



**Dra. Andrea Paulina
Cerón Benavides**

**Actualización en
cifras sobre
Cirujanos Dentistas
y Estudiantes de
Odontología en Chile:**

**¿CÓMO SOMOS,
CUÁNTOS
SOMOS Y CUÁNTOS
NECESITA
EL PAÍS?**

PÁGINA 10

Edición #ChaoJEFE



Dra. Claudia Zenteno Höfer

**¿Cómo podemos
lograr que ir al
dentista sea un
agrado para nuestros
pacientes?**

PÁGINA 12

Colegio Dentistas

**Movilización de
Dentistas EDF
y el desinterés
del Minsal por
la Salud Bucal
del país**

PÁGINA 20



**Dr. Raúl Fernando
Bravo Barrera**

**Caso clínico con
terapia extracción
parcial (P.E.T) socket
shield technique and
root submergence**

PÁGINA 16

www.webdental.cl



facebook.com/webdentalchile



twitter.com/webdental_cl

LINE MED



CONSTRUIMED

SON
RI
SAS
FUNDACIÓN

ACHEOF

CONDOR
intra oral scanner

iOS

DENTÜ

AlphaBio
Implantology

ENCUENTRO
ODONTOLÓGICO

URIEL

Gecos

EDIGMA

Sociedad de
Implantología
Oral de Chile

PERIOPLASTIC

100
AÑOS



imadent
Radiología e Imagenología 3D

El más avanzado centro radiológico

- ✓ La mejor definición y resolución de Imágenes (Full HD)
- ✓ Únicos en Chile con entrega de resultados en línea
- ✓ Los mejores precios del Mercado



Sebastián Jiménez P.
Director Ejecutivo

Sofía Pollmann F.
Gerente de Negocios

Jorge Medrano V.
Periodista

Sibila Pollmann F.
Diagramación

Web:
www.webdental.cl

E-mail:
info@webdental.cl

WEBDENTAL.CL
Diagramación y Diseño Gráfico

Venta de Publicidad
ventas@webdental.cl

Suscripciones
suscripciones@webdental.cl

Redes sociales:
facebook.com/webdentalchile
twitter.com/webdental_cl
youtube.com/WebDentalChile

Dirección:
Pérez Valenzuela 1686, of. 48, Providencia
Santiago de Chile
Fono: (+56-2) 2783 1344
Cel.: (+56-9) 7664 4617

Boletín Informativo:
Es una publicación de
WEB DENTAL LTDA.
76.282.796-4

Tiraje: 3.000 ejemplares
Prohibida su venta

Las opiniones y avisos publicados en este
boletín informativo son responsabilidad única y
exclusiva de sus propios autores.



Un papel más activo de nuestros pacientes:

Participación en las investigaciones biomédicas



Dr. César Rivera

Diplomado en Educación Superior Basada en Competencias.
Magíster en Ciencias Biomédicas con mención en Patología Oral.
Estudiante de doctorado en Patología y Medicina Oral.
Editor de la revista Mouth.
Académico de la Universidad de Talca.

En la clínica odontológica constantemente tenemos desafíos por superar frente al desarrollo y tratamientos de muchas enfermedades. A medida que conocemos los nuevos estándares, éstos van reemplazando las antiguas formas con que las enfrentábamos. Una forma de poder conocer esa información y solidarizar con la comunidad de enfermos y profesionales tratantes, es mediante la realización y participación de investigaciones biomédicas. Las investigaciones biomédicas observacionales o clínicas incluyen a voluntarios. Por medio de estos estudios, los investigadores podemos conocer más a nuestros pacientes y enfermedades, identificar formas de mejorar los tratamientos y la calidad de vida. Además, los pacientes pueden participar de la vanguardia,

de las formas más actualizadas para combatir los problemas derivados de las enfermedades.

Los científicos diseñamos estudios para probar nuevas formas de tratar, diagnosticar, prevenir y manejar los efectos de las alternativas terapéuticas. También conducimos estudios para ampliar el conocimiento en determinado campo de las ciencias biomédicas. A estas actividades les dedicamos mucho tiempo y esfuerzo, para que finalmente podamos obtener resultados sumamente confiables y de utilidad. Estas investigaciones son el paso final de un largo proceso, que comenzó con un problema o una pregunta de investigación. El equipo de investigación diseña diversas estrategias para estudiar el problema identificado o el vacío de conocimiento, lo que habitualmente se conoce como proyecto de investigación. Luego del diseño de la propuesta, esta es analizada por un comité de ética científica. De ser aprobada, se pasa a evaluar los problemas, controlando el máximo de variables posibles en el laboratorio. En ese entorno protegido pueden usarse material genético, células, tejidos provenientes de biopsias, y modelos más complejos que involucran animales de experimentación. Cuando los pacientes necesitan un tratamiento para una determinada enfermedad, estas investigaciones son una opción a tener en cuenta. Cada estudio está a cargo de una persona, generalmente un profesional de la salud, llamado investigador responsable o

principal. Este investigador es quien prepara el plan de acción o protocolo, que está contenido en el proyecto de investigación. El protocolo explica lo que sucederá durante el estudio. Además contiene la razón por qué se lleva a cabo la investigación, quiénes pueden participar (criterios de inclusión y exclusión), cuántas personas necesitamos en el estudio, tratamientos y experimentos a realizar, frecuencia de las intervenciones y qué tipo de información se recopilará de los pacientes.

Los pacientes colaboradores se enteran de todos estos detalles en un documento llamado consentimiento informado. En este documento se garantiza que los participantes han manifestado voluntariamente su intención de participar de la investigación, después de haber entendido la información que se le ha dado.

Los beneficios de la realización y participación de estos estudios son claros. Entre ellas destacan el aporte que pueden hacer los pacientes a los enfermos de hoy y del futuro, compromiso con las terapias indicadas, identificación de necesidades médicas desconocidas, mejora de los tratamientos, aceleración en la obtención de nueva información, formación de capital humano avanzado y una alta capacitación profesional. Los estudios biomédicos representan un esfuerzo institucional y desafíos formidables. Un aporte esencial de la población que se beneficiará directa o indirectamente del nuevo conocimiento, es participar activamente de estos esfuerzos.

SUSCRÍBETE

Recibe mensualmente la edición impresa de nuestro periódico de Odontología



Estamos en...
Santiago, Iquique, Copiapó, Calama,
Viña del Mar, Antofagasta, La Serena, Talca,
Rancagua, Concepción, Valdivia, Temuco, Puerto Varas
y Puerto Aysén



CONDOR[®]

intra oral scanner
Chile



Consigue tu Condor



Ya Disponible

- No requiere mantención
- Incluye licencia sin costo adicional
- No tiene costo por clic
- Incluye actualizaciones permanentes

- Escáner intraoral para impresiones y diagnósticos
- No requiere calibración
- Sin riesgo de tecnología obsoleta
- Escáner intraoral más pequeño del mundo

Luis thayer ojeda sur 166 of 404, Providencia
contacto@condorscanchile.cl

Prótesis Fija Plural en una sesión



Dr. Eduardo Mourquez

Cirujano Dentista.
Especialista en Implantología Bucomaxilofacial.

La tecnología Cad-Cam nos sorprende cada vez más. Tratamientos que antes eran impensados, hoy en día son posibles gracias a esta tecnología. El desarrollo de nuevos materiales asociados a esta tecnología, permiten también, la resolución de casos clínicos que antes jamás hubiésemos imaginado.

En esta ocasión muestro un caso clínico, de un paciente adulto mayor, de 75 años, el cual quería recuperar sus piezas anteroinferiores, pero sin tener que someterse a tratamientos mas largos, como lo hubiese sido una rehabilitación implatológica.

Se realizó una prótesis Fija Plural mediante tecnología Cad-Cam, en una sesión, utilizando bloques de disilicato de litio fresados.



Figura 1
Ausencia de piezas 23, 24, 25 y 26



Figura 2
Comprobación de que cae la restauración en el bloque



Figura 3
Tallado de muñones vitales



Figura 4
Diseño de la restauración en software



Figura 5
Restauración recién tallada, sin cristalizar.



Figura 6
Preparación de la restauración para el proceso de tincionado y cristalizado.



Figura 7
Resultado final.

straumann

Neo Biotech

Barratt



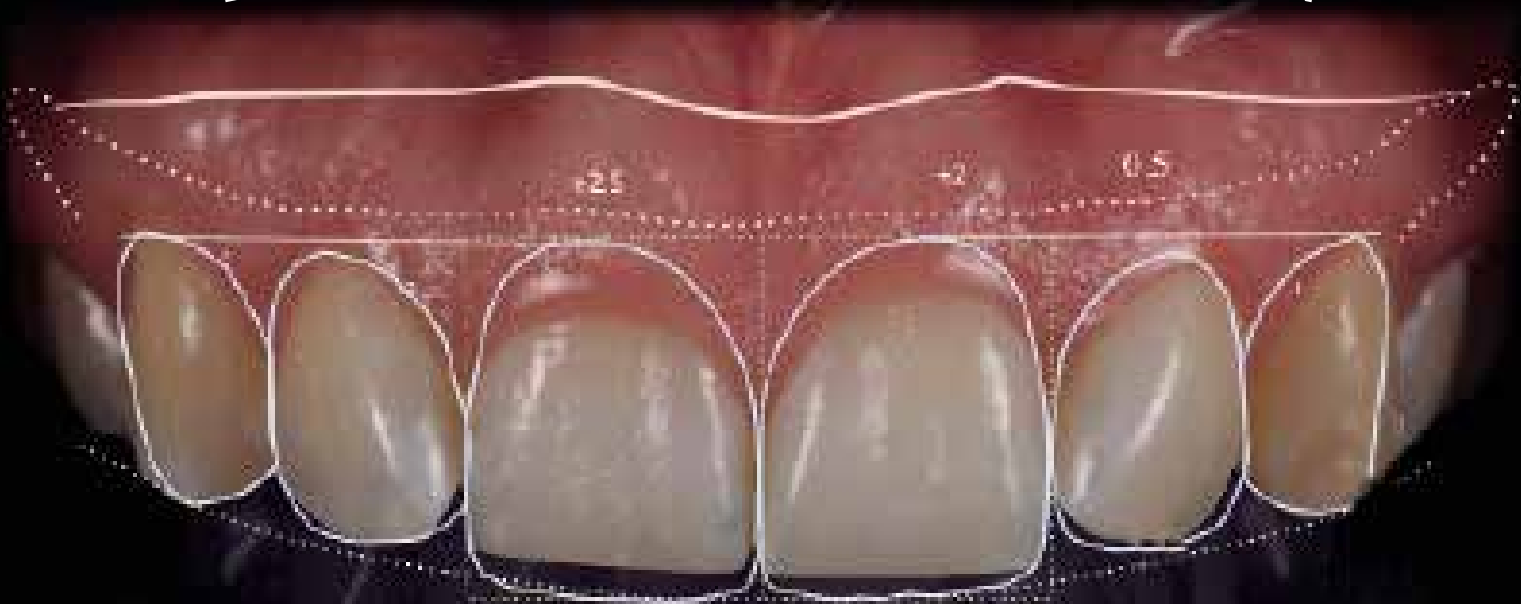
Sociedad de Implantología Oral de Chile



NUEVAS TECNOLOGÍAS COMPUTACIONALES EN ODONTOLOGÍA

ODONTOLOGIACOMPUTARIZADA2017@GMAIL.COM

CURSO DE DISEÑO DE SONRISA EN BASE A ESTÉTICA DENTAL Y OCLUSIÓN



PLANIFICACIÓN DIGITAL Y FUNCIONAL DE SONRISA

ANÁLISIS DENTOFACIAL
DISEÑO DIGITAL
PLANEAMIENTO FOTO Y VIDEO
MOCK UP EN VIVO

CD. CARLOS
IVÁN ARCE A.
PERÚ
DSD TEAM MEMBER



TEÓRICO | PRÁCTICO | CLÍNICO

e-mail : info@webdental.cl | móvil : +56 9 7852 4904
www.eochile.cl

ORGANIZA Y CERTIFICA:

Dr. Gustavo Mazzey, director de Fundación Sonrisas:

4 millones de chilenos no pueden acceder a la salud dental

La salud oral de los chilenos se enfrenta cada vez a problemas mayores. Políticas públicas respecto al tema van y vienen pero las personas son las que sufren las consecuencias. En este contexto es fundamental destacar que en Chile y según datos del Ministerio de Salud, sólo el 20% de la población entre 35 y 44 años tiene su dentadura completa y si la estadística la ampliamos a la tercera edad la cifra desciende al 1%.

En entrevista con CNN Chile, Dr. Gustavo Mazzey -Director de Fundación Sonrisas- se refirió a la importancia de la salud oral y comentó sobre las lamentables cifras que están presentes en nuestro país.

“El tema de la salud oral no sólo afecta a la sonrisa o estética, sino que muchas veces nosotros como dentistas y como fundación, vemos que la salud oral afecta a un sin número de enfermedades. La sonrisa, la salud bucodental está relacionada directamente a enfermedades sistémicas como la diabetes o problemas cardiovasculares y en Chile más de 4 millones de chilenos no pueden acceder a la salud dental. Por eso la importancia e incidencia en este país”.

RESPECTO A POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ODONTOLOGÍA

“Nosotros como fundación queremos que todos los chilenos puedan acceder a salud bucodental de buena calidad. Definitivamente la clave es establecer políticas públicas de aquí al 2030. Que nuestros políticos entiendan que la salud oral es una prioridad y así mejorar. El 70% de la población no puede acceder a salud oral de calidad lo cual es un problema”.

SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SONRISA

“Cuando una persona no puede sonreír afecta a su autoestima, la empleabilidad, las relaciones sociales, la inserción social. Hay un tema que sin duda requiere de mucha preocupación. Nosotros queremos



“Hemos comprobado que Escuelas Sonrisas es un concepto efectivo. La educación y prevención en niños es efectiva.”

hacer un llamado a las autoridades para que se lleven a cabo políticas públicas que reflejen lo que queremos, que es que los chilenos accedan a sonrisas de calidad”.

FUNDACIÓN SONRISAS

La Fundación sonrisas tiene 3 puntos que convergen. Escuela Sonrisa, donde nos preocupamos de escolares de alta vulnerabilidad, donde se les enseña el poder de la sonrisa, el amor por sus dientes, hábitos alimenticios y de higiene bucodental. El segundo punto es Acción Sonrisa, donde se trabaja con odontólogos voluntarios, quienes ayudan a pacientes a tener tratamientos de alta calidad. El otro

punto, es que Fundación Sonrisas pone sobre la mesa la importancia de la salud oral como política pública. Parece que la salud oral ha sido dejada de lado estos últimos años sobre todo en acción y tratamientos porque muy poca gente puede acceder a tratamientos de calidad.

Trabajamos con convenios con distintas municipalidades o con empresas. Apadrinamos a escuelas de riesgo social. Hacemos planes de educación, motivamos a los alumnos, les damos instrucciones de higiene dental. Entregamos información a los padres y a los profesores para que exista un feedback en los mismos colegios.

LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN TANTO EN NIÑOS COMO ADULTOS

Te pongo como ejemplo un niño de 6 años de riesgo social alto tiene muchas más posibilidades de tener una salud oral afectada que su par de alto estrato. Las oportunidades faltan, los planes de salud están pobre en este sentido, llamamos a los políticos a ponerse las pilas en este aspecto.

INFLUENCIA DEL ASPECTO EDUCACIONAL Y LA INCIDENCIA EN LA SALUD ORAL

La parte educacional es la clave. La educación parte no solo por enseñarles a los niños lo que es la sonrisa, el cuidado, la higiene sino también es un tema de alimentación. Si partimos de esta base e incluimos a los padres, tenemos un punto bastante interesante para mejorar.

Más acerca de la Fundación Sonrisas en: www.fundacionsonrisas.cl



¿QUIERES REGALAR SONRISAS?

- * Hazte Voluntario
- * Hazte Socio: apóyanos con un aporte mensual
- * Corre la voz: difunde con tus colegas
- * Dona insumos y materiales

Contáctanos en: www.fundacionsonrisas.cl • facebook.com/sonrisaschile • [twitter: sonrisas_chile](https://twitter.com/sonrisas_chile)





Finalizando el curso, el participante tendrá la capacidad de:

- 1.- Reconocer los diferentes materiales requeridos para la regeneración ósea vertical.
- 2.- Manipulación y fijación de membranas no absorbibles Cytoplast con refuerzo de titanio.
- 3.- Estimulará el desarrollo de destrezas clínicas para manipular mejor los colgajos y tejidos blandos en regeneración ósea.
- 4.- El estudiante estará en capacidad de diagnosticar diferentes tipos de defectos óseos.

Día 1:

AM Teoría: Principios y bases biológicas de la ROG vertical

PM Hand-on: Practico de posicionamiento y fijación de membranas cytoplast en ROG Vertical



Día 2:

AM Teoría: Manejo de colgajos y Tejidos blandos en ROG

PM Hand-on: Práctico de manejo de colgajos, suturas y tejidos blandos en ROG vertical.



Día 3:

AM Teoría: Manejo de Complicaciones en Regeneración ósea vertical.

PM Cirugía en vivo Cirugía demostrativa ROG Vertical



www.perioplactic.cl

Inscripciones:

info@perioplactic.cl

piergallo@perioplactic.cl



+569 7852 4904

+569 5903 7301

+569 5903 7299



VISA

MasterCard

WAGNA

Red compra

Red compra

Urgencias odontológicas encabezan demandas

Auge: ¿Qué hacer?

Jorge Gamonal Aravena

Decano Facultad de Odontología, U de Chile.
Centro de Epidemiología y Vigilancia de las
Enfermedades Orales (CEVEO)

Iris Espinoza Santander

Académica de la Facultad de Odontología,
U de Chile.
Directora Centro de Epidemiología y Vigilancia
de las Enfermedades Orales (CEVEO)

Siendo las enfermedades odontológicas un problema mundial y un problema de Salud Pública por su alta prevalencia, severidad y por el impacto en la calidad de vida de la población, no nos debe de extrañar que un reciente oficio de FONASA indique que “**las Urgencias Odontológicas Ambulatorias encabezan las demandas AUJE en Chile**”. La situación es más grave aún si consideramos que los programas odontológicos de la Red Asistencial de cada uno de los Servicios de Salud del país (continuadores legales del ex Servicio Nacional de Salud y del ex Servicio Médico Nacional de Empleados) con tratamientos de endodoncia, de prótesis dental, extracción de terceros molares y de periodoncia, encabezan las demandas de salud de la población chilena.

Los estudios tanto internacionales como nacionales nos muestran que la caries dental y las enfermedades periodontales son las más prevalentes en la población adulta mundial, siendo ambas las principales causas de adultos mayores desdentados. En Chile, la población adulta también muestra una alta prevalencia de daño dental, con un promedio de 17,5 dientes ausentes en el grupo de 65 a 74 años de edad según datos del 1er Examen Dental Nacional financiado por FONDECYT y un 66,4% de población con caries no tratadas (cavidades) según

la Encuesta Nacional de Salud 2003, problemas que sistemáticamente son mayores en mujeres, personas de menor nivel socio-económico, fumadores y habitantes de zonas rurales.

Además del impacto económico sobre los Gobiernos e individuos que produce el gasto asociado a la reparación del daño en la salud bucal, tenemos un costo mayor relacionado al dolor, baja autoestima, limitaciones sociales y funcionales, debiendo también contemplarse el au-

“En Chile, la población adulta también muestra una alta prevalencia de daño dental, con un promedio de 17,5 dientes ausentes en el grupo de 65 a 74 años de edad”

sentismo escolar y laboral ocasionado al requerir tratamientos, por cuanto resulta pertinente considerar a los problemas dentales como una discapacidad.

Diversos aportes y esfuerzos provenientes desde el Estado, a través de los respectivos gobiernos de turno, más los implementados por algunas Universidades y por muy pocas Sociedades Científicas, lamentablemente siguen resultando insuficientes.

La boca es una de las zonas del cuerpo de mayor repercusión económica cuando se implementan sólo protocolos curativos, por tanto debemos de volcar todos los esfuerzos, recursos económicos y



humanos en el desarrollo de Programas de largo aliento con acciones de promoción, prevención y tratamientos específicos con la participación activa de la comunidad. Fortalecer la Educación en salud oral de la población, en todos los niveles de la Enseñanza, sin duda, fomentará la corresponsabilidad y participación de los ciudadanos en su propia salud bucal.

Convoquemos a un Acuerdo Nacional por la Mejoría del Daño Odontológico en la Población Chilena, que incluya a todas las instituciones tanto privadas como públicas, con la creación de una Coordinación Nacional Odontológica que pueda administrar nuevos y frescos

recursos económicos estatales y/o privados; que se enfoquen en Investigación; capacitación del Recurso Humano Odontológico (dentistas y auxiliares dentales); creación de nuevas fuentes de trabajo en los consultorios y hospitales; con la definición de una audaz Política de Salud Odontológica que haga cumplir mejores metas a los Programas Odontológicos de los Servicios de Salud y nos permita, en el más breve plazo, ampliar el acceso de nuestra población a una atención odontológica oportuna y de calidad, sin requerir acudir a urgencia, recuperando no sólo su estado de salud y bienestar, sino su Derecho a la Salud consagrado en nuestra Carta Fundamental.



Doris Rubilar y Cia. Ltda. - Uriel Eventos
General Holley #2381 Of. 903
Providencia - RM - Chile

+562 2378 9920 | +569 9051 3070
www.urielrubilar.cl



Expertos en Productos y Servicios para
Pacientes y Profesionales



PHARMA INVESTI PHILIPS CURAPROX Colgate VOCO Oral-B DENTAD Nordent



3er. Congreso de Interespecialidades
Odontológicas del Sur de Chile



Sociedad de Prótesis
y Rehabilitación Oral
de Chile filial Temuco

Congreso Nacional Sociedad de Prótesis y
Rehabilitación Oral de Chile

 Nelson Carranza

 Alejandro Bertoldi

 Gustavo Vernazza

 David Troncoso

 Martha Dominguez



26 y 27 de Mayo del 2017

Hotel / Casino Dreams Temuco

Organizan:



SOCIEDAD DE PRÓTESIS Y
REHABILITACIÓN ORAL DE CHILE
FILIAL TEMUCO



Sociedad de
Implantología
Oral de Chile^{MR}

FILIAL TEMUCO



FILIAL TEMUCO



SOCIEDAD DE PRÓTESIS Y
REHABILITACIÓN ORAL DE CHILE

www.ios.cl



www.ios.cl
contacto@ios.cl
Temuco - Chile

Actualización en cifras sobre Cirujanos Dentistas y Estudiantes de Odontología en Chile:

¿Cómo somos, cuántos somos y cuántos necesita el país?



Dra. Andrea Paulina Cerón Benavides

Cirujano Dentista, Universidad de Valparaíso.
Presidenta ADEO Chile 2016.
Presidenta CEEU UV 2015-2016.

En el año 1981 se promulga la "Ley General de Universidades" [1], la que permite la consolidación de la educación dentro de un marco regulatorio mixto (estatal y privado), favoreciendo al mercado como ente regulador de la enseñanza. De aquí en adelante, comienza poco a poco la apertura de programas de Odontología sin una vinculación real con la sociedad en la cual los profesionales se desenvolverán, transformando que el propósito de formar Odontólogos de calidad para el país, quede relegado por el fin de aumentar las arcas financieras de las casas de estudios. Sumado a esto, la formación de los Dentistas en la actualidad no está bajo obligatoriedad de comprobar estándares de calidad mínimos a través de la acreditación de sus programas de estudios, como si lo cuentan las carreras de Medicina y Pedagogía [2], lo que va en perjuicio directo de la educación de los futuros profesionales en Odontología y el cuidado de la salud oral de la población chilena.

Es también en Febrero del año 1981, cuando los Colegios Profesionales son reducidos a Asociaciones Gremiales, dejando de ser personas jurídicas de derecho público o corporaciones paraestatales que perseguían un interés general. Por ende, se pierde la colegiatura obligatoria, la tuición de la ética profesional y entre otras funciones, se deja de llevar un catastro nacional de la profesión [3]. Actualmente el registro nacional de prestadores individuales de salud es realizado por la Superintendencia de Salud.

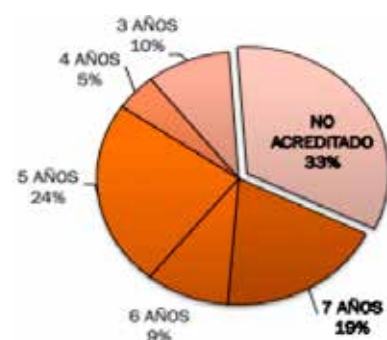
Este artículo es una actualización y contribución al trabajo del Dr. Sergio Cousiño M. en el 2013 llamado ¿Cuántos somos actualmente los dentistas en Chile? -La burbuja odontológica.

UNIVERSIDADES Y SEDES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

En Chile, la apertura de escuelas de Odontología ha sufrido un desmesurado aumento. De 3 escuelas únicas en la década del 80 (Universidad de

Chile, Universidad de Concepción y Universidad de Valparaíso), hoy en día existen 34 sedes de las cuales sólo 22 se encuentran acreditadas con un promedio de 3,57 años [4]. Dentro de ellas, las que ostentan la máxima acreditación con 7 años son: la Universidad de Valparaíso, Universidad de Chile, Universidad de Concepción y Universidad San Sebastián; representando el 19% de las universidades que imparten la carrera (Gráfico I). Un 33% de ellas no se encuentran acreditadas.

Gráfico I. Distribución años de acreditación por porcentaje de Universidades que imparten Odontología



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Comisión Nacional de Acreditación.

La conformación actual del sistema de educación superior en Odontología está compuesta por 21 universidades (Tabla I), de las cuales sólo 13 tienen sus programas acreditados, garantizando una calidad mínima del 61,90% del universo de las escuelas de Odontología en Chile. 14 de ellas participan en la Asociación Chilena de la Enseñanza de la Odontología (ACHEO) y 10 pertenecen al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH), estas últimas son catalogadas como tradicionales. Por otro lado, existen 7 estatales y 14 privadas.

Nº DE ESTUDIANTES Y PROYECCIÓN DE EGRESO AÑO 2016

Desde la Asociación de Estudiantes de Odontología de Chile, actualmente presidida por la estudiante Paula Labbé De La Fuente de la Universidad de Concepción, relatan que han trabajado arduamente para tener información respecto a sus casas de estudios, puesto que no existe una entidad oficial que difunda la información de por ejemplo cuántos estudiantes de Odontología existen en Chile. El año 2016, se realiza un catastro nacional de estudiantes de las sedes pertenecientes a ADEO

Tabla I. Universidades, sedes, años de acreditación y pertenencia

UNIVERSIDADES	SEDES	AÑOS DE ACREDITACIÓN	ACHEO	CRUCH	ESTATAL	PRIVADA
21	34	14	10	7	14	
1. Universidad de Valparaíso	Valparaíso	7	*	*	*	
2. Universidad de Chile	Santiago	7	*	*	*	
3. Universidad de Concepción	Concepción	7	*	*	*	
4. Universidad San Sebastián	Valdivia / Concepción	7	*	*	*	
5. Universidad de Antofagasta	Puerto Montt / Choros / Santiago	6	*	*	*	*
6. Universidad de los Andes	Santiago	6	*	*	*	*
7. Universidad de Talca	Talca	5	*	*	*	*
8. Universidad del Desarrollo	Santiago / Concepción	5	*	*	*	*
9. Universidad Austral de Chile	Valdivia	5	*	*	*	*
10. Universidad de la Frontera	Temuco	5	*	*	*	*
11. Universidad Mayor	Santiago / Temuco	5	*	*	*	*
12. Universidad Finis Terrae	Santiago	3	*	*	*	*
13. Universidad Andrés Bello	Concepción / Santiago	3	*	*	*	*
14. Universidad Diego Portales	Santiago	0	*	*	*	*
15. Universidad de La Serena	La Serena	0	*	*	*	*
16. Universidad Viña del Mar	Viña del Mar	0	*	*	*	*
17. Universidad Católica	Santiago	0	*	*	*	*
18. Universidad Rumbos	Temuco / Santiago	0	*	*	*	*
19. Universidad Pedro de Valdivia	Santiago / Antofagasta	0	*	*	*	*
20. Universidad Arturo Prat	La Serena / Chillán / Concepción	0	*	*	*	*
21. Universidad Bolivariana	Concepción	0	*	*	*	*
PROMEDIO		3,57				

Fuente: Elaboración propia a partir de CNA, CRUCH y ACHEO 2017

Chile, de la cual se desprende una cifra no menor de 11.224 estudiantes y una proyección de egreso de sexto año de 1.433 futuros profesionales en las 22 sedes que componen la asociación, restando obtener la información de 12 sedes de las cuales no se ha tenido retroalimentación [5].

Nº DE INSCRITOS EN SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y PROYECCIÓN DE CIRUJANOS DENTISTA 2017

En diciembre del año 2016, la Superintendencia de Salud señala que actualmente **existen 20.108** Cirujanos Dentista inscritos [6]. Si sumamos los **1.433 nuevos profesionales** que en Enero-Febrero debieron hacer su trámite de inscripción, podemos aventurarnos y declarar que actualmente existen por lo menos **21.541 Cirujanos Dentistas**, sin considerar las 10 escuelas restantes de las cuales no se tiene información.

Por último, se estima una tasa de titulación de a lo menos 2.000 estudiantes por año, por lo que es de esperar que en 10 años se duplicará el número de odontólogos si la cantidad de sedes y cupos de matrícula se mantiene.

RECOMENDACIÓN OCDE (ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO)

En Chile existen 17.819.054 habitantes [7]. La recomendación de la OCDE [8] [9] señala sin distinción entre el sistema público o privado, que para los países que la componen se requieren 56 dentistas

cada 100.000 habitantes, es decir, **1 dentista cada 1.785 habitantes**. Para dar cobertura a los beneficiarios del sistema público como privado necesitamos **9.982 dentistas**, lo cual es una cifra bastante menor a la realidad, ya que sólo en la superintendencia de salud hay **20.108 profesionales inscritos**, es decir, una relación **1 dentista cada 886 habitantes con una sobreoferta del 101,44%**.

PLAZAS DE TRABAJO EN EL SISTEMA PÚBLICO Y PRIVADO

Específicamente en Chile, un 76,5% de la población (13.631.576) se atiende en sector público y un 23,5% (4.187.477) en el sistema privado u otros [10]. Según la recomendación de la OMS para atención primaria (1 dentista por cada 2.000 habitantes), necesitamos 6.815 profesionales en el sistema público, existiendo una falta de **2.615 plazas de trabajo** (existen 4.200 según Cousiño. 2013) traducido en un **déficit del 38,37%**.

Por otro lado, según la OCDE en el **sistema privado se necesitan 2.345 odontólogos** (1 dentista por cada 1785), pero hoy en día existe una relación de **1 dentista por cada 247 habitantes con una sobreoferta del 807,83%**. A pesar de que no se considera el trabajo que realiza el odontólogo en Docencia, Administración y/o Investigación, se presume que los profesionales que trabajan en el sistema público y/o privado, también realizan al menos una de las actividades anteriormente señaladas. En un futuro estudio descriptivo es recomendable obtener estos datos, como también el número de plazas de trabajo actual de la cual no se encontró registro.

CESANTÍA ILUSTRADA: ¿A DÓNDE VA NUESTRA PROFESIÓN?

Cuatro años después de lo expuesto por el Dr. Sergio Cousiño, se mantiene la premisa de que tal vez “muchos profesionales no podrán ejercer la profesión durante 35-40 años, algunos no la ejercerán y los que logren hacerlo, lo harán en condiciones de precariedad”. El panorama no ha mejorado, y de hecho, ha empeorado.

La sobreoferta profesional en el ámbito privado y déficit en el sector público ha provocado una migración de los beneficiarios, quienes no tienen los recursos para atenderse en clínicas privadas, pero para lo cual los profesionales con el fin de satisfacer esa demanda y paliar su cesantía, han disminuido los precios de sus prestaciones a niveles que pudiesen afectar la calidad de la atención odontológica.

Sin embargo, se vislumbran posibles

soluciones que son compartidas desde hace años por los distintos actores del gremio. Hoy más que nunca necesitamos una **ACREDITACIÓN OBLIGATORIA CON UNA REFORMA DE SUS CRITERIOS DE EVALUACIÓN**, que permita un **congelamiento de matrículas y cierre de escuelas** de poca o nula calidad. No menos necesario, un **FONASA DENTAL** que permita una mayor cobertura y acceso de la población a la salud oral, como también la creación de una **SUBSECRETARÍA DE SALUD ORAL** con el fin de obtener gestión y financiamiento independiente, que permita dar plazas de trabajo a los profesionales cesantes y finalmente mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como los profesionales.

Hoy más que nunca **debemos unirnos y solicitar al estado una reforma estructural** que se condiga con la necesidad del país, **no es sensato seguir formando nuevos cirujanos dentistas sino podrán ejercer su profesión y vivir económicamente de ella.**

Cuadro I. Resumen de la odontología en Chile (A. Cerón Benavides, 2017)

	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO
% Atención pacientes	76.5%	23.5%
¿Cuántos habitantes?	13.631.576	4.187.477
¿Cuántos Odontólogos existen?	4.200	16.908
¿Cuántos se necesitan?	6.815	2.093
¿Oferta?	Déficit 38.37%*	Sobreoferta del 807.83%**
¿Mayor demanda?	<ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación Endodoncia Ortodoncia 	No existe registro
Recomendación	Incorporar 2.615 odontólogos al servicio público. Disminución o cierre de matrículas por sobrecupo académico y laboral. Inexistencia de regulación académica obligatoria tanto en cupos de matrícula como en calidad de la enseñanza. No existen plazas de trabajo en el sistema público ni voluntad política de creación. Mercado laboral saturado por sobreoferta de Odontólogos. Búsqueda de pacientes del sector público, al tener menores recursos los odontólogos disminuyen los precios a niveles que afectan la calidad de la atención o precarizan la labor con atención hasta por cupones.	
Problema		
¿Qué se necesita?	<ul style="list-style-type: none"> Acreditación Obligatoria y reestructuración de los criterios de evaluación Cierre de escuelas con cupos de matrícula que no se condigan con la realidad del país Voluntad política para financiar infraestructura y sueldos para profesionales en sector público. Subsecretaría De Salud Oral (Autonomía presupuestaria) Instaurar Salud Oral como derecho social FONASA Dental 	

* Recomendación OMS para países en vías de desarrollo en relación Odontólogos APS. ** Recomendación OCDE
FUENTE: COUSIÑO S. 2013, INE 2014, FONASA 2014, , MINSAL 2016

* Recomendación OMS para países en vías de desarrollo en relación Odontólogos APS.
** Recomendación OCDE
Fuente: COUSIÑO S. 2013, INE 2014, FONASA 2014, , MINSAL 2016

BIBLIOGRAFÍA:

1. Norma DFL1, Ministerio de Educación Pública fija Normas sobre Universidades. 1981. 2. Artículo 27, Ley 20.129 sobre el Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. 2006. 3. Cuántos somos actualmente los dentistas en Chile. Cousiño M. 2013 Disponible en: <http://www.contraangulo.com/2013/07/cuantos-somos-actualmente-los-dentistas> 4. Comisión Nacional de Acreditación 2017. Disponible en www.cnachile.cl 5. Catastro Nacional de la Asociación de Estudiantes de Odontología. ADEO Chile, 2016. 6. Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud (período 1 de abril del 2009 al Diciembre 2016). SuperIntendencia de Salud de Chile. 7. Instituto Nacional de Estadísticas. Última estimación en 2014. 8. OECD. OECD Health Data: Health care resources. OECD; 2013. 9. Association for the promotion of oral health. Submission to the inquiry into dental service. 2005. 10. Estadísticas de Demografía y Distribución, FONASA 2014.



LINE MED

SOMOS ESPECIALISTAS EN EQUIPAMIENTO DENTAL



PANORÁMICO HOY, TOMÓGRAFO MAÑANA

Eagle está construido sobre una plataforma inteligente, que permite UPGRADE en sus versiones. Puede adquirir un pan y futuramente realizar un upgrade para pan, tele y 3D.



PAN



PAN / TELE



PAN / TELE / 3D

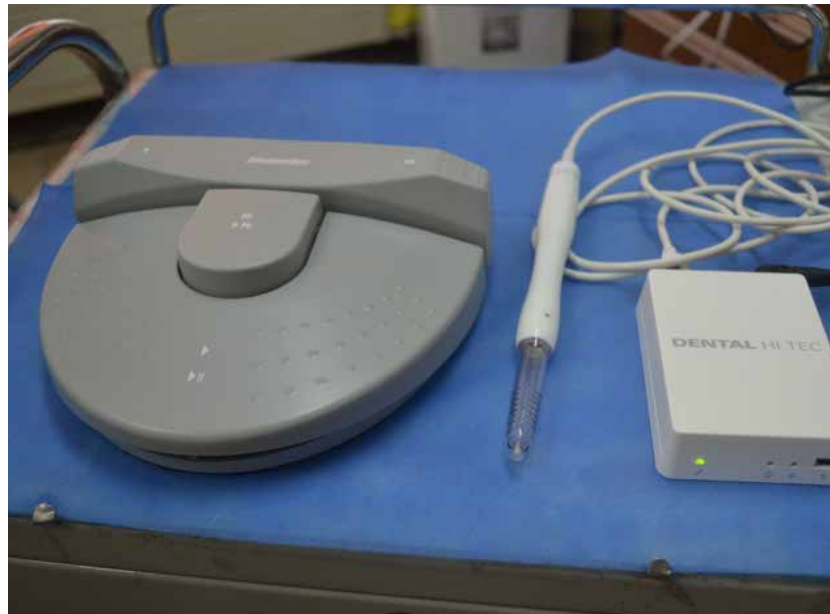
¿Cómo podemos lograr que ir al dentista sea un agrado para nuestros pacientes?



Dra. Claudia Zenteno Höfer

Especialista en Rehabilitación Oral CONACEO
Diplomada en Implantología Quirúrgica y
Protésica Universidad de Concepción.
Directora Postítulo de Rehabilitación Oral
Universidad San Sebastián sede Concepción.

*La respuesta es simple:
dominando la técnica
anestésica para que
hagamos una odontología
libre de stress.*



SleeperOne de la compañía Hi Tec de origen francés y que distribuye Alphabio en Chile.

problemas siempre y cuando se los maneje adecuadamente respetando dosis y conocimiento sistémico del paciente. Existen algunas contraindicaciones absolutas como la angina de pecho inestable, insuficiencia cardíaca congestiva no tratada, infarto reciente del miocardio, disrritmias refractarias e hipertensión no tratada.

El trabajar con anestésicos locales sin vasoconstrictor, limita la profundidad y duración del medicamento, incrementándose las posibilidades de toxicidad con posibles efectos adversos como temblores, convulsiones, taquicardia e hipertensión arterial.



Aunque la jeringa de aspiración tradicional es el método más común por el cual se administran anestésicos locales, se han desarrollado nuevas tecnologías que pueden ayudar al dentista a proporcionar alivio, con menor dolor de inyección y menos efectos adversos. Este artículo discutirá los usos clínicos de los anestésicos locales y los sistemas modernos de administración de anestesia local en campo dental.

La anestesia local ha sido definida como la pérdida de la sensación en un área circunscrita del cuerpo sin presentar pérdida de la conciencia.

Este tipo de anestesia es causada por depresión de la excitación de las terminaciones nerviosas o la inhibición del proceso de conducción de los nervios periféricos por lo que en la práctica clínica sólo deben utilizarse aquellos métodos o sustancias que inducen una transitoria y completa reversibilidad del estado anestésico.

En cuanto a las ventajas de la anestesia local es que evitamos los efectos adversos de la anestesia general y podemos modificar favorablemente las reacciones neurofisiológicas al dolor y stress.

Dentro de las características deseables de los anestésicos locales, estos no deben ser irritantes en los tejidos en

donde se aplican, ni producir alteraciones permanentes en la estructura del nervio. Su toxicidad sistémica debe ser baja y deben ser efectivos no importando si se aplica dentro del tejido o superficialmente en la membrana mucosa. Además el tiempo de inicio de la anestesia debe ser lo más corto posible y la duración de la acción debe ser suficiente para efectuar el procedimiento, pero el período de recuperación no debe ser muy prolongado.

Los anestésicos locales tienen algunos efectos colaterales y tóxicos en el sistema nervioso central, sistema cardiovascular, reacciones de hipersensibilidad y efectos locales que son los más comunes, tales como ulceración de la mucosa, dolor en el sitio de punción, lesiones nerviosas, mordedura de labio y necrosis locales. También existen factores modificadores como el embarazo, inflamación e infecciones, hepatopatías, epilepsia y necesidad de administración repetida.

Si hablamos de vida media, la cual comprende el tiempo que el anestésico permanece en nuestro organismo podemos afirmar que la bupivacaína es la de mayor vida media (3,5 horas) mientras que la articaína dura 2 horas, la lidocaína 1,6 horas, la tetracaína 0,3 horas y la clorprocaína 0,1 horas. Esto está muy relacionado con el potencial de toxicidad que tienen

“ Las ventajas de la anestesia local es que evitamos los efectos adversos de la anestesia general y podemos modificar favorablemente las reacciones neurofisiológicas al dolor y stress ”

los anestésicos locales siendo la clorprocaína la menos tóxica.

En cuanto al uso de vasoconstrictores existen variados estudios al respecto que dicen que los anestésicos locales en general producen vasodilatación a excepción de la mepivacaína que no posee esa capacidad por lo tanto, la presencia de un vasoconstrictor en la solución anestésica da lugar a la presencia de algunas ventajas destacables como aumentar profundidad y duración, en tanto que retarda la metabolización del anestésico permitiendo que el mismo esté mayor tiempo en el lugar de aplicación; disminuye por lo antedicho la toxicidad sistémica porque además se requiere menor dosis favoreciendo la homeostasis local. Pero también tienen algunas desventajas como efectos sobre el sistema cardiovascular o hipertensión. Uno de los más usados es la epinefrina o adrenalina que disminuye la absorción e incrementa la duración de la acción del anestésico local con una dosis máxima de 0,2 mg, considerando que por cartucho hay 0,018 mg. En general los anestésicos locales son drogas confiables que no ocasionan

En los pacientes hipertensos controlados deben emplearse anestésicos locales CON vasoconstrictor, en dosis terapéuticas y concentraciones adecuadas, no mayores a 1:100,000 para la epinefrina (xylocaína) y 1:20,000 para la levonordefrina (carbocaína), o bien felipresina (Cytanest) a 1:2,000,000.

El dolor durante la inyección aumenta la ansiedad del paciente, conllevando el riesgo incluso de movimientos súbitos que pueden producir accidentes involuntarios que generan más temor aún. Es por esta razón que en la actualidad la investigación apunta a minimizar la molestia al momento de inyectar la anestesia a los tejidos de la cavidad oral utilizando microprocesadores programados para suministrar la solución anestésica a velocidades de flujo constante sin importar la zona anatómica o la densidad del tejido evitando que la presión del pulgar del operador sea quien ordene la velocidad de flujo de la solución anestésica.

Además la administración del anestésico local a 37 °C produce menor intensidad de dolor y menor tiempo de inicio de acción en comparación con la administración de anestésico local a temperatura ambiente.

Con los nuevos sistemas de anestesia local regulada por computador como The Wand y SleeperOne se provee un flujo lento y constante del líquido anestésico, generando una sensación de anestesia más cómoda para el paciente. Además, no es necesario el uso de geles o sprays pre-anestésicos ya que antes de incidir se suministran unas gotas de líquido anestésico sobre la zona a tratar.

Por otra parte, minimizamos el estrés



del paciente ante el acto anestésico ya que la pieza de infiltración no parece una jeringa por lo que el paciente no asocia la máquina con una amenaza. Se aplica cualquier técnica anestésica de forma cómoda, fácil y con un mínimo o ausencia de dolor.

La utilización de técnicas nuevas como la alveolar superoanterior a través del

paladar o la técnica intraligamentosa que normalmente genera mucho dolor al paciente con estas técnicas son casi imperceptibles y muy efectivas, logrando anestesiarse sólo la pieza dentaria en que vamos a trabajar y no toda la hemicarada como pasa con la técnica troncular. Esto es una gran ventaja especialmente en niños o en pacientes adultos que van a la consulta dental y que luego deben

seguir trabajando o hablando en público.

El avance lento y constante de la aguja crea una senda anestésica que elimina el malestar mientras la aguja se adentra en el tejido. Presentan un mango liviano que aumenta la sensación táctil y la ergonomía, no intimidando al paciente. Tienen aspiración automática y si aplicamos la técnica de inyección rotatoria minimiza la deflexión de la aguja.

Quizas las únicas desventajas del sistema es que requiere de instrumental adicional y tiene un mayor costo inicial, que se compensa con creces cuando ya se utiliza de manera rutinaria en la consulta. Existen muchos estudios que avalan el uso de anestesia computarizada en odontología tanto en niños como adultos.

En distintas experiencias clínicas principalmente con SleeperOne puedo recomendar usar menos cantidad de anestesia por cada intervención ya que logramos una anestesia más profunda que nos permite trabajar de manera inmediata, además se recomienda cuidar la cantidad de vasoconstrictor a utilizar por la isquemia que pueda llegar a producir especialmente en tejidos menos depresibles como el paladar y

si bien es cierto, el tiempo en realizar la técnica de anestesia es mayor al inicio, una vez que la aguja esta ubicada, podemos controlar la velocidad de la inyección con el pedal inalámbrico, lo que hace que se equipare a la velocidad de la técnica convencional.

Los dentistas deben ser muy conscientes de estos nuevos sistemas y deben tener un conocimiento actualizado, a fin de proporcionar los beneficios de la última tecnología a sus pacientes a través de la capacidad de administrar inyecciones indoloras a un nivel deseable y que la duración de la anestesia sea óptima, disminuyendo el temor y el estrés del paciente, y por lo tanto bajando el estrés para el clínico lo que puede ayudar al paciente a cumplir con el tratamiento dental.

Si todos estos cuidados los sumamos a la posibilidad de usar óxido nítrico tanto con nuestros pacientes pediátricos como adultos, otorgando una sedación conciente adecuada en procedimientos generales, estaríamos utilizando todas las herramientas posibles para hacer de la odontología un agrado para nuestros pacientes. Pero este es tema de otro artículo. Muchas gracias!!.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Computerized local dental anesthetics systems: patient and dentist satisfaction. E.G. Gracea, D.M. Barnesb, B.C. Reidb, M Floresb, D.L. Georgeb. *Journal of Dentistry* 31 (2003) 9-12. 2. Patient satisfaction during the administration of local anesthesia using a computer controlled local anesthetic delivery system. Anderson, Z. N., Podnos, S. M., & Shirley-King, R. (2003). *Dermatology Nursing*, 15(4), 329-30, 392. 3. Anestésicos locales en odontología: valoración mediante pulsioximetría. López Marcos, Joaquín Francisco, García Valle, Silvia, & Begoña García, Cenador. (2006). *Acta Odontológica Venezolana*, 44(1), 22-27. 4. Manual de Anestesia Local, Stanley F. Malamed. Quinta Edición año 2006, Ed. Elsevier. 5. Pain and Efficacy Rating of a Microprocessor-Controlled Metered Injection System for Local Anaesthesia in Minor Hand Surgery. *Pain Research and Treatment*. Volume 2011 (2011), Article ID 362396, 6 pages 6. Kumar, M. P. S. (2015). Newer delivery systems for local anesthesia in dentistry. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 7(5), 252-255. 7. Computerized versus traditional local anesthesia in pediatric patients. Mittal, M., Kumar, A., Srivastava, D., Sharma, P., & Sharma, S. (2015). Pain perception: The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 39(5), 470-474.

¡DESCARGA DENTÜ!

CONECTANDO A PERSONAS Y ODONTÓLOGOS



- ✓ BUSCA A TU DENTISTA.
- ✓ CALIFICA A TU DENTISTA.
- ✓ APRENDE MÁS SOBRE TU SALUD BUCAL.



Hacia una odontología libre de stress



Dr. Cristian Gallegos S.

Cirujano Dentista Universidad de Antofagasta.
Especialista en Periodoncia Universidad de Chile.
Miembro de la Sociedad Brasileña de Analgesia Inhalatoria y Sedación Consiente.

ÓXIDO NITROSO

Cuántas veces hemos escuchado a nuestros pacientes quejarse que le temen al dentista. Muchos de ellos en forma justificada por haber vivido una experiencia traumática, pero otros, sin tener experiencias previas, han escuchado alguna historia terrorífica de algún familiar o cercano. Usamos instrumentos puntiagudos en la mayoría de nuestros procedimientos y ni hablar del temor que generan las agujas para la anestesia o la posición que adquiere el paciente en nuestro sillón, que da la sensación de no tener dónde arrancar (1). Trabajamos en un territorio muy íntimo, lleno de terminales nerviosos que lo hacen extremadamente sensible. Tal vez por esto es que algunos pacientes son reacios a que cualquiera los examine. Cuántas veces hemos escuchado a una dama decir que "es más fácil encontrar un ginecólogo que a un dentista". Abundan películas de terror, historietas, hasta rutinas cómicas donde

ironizan con la experiencia desagradable de ir al dentista. Seamos sinceros, creo que a nadie le gusta ir al dentista, inclusive me atrevería a decir que ni a nosotros mismos.

En la búsqueda de cambiar este esquema y hacer un poco más agradable la visita de mis pacientes, es que he buscado procedimientos, equipos y/o técnicas que me ayuden a esto. En el número anterior de WebDental (N58) les hablé de mi experiencia con la anestesia asistida por computadora (The wand/ Sleeper one) Hoy les quiero hablar de mi experiencia, de más de seis años, con la sedación con óxido nitroso. Técnica que es utilizada por odontólogos, hace más de 150 años, en muchos países, pero que lamentablemente en el nuestro, aún existe mucho desconocimiento e ignorancia, tanto por nuestros propios colegas, como por nuestros pacientes. A lo largo del tiempo me ha tocado escuchar mitos como que sólo lo puede administrar un anestésico, que es una técnica muy compleja o que es muy riesgoso para el paciente. Déjenme contarles que no es así. Como cualquier técnica, requiere de un proceso de aprendizaje, instrumentos o equipos y contar con elementos necesarios para casos de emergencias. Teniendo esto en cuenta, puede ser una técnica simple y de gran ayuda.

El óxido nitroso fue introducido por el Cirujano Dentista Norteamericano Sir Horace Wels, quien es considerado el padre de la anestesiología. El óxido nitroso también es conocido como monóxido de dinitrógeno o gas de la risa. Es clasificado por la norma chilena como un anestésico general débil y en concentraciones menores al 75% produce, en general, únicamente sedación y analgesia. (2). Dentro de sus principales ventajas, podemos mencionar que al inhalarlo genera una sensación confortable, calma, tranquilidad y relajó, que lo hacen ideal para tratar a pacientes ansiosos. Otras ventajas son (6):

- Es de aroma dulce y no es irritante de las vías aéreas, como otros gases anestésicos.
- Al inhalarlo, ingresa rápidamente al organismo por los pulmones, generando su efecto entre 3 a 5 minutos, más rápido que cualquier otro medicamento oral.
- No se combina con elementos sanguíneos y no se metaboliza en el organismo, por lo que no hay riesgo de generar daño en órganos, como lo que sucede con la mayoría de medicamentos orales que se metabolizan en el hígado.
- Se puede titular, es decir, se va



Etapas de recuperación de sedación, disminuyendo la concentración de óxido nitroso. Paciente y dentista felices porque no molesto nada.

incrementando la dosis de a poco hasta alcanzar el efecto deseado en cada paciente. Esto disminuye la posibilidad de sobredosisación o efectos adversos.

- Mínimos efectos secundarios.
- Al dejar de inhalarlo, el gas abandona rápidamente los pulmones y sus efectos desaparecen por completo en pocos minutos, por lo tanto, el paciente puede continuar con sus actividades cotidianas sin contraindicaciones.
- Prácticamente no interactúa de forma negativa ni condiciona patologías sistémicas comunes como, hipertensión, diabetes, hipotiroidismo. Etc.

Si comparamos el óxido nitroso con el Midazolam, que es una de las benzodiazepinas más utilizadas en odontología, podemos ver claramente que es más segura, controlable y predecible. Otro punto importante, el óxido nitroso produce una sedación mínima a moderada, según la concentración que se utilice, es decir, produce un estado de depresión de la conciencia, en el cual el paciente es capaz de responder adecuadamente a estímulos verbales solos o acompañados de estimulación táctil leve. En este tipo de sedación el paciente no requiere intervención alguna para mantener la vía aérea y la función respiratoria y cardiovascular permanecen indemnes (2). Si bien, su principal indicación es en pacientes fóbicos, ansiosos o que son refractarios al manejo no farmacológico de la ansiedad, también puede ser usado en pacientes con desórdenes de movimiento o incapacidad física o mental. En intervenciones de larga duración que debido a la posición, duración o complejidad puedan ser potencialmente incómodas. También está indicado en pacientes con alteraciones sistémicas, cuya patología de base pueda verse exacerbada producto de la manifestación fisiológica de ansiedad (2), como es el caso de problemas cardíacos, como la hipertensión arterial, donde está descrito los efectos beneficiosos

de la administración del oxígeno y la disminución de la presión arterial, no por efecto directo del óxido nitroso, sino por el hecho de disminuir la ansiedad. (3-4-6) Un ejemplo de las indicaciones del uso del óxido nitroso es en pacientes jóvenes, cooperadores, y que requieren de exodoncias por indicación del ortodoncista. Y el caso más difícil que me ha tocado manejar fue el de mi hija Mabel de 11 años. A quien le indicaron la extracción de un canino superior temporal. Si bien siempre ha sido una paciente cooperadora, al saber el tipo de procedimiento que era necesario, se asustó y se puso muy ansiosa. Al utilizar el óxido nitroso estuvo muy tranquila y pude realizar el procedimiento sin mayor complicación. Evidentemente yo también estaba tranquilo al saber que no le estaba generando ninguna molestia. Al analizar todos estos beneficios y propiedades, creo que no debiese quedar duda de lo útil que resulta para nuestros pacientes. No hay nada más satisfactorio que atender a un paciente que está tranquilo, relajado y agradecido porque no le dolió ni molestó nada. Ahora bien, es un procedimiento muy seguro (5), pero no exento de posibles complicaciones. Evidentemente estas disminuyen en la medida que somos cuidadosos con el manejo de la técnica y se cuente con el equipamiento y el conocimiento necesario para reaccionar frente a estas complicaciones (2). Y si es tan bueno para nuestros pacientes, ¿por qué no es tan utilizado? Según estadísticas de la Sociedad Brasileña de Analgesia inhalatoria y Sedación Consiente (ABASCO), menos del 5% de dentistas utiliza óxido nitroso. Si bien en Chile no hay una estadística clara, podríamos suponer que es muy parecida. Creo que es momento de que la odontología chilena se empodere más de este procedimiento. Ya hay Universidades que dictan cursos, pero creo que es necesario expandir aún más este conocimiento que va en directo beneficio de nuestros pacientes.



Paciente de 11 años, con indicación de exodoncia canino temporal superior izquierdo por motivos ortodóncicos. En etapa de inducción de sedación con óxido nitroso.



Paciente sedada con 40% de óxido nitroso. Aplicando anestesia intraligamentaria con sistema "Sleeper One".



Procedimiento de exodoncia con paciente sedada.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Computerized local dental anesthetics sy1. Aravena P, Benso B: Management of fobic dental patients and conscious sedation with nitrous oxide in Chile, Journal of Oral Research, 2016.
2. Fernández F, Flores B, Mánquez H: Norma control de ansiedad en la atención odontológica, Ministerio de Salud, 2007.
3. Eger EI II, et al: Clinical pharmacology of nitrous oxide: an argument for its continued use, Anesth Anal 71: 517, 1990.
4. Eisele JH, Jr: Cardiovascular effect of nitrous oxide. In Eger EI II, Editor: Nitrous Oxide N2O, New York, 1985, Elsevier Science Publishing.
5. Kole T: Assessing the potential for awareness and learning under anesthesia, J Am Assoc Nurse Anesth 61:571, 1993
6. Clark MS, Brunick AL: Handbook of nitrous oxide and oxygen sedation; Third edition, 2008.

ESPECIALISTA EN ESPACIOS ODONTOLÓGICOS

DISEÑO / ARQUITECTURA / CONSTRUCCIÓN / CERTIFICACIÓN



Clínica Habanadent



Clínica Cerro Colorado



Clínica Moneda



Clínica Soul

OFRECEMOS PROYECTOS PARA SU CONSULTA

- Habilitaciones de oficinas en planta libre.
- Remodelaciones de oficinas a consultas odontológicas.
- Remodelaciones de consultas existentes.
- Todas nuestras obras son 100% certificadas.

ENTREGAMOS SU PRESUPUESTO
Y LO OPTIMIZAMOS SEGÚN SUS NECESIDADES

CONTACTOS:

www.construmed.cl / info@medempresas.cl +56 9 92761191



CONSTRU|MED

UNA EMPRESA DE:  GRUPO MED

Oseodensificación, la nueva propuesta en implantología:

Caso clínico con terapia extracción parcial (P.E.T) socket shield technique and root submergence



Dr. Raúl Fernando Bravo Barrera

Laboratorista Dental
Cirujano – Dentista UNAB
Especialista en Implantología
Bucomaxilofacial UDD.
Magister en Odontostomatología UNAB.
Perfeccionamiento Implantología Avanzada.
(U. de Concepción).
Perfeccionamiento Cirugía Plástica Periodontal.
(U. de Concepción).
Docente colaborador Perfeccionamiento
Implantología Avanzada. Formación Continua.
Dr. Francisco Marchesani.

El objetivo de la osteotomía convencional, era generar una perforación secuencial que permitiera la instalación de un implante dental, independiente de su macro y microestructura como diseño. La Oseodensificación es la nueva propuesta y filosofía que se nos presenta en Implantología. Su concepto fue creado por el Dr. Salah Huwais (2014), con el fin de mejorar la forma y calidad de la osteotomía por sustracción. No solo implica la extracción ósea, como lo conocíamos en las secuencias de fresado, este sistema utiliza la filosofía de los ESPACIOS, derribando el paradigma de la eliminación de hueso, reemplazándola por una condensación dinámica, para dar pie a un tratamiento oseo MINIMAMENTE INVASIVO, que mejora y potencia las características fenotípicas del sitio quirúrgico y lecho oseo en particular. De esta manera, la estabilidad primaria en huesos poco densos o conocidos como clase IV, deja de ser un problema.

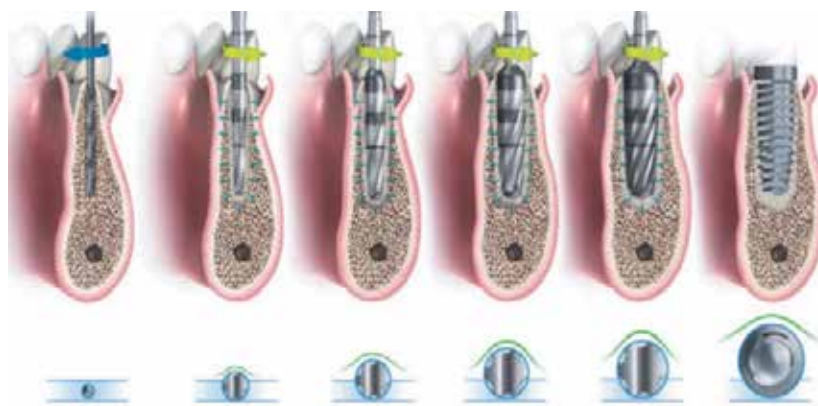


Fig. 1. Cambio morfológico de la preparación ósea en el lecho receptor utilizando el concepto de Oseodensificación. (Página www.versah.com).



Fig. 2. Utilización de sistema Densah en elevación de piso de seno maxilar mínimamente traumático. Ya sea en Modo corte o Modo densificador. (Página www.versah.com).

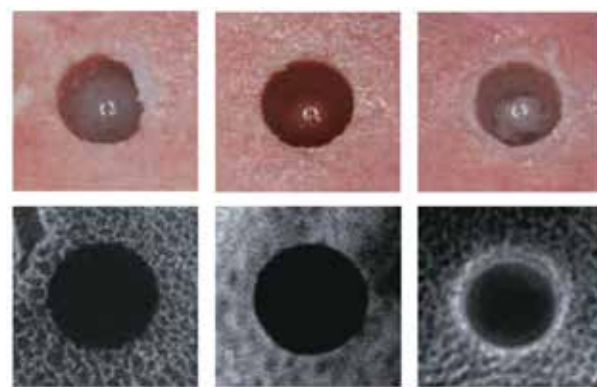


Fig. 3. Tipos de osteotomías. Las de la izquierda corresponden a osteotomías estándares, las figuras del centro a la osteotomía MODO CORTE de Densah, y las de la derecha MODO DENSIFICACION. (Página www.versah.com).

El sistema de Oseodensificación se utiliza mediante Densah Bur (adaptada para más de 15 compañías de Implantes), de la Empresa Versah. Diferenciándose de la osteotomía común, en que las fresas se hacen girar en contra del sentido del reloj (800 – 1500 r.p.m) con irrigación salina, generando una Hidrodensificación dinámica y compactando al mismo tiempo el autoinjerto del fresado. (Fig 1)

Indicaciones de uso:

- Osteotomías en lechos quirúrgicos atróficos.
- Osteotomías en huesos poco densos, donde es un requerimiento quirúrgico la estabilidad Primaria del Implante en planificaciones de carga inmediata.
- Elevaciones de piso de seno maxilar. (Fig. 2)
- Necesidades de expansiones oseas mínimamente traumáticas. (evitando síndrome vertiginoso).

REPORTE DE CASO CLINICO

Instalación de Implantes inmediatos mediante Oseodensificación, Socket Shield Technique – Root sumergence en pzas 1.5 y 1.6

Socket Shield Technique (S.S.T.), (2010, Hürzeler et al.) Que consiste en dejar parte de la raíz dentaria (desde 1 mm de grosor) junto con su ligamento periodontal, en una posición sub ósea con el fin de mantener la integridad biológica del periodonto, evitando el proceso y remodelado alveolar propio de una extracción, junto con la utilización de raíces sumergidas (R.S.T), estudiada y documentada por el Dr. Maurice Salama, con el mismo fin, de PRESERVAR hueso, forman parte de las TERAPIA DE



Quieres compartir un Caso Clínico y NO sabes dónde Publicarlo?

Si quieres compartir información con la Comunidad Odontológica Nacional, deseas expresar tu opinión, realizar Sugerencias, Presentar Casos Clínicos o Trabajos de Investigación, hablar de Tendencias o Tecnologías Aplicadas

Puedes hacerlo ingresando a



www.webdental.cl/sitio/colabora

La comunidad odontológica de Chile te está esperando



EXTRACCION PARCIAL O P.E.T.

Indicaciones para RST (1):

- Corona de diente no restaurable o diente indicado extracción.
- Ausencia en patología apical
- Intención de preservar reborde alveolar
- Planificación de prótesis parcial o total
- Planificación de Póntico sumergido para prótesis fija
- Sitio para póntico cantiléver como alternativa a dos implantes adyacentes.
- Planificación de implante tardío en Paciente joven en crecimiento activo
- Preservación de cresta ósea en conjunto con otro P.E.T.

Indicaciones para S.S.T (1):

- Corona de diente no restaurable o diente indicado extracción
- Raíz dentaria con o sin patología apical
- Intención de preservar la cresta alveolar específicamente prevenir el colapso bucopalatino.
- Ubicación de implante inmediato
- Preservación de cresta ósea en conjunto con otro P.E.T.

EXAMEN CLÍNICO

Paciente género femenino, 50 años de edad, sin antecedentes de enfermedades sistémicas, ASA I, consulta por posibilidad de instalación de Implantes en zona de piezas 1.5 y 1.6, en estado radicular, asintomáticas, sin movilidad, sin dolor a la percusión, sin aumento de volumen Periodontalmente posee Biotipo grueso. Se solicita radiografía Periapical a especialidad de Radiología. (Fig. 4)



Fig. 4. Radiografía periapical de pzas 1.5 - 1.6. Las que no presentan procesos apicales que comprometan el sitio quirúrgico para implantes. Se observa además caries mesial pza 1.8, caries recidivante distocervical en 1.7, endodoncia defectuosa en pza 1.7.



Fig. 5. Situación clínica inicial vista oclusal.



Fig. 6. Situación inicial vista lateral

TRATAMIENTO PROPUESTO

- Preservación alveolar mediante Socket Shield Technique en zona 1.5 e implante inmediato.
- Preservación alveolar mediante Raíces sumergidas (mesial-distal-palatina) e implante inmediato en hueso interradicular.
- Uso de sistema Densah para optimizar osteotomías para provisionalización inmediata a pilar protésico de titanio y coronas ferulizadas acrílicas.

SECUENCIA INTRAQUIRURGICA



Fig. 7. Odontosección dejando 1.5 mm de escudo radicular vestibular en zona pza 1.5 y generando oseodensificación con fresas Densah. Desgaste tejido coronario en zona pza 1.6 dejando raíces a nivel oseoso y generando osteotomía en hueso nativo interradicular.



Fig. 8. Utilización de Pines posicionadores para corregir osteotomía MODO DENSIFICACION DENSAB, tomando como referencia las piezas remanentes y la anatomía oclusal.



Fig. 9. Prueba de aditamentos protésicos de titanio en implantes de conexión interna, con el fin de verificar que no tengan problemas de posición.



Fig. 10. Una vez corroborado correcto asentamiento se procede a utilizar injerto particulado en zonas y defectos de la odontosección para la S.S.T y para la R.S.T. Se alcanza torque progresivo de 40 Ncm compatible con provisionalización inmediata.

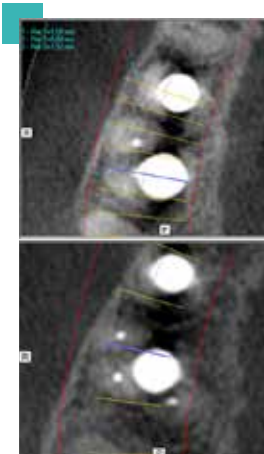


Fig. 12. Control Conebeam ICAT de escudo radicular y raíces sumergidas en relación a implantes inmediatos.



Fig. 13. Fresa Densah 2.5 para sistema de Implantes Israelí.

COMENTARIOS

Mediante el seguimiento de casos de Socket Shield Technique con más de 3 años de evolución, sin generar complicaciones o pérdidas de implantes dentales, a pesar de ser una técnica sensible, parece ser hasta el minuto, uno de los procedimientos quirúrgicos que evita en más de un 97% la pérdida de la cortical vestibular propia de la remodelación postexodoncia. La Técnica de Oseodensificación, es abierta a la mayoría de casas comerciales de Implantes, es un concepto, es una filosofía. Si desean literatura como más casos clínicos que avalan la ejecución, pronóstico a largo plazo y evidencia, no duden en escribir a raubravo@gmail.com.

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO MEDIANTE CONEBEAM ICAT



Fig. 11. Corte Tomográfico de R.S.T pza 1.6 y S.S.T pza 1.5

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guidelines for PET including Indications taken from Partial Extraction Therapies (PET) Part 1: Maintaining Alveolar Ridge Contour at Pontic and Immediate Implant Sites. Gluckman H, Salama M, Du Toit J. Int J Periodontics Restorative Dent. 2016 Sep-Oct;36(5):681-7.
2. Araújo MG, Lindhe J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. J Clin Periodontol, 2005; 32:212-8.
3. Araújo MG, Lindhe J. Ridge alterations following tooth extraction with and without flap elevation: an experimental study in the dog. Clin Oral Implants Res, 2009; 20:545-9.
4. Araújo MG, Sukekava F, Wennström JL, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. J Clin Periodontol, 2005;32:645-52.

Carillas feldespáticas usando tecnología CAD-CAM

Dr. Ricardo Sandoval Vidal

Cirujano Dentista
Clínica Dental TopDent (Temuco, Chile)
Especialidad Implantología Buco Maxilofacial (c)
Diplomado en Implantología Clínica
DSD Team Member Certified (Digital Smile Design)
Miembro de Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile (SPROCH)

INTRODUCCIÓN

Realizar tratamientos poco invasivos y en corto tiempo no es tema nuevo en nuestros días. Este caso clínico habla sobre la resolución de una situación de estética y armonización de sonrisa en una paciente de 29 años que se realizó tratamiento de carillas de resina y no obtuvimos resultados favorables en el tiempo.

Se decidió resolver con carillas de cerámica feldespática por su similitud con las características ópticas de los dientes naturales de la paciente; en cuanto a matiz, valor y translucidez/opacidad.

El desafío principal fue homologar notables diferencias de saturación y valor en incisivos centrales, debido a oscurecimiento de diente 2.1, además de cumplir con requerimientos básicos en todo tratamiento adhesivo: ajustes, pulido y biomimesis.

Se optó por seleccionar tecnología CAD-CAM para el desarrollo de las restauraciones, principalmente por sus excelentes resultados en ajustes y rapidez en su elaboración. El presente caso fue resuelto en 1 día calendario, trabajando 8 horas total, considerando tiempo clínico y laboratorio.

SECUENCIA CLÍNICA

La situación previa de carillas de resina cumplía con la macroanatomía esperada por la paciente en cuanto a forma, largo, ancho y volumen. Por esta razón se tomó impresión de silicona fluida y pesada en una fase para obtener un modelo de referencia en la elaboración de las restauraciones de cerámica.

Se realizaron preparaciones biológicas supragingivales de alrededor de 0,8 a 1,0 mm de profundidad. Para esta fase se consideró mantener áreas de contacto proximales para no perder referencias de anchos mesio-distales y facilitar la fase de cementación adhesiva. Sin embargo, se tuvo la precaución de acompañar la tridimensionalidad de las papilas en la preparación, para evitar dejar expuestos los márgenes de las preparaciones.

Se realizó retracción de encía con el objeto de exponer el perfil de emergencia bajo las preparaciones, ya que el tallado supragingival permite la visualización total de los márgenes cervicales. Esto permite realizar restauraciones que

acompañen el contorno natural de los dientes, evitando dejar sobrecontornos indeseados.

Se tomó impresión de silicona pesada y fluida en una fase con Panasil (Kettenbach).



Preparaciones biológicas



Retracción de tejidos

FASE DE LABORATORIO

El modelo fue escaneado en el escáner inEos Blue (Sirona) y el diseño de las restauraciones fue realizado en la versión inLab SW 4.2.5 (Sirona).

Se trabajó con bloques TriLuxe Forte (VITA) color 1M2.

Para el caso particular del diente 1.1 (con saturación mayor y menor valor), se previó la incorporación de una resina previa a la cementación, por lo cual en su diseño se dobló el espacio para el agente cementante (0,6 mm).

Una vez salidas las restauraciones de la fresadora fueron personalizadas con fresas de diamante según el modelo obtenido de la situación inicial.



Escaneo de modelo en inEos Blue (Sirona)



Diseño en inLab SW 4.2.5 (Sirona)



Modelo de situación inicial



Carillas previo a maquillaje y glaseado

PRUEBA EN BOCA Y FASE FINAL

Se realizó prueba de las carillas en boca: en seco para chequeo de ajustes cervicales y proximales y con humedad para evaluar integración biomimética. Para compensar la diferencia de saturación y valor del diente 1.1, se utilizó resina White (W) de Coltene sobre la estructura dentaria.

Se realiza finalmente el maquillaje y

glaseado para ser cementadas una por una y usando bandas de teflón y según técnica adhesiva indicada por el fabricante (Micerium).



Control post-cementación

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

La indicación de carillas cerámicas es el tratamiento de elección por la ventaja de una adhesión química confiable (todos los márgenes quedaron en esmalte) y un comportamiento óptico predecible en el tiempo.

La elección de modalidad de tratamiento todo en un día permite menor injuria pulpar y garantiza la indemnidad del tejido gingival, siempre que se trate correctamente durante la fase de tallado y toma de impresión.

Se agradece el admirable trabajo de la técnico dental Srta. Gissella Díaz y al Dr. Ricardo Bolomey por el apoyo tecnológico en la realización de este caso.



Fotografías extraoral de control

Equipo
CONE BEAM

¡Gran Oportunidad !

US\$56.900*

WWW.EDIGMA.CL

EDIGMA
THE BEST DENTAL SOLUTION

**UNICO DISTRIBUIDOR
OFICIAL EN CHILE**

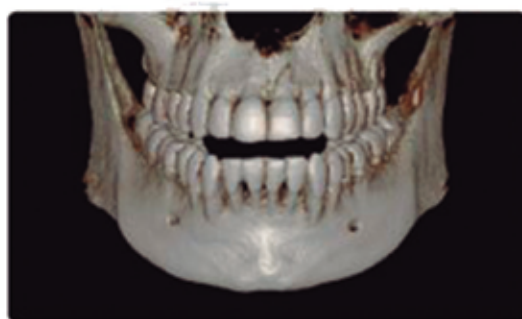
Dental Pioneer
VATECH
VATECH Global

"El complemento Perfecto
para el Implantólogo"

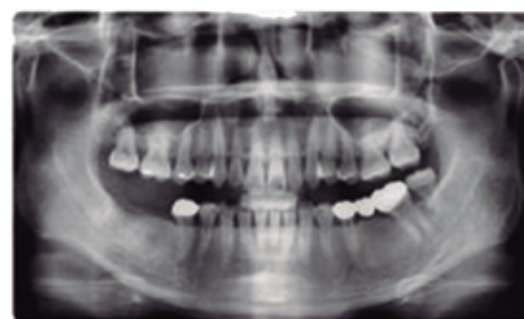
Anatomical FOV 12x9



PaX-i3D^{Smart}



Innovación para la dosis baja



1 Scan, 2 Imágenes



contacto@edigma.cl
www.edigma.cl



Manquehue Sur 520 of 512,
Las Condes, Santiago.



0222011466

Valor Neto, promoción valida por 30 dias , consultar por costos de instalación, licencias y garantía.

Colegio Dentistas:

Movilización de Dentistas EDF y el desinterés del Minsal por la Salud Bucal del país

Durante las últimas semanas, dentistas de todo el país alzaron su voz y se movilaron entorno a una causa permanente: recobrar la salud bucal de la población en forma íntegra a través del servicio público. Una vez más el Ministerio de Salud, y luego del antecedente de las movilizaciones de 2015 y 2016, caía en una nueva discriminación hacia la Odontología y sus profesionales, esta vez los afectados serían los Dentistas en Etapa de Destinación y Formación (EDF).

Como antecedente, hace un par de años la autoridad comprometió una extensión progresiva de 20 plazas consecutivas para 2016 y 2017 respectivamente. Si bien el compromiso se cumplió en primera instancia, para este año en curso –y a pocos días del concurso público– postulantes y colegas EDF en ejercicio se enteraron que la oferta establecería una base de 40 cupos, haciendo caso omiso a la palabra antes empeñada.

El lunes 13 de marzo, y ante el incumplimiento de la autoridad, el grupo de jóvenes profesionales que postulaban al ingreso de esta etapa de perfeccionamiento se niega a tomar los cupos. Sumado a este acto de protesta, se dio inicio a una movilización nacional de más de 200 dentistas EDF a lo largo del país.

Junto con lo anterior, se tenía como antecedente que al igual que en 2015 –a propósito de modificaciones a la Ley 19.664 y 15.076– el Ministerio de Salud estableció mesas de trabajo previo sólo con el gremio médico, estableciendo así una nueva discriminación hacia la Odontología.

“Esta movilización surgió con el objetivo de que la autoridad enmendara el grave error que significa negar las extensiones comprometidas. No sólo se privilegió el beneficio a la profesión médica, sino que en definitiva, esta nueva discriminación significa alrededor de 90mil atenciones menos cada año para beneficiarios de lugares con más difícil acceso en el país que es donde cumplen funciones los colegas EDF”, indicó el presidente del Colegio de Dentistas, Dr. Jaime Acuña.

La motivación principal de los profesionales movilizados, asegura

el dirigente, “tiene que ver con una mala concepción de la autoridad la que, a través de sus políticas, deja en evidencia que bajo su perspectiva la salud bucal no es parte de la salud integral de las personas, negando así el tremendo daño oral que existe en el país”.

En el transcurso de esta movilización, que se extendió por cerca de dos semanas manteniendo turnos éticos a nivel de atenciones de urgencias,

dirigentes del Capítulo EDF junto al grupo de postulantes hicieron entrega de una carta dirigida a la Ministra Castillo pidiendo su pronunciamiento y solicitando la creación de una mesa de trabajo permanente al interior del Ministerio a propósito de políticas públicas de salud bucal.

El pasado jueves 23 de marzo, y luego de un segundo concurso público al que los postulantes habilitados se vieron en la obligación

a acceder (quedando 20 de estos sin posibilidades de suscribir), y a través de una declaración conjunta entre el Capítulo EDF y el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile se dio fin a la movilización haciendo un llamado al Ministerio de Salud a que aborde sus políticas públicas en forma integral sin distinciones, incluyendo la perspectiva y aportes de todas las profesiones que se ocupan de dar salud a la población.



TU EMPRESA PODRÍA ESTAR AQUÍ

Y con esto tener presencia en:

Los eventos más importantes del área

En las clínicas dentales de tus potenciales clientes

- 3.000 EJEMPLARES IMPRESOS
- DISTRIBUCIÓN NACIONAL
- 11 EDICIONES POR AÑO
(IMPRESO Y DIGITAL)
- PRESENCIA EN LOS EVENTOS
MÁS IMPORTANTES DEL ÁREA
- COMUNIDAD WEB CON MÁS
DE 30.000 ASOCIADOS



(562)27831300
(569)76644617



ventas@webdental.cl



Dentistas EDF:

PARO por discriminación del MINSAL convocó a más de 200 profesionales y dejó a más de 3.000 pacientes sin Atención Dental

Más de 200 profesionales odontólogos en su Etapa de Destinación y Formación (EDF) detuvieron sus funciones debido al incumplimiento por parte del Ministerio de Salud respecto a las plazas de extensión.

Es importante entender que el departamento de Unidad y Becas del Minsal había informado que a partir del año 2015 se abrirían 20 nuevas plazas cada año de forma continua. Durante el año recién pasado, 2016, la situación marchó

de manera correcta, pero este año el compromiso realizado por el ministerio no se cumplió.

El presidente del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile, Dr. Jaime Acuña manifestó: "Una vez más la autoridad está cometiendo un error inexplicable. Lo dijimos en otras movilizaciones, así como el cuerpo humano, el equipo de salud debe entenderse en forma íntegra sin discriminaciones. Para colmo, las consecuencias se traspasan a la salud

bucal de nuestra población, pues en muchas ocasiones los colegas EDF están en aquellos sectores del país donde existe aún mayor dificultad para recibir atenciones".

Cabe señalar que a través de una carta el Colegio de Dentistas propuso al MINSAL utilizar plazas disponibles que no fueran ocupadas por el personal médico, sin embargo no ha existido respuesta por parte del Ministerio.

Así mismo la presidenta del Capítulo de Dentistas EDF del gremio, **Dra. Natalie Ehremberg**, explicó: "Como en otras ocasiones, estamos manteniendo turnos éticos garantizando así las atenciones de urgencia. El sentido de esta movilización es apelar al bien común, apuntando a brindar más y mejor salud bucal. Lamentablemente nos enfrentamos a un acto discriminatorio pues en medicina no sólo se extendieron plazas, sino además sobraron".



28, 29 Y 30 DE ABRIL

PRÓXIMA FECHA: 26, 27 Y 28 DE MAYO



CONVENIOS INTERNACIONALES

CURSO DE REJUVENECIMIENTO FACIAL Y ESTÉTICA ODONTOLÓGICA

MÁS DE 150 PROFESIONALES CAPACITADOS EL 2016



ACADEMIA CHILENA DE ESTÉTICA OROFACIAL

ÁCIDO HIALURÓNICO

PARTE DEL CONTENIDO TEMÁTICO

- Anatomía y función de la piel.
- Proceso de envejecimiento.
- Estructura y función del producto biológico
- Ácido Hialurónico (descripción y propiedades).
- Resultados Clínicos esperados y tiempo de duración del efecto.
- Presentación y Preparación de las diferentes marcas comerciales e Indicaciones Clínicas de las diferentes reticulaciones.
- Dosificación. / Contraindicaciones. / Riesgos.
- Técnicas de Aplicación. / Fotografía clínica.
- Cuidados de la piel pre y post procedimiento, medicamentos complementarios, controles y reaplicación.
- Casos clínicos.

CLÍNICA CON PACIENTES

TOXINA BOTULÍNICA

PARTE DEL CONTENIDO TEMÁTICO

- Anatomía y función muscular facial.
- Aspectos legales.
- Farmacodinamia de la Botulina.
- Resultados Clínicos esperados y tiempo de duración del efecto.
- Presentación y Preparación de las diferentes marcas comerciales.
- Dosificación.
- Contraindicaciones. / Riesgos.
- Técnicas de aplicación
- Selección de músculos a tratar en sector odontoestomatológico.
- Fotografía clínica.
- Preparación de la piel para aplicación (limpieza, anestesia).

PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO (PRGF)

PARTE DEL CONTENIDO TEMÁTICO

- Introducción y descripción histórica de la técnica.
- Fundamentación Biológica/ Histológica y Fisiológica del PRGF.
- Beneficios biológicos.
- Indicaciones y Contraindicaciones.
- Riesgos.
- Técnicas de aplicación.
- Manejo de Urgencias y Situaciones Críticas en la Práctica Clínica y Estética
- Fotografía clínica.

CLÍNICA CON PACIENTES:

- Preparación de PRP.
- Conocimiento y uso de centrífuga / calibración.
- Activación de PRP con Cloruro de Calcio.

"APRENDA EL USO
DE LA PISTOLA PARA
MESOTERAPIA U225,
LA MÁS MODERNA
DEL MUNDO"

PROFESORES DICTANTES

PROF. DR. ANDRÉS GAETE NAVARRO

- Cirujano Dentista, U. Valparaíso
- Coordinador Académico de Diplomado de Rejuvenecimiento Facial y Estética Odontológica, Universidad de la Frontera Santiago
- Magíster en Gestión de Organizaciones (MBA), U. Valparaíso
- Máster en Implantología, Rehabilitación Oral y Estética, ESI Barcelona.

PROF. DR. MANUEL NOVAJAS BALBOA

- Médico Cirujano, U. Valparaíso
- Especialista en Cardiología y Cirugía Cardiovascular (Bélgica)
- Miembro de la Sociedad Chilena de Trasplante

TM. CLAUDIA BRAVO O.

- Tecnólogo Médico, Mención en Laboratorio Clínico Hematología y Banco de Sangre, UDP.

CONTAMOS CON 10 BOX CLÍNICOS PARA QUE NUESTROS ALUMNOS
APLIQUEN LOS PROCEDIMIENTOS EN PACIENTES

URGENCIAS EN CLÍNICA

Manejo de Urgencias y Situaciones Críticas en la Práctica Clínica y Estética

CLÍNICA CON PACIENTES

En nuestro curso, el alumno realizará los procedimientos clínicos aprendidos en la etapa teórica

CURSO TEÓRICO, PRÁCTICO Y DEMOSTRATIVO DIRIGIDO A: ODONTÓLOGOS, MÉDICOS Y PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD

Lugar: Andrés de Fuenzalida 55, Providencia | Matrícula: \$100.000 - descompte del curso
Valor por Módulo (1 Módulo, 1 día): \$470.000 | Valor Curso Completo (3 Módulos) : \$1.200.000

Más Información en: Celular: +(569) 540 99919



ACADEMIA CHILENA DE ESTÉTICA OROFACIAL

WWW.ACHEOF.CL

Un mundo de
soluciones
integrales
que nos han
hecho los
Nº1
en Chile



AlphaBio
CHILE

