

CNCD

R E V I S T A D I G I T A L

EL RETO DE TENER UN CONSULTORIO

LA NORMATIVIDAD Y LA GESTIÓN
DE RIESGOS
DR. JORGE TRIANA ESTRADA
MTRO. ROBERTO GÓMEZ GARCÍA

COMO RESOLVER SANCIONES
DE COFEPRIS
MTRO. JESÚS GARCÍA PÉREZ

LA COFEPRIS AUTORIDAD SANITARIA EN MÉXICO
C.D. JUAN MEDRANO MORALES





Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C.

De regreso al Princess

XXVIII CONGRESO
INTERNACIONAL

2026





Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C. Fundación Dr. Manuel Rey García

Hola, estimados miembros del CNCD y Comunidad Odontológica; aún cuando nos encontramos todavía a principios del último trimestre del año, el tiempo corre vertiginosamente y con este estilo de vida actual, se nos pasa rápidamente.

Por lo que, reflexionando, por lo acontecido en este año en curso, quiero destacar nuestro XXVII Congreso Internacional que realizamos con gran éxito en Acapulco, (aunque lastimosamente a este estado las adversidades meteorológicas, no le han dado respiro.) donde la participación de Odontólogos fue prácticamente de todos los estados de la República Mexicana, lo que nos permitió transmitir la comunicación académica, gremial y social que el C. N. C. D. Tiene como Misión y Visión para hacer llegar a nuestro asociado.

Y aún cuando, afortunadamente, hay otros muchos aspectos positivos por destacar, hago referencia de este en particular, debido a que dio pie a dejar un registro de las memorias del Congreso, así como de los trabajos Académicos y de Investigación realizados con este fin, donde aplaudo la iniciativa de nuestro director ejecutivo, el Dr. Ricardo Rey Bosch de reactivar un foro digital, donde en el formato de revista, tengamos ese intercambio necesario entre todos los que formamos este Colegio, así como la comunicación hacia la Comunidad Odontológica.

Con estos cuatro números de la revista digital, se han abordado temas como ejes de la información:

Congreso XXVII de Acapulco, Aniversario 54 del CNCD, Inteligencia Artificial en la Odontología, y en este cuarto número que están leyendo que tiene algo que estoy seguro, tal vez sea el talón de Aquiles de muchos Odontólogos, que es "El reto de tener un Consultorio" donde por diversas razones como falta de información en la etapa formativa en las Universidades, regulaciones diversas en cada localidad y privilegiar el Expertis en la parte biológica y técnica de la profesión, etc... Es un tópico que no es electivo, sino fundamental para todo profesional ya que, si consideramos que más del 90% de los egresados de Odontología, se desarrollan en la práctica privada, esta información es fundamental y no es optativa.

Hemos reunido un panel de expertos donde los temas que se abordarán, se expondrán sus criterios, fundamentos legales y puntos de vista, así como recomendaciones. Estos incluirán, Educación, regulación sanitaria, Cofepris, normatividad y gestión de riesgos en Odontología la publicidad en Odontología, así como que hacer ante sanciones y como subsanar las irregularidades del Consultorio Dental, Además, un punto importante como es lo fiscal, no haciendo aun lado aspectos como el control de medicamentos e insumos dando la recomendación de una semaforización, por otra parte, como manejar los desechos, basura y chatarra, producto de la práctica Dental.

Estoy cierto que esta información les va a apoyar para reforzar sus estrategias de pequeña, mediano y grandes empresas, respectivamente, ese es nuestro propósito.

Por otra parte, acompañando todo este contenido está publicándose un artículo muy interesante que es la sinergia con el apoyo de perros como un aliado para el manejo de ansiedad en la Consulta Dental, de igual manera y con una relevancia clínica muy significativa los artículos sobre diversos manejos clínicos en Ortodoncia que reforzarán como analizar y tratar a este tipo de pacientes.

Tenemos la atinada participación de nuestros miembros distinguidos del Colegio con un artículo sobre Endodoncia y casos clínicos de ortodoncia.

Ya para finalizar con el contenido, tenemos las crónicas de los eventos efectuados por nuestros colegios filiales Colegio Xalapeño Odontológico para la Educación Continua y el Colegio de Cirujanos Dentistas San Martín Texmelucan.

En fin, no todo es Ciencia y Tecnología, presentamos un reporte de música que, complementando la parte lúdica, habla de Los Rolling Stones y su álbum "Hackney Diamond, un álbum que cumple un año en este mes y que se esperó 25 años para tener nueva música de este grupo.

Creo pertinente hacer un reconocimiento especial al equipo editorial de esta revista digital, que es la columna vertebral de este proyecto que está cumpliendo su primer año. En esta segunda etapa encabezados por la Dra. María del Carmen Guzmán Pineda, Dra. Nayeli Cordero Morales, Dr. Alberto Mora Lobato y el Ing. Napoleón Alejandro Sánchez Ramírez.

Por supuesto, de igual manera nuestro reconocimiento a todas las personas o entidades que directa o indirectamente, han permitido llegar a esta realización Y evidentemente a todos ustedes nuestros lectores, que es a quien dirigimos todos nuestros esfuerzos.

Y bien, aunque pudiera parecer prematuro al ser este número el último del año:

A nombre del Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas y el Mío propio, les damos las gracias por acompañarnos en nuestros sueños y objetivos, para ser mejores día a día, su quehacer cotidiano en compañía de sus agremiados, ha permitido ser posible estos logros Les invitamos a seguir con ese espíritu de Excelencia.

Deseamos que estas fiestas sean plenas de salud, paz, armonía y prosperidad en compañía de sus seres queridos. Que las mejores promesas de Año Nuevo, se conviertan en realidad.

FELICIDADES

**“Por la Odontología Mexicana”
Mtro. José Antonio Villavicencio, Limón
Presidente del Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas**





La importancia de la educación en
Regulación Sanitaria y COFEPRIS en estudiantes
de odontología en México

Dra. Nayeli Cordero Morales

Si bien la odontología, como disciplina del área de la salud, se basa en conocimientos teóricos, prácticos y clínicos, también necesita de un marco regulatorio sanitario preciso para garantizar la calidad y seguridad de los servicios que se le proporcionan a la población de nuestro país.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) es un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, clave en el sistema de salud mexicano, que opera bajo la Ley General de Salud y vela por que todos los productos y servicios de salud, cumplan con los estándares de calidad establecidos para prevenir y/o minimizar los riesgos sanitarios.

Destacar el papel de la COFEPRIS en la odontología es importante ya que este organismo es responsable de supervisar la calidad, seguridad y efectividad de los productos y servicios brindados en el campo de la odontología, con el fin de aumentar la probabilidad de que los pacientes reciban una atención segura y de calidad.

Es esencial que los estudiantes de odontología comprendan a profundidad la función de la COFEPRIS y el marco teórico de sus funciones regulatorias, ya que, de esta manera, adquirirán las competencias necesarias para un adecuado ejercicio profesional y promoverán una práctica ética y responsable, que impactará de manera directa en la seguridad clínica, la bioética y la legalidad del ejercicio de la profesión.

El desconocimiento de la regulación sanitaria por parte de los estudiantes de odontología, puede derivar en graves consecuencias como la imposición de sanciones administrativas y legales.

Desde el punto de vista legal, la Ley General de Salud de México exige que los establecimientos de atención médica, incluidos los consultorios y clínicas dentales, operen bajo el marco regulatorio que garantice la calidad y seguridad de los servicios prestados. Es así como este marco legal regula las auditorías y verificaciones de la COFEPRIS a los establecimientos de atención odontológica.

En el marco de la ética profesional, los odontólogos deben actuar en todo momento en beneficio de los pacientes y el no seguir con la normatividad establecida, también implica una violación a los principios fundamentales de la bioética.

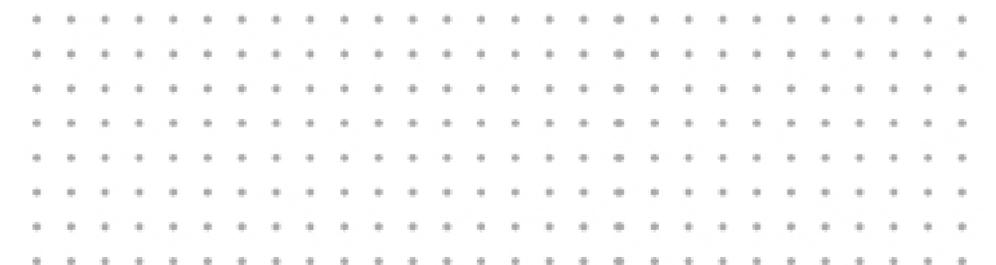
Por lo anterior, y dada la gran importancia de la educación en temas relacionados con regulación sanitaria y la COFEPRIS, existe una necesidad urgente de que los planes y programas de estudio tanto de licenciatura como de posgrado, incluyan de manera explícita, clara, efectiva y utilizando un enfoque proactivo, la información suficiente sobre la regulación sanitaria y el papel de la COFEPRIS en la regulación del ejercicio profesional en odontología, con la finalidad de apoyar al cumplimiento del perfil de egreso de las instituciones educativas de nivel superior de nuestro país y de esta manera, colaborar en que los estudiantes

comprendan no sólo la normatividad vigente, sino también, las consecuencias del incumplimiento de las mismas.

Para fortalecer el conocimiento de la regulación sanitaria en los estudiantes de odontología, considero imprescindible la creación de una alianza entre la COFEPRIS y las escuelas y facultades de odontología en México y que, a través de la implementación, por ejemplo, de casos prácticos y simulaciones de auditorías y supervisiones por parte del organismo regulador en los distintos programas académicos, se logren tener beneficios tales como: el fortalecimiento de la formación académica, ya que los estudiantes recibirían formación especializada que impactaría en la mejora de su preparación y competencia profesional al estar familiarizados con los requisitos legales y sanitarios en México; la conciencia y responsabilidad sobre el cumplimiento de las regulaciones; la mejora en la calidad del servicio odontológico; la actualización permanente sobre normatividad, ya que COFEPRIS podría proporcionar actualizaciones continuas sobre los avances en las regulaciones sanitarias; el desarrollo de la cultura de prevención de riesgos sanitarios; la facilitación de procesos y trámites ante COFEPRIS; la promoción de la investigación en salud, ya que esta alianza podría fomentar proyectos de investigación conjunta entre la COFEPRIS y las escuelas y facultades de odontología, generando información y materiales educativos específicos que contribuyan a cerrar la brecha entre la teoría y la práctica; el fortalecimiento del sistema de salud pública, ya que dicha formación de los estudiantes de odontología, bajo un esquema de regulación sanitaria riguroso, aseguraría que desarrollen una práctica profesional bajo los más altos estándares de seguridad y calidad.

Este reto en la educación de la regulación sanitaria puede ampliarse también hacia los docentes y demás personal involucrado en la práctica profesional, así como a los egresados, quienes contribuirán en la mejora continua de la profesión en México.

En conclusión, para enfrentar los desafíos actuales en el área de la salud, se requiere de un esfuerzo en conjunto de las instituciones educativas y reguladoras, facilitando que, con la incorporación de simulaciones, auditorías y capacitaciones en el marco de la regulación sanitaria, en los programas académicos de licenciatura y posgrado en odontología, se fortalezca la vinculación entre la teoría, práctica y la clínica. Esto consolidará la cultura del cumplimiento normativo y responsabilidad legal entre los estudiantes de odontología, y contribuirá a garantizar la seguridad y bienestar de la población mexicana.



Mtro. Roberto Gómez García.

Dr. Jorge Triana Estrada.



**LA
NORMATIVIDAD
Y LA
GESTIÓN DE
RIESGOS EN LA
ODONTOLOGÍA**

El hablar de temas relacionados con el cumplimiento de la normatividad que regula el ejercicio de la profesión, así como la gestión de riesgos y la seguridad y la calidad en la atención odontológica, son temas de gran importancia, pero poco difundidos, y que constituyen la columna vertebral de nuestro ejercicio profesional.

Gran parte de esos contenidos no se enseña en las aulas, no forman parte de los programas académicos o no se abordan con la suficiente amplitud que se requiere. Por tanto, es indispensable reflexionar sobre algunos aspectos del ejercicio profesional, desde la perspectiva, ética, clínica y legal.



Gestión de Riesgos en la Práctica Odontológica

La atención odontológica presenta características que la diferencian de otros procesos de atención a la salud, esto se debe a que la mayor parte se lleva a cabo en consultas privadas individuales, lo cual hace que el profesional esté aislado y sobre él recaigan las responsabilidades de atención, gestión administrativa y del personal, control de existencias, mantenimiento y esterilización de materiales e instrumental, control de citas, eliminación de residuos, entre otras.

Asimismo, el paciente corre una serie de riesgos inherentes a la práctica estomatológica debido a los aspectos mencionados anteriormente, por lo que es indispensable tenerlos en cuenta al hablar de seguridad en la atención del paciente estomatológico.

En virtud a estos planteamientos se hace necesario que en el lugar de trabajo de estos profesionales, se integren los elementos necesarios que les permitan el desarrollo de sus actividades dentro de los parámetros de calidad, seguridad, condiciones y medio ambiente de trabajo, de tal forma que la atención bucodental y el espacio donde se brinda, tendrá que contemplar todos estos elementos, para asegurar una atención de calidad y seguridad para el proveedor del servicio, el paciente y su entorno.

Calidad y Seguridad en la Atención del Paciente Odontológico

El objetivo fundamental de la “seguridad del paciente” es evitar en la medida de lo posible los eventos adversos (accidentes, errores o complicaciones) asociados a la asistencia sanitaria, en este caso odontológica. Como consideración básica, fomentar la “seguridad del paciente” es una obligación ética de una profesión sanitaria como la odontología.

La “seguridad del paciente” está íntimamente ligada al concepto de “calidad asistencial”. Una asistencia odontológica en la que se controlen todos los posibles factores de riesgo para el paciente es necesariamente una asistencia odontológica de mayor calidad.

A partir de las anteriores consideraciones, estaremos preparados para comprender las consecuencias de la falta de cumplimiento de los principios éticos, científico o clínicos y legales, que regulan nuestro ejercicio profesional.

A continuación, abordaremos la temática de la gestión de riesgos, desde una perspectiva de gestión administrativa y normativa, que deberá cumplirse para la apertura de un centro de atención odontológica en los ámbitos público, privado y educativo, con el propósito de propiciar una cultura de calidad y seguridad en la atención odontológica, sin olvidar los aspectos éticos y clínicos, mismos que podrán ser tratados en otro momento.

Licencias y Permisos de las Clínicas y Consultorios Odontológicos

Las clínicas o consultorios de Odontología requieren distintos permisos y licencias según sus características y el Municipio en donde se ubiquen, ya que varían conforme lo determinen las autoridades locales, incluso en un mismo Estado.



A) Licencias que deben tener todas las clínicas y consultorios.

Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario. -

Es un importante trámite que se realiza ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en el sitio: <https://www.gob.mx/tramites/ficha/aviso-de-funcionamiento-y-de-responsable-sanitario-del-establecimiento-de-servicios-de-salud-a-la-cofepris/COFEPRIS787>

Se debe llenar el formato con los datos que se solicitan, entre los que destaca el número de Cédula Profesional del (la) Dentista que será Responsable Sanitario, ya que sólo se permite la atención odontológica a Profesionistas que cuenten con Cédula Profesional emitida por las autoridades educativas federal o estatal.

El trámite se realiza durante los primeros días posteriores al inicio de las actividades de la clínica o consultorio, no tiene costo y no requiere refrendo.

Licencia de Funcionamiento Municipal

La mayoría de los Municipios y las Alcaldías solicitan que se tramite la Licencia de Funcionamiento para la operación de las clínicas y consultorios que se ubiquen en su localidad, se otorga por un año y se puede renovar indefinidamente pagando los derechos tributarios establecidos por cada uno de ellos.

El trámite se realiza en línea, para la Ciudad de México en el sitio: <https://siapem.cdmx.gob.mx/> y para los Estados en: <https://www.gob.mx/tramites/ficha/licencia-de-funcionamiento/Entidades7553> o de manera presencial en las oficinas de los Municipios.

Registro de Generadores de Residuos Peligrosos

Conforme a la Norma Oficial Mexicana 087-SEMARNAT-SSA1-2002 "Protección Ambiental Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos-Clasificación y Especificaciones de Manejo", los servicios clínicos odontológicos son generadores de residuos potencialmente dañinos al ambiente y a las personas que entren en contacto con ellos, por lo que deben ser manejados con mucho cuidado conforme a las acciones de separación, almacenamiento y disposición final de los residuos peligrosos.

Además, deben registrarse ante la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) para su seguimiento y control.

El trámite no tiene costo y se realiza en línea en: <https://www.gob.mx/tramites/ficha/registro-de-generadores-de-residuos-peligrosos/SEMARNAT1738>

Sistema de Información Empresarial Mexicano

Todas las empresas prestadoras de servicio como son las clínicas y consultorios, los comercios, la industria y servicios turísticos están obligadas a inscribirse en este directorio que ofrece favorecer su desempeño y promover sus productos.

Tiene un costo accesible y diferenciado según el número de trabajadores que se cubre anualmente ante la Cámara Empresarial que se elija.

El trámite se realiza en línea en: <https://siem.gob.mx>



Programa Interno de Protección Civil

El Reglamento de la Ley General de Protección Civil, en su artículo 74 y la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011 "Señales y avisos para protección civil- Colores, formas y símbolos a utilizar" señalan la obligación de contar con un Programa de Protección Civil que contenga los elementos de prevención, de auxilio y de recuperación ante una emergencia que ponga en riesgo la integridad y salud de las personas y usuarios.

El trámite puede o no tener costos según la Entidad en que se ubique la Clínica o consultorio, es de vigencia anual y se realiza en las Unidades de Atención Ciudadana de las Municipios o Alcaldías o en línea según el caso.

Los requisitos de estos Programas pueden consultarse en: www.proteccioncivil.gob.mx

B) Licencias que se requieren en la mayoría de los Estados y Municipios

Uso de suelo

Cada Municipio o Alcaldía cuenta con un Plan de Desarrollo Urbano que determina los usos de cada predio que se ubica en su localidad, ya sea para residencia, industria o comercio, por lo que debe consultarse y en su caso gestionarse el cambio de la autorización para su uso como Clínica o Consultorio Odontológico.

La duración de la licencia y el costo del trámite son variables según la Entidad, Municipio o Alcaldía y puede realizarse de manera personal o en línea.

Dictamen Ambiental / Visto Bueno

Es una solicitud de escrito libre solicitando el Dictamen Ambiental del impacto que podría tener la Clínica o Consultorio en el medio ambiente en que se ubica, teniendo especial atención con el Uso de Suelo autorizado y los servicios que se proporcionan.

El trámite es gratuito y no tiene fecha de caducidad, se puede realizar en los Espacios de Contacto Ciudadano de la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT)

Visto Bueno de Bomberos

Derivado del Programa de Protección Civil, algunos Municipios y Alcaldías solicitan que se obtenga el Visto Bueno del H. Cuerpo de Bomberos de la localidad, quienes evaluarán la adecuación de las instalaciones eléctricas, señalamientos, salidas, rutas de evacuación y la disponibilidad, ubicación adecuada y vigencia de los extintores que se requieren para garantizar la seguridad de las personas que asisten a la Clínica o Consultorio.

La visita de evaluación y el trámite no tienen costo y debe refrendarse cada año para verificar las condiciones adecuadas.



Constancia de Seguridad Estructural

Se requiere cuando el inmueble se ubica en una zona cuya falla estructural podría causar un número elevado de pérdidas humanas, por ejemplo en plazas comerciales, edificios o zonas densamente pobladas.

El trámite se realiza en el Municipio o Alcaldía correspondiente, tiene costo y vigencia variables.

C) Permisos que se requieren en algunos Estados o Municipios

Anuncios

El permiso de publicidad médica es necesario para hospitales y clínicas, pero no para consultorios individuales. El trámite se realiza en el Municipio o Alcaldía correspondiente, tiene costo y vigencia variables.

D) Licencias y Permisos Especiales



Licencia de Operación y Aviso Responsable Sanitario de Rayos X

La Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002: "Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X" es de observancia obligatoria en los Hospitales, Clínicas, Consultorios y Gabinetes en los que se toman radiografías panorámicas debido a la alta radiación que se emite; pero no son necesarias para el uso de aparatos dentales convencionales, con los que se toman radiografías periapicales y/o aleta de mordida.

El trámite se realiza en línea ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en el sitio:

<https://www.gob.mx/tramites/ficha/licencia-de-funcionamiento-de-establecimiento-que-opera-con-rayos-x/COFEPRIS5322>

LA COFEPRIS AUTORIDAD SANITARIA EN MÉXICO.



En esta ocasión compartiré información indispensable de conocer sobre las actividades de prevención en materia de riesgos de protección sanitaria en odontología, así como de la autoridad encargada y facultada federativa en México.

La Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), en México es creada por decreto del ejecutivo, VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que le confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio del 2001.

C.D. Juan Medrano Morales
Presidente de la Academia Mexicana de Odontología Restauradora A.C.

CONSIDERANDO

Los siguientes artículos por decreto;

ARTÍCULO 1. Se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tendrá por objeto el ejercicio de las atribuciones que en materia de regulación, control y fomento sanitarios conforme a la Ley General de Salud y demás ordenamientos aplicables le corresponden a esa Secretaría, en los términos y por conducto de las unidades administrativas que se establecen en este Decreto.

ARTÍCULO 2. La Comisión tendrá a su cargo las siguientes atribuciones:

I. Proponer al Secretario de Salud e instrumentar la política nacional de protección contra riesgos sanitarios en materia de medicamentos, insumos para la salud, alimentos, bebidas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco, plaguicidas, nutrientes vegetales, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud, productos biotecnológicos, materias primas y aditivos

que intervengan en la elaboración de los productos anteriores; así como de prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, salud ocupacional y saneamiento básico, entre otras.
(1)

Es responsabilidad del Estado, la protección de la sociedad, frente a potenciales riesgos a la salud en general, ocasionados por el uso y consumo de alimentos, bebidas, medicamentos, equipos y servicios médicos.

Que para cumplir con esta responsabilidad, la Ley General de Salud confirió a la Secretaría de Salud, entre otras atribuciones, el ejercicio del control sanitario sobre el proceso, uso, importación, exportación, aplicación, disposición final y publicidad de los productos antes mencionados, así como de vigilancia de los establecimientos relativos. La Ley General de Salud en su artículo 17 Bis, establece las facultades de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

Artículo 17 bis.- La Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios que conforme a la presente Ley, a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y los demás ordenamientos aplicables le corresponden a dicha dependencia en las materias a que se refiere el artículo 3o. de esta Ley en sus fracciones I, en lo relativo al control y vigilancia de los establecimientos de salud a los que se refieren los artículos 34 y 35 de esta Ley: XIII, XIV, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, ésta salvo por lo que se refiere a cadáveres y XXVII, esta última salvo por lo que se refiere a personas, a través de un órgano desconcentrado que se denominará Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (2)

¿Qué establecimientos regula la COFEPRIS?

Servicios de salud en general como; hospitales, clínicas, consultorios médicos, odontológicos, bancos de sangre, laboratorios de análisis, radiológicos e imagenológicos y demás auxiliares del diagnóstico y tratamiento, ambulancias y farmacias.

¿Que le compete a la COFEPRIS?

Establecer e implementar políticas, programas, proyectos, en coordinación con los diferentes actores del ámbito público, privado y social, para prevenir y atender los riesgos sanitarios, contribuyendo así a la salud de la población, así como elaborar normas oficiales y vigilancia de su cumplimiento.

¿Quién se encarga de la regulación sanitaria en México?

El Sistema Federal Sanitario integrado por la COFEPRIS y autoridades equivalentes u homólogas en las diferentes Entidades Federativas. De acuerdo a la ubicación geográfica que se presenta en la imagen de nuestra República Mexicana (México), se deberá ubicar y dirigir a la oficina que corresponda para obtener información y realizar trámites, en materia de regulación sanitaria. (6)



¿Qué es la OPD México?

Es el organismo descentralizado responsable de aplicar proyectos y programas integrales que promuevan, prevengan, atiendan e inserten socialmente a las personas, familias y comunidades vulnerables mediante la gestión de una asistencia social, corresponsable para mejorar la calidad de vida de la población.

¿Qué significa OPD?

Órgano Público Descentralizado IMSS-Bienestar está destinado a ser una institución, de trabajadores con mejores condiciones laborales y de mejora de servicios de atención médica y de seguridad.

18 Feb 2024.

Por lo anterior el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Zoé Robledo, informó que el programa IMSS-Bienestar evolucionó a un Órgano Público Descentralizado (OPD), con mayores capacidades para mejorar el sistema de salud en la República Mexicana.

30 Agosto 2022

¿Quién regula sanitariamente los consultorios dentales en México?

La COFEPRIS es la autoridad sanitaria facultada para realizar supervisiones y verificaciones de establecimientos de salud, otorgando sugerencias, opiniones y sanciones, si se requiere, con el único objetivo de disminuir el riesgo a la salud de la población.

¿Quiénes pueden ser responsables sanitarios?

En principio, solo pueden ser responsables sanitarios los profesionales de la salud, con título registrado por las autoridades educativas competentes y cédula (s) profesional (s) vigente (médicos generales, médicos especialistas, cirujanos dentistas, Químicos Farmacobiólogos, Lic. en Farmacia, entre otros profesionales en materia de salud.

El Responsable Sanitario, es el profesionista que firma como tal, en un Aviso de Funcionamiento para la apertura de algún establecimiento de salud, como: Consultorios médicos, clínicas, farmacias, laboratorios clínicos, radiológicos, etc. y en consecuencia, es el responsable de la operación y funcionamiento de dicho establecimiento, con apego:

-A la regulación sanitaria vigente.

-De la pureza y seguridad de los productos y/o servicios ofrecidos.

Son obligaciones, de un Responsable Sanitario.

1.-Vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca.

2.-Vigilar que dentro del establecimiento, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación.

3.-Atender de forma directa las reclamaciones por irregularidades en la prestación de los servicios.

4.-Informar a las autoridades sanitarias, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley.

5.-Notificar al Ministerio Público, los casos en que se requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos.

6.-Atender las visitas de supervisión y verificación realizadas por las autoridades sanitarias y terceros autorizados, mediante oficio de presentación del motivo, de visita por las autoridades mencionadas, así como designar y capacitar al personal responsable en su ausencia.

7.-Notificar al público en general, en un rótulo, el horario de asistencia dentro del establecimiento.

8.-Llevar un archivo de la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios en forma subordinada.

9.-Proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo soliciten el resumen clínico.

10.-Vigilar que se elaboren las estadísticas de salud que señale la Secretaría; así mismo, tendrán la obligación de proporcionar a dicha dependencia y a las autoridades sanitaria correspondientes, en las formas o cuestionarios y con la periodicidad que aquélla determine.

Las obligaciones, de un Responsable Sanitario pueden variar dependiendo del giro del establecimiento.

Cambio de Responsable Sanitario

Cuando el Responsable Sanitario dejen de prestar sus servicios en el establecimiento, éstos o los titulares de la licencia o los propietarios de los establecimientos, **deberán informarlo a COFEPRIS, dentro de los 10 días anteriores a la fecha de la baja, o bien, dentro de los 30 días posteriores a esa fecha.**

Sanciones

Existen diversas sanciones por incumplimiento de regulación por riesgos sanitarios, éstas dependerán de las consecuencias, pudiendo ser desde \$4,280 pesos y llegando a \$141,700.00 pesos, según la gravedad de la infracción cometida por omisión o acción de parte del responsable sanitario.

Control Sanitario de Consultorios Médicos y Dentales

El control sanitario de consultorios médicos y dentales, es necesario para garantizar que estos, establecimientos cumplan con los requerimientos mínimos indispensables de infraestructura y equipamiento; así del personal profesional, técnico y auxiliar del área de la salud, que labora en ellos, debiendo contar con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para prestación de servicios médicos, con la finalidad de prevenir y minimizar riesgos a la salud de la población.

Lo anterior se encuentra concentrado en la **Guía Técnica Sanitaria de Servicios Dentales**, actualizada, para su consulta, que a continuación se presenta:



2022 Guía Técnica Sanitaria Servicios Dentales

Información y Asesoría

Dirigirse con el Responsable del Programa y Coordinación de Servicios de Salud y de Cuidados Personales CDMX. Para cualquier duda o aclaración, favor de comunicarse al 5557410590 en un horario de 9:00 a 15:00 y de 17:00 a 19:00 horas de lunes a viernes.

Ubicación: Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.

AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

Dirección: Avenida Insurgentes Norte 423 Colonia Nonoalco Tlatelolco. Alcaldía Cuauhtémoc.

Teléfonos: 5550381700 Ext. 5811.

Horario del lugar: Lunes a Viernes Horario: 9:00 a 17:00 horas.

El Centro Estatal de FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA de la Ciudad de México se encuentra muy interesado en que su consultorio, clínica, sanatorio u hospital cumpla con lo señalado con la NOM-220-SSA1-2016 y NOM-240-SSA1-2012. Para atención de dudas e inscripción a las capacitaciones gratuitas impartidas por este Centro Estatal de la Ciudad de México favor de comunicarse:

apsgcdmx.tecnovigilancia@cdmx.gob.mx

Referencias Bibliográficas:

- 1.-DECRETO por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. DOF: 05/07/2001
- 2.-LEY GENERAL DE SALUD, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. TEXTO VIGENTE, Última reforma publicada DOF 07-06-2024.
- 3.-REGLAMENTO DE CONTROL SANITARIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, Reglamento Publicado en el DOF el 9 de agosto de 1999. TEXTO VIGENTE, Última reforma publicada DOF 12-02- 2016.
- 4.-FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA. GUÍA DE AUTOVERIFICACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD, Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México @agsanitaria / 55-5741-0590, Avenida Insurgentes Norte 423, U. Hab. Nonoalco Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06900.
- 5.-GUÍA TÉCNICA SANITARIA PARA SERVICIOS DENTALES, Actualizada 2024.
- 6.- Fuente: COFEPRIS Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Sistema Federal Sanitario. <http://www.cofepris.gob.mx/SFS/Paginas/SistemaFederalSanitario.aspx> Consulta: Agosto, 2012.



CPEUM 2024



Farmacovigilancia y Tecnovigilancia Guía de Autoverificación para Profesionales de la Salud



Ley General de Salud

PUBLICIDAD DE DIENTES PARA AFUERA

Por Alberto Mora Lobato

Los lineamientos para poder anunciarse y tener presencia en diferentes espacios publicitarios, están regulados por la COFEPRIS. Para personas físicas, se recibe un aviso de publicidad que es sin costo alguno; para personas morales, se solicita un permiso de publicidad que sí se paga ante esta institución.

Una publicidad acorde con la normativa debe incluir siempre el número de permiso de COFEPRIS, nombre de la persona física o del responsable sanitario; si es persona moral, la cédula profesional de mismo, y la cédula profesional de especialista (en caso de anunciarse como tal) y la universidad que emite el título.

La falta de autorización de publicidad de COFEPRIS te expone a recibir una inspección con la finalidad de verificar que efectivamente cuentes con los lineamientos normativos para dar el servicio que ofertas; en caso de hallarse alguna irregularidad, puedes ser acreedor a multas y sanciones conforme a los hallazgos y demás observaciones de esa visita por parte de la autoridad correspondiente. En dichas sanciones se incluye la posible suspensión de actividades, ya sea temporal o permanente con denuncia, en caso de incurrir en algún delito o ser partícipe de uno.



COFEPRIS tiene la facultad de solicitar la suspensión del anuncio publicitario, con la posibilidad de ser multado por una cantidad que asciende de los \$9,000.00 (nueve mil pesos), hasta un millón, doscientos mil pesos, según corresponda.

El título que refiera el anuncio debe ser el que está registrado en los documentos que lo avalen; si se hacen algunos procedimientos de especialidad, los puede incluir un listado de dichos tratamientos, pero no se puede anunciar como especialista si no cuenta con el título y cédula que lo respalden. Por ejemplo, tal vez un doctor hace tratamientos de conductos en dientes anteriores y/o posteriores, tiene el equipo y la capacitación para hacerlo; en la carrera cursó la asignatura de endodoncia y muy probablemente llevó algún diplomado sobre el tema; puede incluir en su anuncio la palabra "endodoncia" pero debe excluir la palabra "endodoncista". Porque después de todo, un odontólogo general tiene la facultad de ofrecer una atención dental integral en tanto sea apto para realizarlo, sin usurpar el grado de especialidad.

Como recomendación, es mejor no enumerar un largo listado con todos los tratamientos que ofrece en la consulta, porque eso implica que tenga mayor infraestructura y se vea obligado a comprobar mediante inspección, que cuenta con el equipo e instrumental óptimos para efectuar esos tratamientos que pueden ser tomados como de especialidad. Volviendo al ejemplo del tratamiento de conductos, tendría que demostrar que tiene un equipo de rayos x, tal vez sus instrumentos rotatorios, detector de ápice y demás enseres; dando lugar a que, si algo falla durante la revisión, o de momento no se encuentra disponible algún insumo de importancia, tendríamos un inconveniente.

Un caso similar es cuando se oferta un servicio para el cual no contamos con los elementos legales que nos permitan efectuar determinados tratamientos, como ocurre con la aplicación de toxina botulínica tipo A, la infiltración de rellenos de ácido hialurónico reticulado, inyecciones de mesoterapia, entre otras actividades que involucran procedimientos estéticos; lo que se tipificaría como un delito de usurpación de profesión, debido a que el profesional que tiene la capacidad jurídica de efectuarlos sería un cirujano plástico.

Algo recurrente en los anuncios de consultorios, es el uso de marcas comerciales, sobre todo en el caso de tratamientos de ortodoncia invisibles, o en el uso de ciertos aparatos ortopédicos prefabricados, cuando la publicidad ofrece un tratamiento incluyendo el nombre del producto que utiliza el doctor y la casa comercial que lo fabrica; pero recordando que somos prestadores de servicios, lo que ofertamos es un trabajo, no un producto comercial; dicho lo anterior, estaríamos incurriendo en una falta si lo hacemos de ese modo.

Hay que aclarar que un consultorio dental tiene a una persona responsable sanitario, siendo este una persona

física; pero cuando se trata de una clínica dental implica que sea una persona moral porque se estarán incluyendo más personas, lo que lo haría contar como un grupo, haciendo más compleja la tramitología.

Cuando se utilizan las redes sociales con fines publicitarios, también se debe agregar el número de permiso o aviso de publicidad; existen plataformas especializadas en anunciar servicios del área de la salud, y aunque ese sea su nicho de mercado, no están obligados, ni tienen la personalidad jurídica para solicitar los permisos correspondientes de sus clientes, ya que estos trámites son de carácter personal.

Se requiere un pago y una autorización en caso de que haya un modelo en el anuncio, con quien se tiene una relación laboral mediante un contrato que, en caso de no existir, el o la modelo puede solicitar un 40% de regalías derivadas de esa publicidad; si va a generar privacidad por ambas partes, ya sea que aparezca o no su identidad o simplemente su procedimiento sin identidad; requiere de la firma de aviso de privacidad de ambas partes.

El anuncio en la fachada del local del consultorio dental debe contener, según la normativa de COFEPRIS, el nombre del responsable sanitario, la institución que ha expedido su título profesional, la cédula profesional de licenciatura y de especialidad, si es el caso, y muy importante, el horario de atención.

En el municipio o alcaldía en que se ubique el local, se exige que quien tenga un anuncio externo, sea acreedor a un impuesto por ofertar la venta de bienes o servicios. Son más económicos los pagos por rótulos en la fachada que los de lona con estructura metálica e iluminación nocturna; sin embargo, hay que tener en cuenta que la norma cambia según las leyes locales; por ejemplo, donde yo me ubico, se paga más cuando el anuncio es perpendicular a la vía pública; es decir, cuando sobresale de una escuadra desde el muro exterior del local.

Hay quien solo tiene un timbre que dice "dentista", y también quien tapiza toda la fachada con propaganda, pero ya es más común ver anuncios en redes sociales; pero en cualquiera que sea la modalidad, es necesario tener en cuenta todos estos lineamientos.

Tal vez la mejor publicidad es la recomendación de los mismos pacientes cuando se hace un trabajo de excelencia; aunque si se desea tener mayor proyección, vale la pena invertir en publicidad, pero conociendo los requisitos a cumplir para estar dentro de la norma.





**COMO RESOLVER SANCIONES
DE COFEPRIS Y SUBSANAR
IRREGULARIDADES DEL
CONSULTORIO DENTAL.**

MTRO. JESÚS GARCÍA PÉREZ.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, es un órgano administrativo con facultades de regulación, control y fomento sanitarios, para vigilar que los, productos, servicios y actividades no representen un riesgo para la salud de los consumidores; realiza visitas de verificación, con personal autorizado por la institución y tienen como objetivo, Identificar anomalías y deficiencias sanitarias.

Se entiende que la visita de verificación sanitaria es oficiosa, sin embargo, existen 2 motivos más, que las promueve; por solicitud de parte, cuando se da aviso de funcionamiento y por denuncia, está en especial, agiliza la verificación, porque existe un potencial Riesgo sanitario.

El verificador deberá identificarse con credencial, y mostrar un acta de verificación con el nombre y/o razón social del odontólogo a quien visita, ambos documentos con código QR, que al escanearlo lleva, al apartado digital de COFEPRIS de personal autorizado y el Código QR del acta, abre la versión digital del mismo documento. Si tienes duda de la acreditación de él o la verificadora, entra a la pagina de COFEPRIS y busca la lista de verificadores de tu Estado o Federales autorizados.

Dentro de sus alcances, está la revisión de la documentación legal y técnica que ampare el funcionamiento del establecimiento, así como la acreditación académica del personal profesional y técnico, que ahí labora, también verificará que cuente con cédula profesional para ejercer como

odontólogo general o como especialista; si colocas implantes protésicos o haces ortodoncia, endodoncia, periodoncia sin contar con cédula profesional, aun cuando cuentes con título profesional, estaremos frente al delito de usurpación de profesiones y COFEPRIS tiene la obligación de hacer la denuncia.

Debo mencionar la revisión del expediente clínico, que puede ser inmediata, o solicitar 1 o 2 copias de expedientes al azar para su evaluación, también es susceptible a valoración el equipamiento, insumos e incluso la infraestructura del consultorio dental.

COFEPRIS puede imponer sanciones administrativas por el incumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables, así como determinar medidas de seguridad, preventivas y correctivas. Entre las sanciones que puede aplicar se encuentran: amonestación con apercibimiento, multa que puede variar de acuerdo con el incumplimiento identificado, pero puede ser desde \$20 mil hasta más de \$500mil, y/o clausura parcial, total, temporal o definitiva; regularmente no inmediata a menos que el Riesgo sanitario sea grave.

Habiéndose realizado la legal verificación sanitaria e identificado los potenciales riesgos sanitarios, que el consultorio presenta; el verificador entrega al interesado copia del acta de verificación, donde ya señala las irregularidades normativas, potencialmente generadoras de riesgo sanitario y otorga 5 días hábiles para manifestar lo que a derecho convenga.

Conociendo las irregularidades en las que se incurrió, debería el interesado: primero, hacer cita en línea en la página de COFEPRIS (DIGIPRIS), para ingresar por escrito las medidas y actividades que se están tomando para la corrección de las irregularidades y pedir prórroga necesaria para subsanarlas en su totalidad. (El escrito se entrega con copia y deberá siempre acompañarse de evidencias y pruebas documentales como bitácoras, notas de compra y facturas por equipo, materiales o cualquier otro producto necesario para subsanar la irregularidad y fotos de acciones realizadas con el mismo fin).

El acceso a la plataforma de COFEPRIS, es por medio de la firma electrónica que otorga el SAT. Una vez ingresando, el trámite a seleccionar es: "FORMATO DE ESCRITO LIBRE", tipo "OPERACIÓN SANITARIA", Subtipo: "RESPUESTA A ACTA DE VERIFICACIÓN". La plataforma también solicita los datos personales como el CURP, Domicilio, responsable Sanitario o Representante Legal, la razón social y finalmente el modo de ingreso y entrega del Documento escrito, que será: "CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VENTANILLA".

El segundo paso es la planeación Estratégica, para subsanar irregularidades, con apoyo de profesionales en derecho sanitario de ser posible. Esta primera oportunidad de resolver dependerá de las pruebas y evidencias que se

ofrezcan, como ya señalamos en el punto anterior; son documentales e imágenes fotográficas las que darán certeza a tu dicho; *por ejemplo, si la irregularidad es el uso de un solo recetario por 3 dentistas diferentes las pruebas serán, la factura de la imprenta por el diseño e impresión de recetarios para cada profesional y de ser posible enviar un ejemplar de cada formato, recuerden que el recetario deberá incluir copia y contener, nombre del profesional, cédula, universidad que expide el título, contacto y domicilio (en caso de contar con 2 consultorios en diferentes domicilios, lo mejor será un recetario para cada consultorio).*



En un periodo de 15 días a 3 meses dependiendo de la carga de trabajo de la institución Regulatoria, notificará la contestación de la solicitud de prórroga.

Si no se hizo uso de este primer acercamiento, en un periodo de 15 días a 3 meses después, Cofepris notificará el oficio de Dictamen Sanitario, donde especifica las irregularidades identificadas y la programación de una visita más, para aplicar la medida correctiva o de seguridad.

Para la corrección de las irregularidades contenidas en el Dictamen otorga un plazo de 20 a 30 días naturales que se cuentan a partir del día que se recibe la notificación.

Esta es la segunda oportunidad de Resolver los potenciales Riesgos Sanitarios identificados, las acciones recomendadas son las mismas: Agendar cita en COFEPRIS para entregar escrito con evidencias y realizar la planeación estratégica que subsane las irregularidades.

Y si por alguna razón, no se aprovechó este segundo acercamiento con COFEPRIS, en un periodo de 30 días a 3 meses da inicio al procedimiento de Sanción, con la notificación de un citatorio para comparecer por escrito en los próximos 15 días siguientes, debiendo acreditar documentalmente la personalidad con que se ostenta el interesado, con el objeto de que manifieste lo que a su derecho convenga y ofrezca las pruebas que considere necesarias, en relación con la corrección de las irregularidades encontradas; es decir, una tercera oportunidad antes de la sanción.

Habiendo ignorado todas estas notificaciones, se impone la sanción previamente señalada en los diferentes oficios notificados, sin embargo, aún no se agotan las posibilidades de resolver el asunto, y es el recurso de Revisión la opción siguiente, para impugnar una sanción impuesta por COFEPRIS; para interponerlo, se tiene un plazo de 15 días y se deben presentar los agravios relacionados con las ilegalidades cometidas por la autoridad al emitir la multa.

Si el recurso de Revisión no fuera favorable, el siguiente paso es impugnar la resolución, con el juicio contencioso Administrativo, ante el Tribunal de Justicia Administrativa de tu Estado, donde también es requisito demostrar los agravios relacionados con las ilegalidades cometidas por COFEPRIS. Y finalmente, está el juicio de Amparo que es un mecanismo jurídico contra actos de la autoridad, donde analizan la posible comisión de violaciones a los derechos humanos y podría exigir a COFEPRIS que los restituya.

Concluyo haciendo notar que, para subsanar irregularidades sanitarias del consultorio dental, se tienen muy buenas oportunidades y tiempo suficiente; con la confianza de recibir un servicio cada vez más honesto, expedito y accesible por COFEPRIS.





RESEÑA CONTABLE

(Servicios Profesionales Honorarios)

L.C.P. María Guadalupe Contreras Castañeda

La contabilidad consiste en la recopilación, el registro y la interpretación continuos y sistemáticos de información determinada. En detalle, la contabilidad es un sistema que permite procesar los datos relativos a todas las transacciones comerciales y las obligaciones expresadas en términos financieros.

A fin de cumplir con los principales objetivos de la contabilidad se requiere un conjunto de técnicas y métodos que, en conjunto, constituyen un método contable. Este método comprende una serie de elementos importantes entre los que se destacan:

- Las cuentas contables como una forma eficaz de agrupar los pasivos, los activos y las transacciones corrientes.
- La documentación, es un registro minucioso por escrito de toda la actividad económica realizada, que da fuerza legal a los datos registrados en la contabilidad.
- La valoración es una forma eficaz de expresar el efectivo y sus fuentes en términos monetarios.
- El inventario, una comprobación periódica de los bienes registrados en el balance de la organización, que se lleva a cabo mediante el pesaje, la descripción, el recuento, la conciliación, la valoración de los activos identificados y la posterior comparación de los resultados con los datos contables.
- El balance es una de las principales fuentes de información, así como una forma de agrupar económicamente los diferentes activos de la organización en función de las fuentes de formación, la composición, la asignación, expresada en equivalente monetario y elaborada a partir de una determinada fecha o período de tiempo.
- La contabilidad es un grupo de indicadores contables, que se reflejan en forma de cuadros y caracterizan el movimiento continuo de los pasivos, los activos y la posición financiera durante un determinado período de tiempo.

Una vez comprendido un poco el concepto y generalidades de lo que conforma la contabilidad podremos hacer hincapié en un mecanismo de contabilidad aplicada, por tanto, una breve explicación de la contabilidad que se lleva a cabo en los servicios profesionales en México.

Como primer paso y con mayor importancia para una sana situación ante el fisco se debe de considerar una alta ante el Registro Federal de Contribuyentes.

Servicios profesionales (Honorarios)

Les corresponde tributar en este régimen a las personas físicas que obtengan ingresos por prestar servicios profesionales de manera independiente (no como asalariados) a empresas, dependencias de gobierno o a personas físicas en general, por ejemplo: abogados, contadores, arquitectos, médicos, dentistas, ingenieros, entre otros.

1. Obtén tu contraseña y e.firma

Tu contraseña del SAT te permitirá acceder a los servicios electrónicos.

La solicitas en cualquier oficina de administración tributaria:

- Original y copia de tu identificación oficial.
- Un correo electrónico.

La e.firma, antes firma electrónica o Fiel, es el archivo digital con el que podrás firmar trámites por internet con el SAT, o con otras dependencias del país. Es única, y vale tanto como tu firma autógrafa.

La solicitas en oficinas, necesitas: (Previa cita)

- Original y copia de tu identificación oficial.
- Comprobante de domicilio fiscal.
- Un medio de almacenamiento digital, USB, preferentemente nuevo.

Para llevar la contabilidad de servicios profesionales en México, se puede utilizar el programa Mis Cuentas del SAT, si los ingresos del año anterior no superaron los dos millones de pesos. Para ingresar al programa, se necesita la E.firma o bien RFC y la contraseña.

Para facturar los servicios profesionales, se puede utilizar la aplicación gratuita del SAT, en sat.gob.mx. Las facturas deben incluir:

- Nombre de la empresa y del cliente
- Fecha de emisión y número de factura
- Fecha de prestación de los servicios
- Horas trabajadas y tarifa por hora, o tarifa fija del proyecto
- Subtotal

Los recibos de honorarios deben incluir:

- Número de folio asignado por el SAT
- Sello digital del SAT
- Sello digital del contribuyente
- Lugar y fecha de expedición
- Nombre y RFC del cliente
- Cantidad, unidad de medida y clase de los servicios
- Importe total señalado en número o en letra
- Forma en que se realizó el pago
- Fecha y hora de certificación

2. Factura y pide factura

Para que compruebes tus ingresos, debes emitir facturas electrónicas por la prestación de tus servicios. Si tienes trabajadores, debes entregarle un comprobante de nómina por los pagos y retenciones que hagas.

Puedes hacer facturas electrónicas a través de:

- La aplicación gratuita del SAT, en sat.gob.mx.
- La aplicación de algún proveedor de facturas electrónicas.
- Mis cuentas, en la sección Factura fácil.

Solicita factura por las compras que realices, y para que puedas incluirlas como gastos en tus declaraciones mensuales.

3. Registra tus operaciones

Todos los ingresos por los que no hayas emitido factura, y todos los gastos por los que no hayas recibido factura, deberás registrarlo a través de la aplicación Mis Cuentas. Hay versión de escritorio, o móvil.

4. Declara

Debes realizar dos tipos de declaraciones:

Declaración mensual y Declaración Anual
Declaración mensual

Permite calcular tu Impuesto sobre la Renta y el Impuesto al Valor Agregado que deberás pagar por tus operaciones.

Para declarar necesitas tener tus ingresos, gastos y retenciones organizados y sumados mensualmente para capturarlos en la aplicación de Declaraciones y Pagos en sat.gob.mx.

Declaración anual

Informas el monto total de tus ingresos, gastos y retenciones al año, así como los pagos provisionales que realizaste mensualmente. La debes presentar a más tardar el 30 de abril siguiente de cada año fiscal.

Las deducciones son una base importante para obtener el beneficio de las deducciones ante la carga fiscal.

5. Conoce qué puedes deducir

Deducciones de gastos mensuales

Puedes deducir los gastos e inversiones que sean estrictamente indispensables para llevar a cabo tu actividad.

- Pago de sueldos y salarios.
- Cuotas que hayas pagado como patrón al IMSS.
- Arrendamiento del local que utilices para la prestación de tus servicios.
- Luz y teléfono del local para tus actividades.
- Papelería y artículos de escritorio.
- Inversiones en activo fijo, como equipo de cómputo, de oficina, construcciones o equipo de transporte.

Deducciones de gastos anuales

- Gastos médicos, dentales, de enfermeras y gastos hospitalarios, incluido el alquiler o compra de aparatos para rehabilitación, prótesis, análisis y estudios clínicos.

- Lentes ópticos graduados hasta por 2,500 pesos.
- Gastos funerarios.
- Pagos por primas de seguro de gastos médicos.
- Los intereses reales, efectivamente pagados en el ejercicio, por créditos hipotecarios para tu casa habitación.
- Donativos.
- Transporte escolar obligatorio.
- Aportaciones voluntarias al fondo de retiro.
- Impuestos locales por salarios.
- Colegiaturas (preescolar a preparatoria).

6. Mantén tu información fiscal actualizada

Recuerda que debes informar cuando cambias de domicilio, de actividad o si dejas de prestar un servicio. Presenta los avisos a través de sat.gob.mx, y mantente informado.

Referencias: sat.gob.mx



¿Sabes que es la
semaforización en los
insumos o
medicamentos?

Dr. Santiago Marín Lobato

¿Sabes que es la semaforización en los insumos o medicamentos?

Te ha pasado que en tu consultorio dental se te queda una jeringa de resina, un botecito de bond, una jeringa de algún cemento, las cuales se te caducan y las tienes guardadas en un cajón con varias cosas. Algunas de esas cosas, por ejemplo, las resinas, las ocupas para algún provisional, de esos que haces al momento, para practicas en cursos, por cuestiones didácticas para mostrar al paciente, etc.

¿Pero sabias que al tenerlos puedes incurrir en un acto que, ante la COFEPRIS, te puede meter en problemas?

Para evitar esto existe lo que se llama SEMAFORIZACIÓN



¿Qué es la semaforización de los insumos o medicamentos?

LA SEMAFORIZACIÓN: Es una herramienta que permite identificar y determinar en el momento oportuno que medicamentos están próximos a vencer, posibilitando del mismo modo ejercer un control sobre estos, esta semaforización se efectúa de acuerdo a la rotación de los medicamentos y se aplica en cada centro de atención, en el almacén central, en el carro de paro y en donde se utilicen medicamentos.

Control de caducidades de insumos o medicamentos mediante la Semaforización.

Tiene el propósito de identificar y controlar el basto de insumos o medicamentos según la semaforización que corresponde a sus fechas de caducidad para evitar el riesgo de que haya medicamentos caducos en la farmacia o almacén de las clínicas.

Será la responsabilidad de cada unidad de salud o dependencia verificar que en el almacenamiento de cada farmacia e inventarios cumplan con las siguientes políticas de operación de normas y lineamientos.

-Verificar al momento de surtir que los insumos o medicamentos se encuentren identificados de acuerdo al color que corresponden a su fecha de caducidad para informar de manera precisa las fechas próximas a caducar, así como observar los movimientos para determinar su clasificación.

TIEMPO DE CADUCIDAD	COLOR
MAS DE UN AÑO	VERDE
6 A 12 MESES	AMARILLO
3 A 6 MESES	3 A 6 MESES
MENOR A 3 MESES O CADUCADO	ROJO

Verde con fecha de caducidad con más de un año.

Amarillo: Con fecha de caducidad menor de doce meses hasta 3 meses

Rojo: Con fecha de caducidad menor a 3 meses o caducado.

(El anaranjado no es oficial) pero se utiliza para llevar un mejor control.

-Verificar las caducidades de los insumos o medicamentos en el momento que se surten y realizar la identificación para informar de manera precisa las fechas próximas a caducar, así como de observar los movimientos para determinar su clasificación (de rápido o lento movimiento).

-Elaborar dentro de los primeros diez días hábiles de cada mes. El reporte de caducidades de los medicamentos.

-Observar que los lotes de los insumos o medicamentos mantengan la uniformidad de las caducidades, en su caso separar los próximos y realizar la dotación de manera prioritaria en los abastos.

DEFINICIONES

La semaforización es una herramienta que permite determinar en el momento oportuno qué medicamentos están próximos a vencer, permitiendo del mismo modo ejercer un control con los medicamentos de baja rotación.

Fecha de expiración / vencimiento o caducidad / vida útil: La que se indica como Tiempo máximo hasta el cual se garantiza la Potencia, Pureza, características Fisicoquímicas y Terapéuticas, así como las demás que corresponden a la naturaleza de un Producto Farmacéutico y que se recomienda con base en los resultados de los estudios de Estabilidad realizados al efecto.

Lote: Cantidad de un producto de calidad homogénea que se elabora en un mismo ciclo controlado de fabricación y posee un código de identificación específico.

Medicamento: Es aquel preparado Farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo Forma Farmacéutica, que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del Medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

Y en si porque nos interesa la semaforización de los insumos o medicamentos.

Todo esto tiene que ver con los protocolos que debemos de llevar para el cuidado de los pacientes, y esta establecido en las siguientes acciones:

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

De acuerdo con la OMS, en el informe presentado por su Secretaría, en la 109ª. reunión del Consejo Ejecutivo, celebrada el 5 de diciembre de 2001, "las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño.

La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes; sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia."

La frecuencia y magnitud de los eventos adversos representan un enorme reto en términos de pérdida de vidas, además, significa una gran carga financiera para las organizaciones prestadoras de servicios de salud, situación a la que se añaden factores como la pérdida de confianza tanto por los usuarios como por los prestadores de los servicios.

Frente a estos hechos, la OMS estableció la necesidad de generar estrategias que permitieran, de manera inmediata, aumentar la seguridad de los pacientes y se plantearon interrogantes fundamentales en torno a temas como el liderazgo, la necesidad de investigación y generación de instrumentos para conocer la situación de la seguridad de los pacientes, particularmente a partir de la identificación y registro de los eventos adversos. De manera complementaria se identificó la necesidad de explorar sobre los costos de las medidas de seguridad, los niveles aceptables de riesgo y las mejores prácticas como referentes para la prestación de la atención.

La seguridad para el paciente durante los procesos de atención a la salud es prioritaria. De acuerdo con las estimaciones, en México el 2% de los pacientes hospitalizados muere, y el 8% padece algún daño, a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.

Sin embargo, se calcula que 62% de este tipo de eventos adversos son prevenibles, lo que plantea un área de oportunidad para brindar atención médica.

Para atender esta problemática, el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud desarrollaron mesas de discusión para identificar aquellos aspectos que deben seguir los establecimientos que brindan atención médica, en beneficio del paciente.

Este fue el inicio de las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente, las cuales aplican tanto para los entornos hospitalario como ambulatorio. Las ocho acciones y sus objetivos generales, son:

Identificación del paciente. Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucren al paciente equivocado.

Comunicación Efectiva. Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.

Seguridad en el proceso de medicación. Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.

Seguridad en los procedimientos. Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.

Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas. Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas. Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia.

Cultura de seguridad del paciente. Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

En sí la que nos interesa en relación al tema es la acción esencial No3. Seguridad en el proceso de medicación.

La cual comprende doce subdivisiones, de la que nos corresponde sería el apartado 3B, que dice lo siguiente:

Acción Esencial 3 B.

Del almacenamiento de medicamentos.

- El personal responsable del almacenamiento llevará un control de lotes y fechas de caducidad de todos los medicamentos a su cargo.
- Los medicamentos y electrolitos concentrados tienen que ser almacenados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio farmacéutico indique.
- El Establecimientos de Atención Médica (EAM), identifica las áreas críticas para el resguardo y almacenamiento permanente de los medicamentos de alto riesgo.
- El personal responsable del almacenamiento colocará una alerta visual de color rojo en los medicamentos de alto riesgo y de color azul los medicamentos LASA.
- En el caso del etiquetado de caducidad u otra semaforización, no utilizar el color rojo.
- Todo medicamento anestésico que se utilice en la atención de los pacientes debe estar consignado en todos los registros de la farmacia hospitalaria.

Si deseas tener más información sobre este tema, en la página de la secretaria de salud está mejor detallado.

Toda esta información es un extracto de los portales de la Secretaría Salud.

35 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 1999. Documento en internet 312 pp.

Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf

36 Reporte sobre seguridad del National Quality Forum. Documento en internet pp. Disponible en:

<https://boletindeanestesiologia.wordpress.com/2013/09/01/reporte-de-seguridad/>.

37 Organización Mundial de la Salud. 59ª Asamblea Mundial de la Salud A59/22. Punto 11.16 del orden del día provisional 4 de mayo de 2006. Disponible en:

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.p

<https://www.gob.mx/>

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP_CSG-DGCES_16_junio_2023.pdf

<https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>





Disposición de basura, desechos y chatarras.



C.D.E.O. María del Carmen
Guzmán Pineda

Aunado a los requisitos legales, fiscales, administrativos, de actualización continua, funcionalidad y operación para brindar servicio dental, se encuentra uno más para cumplir el reto de tener un consultorio: el manejo de desechos y residuos de todo tipo.

La Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos (LGPGIR) define que todo aquel material cuyo propietario desecha en cualquier estado de agregación y que está contenido en depósitos; pueden ser susceptibles de ser valorizados y requieren sujetarse a tratamiento con disposición final conforme a lo dispuesto en la misma Ley (DOF, 2003).

Libremente todos decidimos cuando algo ya no es útil, nos convertimos dentro y fuera del consultorio, en generadores de residuos que deben ser clasificados para su destino final.

Es muy probable que tengas contratado un servicio de RPBI que acude a visitarte una vez a la semana, cada dos o una vez al mes (de lo contrario, ¡preocúpate!) y también has de desechar la basura común en un gran contenedor del residencial o edificio donde laboras o esperas en tu colonia al camión recolector un día específico en la semana y muy seguramente con ello te olvidas de la basura del consultorio, sin embargo todo lo que generas debería de tener un manejo clasificado, no solo por normativa, sino por conciencia ecológica.

La cultura ambiental llega por obvias razones junto con la revolución industrial y cobra relevancia en los 70's donde se establece el DÍA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE y de ahí hasta hoy la gestión de residuos ha dado pasos y tumbos buscando soluciones para los vertiginosos e interminables desafíos que impone el desarrollo humano. Durante la cumbre G8 del 2004 el primer ministro de Japón presentó la iniciativa de las tres erres para construir sociedades orientadas hacia la sostenibilidad y sustentabilidad: el reducir, reutilizar y reciclar



Existe una preocupación mundial por la conservación del medio ambiente la cual ha alcanzado a la odontología guiándola a una práctica "más verde" que promueve una práctica sostenible y afable pretendiendo preservar todos los recursos posibles y disminuir los que ya se generan a través de minimizar los objetos que se desechen, la búsqueda de nuevos materiales y darles una segunda vida a los objetos reutilizarlos o destinarlos al reciclaje.

Plásticos.

Principales contaminantes a nivel mundial, virtuosos por la capacidad de multiplicidad de usos y durabilidad, misma que los condena a ser un habitante casi eterno en este planeta, de ahí la preocupación y búsqueda de polímeros alternativos e incluso uso de bacterias para su degradación. Desde enero del 2020 la Ley prohíbe el uso de plásticos de un solo uso, en odontología es impensable cubrir esa ley cabalmente, imagínate reusando guantes, barrera de protección, o algún otro material que empleamos de manera frecuente, simplemente no parece viable y persistimos como grandes generadores de desechos plásticos entre muchos otros residuos.

Una de las alternativas mundiales del 2018 para reducir los plásticos fue eliminar los popotes para las bebidas, aunque no empleamos popotes tenemos un similar en odontología, los eyectores plásticos; que se siguen empleando por miles cada día.

Una opción para disminuir los efectos ambientales del plástico son polímeros especiales e incluso materiales con fibras orgánicas como la papa, caña y bambú. Uno de los pioneros de esta industria ecológica para odontología es una empresa sueca que fabricó productos con polímeros de origen fósil considerados más ecológicos ya que al combustirse solo generan vapor inofensivo y no gases de efecto invernadero. Fabricaron incluso un sector llamado Hygovac Bio, producido casi en su totalidad con polietileno a partir de caña de azúcar.

La elección de insumos sostenibles minimiza el CO₂, pero no reduce la cantidad de residuos y artículos de un solo uso.

La mayoría de plásticos no biodegradables en el consultorio terminan tratados con métodos térmicos, como la incineración y el pirólisis, lo que genera gases de efecto invernadero y otras sustancias tóxicas como los PCB, furanos y metales pesados que contribuyen al calentamiento global.

Aunque existen opciones de materiales que permiten las tres erres de la sostenibilidad son más costosos, lo que convierte la idea de un consultorio amigable y sostenible en una implementación económicamente desgastante.



Las radiografías.

Son elementos indispensables de diagnóstico, las convencionales son muy contaminantes ya que se componen de poliéster, haluros de plata y cristales de AgBr y el Pb de la lámina que absorbe la radiación, a estos elementos hay que sumarles el agua y los líquidos de revelado que se componen por iones de sulfuro, bromuros, sulfatos, iones de plata, etilenglicol, hidroquinona y ácido acético, todos ellos tóxicos. Otro inconveniente es el espacio que ocupan ya reveladas en el expediente clínico por un mínimo de 5 años, en cambio las digitales solo consumen energía. Si tu equipo de rayos X es reciente puedes digitalizarlo, de otro modo tendrás que adquirir uno actual. Por conciencia ecológica y ergonomía vale la pena invertir en un radiovisiografo.

Si de momento no has considerado cambiar tus hábitos radiológicos, tienes la opción de dar buen destino a los acetatos, indaga en tu localidad las empresas con capacidad de reciclado para ello y nunca viertas los líquidos usados en el desagüe, tu recolector de RPBI se encarga de ellos y algunos también de los acetatos, eso depende de cada compañía y del plan que tengas contratado.

RPBI

Contrario con todo lo que conviertes en desecho, como el papel, botellas PET, basura sanitaria e incluso el suicidio ecológico de las cápsulas de café a los que por tu libre albedrío gestionas como mejor te place, para los RPBI es obligatorio que tengan un manejo adecuado y contrates una empresa especializada para no incurrir en una falta que amerite sanción.

SEMARNAT que regula los residuos peligrosos, detalla su control en la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente de la cual se deriva la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 que clasifica a los establecimientos generadores de RPBI en 3 niveles acordes a la cantidad de residuos que generan, aunque no menciona expresamente a los consultorios dentales, se consideran en el nivel uno por su baja producción de desechos comparado con los que se generan en los hospitales.

En el numeral 4 de esta Norma se pueden interpretar los residuos que se derivan de la consulta dental, en el numeral 6 indica el manejo y envasado que deben seguir esos

residuos, especificando que para los punzocortantes se utilice un recipiente rígido de polipropileno de color rojo, con separador de agujas con la leyenda "residuos peligrosos punzocortantes biológico-infeccioso" y marcado con el símbolo universal de riesgo biológico. Dicho contenedor está en las listas de verificación de COFEPRIS, razón de peso para que cuentes con él, con tú registro como generador de RPBI y tú contrato con alguna empresa autorizada.

De no menos importancia están los requisitos para desechar los medicamentos que hayan caducado. La NOM-052-SEMARNAT- 2005 dicta que deben eliminarse por incineración. Revisar continuamente las caducidades evitará el uso inadecuado y te permitirá cumplir con otro punto de la lista de verificación. Puedes entregarlos a la empresa recolectora o llevarlos a los contenedores de las Jurisdicciones sanitarias y grandes farmacias.



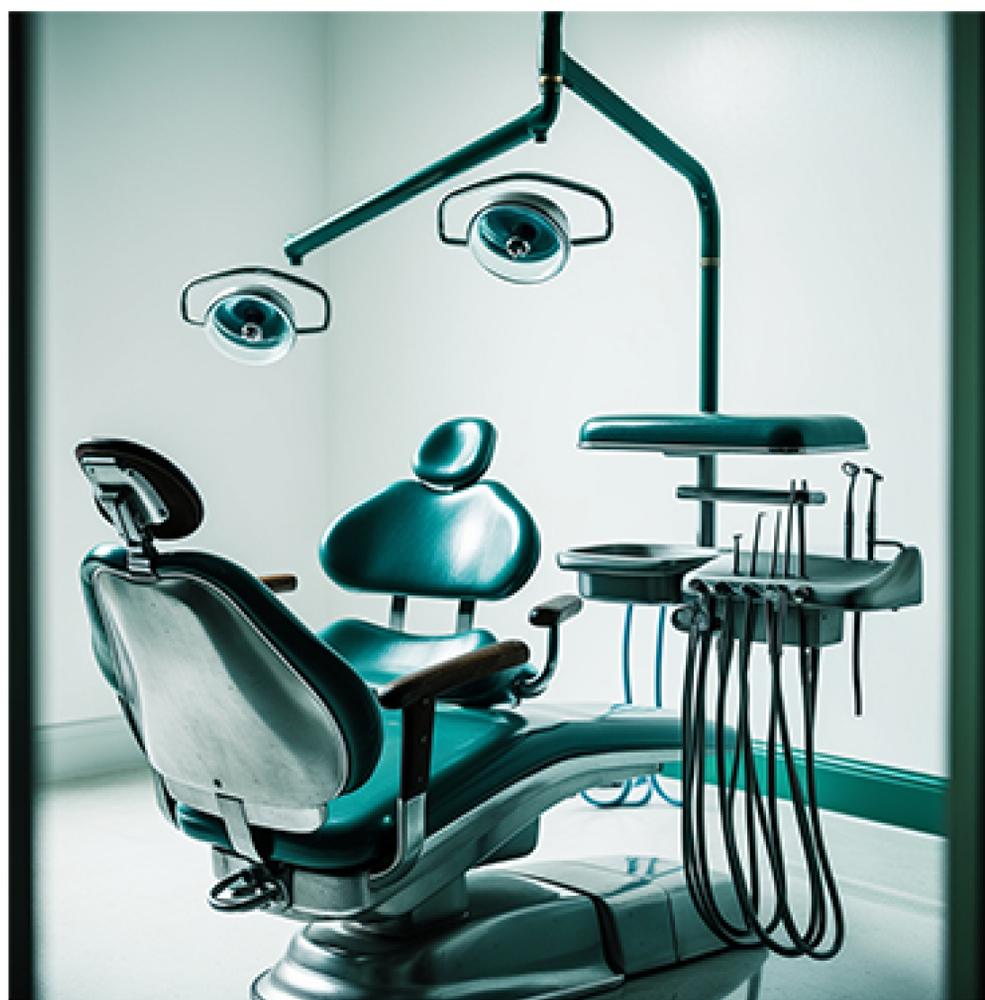
Los equipos

Unos de los artículos que cumplen una misión relevante en el trabajo del odontólogo son los equipos como las piezas de mano y la unidad dental a las que habrá que darles destino una vez que dejan de ser útiles y simplemente se convierten en desechos, a diferencia de un blister de anestesia que empleamos por cientos, los equipos adquieren un valor sentimental, no solo por su alto costo, si no por la historia que han formado a nuestro lado y a la que le tenemos apego porque representa mucho de nosotros y como todos los apegos, no es tan fácil desprenderse de ellos como si fueran el par de guantes tras cada revisión.

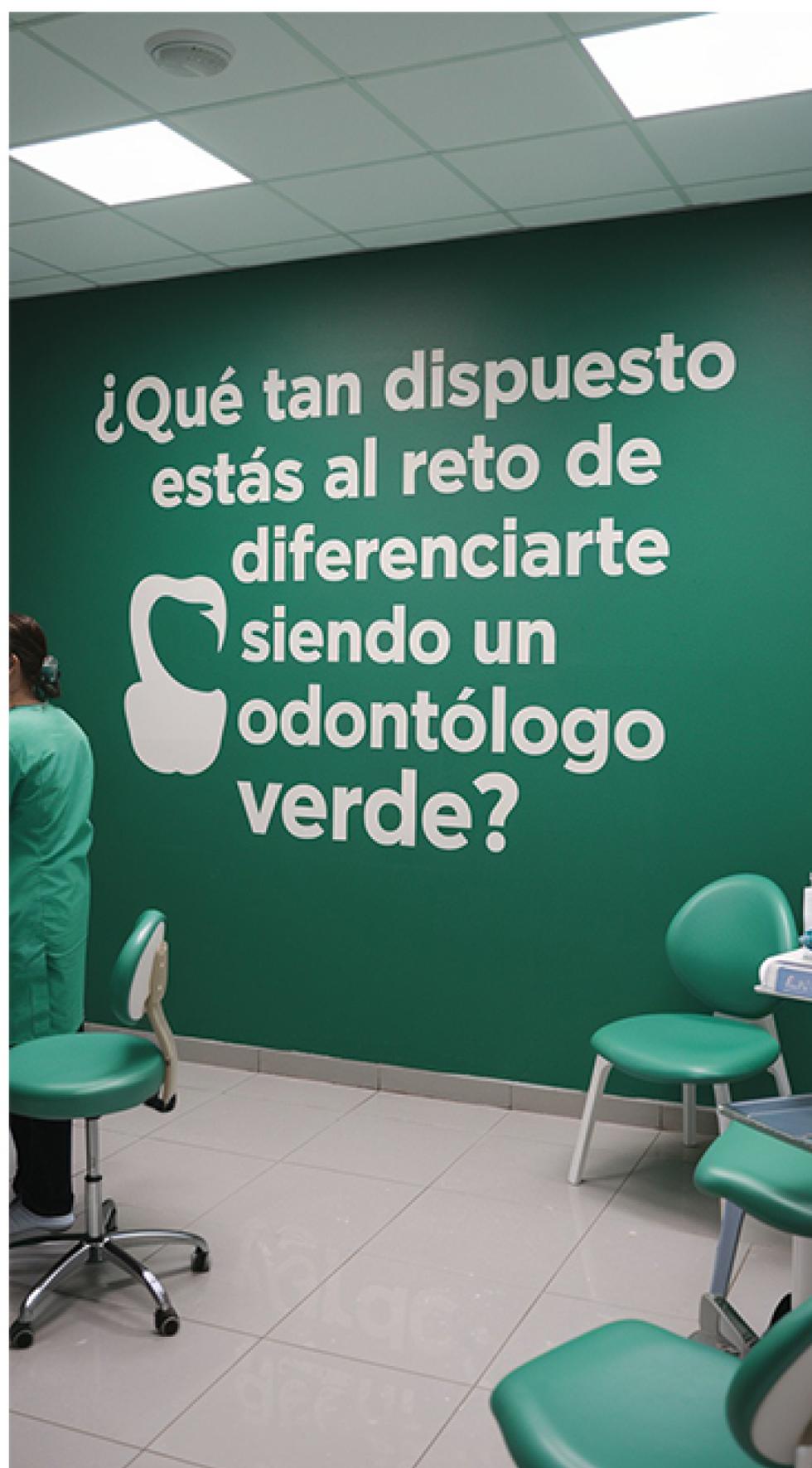
Pese a todo lo que inviertas y desees extender el tiempo de vida de una unidad dental que siempre será protagonista y actor principal en el escenario de la consulta, llegará un momento donde definitivamente será necesario cambiarla

¿Cuántas unidades has tenido en tu trayectoria? Sí es tu primer equipo, ¿Qué tiempo de vida le proyectas? Sí ya cambiaste de unidad en por lo menos una ocasión. ¿Qué hiciste con la unidad anterior?

Pasados unos 10 años de uso, servicios de mantenimiento, inversión en reparaciones, accidentes del vinil y cambios de focos de la lámpara llegará el momento de reemplazar tu unidad. El valor sentimental y la historia que han tenido juntos hace que sea muy difícil desprenderse de ese sillón, por más apego que le tengas no podrás conservarla para siempre, ¿Qué se hace con esas unidades? No puedes mudarla a tu casa como mobiliario, ni en el centro del jardín, una opción es donarla a un recién egresado otra es que en caso de tener espacio e ingenio suficientes montes un set para fotos en la sala de espera, pero inevitablemente tendrás que deshacerte de ella en algún momento. Tu aliada de tantos años dejará de cumplir con las características de la NORMA Técnica 290 para la Identidad y Especificidad de la Unidad Dental, su destino, tristemente será la chatarrización, la lámpara dejará de iluminar y el brazo que la sostenía junto con muchas piezas más se convertirán en mero fierro viejo cuando la entregues a la recicladora, ahí seccionarán cada una de las partes y recuperarán metales, cableado eléctrico y plásticos de las molduras, pero no te pongas triste, es el fin de tu unidad, no el tuyo. Tendrás la oportunidad de estrenar y renovarte, actualmente la ergonomía aplicada a la odontología mejora la calidad de vida y reduce las enfermedades ocupacionales por tanto saldrás ganando en salud.



Implementar en el gremio la reducción de contaminantes y la conciencia de estilos de vida más verdes nos llevarán a la disminución de la huella ecológica y a frenar el calentamiento global, en Europa existe la certificación para consultorios verdes, que invierten mucho más en insumos y usos eficientes de recursos, evidentemente tienen un target de mayor capacidad de pago dispuestos a absorber los gastos que se derivan por implementar acciones a favor del medio ambiente por un bien común mayor. Recuerda que solo tenemos un planeta para todos los seres vivos y además de eso que en gran medida el éxito de un consultorio es la diferenciación con los demás ¿Qué tan dispuesto estás al reto de diferenciarte siendo un odontólogo verde?





Academia Mexicana de Ortodoncia, A.C.



XXXIII CONGRESO INTERNACIONAL

3, 4 Y 5 DE NOVIEMBRE 2024

**Centro Médico Nacional SigloXXI,
Unidad de Congresos Auditorio 1.**

CONFERENCISTAS

Dra. Patricia Vergara Villarreal

Dr. William Eduardo Fayad Bajaire

Dr. Jair Lazarín San Esteban



PONENTES

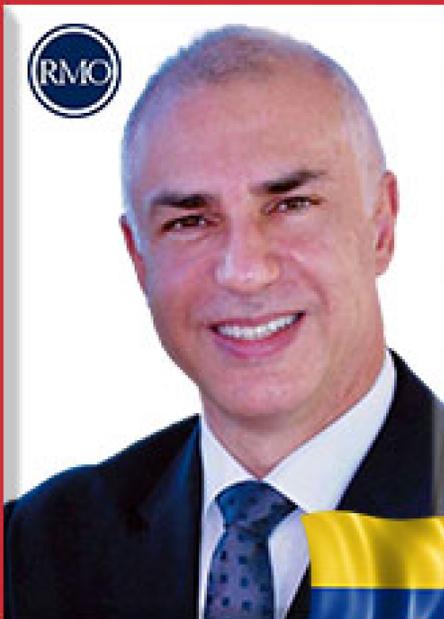


DRA. PATRICIA VERGARA VILLARREAL - COLOMBIA.

- GRADO DE ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA
- ORTODONCISTA UNIVERSIDAD MILITAR DE NUEVA GRANADA, CIEO.
- PROFESOR CLÍNICO ASOCIADO DE ORTODONCIA EN LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, COLOMBIA.
- ENTRENAMIENTO TÉCNICO MEAW DR. SADAO SATO JAPÓN 2007.
- OCLUSIÓN DR. R. SLAVISECK VIENA AUSTRIA 201-2016
- CONFERENCISTA INTERNACIONAL

TEMAS:

- ENTENDIENDO LAS MALOCLUSIONES.
- SI LO IDENTIFICAS Y DIAGNOSTICAS... "LOS TRATAS"



DR. WILLIAM EDUARDO FAYAD BAJAIRE – COLOMBIA.

- GRADO DE ODONTOLOGÍA COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO 1985
- ORTODONCIA UNIVERSIDAD MILITAR DE NUEVA GRANADA CIEO.
- ENTRENAMIENTO EN STRAIGHT WIRE LOW FRICTION DENVER USA. 2007. PANAMÁ 2008 ESPAÑA 2012.
- PROFESOR DE POSGRADO COC 1988-2000 Y CIEO 1992-1996.
- PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE ORTODONCIA 2020-2022
- DIRECTOR CLINICO ESTHETIC ALIGNER COLOMBIA.
- COMITÉ DE EDUCADORES Y PLATAFORMAS DIGITALES PARA WFO. 2021-2023.
- VICEPRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA ALADO. 2021-2024.
- CONFERENCISTA INTERNACIONAL RMO.

TEMAS:

- TRATAMIENTOS SENCILLOS Y COMPLEJOS CON BRACKETS Y ALINEADORES.
- TRATAMIENTOS ORTO-QUIRÚRGICOS-SUGERY FIRTS.
- EL PAPEL DEL ORTODONCISTA EN LA APNEA DEL SUEÑO.
- MEJORE SUS TRATAMIENTOS Y SUS INGRESOS CON USO ADECUADO DE MINI- IMPLANTES.



DR. JAIR LAZARÍN SAN ESTEBAN – MÉXICO.

- ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO 2001.
- ORTODONCIA HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ CDMX. 2005.
- MAESTRÍA EN BIOMATERIALES UNAM.
- DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA UNAM.
- 3M UNITEK GERENTE DE EDUCACIÓN Y ASUNTOS CIENTÍFICOS PARA AMÉRICA LATINA DESDE 2005.

TEMAS:

- FILOSOFÍA DEL TRATAMIENTO ORTODÓNICO MBT EN LA PRÁCTICA CONTEMPORÁNEA.
- MECÁNICA MBT EN AUTOLIGADO Y CORRECCIÓN DE LA CLASE II.

HORARIOS.

DOMINGO 03 DE NOVIEMBRE 2024

REGISTRO A PARTIR DE LAS	11:00 HRS.
CONFERENCIA DR. JAIR LAZARÍN SAN ESTEBAN	15:00 A 16:45 HRS.
RECESO	16:45 A 17:00 HRS.
CONFERENCIA DR. JAIR LAZARÍN SAN ESTEBAN	17:00 A 19:00 HRS.

LUNES 04 DE NOVIEMBRE 2024

CONFERENCIA DRA. PATRICIA VERGARA VILLARREAL	9:30 A 11:00 HRS.
INAUGURACIÓN	11:00 A 11:15 HRS.
RECESO	11:15 A 11:30 HRS.
CONFERENCIA DRA. PATRICIA VERGARA VILLARREAL	11:30 A 13:30 HRS.
COMIDA	
CONFERENCIA DRA. PATRICIA VERGARA VILLARREAL	15:00 A 17:00 HRS.
RECESO	17:00 A 17:15 HRS.
CONFERENCIA DRA. PATRICIA VERGARA VILLARREAL	17:15 A 19:00 HRS.

MARTES 5 DE NOVIEMBRE 2024

CONFERENCIA DR. WILLIAM E. FAYAD BAJAIRE	9:30 A 11:30 HRS.
RECESO	11:30 A 11:45 HRS.
CONFERENCIA DR. WILLIAM E. FAYAD BAJAIRE	11:45 A 13:30 HRS.
COMIDA	
CONFERENCIA DR. WILLIAM E. FAYAD BAJAIRE	15:00 A 17:00 HRS.
RECESO	17:00 A 17:15 HRS.
CONFERENCIA DR. WILLIAM E. FAYAD BAJAIRE	17:00 A 17:15 HRS.
CLAUSURA	19:00 HRS.

**SE EXTENDERÁ CONSTANCIA POR
20 HORAS CRÉDITO
“EXPOSICIÓN COMERCIAL – ENTRADA LIBRE”**



APORTACIÓN

(EN PESOS MEXICANOS)

ACADEMIA MEXICANA DE ORTODONCIA, A.C. **\$1,400.00**
(NECESARIO PRESENTAR ACREDITACIÓN VIGENTE)

WFO, AAO, ALADO, AMO, COODDF. **\$1,400.00**
(NECESARIO PRESENTAR ACREDITACIÓN VIGENTE)

ESTUDIANTES Y PROFESORES. **\$1,600.00**
(NECESARIO PRESENTAR ACREDITACIÓN VIGENTE)

SOCIOS CNCD Y ADM. **\$1,800.00**
(NECESARIO PRESENTAR ACREDITACIÓN VIGENTE)

NO SOCIOS. **\$2,000.00**

VENTAS POR INTERNET
HASTA EL VIERNES 25 DE OCTUBRE DE 2024 A LAS 20:00HRS.

CUENTA BANCARIA SCOTIABANK
ACADEMIA MEXICANA DE ORTODONCIA A.C.
CTA. 00109794158

CLABE INTERBANCARIA SCOTIABANK
0441 8000 1097 9415 81

DEPOSITO EN OXXO
CTAS. 5579 2091 5089 4530
4062 8500 0023 1279

ENVIAR COPIAS A LOS SIGUIENTES CORREOS ELECTRÓNICOS
(AMBOS)

eventosycongresosacademia@gmail.com
eventosacademia@hotmail.com

- 1 - COPIA DE LA FICHA DE DEPÓSITO CON SU NOMBRE ESCRITO AL FRENTE.**
- 2 - COPIA DE LA ACREDITACIÓN VIGENTE QUE RESPALDE EL TIPO DE CUOTA.**

RECIBIRÁ CONFIRMACIÓN Y COPIA DEL BOLETO POR EL MISMO MEDIO.

HABRÁ VENTA DE BOLETOS EN EL EVENTO SUJETO A RIESGO DE CONTAGIO POR EMERGENCIA MÉDICA.
(NO CONTAMOS CON TERMINAL PUNTO DE VENTA)



ESCANÉAME

ACADEMIA MEXICANA DE ORTODONCIA, A.C.
TEL. 55 5562 6211
www.academiamexicanadeortodoncia.com



INTERVENCIONES DENTALES ASISTIDAS CON PERROS, UN NUEVO ALIADO CONTRA LA ANSIEDAD

**Roberta Susana de la O Robles
Cirujano Dentista**

Profesional y Técnico en Intervenciones Asistidas con Animales

Uno de los retos más grandes en el consultorio dental es el manejo del estrés y la ansiedad en nuestros pacientes, el miedo al dolor y los ruidos generados en la oficina dental son obstáculos con el cual día a día lidiamos en nuestras y en ocasiones recurrimos a la sedación del paciente (principalmente pacientes pediátricos). Hoy en día existen nuevas alternativas para disminuir el estrés y la ansiedad en el consultorio dental y entre ellas se encuentran las intervenciones asistidas con animales (IAA).

En los últimos años las intervenciones asistidas con animales han ido abarcando cada vez más ámbitos dentro de la educación, en el ámbito social y de la salud, siendo este último en el cual se desarrolla nuestra profesión. Numerosos estudios han descubierto que la relación Humano- perro genera diversos beneficios preventivos como lo son la reducción de la frecuencia cardiaca, disminución de ansiedad y estrés (disminuye el cortisol) y genera endorfinas (oxitocina, llamada hormona del amor.) con lo cual podemos decir que resultan muy beneficiosas en la oficina dental.



Es importante mencionar que este tipo de intervenciones en el consultorio dental han sido realizadas específicamente con perros, y, aunque pueden ser utilizadas para beneficio de cualquier paciente son llevadas a cabo especialmente en pacientes pediátricos que presentan ansiedad y estrés, también son una opción implementada con aquellos que requieren necesidades especiales de atención en Salud como discapacidad intelectual, TEA, entre otros. El implementar la intervención dental asistida con perros en el consultorio dental permite que se reduzcan los niveles de ansiedad y mejore la conducta del paciente ante los procedimientos, permite la reducción de citas en las que el paciente no quiere acudir e incluso reduce el costo del procedimiento ya que no se requiere sedación (Vincent, Easton, et al., 2020).

En odontopediatría la intervención odontológica asistida con perros se presenta como una alternativa terapéutica con múltiples ventajas, se caracteriza por su simplicidad, accesibilidad y seguridad, además de ser no invasiva y económicamente viable, tiene un efecto calmante en los niños, lo cual es particularmente beneficioso dado que el consultorio dental puede ser percibido como un entorno intimidante. El añadir una unidad de intervención (perro y guía) al procedimiento odontológico se destaca como una opción especialmente útil para aquellos niños que experimentan ansiedad dental, ofreciendo una forma de mitigar el estrés asociado con los procedimientos odontológicos. (Vincent, Easton, et al., 2020).

Así como en nuestra profesión requerimos capacitarnos día a día, al complementar la intervención odontológica con perros también debemos serlo, es de importancia mencionar que no cualquier perro puede realizar esta actividad, ya que se requieren perros profesionalmente entrenados para desenvolverse dentro del consultorio dental, tanto el guía como el perro de intervención (algunas veces llamados perros de terapia), la presencia de movimientos, ruidos, especialmente de la pieza de mano podría no ser muy agradable al perro si no está previamente preparado con un entrenamiento especial.

Los perros de intervenciones son seleccionados mediante pruebas rigurosas que determinan si son aptos para realizar dicho entrenamiento el cual de ser aceptados requerirá mínimo de entre año y medio a dos años y al término de este deberá pasar una evaluación en la que de acreditar se certificará al guía y al perro con lo cual se asegura que dicha unidad de intervención está lista para desenvolverse en el ámbito en el que trabajará, en este caso el dental. Cabe mencionar que, durante el procedimiento dental, el perro deberá tener a su manejador en todo momento quien se encargará de verificar el bienestar del animal, ya que en este tipo de intervenciones el perro solo estará solamente durante un procedimiento dental, ya que este tipo de intervenciones no se realizan de manera seguida para evitar el estrés en el animal, evitando así cualquier tipo de conducta no deseada durante el procedimiento.



Otro de los retos que se presentan para realizar las intervenciones dentales asistidas con perros son las normas de salud (que en México no existen haciendo referencia a perros de terapia), sabemos en el ámbito odontológico existen protocolos y para que este tipo de intervención dental con perros pueda llevarse a cabo se lleva un estricto protocolo de salud tanto para el animal como durante el procedimiento, primero para que puedan entrar en el consultorio dental deberán tener completo su esquema de vacunación, desparasitación interna, externa, contar con una carta de salud (al perro se le realizan exámenes de laboratorio y examen físico) y seguir un protocolo de limpieza antes de entrar al consultorio. Existen ciertos riesgos relacionados con este tipo de intervenciones que de seguir el protocolo previamente mencionado se reduce al mínimo, pero de no seguirse los riesgos podrían ser el de transmisión de zoonóticas y humanas, la aparición de alergias al perro (urticaria, conjuntivitis) y por último cambios en el comportamiento del perro (de no estar entrenado podría morder o estresarse ante los aparatos odontológicos). Una buena historia clínica que establezca el compromiso inmunológico del paciente deberá ser aplicada previamente, así como la aparición de alergias y miedo a los perros por parte del paciente.

Por último, no debemos olvidar el consentimiento informado para el paciente (y los tutores en caso de pacientes pediátricos) donde se expliquen los riesgos y beneficios de las intervenciones asistidas con perros.

Para concluir, las intervenciones dentales asistidas con perros pueden ser un complemento muy beneficioso para aquellos pacientes que presentan ansiedad y estrés en el consultorio dental, principalmente los pacientes pediátricos, siempre debemos cuidar tanto el bienestar de nuestro paciente como el del animal de intervenciones y una manera de lograrlo es apegarnos a los protocolos establecidos tanto para pacientes como para el perro, así también la unidad de intervención deberá contar con las certificaciones, el entrenamiento y el respaldo por una entidad constituida legalmente y con experiencia en el ámbito de las Intervenciones asistidas con animales.



Fotos: Dogtora Nube (Entrenado bajo los protocolos de Manadak-9 AC) (Raza Crestado chino)

Dogtor Bruno (Entrenado bajo los protocolos de Manadak-9 AC) (Raza Golden retriever)

García Hormazábal, F. B. (2024). Efectividad de la terapia asistida con perros como técnica de apoyo conductual en pacientes pediátricos durante la atención odontológica convencional. *revisión sistemática.*

Jara, M. G., Gómez, D. R., Zúñiga, F. S., Norambuena, S., Maluenda, M. V., & Zañartu, N. S. (2020). Experiencia de Terapia Asistida con Animales en la Unidad de Odontopediatría. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 7(3), 1-12.

DI NASSO, D. P., LOPRESTI, W., CASERO, F., & PEÑALOZA, G. (2022). Abordaje odontológico mediado con animales. *Revista de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo*, 16(2).



ANÁLISIS DE LA ANATOMÍA DEL SISTEMA DE CONDUCTOS RADICULARES DEL PRIMER PREMOLAR INFERIOR Y SUS VARIACIONES ANATÓMICAS.



Copín Tovar A.* , Camacho Pacheco I.** ,
González Beltrán L.** , Guzmán Ramírez I.** ,
Hernández Morales V.** , Plata Sandoval D.** ,
Sáez Ledezma M.** , Viteri Paredes J.**

*Docente Universitario de la Licenciatura en Médico Cirujano Dentista, Universidad Anáhuac México

**Estudiantes del séptimo semestre de la Licenciatura en Médico Cirujano Dentista, Universidad Anáhuac México.

RESUMEN.

El éxito de la terapia de conductos radica en la adecuada limpieza y conformación del sistema de conductos radiculares, por lo que es fundamental conocer a fondo la configuración y las variantes anatómicas que se presentan en los conductos radiculares de los dientes permanentes. Si bien es cierto que todo diente representa un reto durante la terapia de conductos, las variantes anatómicas en número, distribución de conductos, curvaturas y demás factores anatómicos, pueden poner en riesgo el éxito del tratamiento y la integridad y permanencia del diente. Dentro de los dientes que representan mayores desafíos para el cirujano dentista de práctica integral y para el endodoncista están los premolares inferiores, debido a la creencia o falta de información documentada en los que se considera que rutinariamente solo presentan un conducto radicular. En general así es, sin embargo, en diferentes estudios de anatomía radicular se ha encontrado que en porcentajes relativamente elevados pueden presentar 2 o más conductos radiculares, por lo que es importante realizar mayores investigaciones en modelos in vitro y fortalecer los medios diagnósticos para determinar la presencia y disposición de los mismos.

En el presente trabajo se realizó una revisión de la literatura de las variantes anatómicas del primer premolar inferior, diversos métodos clínicos y de imagenología para determinar la configuración de los mismos y finalmente un análisis in vitro a través de diafanización de una muestra de 236 primeros premolares inferiores humanos extraídos.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la terapia de conductos es realizar una adecuada limpieza y conformación del sistema de conductos radiculares (SCR), para así lograr un sellado tridimensional de este (1). El conocimiento de la anatomía del sistema de conductos radiculares y sus variaciones juega un papel fundamental en todos los pasos de la terapia de conductos. El cirujano dentista debe ser capaz de comprender la configuración del conducto radicular, con el fin de seleccionar apropiadamente el protocolo de tratamiento y así incrementar el porcentaje de éxito (2).

En términos del éxito del tratamiento de conductos, no se puede subestimar la importancia del conocimiento de la anatomía pulpar ya que los tratamientos deficientes por el desconocimiento de esta y de sus variantes anatómicas se encuentra en el segundo lugar entre los fracasos de la terapia de conductos (3)(4).

ESTUDIOS SOBRE ANATOMÍA DEL SISTEMA DE CONDUCTOS RADICULARES.

Los textos sobre anatomía dental y de Endodoncia, varían considerablemente. Para el análisis de la anatomía del sistema de conductos radiculares se han diseñado diferentes métodos, desde el análisis radiográfico en dientes extraídos o en pacientes directamente utilizando cambios en las angulaciones horizontales, estudios tomográficos y técnicas de diafanización. (5)

NOMENCLATURA.

Para reportar la nomenclatura de la distribución de conductos en una misma raíz, se han propuesto diferentes métodos. El más difundido ha sido el propuesto por Álvarez (1954) mediante observación radiográfica, quien creó una mnemotecnica para clasificar las características de los conductos radiculares presentes en una misma raíz. (6) Una mnemotecnica se define como un procedimiento de asociación mental para facilitar el recuerdo de algo. La mnemotécnica presentada por Álvarez representa una fórmula que describe las características del sistema de conductos radiculares respecto a fusiones o divisiones que presenten en la longitud radicular basada en combinación de cifras. La mnemotecnica de Álvarez establece una fórmula a partir del número de conductos que inician en la cámara pulpar considerando sus fusiones o bifurcaciones, utilizando las cifras 1 y 2, de la siguiente manera.

DISTRIBUCIÓN	MNEMOTECNIA
Conducto único	1
Dos conductos que inician en la cámara pulpar y terminan en foramen independiente	2
Un conducto que inicia en la cámara pulpar que se bifurca en 2 conductos con forámenes independientes	1-2
Dos conductos que inician en la cámara pulpar y se fusionan terminando en un solo foramen	2-1
Un conducto que inicia en la cámara pulpar, que se bifurca y se vuelve a unir terminando en un solo foramen	1-2-1
Dos conductos que inician en la cámara pulpar, que se fusionan y se vuelven a dividir en 2 con forámenes independientes	2-1-2

Tabla 1. Distribución de conductos en una misma raíz de acuerdo a la mnemotecnica de Álvarez.

Weine y cols. (1969) fueron los primeros autores en categorizar la configuración del sistema de conductos radiculares dentro de una raíz (7).



Imagen 1. Clasificación de Weine.

Esta clasificación, si bien engloba el común denominador de las variantes en el sistema de conductos radiculares en una sola raíz, queda corta, con referencia a la mnemotecnica de Álvarez. Por otro lado, ninguna contempla la presencia de más conductos en una raíz.

Vertucci (1984), amplia la clasificación considerando mayor número de variantes gracias al análisis de todos los dientes que conforma la dentición permanente a través de procesos de diafanización. (8). En esta clasificación considera las siguientes características y distribuciones:

TIPO	DISTRIBUCIÓN	MNEMOTECNIA
TIPO I	Conducto único	1-1
TIPO II	Dos conductos que inician en la cámara pulpar y se fusionan terminando en un solo foramen	2-1
TIPO III	Un conducto que inicia en la cámara pulpar, que se bifurca y se vuelve a unir terminando en un solo foramen	1-2-1
TIPO IV	Dos conductos que inician en la cámara pulpar y terminan en foramen independiente	2-2
TIPO V	Un conducto que inicia en la cámara pulpar que se bifurca en 2 conductos con forámenes independientes	1-2
TIPO VI	Dos conductos que inician en la cámara pulpar, que se fusionan y se vuelven a dividir en 2 con forámenes independientes	2-1-2
TIPO VII	Un conducto que inicia en la cámara pulpar, que se bifurca en 2 conductos, se fusiona y se vuelve a dividir en 2 conductos que terminan en forámenes independientes	1-2-1-2
TIPO VIII	Tres conductos que inician en la cámara pulpar y se continúan y terminan en 3 forámenes independientes	3-3

Tabla 2. Clasificación del sistema de conductos radiculares en una raíz de acuerdo a la propuesta de Vertucci.

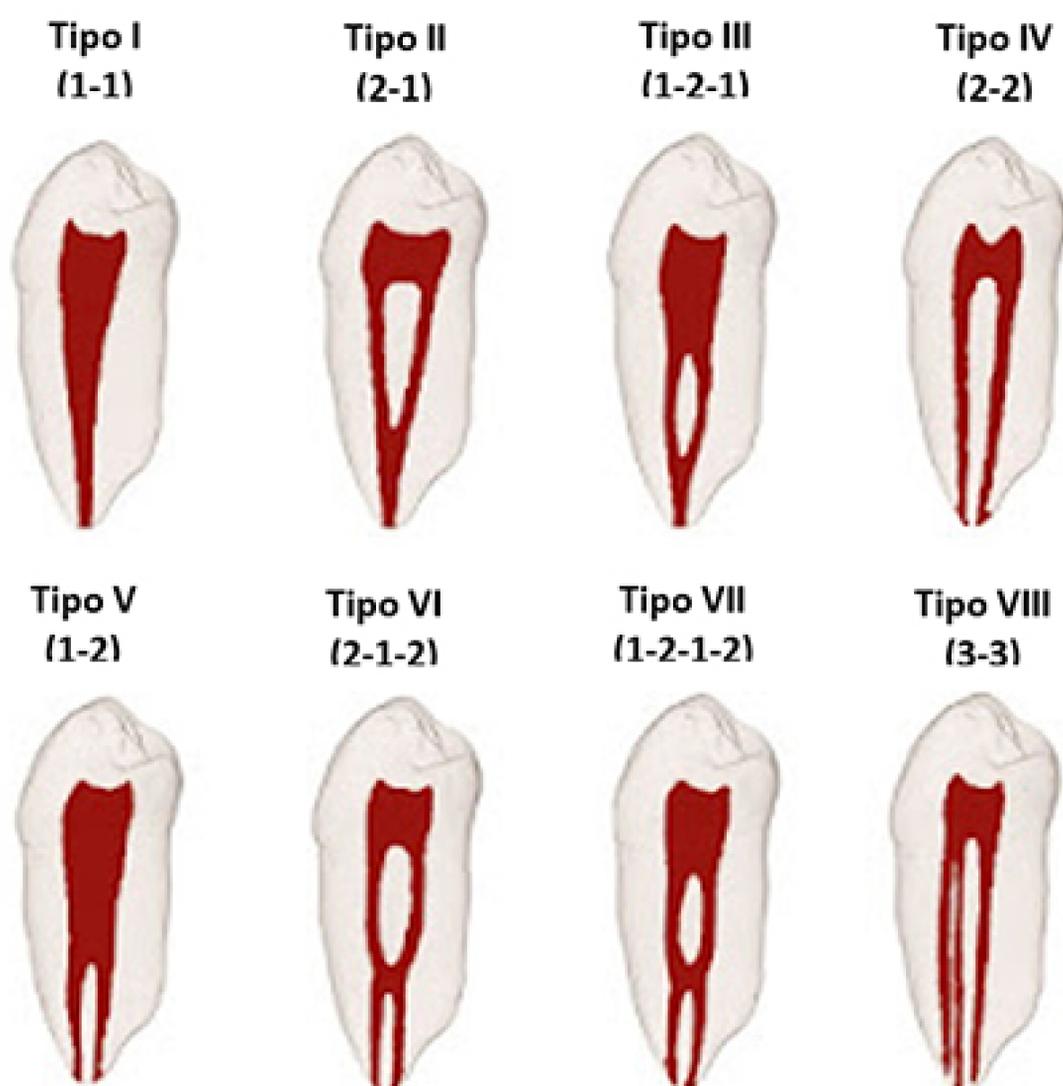


Imagen 2. Clasificación de Vertucci. Tomada de: <http://rootcanalanatomy.blogspot.com> (9)

Este tipo de clasificaciones, si bien ha sido popular por más de 50 años, en los tiempos recientes, se han encontrado datos importantes respecto a la morfología y variaciones en el sistema de conductos radiculares, dando como resultado que los sistemas utilizados actualmente para categorizar la configuración del sistema de conductos radiculares sean insuficientes. Versiani y cols. han descrito un sistema de codificación que puede ser utilizado para describir la configuración radicular y del sistema de conductos que puede apoyar desde el punto de vista clínico, académico o de investigación. Esta nueva clasificación simplificada incluye el número del diente, número de raíces y su configuración, y la distribución del sistema de conducto radiculares por raíz. (10) La codificación se describe la siguiente forma:

CODIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
ND	Número del diente (se puede cualquier sistema ya sea Universal, Palmer o FDI)
R	Número de raíces
O	Orificio de entrada a nivel de la cámara pulpar
C	Sistema de conductos radiculares
F	Número de forámenes

Tabla 3. Sistema de codificación propuesto por Versiani y cols.



Imagen 3. Codificación para describir la configuración del SCR propuesta por Versiani y cols.

Por ejemplo, un primer premolar inferior derecho con una sola raíz, que presenta un orificio de entrada a nivel de la cámara pulpar, que se divide en 2 conductos y termina en un solo foramen apical se denotaría de la siguiente manera:

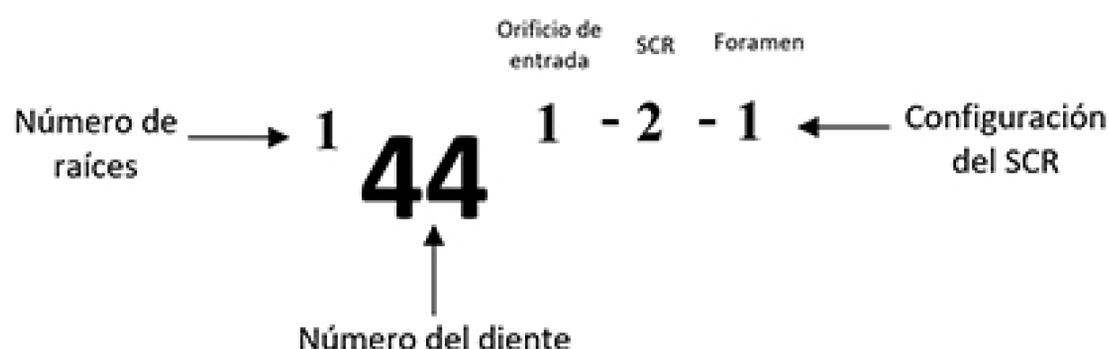


Imagen 4. Ejemplo de la codificación para describir un primer premolar inferior derecho unirradicular.

En el caso de dientes multirradiculares, se agrega cuantas raíces se presenten de la siguiente manera:

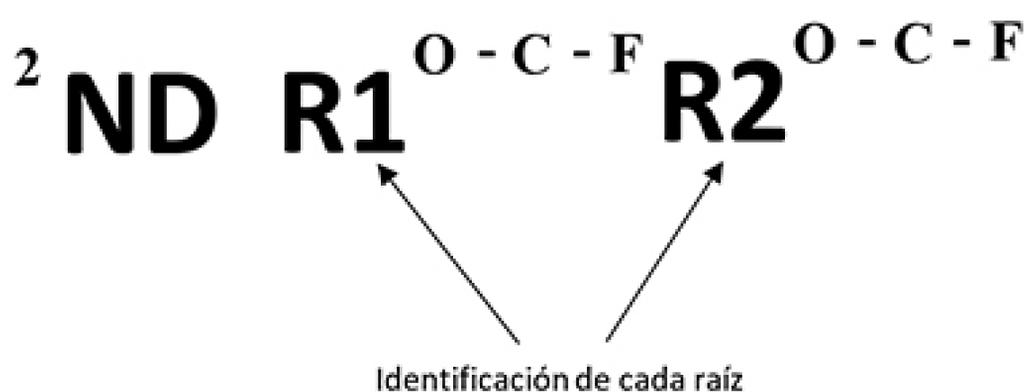


Imagen 5. Codificación para describir la configuración del SCR propuesta por Versiani y cols., en dientes multirradiculares.

Por ejemplo, un primer premolar inferior derecho con dos raíces, bucal y lingual, que cada una presentan un orificio de entrada a nivel de la cámara pulpar y terminan en un solo foramen apical se denotaría de la siguiente manera:

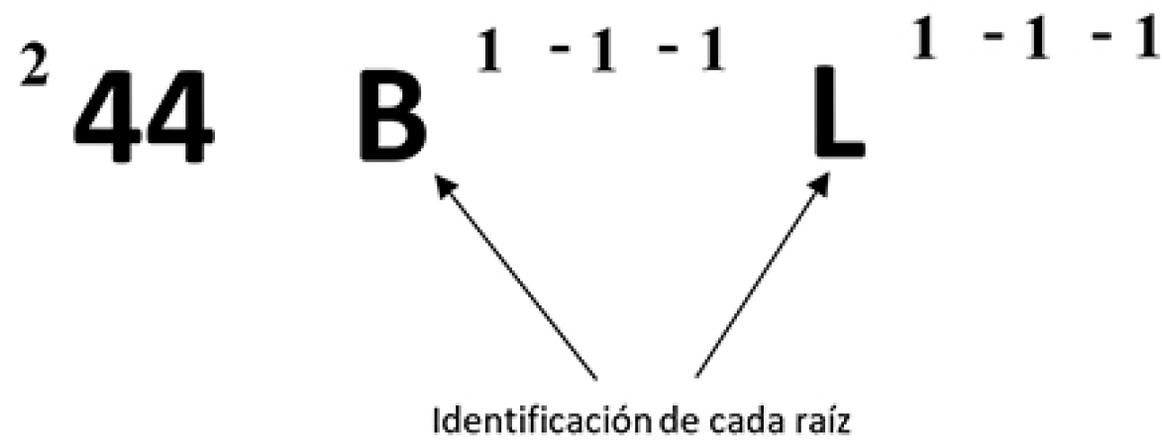


Imagen 6. Ejemplo de la codificación para describir un primer premolar inferior derecho multirradicular.

Recientemente, basado en reportes previos y en estudios utilizando micro tomografía computarizada, Versiani y cols (2015) identificaron 30 tipos de configuraciones de conductos radiculares en una raíz individual. (9)

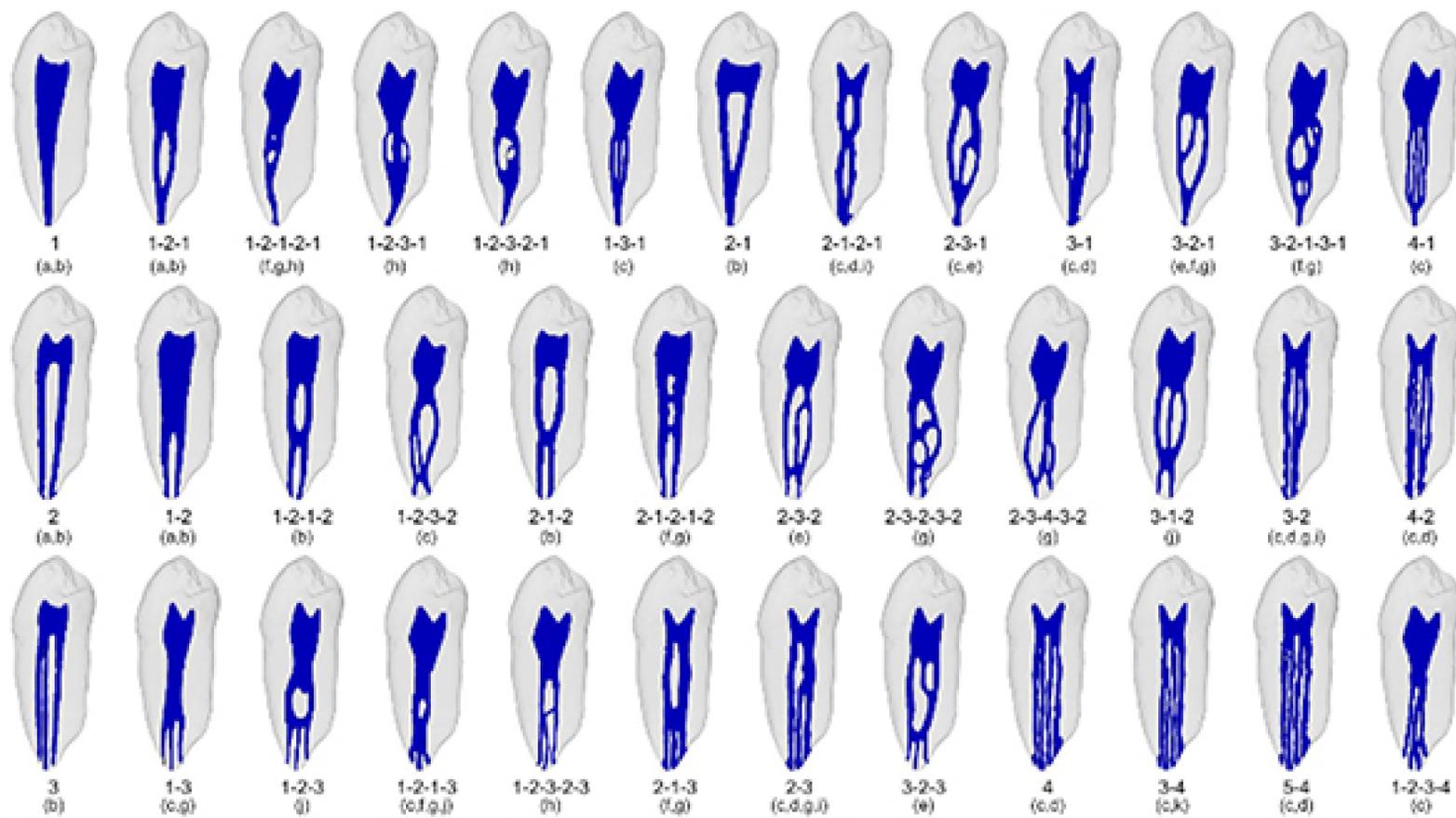


Imagen 7. Clasificación de Vertucci. Tomada de: <http://rootcanalanatomy.blogspot.com> (9)

IMAGENOLOGÍA

Un elemento fundamental para llevar a cabo un tratamiento de conductos seguro y exitoso es el uso de la radiografía. Esta corresponde a un método auxiliar de diagnóstico utilizado ampliamente en la medicina, aunque tiene una limitante, representa una simple proyección de imágenes en 2 planos de objetos tridimensionales. Para la terapia de conductos, la radiografía y los estudios de imagen en general son fundamentales en todos los ámbitos del desarrollo del tratamiento, es decir para el diagnóstico, procedimiento clínico y la revisión de la reparación postendodóncica. (11)

Durante mucho tiempo los estudios de imagen han sido considerados nuestros ojos y guía para la terapia de conductos. Sin embargo, como ya se mencionó tiene limitantes, por lo que es necesario incorporar diferentes métodos tales como cambios de angulación horizontal, múltiples radiografías y en algunos casos el uso de la tomografía volumétrica digital de haz cónico.

Para los modelos de enseñanza preclínica se toman radiografías con doble proyección con el fin de poder obtener varias vistas del diente y su configuración. En condiciones normales de trabajo, es imposible realizar esto, sin embargo, las variantes anatómicas, al ser casos tan especiales y poco frecuentes, es fundamental realizar un cuidadoso examen radiográfico con todo tipo de angulaciones necesarias (disto-radial y mesio-radial) (12), utilizar imágenes que provengan de la tomografía computarizada y explorar de manera correcta el piso de la cámara pulpar para tener una mejor orientación de la localización de los conductos que estén presentes. (13)

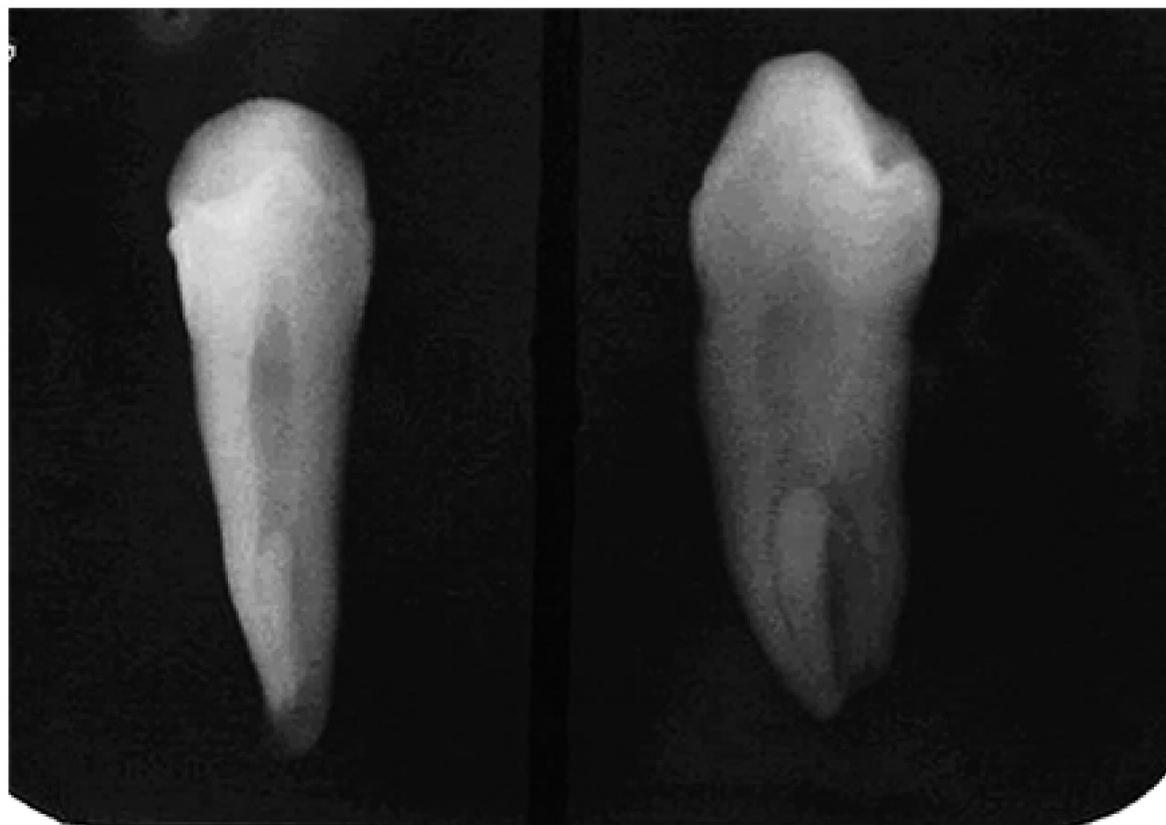


Imagen 8. Vista mesio-distal y buco-lingual de un primer premolar inferior extraído que muestra la complejidad de la configuración del sistema de conductos radiculares.

La imagen radiográfica diagnóstica debe proveer información sobre la forma y configuración coronal y radicular del diente, sus relaciones anatómicas, estructuras óseas, cavidades neumáticas, espacio del ligamento periodontal, así como alteraciones patológicas. En los casos en los que existen más de un conducto en una misma raíz, la superposición de las imágenes hace que se pierda la continuidad del conducto radicular, lo que lleva a pensar que se presentan calcificaciones a nivel del tercio medio o apical. Cabe recordar que este tipo de calcificaciones normalmente ocurren de forma corono-apical y no ápico-coronal, por lo que siempre se debe considerar la presencia de otro conducto. En otras ocasiones es más fácil determinar la presencia de más conductos y de variantes anatómicas, sobre todo cuando estas se relacionan con mayor número de raíces.

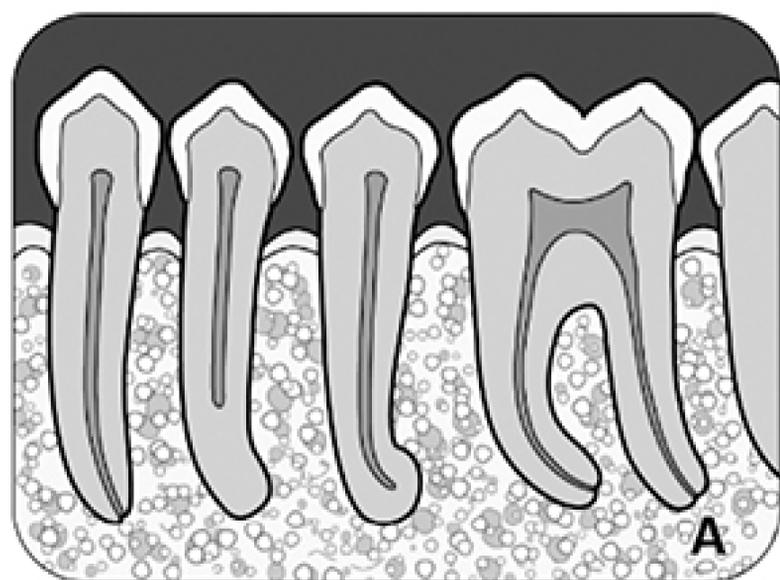


Imagen 8. A. Esquema que ejemplifica la pérdida en la continuidad del conducto radicular en un primer premolar inferior. B. Radiografía en la que claramente se identifica la pérdida de la continuidad a nivel del tercio medio y la bifurcación en 2 raíces independientes.

La aplicación de variaciones en la angulación horizontal representa una herramienta ideal en la toma de radiografías dentoalveolares diagnóstica y terapéuticas durante el tratamiento de conducto ya que provee en términos muy abstractos, esa tercera dimensión limitativa de la radiografía convencional. Walton y Torabinejad, describen esta técnica como la técnica I.L.O.V. también conocida como Técnica de Clark, enunciando que al variar la angulación horizontal en 10°, lo que en la proyección permanece en la misma posición se encuentra por lingual, y lo que se desplaza al lado contrario de la fuente de emisión de rayos X, serán la raíz y las estructuras que se encuentran por vestibular. (11)

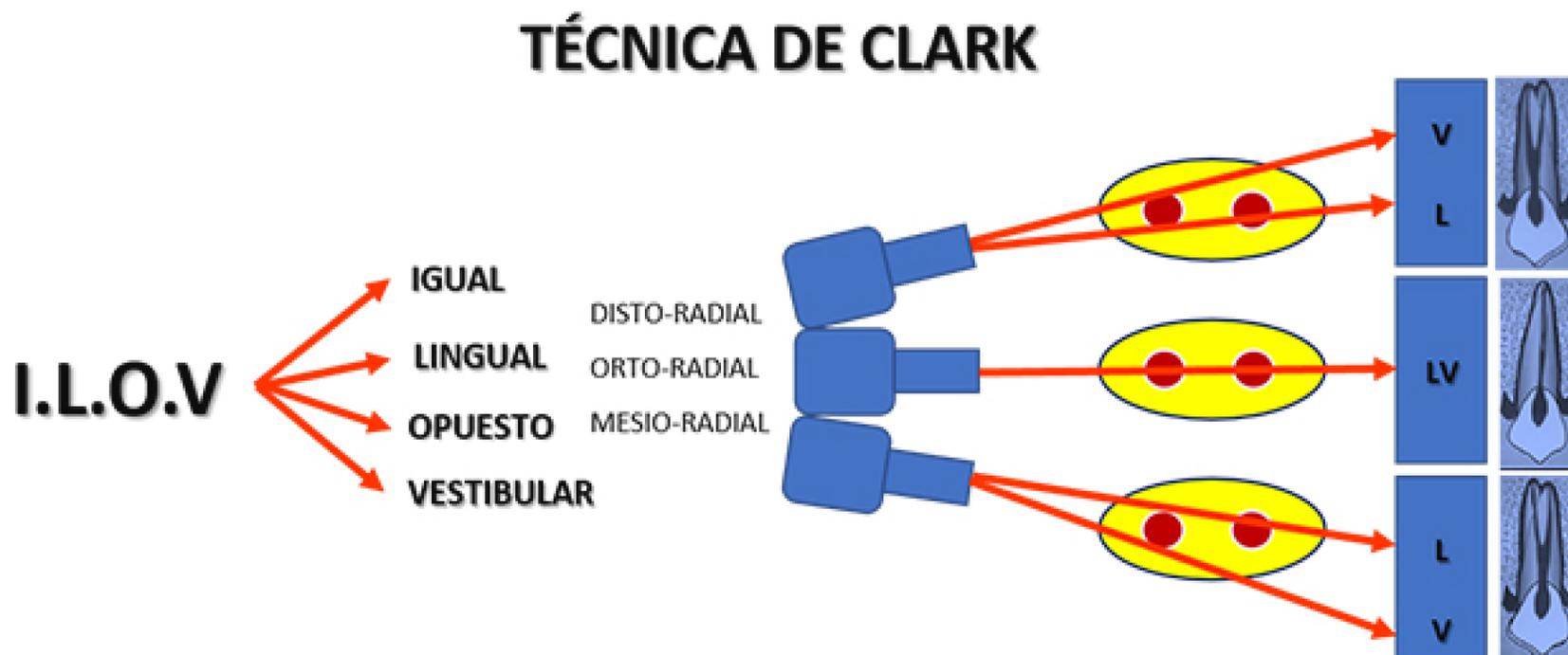


Imagen 9. Esquema de la Técnica de Clark, representando la regla I (igual), L (lingual), O (opuesto), V (vestibular), cuando se varía en 10° la angulación horizontal de la proyección radiográfica.

RADIOGRAFÍA CONVENCIONAL VS DIGITAL

De igual modo, la innovación tecnológica ha sumado a la práctica endodóncica diversas herramientas que facilitan el tratamiento como son los sistemas de localización de forámenes, mas y mejores sistemas de instrumentación, conformación y obturación de conductos y nuevos biomateriales. Otro elemento que ha facilitado y mejorado la práctica clínica es el uso de radiografías digitales, las cuales proveen mayor claridad en proyección, mejor almacenado sin que se deterioren las radiografías, reproducción en tiempo real de la imagen, mayor eficiencia en el uso de recurso, conservación del medio ambiente al no utilizar películas ni químicos para el procesado y diferentes aplicaciones del propio software.



Imagen 10. Radiografía digital y sus aplicaciones. A. Radiografía inicial. B. Mayor contraste. C. Cambio de tonalidades a negro. D. Cambio a colores. E. Cuadrícula milimétrica.

TOMOGRAFÍA

La tomografía volumétrica digital de haz cónico facilita el mejor conocimiento de la anatomía externa e interna, así como para conseguir entender el funcionamiento de los instrumentos dentro del sistema de conductos, de una manera no invasiva, que respete todas las estructuras dentales. Permite también realizar reconstrucciones tridimensionales del sistema de conductos. Actualmente se han incorporado métodos específicos tomográficos para determinar la anatomía radicular. La microtomografía computarizada (micro TC) es un sistema de imagen que actualmente ha sido utilizado para el estudio de la anatomía dental en dientes extraídos ya que puede proveer detalles cualitativos y cuantitativos de la descripción interna y externa de la configuración dental y del sistema de conductos radiculares. (14)

Desde el punto de vista clínico, la tomografía volumétrica digital de haz cónico, provee una visión tridimensional del sistema de conductos radiculares con el fin de determinar de manera precisa su configuración, ubicar raíces y curvaturas, delimitar lesiones periapicales para un abordaje quirúrgico más controlado, perforaciones y calcificaciones, así como para la elaboración de guías para preparar cavidades de acceso endodóncico seguras y controladas.

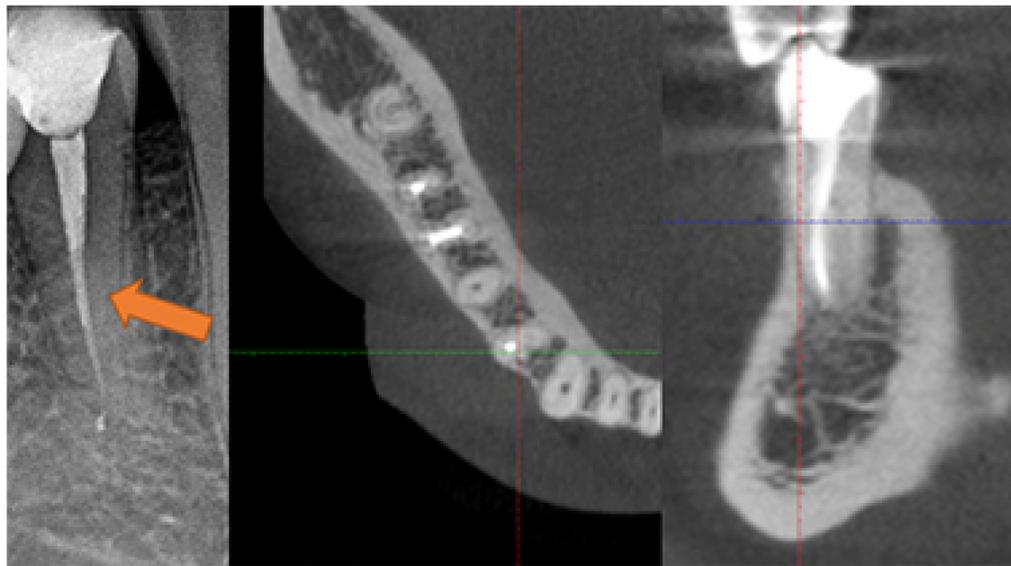


Imagen 11. Uso de la tomografía volumétrica digital de haz cónico para determinar la presencia de un conducto extra en un primer premolar inferior.

CORRELACIÓN CLÍNICA

Es importante tener en cuenta dos consideraciones, primero, ni el mejor clínico puede interpretar una radiografía que no se encuentre dentro de los estándares de proyección o bajo un procesamiento adecuado y segundo siempre se debe considerar la correlación clínica, es decir, la radiografía es un auxiliar diagnóstico y terapéutico, pero debe siempre tomarse como un apoyo y junto con los hallazgos clínicos determinar lo mas conducente durante el tratamiento.



Imagen 12. Caso 1, en el que el paciente se presenta con dolor a la palpación y a la percusión vertical y horizontal con movilidad en el cual de inicio fue remitido a consulta de Endodoncia porque no se había instrumentado “un conducto” que se veía en la proyección radiográfica. Al correlacionar con los aspectos clínicos se determinó la presencia de una fractura vertical derivada de la inserción del endoposte colado.

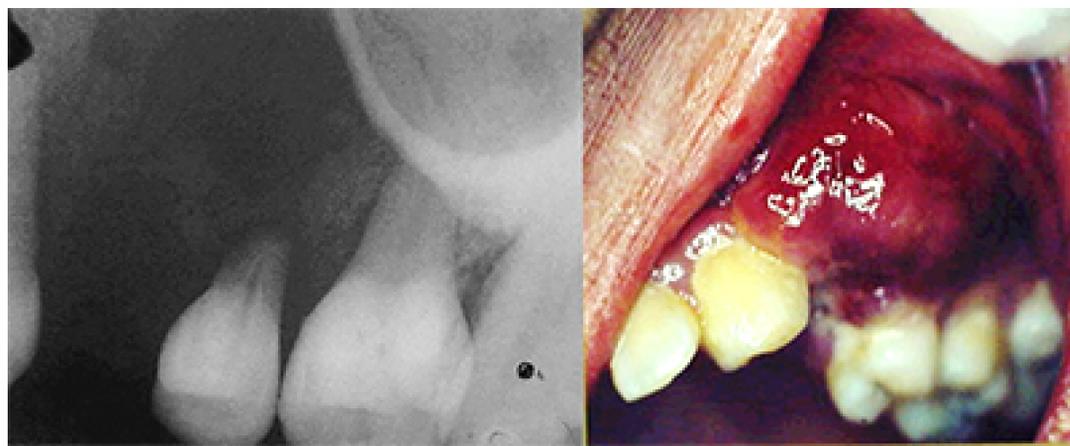


Imagen 13. Caso 2, en el que se observa radiográficamente extensa pérdida ósea y risoclasia en los órganos dentarios. La paciente fue tratada como si se tratara de un absceso, con la extracción del OD 14. Al evaluarse en la consulta de Endodoncia, en coordinación con patología se realizó una biopsia incisional determinándose la presencia de un granuloma central de células gigantes el cual fue extirpado en su totalidad exitosamente y sin recidiva 5 años después del procedimiento.

MAGNIFICACIÓN

Durante mucho tiempo la negociación de conductos estuvo supeditada a la habilidad propia del clínico, a la sensación táctil y a la visión directa o indirecta con el espejo bucal. Parafraseando al Mtro. Arturo Ventura Morales "deja que mis ojos vean lo que mis manos sienten", pero afortunadamente gracias a los sistemas de magnificación a través de lupas o del uso de la microscopía, se puede ubicar con mayor facilidad entrada de conductos que en otros tiempos hubiera sido prácticamente imposible su negociación.



Imagen 14. Visualización de la cámara pulpar y entrada a conductos radiculares en un primer premolar inferior utilizando magnificación.

Cabe destacar que aún con todos los implementos tecnológicos que facilitan la terapéutica endodóncica actualmente, nada sustituye el conocimiento, la práctica, la destreza y el sentido ético y profesional.

DIAFANIZACIÓN

Un método que se ha utilizado ampliamente para el estudio de la configuración del sistema de conductos radiculares es a través de la transparentación o diafanización de los dientes a través de diferentes métodos de descalcificación, deshidratación y fijación. (5) Al inyectarse en el sistema de conductos radiculares cierto tipo de tinciones, se puede visualizar detalladamente la configuración de estos.

LA COMPLEJIDAD DEL PRIMER PREMOLAR INFERIOR.

El primer premolar inferior, frecuentemente es subestimado respecto a la complejidad que representa durante la terapia de conducto debido a que es considerado como un diente con una sola raíz y un solo conducto. Sin embargo, se han encontrado muchas variantes anatómicas en este diente. (8) (12)

Es por esto que en el presente trabajo se realizará un análisis in vitro en dientes extraídos a través del método de diafanización para determinar el número de variantes que se pueden encontrar en este órgano dentario.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se seleccionaron 236 primeros premolares inferiores humanos extraídos por indicaciones ortodóncicas bajo los siguientes criterios de inclusión:

1. Formación radicular completa.
2. Sin destrucción coronal extensa.
3. Que no hayan sido sometidos a tratamiento de conductos.
4. Con raíz íntegra, es decir que no haya sufrido fracturas apicales durante el procedimiento de extracción.

Posteriormente se limpiaron las superficies radiculares de restos de tejido y se esterilizaron en autoclave a 126°C durante 20 minutos a 15 libras de presión. Se mantuvieron los dientes hidratados en solución salina y en refrigeración de 8-10°C. A cada diente se le realizó cavidad de acceso coronal hasta exponer el cuerno pulpar vestibular a través del cual se inyectó tinta china con una jeringa hipodérmica con aguja calibre 20 y se llevaron al vibrador de modelos de yeso de manera individual para garantizar la penetración de la tinta hasta la parte apical. Una vez terminado el proceso se colocó cemento de fosfato de zinc en la cavidad y se cubrieron las coronas con cera rosa número 7 y se dejaron reposar 24 horas. Cada diente fue colocado en un frasco de vidrio con volumen suficiente para que entraran todos y que permitiera el doble de espacio para los líquidos y fueron diafanizados mediante el siguiente proceso:

1. Se colocaron en ácido nítrico al 5% totalmente inmersos durante 48 horas. Pasadas 24 horas se revisaron verificando el proceso de descalcificación y se cambió la solución.
2. Se lavaron los dientes permaneciendo en agua durante 4 horas, la cual fue cambiada cada hora para eliminar todos los restos de ácido.
3. Se colocaron en alcohol etílico al 80% durante 12 horas.
4. Posteriormente se colocaron en alcohol etílico al 90% durante 3 horas.
5. Finalmente se colocaron en alcohol isopropílico al 100% durante 2 horas.
6. Para su conservación se colocaron los dientes en un frasco con salicilato de metilo.

En todos los casos, se garantizó que el volumen de las soluciones fuera dos veces mayor que las muestras. Para el deshecho de los líquidos se entregaron a un centro especializado para el manejo de sustancias químicas.

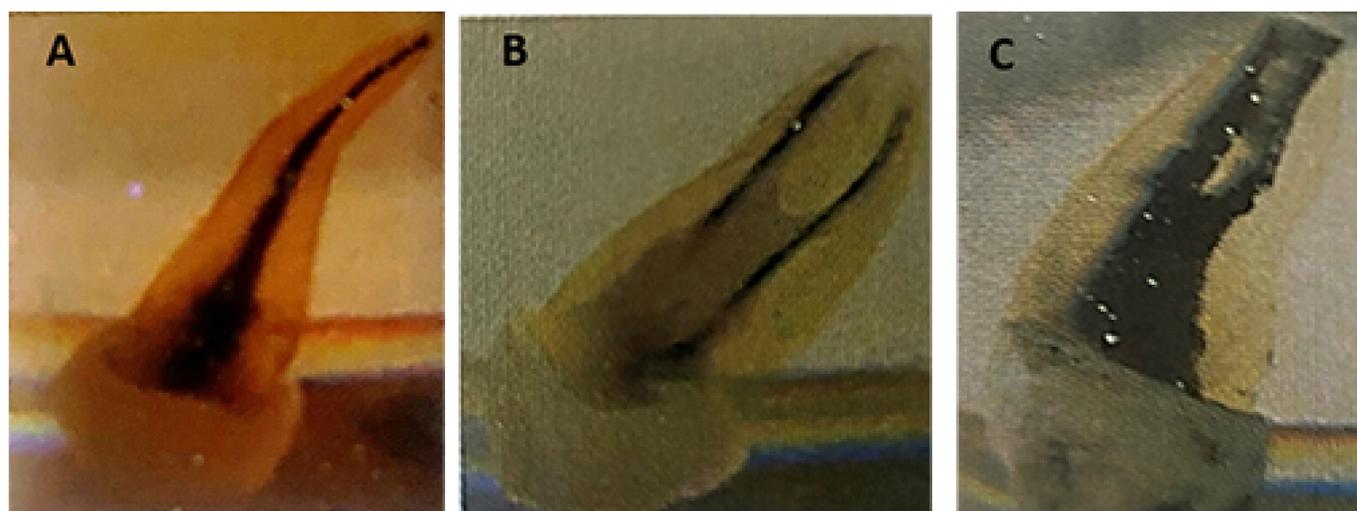
Una vez terminado el proceso de diafanización se analizó cada diente y se clasificaron de acuerdo al método de Vertucci.

RESULTADOS.

De los 236 primeros premolares inferiores, se obtuvieron las siguientes configuraciones:

NÚMERO DE MUESTRAS	CLASIFICACIÓN DE VERTUCCI	MNEMOTECNIA	PORCENTAJE
146	TIPO I	1-1	61.9%
58	TIPO V	1-2	24.6%
15	TIPO II	2-1	6.4%
12	TIPO III	1-2-1	5%
4	TIPO IV	2-2	1.7%
1	TIPO VIII	3-3	0.4%
TOTAL N=236			100%

De los 236 dientes estudiados, 63 presentaban 2 o más raíces separadas o fusionadas, lo que representa un 27% de los dientes diafanizados.



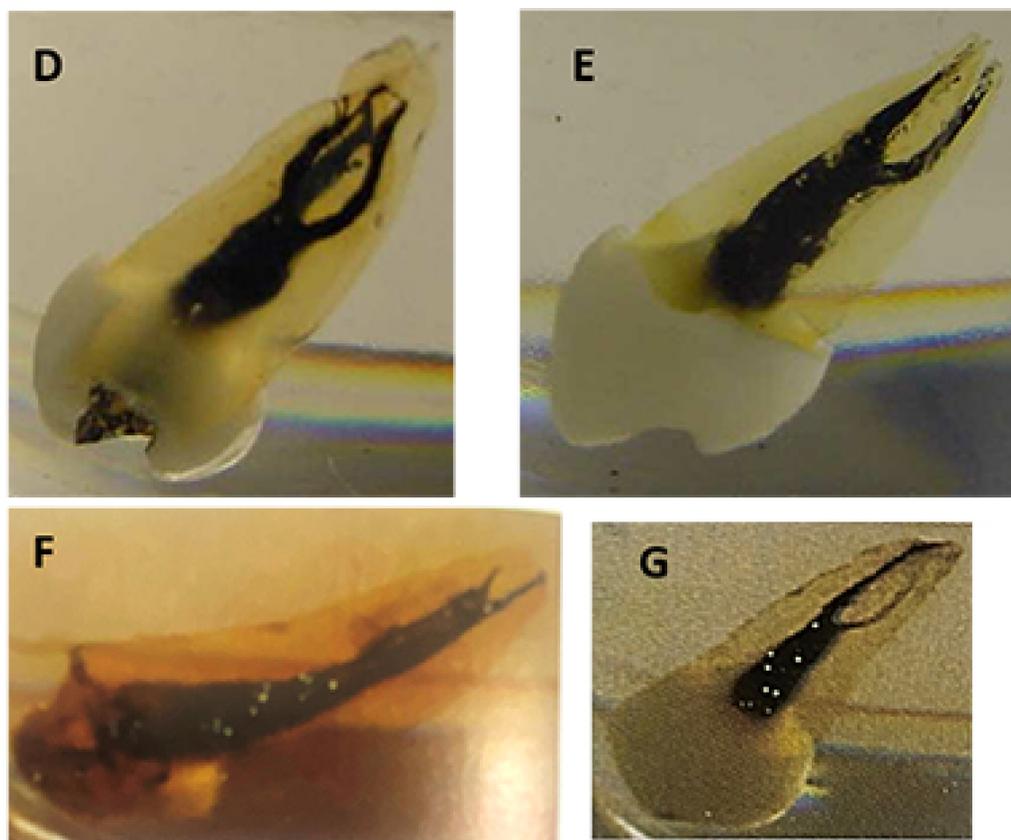


Imagen 15. Análisis de muestras. A. Un solo conducto radicular, B. 2 conductos separados, C. Un conducto que se divide en 2 en una sola raíz, D. 3 conductos radiculares, E. un conducto que se divide en 2 con 2 raíces separadas, F. Un conducto que se divide en el tercio apical, G. Un conducto que se divide en 2 y se une en el tercio apical.

DISCUSIÓN.

En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de los diferentes métodos tanto clínicos como in vitro para determinar las variantes anatómicas de los dientes naturales y en particular de los primeros premolares inferiores, debido al grado de complejidad que muestran durante la terapia de conductos. El uso de la radiografía con variaciones en los ángulos de proyección es fundamental para desplazar raíces y estructuras anatómicas con el fin de determinar la configuración del sistema de conductos radiculares. La tomografía volumétrica digital de haz cónico y los sistemas de magnificación, así como la radiografía digital representan herramientas clínicas indispensables para el análisis de la configuración radicular, localización y negociación de los conductos radiculares presentes en cada caso.

De igual manera se realizó en una muestra de 236 primeros premolares inferiores extraídos un análisis cuantitativo de la configuración del sistema de conductos radiculares dentro de los cuales se encontraron 146 dientes con un solo conducto radicular equivalentes al 61.9%, 58 dientes con un conducto que se divide en 2 en el tercio medio o apical equivalentes al 24.6%, 15 dientes con 2 conductos radiculares que se unen en el tercio medio o apical que representan el 6.4%, 12 dientes con un conducto que se divide en 2 terminando en un solo conducto equivalentes al 5%, 4 dientes con 2 conductos separados representando el 1.7% y un diente con 3 conductos radiculares que equivale al 0.4% de la muestra.

Es de notar que el 38% de los primeros premolares inferiores analizados presentan algún tipo de variante anatómica por lo que se debe considerar hacer un análisis detallado de su anatomía radicular previo a cualquier tratamiento de conductos que involucre dicho diente.

Esto es concordante con otros estudios en los que se han encontrado en otros estudios. En un estudio a través de análisis radiográfico en 1986, Martin y cols., encontraron que un 67.2% de los casos analizados presentaban un conducto, mientras que el 32.8% tuvieron dos o más. (15) Otro estudio en población turca reportó un 39.19% de casos con 2 conductos y un 5.66% con tres conductos. (16)

CONCLUSIONES.

El éxito de la terapia de conductos depende de una adecuada limpieza, conformación y obturación del sistema de conductos radiculares, por lo que es fundamental conocer profundamente la anatomía del sistema de conductos radiculares incluyendo sus variantes anatómicas. El análisis radiográfico minucioso de cada caso, con variaciones en angulaciones, el uso de herramientas tecnológicas como la tomografía volumétrica digital de haz cónico, la magnificación ofrece grandes ventajas para desarrollar mejores procedimientos clínicos. El primer premolar inferior es un diente complejo al cual es necesario abordar con todos los elementos diagnósticos y así determinar su configuración radicular. La correlación clínica con el análisis radiográfico deben ser siempre una directriz en el procedimiento operatorio y no tomar una o la otra de manera

aislada para la toma de decisiones. La tecnología y las herramientas terapéuticas facilitan el abordaje clínico pero de ninguna manera sustituyen el conocimiento, la habilidad clínica y el sentido ético y profesional del cirujano dentista y del endodoncista.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Schilder H. CLEANING AND SHAPING THE ROOT CANAL. *Dent Clin North Am.* 1974; 18:269-96.
2. Filpo-Perez C., Bramante CM., Villas-Boas MH., Húngaro Duarte MA., Versiani MA., Ordinola-Zapata R. MICRO-CT ANALYSIS OF DISTAL ROOTS OF MANDIBULAR FIRST MOLARS. *Journal of Endodont.* Vol. 41, número 2, febrero 2015;231-236.
3. Baisden M., Kulid, JC., Weller N. ROOT CANAL CONFIGURATION OF THE MANDIBULAR FIRST PREMOLAR. *Journal of Endodont.* Vol. 18, número 10, octubre 1992;505-508.
4. Pineda F., Kuttler Y. MESIODISTAL AN BUCOLINGUAL ROENTGENOGRAPHIC INVESTIGATION OF 7,275 ROOT CANALS. *Oral Surg.* 1972;101-110.
5. Hasselgren G., Mellstam P., Bynum RM. TEETH WITH TRANSPARENT ROOTS: AN IMPROVED TEACHING AID OF PRECLINICAL ENDODONTICS. *Journal of Endodont.* Vol. 12, número 3, marzo 1987;126-127.
6. Lasala A. ENDODONCIA. 3a. Edición. Salvat Editores. 1979 Barcelona, España; pág. 10.
7. Weine FS. TERAPIA ENDODÓNTICA. Edit. Mosby Co. 4a. edición, México, 1998: 40-150.
8. Vertucci FJ. ROOT CANAL ANATOMY OR THE HUMAN PERMANENT TEETH. *Oral Surg.* Vol. 58, número 5, noviembre 1984;589-599.
9. <http://rootcanalanatomy.blogspot.com>: From 2011-2016, images and videos of "The Root Canal Anatomy Project" were developed at the Laboratory of Endodontics of Ribeirao Preto Dental School. From 2016, images were acquired in other educational institutions. They can be freely used for attributed noncommercial educational purposes by educators, scholars, student and clinicians. It means that all material used should include proper attribution and citation (<http://rootcanalanatomy.blogspot.com>). In such cases, this information should be linked to the image in a manner compatible with such instructional objectives.
10. Ahmed HM., Versiani MA., De-Deus G., Dummer PM. A NEW SYSTEM FOR CLASSIFYING ROOT AND ROOT CANAL MORPHOLOGY. *Int Endod J.* 2017 Aug;50(8):761-770.
11. Walton R., Torabinejad M., Fouad AF., Shabahang S. ENDODONTICS: PRINCIPLES AND PRACTICE. 6th Edition - June 25, 2020
12. Vertucci, F. J. ROOT CANAL MORPHOLOGY AND ITS RELATIONSHIP TO ENDODONTIC PROCEDURES. *Endodontic Topics.* 2005;10: 3-29.
13. Zillich R, Dowson J. ROOT CANAL MORPHOLOGY OF THE MANDIBULAR FIRST AND SECOND PREMOLAR. *J Oral Surg* 2013; 36:738-44.
14. Ordinola-Zapata R, Bramante CM, Villas-Boas MH, et al. MORPHOLOGIC MICROCOMPUTED TOMOGRAPHY ANALYSIS OF MANDIBULAR PREMOLARS WITH THREE ROOT CANALS. *J Endodont.* 2013; 39:1130-5.
15. Martin T, Efenbien L, Tronstand, L. MANDIBULAR PREMOLARS WITH MORE THAN ONE CANAL IN DIFFERENT RACE GROUPS. *J Endodont.* Vol. 12, número8. Agosto 1986;343-345.
16. Caliskan, MK, Pehlivan Y., Sepetcioglu F. ROOT CANAL MORPHOLOGY OF HUMAN PERMANENT TEETH IN A TURKISH POPULATION. *J Endodont.* Vol. 21, número 4. Abril 1995;200-204.



CASO CLÍNICO

USO DE MINI TORNILLOS PARA LA CORRECCIÓN DE SONRISA GINGIVAL CON TRATAMIENTO ORTODÓNTICO



Autores:

Yorisbeth San Ho.

Residente de maestría de segundo año del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Alejandra Paredes Carrasquero.

Profesor e instructor del caso del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Adán Alfredo Casasa Araujo.

Director del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

José Isaac Maldonado Noriega.

Profesor del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Javier Mendoza Valdés.

Profesor del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

INTRODUCCIÓN

La sonrisa es una de las expresiones más comunes como muestra de satisfacción, alegría o felicidad. Algunas condiciones fisiológicas y/o patológicas resultan en la exposición excesiva de la encía lo cual ocasiona un aspecto antiestético. La sonrisa gingival o también conocida como sonrisa alta, se define como una exposición gingival de 2-4mm al sonreír, es decir, una excesiva visualización de la encía cuando uno sonríe. El objetivo del tratamiento fue mejorar el perfil labial, corregir la sonrisa gingival, mejorar las relaciones esqueléticas, corregir el apiñamiento maxilar y mandibular, mejorar el overjet y overbite, mantener clase I molar bilateral, obtener clase I canina bilateral, coincidencia de líneas medias, correcta intercuspidad, guía de desoclusión canina y guía incisiva. Se presenta paciente de 31 años de edad con 7 meses, acude a la consulta con motivo principal de visita "Revisión de dientes, no me gusta mi sonrisa gingival". Al examen radiográfico y clínico, la paciente presenta clase II esquelética, hiperdivergente, perfil convexo, clase I molar bilateral, clase II canina bilateral, línea media inferior desviada a la derecha, apiñamiento moderado superior e inferior, terceros molares derechos erupcionados y en oclusión OD 18,48, y sonrisa gingival. Los resultados fueron favorables, se logró obtener armonía dentofacial, así como función, estética y satisfacción en la paciente. El uso de Mini-implantes para corregir la sonrisa gingival es una alternativa válida, además puede controlar el movimiento de intrusión, así mismo, los factores que influyen en el éxito del tratamiento varían de acuerdo a la elección del método de tratamiento.

Palabras Claves: Sonrisa gingival, Mini-implantes, intrusión, sobremordida vertical.

ABSTRACT

Introduction The smile is one of the most common expressions as a sign of satisfaction, joy or happiness. Some physiological and/or pathological conditions result in excessive exposure of the gum which causes an unsightly appearance. The gummy smile, also known as a high smile, is defined as a gingival exposure of 2-4mm when smiling, that is, an excessive display of the gum when one smiles. The objective of the treatment was to improve the lip profile, correct the gummy smile, improve skeletal relationships, correct maxillary and mandibular crowding, improve overjet and overbite, maintain bilateral molar class I, obtain bilateral canine class I, match midlines, correct intercuspation, canine disocclusion guide and incisor guide. A 31-year and 7 months old patient comes to the consultation with the main reason for the visit: "Teeth checkup, I don't like my gummy smile." On radiographic and clinical examination, the patient had skeletal class II, hyperdivergent, convex profile, bilateral molar class I, bilateral canine class II, lower midline deviated to the right, moderate upper and lower crowding, right third molars erupted and in occlusion, and gummy smile. Conclusions The results were favorable, dentofacial harmony was achieved, as well as function, aesthetics and patient satisfaction. The use of Mini-implants to correct the gummy smile is a valid alternative, it can also control the intrusion movement, likewise, the factors that influence the success of the treatment vary according to the choice of the treatment method.

Keywords: Gummy smile, Mini-implants, intrusion, overbite.

INTRODUCCIÓN

Una sonrisa agradable es un símbolo de belleza y bienestar en la sociedad moderna. La sonrisa ideal tiene las siguientes propiedades: mínima visualización de la encía, simetría y armonía entre la encía y el labio superiores, tejido gingival saludable, armonía entre el sector anterior y posterior, color, anatomía y posición correcta de los dientes y el labio inferior paralelo a los bordes incisales de los dientes anterosuperiores. Cuando una persona sonríe, muestra los incisivos centrales superiores con una exposición de encía de 1 a 3 mm, lo que es considerado estéticamente aceptable.¹

Una sonrisa gingival es cuando se altera la armonía establecida entre los dientes, labios y encía, exponiendo más allá de 2 mm de encía coronal a los incisivos maxilares, una circunstancia que, en ocasiones, genera un problema estético para algunos pacientes.²

Es de gran importancia determinar la causa de la sonrisa gingival, ya que un error en esta etapa podría causar resultados insatisfactorios y complicaciones como la exposición radicular. La etiología de la exposición de encía excesiva o sonrisa gingival pueden ser: 1) Longitud labial corta, 2) Actividad labial excesiva, 3) Longitud de la corona clínica corta, 4) Erupción pasiva alterada, 5) Extrusión dentoalveolar, o 6) Dimensión vertical del maxilar excesiva.³

La sonrisa gingival puede ser considerada como el exceso maxilar vertical esquelético y el tratamiento ideal sería la corrección quirúrgica; sin embargo, existe diversas propuestas de tratamiento no quirúrgico, entre las cuales destaca el uso de mecánicas ortodóncicas con mini-implantes/mini-tornillos. Actualmente, el uso de mini-tornillos es significativo para conseguir el adecuado control vertical, de manera que la intrusión de los molares ocasiona que la mandíbula gire en sentido contrario a las agujas del reloj, lo cual corrige mordida abierta anterior y su vez mejora el perfil; así mismo, al intruir los incisivos maxilares es posible corregir una sonrisa gingival y una verdadera intrusión, en algunos casos se necesita un control vertical tanto del segmento anterior como del posterior.⁴

Los Mini-implantes son efectivos como anclaje para producir movimientos intrusivos, además, controlan efectos colaterales producidas tanto en las mecánicas de arco segmentado y continuo, de modo que mecánicas de intrusión con Mini-implantes puede lograr intrusión de 3mm a 6 mm, siendo así, manifiestan una tasa de reabsorción radicular de (0,5-0,6mm).⁵

En los conceptos biomecánicos convencionales, donde un segmento de dientes han sido el objetivo del movimiento ortodóncico, la avanzada tecnología permite el desplazamiento predecible de todo el arco, es decir, a su vez puede estar dictado por la relación directa entre el centro de resistencia (Cr) de todo el arco y la línea de acción generado entre el mini-tornillo y los puntos de aplicación de fuerza en el arco. El Cr de toda la arcada dental se localiza en el lado mesial del segundo premolar en el arco maxilar y en el área interradicular entre el segundo premolar y el primer molar en el arco mandibular, respectivamente. Por ejemplo, se producirá un movimiento de rotación cuando la línea de fuerza pasa lejos del Cr, por lo que un vector de fuerza que atraviesa el Cr conduciría a la traslación del arco dental en dirección horizontal y/o vertical.⁶

Es de suma importancia un diagnóstico y un tratamiento preciso, tanto la hiperplasia gingival como la erupción pasiva alterada suelen manejarse desde un punto de vista periodontal, por otro lado, el labio superior corto e hiperactividad del labio superior son tratados mediante armonización orofacial con el uso de toxina botulínica, ácido hialurónico, entre otros

siempre que exista un exceso vertical maxilar el tratamiento de elección es la cirugía ortognática ó métodos alternativos mínimamente invasivos como el uso de mini-implantes.⁷

REPORTE DE CASO

Se presenta paciente femenina de 31 años y 7 meses de edad, la paciente acude a la consulta con motivo principal de visita "revisión de dientes, no me gusta mi sonrisa gingival". En las fotografías extraorales se puede observar una paciente dolicofacial, perfil convexo, línea media inferior desviada a la derecha, en la primera imagen de sonrisa, no se observa la sonrisa gingival, ya que la paciente no mostró su sonrisa real (Figura 1 A). En la segunda imagen de frente con sonrisa se observa la sonrisa natural de la paciente. (Figura 1B).

Según la radiografía cefalométrica, la paciente presenta clase II esquelética, con crecimiento hiperdivergente, y en la radiografía panorámica se observa 30 dientes permanentes y terceros molares derechos OD 18,48 erupcionados y en oclusión (Figura 1E), en las fotografías intraorales se puede observar clase I molar bilateral, clase II canina bilateral, línea media inferior desviada 0.5mm a la derecha, apiñamiento moderado superior e inferior (Figura 1C y D).

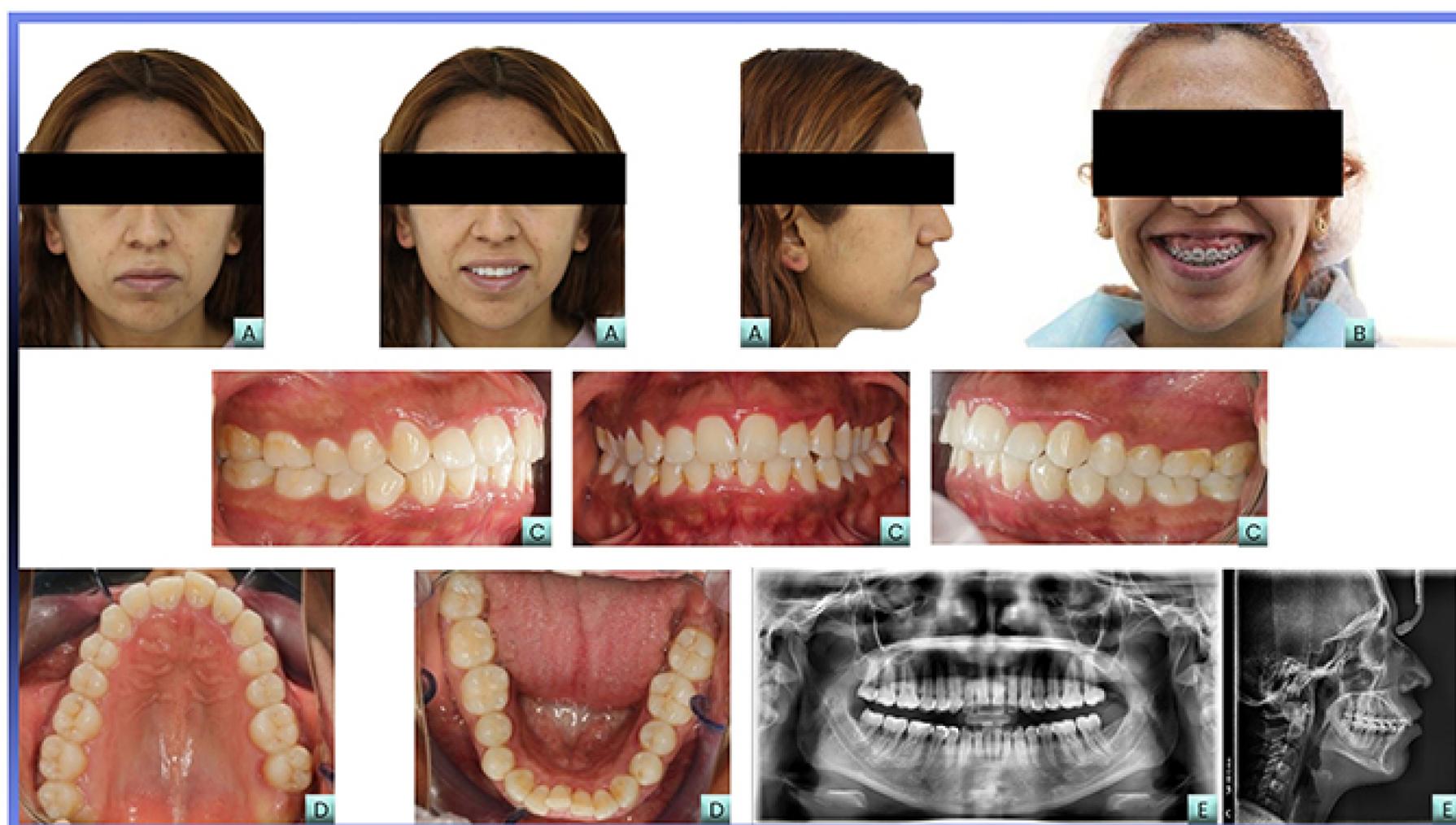


Figura 1. A) Foto extraoral de frente, sonrisa y perfil. B) Foto de sonrisa natural. C) Foto intraoral lateral derecha, de frente y lateral izquierda D) Oclusal superior e inferior E) Radiografía cefalométrica y panorámica.

TRATAMIENTO

El tratamiento consistió en la alineación y nivelación, por medio de secuencia de arcos de NiTi 0.016, 0.018, 0.017x0.025 y acero 0.018 superior e inferior. Inicialmente el plan de tratamiento consistía en un Cantiliver utilizando el segmento posterior como anclaje, y un arco de intrusión superpuesto atado al segmento anterior, sin embargo se decidió realizar la colocación de mini-implantes interradicular entre primer y segundo molar bilateral y uno en palatino (Cross Hole 1.6x9mm), para un mejor control de la intrusión tanto en vestibular como en palatino (Figura2), esto permitiría la intrusión posterior y una vez lograda, se planea la colocación de 2 mini-implantes en anterior (MOSAS 1.6X8mm), entre incisivos lateral y caninos (Figura 3), previamente la paciente se había realizado una gingivoplastia. Este sistema de fuerzas permitiría una intrusión total del arco superior, mejorando la sonrisa gingival que presentaba la paciente (Figura 4).

Para la obtención de clase I caninas bilaterales, se activó la cadena de los microtomillos en posterior a caninos. Para mejorar el overjet y overbite se realiza stripping en inferior de 3 a 3 y uso de cadenas elastoméricas, y extrusión de 2-2, ya que, al realizar la intrusión en superior, se había afectado la sobremordida. Para la máxima intercuspidación, paralelismo radicular y oclusión funcional, mediante el detallado, con arcos de acero 0.017x0.025 superior e inferior y dobles de primer, segundo y tercer orden,

además de uso de elásticos en delta bilateral 3/16 – 6.5oz y 1/8 – 6.5oz. Para la estabilidad y post-tratamiento mediante la retención, se utilizaron retenedores fijo de 2-2 en superior y de 3-3 en inferior y retenedores termoformados.

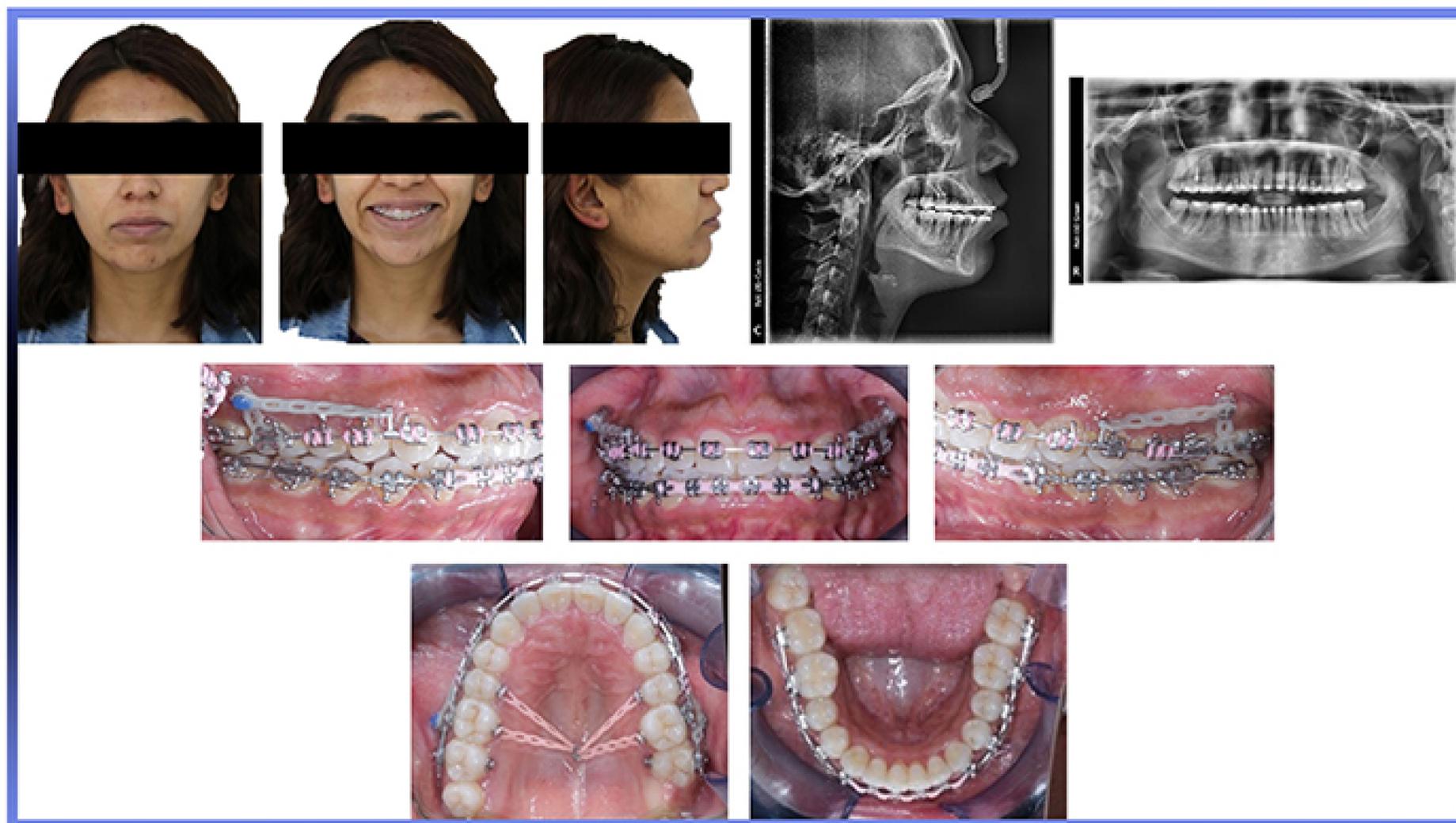


Figura 2. Fotografías extraorales de frente, sonrisa y perfil, radiografías cefalométricas, panorámicas y fotografías intraorales de progreso (lateral derecha, de frente, lateral izquierda, oclusal superior, oclusal inferior, overbite/overjet, radiografía panorámica).



Figura 3. A) Cortes tomográficos para la colocación de Mini-implantes interradiculares entre incisivos laterales y caninos bilateral y fotos intraorales de frente, lateral derecha e izquierda y oclusales superior e inferior. B) Colocación de mini-implantes para intrusión anterior y radiografías periapicales derecha e izquierda posterior a la colocación.

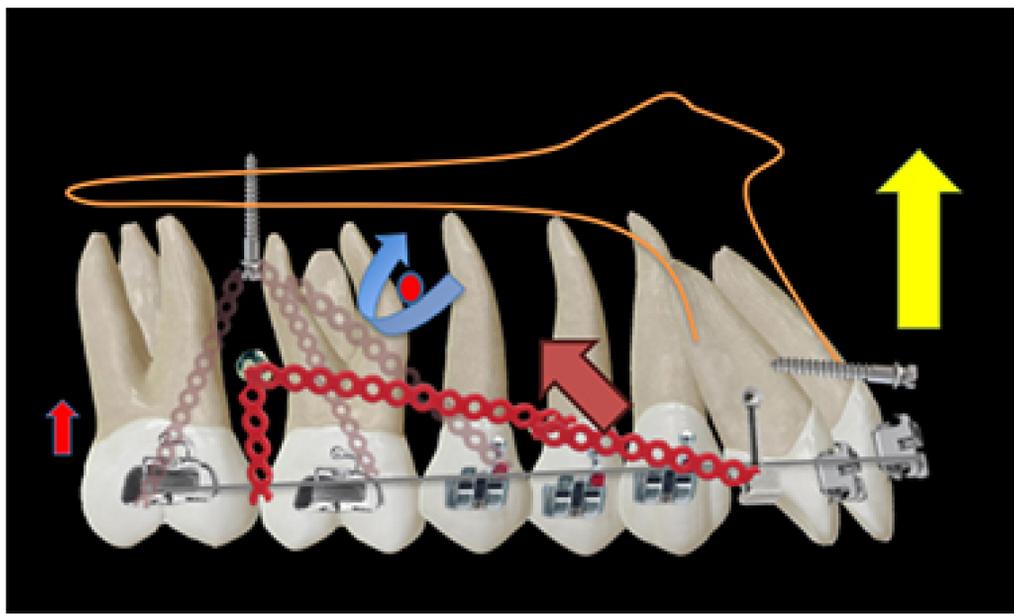


Figura 4. Los sistemas de fuerza proporcionados por los microtomillos y su efecto general sobre el arco maxilar son complejos. La flecha amarilla en la derecha indica la fuerza intrusiva aplicada a los incisivos. La flecha roja grande es la fuerza que nos ayuda a controlar la intrusión en todo el segmento posterior además de ayudarnos a lograr la clase I canina. La pequeña flecha roja es el componente intrusivo en el segmento maxilar posterior. La gran flecha roja es el resultado neto sobre el maxilar, y la flecha circular azul representa el momento de la fuerza de alrededor del centro de resistencia del maxilar (punto rojo con una cruz).

CONCLUSIÓN

En este caso se lograron cumplir los objetivos planteados, facialmente se logró mejorar el perfil labial y la sonrisa, dentalmente se logró la corrección del apiñamiento maxilar y se mantuvo la clase I molares y se obtuvo clase I caninas bilaterales, se mejoró el overjet y overbite adecuado y se mantuvo las líneas medias coincidentes, correcta intercuspidadación, guía de desoclusión canina y guía incisiva adecuada (Figura 5). Además, se logra la estabilidad mediante retenedores termoformados y fijos. La paciente queda pendiente de realizarse una gingivoplastia después del tratamiento de ortodoncia.

En los análisis radiográficos, se mejoraron las relaciones esqueléticas, iniciando como clase II esquelética y finalizando Clase I esquelética con tendencia a clase II (Figura 6), ya que hay una rotación en sentido horario de las agujas del reloj debido a la intrusión anterior y posterior, lograda por medio de mini-implantes y uso de elásticos, mejorando el ANB y Witts, así como también el perfil de la paciente (Figura 7). También se logra mejorar la proinclinación de los incisivos superiores y disminuye la hiperdivergencia, además de la relación del labio superior con el incisivo (1-Stomion), terminando en norma.

Los mini-implantes son dispositivos para mejorar el anclaje, y proporcionan un movimiento dental controlado, en este caso, fueron integrados para la mecánica de intrusión dental como alternativa a la mecánica tradicional, además, controlan efectos colaterales producidas tanto en las mecánicas de arco segmentado y continuo y fue posible lograr corregir una sonrisa gingival y una verdadera intrusión.

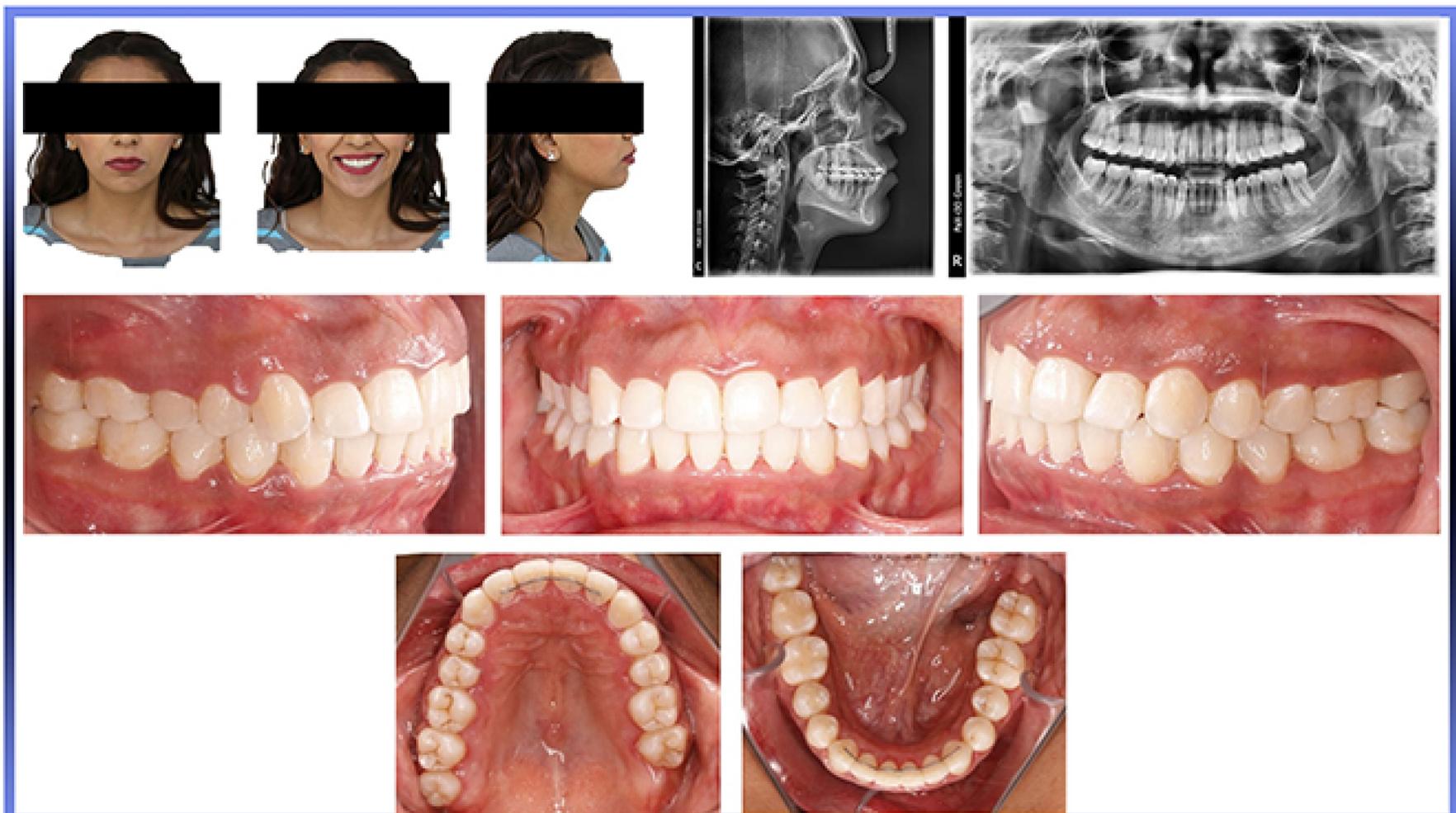


Figura 5. Fotografías finales de frente con sonrisa, de perfil, oclusales superiores, oclusales inferiores, lado derecho, de frente, lado izquierdo, radiografía cefalométrica y panorámica.

CRITERIOS ESQUELÉTICOS				CRITERIOS DENTALES			
	N	I	F		N	I	F
SNA	82°	80°	80°	1 MX. A NA GRADOS	22°	26°	22°
SNB	80°	75°	76°	1 MX. A NA mm	4 mm	8mm	5mm
ANB	2°	5°	4°	1 MD. A NB GRADOS	25°	32°	35°
EJE Y	59.4°	63°	61°	1 MD. A NB mm	4 mm	8mm	8mm
GO - GN A SN	32°	35°	33°	ANGULO INTERINCISAL	135°	110°	120°
FMA	25°	28°	25°	1 MX. A SN. GRADOS	103°	110°	102°
SND	76°	72°	73°	1 MD. A PM. GRADOS	90°	97°	100°
WITTS	H: -1 mm	2mm	-1mm	1 - Stomion	2mm	4mm	2mm
M: 0 mm (DS: +/- 2 mm)				1 MX. A PALATINO	116°	122°	118°

Figura 6. Tabla con criterios esqueléticos y dentales. N – Norma. I – Valores al inicio del caso. F – Valores al final del caso.

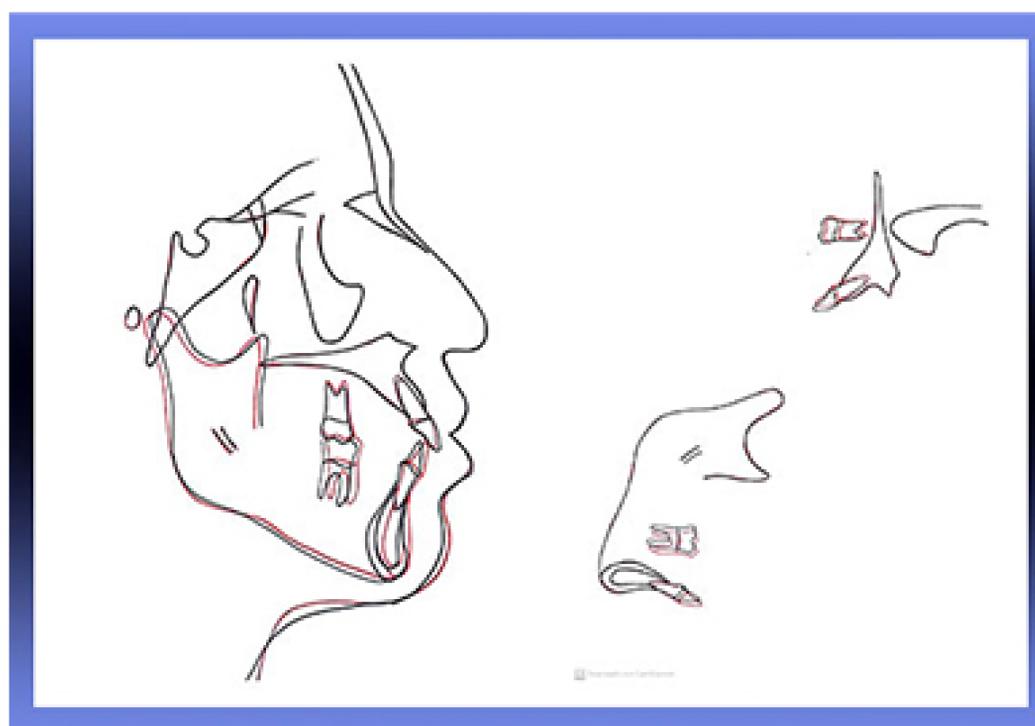


Figura 7. Sobreimposición sobre componente craneofacial, maxilar y sínfisis de inicio a final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz, D. D. D., & Flores, A. I. L. (2020). Tratamiento multidisciplinario mínimamente invasivo de la sonrisa gingival. *Revista Científica Odontológica*, 8(2), e022-e022.
2. Telletxea Iraola, M., López-Malla Matute, J., & Alía García, E. (2020). Las tres caras de la sonrisa gingival. *Revisión bibliográfica. Cient. dent. (Ed. impr.)*, 139-146.
3. Villaseñor Espín, C., & López Buendía, M. D. C. (2013). Tratamiento interdisciplinario de paciente con sonrisa gingival: Reporte de un caso. *Revista odontológica mexicana*, 17(1), 51-56.
4. Cañar Rivera, G. E., & Zapata Hidalgo, C. D. Use of mini-implants for gummy smile treatment. *Literature review*.
5. El Namrawy, M. M., El Sharaby, F., & Bushnak, M. (2019). Intrusive arch versus miniscrew-supported intrusion for deep bite correction. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(11), 1841.
6. Shaikh, A., Jamdar, A. F., Galgali, S. A., Patil, S., Patel, I., & Hemagiriappa, M. S. (2021). Efficacy of infrazygomatic crest implants for full-arch distalization of maxilla and reduction of gummy smile in class II malocclusion. *J Contemp Dent Pract*, 22(10), 1135-1143.
7. Lee, K. J. (2020). The application of TADs for gummy smile correction. *Temporary Anchorage Devices in Clinical Orthodontics*, 633-645.



CASO CLÍNICO

ABORDAJE DE CAMUFLAJE EN PACIENTE CLASE III ESQUELETAL CON LATEROCGNASIA



Autores:

Andrea Vanessa Agüero Da Corte.

Residente de maestría de segundo año del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Jordan José Sol.

Profesor e instructor del caso del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

José-Isaac Maldonado-Noriega.

Profesor del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Javier Mendoza Valdés.

Profesor del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Adán Alfredo Casasa Araujo.

Director del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Resumen

La maloclusión clase III se define como una discrepancia tanto de tamaño como de la posición anteroposterior de las estructuras que la están generando, la mayoría de la población afectada por esta maloclusión es asiática. (1) Se presenta el desarrollo de una maloclusión clase III esquelética con laterognasia por medio de un camuflaje. El objetivo del tratamiento fue mejorar el perfil facial, correcto manejo de espacios, mantener las formas de arco, corregir el hábito lingual, obtención de la clase I molar y canina derecha, mantener clase I molar y canina izquierda, corrección de línea media inferior, overjet y overbite, mantener estado periodontal, lograr una correcta intercuspidadación, guía de desoclusión canina y guía incisiva. Se presenta una paciente de 24 años de edad, femenina, diagnosticada dolicofacial, clase III esquelética, con crecimiento normodivergente, clase III molar derecha, clase I molar izquierda, clase III canina derecha, clase I canina izquierda, línea media superior coincidente con la línea media facial, línea media inferior desviada 3mm a la izquierda, mordida borde a borde. Al momento de hacer un diagnóstico, es importante contar con todas las herramientas necesarias para poder planificar un plan de tratamiento eficaz y detectar anomalías de cada caso, con el fin de tener resultados más conservadores y exitosos.

Palabras Claves: Camuflaje, clase III esquelética, laterognasia, control de hábito.

Abstract

Class III malocclusion is defined as a discrepancy in both the size and the anteroposterior position of the structures that are generating it; the majority of the population affected by this malocclusion is Asian. (1) The development of a skeletal class III malocclusion with laterognasia through camouflage is presented. The objective of the treatment was to improve the facial profile, correct space management, maintain arch shapes, correct the lingual habit, obtain class I molar and right canine, maintain class I molar and left canine, correction of the lower midline, overjet and overbite, maintain periodontal status, achieve correct intercuspation, canine disocclusion guide and incisor guide. A 24-year-old female patient is presented, diagnosed dolichofacial, skeletal class III, with normodivergent growth, right molar class III, left molar class I, right canine class III, left canine class I, upper midline coincident with the line facial midline, lower midline deviated 3mm to the left, edge to edge bite. When making a diagnosis, it is important to have all the necessary tools to be able to plan an effective treatment plan and detect anomalies in each case, in order to have more conservative and successful results.

Keywords: Camouflage, skeletal class III, laterognasia, habit control.

INTRODUCCIÓN

Camuflaje viene del francés "camoufler" significa disfrazar, en ortodoncia tiene que ver con la corrección de las displasias esqueléticas, así como leves, moderadas o severas mediante la reubicación mecánica de los dientes en los complejos dentoalveolares, mientras que el verdadero problema se presenta por discrepancias en el tamaño o posición de las bases óseas de los maxilares. (2,3,4) La etiología de la maloclusión clase III se ve envuelta principalmente por el factor hereditario. (4) Las clases III esqueléticas y dentales comprenden aproximadamente el 10% de las maloclusiones tratadas en el mundo. (5) Proffit menciona que para cualquier tipo de maloclusión esquelética clase III tendremos tres posibilidades de tratamiento: La modificación del crecimiento, siempre que tengamos la posibilidad, la corrección quirúrgica y el camuflaje de la discrepancia esquelética mediante movimientos dentales. (6)

Los pacientes con clase III esquelética son una gran proporción a aquellos quienes requieren tratamiento ortodóncico-quirúrgico (47%), de los cuales el 20% presenta exceso mandibular, el 17% hipoplasia maxilar y el 10% presenta la combinación de ambas. (7)

Existen varias maneras de abordar este problema lo cual fundamentalmente dependen de la discrepancia de las bases apicales; por ejemplo, cuando la discrepancia es leve, la maloclusión puede ser tratada únicamente de manera ortodóntica a través de un camuflaje, mientras que cuando la discrepancia es moderada, grave o está acompañado de otras alteraciones esqueléticas como la laterognasia, es importante considerar un tratamiento ortodóncico acompañado de una intervención quirúrgica, es importante recalcar que la mayoría de los pacientes de maloclusión clase III deben someterse a cirugías ortognáticas para brindar al paciente una mejor estabilidad, estética y función. (8,9). Durante la cirugía ortognática la intervención puede ser únicamente a nivel del maxilar o la mandíbula o incluir a las dos bases óseas conjuntamente, el procedimiento quirúrgico ortodóncico afecta de manera positiva a los tejidos blandos, así como también la permeabilidad de las vías aéreas por lo que podemos considerar que este es una intervención que mejora la calidad de vida del paciente. (10,11,12).

REPORTE DE CASO

Se presenta una paciente femenina de 24 años de edad, su motivo de consulta fue "dolor de dientes". La paciente fue diagnosticada clase III esquelética, con crecimiento normodivergente (Figura 3), clase III molar derecha, clase I molar izquierda, clase III canina derecha, clase I canina izquierda (Figura 1. D y F). En las fotografías extraorales se puede observar una paciente dolicofacial, con perfil cóncavo, línea media superior coincidente con la línea media facial. (Figura 1 A). En las fotografías intraorales línea media inferior desviada 3mm a la izquierda, mordida borde a borde (Figura 1 E).

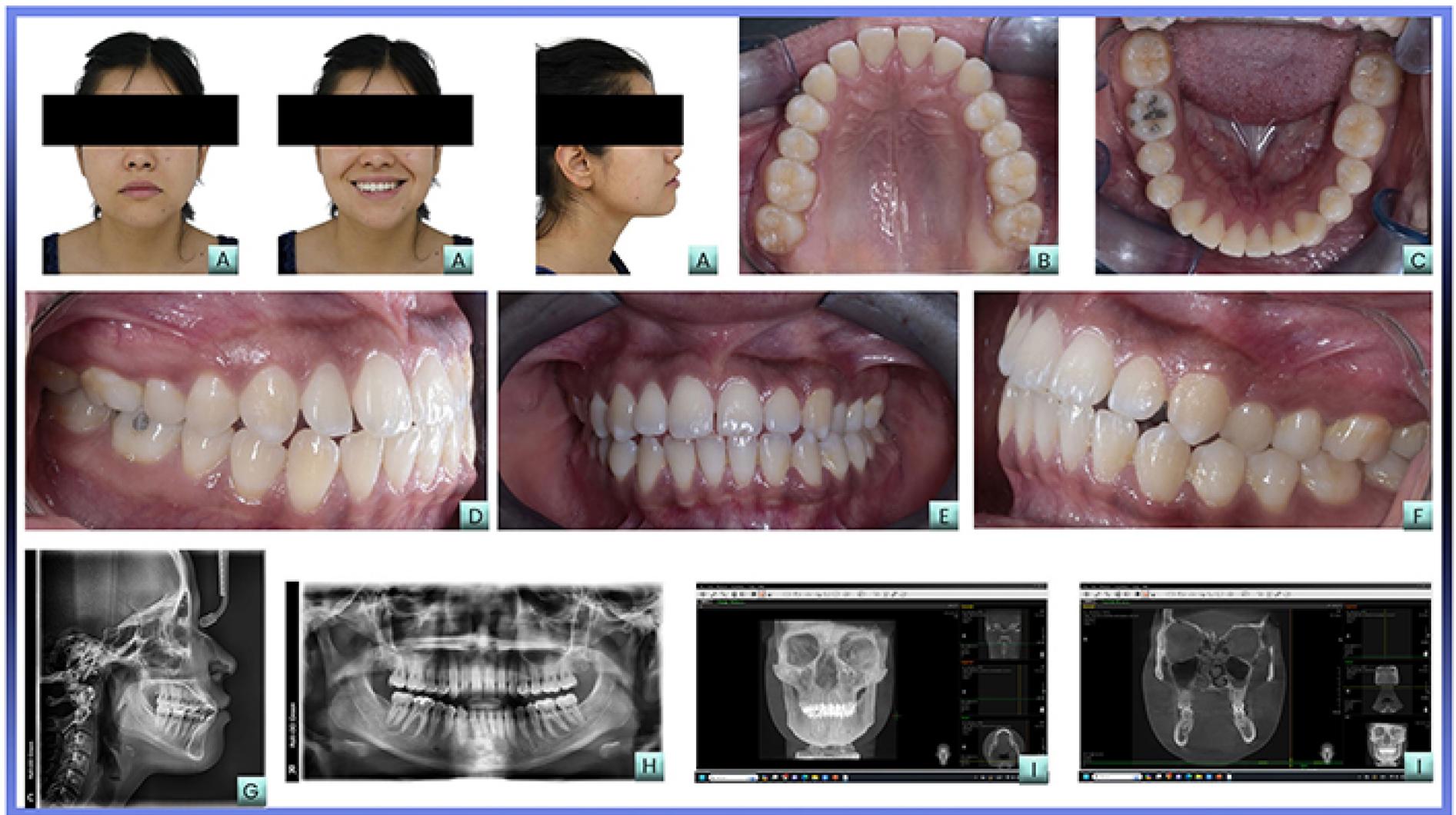
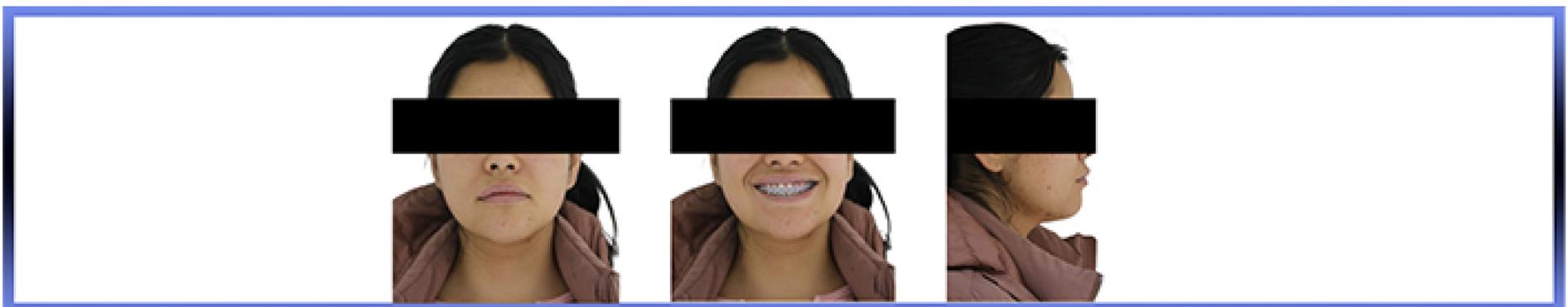


Figura 1. A) Foto extraoral de frente sonriendo y perfil. B) Oclusal Superior. C) Oclusal inferior. D) Lateral derecha. E) Intraoral de Frente. F) Lateral izquierda. G) Radiografía cefalométrica. H) Radiografía panorámica. I) Cortes de la tomografía computarizada.

En la radiografía panorámica se observan 28 dientes presentes, terceros molares ausente, OD 46 con radiopacidad compatible con restauración.

TRATAMIENTO

El tratamiento constó de una fase ortodóncica en el cual se realizó el cierre del espaciamiento, mediante la alineación y nivelación por medio de secuencia de arcos Niti 0.014, 0.016, 0.016x0.022, 0.017x0.025, 0.019x0.025 y acero inoxidable 0.016 y 0.018, la mordida borde a borde se corrigió con un bondeo completo en cada arcada con flipping en incisivos centrales y laterales superiores. Para la corrección del hábito lingual se colocaron recordatorios linguales en anterosuperior por posición delantera de la lengua. Para la obtención de clase I molar y canina derecha y corrección de la línea media inferior, mediante el manejo de espacio y mecánicas de elásticos, cadenas intramaxilares y elásticos clase I, II y III cortos 3/16" 6.5 oz y elásticos de LM de 5/16" 6.5 oz. Para la corrección del overjet y overbite, se realiza retroinclinación del sector anterosuperior y anteroinferior por medio de stripping. Para la máxima intercuspidad, paralelismo radicular y oclusión funcional, mediante el detallado, con arcos de acero 0.017x0.025 y 0.019x0.025 superior en inferior y dobleces de primer y tercer orden, además de uso de elásticos en delta 1/8 4.5 oz bilateral y ajuste oclusal. Para la estabilidad y post-tratamiento mediante la retención, se utilizaron retenedores fijos de 2-2 en superior y de 3-3 en inferior acompañado de retenedores termoformados en superior e inferior.



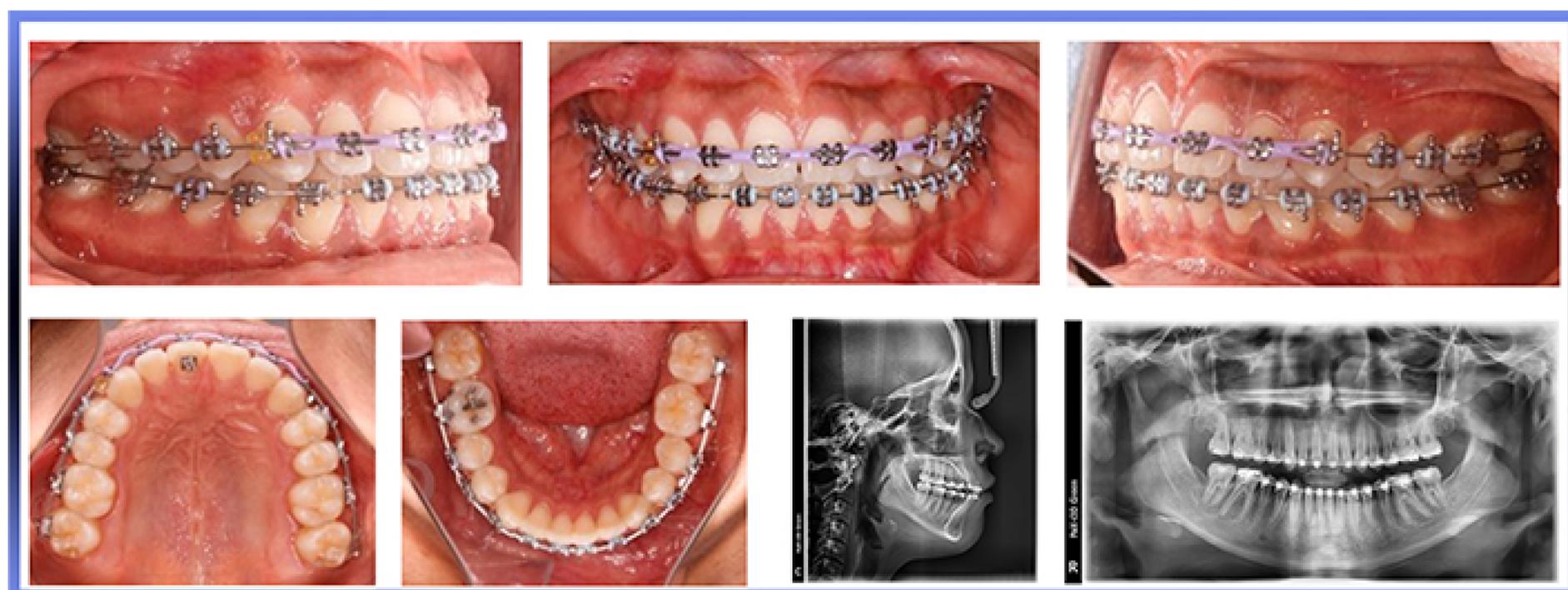


Figura 2. Fotografías extraorales de frente, de sonrisa, de perfil, intraorales de progreso (lateral derecha, de frente, lateral izquierda, oclusal superior, oclusal inferior, radiografía lateral de cráneo, radiografía panorámica).

CONCLUSIÓN

En este caso se lograron cumplir los objetivos planteados, a lo facial se logró mejorar el perfil facial y la sonrisa, a lo dental se logró el cierre y correcto manejo de los espacios, se obtuvo y mantuvieron las clases I molares y caninas bilaterales, se obtuvo overjet y overbite adecuado y se logró la coincidencia de las líneas medias dentales, correcta intercuspidad, guía de desoclusión canina y guía incisiva adecuada. (Figura 3) Con la cooperación de la paciente con el uso de los elásticos intermaxilares se logró corregir la discrepancia o ligera asimetría de las arcadas. Además, se logra la estabilidad mediante retenedores circunferenciales.

CRITERIOS ESQUELÉTICOS				CRITERIOS DENTALES			
	N	I	F		N	I	F
SNA	82°	87°	87°	1 MX. A NA (GRADOS)	22°	26°	24°
SNB	80°	84°	83°	1 MX. A NA (mm)	4 mm	6mm	4mm
ANB	2°	3°	4°	1 MD. A NB (GRADOS)	25°	40°	32°
EJE Y	59.4°	60°	59°	1MD. A NB mm	4 mm	7mm	5mm
GO-GN ASN	32°	33°	34°	ÁNGULO INTERINCISAL	135°	105°	113°
FMA	25°	29°	30°	1 MX. A SN	103°	110°	107°
SND	76°	80°	79°	1 MD. A PM	90°	103°	95°
WITTS	H: -1 mm M: 0 mm (DS: +/- 2mm)	-7mm	-4mm	1MX A PALATINO	116°	122°	119°

Figura 3. Tabla de valores cefalométricos (esqueléticos y dentales) N= Norma, I= Inicial, F= final.

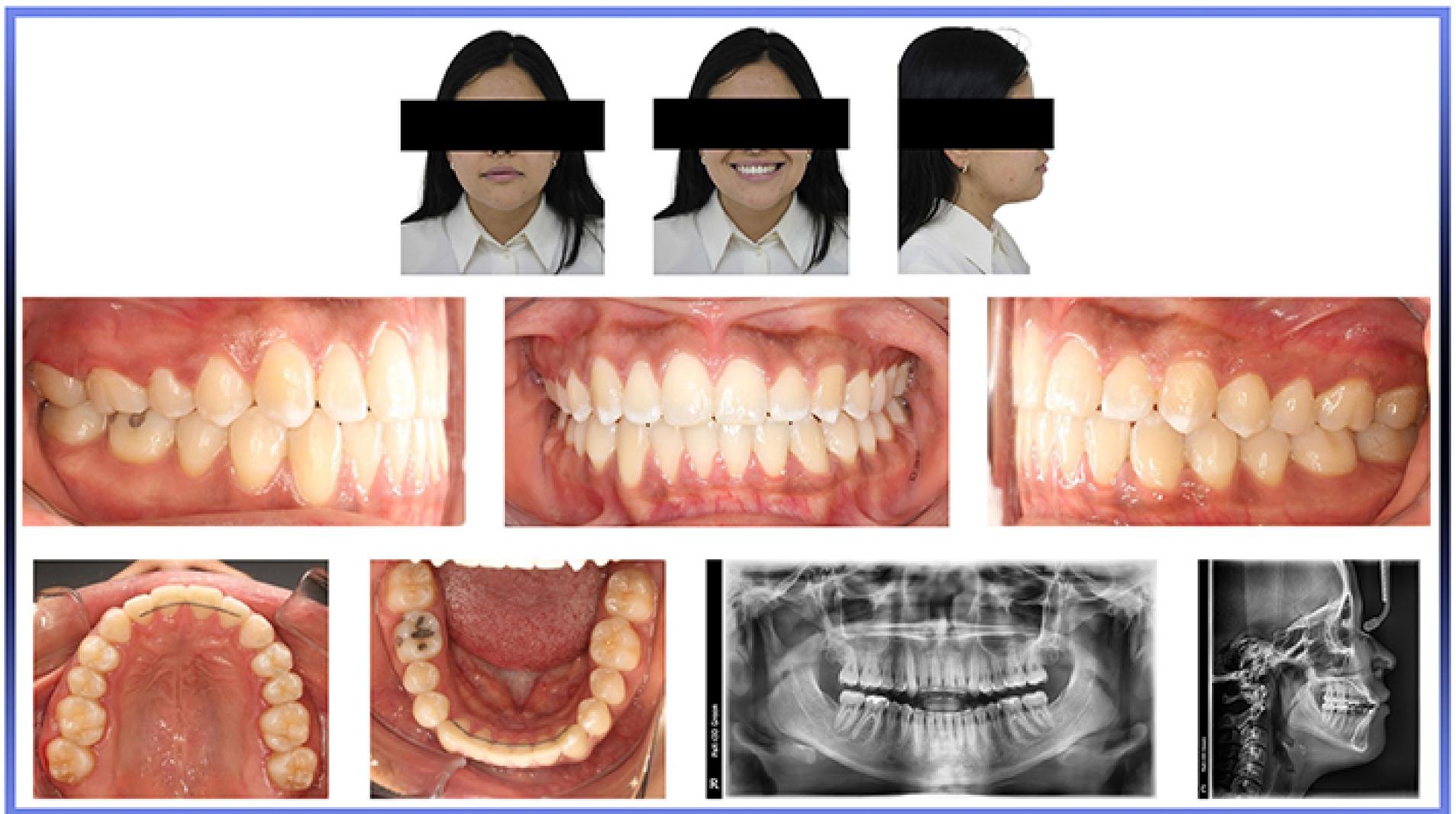


Figura 4. Fotografías finales de frente, con sonrisa, de perfil, oclusales superiores, oclusales inferiores, lado derecho, de frente, lado izquierdo, radiografía cefalométrica y panorámica.

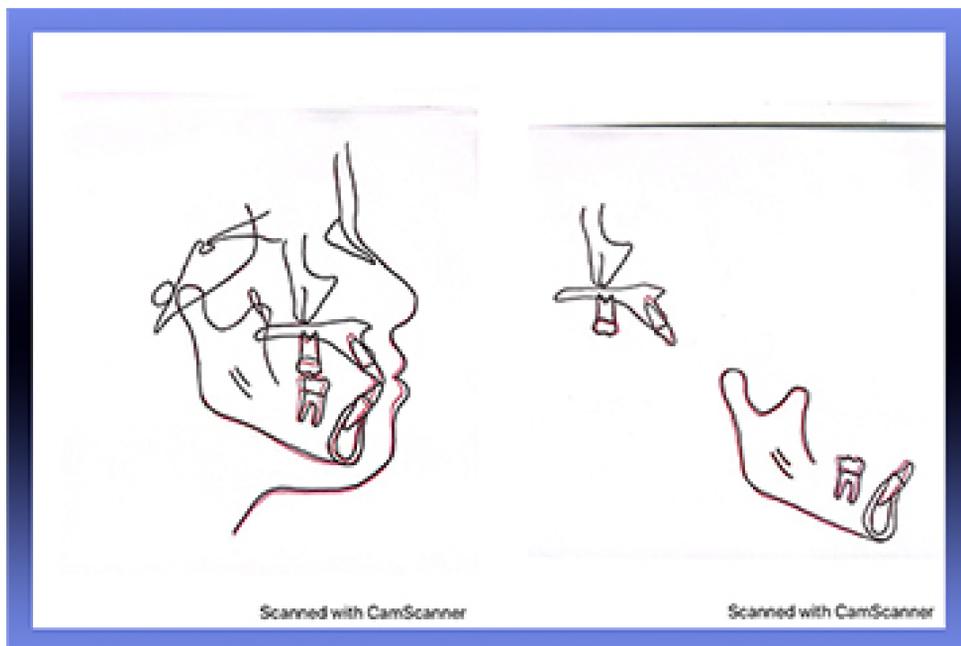


Figura 5. Sobreimposiciones de inicio y final de componente craneofacial, sobre maxilar superior y sobre sínfisis.

Referencias Bibliográficas:

1. García, K. Y. M., Estrada, H. A. V., & Carvalho, J. R. H. Camouflage orthodontic treatment in a skeletal class III patient with a missing upper canine. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 3(3), 199-203. 2015
2. Uribe R, *Ortodoncia Teoría y Clínica*. 2: Medellín Colombia; Corporación para investigaciones biológicas; 2010.
3. Hsin-Fu C, Zwey-Chieng J. Estrategias de tratamiento para pacientes que desarrollan clase III. Nanda R, *Biomecánicas y Estética Estrategias en Ortodoncia*. Venezuela: Amolca; 2007:243-258.
4. Daher, W., Caron, J., & Wechsler, M. Nonsurgical treatment of and adult with a Class III malocclusion. 2007; 132(2),243-251.

5. Edler R, Wertheim D, Greenhill D. Outcome measurement in the correction of mandibular asymmetry. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004;125:435-43.
6. Proffit W, Fields H, Sarver D, *Ortodoncia Contemporanea*, 5: Barcelona España; Elsevier; 2014.
7. Clifton, O. W. Lower first premolar extraction: A viable alternative?. 1996; 90(2), 158-163
8. Ngan P, Moon W. Evolution of Class III treatment in orthodontics. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod*. julio de 2015;148(1):22-36.
9. Tseng Y-C, Pan C-Y, Chou S-T, Liao C-Y, Lai S-T, Chen C-M, et al. Treatment of adult Class III malocclusions with orthodontic therapy or orthognathic surgery: receiver operating characteristic analysis. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod*. mayo de 2011;139(5):e485-493.
10. Baik H-S, Kim S-Y. Facial soft-tissue changes in skeletal Class III orthognathic surgery patients analyzed with 3-dimensional laser scanning. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod*. agosto de 2010;138(2):167-78.
11. Sarver DM. Interactions of hard tissues, soft tissues, and growth over time, and their impact on orthodontic diagnosis and treatment planning. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod*. septiembre de 2015; 148(3):380-6.
12. Hart PS, McIntyre BP, Kadioglu O, Currier GF, Sullivan SM, Li J, et al. Postsurgical volumetric airway changes in 2-jaw orthognathic surgery patients. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod*.



CASO CLÍNICO

EXTRACCIONES Y LAS MECÁNICAS PARA OBTENCIÓN DE ESPACIOS EN ORTODONCIA



Autores:

Radhaisy Caceres Roa.

Residente de maestría de segundo año del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Roberto Antonio Calderon.

Egresado de maestría del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Alejandro Varga Peláez.

Profesor e instructor del caso del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

José-Isaac Maldonado Noriega.

Profesor del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Javier Mendoza-Valdés.

Profesor del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Adán Alfredo Casasa Araujo.

Director del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO).

Resumen

Las extracciones en ortodoncia son procedimientos comunes utilizados por los ortodoncistas para corregir maloclusiones y lograr una correcta alineación de los dientes. La extracción de dientes puede ser necesaria en casos de apiñamiento severo, discrepancia esquelética o para obtener espacio para el movimiento de los dientes.

Existen diferentes mecánicas utilizadas para la obtención de espacios en ortodoncia, entre las cuales se destacan el uso de resortes, arcos de separación y elásticos intermaxilares. Estas técnicas permiten crear el espacio necesario para el movimiento de los dientes y facilitar la corrección de la maloclusión.

Palabras Claves: extracciones, obtención de espacio, apiñamiento, resortes, aparatos ortopédicos

SUMMARY

Orthodontic extractions are common procedures used by orthodontists to correct malocclusions and achieve correct alignment of the teeth. Tooth extraction may be necessary in cases of severe crowding, skeletal discrepancy, or to gain space for tooth movement.

There are different mechanics used to obtain spaces in orthodontics, among which the use of springs, separation arches and inter elastics stand out. These techniques make it possible to create the necessary space for the movement of the teeth and facilitate the correction of malocclusion.

INTRODUCCION

Según estudios realizados por autores como Proffit y Fields (2000) y Burstone (1990), la extracción de dientes en ortodoncia es una herramienta eficaz para lograr una correcta alineación de los dientes y una oclusión adecuada. Además, el uso de diferentes mecánicas para la obtención de espacios ha demostrado ser efectivo en el manejo de casos complejos de maloclusión.¹

Las extracciones en ortodoncia son un procedimiento que se realiza con el objetivo de corregir problemas de maloclusión, apiñamiento dental o discrepancias esqueléticas. Estas extracciones pueden ser de dientes permanentes o temporales, dependiendo de la necesidad de crear espacio en la arcada dental. La decisión de realizar extracciones en un tratamiento ortodóncico se basa en un análisis detallado de la maloclusión y la estructura facial del paciente por parte del ortodoncista.¹

Estudios realizados por autores como Burstone y Kuhlberg (2001) han demostrado la eficacia de las extracciones en ortodoncia y el uso de diferentes mecánicas para obtener espacios en el tratamiento de maloclusiones complejas. Estos procedimientos permiten una corrección adecuada de la posición de los dientes y una oclusión estable a largo plazo.²

En cuanto a las mecánicas para obtención de espacios en ortodoncia, existen diferentes técnicas que se utilizan de forma individualizada según las necesidades de cada caso. Los resortes de apertura de espacios son dispositivos que se colocan entre los dientes para crear espacio gradualmente y permitir su movimiento. Los arcos de separación son elementos metálicos que se utilizan para separar los dientes y facilitar la colocación de bandas ortodóncicas. Los elásticos intermaxilares son utilizados para corregir la mordida cruzada y cerrar espacios en la arcada dental.³

REPORTE DE CASO CLINICO

Se presenta paciente clase I esquelética, hiperdivergente, perfil recto, relación molar clase III bilateral, relación canina N/V derecha clase II izquierda, apiñamiento severo supe e inferior, mordida cruzada anterior, línea media superior desviada 3mm a la derecha y línea media inferior desviada 2 mm a la izquierda, presenta OD18,28,38 y 48 en formación, presenta OD 13 retenido. Fig. 1

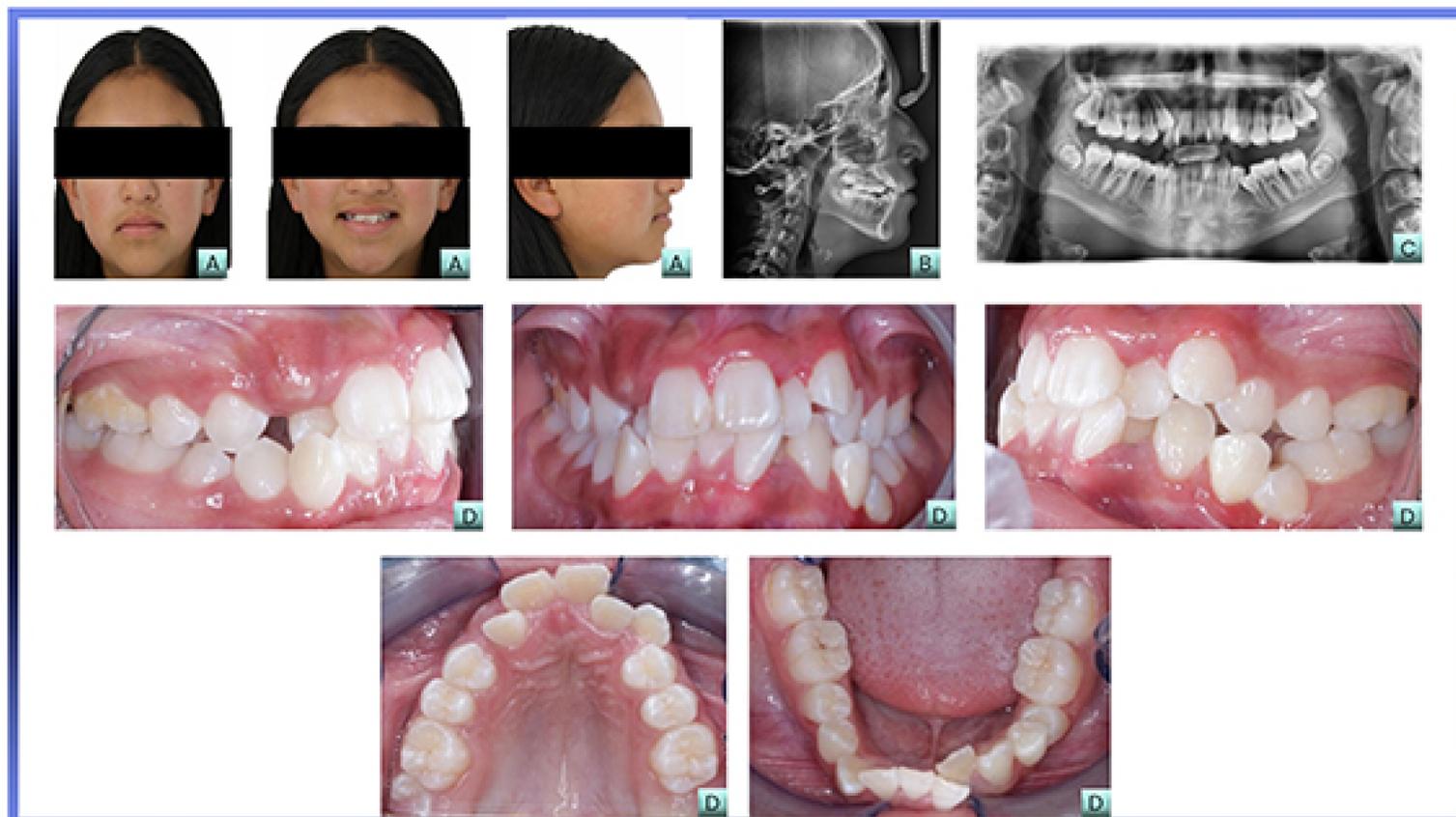


Fig1. Fotografías extraorales B. Rx. Lateral de cráneo C. Rx. Panoràmica D. Fotografías intraorales

En su análisis intraoral la paciente presenta dentición permanente, clase III molar bilateral, clase III canina bilateral, apiñamiento severo superior e inferior, mordida cruzada OD 12 y 22, línea media superior desviada, línea media inferior desviada, overjet 2mm y overbite 30%. (Fig.1)

En el análisis de las arcadas, presenta forma de arco superior e inferior cuadrada, en sus análisis de espacio presentó un exceso de Bolton en superior de 1.5 mm en radio de 12 y 0.5mm en radio de 6, en el análisis de Carey existía una discrepancia de longitud de arco de -11.9mm en superior y -9mm en inferior. (Fig.1)

Al análisis de su radiografía lateral de cráneo, se estableció una clase III esquelética, crecimiento hiperdivergente, incisivo superior e inferior proinclinado y protruido respecto a su base ósea. (Fig.1)

Según sus análisis cefalométricos de Steiner, Downs, Tweed y Witts, tomados de su radiografía lateral de cráneo, se estableció una clase III esquelética, crecimiento hiperdivergente, incisivo superior e inferior proinclinado y protruido respecto a su base ósea. (Fig.2)

CRITERIOS ESQUELETICOS		NL	CRITERIOS DENTALES		NL
SNA	82°	81°	1 MX. A NA GRADOS	22°	44°
SNB	80°	80°	1 MX. A NA mm	4 mm	7 mm
ANB	2°	1°	1 MD. A NB GRADOS	25°	22°
EJE Y	59.4°	60°	1 MD. A NB mm	4 mm	5mm
GO - GN A SN	32°	35°	ANGULO INTERINCISAL	135°	112°
FMA	25°	30°	1 MX. A SN. GRADOS	103°	100°
ENA - ENP AFH	4°	5°	1 MD. A PM. GRADOS	90°	86°
NA - PG A FH	87.8°	88°	1 MX. A PO. Mm	2.7 mm	6mm
LANDHE	88°	88°	1 MX. A PALATINO	116°	131°
SND	76°	76°			
WITTS	H: -1 mm M: 0 mm (DS: +/- 2 mm)	0 mm			

Figura2. Valores cefalométricos de inicio del paciente.

OBJETIVOS

Se determinó mejorar el perfil labial, mejorar las relaciones esqueléticas, corrección del apiñamiento maxilar y mandibular, tracción de OD 13, manejo y cierre de espacios, descruzar la mordida anterior, obtener la clase I molar bilateral, obtener la clase I bilateral canina, corrección de Overjet y Overbite, mejorar el estado periodontal, lograr correcta intercuspidación, lograr guía de desoclusión canina, lograr guía incisiva, realizar ventana quirúrgica para tracción de OD y gongivoplastia en superior, extracción de OD#14, 24,34,44.

TRATAMIENTO

El tratamiento consistió en la corrección del apiñamiento maxilar y mandibular mediante la extracción de OD#14,24,34,44 y mediante una fase de alineación y nivelación a través de una secuencia de arcos NiTi 0.012, NiTi 0.014, NiTi 0.016, NiTi 0.018, NiTi 0.16x0.22 y NiTi 0.17x0.25 superior e inferior. Para la tracción del OD 13 se realizó una ventana quirúrgica para cementado de botón y tracción sagital con cadenas elastoméricas y luego tracción vertical con técnica de doble arco 0.012 NiTi. (Fig.3)

Para el manejo de cierre de espacios, se cementó un arco transpalanance con bandas en 6's superiores, cadenas de 6 a 6 superior y de 3 a 5 inferior y uso de elásticos clase 2 cortos 1/8 2.5 y 4.5OZ.

Para descruzar la mordida anterior se colocaron turbos bites en 6's superior bilateral y técnica de doble arco 0.12 niti para incorporación de OD 12,22 y 32.

Para la obtención de clase I canina bilateral se utilizó el arco transpalanance ferulizado de sectores posteriores con ligadura acero 0.010, cadenas elastoméricas de distal de caninos a 6s y cadenas completas, elásticos clase I cortos 1/8 6.5 oz.

Para la corrección del overjet y overbite se utilizaron cadenas elastoméricas intramaxilares de 6 a 6 superior e inferior, elásticos clase I bilaterales 1/8 4.5 y 6.5 oz.

Para la máxima intercuspidad, paralelismo radicular y oclusión funcional, se utilizaron arcos rectamjngulares SS 0.019x0.025, dobles de primer orden offset OD25, segundo orden extrusión de OD 35, 45 y elásticos clase I bilaterales 1/8 6.5 oz.

Para la estabilidad post-tratamiento se colocó retenedor fijo de 5 a 5 superior e inferior, más uso de retenedor circunferencial con cinturón vestibular superior e inferior.

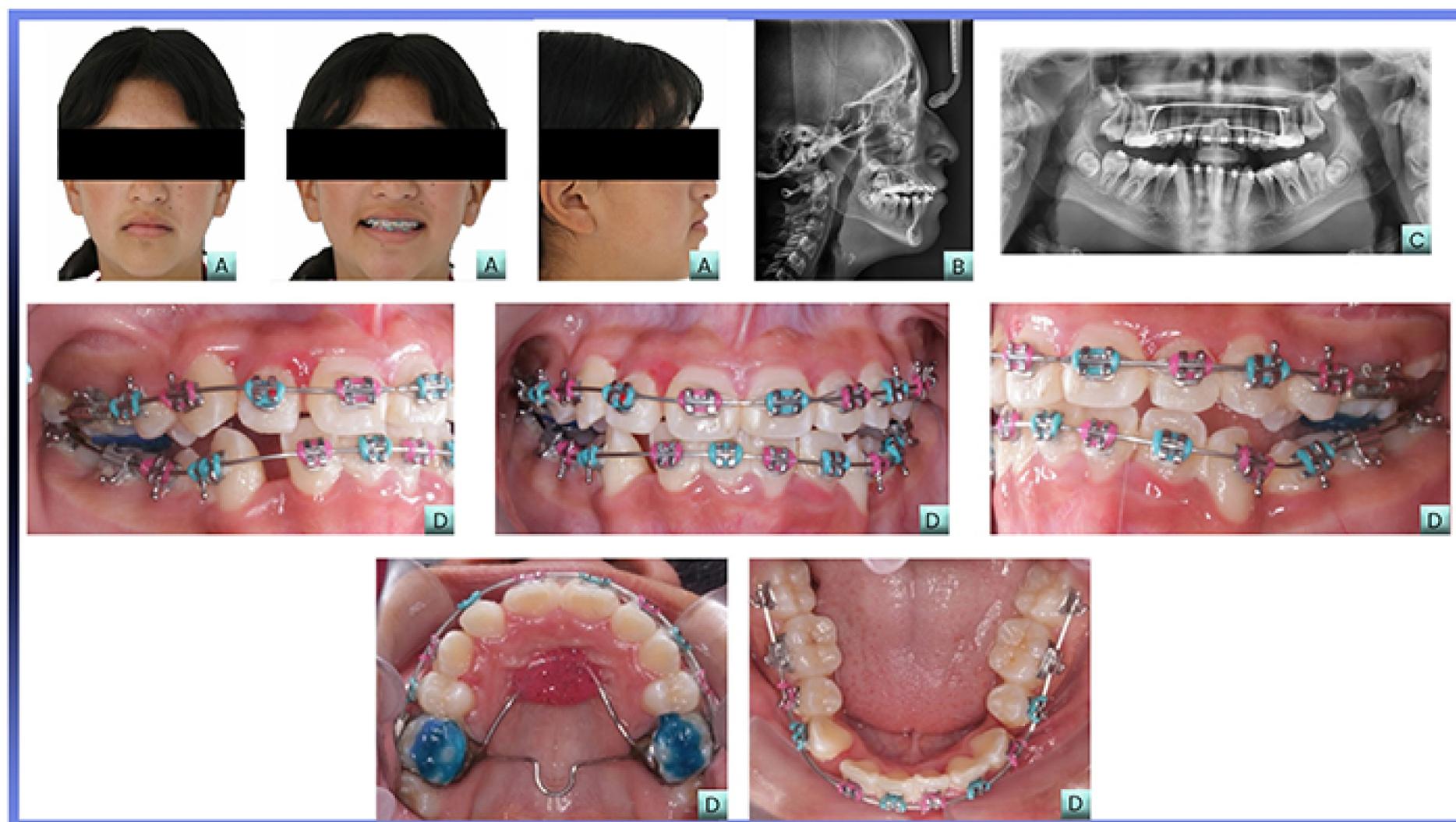


Fig 3.A Fotografías extraorales progreso de tratamiento. B. Rx Lateral progreso C. Rx panoramica de cráneo progreso D. fotografías intraorales de progreso.

RESULTADOS

Al finalizar el tratamiento se cumplieron todos los objetivos planteados al inicio del mismo, logrando obtener una adecuada relación esquelética, corrección del apiñamiento maxilar y mandibular, corrección de mordida cruzada en laterales superiores. Se obtuvo clase I molar y canina bilateral, máxima intercuspidad con guía de desoclusión canina y molar.(Fig.4-5)

CONCLUSION

Las extracciones en ortodoncia y las mecánicas para obtención de espacios son herramientas fundamentales en el tratamiento ortodóncico, ya que permiten corregir maloclusiones y lograr una sonrisa funcional y estética. Es importante que estos procedimientos sean realizados por un ortodoncista especializado y siguiendo un plan de tratamiento individualizado para cada paciente.

Parámetros	Norma	Final
SNA	82°	85°
SNB	80°	83°
ANB	2°	2°
FMA	25°	32°
U1-PAL	116°	126°
U1-NA	4MM	5MM
IMPA	90°	84°
LINEA E SUP.	(-)2MM	-5MM
LINEA E INF.	0MM	-1MM

Figura 4. Valores cefalométricos-dentales finales del paciente



Fig5. A Fotografías extraorales. B. Rx panorámica progreso C. Rx lateral de cráneo de progreso D. Fotografías intraorales.



Fig 6. A sobreimposición sobre base craneal B. sínfisis y maxilar

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Proffit, W.R., Fields, H.W. (2000). Contemporary Orthodontics. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
2. Burstone, C.J. (1990). Deep overbite correction by intrusion. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 98(4), 258-268.
3. Burstone, C.J., Kuhlberg, A.J. (2001). Precision lingual arches: a new technique for obtaining space closure. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 119(1), 11-17.

Colegio de Cirujanos Dentistas de León A.C. Filial del Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas

XXXI

2024

CONFERENCIAS ANUALES

29

DE NOVIEMBRE



Dra. Maricruz Pérez

Manejo de opacidades del esmalte con resina infiltrativa sistema Icon.



-Cirujano dentista por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

-Máster en Odontopediatría Integral Universidad Internacional de Cataluña, España Maestría en Administración de instituciones de Salud UMIN.

-Coordinadora de Especialidad de Odontopediatría, en CEMRO Centro Educativo Multidisciplinar en Rehabilitación.

-Miembro de Academia Mexicana de Odontología Pediátrica AMOP.

-Miembro de Asociación Latinoamericana de Odontología Pediátrica ALOP.

-Conferencista Local e internacional.

Dr. Hebert Basulto Diaz

Odontología digital, cuál es tu enfoque el día de hoy?



-Egresado de la Universidad Autónoma de Baja California Tijuana 2002-2006.

-Diplomado de Implantología Quirúrgico –Protésico Avalado por la Universidad de Loma Linda 2007-2008.

-Egresado del Posgrado de Prótesis Bucal e Implantología de la Universidad Nacional Autónoma de México 2010-2013

-Conferencista Nacional para Ivoclar Vivadent

-Profesor Auxiliar en la clínica de Prótesis Bucal y Removible de la Facultad de Odontología UNAM 2013

-Actual Profesor de la Especialidad de Odontología Restauradora Avanzada en el Posgrado de la UNAM.

-Actual Profesor de Clínica Periférica perteneciente a la UNAM, así como también del Diplomado de Prótesis Fija en la Facultad de Odontología UNAM.

-Práctica Privada Limitada a Prótesis Bucal e Implantología.

VIERNES 29

8:00 a 9:30	Registro
9:30 a 10:00	Inauguración
10:00 a 11:30	Dr. Hebert Basulto Diaz Odontología digital, cuál es tu enfoque el día de hoy?
11:30 a 12:30	Receso
12:30 a 14:00	Dr. Hebert Basulto Diaz Odontología digital, cuál es tu enfoque el día de hoy? (Continuación)
14:00 a 16:00	Comida
16:00 a 17:30	Dra. Maricruz Pérez Manejo de opacidades del esmalte con resina infiltrativa sistema Icon.
17:30 a 18:00	Receso
18:00 a 19:30	Dra. Maricruz Pérez Manejo de opacidades del esmalte con resina infiltrativa sistema Icon. (Continuación)
19:30 //	Clausura y Brindis

INFORMES

Dr. Miguel Ángel
Guerro Mtz. (Tesorero)

☎ 477 714 9931 / 477 813 0981

Dr. José Taurino Tafolla
García (Presidente)

☎ 472 737 4573

COSTOS

C. Dentistas: \$1,300

Colegiados: \$950

Estudiantes: \$750

ZEYCO



ivoclar



SEDE

Hotel Real de Minas Poliforum
Blvd Adolfo López Mateos N. 2211
Col. Las Bugambillas, León Gto.
Tel: 477 710 4090 Ex. 333



Datos bancarios:

CUENTA: 011 344 5011

CLABE: 012 244 001 134 450 117

A NOMBRE DE:

COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS
DE LEÓN AC



Colegio Xalapeño Odontológica
para la Educación Continua A.C



Un fin de semana de odontología y amistad en Xalapa: el Congreso CXO brilla con luz propia

Dra. Miriam Elizabeth Pérez Villanueva
Socia activa, Coordinadora de atención al Socio y
Servicio Social

Gracias a la meticulosa planificación del Colegio Xalapeño Odontológico, Xalapa fue testigo de un evento sin precedentes: el Primer Magno Congreso Odontológico. Con una programación cuidadosamente diseñada y un ambiente de camaradería, el congreso se convirtió en un referente para la comunidad odontológica de la región. Los participantes tuvieron la oportunidad de actualizar sus conocimientos en diversas áreas de la odontología y establecer valiosas conexiones profesionales.

En la bella y culta ciudad de Xalapa de Enríquez, Veracruz; El Colegio Xalapeño Odontológica para la Educación Continua A.C, Filial al CNCD (CXO), en su universo de trabajo planea desde principio de año realizar un Magno Congreso Odontológico para el mes de septiembre de este mismo año. En este sentido el Presidente del CXO se dio a la tarea con su equipo de trabajo de llevar a cabo la planeación, mediante reuniones permanentes y más frecuentes al aproximarse la fecha tan esperada, pues se trataba del **Primer Magno Congreso de Odontología CXO** que se realizaría en este 2024.

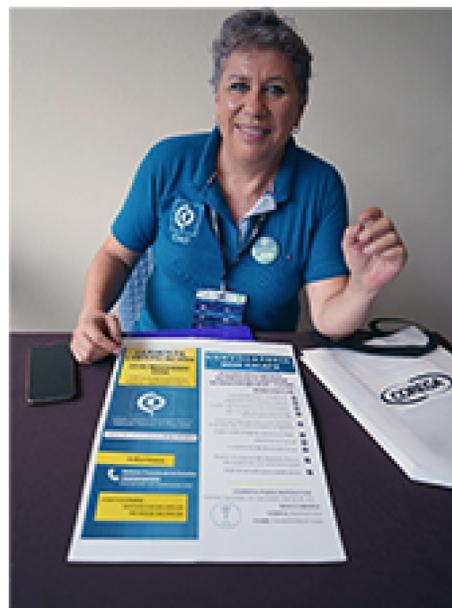


Y así llega el día de la publicidad a través de la Televisora de los Veracruzanos RTV, donde se lleva a cabo la entrevista del porque la importancia de realizar un Magno Congreso multidisciplinario, con grandes ponentes de talla Nacional e Internacional que transmitirían sus conocimientos y actualizaciones a todo el gremio odontológico, no solo Xalapeño sino también de los que nos acompañaron del Estado de Veracruz y de otros Estados de la República Mexicana. A todos nuestros conferencistas nuevamente nuestra gratitud y cariño pues tuvieron que ajustar sus apretadas agendas de trabajo desde los primeros meses del año que se les contacto, para poder acompañarnos y nutrirnos con su experiencia en sus áreas de especialidad. Donde no solo nos hablaron y nos atraparon con las excelentes ponencias pedagógicas de Patología Bucal, Odontopediatría, Endodoncia, la tan polémica Articulación Temporo Mandibular ATM, Fisiología Dental, Restauraciones Parciales Adhesivas, sino también como mejorar la práctica profesional y control de eventos adversos en la clínica. Una gama de temas bastante importantes e interesantes pues dejaron sembrada la curiosidad y el interés de seguimos capacitando para mejorar la práctica privada, que esto nos lleve a conocimiento y buen desempeño profesional. Sin ser menos importantes las publicaciones en todas nuestras redes sociales y de manera personal a nuestros conocidos colegas y amigos mediante llamadas telefónicas o mensajes de WhatsApp, citas de café, la euforia en todo su esplendor.

Se aproximaba la tan esperada fecha, el cual un día antes del Magno Congreso, y después de varias reuniones de organización todos los integrantes del comité de organización, reunidos en el auditorio del evento, se lleva a cabo un ensayo, revisar el orden del día, la lista de invitados y la confirmación de sus asistencias o en su caso de sus representantes en el evento, que se encontrarán colocados en su lugar correspondiente todos los personificadores en las mesas del presidium, así como también los apartados de las sillas para invitados especiales, los letreros en los Stand para las diferentes casas comerciales que nos acompañarían, la mesa de registro debidamente organizada y decorada con los distintivos del CXO, el área del coffe break , los cables , los micrófonos, el audio, el fotógrafo y más que eso pues nos apoyó un colega que le gusta la fotografía, el cual tuvo un papel muy importante pues era estar en todos los puntos y atrapar en imágenes los momentos vividos, nuestra vestimenta del Comité Organizador, los gafetes, las salidas de emergencia, la limpieza de los baños, el botiquín de primero auxilios, los extintores, las estructuras arañas informativas, los obsequios de productos regionales a cada uno de nuestros ponentes, la impresión de los números para las rifas a los primeros 60 madrugadores, esto como premio a su puntualidad e interés por las diferentes ponencias toda vez que ni se imaginaban de las rifas. En fin, que todo se encontrará situado en su lugar, que todo funcionara bien, que el maestro de ceremonia tuviera la información completa, que todo fuera orden y limpieza pues recibiríamos a nuestros invitados como se merecían y que estuvieran contentos, cómodos y satisfechos de haber asistido para ampliar sus conocimientos o en su caso reafirmarlos.



Y así sin más preámbulos llega el gran día, el histórico para nosotros como Colegio, llegamos temprano para recibir a las diferentes casas comerciales invitadas, incluyendo un stand de dulces regionales y tradicionales con la finalidad que degustaran los asistentes, que el coffe break también se instalara para la degustación en el momento que los asistentes apetecieran. La mesa de registro comenzó a llenarse, la primera conferencia estaba programada a las 9:00 horas del viernes 6 de septiembre de 2024, eran las 8:45 am los asientos estaban llenos y seguíamos recibiendo público, desde estudiantes de las diferentes universidades de la carrera de odontología, públicas y privadas, pasantes, profesionistas y especialistas. Es importante mencionar que se instaló un Stand para dar publicidad al proceso de **Certificación** que promueve el CXO para llevarse a cabo por primera vez en la Ciudad de Xalapa, nuestra culta Capital y el cual está programado a realizarse este próximo 29 de noviembre de 2024.



una pequeña remembranza de aquellos congresos en sus años de presidentes y era el tiempo mismo en que no regresaba, lo notamos muy emocionado, contento, eso nos indica la buena y fraterna relación de gran amistad que perdura a través del tiempo, aun en la poca frecuencia física. Era de esperarse ese feliz reencuentro y significativo momento. Posteriormente se procedió al pase de lista de todos los Ex Presidentes del multimencionado CNCD Sección Xalapa, recordando con respeto y cariño a los ya fallecidos, y así con ese sentimiento dio unas emotivas palabras una socia del CXO toda vez que ella era hija de uno de los Ex Presidentes finados. De manera especial se les entregaron, una fotografía de antaño en cuadro al Director Ejecutivo del CNCD, **Dr. Ricardo Rey Bosh**, donde aparecen los doctores Fundadores del CNCD, fue un momento muy emotivo porque están también en un congreso; así como también un obsequio simbólico pero muy afectuoso al Presidente del CXO, **Dr. José Alejo Mendoza Vizuet**, por parte del Staff o Comité organizador en reconocimiento a su labor al frente del Colegio. Acto seguido se lleva a cabo la formal **Inauguración del Magno Congreso de Odontología CXO**, y para concluir este evento inaugural se contó con una participación artística muy al estilo veracruzano, con Arpa y Guitarra donde no podía faltar la interpretación de la Bamba entre otras bellas melodías.



Brindándoles la bienvenida a todos los presentes y a su vez presentando a la primer ponente procediendo a la lectura de su Curriculum Vitae, iniciando a la hora estipulada, en atención a la puntualidad de los asistentes, teniendo esta ponencia una duración de 1.45 horas toda vez que se esperaba la llegada para la inauguración de los directivos y representantes del Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas (CNCD), así como a autoridades estatales, municipales, invitados especiales y no podían faltar los Ex presidentes del CNCD sección Xalapa, a las 11:00 horas se procedió a la presentación del Honorable Presídium, enseguida el Presidente del CXO dio las palabras de bienvenida, siendo el anfitrión de tan Magno evento, además de hacer una breve reseña de cómo está conformado el Colegio, así como también la misión y la labor desempeñada a la fecha. En consecutivo y no menos emotivo el mensaje del Director Ejecutivo del CNCD, mediante el cual nos transmite un saludo afectuoso del Presidente, que se encontraba fuera del país por cuestiones de trabajo propias del mismo Colegio que dignamente preside. A su vez recordó que tenía aproximadamente 20 años de no regresar a nuestra bella capital del Estado de Veracruz, de manera efusiva saludo a todos los ex presidentes del CNCD Sección Xalapa, dando





Después de esa emotiva y significativa inauguración se continuó con las conferencias programadas, haciendo el receso correspondiente para la comida. Al finalizar las ponencias del día se llevó a cabo una convivencia llamada "Rompe hielo", donde se disfrutaron bocadillos, botanas, diversas bebidas, luces estroboscópicas o luces de flash, música para bailar pues en este evento se trataba no solo de enseñanza, aprendizaje y actualizaciones, sino también de convivir entre los conocidos como los no conocidos pues siendo esta la finalidad, integrarse como un grupo de amigos de un magno congreso, resultando muy divertido y toda una algarabía.

Al siguiente día se continuaron los conferencistas ilustrándonos con sus conocimientos, casos clínicos, se realizaban preguntas o dudas con sus respectivas respuestas a ello. Al igual que el día anterior se hizo el receso para la comida, para posteriormente finalizar con las 2 últimas ponencias, siendo un total de 8 conferencias, 4 cada día, programada cada una de 1.45 horas para hacer recesos para degustar un coffe break, haciendo así una pausa para la salud, con un pequeño estiramiento corporal y continuar sin fatiga, así con entusiasmo como se vivió cada instante. Se le entregó a cada conferencista al término de sus exposiciones un reconocimiento y un pequeño pero significativo obsequio con productos de la región, en agradecimiento a su tiempo y conocimientos transmitidos.

No podía faltar la rifa final, donde las casas comerciales asistentes donaron varios productos que ofertaban, (que como dato extra estuvieron contentos por su logro en ventas) más un plus agregado por parte del Colegio, fueron más de 15 los felices y afortunados ganadores.

Y como todo lo que empieza tiene que terminar, así concluye nuestro magno evento, entre amigos, conocimiento, risas, abrazos, buenos comentarios al respecto, eso nos lleva a la entera satisfacción de un éxito obtenido y a la vez agradeciendo a todos los presentes su valiosa asistencia e interés por la superación profesional siendo este el objetivo central de nuestro querido Colegio Xalapeño Odontológico, la Educación Continua, eso nos lleva al objetivo logrado. Y no podía faltar la foto general del CXO, foto de gran recuerdo, así como la porra final por parte de todo el Comité Organizador, quienes el día de la inauguración porto ropa formal por la ocasión tan importante, pero el sábado que era día de amigos, acudió con su respectiva informalidad de mezclilla y la playera del CXO, sin perder el estilo.

No nos despedimos, nos vemos el próximo año 2025...





**COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE SAN MARTIN
TEXMELUCAN A.C.
FILIAL AL COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS
XII CONGRESO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

El congreso, organizado por la mesa directiva del Colegio de San Martín Texmelucan, se llevó a cabo los días 29 y 30 de agosto de 2024.

Dra. Esmeralda Carrasco Lazcano

Este evento tuvo el honor de recibir a destacadas personalidades en su inauguración, entre las que se encontraban el C.D. Jesús Antonio Villavicencio Limón, presidente del Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas; la Dra. Araceli Soria Córdoba, secretaria de Salud del Estado de Puebla; el Lic. Juan Manuel Alonso Ramírez, presidente municipal electo de San Martín Texmelucan; el Dr. Alberto Mora Lobato ; el Dr. Ivanoé Herrera Dattoli; el Dr. Hugo Sánchez Sánchez; la Dra. Esmeralda Carrasco Lazcano presidenta del colegio de cirujanos dentistas de san martin tex ; el E.P. Dr. Alejandro Vázquez Sandría; y la Dra. Ma. Del Carmen Landa Cuatle, así como otras personalidades que participaron en nuestra inauguración.

El congreso contó con la presencia de distinguidos ponentes, entre ellos:

MTRO. Ángel Kamenta Takizawa, con el tema: NUEVOS PROTOCOLOS PARA LA CONSERVACIÓN DE LOS TEJIDOS DEL DIENTE, TANTO EN DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN COMO EN LA PERMANENTE.

CDEO José Isaac Maldonado Noriega, con el tema: EL PAPEL DE LOS ALINEADORES EN LA ORTODONCIA CONTEMPORÁNEA.

EOCD. Alberto Acevedo, con el tema: TERAPIA DEL MAL ALIENTO.

CMF. Pedro Bello Santos, con el tema: TRAUMA DEL MACIZO ÓSEO.

CD. Juan Manuel Cortez, con el tema: ODONTOLOGÍA EN MEDICINA DEL SUEÑO, MULTIDISCIPLINA ACTUAL.

CD. PAT. Hugo Ángel Sánchez Sánchez, con el tema: PATOLOGÍAS ORALES Y MAXILOFACIALES EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

Además, el evento incluyó una expo dental, donde nos acompañaron patrocinadores, laboratorios farmacéuticos, laboratorios dentales y depósitos dentales. El congreso fue un éxito rotundo, logrando un lleno total una semana antes,

con dos auditorios que contaron con una gran afluencia de profesionales y estudiantes.

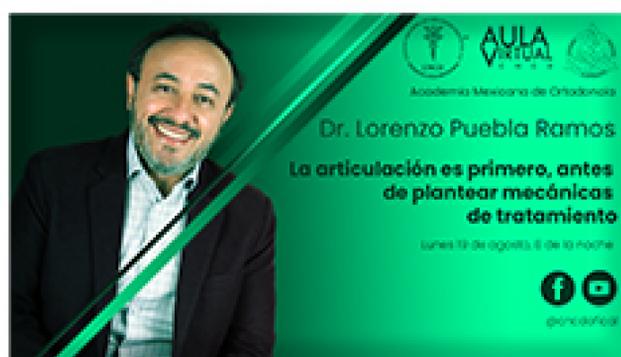
Al concluir la jornada de conferencias del 29 de agosto, se realizó un rompehielos que fue muy bien recibido por todos los presentes.



AULA VIRTUAL

C N C D

Colegio Nacional de Cirujanos Dentista
Fundación "Dr. Manuel Rey García"



Academia Mexicana de Ortodoncia

Dr. Lorenzo Puebla Ramos

La articulación es primero, antes de plantear mecánicas de tratamiento

Lunes 19 de agosto, 8 de la noche

[f](#) [y](#) @cncdooficial



Academia Mexicana de Odontología Restauradora

Dra. Cynthia Mercado Velázquez

Manejo de Absceso Apical Agudo

Lunes 26 de agosto, 8 de la noche

Dentsply Sirona [f](#) [y](#) @cncdooficial



Academia Mexicana de Ortodoncia

ENCUENTRO VIRTUAL ESTUDIANTIL DE ORTODONCIA

Lunes 26 de agosto, 10 de la mañana

[f](#) [y](#) @cncdooficial



Academia Mexicana de Odontopediatría

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EN LA ERUPCIÓN ECTÓPICA DE MOLARES PERMANENTES

Dr. Manuel de Jesús Godoy López

Lunes 2 de septiembre, 8 de la noche

[f](#) [y](#) @cncdooficial @academiamexicanadeodontopediatria



Academia Mexicana de Odontología Restauradora

IMPLANTOLOGÍA BIFÁSICA VS. IMPLANTOLOGÍA MONOFÁSICA

Mtro. Ricardo Lorenzo Lería Gracia

Lunes 9 de septiembre, 8 de la noche

[f](#) [y](#) @cncdooficial



Agrupación de Cirujanos Dentistas de Tlaxcala, A.C.

OSTEOMIELITIS MANDIBULAR

Dra. Glorinda Domínguez Fernández

Lunes 23 de septiembre, 8 de la noche

[f](#) [y](#) @cncdooficial



Asociación Odontológica Mexicana para la Braxilofona e Inicialización

Ortodoncia: Casos Clínicos (Técnica de arco recto)

Dr. Felipe Villaseñor Chino

Lunes 30 de septiembre, 8 de la noche

[f](#) [y](#) @cncdooficial



Academia Mexicana de Ortodoncia

ENCUENTRO VIRTUAL ESTUDIANTIL DE ORTODONCIA

Lunes 23 de septiembre, 10 de la mañana

[f](#) [y](#) @cncdooficial



Academia Mexicana de Odontopediatría

Y si los padres no quieren acero-cromo... ¿Qué opciones ofrecerles?

Lunes 7 de octubre 2024, 8 de la noche

Dr. Cesar María Pacheco Gilber

[f](#) [y](#) @cncdooficial @academiamexicanadeodontopediatria



Academia Mexicana de Odontología Restauradora

Creación y preservación de perfil de emergencia en implantología

Lunes 14 de octubre 2024, 8 de la noche

Dr. Cesar María Pacheco Gilber

[f](#) [y](#) @cncdooficial



Academia Mexicana de Ortodoncia

¿En dónde estamos hoy en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial?

Lunes 21 de octubre 2024, 8 de la noche

Dr. Cesar Aguiar Pizarro Contreras

[f](#) [y](#) @cncdooficial

Todas nuestras conferencias se transmiten todos los lunes a las 8 de la noche en nuestras plataformas de Facebook y YouTube, búscanos como cncdooficial.

The Rolling Stones y su esperado album *Hackney Diamonds*

Por Napoléon Sánchez

Hoy, queridos lectores, nos adentraremos en el universo de una de las bandas más legendarias del rock and roll. Los Rolling Stones, íconos inmortales del género, nos han regalado décadas de música inolvidable, y este mes de octubre, celebramos el primer aniversario de su más reciente álbum, *Hackney Diamonds*. Para los fanáticos que llevaban más de 25 años esperando nuevas canciones, puedo decir con certeza que la espera ha valido la pena.

Antes de profundizar en esta joya musical, hagamos un recorrido por la historia de esta influyente banda.

Los Rolling Stones: Pioneros del rock and roll

Formados en Londres a principios de los años 60, los Rolling Stones irrumpieron en la escena musical y rápidamente se consolidaron como una de las agrupaciones más importantes y revolucionarias del rock. Con Mick Jagger en la voz, Keith Richards en la guitarra y una alineación que ha evolucionado a lo largo del tiempo, han dejado una marca imborrable en la historia de la música.



Los inicios y el ascenso a la fama

En sus primeros años, los Stones ya daban señales de su energía cruda y sus influencias del blues y el rock. Álbumes como *The Rolling Stones* (1964) y *12 X 5* (1964) mostraban el estilo vibrante que los caracterizaría.

La banda ganó mayor notoriedad con discos como *Aftermath* (1966) y *Beggars Banquet* (1968), donde comenzaron a abordar temas sociales y políticos, consolidando su lugar en la élite musical de la época.

Su época dorada y la experimentación

Sticky Fingers (1971), considerado uno de sus mejores trabajos, mostró a una banda más madura explorando diversos géneros, con la icónica portada diseñada por Andy Warhol. Un año después, lanzaron *Exile on Main St.*, grabado en su exilio en Francia, con un sonido crudo que reflejaba su momento creativo más intenso.

En 1978, *Some Girls* llevó a los Stones a un nuevo nivel de éxito con éxitos como "Miss You" y "Beast of Burden", consolidando su capacidad para reinventarse.



Evolución en los años 80 y 90

Con el paso de las décadas, los Stones mantuvieron su relevancia. *Tattoo You* (1981) mezcló material inédito y nuevas composiciones, mientras que *Steel Wheels* (1989) reflejó su adaptación a los sonidos contemporáneos de la época.

El legado en el siglo XXI

En 2005, con *A Bigger Bang*, demostraron que seguían siendo una fuerza musical a tener en cuenta. Sin embargo, fue en 2023 cuando sorprendieron al mundo con *Hackney Diamonds*, un álbum que combina su esencia clásica con una frescura moderna, consolidando su estatus como leyendas vivientes.



¿Qué hace especial a Hackney Diamonds?

Primero, es el primer álbum con material original en 18 años, lo que ya lo convierte en un hito. Pero, más allá de esto, *Hackney Diamonds* es un homenaje a Charlie Watts, el icónico baterista de la banda, fallecido en 2021. Steve Jordan, quien asumió la batería, logra mantener viva la energía de Watts a lo largo de todo el disco.

El álbum cuenta además con colaboraciones estelares, como Lady Gaga, Elton John, Paul McCartney y Stevie Wonder, quienes suman diversidad y frescura a un disco que fusiona el blues rock característico de los Stones con un toque contemporáneo, gracias a la producción de Andrew Watt.

El cierre del álbum, con una emotiva versión de "Rolling Stone Blues" de Muddy Waters, es un guiño a los orígenes de la banda, un regreso a sus raíces de blues.

Las canciones más destacadas de Hackney Diamonds

Entre los temas más comentados del álbum, encontramos:

"Angry": Un potente y enérgico primer sencillo que ha conquistado rápidamente a los fanáticos.

"Sweet Sounds of Heaven": Una balada con toques de soul, en la que la voz de Lady Gaga se une de manera mágica con la de Jagger.

"Mess It Up": Con un ritmo pegajoso y una letra divertida, este tema recuerda los clásicos más vibrantes de los Stones.

"Bite My Head Off": Paul McCartney en el bajo añade una dosis extra de energía a esta canción llena de actitud.

"Live by the Sword": Puro rock and roll, con un toque de blues y una destacada interpretación de Steve Jordan en la batería.

La crítica y el éxito del álbum

Los críticos han elogiado *Hackney Diamonds* por su energía y vitalidad, destacando que es uno de los mejores trabajos de los Stones en décadas. Las letras abordan temas profundos como el paso del tiempo, la amistad y el amor, y la producción moderna le da un aire fresco sin que la banda pierda su esencia.

Un álbum lleno de historias

Hackney Diamonds es más que solo un regreso musical: es un tributo a Charlie Watts, una reunión entre viejos amigos y un reflejo de la evolución de la banda. El título del álbum ha generado teorías, desde una posible referencia a lugares específicos de Londres

hasta metáforas sobre el paso del tiempo y la fragilidad de la vida.

Grabado durante tiempos difíciles, en medio de la pandemia de COVID-19, algunas de las letras reflejan esa incertidumbre global que marcó el proceso creativo.

El legado de los Stones continúa

Con el lanzamiento de Hackney Diamonds, los Stones no solo revivieron su carrera, sino que la llevaron a nuevos niveles. Su gira mundial, "Hackney Diamonds Tour", los ha llevado a escenarios de todo el mundo, donde interpretan tanto sus nuevos éxitos como los clásicos que han marcado generaciones.

A pesar del paso de los años, los Rolling Stones siguen siendo una fuerza imparable en el mundo de la música. Con una energía inagotable, continúan demostrando que, aunque el tiempo avance, su legado sigue más vivo que nunca.

Larga vida a los Stones!



CNCD

R E V I S T A D I G I T A L



Fundación Dr. Manuel Rey García

Director

Dr. José Antonio Villavicencio Limón

Editores

Dra. María del Carmen Guzmán Pineda

Dra. Nayeli Cordero Morales

Dr. Alberto Mora Lobato

Ing. Napoleón Alejandro Sánchez Ramírez

Num
04

Revista

Octubre 2024

Contacto

(55) 5559-7371

(55) 55592403

cncdcontacto@gmail.com

revistacncd@gmail.com