados también se puede tener dificultad para determinar si la dentina está expuesta o no. Para ello tenemos métodos de medición cuantitativos y cualitativos con un sistema de puntuación para identificar el incremento, la severidad o progresión, estos son descritos como índices (suelen ser numéricos). Un índice ideal debería ser simple de entender y usar, claro en sus criterios de valoración y ser reproducible. No existe un consenso acordado sobre un índice universalmente aceptado. Actualmente ya se dispone de sistemas de escaneo digital con un software que permite la superposición de imágenes escaneadas de diferentes ocasiones para evaluar la cantidad de sustancia dental perdida. [6, 8, 12, 14, 24]

Es importante distinguir los diferentes tipos de desgaste dental; erosión de abrasión o atricción. La distribución de la erosión dental no es uniforme dentro de los arcos dentarios. No es posible predecir con exactitud la localización de las lesiones dependiendo de su etiología, sin embargo, la erosión afectará más a unos dientes que a otros. [5, 6, 11, 12, 13, 18, 24]

El esmalte en los dientes primarios es más blando que el de los permanentes, pero aun así el proceso erosivo progresa a la misma velocidad en ambos tipos. Los niños tienen variaciones más grandes y un aclaramiento de azúcar salival más lento y también tasas de flujo salival más bajas que los adultos. Además, los dientes primarios son más pequeños que los dientes permanentes. Teniendo en cuenta la morfología del tejido duro, la calidad de la saliva y otras condiciones salivales, es probable que la erosión de los dientes deciduos se manifieste más rápidamente que en los dientes permanentes. [6, 8, 24]

La saliva es uno de los mecanismos de defensa más importantes para la erosión dental. El aclaramiento oral de un producto ácido varía individualmente con la tasa de secreción salival, pero también por la capacidad del individuo para tragar. Se ha demostrado que una persona con boca seca tiene un mayor riesgo de erosión.

La saliva forma una película en la superficie de los dientes, el grosor de esta varía no solo entre personas sino también entre diferentes lugares de la boca, por tanto, dependiendo de su espesor ofrecerá más protección o menos ante la erosión. Además, la saliva está sobresaturada con respecto al mineral del diente, proporcionando calcio, fosfato y fluoruro necesarios para la remineralización después del desafío erosivo. Por último, la saliva presenta capacidad de amortiguación que causa neutralización y amortiguamiento en la dieta. [6, 11, 14, 22, 24, 35, 36]

Existe una asociación entre las actividades deportivas y la erosión dental. La causa es la exposición directa a ácidos o el ejercicio extenuante, lo que puede aumentar el reflujo gastroesofágico. Los nadadores tienen un mayor riesgo de desarrollar lesiones erosivas por el cloro de la piscina además de las bebidas deportivas ya que tienen gran potencial erosivo, su consumo durante la actividad cuando el deportista ya tiene cierto grado de deshidratación potencia los factores destructivos. [2, 4, 6, 7, 10, 14, 16, 27, 28, 39]

Clínicamente, la erosión temprana del esmalte aparece como una superficie lisa, suave, sedosa y brillante o mate, junto con un esmalte intacto en el margen gingival debido a los restos de placa bacteriana que puede haber en los márgenes gingivales que actúa como una barrera de difusión de los ácidos. Una mayor progresión de la erosión puede conducir a cambios en la morfología que dan como resultado concavidades poco profundas o redondeo y rasurado de los bordes y cúspides de las superficies dentales. La erosión dental severa ocurre cuando el esmalte es eliminado por completo dejando expuesta la dentina y esto provoca sensibilidad dental además de desaparecer la morfología oclusal. Hay ocasiones en las que todavía no se encuentra expuesta la dentina, pero también es considerado erosión. El desgaste erosivo puede afectar a cualquier superficie de los dientes, pero se ve con mayor frecuencia en las superficies vestibular y lingual/palatina de los dientes anteriores y oclusal en posteriores. El adelgazamiento del esmalte deja un tono amarillento antiestético. [6, 14, 15, 17, 23]

El cepillado dental contribuye mínimamente al desarrollo del desgaste del esmalte, pero el cepillado dental después de una exposición al ácido ya sea con la dieta o con el cloro de la piscina está relacionado con el desgaste del esmalte y además hipersensibilidad dental, lo cual lleva a la rápida aparición de lesiones erosivas. [6, 11, 24, 37, 38]

El mecanismo de patogénesis de la erosión dental se basa en la disociación de la hidroxiapatita y en problemas en la mineralización del tejido duro debido a un contacto frecuente y prolongado con los ácidos. Para que la erosión en esmalte progrese el nivel del pH de la solución debe ser menor a 5,5 y por debajo de 6 para dentina. La desmineralización ácida se produce debido a que el valor del pH, calcio, fosfato y fluoruro contenidos en una sustancia que entra en contacto con el esmalte determina el grado de saturación con respecto al mineral del diente, que corresponde a la fuerza impulsora para la disolución. De esta forma un bajo grado de saturación respecto a la superficie dentaria conduce a una desmineralización incipiente. En consecuencia, los ácidos, reducen la sobresaturación de la saliva y el aumento de la fuerza impulsora para la disolución con respecto a los minerales del diente. [4, 7, 9, 14]

Se considera que un pH a partir de 5,5 es crítico para la disolución del esmalte. Los valores de pH bajo en el agua de una piscina pueden causar erosión dental. Los dientes anteriores son los que más frecuentemente se ven afectados por la erosión dental a causa de la natación. [7, 9, 14, 17, 19, 24, 25, 26, 40]

Los nadadores tienen alto riesgo de sufrir manchas extrínsecas en sus dientes a causa de constante contacto con los desinfectantes del agua de la piscina. [6, 7, 9, 14, 17, 32, 39]

La cloración del agua, cuya finalidad es la desinfección (reducir contaminación bacteriana y de algas) representa un daño para la salud bucodental en el caso de no tomarse las medidas necesarias. De acuerdo con las regularizaciones de la unión europea, la concentración de cloro en el agua de la piscina debe mantenerse dentro del rango de 0,3- 0,6mg/dm³.

El cloro se puede agregar al agua de la piscina en forma de hipoclorito de sodio, que tiene un pH alcalino, y, por lo tanto, un potencial de erosión limitado. Este "cloro estabilizado se crea combinando el cloro y sales de ácido cianúrico, o bien, en grandes piscinas, el agua se clora principalmente con cloro gaseoso. El gas cloro reacciona con el agua para formar ácido hipocloroso (HOCl) y ácido clorhídrico (HCl). El ácido hipocloroso es el agente germicida en la cloración y no es dañino, mientras que el ácido clorhídrico es el subproducto no deseado. El pH del agua se ajusta aproximadamente a 7,5 mediante la adición de ceniza de soda (carbonato de sodio). El rango de pH aceptado para piscinas está entre 7,2 y 8. Sin embargo, si un grupo clorado con gas se amortigua inadecuadamente mediante la adición de cantidades insuficientes de carbonato de sodio, el pH puede disminuir rápidamente a niveles de descalcificación tan bajos como 3. El agua de la piscina con un pH bajo puede causar una erosión dental muy rápida y extensa. [1, 9, 14, 42]

También hay que tener en cuenta el efecto irritante en las vías respiratorias, inflamación de mucosas, irritación de ojos y piel a causa del gas cloro en el ambiente a lo que están expuestos los trabajadores a pie de piscina. La principal vía en estas situaciones es la inhalatoria a causa de las concentraciones de cloro en el agua y el aire que puede conllevar problemas de salud como el asma. Esto sucede por la falta de ventilación y la diferencia de temperatura entre el agua y el aire aun siendo los valores de cloro y ph adecuados. Si la temperatura del vaso (piscina) es demasiado alta o baja respecto al ambiente provoca un mayor desprendimiento de gas cloro al aire del recinto. No obstante, también puede ser debido a la altura entre el vaso y la cubierta del recinto la cual puede estar o demasiado alta o demasiado baja. [42]

Los rangos estándar del ph de agua pueden variar de un país a otro. En España, el real decreto 742/2013, de 27 de septiembre, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de las piscinas publicado en el BOE que tiene por objeto establecer los criterios básicos técnico-sanitarios de la calidad del agua y del aire de la piscina con la finalidad de proteger la salud de los usuarios de posibles riesgos físicos, químicos o microbiológicos derivados del uso de las mismas.

Los fármacos también tienen consecuencias sobre la salud bucodental

La erosión dental puede ser causada por fármacos que reducen el ph (AAS, antiasmáticos) o fármacos causantes de reflujo gastroesofágico.

Los medicamentos para el asma pueden exponer al paciente a un riesgo de erosión dental al reducir el flujo salival, habrá menos protección contra los ácidos. Esta reducción en la producción de saliva puede afectar la forma natural en que la boca mantiene su equilibrio químico. Puede haber una mayor sequedad de la boca en los asmáticos debido a los efectos de los broncodilatadores y/o la respiración por la boca. Los fármacos en polvo tienen un ph menor que el nivel crítico de 5,5 requerido para la disolución de hidroxapatita. Por tanto, cuando se usan varias veces al día, estos medicamentos pueden contribuir en la disolución de los dientes. También hay que decir que las personas con asma son más propensas a sufrir ERGE. [43 – 46]

Los compuestos que contienen flúor de altas concentraciones y/o las aplicaciones frecuentes son efectivas para prevenir la erosión dental. Este efecto protector es más efectivo en esmalte que en dentina.

La capa de flúor hace de barrera física, dificultando el contacto del ácido con el esmalte subyacente, y como depósito mineral, lo que amortigua los ácidos y promueve la remineralización.

Los pacientes con erosión deben enjuagarse la boca con agua, bicarbonato de sodio y un enjuague bucal con flúor inmediatamente después de la exposición ácida. El agua eliminará la mayor parte de ácido, el bicarbonato de sodio neutralizará el ácido restante y el enjuague con flúor ayudará a remineralizar la estructura del diente grabado. Tampoco deben de cepillarse los dientes justo después de una

exposición ácida y no deben usar dentífricos muy abrasivos ya que esto potencia la erosión.

Se ha demostrado que los agentes de fluoruro altamente concentrados, como geles o barnices, enjuagues, aumentan la resistencia a la abrasión y disminuyen el desarrollo de la erosión y la dentina. El barniz de flúor debe aplicarse cada tres meses. La pasta dental fluorada debe usarse a diario. En los últimos años se ha observado la eficacia del láser sobre la desmineralización del esmalte y la dentina. Esta aplicación de láser funde y solidifica la superficie dental, creando una superficie nueva más lisa. También se ha utilizado fosfato de calcio para reducir la erosión dental (aplicado sobre la superficie del diente una vez al día) y agentes adhesivos a base de resina como tratamiento para la sensibilidad dental. [11, 14, 24].

El objetivo de este estudio fue establecer si existía relación entre el número de horas de exposición al cloro de una piscina debido a la práctica deportiva y el grado de erosión dental de los nadadores.

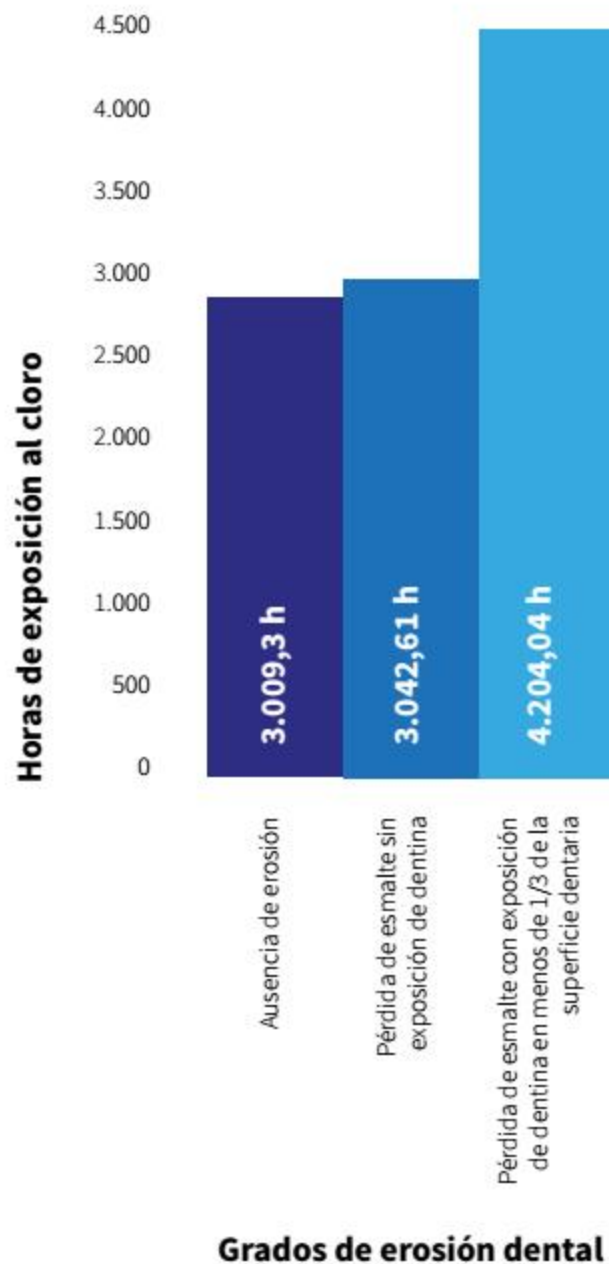
Materiales y métodos:

El estudio se llevó a cabo mediante una encuesta, una escala que medía el grado de erosión y exploraciones dentales. Se obtuvo una muestra de 103 nadadores de los cuales se excluyeron 3 del estudio por llevar prótesis en el sector anterior. Se tomaron fotos de todas las exploraciones dentales.

Al análisis estadístico de los datos recogidos para el presente estudio se ha realizado mediante el programa informático SPSS 18 utilizando un nivel de confianza del 95% y considerando estadísticamente significativos aquellos resultados de comparación para los cuales el p-valor obtenido sea menor de 0,05, de manera que en caso de que el p-valor sea menor que 0,05 rechazaremos la hipótesis nula y en caso contrario aceptaremos la hipótesis.

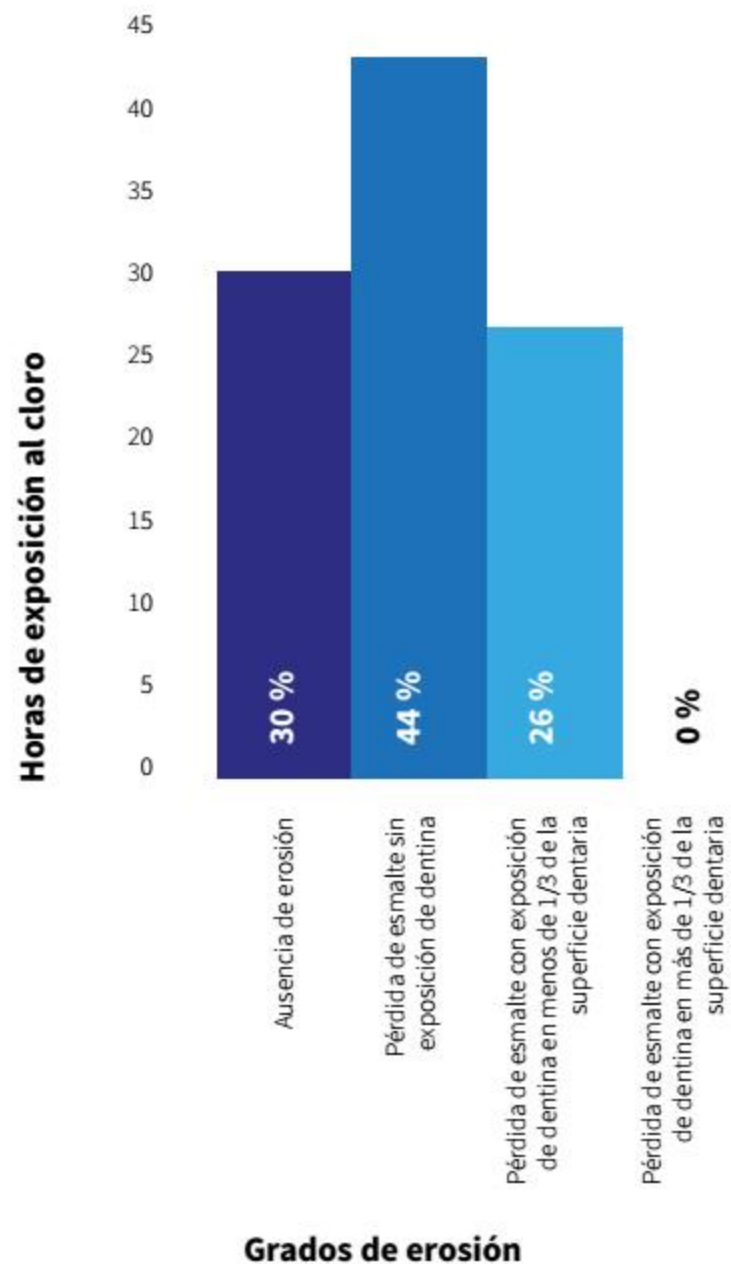
Resultados:

El presente estudio demostró que existía relación entre la cantidad de horas de exposición al cloro y la erosión dental, ya que se observaba más erosión en los nadadores que habían entrenado más horas, es decir, más horas en contacto con el cloro de la piscina.



[Figura.1] Relación entre el grado de erosión dental y el tiempo de exposición al cloro obtenida en el presente estudio.

A pesar de lo dicho anteriormente, no se encontraron grandes erosiones ya que la cantidad de cloro y el ph de las piscinas donde practicaban natación los nadadores que se usaron para el presente estudio estaba bien controlado y estabilizado.



[Figura.2] Distribución de los grados de erosión dental obtenidos en el presente estudio.

Conclusiones:

En el presente estudio se observó que cuantas más horas pasaban, los nadadores en contacto con el cloro, mayor era el índice de erosión dental. Sin embargo, las erosiones encontradas no son significativas ya que los niveles de cloro y ph en el agua estaban regulados correctamente. Con esto podemos concluir diciendo que no existe riesgo de erosión dental relacionado con la natación siempre y cuando las piscinas estén reguladas correctamente. También es importante tener en cuenta los diversos factores mencionados en el artículo como los fármacos, los ácidos en la dieta, la saliva y las anomalías gastrointestinales.

Bibliografía

1. Buczkowska-Radlińska J, Łagocka R, Kaczmarek W, Górski M, Nowicka A. Prevalence of dental erosion in adolescent competitive swimmers exposed to gas-chlorinated swimming pool water. *Clin Oral Investig*. 2013;17(2):579–83.
2. Baghele ON, Majumdar IA, Thorat MS, Nawar R, Baghele MO, Makkad S, et al. Prevalence of dental erosion among young competitive swimmers: a pilot study. *Compend Contin Educ Dent [Internet]*. 2013;34(2):e20–4.
3. Irakawa CRK. Efecto del pH del agua de piscina en esmalte de dientes deciduos humanos. *Estudio con microscopía*. 2004;(3):59–62.
4. Zebrauskas A, Birskute R, Maciulskiene V. Prevalence of Dental Erosion among the Young Regular Swimmers in Kaunas, Lithuania. *J Oral Maxillofac Res [Internet]*. 2014;5(2):1–7.
5. Johansson A-K, Omar R, Carlsson GE, Johansson A. Dental Erosion and Its Growing Importance in Clinical Practice: From Past to Present. *Int J Dent [Internet]*. 2012;2012:1–17.
6. Torres D, Fuentes R, Bornhardt T, Iturriaga V. Erosión dental y sus posibles factores de riesgo en niños: revisión de la literatura. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehab Oral [Internet]*. 2015;9(1).
7. Peampring C. Restorative management using hybrid ceramic of a patient with severe tooth erosion from swimming: a clinical report. *J Adv Prosthodont [Internet]*. 2014;6(5):423.
8. Claudia M, Santacruz F, Cristina A, Chamorro M. Diagnóstico y epidemiología de erosión dental Diagnosis and epidemiology of dental erosion.
9. Chuenarrom C, Daosodsai P, Charoenphol P. Effect of excessive trichloroisocyanuric acid in swimming pool water on tooth erosion. 2014;36(4):445–50.
10. Chinarro CR. Efecto De La Cloración De Las Piscinas De La Escuela Militar De. 2006;3(1):11–4.
11. Magalhães AC, Wiegand A, Rios D, Honório HM, Buzalaf MAR. Insights into preventive measures for dental erosion. *J Appl Oral Sci [Internet]*. 2009;17(2):75–86.
12. Bartlett D, Dugmore C. Pathological or physiological erosion - Is there a relationship to age? *Clin Oral Investig*. 2008;12(SUPPL.1):27–31.
13. Cuniberti N, Rossi G. Lesiones cervicales no cariosas: La lesión dental del futuro. *Editor Médica Panam*. 2009;8.
14. Lussi A, Jaeggi T. Erosion - Diagnosis and risk factors. *Clin Oral Investig*. 2008;12(SUPPL.1):5–13.
15. López Soto OP, Cerezo Correa M del P. Potencial erosivo de las bebidas industriales sobre el esmalte dental. *Rev Cuba Salud Pública [Internet]*. 2008;34(4):1–9.
16. Mehdipour M, Zenooz AT, Gholizadeh N, Bahramian A. Evaluation the Effect of Swimming Time on Dental Erosion among Swimmers. 2013;25(1):20–3.
17. Bruno V, Amato M, Catapano S, Iovino P. Dental erosion in patients seeking treatment for gastrointestinal complaints: a case series. *J Med Case Rep [Internet]*. 2015;9(1):1–5.
18. Carlos RJ. Revisión de la literatura : lesiones cervicales no cariogénicas. *Cient Dent*. 2008;5:215–24.
19. Min JH, Kwon HK, Kim B Il. Prevention of dental erosion of a sports drink by nano-sized hydroxyapatite in situ study. *Int J Paediatr Dent*. 2015;25(1):61–9.
20. Barac R, Gasic J, Trutic N, Sunaric S, Popovic J, Djekic P, et al. Erosive Effect of Different Soft Drinks on Enamel Surface in vitro: Application of Stylus Profilometry. *Med Princ Pract*. 2015;24(5):451–7.
21. Sirimaharaj V, Brearley Messer L, Morgan M V. Acidic diet and dental erosion among athletes. *Aust Dent J*. 2002;47(3):228–36.
22. Buzalaf M a, Hannas a R, Kato MT. Saliva and dental erosion. *J Appl Oral Sci*. 2012;20(5):493–502.
23. Aguiar YPC, Santos FG Dos, Moura EFDF, Costa FCM Da, Auad SM, Paiva SM De, et al. Association between dental erosion and diet in brazilian adolescents aged from 15 to 19: A population-based study. *Sci World J*. 2014;2014.
24. Johansson A-K, Omar R, Carlsson GE, Johansson A. Dental Erosion and Its Growing Importance in Clinical Practice: From Past to Present. *Int J Dent [Internet]*. 2012;2012:1–17.
25. Bizhang M, Riemer K, Arnold WH, Domin J, Zimmer S. Influence of bristle stiffness of manual toothbrushes on eroded and sound human dentin - an in vitro study. *PLoS One*. 2016;11(4):1–13.
26. Manaf ZA, Lee MT, Ali NHM, Samynathan S, Jie YP, Ismail NH, et al. Relationship between food habits and tooth erosion occurrence in Malaysian university students. *Malaysian J Med Sci*. 2012;19(2):56–66.
27. Dundar A, Sengun A. Dental approach to erosive tooth wear in gastroesophageal reflux disease. *Afr Health Sci*. 2014;14(2):481–6.
28. Bruno V, Amato M, Catapano S, Iovino P. Dental erosion in patients seeking treatment for gastrointestinal complaints: a case series. *J Med Case Rep [Internet]*. 2015;9(1):1–5.
29. Paszyńska E, Słopeń A, Osińska A, Dmierzak- Węglarz M, Rajewski A, Surdacka A. Changes in oral cavity during period of intensive vomiting in patient with somatoform autonomic dysfunction – description of the case. *Psychiatr Pol [Internet]*. 2016;50(3):521–31.
30. Uhlen MM, Tveit AB, Refsholt Stenhagen K, Mulic A. Self-induced vomiting and dental erosion - a clinical study. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):1–7.
31. LIN WT, KITASAKO Y, NAKASHIMA S, TAGAMI J. A comparative study of the susceptibility of cut and uncut enamel to erosive demineralization. *Dent Mater J [Internet]*. 2017;36(1):48–53.
32. Torres D, Fuentes R, Bornhardt T, Iturriaga V. Erosión dental y sus posibles factores de riesgo en niños: revisión de la literatura. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehab Oral [Internet]*. 2015;9(1).
33. Ostrowska A, Szymański W, Kołodziejczyk Ł, Bołtacz-Rzepkowska E. Evaluation of the Erosive Potential of Selected Isotonic Drinks: In Vitro Studies. *Adv Clin Exp Med [Internet]*. 2016;25(6):1313–9.
34. Milosevic A. Sports drinks hazard to teeth. *Br J Sports Med*. 1997;31(1):28–30.
35. Buzalaf M a, Hannas a R, Kato MT. Saliva and dental erosion. *J Appl Oral Sci*. 2012;20(5):493–502.
36. Puy CL. La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11:E449–55.
37. Bizhang M, Riemer K, Arnold WH, Domin J, Zimmer S. Influence of bristle stiffness of manual toothbrushes on eroded and sound human dentin - an in vitro study. *PLoS One*. 2016;11(4):1–13.
38. Zerón A. Erosión ácida. *Adm*. 2009;LXV.
39. D'ERCOLE S, TIERI M, MARTINELLI D, TRIPODI D. The effect of swimming on oral health status: competitive versus non-competitive athletes. *J Appl Oral Sci [Internet]*. 2016;24(2):107–13.
40. Chuenarrom C, Daosodsai P, Benjakul P. EROSIVE POTENTIAL OF LOW PH SWIMMING POOL WATER ON DENTAL ENAMEL. 2010;24(2):91–4.
41. Moron BM, Miyazaki SSH, Ito N, Wiegand A, Vilhena F, Buzalaf MAR, et al. Impact of different fluoride concentrations and pH of dentifrices on tooth erosion/ abrasion in vitro. *Aust Dent J*. 2013;58(1):106–11.
42. Dawes C, Boroditsky CL. Rapid and severe tooth erosion from swimming in an improperly chlorinated pool: Case report. *J Can Dent Assoc (Tor)*. 2008;74(4):359–61.
43. Thomas MS, Parolia A, Kundabala M, Vikram M. Asthma and oral health: A review. *Aust Dent J*. 2010;55(2):128–33.
44. Elvira D. Trastornos dentales por fármacos. *Farmacovigilância*. 2009;7(1):1–4.
45. Mullan F, Austin RS, Parkinson CR, Hasan A, Bartlett DW. Measurement of surface roughness changes of unpolished and polished enamel following erosion. *PLoS One*. 2017;12(8):1–11.
46. Lussi A, Megert B, Shellis RP, Wang X. Analysis of the erosive effect of different dietary substances and medications. *Br J Nutr*. 2012;107(2):252–62.



Dr. Miguel Pérez Berenguer

El **Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante** lamenta informar sobre la reciente y temprana pérdida del **Dr. Miguel Pérez Berenguer**, fallecido con tan solo 48 años. Colegiado número 1.749 (desde el 15 de julio de 1992), el Dr. Pérez Berenguer recibió en la reciente edición de **Santa Apolonia** la condecoración correspondiente a sus **25 años de colegiación**, como se puede apreciar en la imagen.

El padre del Dr. Pérez, médico estomatólogo, también fue colegiado alicantino y una de sus hermanas ejerció la profesión durante unos años hasta que se decidió por la práctica de otra especialidad médica.

Licenciado en Medicina y Odontología por la Universidad de Valencia, Miguel Pérez Berenguer ejercía la práctica odontológica en su clínica de **Benidorm**.

El Colegio ha recibido numerosas muestras de duelo y cariño hacia Miguel y su familia tanto en redes sociales como personalmente, por parte de colegiados y pacientes que mostraron su respeto por su profesionalidad y su aprecio como persona.

D.E.P. El Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante traslada su más profundo pésame a la familia, compañeros y amigos del doctor Miguel Pérez Berenguer.

José Javier Martínez Blaya

Economista de profesión. Cinéfilo de vocación. Nunca se duerme en el cine y sus conversaciones siempre giran en torno a la última serie o película. Escribe críticas en revistas y periódicos en Alicante y es fiel a los festivales de la zona.

Terminaremos pronto con el reto de esta edición. El amigo Vicente nos propone pasar de El Cid a Ben-Hur. Vamos allá: Charlton Heston protagoniza el Cid, y Ben-Hur. Un paso. Hasta el próximo número. Bueno, de acuerdo, no vale.

Hay que hacerlo en cinco. Lo haremos bien. A veces la dificultad consiste en alargar los pasos, en dar un rodeo para llegar al destino. ¿No forma eso parte también de la vida? Pues venga.



En cinco
pasos

De El Cid a Ben-Hur

1º Paso

El Cid (1961) Anthony Mann:

Pues la recreación estadounidense de uno de los héroes patrios no pudo tener mejor elenco: Sophia Loren, Charlton Heston, dirigidos por el gran Anthony Mann... nos quedamos con el actor Raf Vallone, el intérprete italiano que participó en la estupenda...

2º Paso

El cardenal (1963). Otto Preminger:

Nos cuenta, en retrospectiva, la vida de un sacerdote, desde sus inicios hasta que lo nombran cardenal. Preminger fue un gran director, que entre otras, nos dejó la inolvidable...

3º Paso

Éxodo (1960). Otto Preminger:

De acuerdo, es una visión parcial de la formación del estado de Israel. Fue polémica en su momento, sí. Pero es un retrato de un hecho que marcó la historia de un pueblo, el judío, tras la II Guerra Mundial. Y ahí tenemos a Paul Newman, Eva Marie Saint, y entre otros, un secundario de lujo, Lee J. Cobb, al que también vimos en...

4º Paso

No se compra el silencio (1970) William Wyler:

Ya estamos llegando. Una obra de historias corales, con el tema del racismo de fondo. Wyler es uno de los grandes directores del cine. Algunas de sus producciones son Los mejores años de nuestra vida, Funny Girl, Horizontes de grandeza, Vacaciones en Roma o, por ejemplo...

5º Paso

5º paso: Ben-Hur (1959) William Wyler:

Épica, emocionante, con algunas de las mejores escenas que se recuerdan, un clásico de Semana Santa, atemporal y eterna. Sin duda, una obra imperecedera que, pese a su largo metraje, uno no se cansa de ver.

Y una vez más, reto superado. Total, todo esto es un mero entretenimiento, un pasatiempo cinéfilo. Da igual hacerlo en más pasos, lo importante es escribir un rato sobre cine. Queridos lectores de Molar, hasta el próximo número. Si quieres proponernos tu reto particular, para que unamos a través del cine dos acontecimientos cualquiera, adelante. Envíanos un email a hola@revistamolar.com

El Monte Arabí: La Montaña Mágica

Manuel Carlos Sorribes Tafalla

Manuel Carlos Sorribes Tafalla, médico de vocación y dentista por circunstancias de la vida, apasionado al deporte y a la naturaleza. Aficionado al running y al senderismo, casi 30 años oliendo a eugenol y cuando cuelgo la turbina y la bata, me calzo las zapatillas o las botas de montaña. Los fines de semana, en compañía de un grupo de amigos, madrugamos y nos recorremos los rincones de nuestra bella provincia. Se advierte que crea adicción.

En la ruta de hoy nos vamos a desplazar fuera de las fronteras de la provincia, muy cerca de Yecla. Aquí se esconde la magia del Monte Arabí, un enclave natural que alberga unos de los conjuntos de Pintura Rupestre más importante de la región, y no solo eso: impresionantes formaciones rocosas y múltiples leyendas hacen de este monte un lugar muy especial.



Ficha técnica

Distancia – 9,5 km

Dificultad – Moderada

Desnivel – 366 m

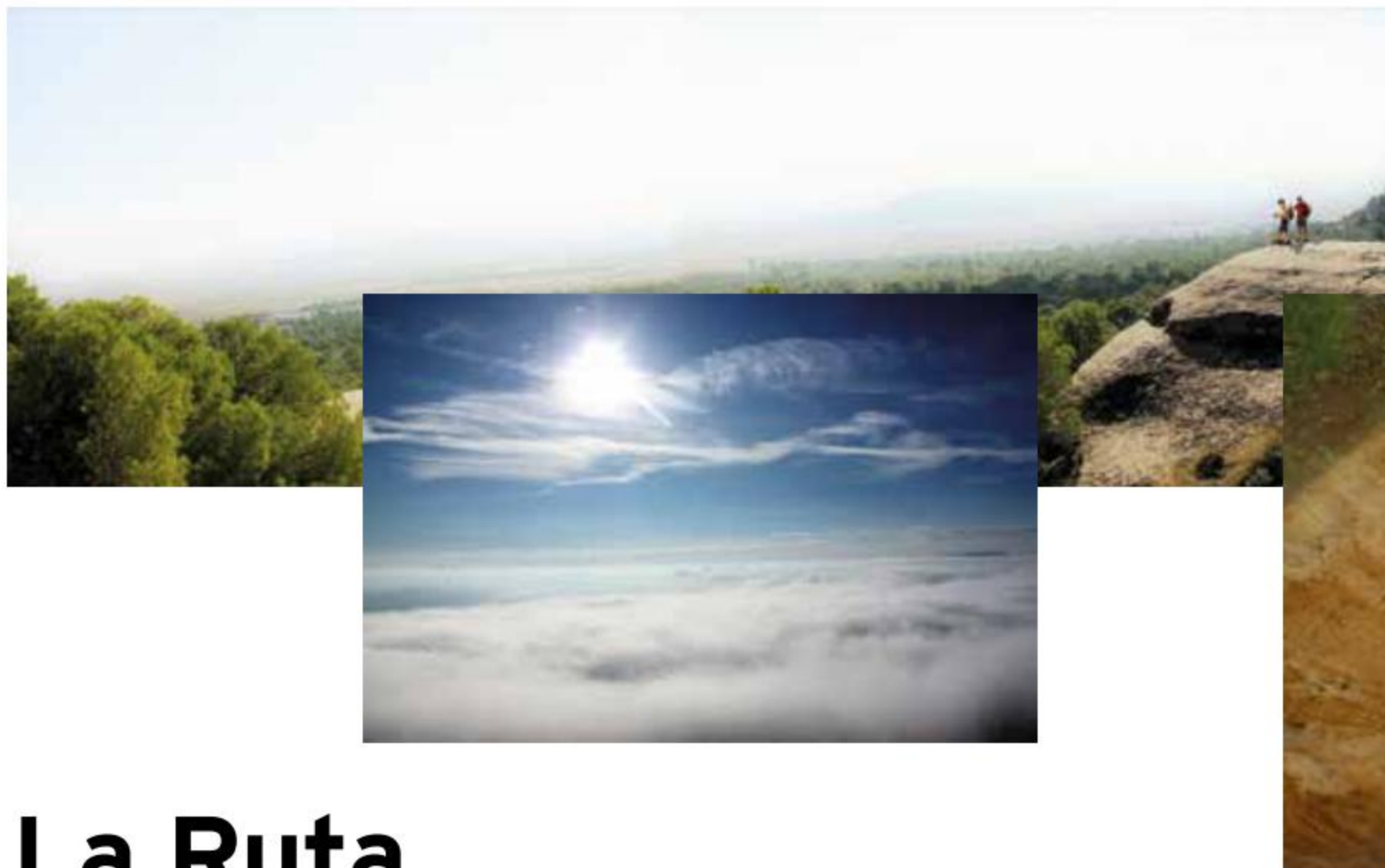
Altitud máx. – 1.031 m

Tiempo – 3 hs 45 min.



START

El Monte Arábí fue declarado por la UNESCO Patrimonio de la Humanidad en 1998. En este paraje natural se han encontrado una serie de marcas en las piedras, denominadas cazoletas y petroglifos, cuyo significado exacto se desconoce. Este monte ha sido objeto de toda clase de leyendas y avistamientos extraterrestres. Se lo tiene por un lugar cargado de una energía especial, habiendo aparecido incluso en el programa Cuarto Milenio.



La Ruta

Para llegar al comienzo de la ruta, tendremos que desplazarnos a la plaza de toros de Yecla y de allí, saliendo por la calle Fuente Álamo en dirección a El Pulpillo-Monte Alegre, tomamos la carretera A-18. Recorreremos unos 16 kilómetros aproximadamente y llegaremos a otra carretera secundaria llamada Travesía del Arábí, recorreremos otros 6 kilómetros y llegaremos hasta la casa del Guarda del Arábí donde dejamos el coche. Comenzamos por la pista forestal y encontramos el área recreativa y un enorme pino carrasco. Continuamos esta pista forestal encontrándonos varios postes indicativos e informativos. Nosotros continuaremos por el mismo camino que llevamos, en este caso en dirección norte, hasta una puerta de madera con una marca de PR (pequeño recorrido), la cruzamos y continuamos hacia nuestra izquierda, en dirección oeste. A pocos metros veremos una bifurcación, tomaremos el camino de la derecha. Pasaremos por unas charcas artificiales, adecuadas para la reproducción de anfibios.

Al poco volvemos a encontrarnos con otra bifurcación de caminos, en esta ocasión tomamos el de la derecha, que es un camino ascendente de tierra. Este camino que se convierte en sendero, va ascendiendo en ocasiones en dirección norte y en otras en dirección este. No es difícil seguirlo, ya

que está bien marcado por el paso de otros senderistas y en ocasiones nos encontramos algún mojón de piedras. Al poco llegaremos a una oquedad excavada en la roca, que dará paso y continuidad a la senda que ahora con una cierta pendiente ascendente, nos llevará hasta el punto geodésico del Monte Arábí.

Esta senda de tierra y piedras, transcurre entre bosques de pino y monte bajo, está bien marcada por el paso. Es una delicia andar por ella, ya que a pesar de la pendiente ascendente de la misma, transcurre entre bellos y silenciosos bosques de pinos, encinas, carrascas, matas de esparto, romero, y es posible observar algún águila real, muflones, jabalís, perdices, conejos, etc. Esta senda finaliza en el punto más alto de esta mágica montaña. Su punto geodésico tiene una altitud de 1065 metros sobre el nivel del mar. Las vistas desde este punto son impresionantes, tiene una visión de 360°. Merece la pena pararse un rato para admirar estas vistas y aprovechar para reponer fuerzas.

A partir de aquí todo el descenso se realiza a través de sendas de tierra, pasando en ocasiones por grandes bloques de piedras caliza, a veces parece que se pierde la senda, pero rápidamente volvemos a encontrarla. Casi todo



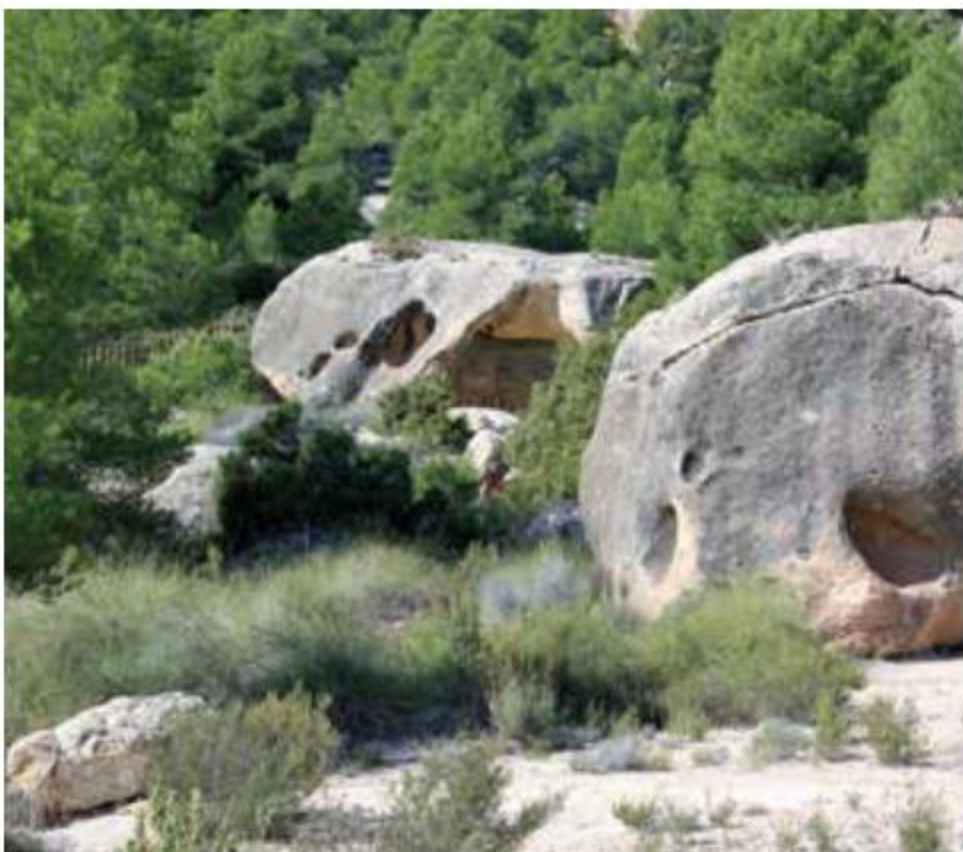
este descenso se realiza por la cara este de la montaña. Aproximadamente cuando llevemos unos 5,6 kilómetros de inicio de la ruta, llegaremos a una gran piedra de caliza, donde en su parte superior hay una enorme abertura. Este es el techo de la bóveda de la “Cueva de la Horadada”, que se encuentra en la ladera noreste ; es una enorme apertura en la roca debido al efecto de la erosión de la correntía del agua durante el transcurso del tiempo. Desde esta abertura continuamos la senda en dirección casi sur durante unos 800 metros y llegando a unas escaleras metálicas, que utilizaremos para descender y poder acceder al interior de esta cueva de la Horadada.

Una vez bajadas las escaleras, siguiendo la senda esta vez en dirección norte, llegaremos a la boca de la cueva. Esta se encuentra en la cara este de la montaña. En su interior hay una gran cantidad de formas geométricas debido a la erosión del agua y del viento.

Tras visitar la cueva, regresamos por nuestros pasos hasta la escalera y volvemos a subirla. Ahora seguimos la senda que hay a la izquierda de ella y que transcurre en dirección sur, pasando junto a los abrigos del “Mediodía”, que tienen en sus paredes otra serie de pinturas rupestres.

A lo largo de este recorrido sobre una cómoda senda de tierra bien marcada, que transcurre por bosques de pino carrasco, podemos observar algunas cuevas, formas redondeadas, agujeros, relieves, etc.

Después de andar durante 1,86 km., por esta senda llegaremos de nuevo a la Casa del Guarda y de ahí al vehículo nos restan unos 300 metros, donde daremos por finalizada esta ruta circular.



Más información

Web del Ayuntamiento de Yecla

Comunicación en cifras

16

**Artículos en
informacion.es**

Sección propia en el diario digital de información.
Titulada Consejos Oficiales de Salud Bucodental.



+100.000

Veces que se ha
mostrado cada
artículo en la web de
información



4.678

Personas
(Media de usuarios
únicos)



5.000

Personas
(Media de páginas
vistas)



06:20

Minutos
(Tiempo medio de
estancia en las noticias)

85

Noticias publicadas en coea.es

(Previsión +10% a final de año).

81

Noticias compartidas

Noticias compartidas en redes sociales como facebook y twitter.

80

Artículos compartidos en nuestra app

(Todas las informaciones públicas de nuestra web son compartidas también en el apartado dedicado a las noticias de la coeapp).

1.150

Seguidores en twitter

(+18%) 161 publicaciones (+4%).
470 me gusta (+3%).
569 compartidas (+1%)

32

Publicaciones subidas en issuu

(Datos generales) 32 publicaciones
3.300 lecturas totales 21.851
personas alcanzadas (+12%)

X2

Dos publicaciones de la revista Molar

136 páginas de
Información al Colegiado

1.452

Me gustas en Facebook

(+ 8%) 61% de los seguidores son mujeres. 38% de los seguidores tienen entre 25 y 34 años. 30% de los seguidores tienen entre 35 y 44 años.

2.665

2.665 compartidas (+10%)

181

Publicaciones

75.500

75.500 alcanzadas (+21%)

11.314

Me gusta (+20%)

Prensa tradicional

Principales noticias publicadas en papel

19 Feb.

Sábado 19 de Febrero
diario Información.

Salud bucodental.



27 Feb.

Martes 27 de Febrero
2018 Diario Información.

Solidaridad



7 Abr.

Sábado 7 de Abril
diario Información.

Doble página



Dentistas sin asteriscos.

COEAI



21 Abr.

Sábado 21 de Abril
diario Información.

Piercing

Con piercings en lengua o labios sin cicatrizar se debe evitar el alcohol y el tabaco

LOS DENTISTAS ADVIERTEN DE QUE PUEDEN SUPONER FRACTURAS EN LOS DIENTES, TRAUMATISMOS O INFECCIONES GRAVES

■ Muchos jóvenes deciden ponerse un piercing en la lengua o en los labios, sin ser conscientes de que es uno de los factores de riesgo más importantes para la salud bucodental, como alerta el Consejo General de Colegios de Dentistas de España, al que pertenece el Colegio de Dentistas de Alicante. Recomiendan evitar el tabaco, el alcohol y las grasas hasta que la herida del piercing no haya cicatrizado, o utilizar enjuagues antisépticos indicados por el dentista. Recuerdan que es clave mantener limpio el piercing, retirarlo si se practica algún deporte o usar protectores bucales; y comprobar periódicamente el ajuste del accesorio para evitar arrastres o irritaciones. Los riesgos de no cumplir estas recomendaciones son varios. Aparece hipersensibilidad, que suele ser muy molesta; también aumenta el riesgo de sufrir fracturas y fisuras dentales. Las infecciones son las consecuencias más comunes, ya que al ser un entorno húmedo, en la boca se reproducen cientos de bacterias, por lo que es necesario emplear las medidas higiénicas adecuadas en el momento de hacer el piercing y también después.

13 May.

Domingo 13 de Mayo
diario Información.

Entrevista a presidente.

21 Oct.

Domingo 21 de Octubre
diario Información.

Tribuna

10 Nov.

Sábado 10 de Noviembre
diario Información.

Cáncer oral

Revisiones gratuitas en Alicante para el diagnóstico precoz del cáncer oral

UNA TREINTENA DE CLÍNICAS DE ALICANTE COLABORAN CON ESTA INICIATIVA REALIZANDO REVISIONES GRATUITAS

REDACCIÓN

■ Comienza la Campaña para el Diagnóstico Precoz del Cáncer Oral que organiza el Consejo General de Dentistas con la colaboración del Consejo General de Farmacéuticos y

salta la trascendencia que tiene el cáncer oral para la población española y concienciar de la importancia de las revisiones periódicas para detectar a tiempo la enfermedad.

En Alicante hay registradas en esta campaña una treintena de clínicas que realizan revisiones gratuitas, las cuales se pueden encontrar en este enlace: canceroral.es/buscador-de-clinicas-participantes/.

Cada año se detectan 600.000 casos de cáncer oral en todo el mundo, 7.000 en España. De todos ellos, sólo se diagnostican de for-

Dres. Pla García y Pla Martínez

Licenciado en Medicina y Cirugía y especialista en Estomatología, el padre, Pla García. Licenciado en Odontología, máster en Ciencias Odontológicas y máster en Periodoncia e Implantes, el hijo.



“Debemos hacer a medida de cada paciente su programa de mantenimiento del implante”

Los Dres. Rafael Pla García y Rafael Pla Martínez ofrecieron el 26 de octubre un curso organizado por el Colegio de Dentistas de Alicante bajo el título "Cómo obtener un complejo plerimplantario estable". El curso, que contó con la colaboración de BTI Human Technology, se impartía en Previsión Sanitaria.

"Tenemos que informar al paciente de los posibles riesgos que conlleva la colocación de implantes dentales"

¿Cuáles consideran que son las principales causas de la osteonecrosis maxilar?

Principalmente la toma de medicamentos que alteran el metabolismo óseo como los bifosfonatos o los anticuerpos monoclonales. La osteonecrosis también puede ser producida por tratamientos de radioterapia.

¿Se puede prevenir? ¿Cómo se puede reducir el riesgo?

Lo más importante es hacer una buena anamnesis para conocer qué medicamento está tomando el paciente, desde hace cuánto tiempo y por qué vía lo está tomando. Tomando las precauciones adecuadas y siguiendo los protocolos para cada caso, se pueden realizar cirugías con un riesgo muy bajo.

Cada paciente es un caso distinto, pero ¿existe alguna pauta concreta para mantener los resultados de un implante en el tiempo?

Efectivamente, lo más importante es individualizar el caso, hay que controlar los factores de riesgo del paciente, tanto los modificables como los genéticos antes de comenzar el tratamiento. A continuación, es necesario realizar una cirugía en la que obtengamos un entorno estable tanto de tejido duro como blando. La prótesis y su correcto diseño es otro pilar fundamental para el mantenimiento de los implantes dentales. Por último, un correcto programa de mantenimiento hecho a medida para el paciente es la parte más importante para mantener en el tiempo nuestros resultados.

¿Qué les parece que en la publicidad actual se "garantice" el éxito de un implante?

Cuando un cirujano implanta una prótesis de cadera, al paciente se le avisa que el 80% de los casos durará más de 15 años. No se puede ser tan osado como para pensar que la periimplantitis nos es algo ajeno. Debemos informar al paciente de los posibles riesgos que conlleva la colocación de implantes dentales y decirle que debemos reducir al máximo

los factores de riesgo. Debemos involucrar al paciente en el cuidado e higiene de las prótesis sobre implantes, así como la importancia de las revisiones periódicas para comprobar que todo está funcionando correctamente.

¿Qué importancia tienen los avances tecnológicos en la mejora de las técnicas?

Muchísima, principalmente en el área de los biomateriales. Hoy en día contamos con superficies bioactivas, aditamentos protésicos con una gran precisión que tienen un ajuste casi perfecto y prótesis fresadas con unas propiedades mecánicas y de ajuste muy superiores a las tradicionales.

¿Qué ofrece su curso que lo hace distinto de otros cursos sobre la materia?

En nuestro curso hacemos un enfoque global de la implantología, intentaremos controlar todos los factores que influyen en la estabilidad del implante a largo plazo desde la fase de preparación del paciente, cirugía de colocación de implantes, manejo de tejido blando, diseño protésico y mantenimiento. Es fundamental tener esta visión global pues no vale de nada ser un fantástico cirujano o rehabilitador si fallan otros aspectos fundamentales del tratamiento.

¿Hay alguna técnica/procedimiento de las que ustedes narran que el dentista podrá aplicar ya el lunes siguiente en su clínica?

Por supuesto, en este curso mostraremos cual debe ser la filosofía y los protocolos para, de una manera sencilla, poder minimizar las complicaciones producidas por las enfermedades periimplantarias.

"Alicante en Fiestas"



Francisco Javier Mas Pérez

Profesor y cantante lírico. Recopilador de cultura popular en sus ratos libres. Aficionado a la naturaleza, la música, las tradiciones, la fotografía, el cine, la lectura y todo aquello que me haga sentir bien.

Un disco grabado por la Coral Crevillentina y la Banda Municipal de Alicante, bajo la batuta del manchego Moisés Davia y en la compañía Columbia, celebra este 2019 sus bodas de oro.

En el año 1969 se presentó un disco de larga duración o LP del que en 2019 se cumplirán 50 años de su grabación. El disco en cuestión se denomina "Alicante en Fiestas" y fue grabado por la Coral Crevillentina de E. y D. y la Banda Municipal de Alicante bajo la batuta del manchego Moisés Davia quien era, a la sazón, director de las dos citadas entidades. El disco estaba producido por la casa Columbia, muy conocida y prestigiosa en aquellos tiempos. En 1997 se volvió a reeditar en CD por RCA discos.

Este vinilo está compuesto por una serie de piezas musicales en donde tienen cabida todo tipo de manifestaciones de música festera, abarcando desde los momentos más alegres de la fiesta a los más solemnes. Además hace un repaso por diversas poblaciones que destacan, dentro de la provincia de Alicante, por la importancia y reconocimiento nacional e internacional de sus fiestas.

En primer lugar, aparece en el disco el Himno a Alicante que es una composición escrita en valenciano para coro y tenor solista con letra de José María Milego y Francisco Martínez Yagües y música de Juan Latorre Baeza; el solo corre a cargo del tenor murciano Ginés Torrano, que por esa época formaba parte de la plantilla de Discos Columbia y había grabado algunas zarzuelas de renombre nacional.

Alicante y sus Fogueres están representados por otras piezas como Boda Alicantina, pasodoble para banda y coro compuesto en 1967, cuya música y letra son de Moisés Davia. Seguidamente encontramos el conocido y tantas veces inter-

pretado himno de les Fogueres, pasodoble conocido como: Les Fogueres de San "Chuan", obra creada por Luis Torregrosa en 1929 con letra de José Ferrándiz Torremocha. El acerbo popular ha convertido una de sus expresiones: "A la llum de les Fogueres" en el título oficioso por el cual conocen el himno casi todos los alicantinos. Para completar el conjunto "Fogueres" aparecen dos temas del conocido músico granadino Francisco Alonso como Nit de San "Chuan", pasodoble para banda, coro y bajo solista con letra de M. Román en valenciano y el pasodoble morisco llamado La Festa del Poble. Por cierto, el bajo solista del pasodoble Nit de San Chuan es el crevillentino Antonio Fuentes.

Para terminar con la ciudad de Alicante, otra de sus fiestas emblemáticas como la Santa Faz, aparece representada en una Plegaria escrita por el ya citado Moisés Davia. La obra es una plegaria para banda y coro compuesta en 1967 y que se viene interpretando cada año en Alicante con motivo de la peregrinación anual a la Santa Faz el segundo jueves después de Jueves Santo.

Por otra parte, el disco contiene otras piezas en las que salen a relucir los aires festeros de otras poblaciones de la provincia. Así, podemos escuchar la habanera Aromas Illicitanos que menciona la esencia de la ciudad como es el Misteri, el Palmeral, la Nit de l'Albà, la Virgen de la Asunción y la Palmera Imperial entre otros, siendo de hecho, el himno oficioso y popular de la ciudad de Elche. En este caso la composición es de Cascales e Ibarra y el solo está interpretado por el tenor crevillentino Tono Fuentes.

aniversario

Boletín oficial informativo del COEA

Dic. 2018 / Jul. 2019

A continuación tenemos el Pasodoble para coro y banda llamado "La Morenica" escrito y compuesto en 1940 sobre motivos de la jota popular "Villenera" y que se creó como himno a la patrona de la ciudad de Villena por Manuel Carrascosa García. La letra es de Elena Montiel de López y se añadió en 1965 con motivo del nombramiento como hijo adoptivo de Villena del autor de la música; Manuel Carrascosa García.

En un bloque aparte podríamos destacar dos canciones que se salen un poco del tema festivo aunque una de ellas tiene ritmo de marcha. La marcha en cuestión es Mujer Crevillentina, composición con letra del crevillentino Anselmo Mas y música del alicantino Óscar Tordera, muy vinculado al pueblo de Crevillent ya que desde el año 1927 y durante 8 años, fue maestro de música y colaborador de varios coros de la población como el Coro Rabinos, el Coro Alfombras Imperial o la misma Coral Crevillentina, tan presente en el disco que estamos rememorando. Además hay una adaptación de Moisés Davia de una canción popular que nos cuenta las bondades de la Sierra de Mariola, bello paraje natural de nuestra provincia. La soprano solista en este caso es la crevillentina María Teresa Quesada acompañada de la Coral.

Y para concluir el repaso a tan interesante disco mencionaremos las tres piezas que está relacionadas con las fiestas de Moros y Cristianos que se ven representadas por el pasodoble Albaterra de M. Berna así como la marcha mora de J. Mª Mora denominada Orihuela, cerrando el bloque dedicado a los moros y cristianos el "Himne de Festa de Alcoy" composición de M. Gonzalo y que se interpreta en las señeras fiestas de la población de Alcoy dedicadas a San Jordi y de renombre internacional.

En definitiva, una efeméride musical provincial que bien merecería una reedición del disco para difundir un compendio de música festera y tradicional con una gran mayoría de compositores y letristas alicantinos e interpretada con una gran maestría por entidades provinciales de gran solera y con un sonido digno de las mejores grabaciones.



COLOQVIO. BREVE Y
cōpēdiofo. Sobre la materia d la dē
tadura, y marauillofa obra d la bo
ca. Cō muchos remedios y au
fos neceffarios. Y la ordē
de curar, y adreçar
los drentes.



¶ Dirigido, al muy alto y muy pode
roso feñor el Príncipe dō Carlos nro fe
ñor. Cōpueſto por el Bachiller Fránciſco
Martinez. Natural dela villa de Caſtrillo
de onielo. Eſtáte en Valladolid. 1557.
Con preuilegio.
¶ Eſta taſſado en L VII. m.

"Verdadero padre de la
odontología moderna"

Francisco Martínez del Castrillo

Dr. Rubén Soler Ribes

Odontólogo de profesión, hispanista por vocación. Apasionado por la historia, por el mundo militar e incansable viajero. Tiene una extensa biblioteca particular donde a día de hoy estudia todo lo relacionado con la Hispanidad y el impacto de la cultura hispánica en el mundo.

La historia de la ciencia cuenta con ejemplos claros de usurpación de honores. El contable de las primeras expediciones españolas en el Nuevo Mundo, Américo Vespuccio, bautizaría todo un continente con su nombre desplazando de tales honores a los grandes navegantes y adelantados Don Juan de la Cosa (cuyo mapa recomiendo visitar en el Museo Naval de Madrid), Cristóbal Colón y Alonso de Ojeda. Pero si existe un caso flagrante y descarado dentro de nuestra profesión sin duda alguna es el que corresponde a Francisco Martínez del Castrillo con Pierre Fouchard. Pierre Fouchard es reconocido científicamente con el título de padre de la odontología moderna a propósito de su tratado “Le chirurgien dentiste ou traite des dents” escrito en 1723; recuerde la fecha, por favor. En el reúne de manera brillante los conocimientos en la materia hasta el momento.

¿Pero fue realmente el primero?

Dos centurias antes, el licenciado Francisco Martínez del Castrillo (1520-1585) vino al mundo en Castrillo de Onielo, Palencia. Tras estudiar Medicina, no sabemos si en Palencia, Salamanca o Alcalá de Henares, fue nombrado médico de la boca de Felipe II manteniendo una relación estrecha con la regia familia. Precisamente es al desgraciado Infante Don Carlos, primogénito del por entonces monarca más poderoso del mundo, a quien le dedica su primer tratado: “Coloquio

breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca”, en el año de 1557.

A modo de coloquio entre dos paisanos, el autor desgana siguiendo el incipiente método científico todo el saber humano en materia de la boca (anatomía, función, patología, estética, praxis de tratamiento, higiene y prevención) mediante un lenguaje llano y comprensible para lectores no abezados en Medicina. Describe nuevos y variopintos diseños de material quirúrgico para exodonciar piezas dentales, herederos de la odontagra griega o el pelícano medieval. Desmiente de manera rotunda planteamientos erróneos de tradición inmemorial como la teoría del gusano, según la cual, el negujón (caries) es causado por un gusanito que orada el diente. Apuesto a que el lector ha atendido a algún paciente que le ha dicho tener alguna muela “cucada” (agusanada en lengua valenciana).

Casi la cuarta parte de su obra la dedica a periodoncia. Describe los tres tipos de toba (sarro) existente y acusa a la misma de ser la causante de la pérdida ósea y precipitación del diente, es decir, la enfermedad periodontal. Como dato curioso en el coloquio podemos intuir el origen etimológico de la palabra “toalla” (toballa en valenciano) cuando el autor aconseja la remoción de la toba con un pañuelo abrasivo todas

“Si debe existir un padre de la odontología moderna ese es sin duda alguna Francisco Martínez del Castrillo, de quien hemos de sentirnos profundamente orgullosos”

las mañanas. Pañuelo abrasivo impregnado en el precursor del dentífrico, compuesto por piedra pómez molida, cuerno de ciervo quemado (fosfato y carbonato de cal), sangre de drago y coral. Para tratar la halitosis aconseja enjuagar la boca con mirra e incienso.

En aquellos tiempos no existían los cepillos de dientes, lo más parecido era el siwak utilizado por la medicina árabe, pero en la Europa cristiana se aconsejaba remover restos alimenticios con un mondadientes. Las clases pudientes los tenían de oro o plata colgados del cuello a modo de alhaja.

También da clamorosa importancia a la remoción de alimentos azucarados, blandos y pringosos todo enmarcado en el contexto médico de las “teorías humoral, galénicas e hipocráticas”, teorías que posteriormente se descartarían con los avances de la ciencia médica, pero por favor, entiendan el contexto histórico en el que enmarcamos a nuestro personaje.

Posteriormente, en 1570 el palentino escribiría el “Tratado breve y compendioso..”, no a modo de coloquio vulgar con rimas graciosas y de más, sino como tratado serio dirigido a un público especializado. En él incorpora nueva documentación.

No hemos de desdeñar en ningún momento el valor que merece la obra de Fouchard, pero la historiografía demuestra que 181 años antes de que el precipitadamente llamado “padre de la odontología moderna” publicara su tratado, un ilustre médico español daría al mundo la espléndida obra que se encumbraría como el compendio más antiguo y completo en materia odontológica hasta el momento. Ese tratado sería referencia absoluta para iniciados y profesionales hasta la aparición de “Le chirurgien dentiste ou traite des dents” en 1723, recuerde el lector, 181 años después...

Sin lugar a dudas la leyenda negra que nuestros enemigos históricos vertieron sobre nuestro pueblo a lo largo de los siglos dio como resultado la caída en el olvido del palentino y la posterior gloria del francés.

Por tanto es responsabilidad nuestra darle el reconocimiento que le corresponde en el altar de la ciencia médica. Si debe existir un padre de la odontología moderna ese es sin duda alguna Francisco Martínez del Castrillo, de quien hemos de sentirnos profundamente orgullosos por su figura y obra, como odontólogos, como estomatólogos y como españoles.

“Casi la cuarta parte de su obra la dedica a periodoncia. Describe los tres tipos de toba (sarro) existente y acusa a la misma de ser la causante de la pérdida ósea y precipitación del diente”



¿Cuáles son las competencias del Colegio ante casos como “iDental”?

Un Colegio profesional es una Corporación de Derecho Público reconocida en nuestra Constitución, que por su naturaleza, tiene la peculiaridad de ejercer tanto funciones públicas como privadas. Por eso, los colegios profesionales se sitúan entre la Administración, los colegiados, los pacientes y las empresas, y en ocasiones, por ostentar esa dualidad para realizar sus funciones, se tiene una percepción confusa de sus capacidades legales. Esto ha ocurrido con ocasión del caso “iDental”, respecto al cual, desde algunos colectivos, afectados y profesionales, se ha afirmado que la Organización Colegial de la Odontología no ha hecho nada para evitarlo y tampoco para ayudar a los afectados. Es necesario aclarar, por lo menos a grandes rasgos, cuáles son las funciones y competencias colegiales para que no haya confusiones.

Isabel Doménech
Abogada del Colegio





Según la Ley de Colegios Profesionales, los fines colegiales son:

01.

La ordenación de la profesión y control deontológico y ético del ejercicio profesional de los colegiados. Para ello, la Ley atribuye a los Colegios la Potestad Disciplinaria frente a los colegiados que ejerzan en su territorio, pudiendo estos ser sancionados tras un procedimiento de carácter administrativo cuando se vulneren las normas éticas establecidas en sus Códigos de Ética y Deontología profesional.

02.

La representación institucional exclusiva de las profesiones cuando estén sujetas a colegiación obligatoria.

03.

La defensa de los intereses profesionales de sus colegiados, como la lucha contra el intrusismo.

04.

La protección de los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios de sus colegiados.

Conforme a dichos fines ¿Qué control realiza la Organización Colegial con respecto a las clínicas dentales?

Mediante la potestad disciplinaria, los Colegios de Dentistas pueden ejercer un control ético respecto a los servicios que prestan individualmente los odontólogos colegiados, pero esta capacidad no les ha sido conferida respecto a la actividad de empresas de servicios dentales (sociedades mercantiles o clínicas de titularidad de un empresario para los que trabajan algunos dentistas).

El único supuesto en el que los Colegios ostentan potestad disciplinaria frente a estas empresas es cuando se han constituido como “Sociedades Profesionales”, inscribiéndose como tales tanto en el Registro Mercantil como en el correspondiente Colegio Oficial, teniendo a efectos de control ético la misma consideración que un colegiado.

Por este motivo, la Organización Colegial de la Odontología lleva reclamando desde hace años a la Administración que se aplique con todo rigor la Ley de Sociedades Profesionales, para así evitar que las empresas de servicios sanitarios se evadan del control ético al poder elegir, al constituirse, la aplicación de la legislación exclusivamente mercantil, no considerándose legalmente como sociedades profesionales.

El Consejo General de Dentistas explica: “La Organización Colegial no tiene ninguna competencia ni responsabilidad en cuanto al control de las clínicas dentales. Son las Consejerías de Sanidad o sus Departamentos de Inspección los organismos competentes para la concesión y

renovación de las autorizaciones de los centros sanitarios, así como la inspección y control de estos”.

Por tanto, y conforme a la legalidad vigente, lo que sí pueden hacer los Colegios es denunciar ante las autoridades competentes cualquier incumplimiento normativo por parte de una clínica dental, tal y como se ha hecho desde 2015 por los Colegios de Dentistas de toda España y por el Consejo General con el entramado de empresas del grupo iDental, y con otro tipo de empresas o de actividades dentales netamente mercantilistas.

Potestad sancionadora

Una de las principales funciones de la Organización Colegial es velar por el cumplimiento de los principios éticos y deontológicos por parte de los dentistas en el ejercicio de su profesión. Estos principios se encuentran plasmados en el Código Español de Ética y Deontología Dental, y su desarrollo procedimental, en los Estatutos y en los Reglamentos de régimen interno.

Para ello se debe incoar un procedimiento administrativo colegial, legalmente determinado, previo informe del Comité de Ética y Deontología. En este procedimiento disciplinario sancionador el colegiado goza de todos los derechos necesarios para poder defenderse, sin que los reclamantes o denunciantes sean considerados parte interesada en el procedimiento.

Los ciudadanos deben saber que la potestad sancionadora colegial no es incompatible con otras vías de actuación por parte del denunciante.

Los Colegios de Dentistas no pueden pronunciarse sobre la existencia de una responsabilidad civil derivada de una mala praxis, ni establecer indemnizaciones a favor de los pacientes, pues esta competencia reside “única y exclusivamente en los Tribunales de Justicia”, a los cuales se debe acudir cuando lo que se pretende es un pronunciamiento sobre mala praxis.

Las sanciones colegiales son de carácter administrativo colegial, que abarcan desde la más leve, de amonestación privada, hasta la más grave, de expulsión e inhabilitación para el ejercicio, pasando por la imposición de multas, en diversos grados.

El procedimiento sancionador puede ser objeto de revisión por los tribunales de la jurisdicción contenciosa- administrativa.

En cuanto a los Precios de los tratamientos, existen solicitudes de algunos colectivos de afectados para que el Consejo y los Colegios de Dentistas obliguen a establecer precios más económicos de tratamientos dentales. Sin embargo la Ley de Colegios Profesionales impone que el ejercicio de las profesiones colegiadas debe realizarse en régimen de libre competencia y que sólo esté sujeta, en cuanto a la oferta de servicios y formación de precios, a la Ley sobre Defensa de la Competencia (LDC). Esta Ley PROHÍBE la existencia de recomendaciones colectivas de precios, incluso aunque sea a través de baremos de mínimos de carácter meramente orientativo. Esta falta de competencia de los colegios está estrictamente vigilada por los correspondientes órganos administrativos.

Asimismo, al dentista le está vedado la percepción de “sobrecostes” a los pacientes por los productos fabricados por los laboratorios de prótesis porque, la colocación de las prótesis en la boca de los pacientes por parte de los dentistas no es un acto de reventa, comercialización ni distribución sino que forma parte de las atribuciones propias del dentista, contempladas dentro de su reserva de actividad, conforme dispone Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.



Por último, en lo relativo a la Realización de informes periciales, debemos distinguir entre informe sobre el estado de salud bucodental e informe o dictamen pericial. El Informe sobre el estado de salud bucodental lo puede elaborar cualquier odontólogo tras la exploración de un paciente (estado de los dientes, tratamientos que debería realizarse, etc.). Se limita a establecer y/o describir una situación bucal determinada comprobada directamente, mediante exploración o pruebas técnicas.

Sin embargo, el informe pericial va dirigido a establecer conclusiones a las que ha llegado el técnico perito sobre una cuestión concreta, como puede ser la existencia o no de una mala praxis de la que se derive una posible responsabilidad civil, un nexo causal dañoso, unos daños y/o secuelas y una valoración de los mismos, ya sea en términos económicos o mediante puntuación sobre baremos oficiales.

Los informes periciales deben ser elaborados por profesionales expertos en una determinada materia y con los conocimientos jurídicos necesarios que dichos dictámenes puedan ser legalmente utilizados como prueba en sede judicial y el perito someterse a las cuestiones de las partes litigantes, del Juez o del Ministerio Fiscal y ofrecer las aclaraciones y explicaciones pertinentes en un juicio. A fin de asegurar que el contenido del informe es lo más

objetivo posible, se prohíbe que el perito que lo elabora este tratando, haya tratado o pretenda tratar en el futuro al paciente examinado.

Al igual que los Colegios no pueden orientar en cuanto a honorarios profesionales ni establecer límites a los mismos, carece de competencia para fijar los precios de los informes o dictámenes periciales. Por otro lado, los Colegios oficiales de Dentistas deben elaborar listados de peritos de adscripción voluntaria a disposición de Jueces y Fiscales para la cobertura de los procedimientos judiciales en curso sobre los que el Juzgado emita la correspondiente orden de nombramiento o de solicitud del listado al Colegio, siendo su coste cubierto por la Consellería de Justicia cuando la parte proponente de la prueba goce del beneficio de Justicia Gratuita con una cantidad predeterminada por Orden autonómica.

La elaboración de un informe pericial forma parte del ejercicio profesional y supone una responsabilidad para el profesional. Tanto es así que el ejercicio pericial también se contempla en el Código Español de Ética y Deontología Dental. En cualquier caso, la decisión de renunciar a la remuneración por la elaboración de un informe pericial como de situación, corresponde únicamente al profesional.

**Solidaridad / Dentistas
Pacientes en condiciones
Llamamiento / Servicio
Necesitamos dentistas
provincia / Ayuda / “Un
un año” / Compromiso
Llama al Colegio / Part
96 514 04 30 coea@coe**

Despensa Solidaria es una asociación sin ánimo de lucro formada por voluntarios que trabajan de forma altruista para ayudar a personas en situación de extrema necesidad. Sus atenciones abarcan distintos servicios como la recogida de alimentos, la atención sanitaria o el apoyo a estudiantes.

El Colegio de Dentistas de Alicante hace efectivo su compromiso de ofrecer atención solidaria a través de sus colegiados. La ONG es la encargada de la selección de los pacientes a través de trabajadoras sociales y el Colegio pone en contacto a los dentistas voluntarios con Despensa Solidaria para atender a los más necesitados en sus propias clínicas.

s de Alicante /
nes de exclusión grave /
os Dentales Solidarios /
s solidarios / En toda la
n dentista, un paciente,
o / Responsabilidad /
icipa :
ea.es



COEA

Colegio Oficial de
Odontólogos y Estomatólogos
de Alicante

José Navarro Pedreño

Profesor de Ciencias Ambientales de la Universidad
Miguel Hernández de Elche.

Uno de los mayores atractivos de la provincia de Alicante son sus playas, su diversidad de ambientes litorales. Podemos encontrar tanto playas de arenas blancas de gran valor, como los acantilados más altos y espectaculares del Mediterráneo. Su cuidado es fundamental por muchas razones, una de ellas afecta a la economía, a nuestra principal que es el turismo.



Acantilados rocosos

Cala del Moraig y de los Tiestos



Cala del Moraig y de los Tiestos

Si por norma debemos ser respetuosos con nuestro medio para mantener un entorno saludable, en el caso de las zonas costeras, debemos doblar nuestro esfuerzo por su cuidado y mantenimiento por la gran afección asociada a los numerosos visitantes.

En este número de la revista, hablaremos de una zona de acantilados, situada en la localidad de Benitachell/Benitatchell, al norte de la provincia de Alicante, en el corazón de la Marina Alta. En este municipio, se encuentra ubicada una cala cuya playa de gravas es de las más visitadas en verano, sometida a gran presión humana,

porque se encuentra rodeada de un impresionante paisaje acantilado y sus aguas son cristalinas, nos referimos a la Cala del Moraig. Ha sido, junto a otras playas cercanas, como la playa de la Granadella (Xabia) de la que hablaremos en otra ocasión, considerada como de las diez playas de mayor belleza de España.

Situada casi a los pies del Poble Nou de Benitatxell, bajo la sombra del macizo bético del Puig Llorença, la rodean acantilados de más de cien metros de altura, con presencia de fallas y otras formaciones geológicas que vigilan las aguas de esta cala y generan un paisaje espectacular. El sustrato de la playa son gravas y cantos rodados, formados por la acción de batimiento de las olas y su acumulación a los pies de los acantilados. El valor natural de este enclave es fundamentalmente por la riqueza geológica de la zona, convirtiendo el espacio en un auténtico monumento natural.

Aunque su formación es de origen natural, su accesibilidad y ensanchamiento se vieron favorecidos por una serie de voladuras realizadas durante los años sesenta del siglo pasado. Sin embargo, con alguna periodicidad, se han realizado posteriormente pequeñas voladuras para evitar riesgos de desprendimientos que pudieran afectar a los usuarios de este paraje y siguieran permitiendo el acceso a lo largo de todos estos últimos años.

Contigua a la Cala del Moraig, siguiendo la línea de costa, se encuentra la Cala de los Tiestos, situada a los pies del Morro Falquí. Este es una impresionante formación situada junto al mar, que presenta una forma característica de silla de montar con un extremo situado sobre el mar a modo de voladizo. A la cala, que es de muy difícil acceso, se puede llegar por el pequeño barranco que la encierra, con equipamiento conveniente para la escalada. Sin embargo, el mejor acceso es por el mar, bien usando una embarcación o siendo un nadador experto. En cualquier caso, desde los miradores que rodean la Cala del Moraig y la de los Tiestos, es posible su contemplación (mirador de la Cala de los Tiestos) y eso ya, es un lujo. Si evitamos acceder a la misma, preservaremos su encanto y favoreceremos que esta cala sea un refugio natural.

Es evidente que toda la zona invita al sosiego, al descanso, el baño y la práctica del submarinismo. Pero todas estas actividades deben ser responsables y consecuentes con el mantenimiento de uno de los espacios costeros de mayor belleza del Mediterráneo.

Además, de las calas, se puede visitar la Cova dels Arcs, situada en uno de los extremos de la Cala del Moraig, cercano al acceso a la playa. Esta es una gruta de gran belleza que corresponde con la salida al mar de un río subterráneo, el "riu Blanc", que descarga aguas del acuífero de Benissa. Lo más destacado son los arcos naturales que forman una gran bóveda, enmarcando la cueva que se comunica por debajo del agua con otras cavidades por galerías bajo el nivel del mar.

Es un auténtico paraíso para expertos en el buceo y la espeleología, con más de un kilómetro explorado hasta el momento.

Es importante la labor de conservación y difusión de tan rico patrimonio geológico, por lo que el Ayuntamiento de Benitatxell ha facilitado la información y señalado un sendero para su divulgación, facilitando la visita y siendo necesario respetar este sendero. Los extraordinarios valores geológicos de la zona, minusvalorados muchas veces frente a otros, la hacen merecedora de la mayor protección que se le pueda otorgar según la legislación valenciana actual. En la actualidad, se reconoce como protección la cueva con el nombre de "Cova del Moraig", y las calas mencionadas se encuentran en las áreas declaradas como lugar de interés comunitario (LIC) y zona de especial protección para las aves (ZEPA) denominadas ambas "Penyasegats de la Marina", desde el año 2001 y 2009 respectivamente.

Si se quiere conocer mejor su historia geológica, el legado tan importante que supone y las formaciones que podemos ver, se puede recurrir a la guía publicada en el año 2011, cuando el Geolodía de la provincia de Alicante se dedicó a este entorno fundamental en la Costa Blanca.

Como siempre, se requiere observar una buena conducta y respeto cuando visitemos nuestros espacios naturales, tengan o no declaración oficial como tales, es una de las reglas máximas que debemos seguir. Solo así dejaremos un legado a nuestros hijos que les haga sentir orgullosos de la tierra en la que nacieron, que sea saludable y con futuro.

***Además, de las calas,
se puede visitar
la Cova dels Arcs,
situada en uno de los
extremos de la Cala
del Moraig, cercano al
acceso a la playa***



+ información:

Escanea este código para
descargar la guía 2011.

Es importante la labor de conservación y difusión de tan rico patrimonio geológico, por lo que el Ayuntamiento de Benitatxell ha facilitado la información y señalizado un sendero para su divulgación

Falla:
Fractura geológica próxima a la Cala de los Tiestos.



Cueva arcos:
Cueva de los Arcos (Cova dels Arcs).



Afloramiento aguas:
Afloramiento de las aguas de los ríos subterráneos del acuífero de Benissa, el "rio Blanc".



Morro falquí:
Imagen del Morro Falquí.

Dres. María Carlota Gelos y Daniel Paesani

La Dra. Gelos es egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, doctora en Odontología y graduada en la Universidad Nacional de Córdoba. El Dr. Paesani tiene formación de Postgrado en EE UU en programas de Oclusión y ATM en las Universidades de Kentucky y Rochester, es profesor del Postgrado de la Universidad del Salvador/AOA en el área de Bruxismo y ATM.

"El objetivo a cumplir es actualizar los conceptos de bruxismo dentro de la odontología"

"Conceptos modernos de bruxismo y DTM" es el título del curso que los Dres. María Carlota Gelos y Daniel Paesani ofrecían el 9 y 10 de noviembre dentro del programa de Formación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante (COEA).



¿Se está diagnosticando bien el bruxismo actualmente?

Este es un tema de mucha atención en la actualidad y la respuesta es NO. Hoy se considera al diagnóstico del bruxismo como un tema complejo. El valor del diagnóstico está en relación con el Gold Standard (herramienta de medición) que se utiliza para considerar cuando una persona efectivamente realiza bruxismo. Estas herramientas son diferentes según se intente diagnosticar la presencia de bruxismo del sueño o de la vigilia. Durante el curso se analiza el grado de precisión diagnóstica para cada forma de bruxismo en relación al método utilizado para su diagnóstico. A la vez se expondrán las dificultades y errores de diagnóstico que existen al utilizar los métodos tradicionales.

¿Cuáles son los tipos de bruxismo más comunes entre los pacientes?

Las formas más frecuentes de bruxismo están relacionadas al momento del ritmo circadiano. Mientras que durante el sueño prevalece la forma de bruxismo excéntrico (frotamiento de los dientes) con producción de ruidos de rechinar, durante la vigilia las formas más típicas son el apretamiento centrado sostenido y la contracción de los músculos elevadores sin contacto dentario (bracing). Esta última forma ha sido recientemente agregada en la definición de bruxismo.

¿Qué relación existe entre el bruxismo y los dolores de cabeza?

Este es un tema en el que se han producido muchas novedades que han originado un importante cambio de paradigmas en el área del bruxismo. Por lo tanto, el mismo recibirá un tratamiento extenso dentro de la currícula del curso. En contra de la arraigada creencia profesional y popular, los estudios científicos que han utilizado herramientas precisas para diagnosticar el bruxismo del sueño y lo han comparado con el dolor matinal han encontrado una relación negativa entre ambos. Sin embargo, si la misma asociación se investiga en el bruxismo de la vigilia, los resultados serán distintos.

¿Cuáles son las principales causas del bruxismo que ustedes han detectado?

Se debe aclarar primeramente que hoy día se consideran dos tipos de bruxismos diferentes, el del sueño y el de la vigilia. Ambos tendrían causas, diagnóstico, consecuencias y manejo diferentes. En el pasado las diferencias entre ambas formas de bruxismo no fueron puestas al descubierto y se consideraba al bruxismo como una entidad única. Hoy se cree que el bruxismo del sueño es el producto de un desbalance entre la actividad simpática y parasimpática que se dispara como consecuencia de un estado de aligeramiento de la profundidad del sueño que se conoce con el nombre de micro despertar (arousal). Esta situación no es detectable por otro método que no sea la electroencefalografía que se realiza en los estudios polisomnográficos del sueño. Con respecto al posible factor desencadenante del bruxismo durante el estado de conciencia (vigilia), no existe al respecto un consenso acerca de la etiología. Muchos consideran al estrés emocional como un

factor causal del bruxismo. Sin embargo los estudios científicos solo han podido considerar al estrés como un factor de riesgo para la producción de bruxismo durante la vigilia.

¿Qué técnica diagnóstica es la más eficaz en estos casos?

Para el diagnóstico del bruxismo del sueño existen diferentes maneras de identificarlo. La más exacta (solo utilizable en investigaciones debido a su alto costo) es la polisomnografía del sueño tanto en laboratorios de sueño como así también ambulatoria. Hoy día se cuenta con la ayuda de aparatología electrónica ambulatoria que registra la actividad de los músculos maseteros precedidos por un incremento de la actividad cardíaca (taquicardia). Estos aparatos electromiografos se han desarrollado en Italia y se comercializan con el nombre de BRUXOFF®. Diferente es el caso del bruxismo de la vigilia cuyo diagnóstico se realiza a partir del reconocimiento por parte del propio paciente quien suele identificar la realización inconsciente y automatizada del apretamiento dentario mientras realiza tareas las cuales no son siempre de características estresantes.

¿Qué hay en su curso distintivo sobre otros cursos de la materia?

Bueno esta pregunta no es fácil de contestar dado que no estamos al tanto acerca del contenido de cursos similares que nos permita analizar la existencia de posibles diferencias. Pero por cierto los asistentes tienen la oportunidad de escuchar una versión actualizada, basada en evidencias científicas y sobre todo la presentación de un nuevo paradigma en bruxismo que permitirá sustituir el miedo de la ignorancia que la mística nos acostumbra a padecer por el respeto y la seguridad que la ciencia nos da para poder afrontar con solvencia el manejo del paciente bruxista.

¿Existe buena comunicación entre médicos generalistas o pediatras con los dentistas para trabajar esta patología?

No en absoluto, este es justamente un objetivo a cumplir. Los médicos manejan una versión ya superada del bruxismo. En los últimos años los paradigmas han ido cambiando, en beneficio de un mejor esclarecimiento del tema. De ahora en más el objetivo a cumplir es actualizar los conceptos de bruxismo dentro de la odontología y a partir de allí hacer participar a los médicos para lograr un futuro trabajo en equipo. El bruxismo dejó de pertenecer exclusivamente a los odontólogos para formar parte de una de las tantas alteraciones del sueño y de los desórdenes del movimiento que son actualmente manejados por un equipo especializado en estos desórdenes y que incluyen además del bruxismo, la apnea, el ronquido y el reflujo gastroesofágico.

Por último es oportuno remarcar que los dos temas más importantes relacionados con un cambio de paradigmas en bruxismo son, su relación con el dolor y con el desgaste dentario. Durante la realización de este curso de posgrado quedarán muy claros estos dos temas tan importantes para el desarrollo de una odontología moderna.



Librosfera

Las hijas del capitán

Nos transportamos al año 1936, la ciudad de Nueva York como gran protagonista de esta novela, acoge en su seno a una familia malagueña. Una madre y sus tres hijas que siguiendo a un padre algo inconsciente y muy aventurero, monta una casa de comidas en la Gran Manzana, El Capitán.

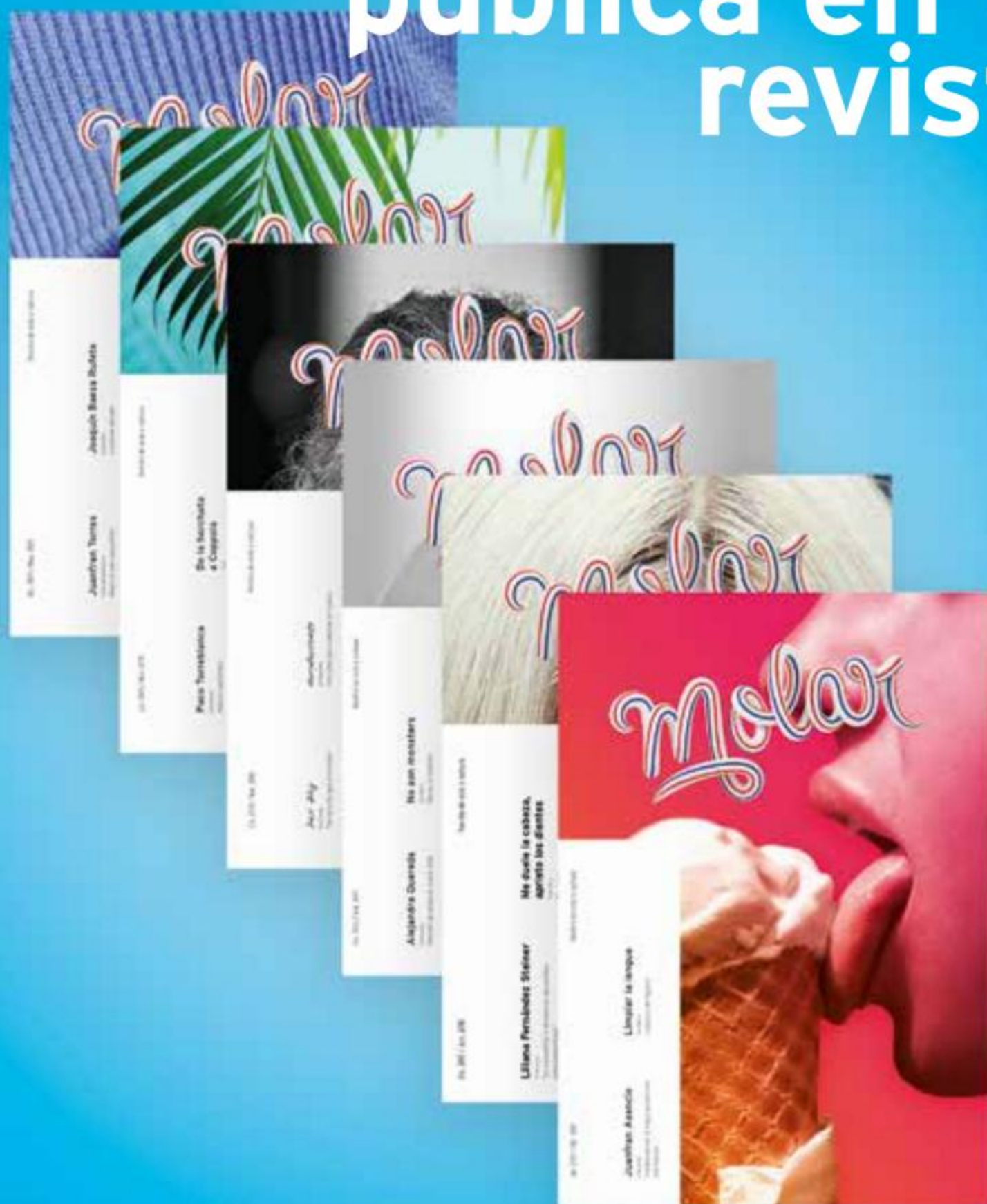
No obstante, desde el primer momento las hijas se muestran reacias al cambio y tratan de volver a toda costa a su España querida, sin embargo, por vicisitudes

del destino ese deseo parece que cada día está más lejos. María Dueñas sigue fiel a su estilo intimista, haciendo una descripción magistral de los personajes y sobre todo de la vida de la pequeña colonia española que emergió en la gran ciudad a principios del siglo pasado. Sus costumbres, sus tiendas y restaurantes, sus calles y sus casas, la forma de relacionarse entre ellos que persistían en su empeño de seguir intentando que un pedacito de la madre patria siguiera latente en América. ¡Totalmente recomendable!

Autor: María Dueñas
Año publicación: 2018
Editorial: Planeta

por Marta Veracruz

Colegiado, publica en tu revista



Artículos científicos

Comparte con tus compañeros tus avances en investigación, casos clínicos o curiosidades clínicas. Puedes enviarnos desde una foto comentada a un artículo con un máximo de 15.000 caracteres (contando con los espacios). E incluir imágenes.

Artículos de opinión

Abre el debate con ensayos sobre la situación y la actualidad de la profesión en un artículo de opinión que debe tener unos 5.000 caracteres (contando con los espacios). También puede incluir imágenes.

Envía tus artículos a
prensa@coea.es

[illegible]

Boletín oficial informativo del COEA

Music/ ON

fastball
ALL THE PAIN MONEY CAN BUY

THE OFFSPRING
AMERICANA

The Cardigans
GRAN TURISMO

garbage
Version 2.0

LOS PLANETAS
UNA SEMANA EN EL MOTOR DE UN AUTÓMATA

THE BOY WITH THE AR...

IDLEWILD
Hope is important

THE OFFSPRING

sebastián & sebastián
RAB STR

[illegible]

Siguiendo un escrupuloso orden cronológico de publicación este es, más o menos, mi top ten:

01. FASTBALL

Disco: All the Pain Money Can Buy (10/03/98).

El segundo disco de los de Austin nos cortejó durante toda nuestra hooneymoon en los "States". El sencillo "The Way" es un número uno, que lo fue en el US Billboard, sonó en bucle durante toda nuestra estancia allí.

02. LOS PLANETAS.

Disco: Una semana en el motor de un autobús (13/04/98).

Qué decir del tercer trabajo de Jota y compañía que no se haya dicho ya, sencillamente sublime, una de las obras cumbres del indie patrio. Canciones como "Segundo Premio", "Cumpleaños total" o "La Copa de Europa", son ejemplos sonoros de ello.

03. GARBAGE

Disco: Version 2.0 (11/05/98).

Un gran puñado de hits, creo que es una forma clara y concisa de definir la segunda entrega de la carismática Shirley Manson, y su socio Butch Vig. "I Think I'm Paranoid", "When I Grow Up", "Special", "Push It", etc, etc.

04. THE SMASHING PUMPKINS

Disco: Adore (02/06/98).

El cuarto disco de los chicos de Billy Corgan es cierto que no fue su mejor trabajo, supuso un cambio de sonido, más vaporoso y electrónico, que no gustó mucho a sus fans, sin embargo a la crítica musical sí. Dos joyas como "Ava Adore" y "Perfect" sobresalen del resto de las composiciones.

05. BELLE AND SEBASTIAN.

Disco: The Boy With the Arab Strap (07/09/98).

Tampoco este álbum está considerado obra cumbre para los de Glasgow, pero a mí me sigue enamorando la grandilocuencia y sobre todo las deliciosas melodías de temas como "The Boy With the Arab Strap" o mi favorita "Sleep the Clock Around".

06. HOLE

Disco: Celebrity Skin (08/09/98).

Tercer larga duración para la banda de la que fuera esposa del gran Kurt Cobain. Supuso un salto de calidad gracias a la incorporación al grupo de Melissa Auf de Maur y a las

composiciones de Billy Corgan. Millón y medio de copias vendidas lo avalan. "Celebrity Skin", canción que da nombre al álbum, ya ocupa un lugar en el Olimpo del rock de las dos últimas décadas.

07. THE CARDIGANS.

Disco: Gran Turismo (01/10/98).

Cuatro Grammys ni más ni menos tiene este lp a sus espaldas. Obra cumbre de los de Nina Persson y donde tocaron techo musical. El nombre del disco y la canción más famosa "My Favourite Game" homenajean al famoso videojuego de coches.

08. PLACEBO.

Disco: Without You I'm Nothing (12/10/98).

El trabajo más exitoso hasta la fecha de los de Brian Molko contó con un colaborador de excepción como fue David Bowie. Los hit se van sucediendo uno tras otro en las 12 canciones que componen el disco. "Pure Morning", "You Don't Care About Us", "Without You I'm Nothing" y el "Every You, Every Me" es el poker ganador de esta joya de los 90.

09. IDLEWILD.

Disco: Hope Is Important (19/10/98).

El largo de debut de los escoceses fue una de las gratas sorpresas de ese año, convirtiéndose rápidamente en una de las bandas británicas punteras del momento. "When I Argue I See Shapes" y "I'm a Message" me siguen poniendo los pelos de punta.

10. THE OFFSPRING.

Disco: Americana (17/11/98).

El quinto disco de la banda más grande de Punk-Rock norteamericano junto a Green Day, no fue quizás su mejor entrega, sin embargo las 15 millones de copias vendidas parecen indicar otra cosa. Es cierto que tenía tres singles que eran números uno en potencia y que se encargaron de situarlo como uno de los más vendidos del año. Nos referimos a las pegadizas "Pretty Fly (For a White Guy)", "The Kids Aren't Alright" o "Why Don't You Get A Job?".

Fele Martínez*Actor*

"Si no pudiera ser actor me gustaría escribir"

Alicantino, comediante, gamberro. Buena gente, amable y simpático a pesar de ser la tercera entrevista del día. Amante del arroz y de la interpretación. Con más de una decena de obras de teatro como actor, otras tantas series y casi medio centenar de películas, Fele Martínez reconoce no haber llegado a estar 100% satisfecho de sus interpretaciones. Es un perfeccionista y exigente ser humano que se autodefine como “polifacético”, pero que tiene la cabeza bien puesta sobre los hombros y los pies perfectamente asentados en el suelo.



"Soy muy exigente conmigo mismo por lo que es difícil que llegue al 100% de satisfacción con un papel"



Nunca ha dejado usted el teatro, pero son el cine y la televisión los medios que más popularidad le han dado. Si no tuviera que ganar un sueldo para poder vivir, ¿cuál de los tres elegiría? Si no tuviera que ganarme un sueldo, es complicado porque los tres me gustan, pero sí es cierto que uno se siente más realizado cuando hace teatro, que cuando hace cine o televisión.

Y si no pudiera escoger entre estos medios, ¿se dedicaría a otra cosa? Pues la verdad es que sería bastante duro, me daría mucha pena no poder dedicarme a mi profesión, la verdad. Para mí sería algo muy complicado. No sé lo que haría. Futbolista no, seguro. Quizás me dedicaría a escribir o a algo que tuviera que ver con la cultura.

Estuvo en Alicante en Junio, en el Principal, con "Mueblofilia" y hace unos días en León y Salamanca con "Todas las Mujeres", otra obra de teatro. También a la vez interpretando una serie de éxito, "Estoy vicio". Cuando se levanta por la mañana qué personaje es...

No, cuando me levanto por las mañanas no soy nadie, soy solo un ser pluricelular que intenta arrastrarse hasta la ducha. Después de ducharme ya soy yo..., pero antes no.

¿Es difícil dejar un personaje en el que está trabajando y reencontrarse con uno mismo? No es difícil. Lo que sí pasa es que muchas veces es divertido porque te salen inconscientemente reacciones del personaje. Sobre todo si estás haciendo teatro y escuchas un párrafo que tiene que ver con algo que está en el libreto puedo hasta darle la réplica. Porque tienes al personaje muy interioridad, suele pasar.

Pero no, yo soy muy de desconectar. Eso sí, una vez que ya tengo el personaje, porque cuando estoy en plena preparación para un función de teatro, hasta que no estrenamos y ya ese personaje lo tengo bien "agarrado" no lo suelto. El proceso es así.

¿Por qué se define como un hombre "polifacético"?

Porque tengo muchos patetismos. **¿Cuáles?** No los voy a decir. Prefiero que la gente los vaya descubriendo. No voy a ser "spoiler" de mis patetismos.

¿Alguna vez un amigo le ha dicho: "Oye, deja ya de actuar..."? Un montón de veces. Por lo general con una sonrisa en la boca. No me lo tomo mal.

¿Podría escoger uno de todos sus papeles, el que le haya hecho sentir más realizado? No. Hay muchos. Y ese con el que me sienta completamente realizado no ha llegado y tardará. Bueno, igual llega mañana, pero pienso que no, que tardará. Bueno no sé, pero hasta ahora no ha llegado, eso seguro. Siempre he estado en un 95% de realización, pero también porque es complicado, yo soy muy exigente conmigo mismo por lo que es difícil que llegue al 100%. Siempre hay algo que pienso que podría mejorar. La interpretación no es una fórmula matemática, es muy subjetiva..., depende de cada uno.



"Estoy preparando un corto como director y actor"

"Mi relación con el dentista ha sido cordial, la verdad. Nunca le he dado un abrazo... Bueno sí, la verdad es que sí, me abracé una vez".

Conoce hoy a una persona, toma un café con ella, empiezan a charlar. Él o ella no saben a qué se dedica...

¿Qué película, serie u obra le recomendaría ver? No podría recomendarle una sola, le recomendaría un montón. Es como preguntarme si quiero más a mamá o a papá. Imposible de contestar. Todas ellas son mis criaturas.

¿Le molesta que todavía le pregunten por "Tesis"? No, no me molesta... mientras no sea una entrevista que se fije exclusivamente en esta película, de la que ya han pasado 24 años. Desde entonces he hecho como 40 películas más. "Tesis" ha sido una parte de mí y de toda mi carrera profesional.

¿En qué proyectos está inmerso? Sigo con la función de teatro "Todas las mujeres", con la serie "Estoy vivo", que estamos rodando todavía, y a parte estoy preparando un corto como director y como actor.

¿Qué tal el trabajo de director? Por ahora muy bien porque tengo un equipazo a mi alrededor, pero aún no hemos empezado a grabar.

¿Viene a Alicante de vez en cuando? Menos de lo que me gustaría. En Navidad, estuve en junio, y hace un mes dos o tres días. Voy demasiado poco para lo que me gustaría.

¿Hay algún sitio de obligada visita? Procuro ir siempre al "Guillermo" a picar algo, sitio al que acudo desde la infancia. Suelo pasar por el Mercado y por el Barrio. Voy a la Playa de San Juan, que es dónde viven mis padres.

Elija un arroz alicantino... Otra vez (risas)... Preguntas muy complicadas... Hay muchos... Con pata, a banda, cualquiera de los arroces de la Tabernita del Racó del Pla, junto al Teatro Principal.

¿Qué tal ha sido su experiencia con el dentista? Cordial, la verdad. Nunca le he dado un abrazo... Bueno sí, la verdad es que sí, me abracé una vez. Acudo con frecuencia a realizar las revisiones adecuadas.

La última, recomiénden una película en cartelera...

Ayer estuve en el estreno de "El árbol de la sangre", Medem en estado puro, es un viaje, una gozada, maravillosa.

Dras. Yolanda Martínez Beneyto y Clara Serna Muñoz

Dra. Yolanda: Licenciado en Odontología. Universidad de Murcia, Doctor en Odontología. Universidad de Murcia. Dra Clara: Doctora por la Universidad de Murcia, Miembro de la International Association of Paediatric Dentistry y de la European Association of Paediatric Dentistry.

"La enfermedad de caries debería evitarse desde estadios muy precoces"

Las Dras. Yolanda Martínez Beneyto y Clara Serna Muñoz ofrecen este sábado 24 de noviembre un curso dirigido al personal auxiliar de clínica e higienistas dentales y titulado "Manejo del paciente pediátrico según su riesgo de caries". Este curso del programa formativo del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante tiene abierta la inscripción hasta mañana miércoles. Hoy, entrevistamos a las ponentes...





¿Qué complicaciones suelen tener a la hora de detectar una caries infantil?

Las lesiones incipientes de caries blancas en los bebés y niños pequeños es uno de los principales problemas que estamos teniendo en la actualidad, básicamente por el consumo de bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados unido a la ausencia de higiene oral desde estadios muy iniciales. El dentista generalista debería considerar que este tipo de lesiones indican un riesgo alto de caries de ese paciente pediátrico infantil, lo cual implica una serie de estrategias preventivas y terapéuticas diferentes a las de un niño de riesgo bajo o moderado.

¿Cómo se debe tratar al pequeño cuando asiste a su primera visita al dentista?

La aparición de “enfermedad de caries” debería de evitarse desde estadios muy precoces, y para ello necesitamos que los padres cepillen los dientes desde el principio, cuando erupcione el primer diente. Y es este momento en el que el odontopediatra debería de revisar la boca del bebé, siempre y cuando no tenga patología previa.

¿Qué consejo le daría en este sentido a un dentista?

Cuando trate a un niño pequeño en la consulta intente buscar siempre lesiones blancas, en forma de media luna y cerca de la encía, es el predictor que nos avisa de que en breve ese niño tendrá problemas.

Cada niño tiene un riesgo de caries diferente y las medidas preventivas, tratamiento y mantenimiento debe de adecuarse a ese riesgo, siempre actuar de forma individualizada con cada paciente, y actuar desde el punto de vista mínimamente

intervencionista preservando el mayor tejido dental posible. Es imprescindible también buscar qué factores han llevado a ese niño a tener patología, y buscar un cambio en ellos para que el tratamiento preventivo y la salud se mantengan.

¿Y a un auxiliar de clínica?

El papel del higienista dental y personal auxiliar es muy importante y necesario. La puesta en marcha de un programa preventivo basado en el riesgo de caries es la base de la prevención y sin ayuda de higienistas dentales este trabajo no es viable. La formación en prevención ha de ser necesaria y la motivación para llevar a cabo estos programas, mayor.

¿Qué considera que diferencia su curso sobre otros de la misma materia?

El curso está orientado a higienistas, pero bien es cierto que esta filosofía de trabajo la tienen que tener también los dentistas. Sino se comparte la misma filosofía de trabajo es difícil que se pueda llegar al éxito. Hay numerosos cursos para dentistas, pero quizás, la persona que va a llevar la mayor carga de trabajo es el personal auxiliar, y por ello hemos decidido dirigir este tipo de formación tan específica al colectivo que realmente la va a poner en práctica, higienistas dentales.



El Colegio de Dentistas ha acogido este segundo trimestre del año un programa formativo de calidad, con ponentes nacionales e internacionales, que han acercado a los colegiados temáticas variadas, desde implantes a bruxismo, pasando por la mucointegración o la venopunción.

Cursos de Calidad internacional



Cursos de calidad internacional

El segundo semestre del año iba a concentrar un programa formativo variado y sobresaliente. El primero de los cursos trabajó la **venopunción**. El **Dr. Ignacio Rodríguez**, licenciado en Medicina por la Universidad de Salamanca y Estomatología por la Complutense de Madrid, fue el encargado de exponer ante decenas de colegiados cómo deben iniciarse en esta práctica y perfeccionarla. El Dr. Rodríguez ejerce la práctica privada como dentista desde 1982 y en 2004 realizó el curso sobre iniciación en el uso del plasma rico en factores de crecimiento siguiendo las directrices de BTI. Desde entonces dictante y colaborador en conferencias de BTI.

Tras el merecido descanso estival, septiembre arrancaba con la ponencia internacional de la **Dra. France Lambert**, en su curso **"Mucointegración: Estrategias de integración de los tejidos blandos periimplantarios"**. Esta periodoncista expuso sus experiencias ante odontólogos y estomatólogos, con la colaboración de Nobel Biocare. El curso fue impartido en inglés y el programa destacaba las posibilidades actuales, los beneficios potenciales y las perspectivas de las tecnologías digitales que están abriendo su camino en la odontología implantológica, a través de series de casos recientes.

Curriculum internacional

Periodoncista, DDS, MS. PhD. Se graduó en Odontología en 2002 en la Universidad de Lieja, donde también completó el programa de postgrado. En 2005 recibió una beca de un año para ampliar su formación en la Facultad de Odontología de Harvard. Actualmente es profesora asociada de Biomateriales Dentales (www.d-bru.ulg.ac-be) y directora de la clínica del Departamento de Periodoncia y Cirugía Oral (www.parocho.be) de la Universidad de Lieja, Bélgica. Su actividad clínica está dedicada a la periodoncia e implantología y su investigación está centrada en: regeneración ósea y biomateriales, integración de tejidos blandos alrededor de dientes e implantes y protocolos innovadores y menos invasivos de implantes. Es ponente internacional y autora de varias publicaciones internacionales, así como expresidenta de la Sociedad Belga de Periodoncia.

Dres. Pla García y Pla Martínez

En octubre fue el turno de la implantología, con la ponencia magistral de los Dres. Rafael Pla García y Rafael Pla Martínez. La actividad llevaba por título **"Cómo obtener un complejo pleriimplantario estable"** y contó con la colaboración de BTI Human Technology.

Dres. Gelos y Paesani "Conceptos modernos de bruxismo y DTM"

fue el título del curso que los Dres. María Carlota Gelos y Daniel Paesani ofrecieron en noviembre dentro del programa de Formación del **Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante** (COEA). Este curso con ponentes internacionales llenó de alumnos todas las plazas disponibles.

La Dra. Gelos es egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba y Mención de honor por mejor promedio promoción 1995. Profesora universitaria, doctora en Odontología, graduada en la Universidad Nacional de Córdoba, es especialista en Ortopedia funcional de los maxilares y Ortodoncia. Título otorgado por la Sociedad Argentina de Ortodoncia.

El Dr. Paesani tiene formación de Postgrado en EE UU en programas de Oclusión y ATM en las Universidades de Kentucky y Rochester, es exprofesor titular de las cátedras de Oclusión 1-2-3 y 4 de la Universidad del Salvador/AOA y profesor del Postgrado de la Universidad del Salvador/AOA en el área de Bruxismo y ATM. Exdirector del Servicio de ATM de la Asociación Odontológica Argentina, es autor-editor del libro "Bruxismo, teoría y práctica" (Editorial Quintessence Barcelona 2011) y autor de numerosos capítulos de libros y de trabajos de investigación publicados en Journals Internacionales. Referee revisor de publicaciones de numerosos Journals de la especialidad. Realiza la práctica privada exclusivamente en la especialidad de DTM, Bruxismo y Dolor Facial.



Vicente Belvis

Colegiado y kitesurfista.

"La clave del kitesurf es la paciencia en equilibrio con la determinación"

Vicente Belvis, colegiado y deportista de riesgo, nos cuenta su experiencia con una afición de alto voltaje, el kitesurf. Un consejo que ofrece: siempre mejor empezar con clases que por nuestra cuenta. Es un deporte complicado pero muy gratificante cuando llega el primer vuelo...



"No se recomienda la práctica del kitesurf con viento de tierra, porque aleja demasiado de la playa"



Explíquenos brevemente en qué consiste el deporte al que es aficionado... El kitesurf es un deporte que consiste en el uso de una cometa de tracción que tira del deportista por cuatro o cinco líneas, dos fijas a la barra (de dirección), y las dos o tres restantes (de potencia) pasan por el centro de la barra y se sujetan al cuerpo mediante un arnés, permitiendo deslizarse sobre el agua mediante una tabla. **¿Cuenta con numerosos aficionados en Alicante o es minoritario aún?** Es un deporte minoritario en Alicante, pero hay unas cuantas competiciones internacionales muy consolidadas. En España, quien más nos ha acercado a este deporte ha sido nuestra joven campeona Gisela Pulido. **¿Qué satisfacción encuentra en su práctica?** Quien acaba disfrutando de su práctica, ha tenido que pasar sí o sí por un proceso árduo y muchas veces frustrante donde la clave es la paciencia en equilibrio con la determinación. ¡¡¡Casi nada!!! **¿Cuáles son las playas en las que suele practicar kitesurf?** Dependiendo de la dirección del viento, en Alicante tenemos multitud de spots donde poder practicarlo, desde Oliva (spot principal en verano) que se encuentra en el límite con

la provincia de Alicante hasta la zona de La Manga en Murcia. **¿Es un deporte muy caro?** Es como todo en esta vida, si quieres calidad y seguridad hay que pagarla, al fin y al cabo es un deporte de riesgo y tienes que invertir en tu seguridad. **¿Cuánto tiempo necesitó para tener el nivel suficiente para disfrutarlo?** Casi todo el mundo recuerda el primer día que "se levantó de la tabla y acabó volando". El proceso de aprendizaje es alto y con el paso del tiempo se van mejorando las habilidades dependiendo del temporal y del tipo de playa en la que estés. Uno siempre está en constante progreso de mejora. **¿Es un deporte peligroso?** Desde luego que sí. No se recomienda la práctica del kitesurf con viento de tierra (off-shore), porque aleja demasiado de la playa. El equipo básico contiene distintos elementos de seguridad. El tándem cometa-barra es el que más elementos contiene. En caso de que sople un viento demasiado fuerte con el que la cometa se pueda descontrolar y pueda arrastrar, la unión al arnés, llamada chickenloop, tiene una anilla de seguridad que permite soltar la cometa del cuerpo. Es sólo entonces

"El mar siempre conlleva riesgos y más cuando hay temporales de viento"

cuando actúa la quinta línea, opcional, que evita que la cometa se aleje y se extravíe. **¿Y para los bañistas?** La práctica del kite surf debe estar habilitada en la playa y estar balizada con un canal de salida y de entrada para poder practicarlo y hacerlo con unas medidas de seguridad, aparte de tener contratado un buen seguro de responsabilidad deportiva y civil. **¿Ha vivido alguna situación peligrosa?** Muchas y de todas ellas se aprende. El mar siempre conlleva riesgos y más cuando hay temporales de viento donde necesitas de un buen material y experiencia como para poder adentrarte en alta mar. Los inviernos son muy duros y fríos cuando nos metemos dentro del mar, pero a la vez divertidos, con olas que pueden alcanzar en la provincia de 2 a 3 metros de altura y que hacen la práctica del kitesurfing mucho más divertida aunque siempre en estos casos el riesgo se ve aumentado. ¡¡¡Sarna con gusto no pica!!! **¿Tiene riesgo para nuestra salud bucodental?** Sí, y debemos estar cubiertos con todo tipo de materiales de seguridad como por ejemplo una ferula de protección, casco y chaleco de impacto, un buen neopreno que te proteja del viento. **¿Lo recomendaría a los compañeros colegiados? Hágalo si es así...** Para los apasionados del mar y los deportes de riesgo, ésta es una buena disciplina para utilizar el mar en tu práctica deportiva diaria o compaginarla con otros deportes de agua como son el windsurf o el bodydrag. Dentro del kitesurfing hay muchas modalidades: Wave, freestyle, freeride, etc. La mía en particular es la del surfkite. **¿Precisa de mucho tiempo y dinero para su práctica?** Presupuesto básico para empezar: entre 600 y 2.500 € que cuesta el material, si lo compramos nuevo o de segunda mano. Error muy común que suele cometerse es comprar el material de kite antes de aprender. El curso tiene un coste aproximado de 300 a 500 €.





Aprender por tu cuenta. es un error ya que aprenderás muy lento, con riesgo y alta probabilidad de abandono. Y sí se requiere de mucho tiempo libre disponible para disponer de las mejores condiciones meteorológicas.

¿Tiene alguna otra afición destacada? Me encanta todo lo relacionado con la velocidad y siempre que puedo me escapo para hacer alguna carrera de karts; también tengo en mente empezar con el submarinismo, que es un deporte que me lleva llamando la atención desde hace muchos años y que tengo como referente a mi amigo y compañero el Dr. Alberto Salgado que es un apasionado de ese deporte y me ha contado multitud de anécdotas personales que ha vivido practicándolo.

Cualquier cosa que quiera añadir... Agradecer al Colegio de Odontólogos de Alicante por haber pensado en mí para abrir este apartado dentro de la revista Molar. La labor de todos los compañeros que integran el Colegio de Alicante y su batalla personal, trabajando en equipo por mejorar tanto las actividades formativas como las relaciones interprofesionales dentro de la provincia de Alicante está siendo más que notoria, diría que sobrepasa el sobresaliente en estos tiempos tan difíciles para nuestra amada profesión.

**¡¡¡Sois los mejores!!!
¡¡¡Muchas gracias!!!
Os mando un fuerte abrazo.**

Nuestros ponentes

El último trimestre del año está siendo sumamente intenso en cuanto a la celebración de acciones formativas organizadas por el Colegio.

A continuación destacamos las frases más interesantes de los ponentes principales, que fueron entrevistados para dar a conocer sus pensamientos sobre la materia que imparten a través de Facebook, Twitter, nuestra APP o la web del Colegio...



Dres. María Carlota Gelos y Daniel Paesani, egresada de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, y profesor del Postgrado de la Universidad del Salvador

“Los estudios científicos solo han podido considerar al estrés como un factor de riesgo para la producción de bruxismo durante la vigilia”

“Las formas más frecuentes de bruxismo están relacionadas al momento del ritmo circadiano”

“Los médicos manejan una versión ya superada del bruxismo”

LEER
ENTREVISTA



Dra. Amparo Pérez Silva, odontopediatra en Brasil

"Nos falta promover la prevención y ser menos invasivo, principalmente con niños"

"En Brasil todas las especialidades son reconocidas desde hace muchísimos años"

"Siempre he dicho que los colegios en España deberían tener más poder en todos los temas referentes a la odontología"



LEER ENTREVISTA



Dra. France Lambert, expresidenta de la Sociedad Belga de Periodoncia

"La tecnología digital está revolucionando nuestro trabajo y debemos actualizarnos"

"Debemos entender los avances tecnológicos como una gran oportunidad que nos permite aplicar tratamientos que antes eran impensables"



LEER ENTREVISTA

Dres. Rafael Pla García y Rafael Pla Martínez, médico y estomatólogo, odontólogo

"La osteonecrosis también puede ser producida por tratamientos de radioterapia"

"Tomando las precauciones adecuadas y siguiendo los protocolos para cada caso, se pueden realizar cirugías con un riesgo muy bajo"

"En implantes, lo más importante es individualizar el caso, hay que controlar los factores de riesgo del paciente, tanto los modificables como los genéticos"



LEER ENTREVISTA



Programa de Formación del COEA en 2019

En el año que entra, la Comisión de Formación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante (COEA) ha apostado por la variedad temática y la calidad de las ponencias. A continuación se muestra el avance de los cursos ya programados.

Programa de cursos hasta noviembre

Enero

Día 25

Estética

Dr. Juan Luis Román Rodríguez
Odontólogos/Estomatólogos

Febrero

Días 22 - 23

CBCT

Dr. Erwin Berkhout
Odontólogos/Estomatólogos

Marzo

Día 23

Rehabilitación oral

Dr. José Mª Suárez Feito
Odontólogos/Estomatólogos

Abril

Días 12 - 13

Ortodoncia

Dr. José Mª Moriyón Uría
Odontólogos/Estomatólogos

Junio

Días 7 - 8

Endodoncia

Dr. José María Aranguren Cangas
Odontólogos/Estomatólogos

Junio

Día 8

Instrumentación

Dr. Fernando Luengo Mas
Dra. María Rioboo Crespo
Personal auxiliar

Julio

Días 5 - 6

Fotografía digital

Dr. Didier Delmás Canales
Odontólogos/Estomatólogos
y personal auxiliar

Noviembre

Días 8 - 9

Odontopediatría

Dra. Montserrat Catalá Pizarro
Dra. Filomena Estrela Sanchís
Odontólogos/Estomatólogos

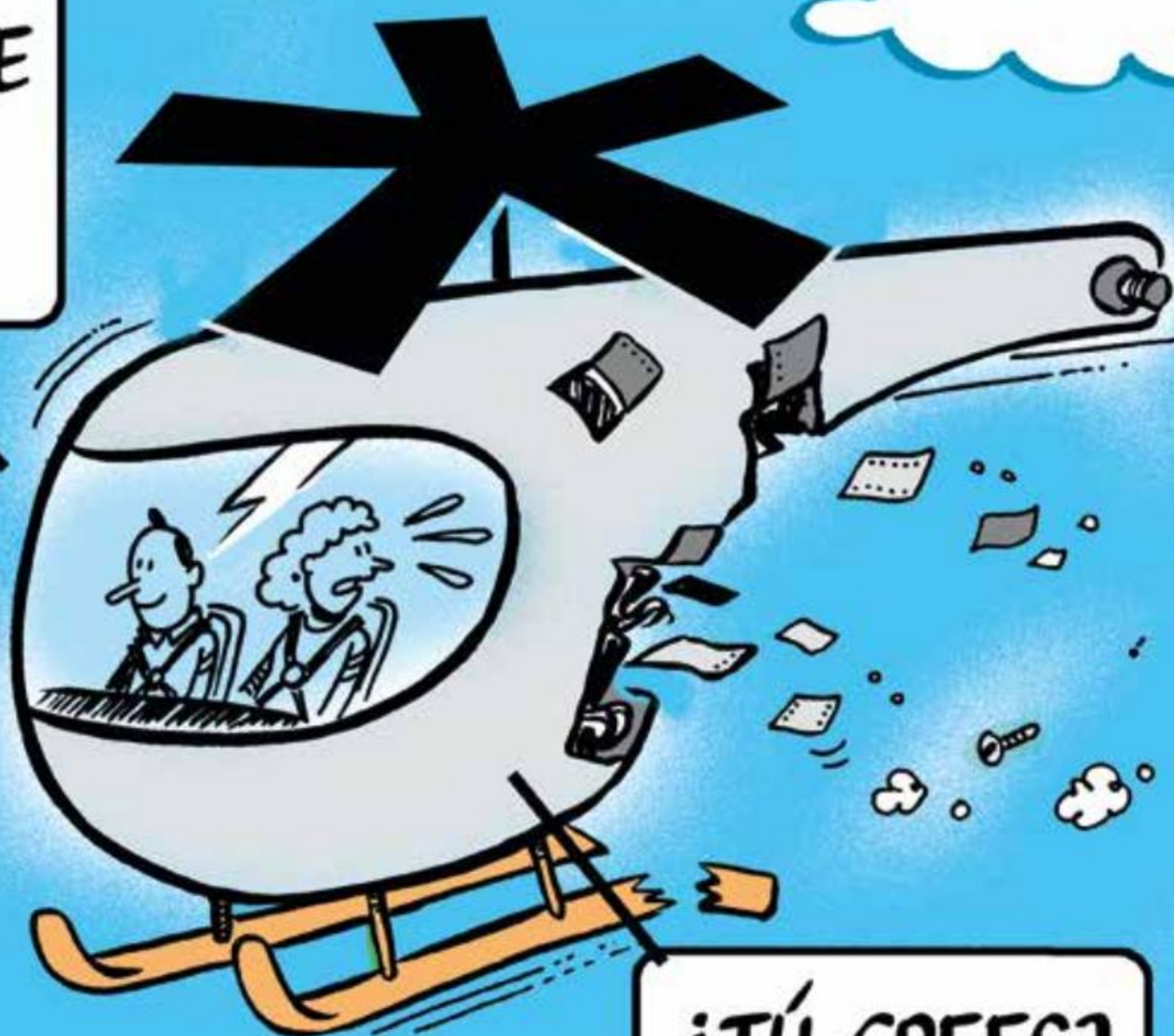
Noviembre

Día 29 - 30

Endodoncia

CursoFC – consejo general
Dr. Luis A. Costa Pérez
Odontólogos/Estomatólogos

ME HAN
DICH0 QUE
ES MUY
SEGURO



¿TÚ CREES?



¡OJO CON EL ASTERISCO!

Asterisco (Def. según COEA):

Dígase de la letra pequeña escondida en las ofertas de
tratamientos odontológicos incompletos.

Dentistas sin asteriscos.

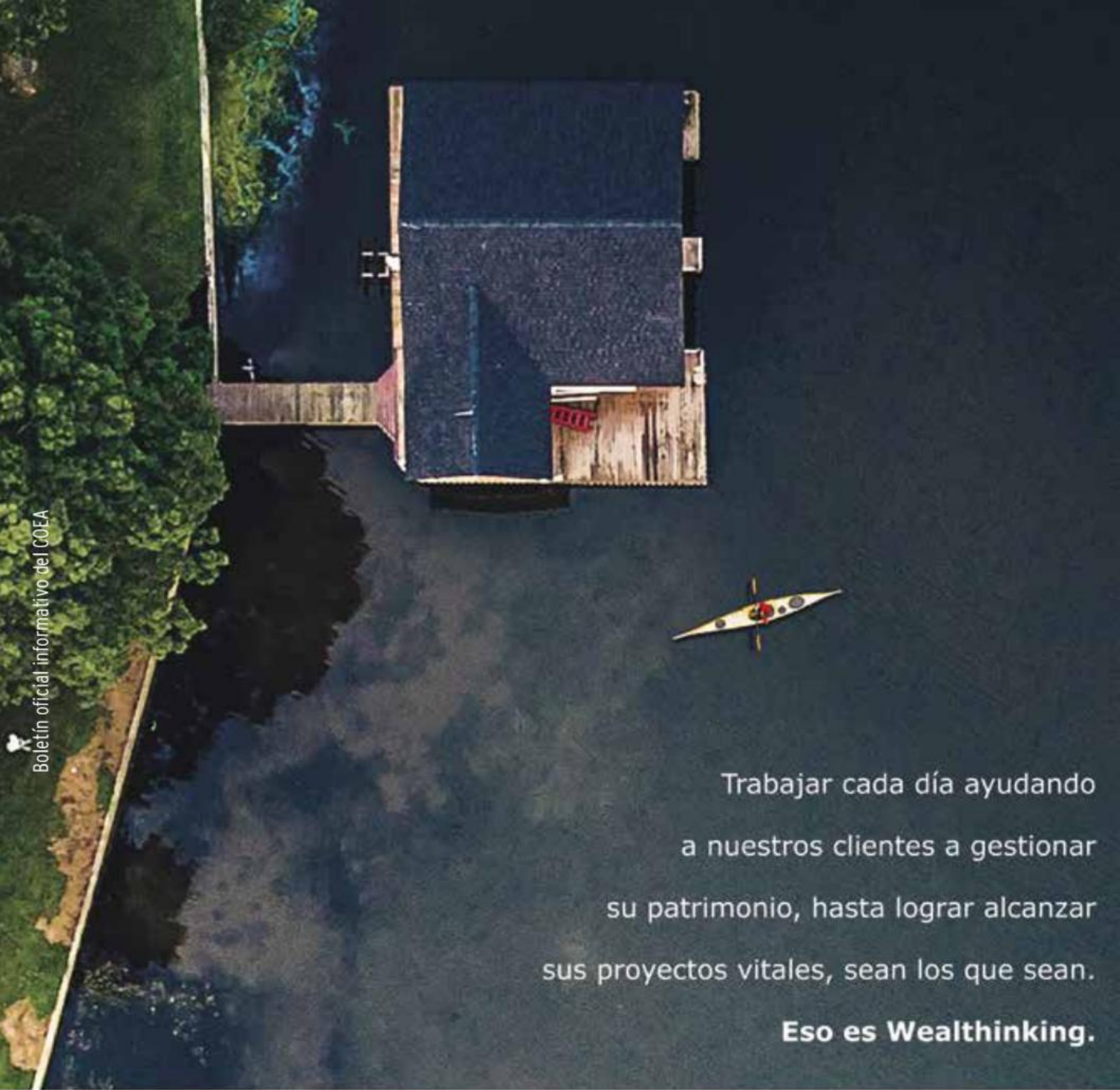
coea

Colegio Oficial de
Odontólogos y Estomatólogos
de Alicante

www.coea.es



malagón.
@malagonthumor



Trabajar cada día ayudando
a nuestros clientes a gestionar
su patrimonio, hasta lograr alcanzar
sus proyectos vitales, sean los que sean.

Eso es Wealththinking.

tressis
WEALTHINKING

Una nueva perspectiva.

Marcarse una meta es el primer paso para triunfar en nuestra estrategia de ahorro.

En nuestros 17 años de experiencia como asesoría financiera, en Tressis, hemos compartido los sueños de numerosos clientes. En todo este tiempo, nos hemos encontrado con diferentes ilusiones, perspectivas y, sobre todo, circunstancias que estaban fuera de nuestro control. Pero hemos aprendido que lo más importante a la hora de emprender el camino hacia el ahorro y la inversión siempre es contar con un motor que nos ayude a avanzar hacia nuestros objetivos: los sueños.

Estos pueden ser muy diferentes: algunos vienen vacíos, otros aspiran a alcanzar grandes cimas, los hay realistas, pero también arriesgados. Tanto si quieres comprarte una casa o un coche, como invertir en un negocio, montar tu propia empresa o pagarte un Máster, vas a necesitar un plan. No importa lo grandes o pequeñas que sean tus metas, porque alcanzarlas siempre va a suponer un grado de esfuerzo que tenemos que ser capaces de calcular, y para poder medir este esfuerzo es necesario marcarse parámetros que sepamos que vamos a poder cumplir.

El primer requisito para trazar nuestro plan es saber para qué vamos a invertir, porque sin un objetivo no podemos marcarnos un itinerario. Esta decisión no siempre es fácil, pero es fundamental para poder ponernos a trabajar, al igual que priorizar a la hora de tomar decisiones. Nuestra vida no es un camino independiente: tiene muchas líneas que se van trazando en paralelo y afectan a nuestras decisiones, como la familia, la salud o el trabajo. Además, estamos expuestos a circunstancias fuera de nuestro control, como la enfermedad, el desempleo o la propia muerte.

Todos estos factores pueden obligarnos a dar un giro radical a nuestros planes, cambiando nuestro orden de prioridades según el momento. Como seres humanos, tendemos a huir de estos temas porque nos generan angustia vital, y tendemos a posponerlos. Pero por mucho que los ignoremos, no podemos escapar de ellos, por eso es mejor dejar actuar al ser racional que llevamos dentro y enfrentarnos a estas cuestiones. Tenemos que ser conscientes de que una adecuada planificación financiera de estos elementos dentro de nuestra vida nos facilitará la consecución de los objetivos que nos hemos marcado.

Para ello, empezaremos por determinar cuál es nuestra estructura de ingresos y gastos o, en su defecto, cuál es nuestra capacidad de ahorro.

Después tendremos que definir cuáles son nuestros objetivos y que estrategia adoptaremos para cada uno de ellos. Una persona puede ser conservadora para un objetivo y arriesgada para otro, en función del importe de nuestra meta y el plazo del que disponemos para su consecución.

También tendremos que ser realistas respecto a la rentabilidad que esperamos. En este sentido podemos usar la famosa regla del 72, que indica la rentabilidad necesaria para doblar el capital en un periodo determinado. Así por ejemplo, para doblar nuestro capital en 10 años, será necesario obtener una rentabilidad anual del 7,2%.

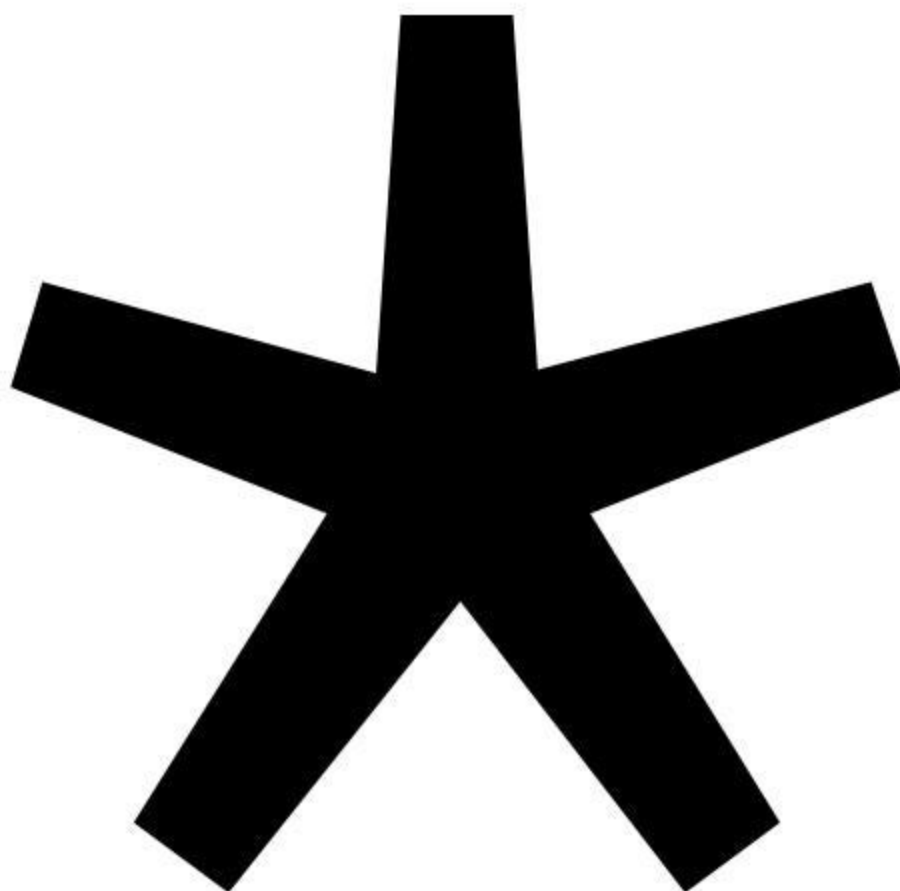
Será fundamental decidir en manos de quién dejamos nuestro dinero y no limitarnos a introducir monedas en ese cerdito sonriente. Aportar 100€ mensuales durante 10 años al 5% supondrían 15.633€ al final del periodo, mientras que si estuvieran al 2% serían 13.285€. En plazos largos, las diferencias de rentabilidad son cruciales.

Igualmente relevante será asesorarnos sobre la manera de ser más eficientes fiscalmente dado que no es indiferente, por ejemplo, tributar en una u otra comunidad autónoma, ni será neutral el vehículo que utilicemos para nuestro ahorro (fondos de inversión, planes de pensiones...), ni será igual planificar nuestra sucesión patrimonial de una manera o de otra.

Por último, es importante entender el impacto que la inflación tiene sobre nuestro patrimonio y hacer nuestros cálculos no en términos nominales sino en términos reales. También será esencial entender el poder de la capitalización y que el dinero cuanto antes se invierta, mejor.

Y no empecemos mañana, pues hacer algo mañana significa que no lo haré hoy y, entonces, nuestros sueños... seguirán siendo solo sueños. **¿Empezamos?**

“Las metas son el camino para lograr los sueños, y no se pueden lograr sin disciplina y consistencia”, Denzel Washington.



¡OJO CON EL ASTERISCO!

Asterisco (Def. según COEA):

Dígase de la letra pequeña escondida en las ofertas de tratamientos odontológicos.

**Dentistas
sin asteriscos.**