

R D G

VOLUMEN 20 - N° 1



REVISTA DEL COLEGIO DE DENTISTAS DE GRANADA





¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes
Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas
En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría
Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal. Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto
Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.
1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. GRANADA Gran Vía de Colón, 46; bajo Tel. 958 29 26 00 granada@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 958 29 26 00 y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora





Colegio Oficial de Dentistas
de Granada

RDG

Volumen 20 - Nº 1

Primer cuatrimestre 2021

Edita: COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE GRANADA

Director: JOSÉ ANTONIO ALARCÓN PÉREZ

JUNTA DE GOBIERNO

Presidente: FCO. JAVIER FERNÁNDEZ PARRA

Vicepresidente: GABRIEL ZAPATA GONZÁLEZ

Secretario: JUAN IGNACIO GARCÍA ESPONA

Tesorera: CRISTINA HITA IGLESIAS

Vocales: ENRIQUE JESÚS AGREDANO MARTÍN

ALEJANDRO OTERO ÁVILA

M^a TERESA PALOMARES MURIANA

MANUEL RODRÍGUEZ PÉREZ

JOSÉ ANTONIO ALARCÓN PÉREZ

M^a CRISTINA IBÁÑEZ ROMERO

M^a DEL MAR RUIZ CARBONELL

Dirección:

Maestro Montero

(Edificio Guadiana), s/n-Bajo

18004 Granada

Téls.: 958 522 953 - 958 523 192

Diseño y maquetación: Bodonia Artes Gráficas S.L.

Depósito Legal: Gr-448/2000

ISSN: 1576-4966

Sumario

7 Editorial

8 El liquen plano oral presenta probablemente una tasa de transformación maligna infraestimada: reflexiones de un metaanálisis • PABLO RAMOS-GARCÍA y MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ-MOLES

15 Colegio de Dentistas de Granada: Informe de Secretaría • I. GARCÍA-ESPONA y E. ROSEL GALLARDO

24 Nuestras instalaciones

29 Utilidad de los principios contables en la gestión de una clínica odontológica • CARMEN ANAYA-AGUILAR, MANUEL BRAVO y ROSA ANAYA-AGUILAR

45 Evaluación de la filtración de algodón y politetrafluoroetileno (PTFE) como materiales espaciadores provisionales endodónticos • CRISTINA BENAVIDES REYES, RAÚL GUTIÉRREZ SIMÓN y MARÍA PALOMA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

59 Actualidad científica: revisando la literatura • ANA BELÉN GARCÍA EXPÓSITO

67 4 Palancas para una dirección excelente: un 360° en tiempos de Covid-19 • MANUEL QUESADA



io Oficial de Dentistas
de Granada

lonia 2020

ficial de Dentistas de



Miembros de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Dentistas de Granada, durante la última celebración de Santa Apolonia que se pudo realizar (2020).
De izquierda a derecha: Gabriel Zapata, Juan Ignacio García-Espona, Enrique Agredano, M^a Cristina Ibáñez, Javier Fernández, Cristina Hita, Alejandro Otero, Manuel Rodríguez, M^a del Mar Ruiz y José Antonio Alarcón.



Fco. Javier Fernández Parra.
Presidente del Colegio Oficial de Dentistas de Granada

Editorial

CUANDO A PRINCIPIOS DEL AÑO PASADO ultimábamos con ilusión las obras de ampliación de nuestra sede colegial nada sospechábamos del año tan duro que nos esperaba. La ampliación del colegio, con un área de oficina más acorde a las necesidades de nuestro colectivo, con nuevos espacios de reunión, sala de Juntas multifuncional a disposición de los colegiados y mejora sustancial del sistema audiovisual, venía a completar una gestión que siempre tuvo como objetivo hacer del Colegio la casa de los colegiados. La abundante oferta en formación, con cursos y conferencias gratuitos la mayoría de ellos, ya era un referente para otros Colegios.

La inauguración estaba prevista el 18 de Marzo de 2020 y, como todos conocéis, para esa fecha todo había cambiado y hubo que posponerla. Probablemente ya no tenga sentido hacerla, aunque la mejor inauguración fue que dichas instalaciones sirvieron para mejorar las condiciones de trabajo de todos nosotros en esos momentos tan complicados. En especial de los trabajadores del colegio que han sabido estar a la altura, trabajar sin descanso y a deshoras y hacer turnos para que nuestras oficinas siempre estuvieran funcionando incluso, por primera vez, en Agosto. Gracias Saida, Encarni y Raquel.

Y es que ha sido, y sigue siendo, un tiempo muy difícil para todos nosotros. También a nivel colegial. El Colegio de Granada reaccionó rápido y el día 19 de Marzo del pasado año, junto al Colegio de Córdoba, hicimos un comunicado y un vídeo que explicaba nuestro posicionamiento y nuestra realidad como colectivo. Luego vinieron los listados de urgencias, los protocolos, luchar porque nuestro colectivo fuera considerado para los ERTES y conseguir que fueran expresamente contestados, nuestra postura a favor de la prescripción de los dentistas, estomatólogos y odontólogos, de las pruebas de detección del COVID y la realización de las pruebas rápidas ante el posicionamiento inicial en contra de nuestro propio Ejecutivo del Consejo General. También las campañas publicitarias como "volver a confiar volver a sonreír" que ocupó varios meses con la idea de concienciar a la población que debía acudir al dentista o "Tu boca es la protagonista" por el día mundial de la salud oral con numerosas entrevistas en prensa y radio de todos nosotros con el fin de devolver la confianza en nuestra profesión y en nuestras instalaciones.

Y por último, la vacunación, que tan difícil ha resultado y a la que tantas horas hemos dedicado. Vacunación que, aunque no dependía ni depende de nosotros, asumimos la responsabilidad de su comienzo cuando nuestros listados no llegaban desde Sevilla y que propició el comienzo de la vacunación masiva de la totalidad del personal de nuestras clínicas. Desde entonces, hasta ahora, todas las semanas se han ido actualizando los listados desde el Colegio en un arduo trabajo de oficina como único medio a nuestro alcance, junto con continuas llamadas y mensajes, para la vacunación total.

Un gran desgaste que hemos realizado con el convencimiento de que cada una de nuestras decisiones, totalmente transparentes, era por el bien común de nuestro colectivo. Hemos asumido las críticas recibidas con la misma empatía que hemos agradecido las numerosas muestras de cariño, de reconocimiento a nuestra labor y los ofrecimientos para colaborar. Nosotros estamos orgullosos de como habéis respondido como colectivo en una prueba tan difícil como la actual.

Durante este tiempo, varios proyectos se vieron relegados aunque no se dejó de trabajar en ellos. Hoy presentamos con ilusión la nueva revista del Colegio, con nuevo formato y nueva dirección. Gracias al empuje y al trabajo de nuestro compañero Jose Antonio Alarcón es una realidad que deseamos sea de vuestro agrado.

Como siempre, desde la Junta del Colegio de Dentistas de Granada, nuestro deseo de salud y nuestro afectuoso saludo.

EL LIQUEN PLANO ORAL PRESENTA PROBABLEMENTE UNA TASA DE TRANSFORMACIÓN MALIGNA INFRAESTIMADA: REFLEXIONES DE UN METAANÁLISIS.



PABLO RAMOS-GARCÍA*,
MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ-MOLES*

* Facultad de Odontología, Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

El liquen plano oral (LPO) es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune y de etiología desconocida que se caracteriza fundamentalmente por la presencia de lesiones reticulares blancas que pueden acompañarse también de lesiones atrófico-erosivas (Warnakulasuriya et al. 2007). Posee una prevalencia del ~1%, estimada mediante técnicas metaanalíticas por nuestro grupo de investigación sobre un tamaño muestral de 66 estudios y 500,464 pacientes con liquen plano oral (Gonzalez-Moles et al. 2020).

Relevancia clínica

Dada la alta prevalencia de este desorden, su característica más importante es su naturaleza potencialmente maligna (Warnakulasuriya et al. 2007), aunque en el momento actual existen controversias en cuanto a la frecuencia del proceso de malignización del LPO, esencialmente relacionadas con la existencia de unos criterios restrictivos a la hora de aceptar un caso como un auténtico LPO malignizado (Gonzalez-Moles et al. 2008). Estos criterios, propuestos por van der Meij y van der Waal (van der Meij & van der Waal 2003), ampliamente seguidos por clínicos e investigadores, consideran exclusivamente como LPO aquellos casos que en su apariencia clínica presentan lesiones blancas reticulares más o menos simétricas (figura 1) y en el análisis histopatológico de la lesión demuestran infiltrado inflamatorio en banda en el corion superficial, degeneración licuefactiva de la capa basal y ausencia de displasia epitelial (figura 2). Los autores (van der Meij & van der Waal 2003) propusieron como lesiones orales liquenoides (LOL) a todos aquellos casos que no cumplen algunos de sus criterios, atribuyendo carácter premaligno exclusivamente a las LOL y no al LPO. Además, puesto que la displasia es la alteración histológica epitelial que con más certeza indica que un epitelio está en el camino franco de la malignización (especialmente en el caso de displasias severas) (Warnakulasuriya et al. 2008), su consideración como un criterio de exclusión de diagnóstico de LPO necesariamente selecciona aquellos casos de LPO que presumiblemente presentan un bajo riesgo de transformación maligna. Esto ha llevado a la idea de que probablemente se está infraestimando la capacidad real de evolucionar a cáncer de un desorden oral potencialmente maligno tan prevalente como el LPO (Gonzalez-Moles et al. 2017). Además de las controversias comentadas, relacionadas con los criterios diagnósticos, la mayoría de los estudios sobre malignización de LPO no aportan información precisa sobre algunos aspectos que podrían ser relevantes en este sentido, tales como los periodos de seguimiento, el tipo de lesiones, la localización intraoral de las lesiones o la existencia de hábitos nocivos asociados claramente al desarrollo de cáncer oral como son el consumo de tabaco y alcohol. Finalmente, existe un notable desconocimiento en cuanto al potencial de transformación maligna de otras lesiones, clínicamente relacionadas con el LPO, conocidas como reacciones liquenoides (RL) que obedecen a factores etiológicos bien conocidos -consumo de fármacos o contacto de la mucosa oral con materiales de restauración dental, principalmente amalgama de plata- de las que también en algunos estudios se ha señalado su potencial de evolución a cáncer oral.



Figura 1

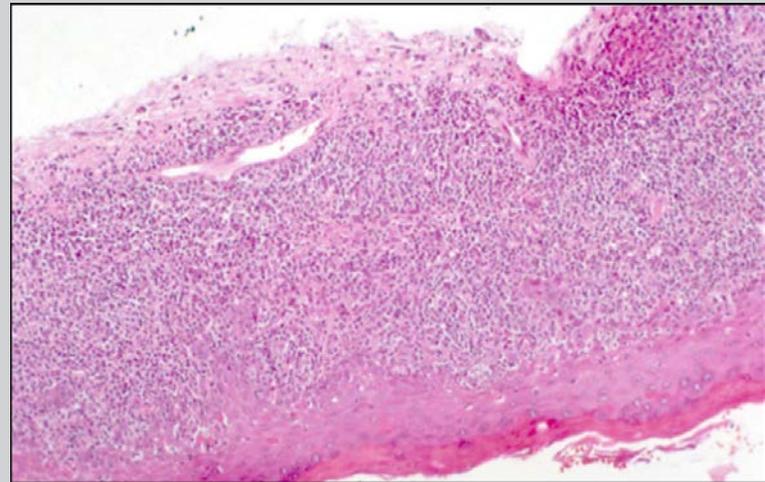


Figura 2

Objetivo

En base a este contexto, en el presente artículo comentamos los resultados más relevantes de una revisión sistemática y metaanálisis publicada recientemente por nuestro grupo de investigación (González-Moles et al. 2019), en el que se estimó la tasa de malignización del LPO, se exploraron las variables con mayor influencia sobre este fenómeno y se investigaron los factores de riesgo más relevantes en la predicción del riesgo de progresión a cáncer.

Comentario

Se condujo una búsqueda electrónica en 4 bases de datos con fecha límite superior Nov-2018 (sin fecha límite inferior). Fueron incluidos estudios con diseño longitudinal que evaluaran el riesgo de transformación maligna de LPO, LOL y RL.

Se incluyeron 82 estudios que reclutaron un total de 26,742 pacientes -375 desarrollaron cáncer oral-. 78 estudios se realizaron sobre LPO, que incluían un total de 25,848 pacientes, 4 estudios se focalizaron sobre LOL con 635 pacientes, 3 estudios recogieron los resultados de RL con 150 pacientes, finalmente, en nuestro metaanálisis se incluyeron también 3 estudios con LPO displásico que presentaron datos de 109 pacientes. La tasa de transformación maligna combinada fue del 1.14% (IC95%=0.8-1.49) para LPO, 1.71% (IC95%=0.00-5.46) para RL, 1.88% (IC95%=0.15-4.95) para LOL (sin diferencias significativas inter-subgrupo), y del 6.22% (IC95%=1.92-12.14) para LPO displásico, que mostró una tasa significativamente superior a la observada en el grupo LPO ($p<0.001$).

La tasa de transformación maligna fue además significativamente mayor en estudios que basaron su diagnóstico en criterios clínicos e histopatológicos ($p<0.001$) y con periodos de seguimiento de los pacientes más prolongados ($p=0.048$). En relación con la localización anatómica y la apariencia clínica de las lesiones, el riesgo de malignización fue significativamente mayor en la lengua que en el resto de las localizaciones intraorales (RR=1.82, IC95%=1.21-2.74, $p=0.004$) y en las lesiones atrófico-erosivas (RR=4.09, 95% CI=2.40-6.98, $p<0.001$) en comparación con las lesiones que presentaban un patrón reticular puro.

En relación a los factores de riesgo analizados en estos pacientes, los fumadores presentaron un riesgo 1.98 veces mayor de desarrollar cáncer que los no fumadores ($p=0.002$), los bebedores de alcohol, 2.28 veces más riesgo que los no bebedores ($p=0.02$), y los infectados por el virus de la hepatitis C un riesgo 4.46 veces mayor que los no infectados, aunque con significación estadística marginal ($p=0.053$).

Conclusión y reflexiones finales

Nuestra revisión sistemática y metaanálisis presentó resultados consistentes y aportó evidencia científica de una infraestimación de la tasa de transformación maligna para LPO, LOL y RL, actualmente del 1.14%, 1.88% y 1.71%, respectivamente. Las principales razones de esta infraestimación serían la aplicación de criterios diagnósticos restrictivos, especialmente la exclusión de casos de LPO con displasia epitelial, así como períodos de seguimiento inadecuados. Se encontró un mayor riesgo de transformación maligna en las lesiones erosivas y/o atróficas localizadas en la lengua, en los consumidores de tabaco y/o alcohol, y en los pacientes con LPO infectados por el virus de la hepatitis C.

Referencias

Gonzalez-Moles MA, Gil-Montoya JA, Ruiz-Avila I, Bravo M. Is oral cancer incidence among patients with oral lichen planus/oral lichenoid lesions underestimated? *J Oral Pathol Med* 2017; 46(2):148–153.

González-Moles MÁ, Ruiz-Ávila I, González-Ruiz L, Ayén Á, Gil-Montoya JA, Ramos-García P. Malignant transformation risk of oral lichen planus: A systematic review and comprehensive meta-analysis. *Oral Oncol* 2019; 96:121–130.

Gonzalez-Moles MA, Scully C, Gil-Montoya JA. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. *Oral Dis* 2008; 14(3):229–43.

González-Moles MA, Warnakulasuriya S, González-Ruiz I, González-Ruiz L, Ayén A, Lenouvel D, Ruiz-Ávila I, Ramos-García P. Worldwide prevalence of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* 2008; [In Press].

van der Meij EH, van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. *J Oral Pathol Med* 2003; 32(9):507–12.

Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36(10):575–80.

Warnakulasuriya S, Reibel J, Bouquot J, Dabelsteen E. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. *J Oral Pathol Med* 2008;37(3):127–33.

SKEMA 8



SKEMA 6



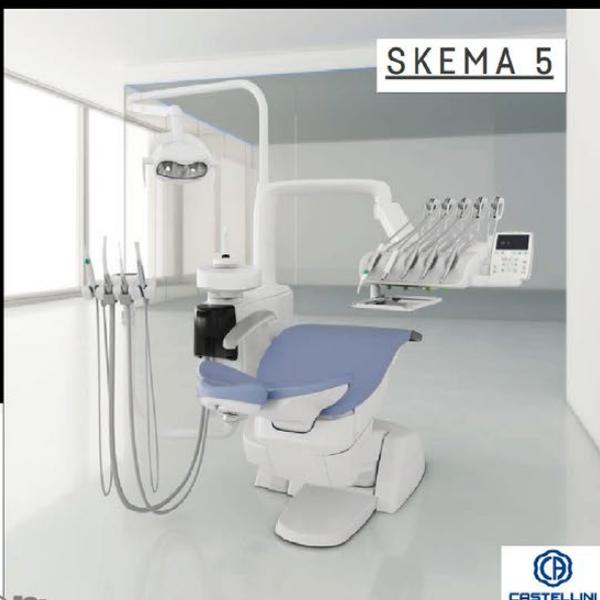
PUMA ELI AMBIDIESTRO



PUMA ELI R



SKEMA 5



Chirana
CHEESE L



S.A.T EN PLANTILLA

COLEGIO DE DENTISTAS DE GRANADA: INFORME DE SECRETARÍA

GARCIA-ESPONA I*, ROSEL GALLARDO E**

*Secretario del Colegio de Dentistas de Granada

** Ex Secretaria del Colegio de Dentistas de Granada



INTRODUCCIÓN

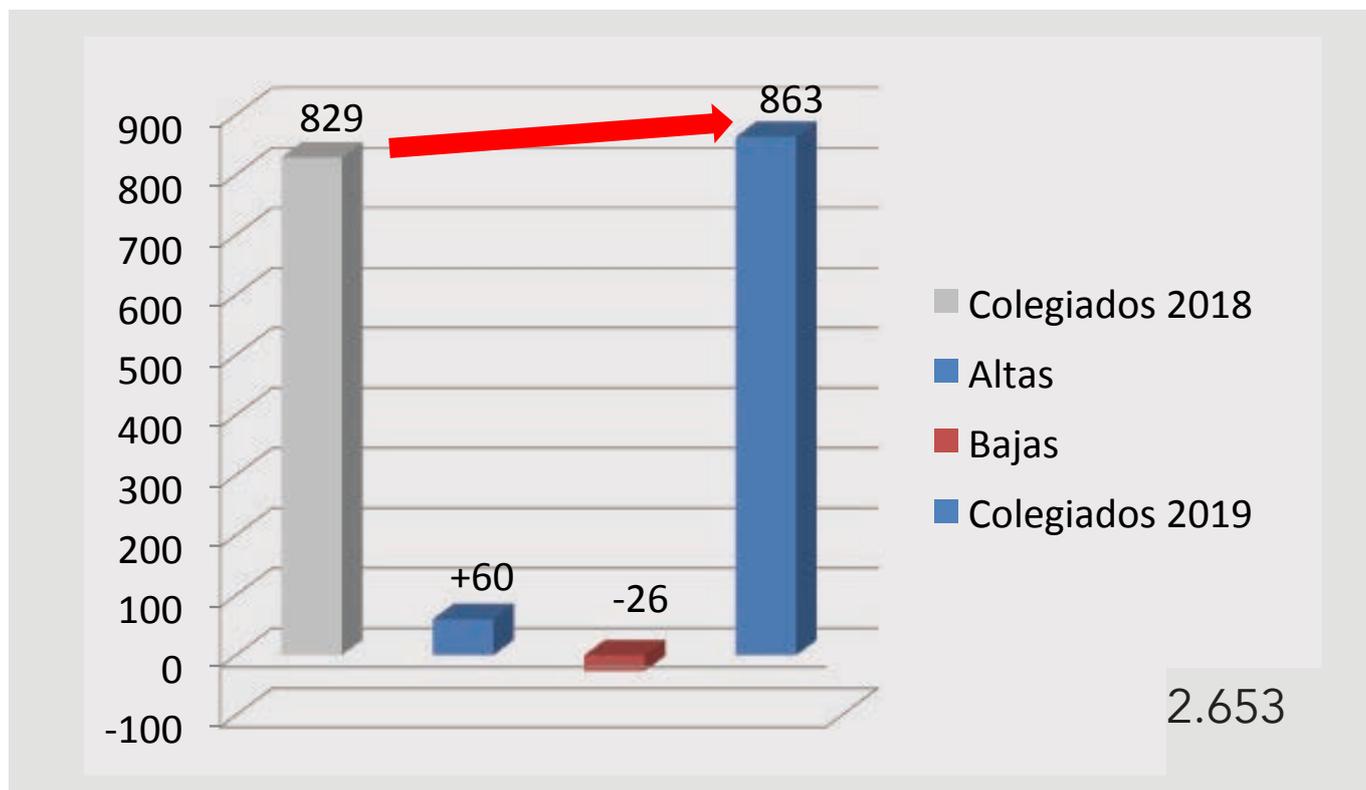
El Colegio de Dentistas de Granada quiere divulgar en este breve artículo los aspectos esenciales de la Memoria colegial del año 2019. Nos vamos a centrar en 5 epígrafes: movimiento colegial, situación laboral, demografía colegial, reclamaciones de pacientes y formación continuada.

Movimiento colegial

El número de altas de colegiación ha expresado un notable repunte durante el año 2019 y ha pasado de 43 a 60.

El número de bajas ha sido de 26, la mayoría (10) por traslado de expediente a otro Colegio, 6 por cese de actividad profesional, 5 por traslado fuera de España, 3 por jubilación (Dres. Eduardo Valencia Laseca, Juan Carlos Sánchez Rivero y Roberto Oscar Balinotti Camiña), 1 por enfermedad y 1 por fallecimiento (Dr. Joaquín Arboleda Atienza).

El número de colegiados al final del ejercicio es de 863. Sin embargo, el último número de colegiado del año en Granada fue el 2.653, número que registra el histórico de altas, toda vez que este se conserva toda la vida y no se entrega a otro compañero en ningún caso. En el caso de colegiados que se trasladan o cesan en la actividad y posteriormente retornan a la colegiación, se conserva el número original.



Situación laboral

El número de colegiados inscritos en el paro de forma oficial en el INEM sigue siendo residual (solo 4 de 863 colegiados, un 0,5%). Nuestro nivel de paro declarado está por debajo del índice que las diferentes administraciones



consideran como paro real, catalogándolo como paro técnico. Sin embargo, nos consta que la realidad no es tan benévola ni en las cifras ni en las circunstancias en las que muchas veces se trabaja, por lo que se hace aconsejable que desde este Colegio se tomen medidas para que se visibilice oficialmente nuestra situación laboral real, especialmente si queremos que sean fructíferas las gestiones de aplicación de un “numerus clausus” más restrictivo.

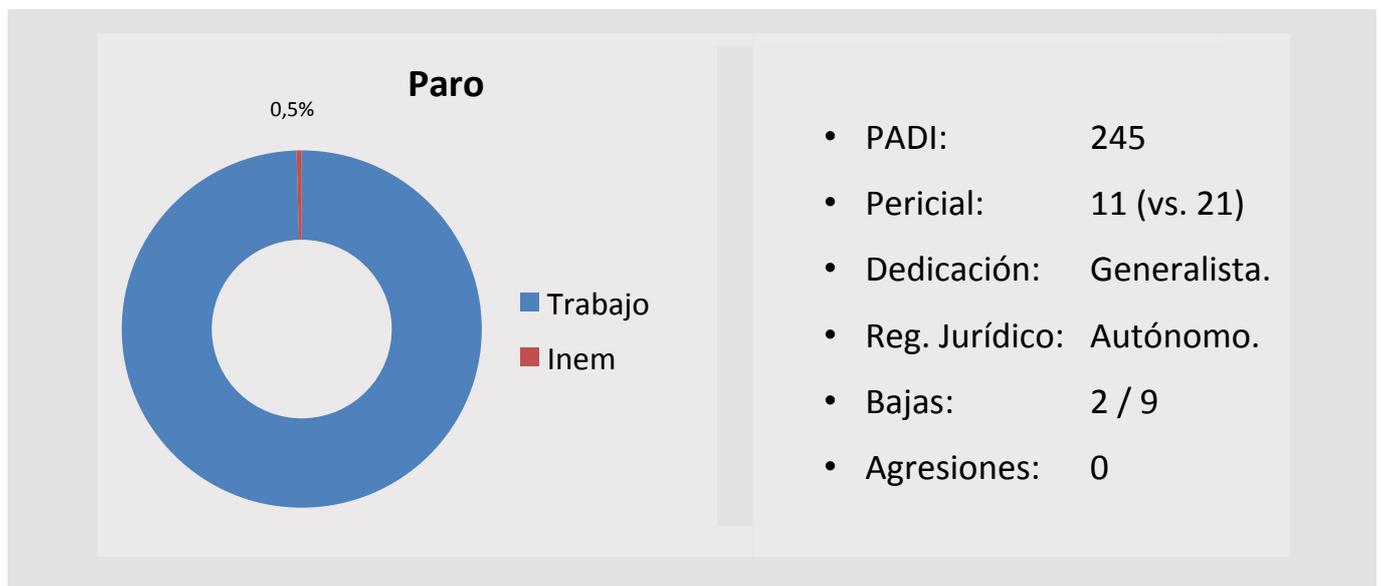
Según la Consejería de Sanidad de Granada, a fecha de 21 de Enero de 2020 habían 245 clínicas dentales / dentistas adscritos al Plan de Atención Dental Infantil (PADI) de la Junta de Andalucía.

Muchos menos son los colegiados adscritos al sistema de peritación judicial, que ha disminuido prácticamente a la mitad en un solo ejercicio, de 21 a 11. Destaca el hecho de que solo 5 de ellos tienen continuidad respecto al año anterior.

En el tipo de dedicación predomina claramente la dedicación generalista y tiende a la baja la exclusivista. Sin embargo, es este un epígrafe en el que es claro que se requiere una actualización de la base de datos. Por situación jurídica, la inmensa mayoría de los colegiados trabaja como autónomo, aunque la clínica no sea propia.

En situaciones de baja temporal por enfermedad hay 2 colegiados. Han solicitado exención del pago de un trimestre de la cuota colegial por baja por maternidad 9 compañeras, si bien es manifiesto que el número de situaciones registradas es, de forma evidente, muy inferior al real, ya sea por desconocimiento de tal exención o por desidia.

Afortunadamente no constan, al menos de forma oficial en este Colegio, agresiones durante este año a sanitarios del gremio dental. Se insta a toda la colegiación a que deje constancia oficial si estas se produjeran en cualquier caso, incluidas las agresiones verbales, ya sea a nuestro estamento o al personal auxiliar de cualquier tipo.





Colegio Oficial de Dentistas de Granada

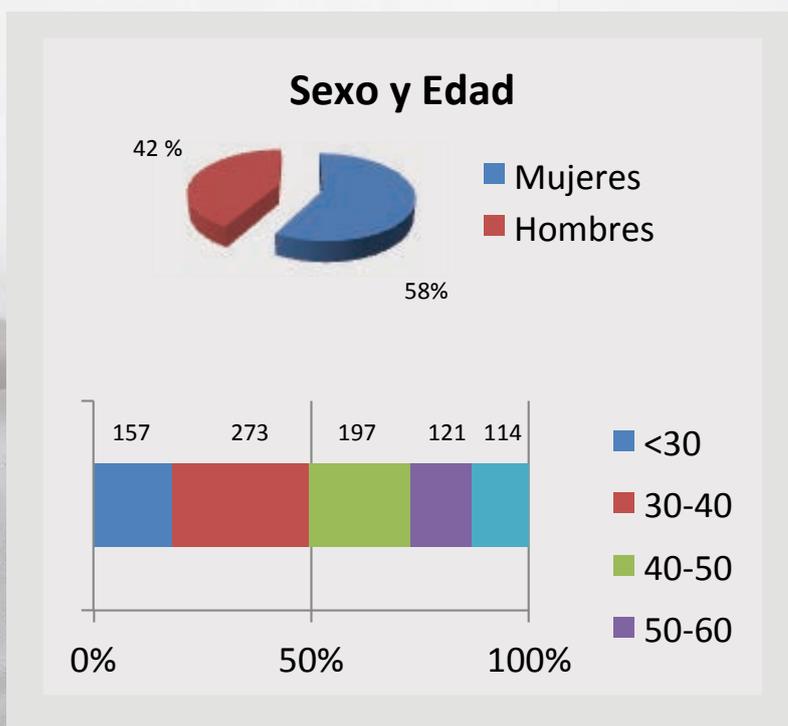
Demografía colegial

Por sexos, mantenemos la misma ratio del año pasado, favorable a las mujeres: 58% (508 colegiadas) vs. 42% (355 colegiados).

La distribución por franjas etarias se ilustra en la tabla 1. La franja de edad más numerosa es la de 31-40 años, si bien hay que hacer constar que el primero de los intervalos es realmente más corto que los siguientes, pues difícilmente un colegiado puede serlo antes de tener 23 años.

La edad media colegial es de 42 años de edad. Para hablar con propiedad, el dentista promedio de nuestro Colegio no es un dentista, es UNA dentista de 42 años de edad, nacida en el año 1978 y que tiene un estimado de 18/19 años de experiencia profesional.

El colegiado de más edad tenía 82 años, el doctor Benedykt Rybkowski, con clínica en Velilla.



Reclamaciones de pacientes

Se percibe claramente un descenso en el marasmo de reclamaciones derivado de la actividad y cierre de las clínicas iDental. De las aproximadamente 700 reclamaciones del año 2018 (un 96,5% contra iDental) hemos pasado en el año 2019 a 69, de las cuales 45 (un 65%) lo fueron también contra iDental, todas las cuales se aceptaron hasta el 27/02/2019, fecha en la que se emitió la Resolución de la Audiencia Nacional unificando su curso judicial.

Las restantes 24 se reparten entre Dentix (3), América Dental (3), Adeslas (2), policlínicas

varias (4) y colegiados varios (12), tres de los cuales tienen más de una reclamación.

De esta forma un 17% de las reclamaciones lo fueron contra colegiados y un 83% contra multidentales.

Sin embargo, el número de reclamaciones reales es superior al indicado, toda vez que aquí se incluyen únicamente las que los pacientes cursan directamente en el Colegio o las que se derivan al Colegio a través de Consumo, pero no las que se interponen directamente a nivel judicial y que muchas veces son las más graves.

EDAD	Total	Hombres	Mujeres
Menores de 30 años	157	44	113
De 31 a 40 años	273	83	190
De 41 a 50 años	197	85	112
De 51 a 60 años	121	59	62
Mayores de 62 años	114	84	30

Distribución de reclamaciones (2019):

- 45 iDental (65%)
- 3 Dentix
- 3 América Dental
- 6 Policlínicas varias (1-2 pp.)
- 12 Colegiados (1-2 pp.)



Formación colegial

En el capítulo de conferencias (Fig.5) hemos pasado de 9 a 11, con un total de 377 asistentes, lo cual da un promedio de 35 asistentes por conferencia. Las conferencias con mayor asistencia han sido, en general, las de profesores de la Facultad y las exposiciones de alumnos de Máster.

Han recibido diploma acreditativo de formación continuada (por asistir a la mitad de las conferencias) solo 3 colegiados, un porcentaje que consideramos

bajo. Dado que son muchos los compañeros que asisten de forma regular a múltiples conferencias, cursos y actualmente también, videoconferencias de otras entidades (sociedades

científicas, universidades, casas comerciales y otras instituciones colegiales o privadas) y considerando el contraste entre las altas cifras de asistencia registradas y el bajo número de diplomas otorgados, la Junta de gobierno del Colegio va a modificar y en breve plazo se hará público, el criterio para la concesión del citado diploma anual de formación continuada colegial.

El colegiado que asistió a un mayor número de conferencias fue Ricardo Muñoz Martínez, quien asistió al 90% de las mismas y a quien felicitamos por su interés en la actividad formativa colegial.





Curso de Excelencia en Estética Dental
Profesoras. M^a Carolina Guilherme Erdhardt y Thais Thomé Feldens

En el capítulo de cursos (Fig.6) hemos pasado de 9 a 14 y todos ellos gratuitos (excepto únicamente el de RCP y urgencias en la clínica dental), a los que se suma un curso de 5 módulos teóricos prácticos sobre endodoncia. La asistencia total a los cursos (exceptuando el modular de endodoncia) ha sido de 487 personas, lo que da exactamente la misma media de asistentes que en las conferencias, 35 personas por curso.

La máxima asistencia la tuvieron los cursos de oclusión (84 personas), microtornillos en ortodoncia (69) y el de la SEPA (67).

El que obtuvo la mejor calificación por parte de los asistentes fue el de Excelencia en Estética Dental de las Dras. M^a Carolina Guilherme Erhardt y Thais Thomé Feldens, a las que trasladamos nuestra más sincera felicitación.

A GRADECIMIENTOS

Al personal de Secretaría del Colegio (Saida Pérez Prados, Encarnación Molina Arenas y Raquel Braojos García), por su continua labor de facilitación de la información que se les ha solicitado para este trabajo.

¿Planificas tus casos de forma digital?

Predictibilidad, sencillez, precisión,
disminución de tiempos y costes.
SATISFACCIÓN.



Ponemos todo un mundo digital
al alcance de la clínica



Prótesis del Sur
protésicos dentales



Saida Pérez Prados (Gerente)



Encarnación Molina Arenas



Raquel Brajos García



NUESTRAS INSTALACIONES



Por motivos de la situación provocada por el Covid no pudimos hacer la inauguración prevista de las nuevas instalaciones de nuestra Sede Colegial; no obstante aquí mostramos una panorámica general, junto con los puestos de trabajo, que se han mantenido activos durante todo este periodo.





LUPAS ZUMAX

**DENTAL
ANDALUSI**
MAS DE 30 AÑOS DE EXPERIENCIA NOS AVALAN

Las lupas ZUMAX son un perfecto complemento para aquellos profesionales que buscan la máxima precisión en su trabajo.

Los distintos modelos de lupa ZUMAX se adaptan a todas las necesidades y formas de trabajar, y garantizan un descanso visual óptimo.

Todas las ópticas de ZUMAX son multicapa y antirreflectantes. Permiten una gran profundidad de campo visual.



Diseño preparado para evitar la fatiga en un uso prolongado.



LUPA DEPORTIVA AJUSTABLE SLF

- Magnificaciones disponibles: 2.5x, 3.0x, 3.5x
- Distancia focal disponible 340mm, 420mm, 460mm, 500mm
- Distancia interpupilar adaptable
- Disponible en 3 colores: Negro, gris y rojo
- Incluye insertada una montura para lentes correctivas

550.€ +IVA



LUPA PERSONALIZADA ULTRALIGERA SLT TTL

- Disponibles en magnificación: 2.0x 2.5x 3.0x
- Distancia focal disponible 340mm, 420mm, 460mm, 500mm
- Distancia interpupilar personalizada
- Disponibles en monturas deportivas y/o de titanio
- Ultraligera (57g incluyendo montura)

750.€ +IVA



LUPA TELESCOPICA CON LUZ LED

- Gran libertad de movimiento
- Espacio para utilizar tus propias lentes correctivas
- Distancia interpupilar adaptable
- Óptica regulable en altura y angulación
- Resistente al agua para mayor facilidad de limpieza

1900.€ +IVA



Aumentos	Distancia Focal
5.0x	340mm, 420mm, 460mm
6.0x	340mm, 420mm, 460mm

SOLICITE DEMO

UTILIDAD DE LOS PRINCIPIOS CONTABLES EN LA GESTIÓN DE UNA CLÍNICA ODONTOLÓGICA



CARMEN ANAYA-AGUILAR

Profesora Interina
Departamento de Economía y Administración de Empresas,
Universidad de Málaga, Campus El Ejido, 29071, Málaga, Spain
canaya@uma.es

MANUEL BRAVO

Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria.
Departamento de Estomatología. Universidad de Granada
Facultad de Odontología. Campus de Cartuja s/n, 18071 Granada
mbravo@ugr.es

ROSA ANAYA-AGUILAR¹

Profesora Asociada
Departamento de Economía y Administración de Empresas,
Universidad de Málaga, Campus El Ejido, 29071, Málaga, Spain
ranaya@uma.es

¹ Correspondencia autor: correo electrónico ranaya@uma.es (Rosa Anaya-Aguilar).

INTRODUCCIÓN

El contexto actual de crecimiento del número de dentistas en España, la crisis económica y el desarrollo profesional de este colectivo en un 90 % en el sector privado hace que el dentista tenga que aunar en su clínica el deber ético de priorizar el interés del paciente con una adecuada gestión de desarrollo empresarial. El objetivo de este artículo es mostrar la utilidad de los principios contables en la gestión económica de una clínica odontológica.

CASO PRÁCTICO

Basado en los principios de metodología contable de Pacioli de partida doble se desarrolló un supuesto práctico de apertura de una clínica odontológica, registrando en los libros de contabilidad cada uno de los hechos contables.

RESULTADOS

Se obtuvo el Balance y el registro de forma cronológica cada una de las anotaciones trasladando cada movimiento al libro Diario y sus correspondientes anotaciones en el libro Mayor.

CONCLUSIONES

La contabilidad como método siguiendo los principios contables de partida doble que inspiran los estados financieros a nivel mundial permite al dentista la toma de decisiones sobre la gestión económica de su clínica con garantías de acierto.

Keywords

Contabilidad, clínica odontológica, dentistas, principios contables, Pacioli, estados financieros

1. Introducción

En España los servicios públicos de salud oral tienen pocas coberturas llevando esta desvinculación con la sanidad privada a un hacer profesional de gestión privada [Nielsen & Hamming, 2008 y Rossomando, 2004] en un escenario de crecimiento del número de dentistas que desde 1980 a 2010 ha sido del 605 % y que según el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2019 el número de profesionales es de 37.787 [INE, 2018]; ello, como vaticinaban algunos autores, junto a un incremento de la demanda que no ha compensado este enorme crecimiento del número de dentistas [Bravo, 2002; Llodra Calvo, 2010] agravado por la crisis económica que ha reducido en un 5 % de los pacientes en clínicas dentales [Instituto de Estudios Key Stone, 2009 y Calzón et al., 2015] hace que sean tiempos difíciles para el ejercicio profesional de los odontólogos en este país [Bravo-Pérez et al., 2019 y Quintana & López-Varcarcel, 2009].

Además el desarrollo profesional de los dentistas en España en el 90 % se realiza en el ámbito privado [Consejo General de Colegios de Dentistas de España, 2018; Bravo et al., 2009 y Barrios et al., 2011] en lo que puede definirse como empresas pequeñas en la que sus usuarios pagan por un servicio y el dentista una vez que ha pagado todos

los gastos tanto de personal como generales obtiene un beneficio que le permite la prolongación de su actividad. El profesional de la odontología tiene el compromiso ético de poner en primer lugar el interés del paciente y a su vez realizar una adecuada gestión profesional que le proporcione su continuidad y la posibilidad de seguir prestando sus servicios a los pacientes [FDI World Dental Federation, 2018].

La formación clínica de los dentistas está avalada por las enseñanzas oficiales universitarias de Odontología (y antiguamente Estomatología) [ANECA, 2008]. En cuanto a la competencia profesional y su hacer ético como odontólogo está vigilado de cerca por los distintos colegios profesionales repartidos por todas las provincias de España que a su vez responden ante otra estructura superior denominada Consejo General de Dentistas de España [Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999].

Lo que no se ve en ningún plan de estudios, al menos en lo que conocen los autores de este artículo, es una formación en Gestión Económica a la que la mayor parte de los dentistas privados en España están destinados [ANECA, 2008] siendo el poco control sobre cuestiones de gestión uno de los factores asociados con el Síndrome de *Bur-*

nout [Singh et al., 2016; Maslach & Leiter, 2016; Bagherzadeh et al., 2016; Ohta et al., 2011 y Goetz et al., 2012] cuya prevalencia en España según un estudio de Bravo-Pérez es del 29 % [Bravo-Pérez et al., 2019].

El dentista que gestiona su clínica realiza su profesión que lleva aparejada un desarrollo empresarial. La empresa, que en ese caso particular se denomina clínica dental, transforma factores (materiales, mano de obra, capital) mediante el uso de la tecnología generando "valor" o utilidad en ese proceso, o lo que es en definitiva un usuario o paciente bien atendido. Desde la visión de gestión de clínica dental en la dimensión empresarial necesita disponer de información adecuada que permita la toma de decisiones y ese es el propósito de la contabilidad, proporcionar información útil en la toma de decisiones económicas [Suárez, 2012].

La contabilidad o ciencia del Patrimonio desempeña un rol central en negocios de

cualquier tamaño y se define como un sistema adoptado para llevar la cuenta y razón en las oficinas públicas y particulares o la aptitud de las cosas para poder reducir las a cuenta o cálculo [RAE, 2019]. Su historia tiene siglos de desarrollo y evolución. Ya los sumerios, 6000 años A. de C. desarrollan la escritura, los números, el concepto de propiedad, las monedas y se han encontrado registros de ingresos y gastos, por ejemplo se usaban unidades de productos como el cereal representada por granos (figura 1a) [Ortiz, 2017]. 1.800 años A. de C. en Mesopotamia el código Hammurabi contenía leyes de Comercio. 350 años A. de C. en Grecia se encuentran libros de contabilidad como el Diario y el libro de cuentas de clientes. En definitiva el uso de la información contable se remonta a miles de años y surgió para permitir a las personas realizar un seguimiento de sus riquezas a medida que compraban, vendían y/o intercambiaban [Quinn & Strauss, 2017].

En 1494 en Italia, Fray Luca Pacioli, recoge en el tratado de "Summa de Arithmetica Geometria Proportioni et Proportionalità" los principios fundamentales de la contabilidad por partida doble que ya usaban los comerciantes en su época y que hoy en día tanto sistemas manuales como informatizados deben gran parte de su lógica a estos principios y procesos que él describió [Sangster & Scataglinibelghitar, 2010].

Fray Luca Pacioli, fraile franciscano (figura 1b), y amigo de Leonardo Da Vinci, fue el primero en publicar a finales del siglo XV, los usos comerciales, la nueva aritmética y el álgebra, realizando un gran aporte a las necesidades de la sociedad de la época. La partida doble, el álgebra y la aritmética forman tres partes de la "Summa Arithmetica" de Pacioli fundamentales para representar de forma objetiva la cantidad, número, valor y magnitud que forman parte de ese proceso de abstracción y de generalización de conceptos tan importantes en la ciencia y en el mundo occidental [Cano Morales et al., 2017].

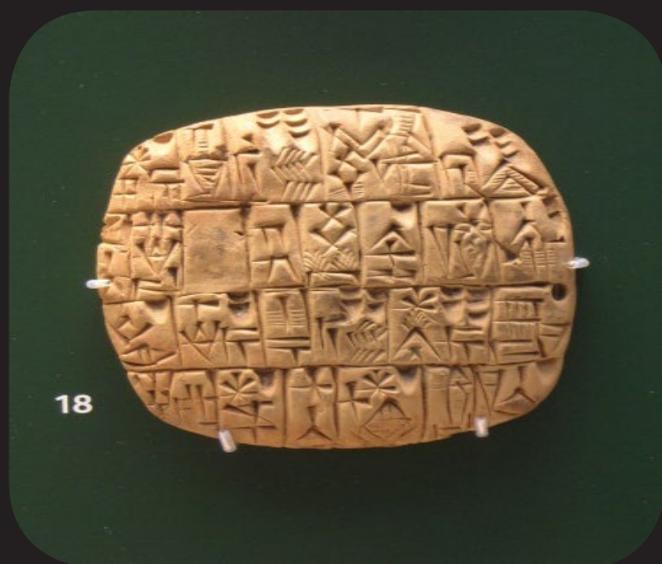


Fig. 1a. Contabilidad en Sumeria



Fig. 1b. Pacioli

Fig. 1. Historia de la Contabilidad

Los estados financieros de una empresa son de gran utilidad para terceros y en gran cantidad de países siguen normas comunes como son la *International Financial Reporting Standards* (IFRS) o Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) que tienen como propósito lograr que los informes financieros de una empresa sean comprensibles para cualquier parte interesada, independientemente del lugar geográfico en que estén uno y otro [Label & De León, 2019].

¿Por qué un dentista podría estar interesado en la contabilidad? El conocimiento de la contabilidad puede ayudar a solicitar un préstamo hipotecario, evaluar una oferta de trabajo, determinar el saldo de su cuenta bancaria, etc., en definitiva la contabilidad suministra información que incrementa las posibilidades de tomar decisiones que beneficien a su hacer cotidiano. Para elaborar esta información, la contabilidad, se basa en los principios de lo que se

denomina "Partida Doble". Poniendo un ejemplo, cuando una clínica dental presta un servicio a un usuario, éste tiene que entregarle a la primera, por importe igual, una compensación económica, en este caso dinero. Así es el fenómeno de partida doble. Precisando más: cuando se entrega algo se sabe que se recibirá algo. No hay nada que se entregue que no se coordine con algo que se reciba. No hay un hecho económico que no tenga siempre su contrapartida. Esa es pues la esencia de la partida doble [García Martín, 2011].

Los fundamentos de la contabilidad son siempre los mismos con independencia del tamaño o tipo de negocio y en España están recogidos en el Plan General de Contabilidad (en adelante PGC) y deben mostrar la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la empresa así como el método para llevar a cabo el objetivo [Ministerio de Economía y Hacienda, 2007].



Fig. 2. Patrimonio

Para tomar decisiones se debe disponer de información pertinente que se recoge a través de un conjunto de instrumentos contables y cuyo objetivo final servir de herramienta para toma de decisiones [Label & De León, 2019]

Cualquier clínica dental posee una estructura de elementos físicos: local, un sillón dental, un compresor, una turbina, un autoclave, equipos informáticos, material, dinero en efectivo,... y en su actividad generan derechos (cobrar los servicios a los clientes...) y obligaciones (pagar a los proveedores...). Los bienes y derechos constituyen el activo del patrimonio, mientras que las obligaciones son el pasivo. El patrimonio neto informa del valor contable de la riqueza de una empresa, es decir, es la diferencia entre lo que una empresa posee (activos) o estructura económica y lo que debe (pasivos) o estructura financiera y que se reflejan en un estado financiero denominado balance (figura 2). El balance refleja el patrimonio de la empresa y siempre está en equilibrio.

El Patrimonio Neto refleja las cantidades que los propietarios han invertido en la empresa. Existen dos fuentes de capital: el importe de dinero aportado directamente por los inversionistas y el importe retenido de los beneficios generados por la empresa. Hacer notar que la clínica o

el negocio son entes independientes y los posibles trasvases de propietario a negocio o viceversa obligan a que ambos reconozcan la transacción que se ha efectuado.

El estado de ingresos y gastos muestra, por un lado, todos los ingresos que la empresa ha recibido en el ejercicio, como también todos los gastos en que se ha incurrido en ese mismo periodo. Si se toma el total de los ingresos y se resta el total de los gastos, se llega al resultado del ejercicio que puede ser un beneficio o una pérdida y quedan sintetizados en el neto patrimonial [García Martín, 2011].

Alcanzado este punto cabe aclarar la diferencia entre conceptos gastos/pagos, así como ingresos/cobros. Se entiende por gasto el equivalente monetario de las adquisiciones de factores productivos (bienes y servicios) que darán lugar en su momento a las correspondientes salidas de dinero o pagos. La voz ingreso no es sinónimo de cobro, pues hace referencia a la prestación por parte de una empresa de bienes y servicios a terceros [Castillo Clavero, 2005].

Pacioli [Pacioli, 1991] describió el método contable usando la partida doble e iniciando con ello la contabilidad moderna: aconseja emplear los libros: Inventario y

Balances, Diario y Mayor y definió las reglas del principio matemático de la partida doble: no hay deudor sin acreedor; la suma que se adeuda a una o varias cuentas ha de ser igual a lo que se abona; todo el que recibe debe a la persona que da o entrega; todo valor que ingresa es deudor y todo valor que sale es acreedor; toda pérdida es deudora y toda ganancia acreedora.

Los hechos económicos se registran en unidades básicas denominadas cuentas. Estos registros contables facilitarán la elaboración de informes o los también denominados estados contables, estados financieros o cuentas anuales. Cada cuenta contable se configura por un nombre que se refiere al hecho que representa. Cada empresa, cada clínica puede tener miles de cuentas que la contabilidad presenta de forma sintética uniendo cuentas homogéneas que permita discernir sobre la situación de ellas. Gráficamente se representa por una T, que recoge los movimientos de la cuenta donde por convenio a la parte izquierda de la T, se llama "débito" o "debe" y a la parte derecha "crédito" o "haber". Cada parte recoge un aumento o disminución del valor de esa cuenta dependiendo de la naturaleza de la correspondiente magnitud contable. Se denomina saldo de una cuenta a la diferencia entre la suma de su debe y la

suma de su haber. La cuenta será deudora cuando su debe es mayor que su haber, y acreedora cuando su debe es menor que su haber [García Martín, 2011].

2. Caso práctico

A continuación se va a tratar de trasladar todos los conceptos anteriores a ejemplos prácticos: imagine que acaba de terminar su carrera de odontología en la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada en 2019 y que junto con otros dos compañeros decide poner en marcha su propia clínica en un local de alquiler que dispondrá de 3 sillones y la inversión inicial se detalla a continuación: material dental fijo, mobiliario y tecnología 90.000 €; inversión obras, instalaciones eléctricas, fontanería, calefacción y aire acondicionado 12.000 €; licencia de obras y aperturas 1.100 €; inversión en material dental fungible o consumible 15.000 €.

Toda esta lista anterior constituye la inversión mínima para empezar a trabajar en la clínica y es lo que en su balance formaría parte del Activo pero ahora hay que ver el cómo se financia o de dónde vienen la aportación de los fondos necesarios para hacer frente a la relación anterior y que es lo que se denomina Pasivo.

Pues bien, la forma jurídica elegida será una Sociedad de Responsabilidad Limitada que para ser constituida necesita de la aportación societaria de 3.000 €, dinero que los tres dentistas han depositado en la cuenta bancaria abierta a nombre de la clínica y de aportaciones familiares obtienen un total de 90.000 € que se ha depositado en el banco.

Después de revisar todos los presupuestos sobre material dental fijo y fungible, los socios piden un préstamo a devolver en 5 años de 60.000 € que les ha sido concedido y depositado en su cuenta bancaria y por último deciden sacar del banco 1.000 € y depositarlo en la caja de la clínica para poder atender las cuestiones inmediatas que surjan en el funcionamiento.



3. Resolución y discusión del caso práctico

En la figura 3 se puede observar cómo figuraría en Balance cada una de las partidas y como la suma del activo es igual a la suma del pasivo.

Para llegar al Balance planteado en la figura 3 se habrían tenido que anotar en el libro Diario cada una de las operaciones que para mejor comprensión del ejemplo se pondrán agrupadas, pero es la filosofía y sistemática del libro Diario (figura 4) que se anote una a una, de forma cronológica y tal cómo suceden cada una de las

operaciones. Procede además al mismo tiempo construir los mayores de las cuentas que han aparecido en este sencillo ejemplo. El libro Mayor (figura 4) pretende recoger el movimiento –cargos y abonos- de cada una de las cuentas que han intervenido en el ejercicio económico. Gracias a las anotaciones que se han hecho en el Mayor, se podrá efectuar el seguimiento de cada cuenta y determinar su saldo como se detalla a continuación (figura 4a y b)

Balance (en Euros)	
Inmovilizado intangible	1.100
Inmovilizado material	90.000
Instalaciones	12.000
Existencias material fungible	15.000
Caja	1.000
Bancos	33.900
Total Activo	153.000
Fondos propios	90.000
Capital Social	3.000
Deudas a Largo Plazo (préstamo)	60.000
Total Pasivo	153.000

Fig. 3. Balance inicial

LIBRO DIARIO					LIBRO MAYOR			
DEBE		HABER			DEBE	CAPITAL SOCIAL		HABER
Asiento 1							3.000 €	Asiento 1
3.000 €	Banco	a	Capital So	3.000 €	DEBE	BANCO		HABER
Asiento 2					Asiento 1	3.000 €	1.100 €	Asiento 4
90.000 €	Banco	a	Fondos pro	90.000 €	Asiento 2	90.000 €	12.000 €	Asiento 5
Asiento 3					Asiento 3	60.000 €	90.000 €	Asiento 6
60.000 €	Banco	a	Préstamo l	60.000 €			15.000 €	Asiento 7
Asiento 4							1.000 €	Asiento 8
1.100 €	Inmov. Intangibl	a	Banco	1.100 €	DEBE	FONDOS PROPIOS		HABER
Asiento 5							90.000 €	Asiento 1
12.000 €	Inmov. material.	a	Banco	12.000 €	DEBE	PRÉSTAMO L/P		HABER
Asiento 6							60.000 €	Asiento 3
90.000 €	Inmov. material	a	Banco	90.000 €	DEBE	INMOV. INTANGIBLE		HABER
Asiento 7					Asiento 4	1.100 €		
15.000 €	Inmov. Material	a	Banco	15.000 €	DEBE	INMOV. MATERIAL		HABER
Asiento 8					Asiento 5	12.000 €		
1.000 €	Caja	a	Banco	1.000 €	Asiento 6	90.000 €		
					Asiento 7	15.000 €		
					DEBE	CAJA		HABER
					Asiento 8	1.000 €		

Fig. 4. Libros Diario y Mayor

Asiento 1. Al constituir la Sociedad Limitada habrá que haber depositado en el Banco la cantidad de 3.000 €. Se ha producido una entrada de dinero en la cuenta bancaria de la clínica que según el principio de partida doble se registra en el debe; paralelamente se ha producido una obligación de pago de la clínica hacia sus socios que se representa la salida o el acreedor. A continuación se anota en el libro mayor.

Asiento 2. Para poder hacer frente al acondicionamiento y adquisición de material dental fijo, mobiliario, etc. de la clínica, los dentistas deberán hacer las

aportaciones pertinentes que en este caso se trata del dinero inicial de cada socio cifrado en 30.000 € lo que supone un total de 90.000 €.

Asiento 3. Como los dentistas han indagado en el mercado saben que para empezar la actividad aún no tienen suficiente dinero así que deciden pedir un préstamo a devolver en 5 años que se les ha concedido por un importe de 60.000 €.

Asiento 4. Se inicia el acondicionamiento de la clínica para lo que se solicitan las licencias oficiales por las que hay que pagar por transferencia bancaria 1.100 €.

Asiento 5. La inversión en obras, instalaciones eléctricas, fontanería, calefacción y aire acondicionado asciende a 12.000 € que se paga a través de la cuenta del banco.

Asiento 6. Una vez acondicionada la clínica se procede a adquirir el material dental fijo, mobiliario y tecnología que asciende a 90.000 € y que es pagado a través de transferencia bancaria de la cuenta de la clínica.

Asiento 7. Se adquiere el material dental fungible por un importe de 15.000 € que se paga a través del banco.

Asiento 8. Para finalizar se decide tener en efectivo en la caja de la clínica la cantidad de 1.000 € que se sacan de la cuenta bancaria de la clínica. Cabe observar que el importe de las cuentas con saldo deudor (1.100 Inmovilizado Intangible + 90.000 Inmovilizado Material + 12.000 Instalaciones + 15.000 Material Fungible + 1.000 Caja + 33.900 Bancos) coincide

con el de las cuentas con saldo acreedor (90.000 Fondos Propios + 3.000 Capital Social + 60.000 Deudas a Largo Plazo). Esta información queda recogida en el estado contable denominado Balance de Sumas y Saldos previo a la confección del Balance de Situación, en el que queda reflejada toda la información del libro Diario, de forma sintetizada.

Ha sido demostrada la utilidad de los principios contables en la gestión de una clínica odontológica al igual que Pacioli (1991) indicaba a sus alumnos. No obstante, cuenta con ciertas limitaciones. Se ha tratado de reducir la complejidad de una clínica odontológica en un ejemplo de fácil comprensión para profesionales alejados de los conocimientos sobre gestión y administración de una empresa a pesar de la dimensión empresarial que compone esta profesión [Suárez, 2012]. En este trabajo se han evitado definiciones complejas sin eludir la importancia de herramientas como la contabilidad y sus

estados contables pueda tener para la gestión de una clínica tal y como sugieren los autores [Label & De León, 2019]. La contabilidad como método permite al dentista la toma de decisiones sobre su clínica o consulta. Los principios de partida doble que inspiran los estados financieros a nivel mundial son los mismos para una clínica pequeña como para negocios complejos, en estos casos las transacciones económicas se hacen más diversificadas y complejas, como lo es también el proceso de entregar dicha información a una variedad de usuarios [Quinn & Strauss, 2017; Sangster & Scataglinibelghitar, 2010]. Los componentes fundamentales, sin embargo no cambian [García Martín, 2011; Ministerio de Economía y Hacienda, 2007]. Desde este artículo los autores quieren ayudar al colectivo de dentistas a entender la terminología contable y su empleo tal y como ocurre en la vida personal y la de los pequeños negocios [Label & De León, 2019].

A GRADECIMIENTOS

Esta publicación se realizó en el curso de una estancia en la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada.

BIBLIOGRAFÍA

ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [Internet]. Madrid: ANECA;2008 [citado 28 enero 2020]. Verifica-Odontología. Disponible en: <https://grados.ugr.es/odontologia/pages/infoacademica/archivos/verificaodontologia>.

Bagherzadeh R, Taghizadeh Z, Mohammadi E, Kazemnejad A, Pourreza A, Ebadi A. Relationship of work family conflict with burnout and marital satisfaction: cross domain or source attribution relations?, *Health Promot Perspect*, 2016;6:31-6. doi: 10.15171/hpp.2016.05

Barrios R, Rosel E, Bravo M. Crisis económica y Odontología en España, *RCOE* 2011;16:107-11.

Bravo M, Cortés FJ, Casals E, Llena C, Almerich-Silla, JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int. Dent. J.* 2009;59:78-82.

Bravo M. Private dental visit per dentist in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Surveys, *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:321-8.

Bravo-Pérez M, Anaya-Aguilar C, Anaya-Aguilar R, Barrios-Rodríguez R, Montero-Martín J. Crisis económica y síndrome de burnout en dentistas privados en España, *RCOE* 2019;24:88-94.

Calzón Fernández S, Fernández Ajuria A, Martín J, Murphy J. The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain, *J Epidemiol Community Health* 2015;69:880-5.

Cano Morales A, Restrepo Pineda C, Villa Monsalve O. Aportes de Fray Luca Pacioli al desarrollo de la contabilidad: Origen y difusión de la partida doble, *Revista Espacios* 2017;38:1-11.

Castillo Clavero A. El subsistema de producción de la empresa. En: Castillo Clavero A (Coord.). *Introducción a la economía y administración de empresas*. Madrid: Editorial Pirámide; 2005. p. 123-49.

Consejo General de Colegios de Dentistas de España. *La salud bucodental en España. Encuesta poblacional*. Madrid: Edicomplet; 2018.

FDI World Dental Federation. *Manual de Ética Dental 2*. Londres UK: Quintessence Publishing Co Ltd; 2018.

García Martín V. *Contabilidad adaptada al Plan General de Contabilidad de 2008*. Madrid: Editorial Pirámide; 2011.

Goetz K, Campbell S, Broge B, Dörfer C, Brodowski M, Szecsenyi J. The impact of intrinsic and extrinsic factors on the job satisfaction of dentists, *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40:474-80.

INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE;2018 [Citado 22 dic. 2019]. *Notas de Prensa Profesionales Sanitarios Colegiados*. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/epsc_2018.pdf.

Instituto de Estudios Key Stone. En 2009 las clínicas redujeron un 5 % el número de

pacientes sanitarias. Madrid: Fededt editor; 2009.

Label W, De León J. Contabilidad para No contables Madrid: Editorial Pirámide; 2019.

Llodra Calvo J. La demografía de los dentistas en España. Situación pasada, presente y futura. Análisis 1994-2020. Madrid: Consejo General de Dentistas; 2010.

Maslach C, Leiter M. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry, *World Psychiatry* 2016;15:103-11.

Ministerio de Economía y Hacienda. Real Decreto 1514/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el Plan General de Contabilidad, *BOE* 2007;278:47402-7.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre por el que se aprueban los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General, *BOE* 1999;22:3530-46.

Nielsen A, Hamming A. Interprofessional education in Denmark, *J Interprof Care* 2008; 22:205-8.

Ohta H, Wada K, Kawashima M, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T. Work family conflict and prolonged fatigue among Japanese married male physicians, *Int Arch Occup Environ Health*, 2011;84:937-42.

Ortiz AE. Contabilidad en Sumeria. [Internet]. Bogotá: Historia.pcweb.info; 2017 [citado 19 dic. 2019]. Disponible en: [https://historia.](https://historia.pcweb.info/2017/07/contabilidad-en-sumeria-antigua-mesopotamia.html)

[pcweb.info/2017/07/contabilidad-en-sumeria-antigua-mesopotamia.html](https://historia.pcweb.info/2017/07/contabilidad-en-sumeria-antigua-mesopotamia.html).

Pacioli L. La Divina Proporción. Madrid: Editorial Akal; 1991.

Quinn M, Strauss E. The Routledge Companion to Accounting Information Systems [Internet]. Abingdon: Routledge; 2017 [citado 1 enero 2019]. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781315647210>.

Quintana C, López-Varcarcel B. Economic crisis and health, *Gac Sanit* 2009;23:261-5.

RAE: Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; 2019 [citado 31 oct. 2019].

Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=ATHBe5x>.

Rossomando E. The National Crisis in Access to Oral Health Care: A Dental Industry Association Responds, *Compendium* 2004;25:266-70.

Sangster A, Scataglinibelghitar G. Luca Pacioli: The father of accounting education, *Account Education: an Int J* 2010;19:423-38.

Singh P, Aulak D, Mangat S, Aulak M. Systematic review: factors contributing to burout in dentistry (Lond.), *Occup Med* 2016;66:27-31.

Suárez E. Gestión de la Clínica Dental. Madrid: Informaciones Digitales y Comunicación SL; 2012.



**OFERTA EXCLUSIVA PARA
COLEGIADOS DEL ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS
DE GRANADA**

SEGURO DE INCAPACIDAD LABORAL

**ASEGURA TU ESTABILIDAD
ANTE SITUACIONES IMPREVISTAS**

INCLUIDO ACCIDENTES:

Quedan cubiertas las bajas por enfermedad y accidente ocurrido tanto en el ejercicio profesional como en la vida privada.

TODOS LOS DÍAS:

La indemnización se cobra hasta un máximo de 365 días, incluyendo festivos, sábados y domingos.

SIN CARENCIAS:

Disponible desde el primer día de contratación sin periodos de carencias salvo parto.

HOSPITALIZACIÓN Y UCI:

Por cada día de hospitalización recibirás un segundo capital, sin franquicia, y un tercer durante los 20 primeros días en UVI o UCI.

PRIMA PARA 1.500 € DE INDEMNIZACIÓN AL MES

FRANQUICIA 7 DIAS

30'50
€/mes

FRANQUICIA 15 DIAS

26'00
€/mes

*Indemnización calculada para 30 días de baja sin descuento de franquicia. Máxima indemnización 365 días por siniestro. Oferta sujeta a la aceptación del riesgo por parte de la compañía. Edad máxima de contratación 59 años. Otras edades consultar

MÁS INFORMACIÓN Y CONTRATACIÓN



952 363 541



663 878 882



comunicacion@andalbrok.es

EVALUACIÓN DE LA FILTRACIÓN DE ALGODÓN Y POLITETRAFLUOROETILENO (PTFE) COMO MATERIALES ESPACIADORES PROVISIONALES ENDODÓNTICOS

CRISTINA BENAVIDES REYES,
RAÚL GUTIÉRREZ SIMÓN,
MARÍA PALOMA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

En las endodoncias de varias sesiones clínicas necesitamos materiales de obturación provisional. El politetrafluoroetileno (PTFE), es inorgánico y ha demostrado tener diferentes usos en la odontología. Los objetivos de este estudio fueron: (1) comparar la capacidad selladora de distintas combinaciones de materiales espaciadores y materiales de obturación provisional; y (2) estudiar el tiempo libre de filtración de las combinaciones.

R

Material y Métodos: Sesenta dientes humanos unirradiculares incluidos en resina y cortados a 15mm del ápice. Se les realizó una cavidad estándar de 3mm de diámetro y 2mm de profundidad y un reborde de 2mm de altura de composite fluido. Los conductos fueron instrumentados con Protaper Next® e irrigados con agua destilada entre limas. Aleatoriamente, fueron divididos en 5 grupos en función del material espaciador y restaurador provisional (algodón+algodón, algodón+Cavit®, Cavit®+Cavit®, PTFE+Cavit®, PTFE+PTFE), y en 4 subgrupos dependientes del tiempo de exposición (1, 2 semanas; 1, 2 meses). Se colocó una punta de papel X3 intraconducto, el material espaciador y restaurador correspondiente y se sumergieron en una solución de fucsina básica 1%.

E

S

U

Resultados: PTFE+PTFE y PTFE+Cavit® obtuvieron los mejores resultados, evitando la filtración en el 100% de los casos. Lo contrario que en los que se usó algodón+algodón que siempre mostraron tinción positiva, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estas combinaciones. El PTFE utilizado solo o combinación con Cavit®, obtuvo mejores resultados clínicos que el algodón solo o en combinación con Cavit®.

M

E

Conclusiones: PTFE se puede utilizar como alternativa al algodón bajo las restauraciones endodónticas provisionales.

N

Palabras clave: algodón, politetrafluoretileno (PTFE), endodoncia, filtración.

INTRODUCCIÓN

La endodoncia es la rama de la odontología que se ocupa de la morfología, fisiología y patología de la pulpa dental humana y los tejidos perirradiculares [1]. El tratamiento de conductos permite eliminar todas las bacterias y materia viva de dentro de los conductos radiculares para ser obturados con diferentes materiales [3]. En la mayoría de los casos, los tratamientos endodónticos pueden realizarse en una sola sesión, si bien en algunas ocasiones la situación clínica del paciente, la dificultad técnica del caso, la experiencia del profesional u otros parámetros, pueden hacer necesarias dos o más sesiones, siempre a juicio del profesional que la realiza [2,7].

En estos casos, necesitamos emplear materiales de obturación provisional, que permitan mantener los conductos aislados de toda contaminación existente en la cavidad oral [2,3]. Generalmente, esta obturación provisional se basa en la utilización de dos tipos de materiales: un material que nos mantenga el espacio cameral (espaciador) y el material restaurador provisional [4]. Por lo que, debe proporcionar un buen sellado coronario para evitar la contaminación microbiana de los conductos instrumentados antes de colocar la obturación definitiva y es de gran importancia para el éxito del tratamiento [5].

A lo largo de los años se han empleado diferentes materiales provisionales, en conjunto con materiales espaciadores. El óxido de zinc eugenol mejorado (IRM®) y el óxido de zinc sulfato de calcio (Cavit®) son materiales comúnmente utilizados en endodoncia como materiales de obturación provisional. Este último se ha comprobado

que tiene su mayor tasa de sellado a las 24h, probablemente debido a su capacidad de absorción de agua y expansión durante el fraguado, pero que tiene una mayor tasa de filtración a las dos semanas en comparación con otras obturaciones provisionales [3]. Estos materiales se han usado en combinación con una pequeña bola de algodón, generalmente, como material espaciador o también se ha empleado material de obturación para toda la cavidad.

El politetrafluoroetileno (PTFE), más conocido por su nombre comercial teflón, es un material polimérico, prácticamente inerte y que no reacciona con otras sustancias químicas excepto en situaciones muy especiales, ni se altera por la acción de la luz. Además, tiene una gran hidrofobicidad, manteniendo sus cualidades en ambientes húmedos. Es también un gran aislante eléctrico y tiene mucha flexibilidad. Su antiadherencia hace que se elimine fácilmente sin dejar residuos en la superficie con la que estaba en contacto. También destaca su capacidad para ser esterilizado en autoclave sin perder ninguna de sus propiedades [6].

Este material que tiene usos muy comunes fuera del ámbito odontológico, también ha demostrado tener diferentes usos en la odontología. Se ha utilizado [6] para la regeneración tisular guiada, sellado de chimeneas de implantes, aislamiento de ácidos grabadores, etc.

Los objetivos de este estudio fueron: (1) comparar la capacidad selladora de distintas combinaciones de materiales espaciadores y materiales de obturación provisional; y (2) estudiar el tiempo libre de filtración de las distintas combinaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

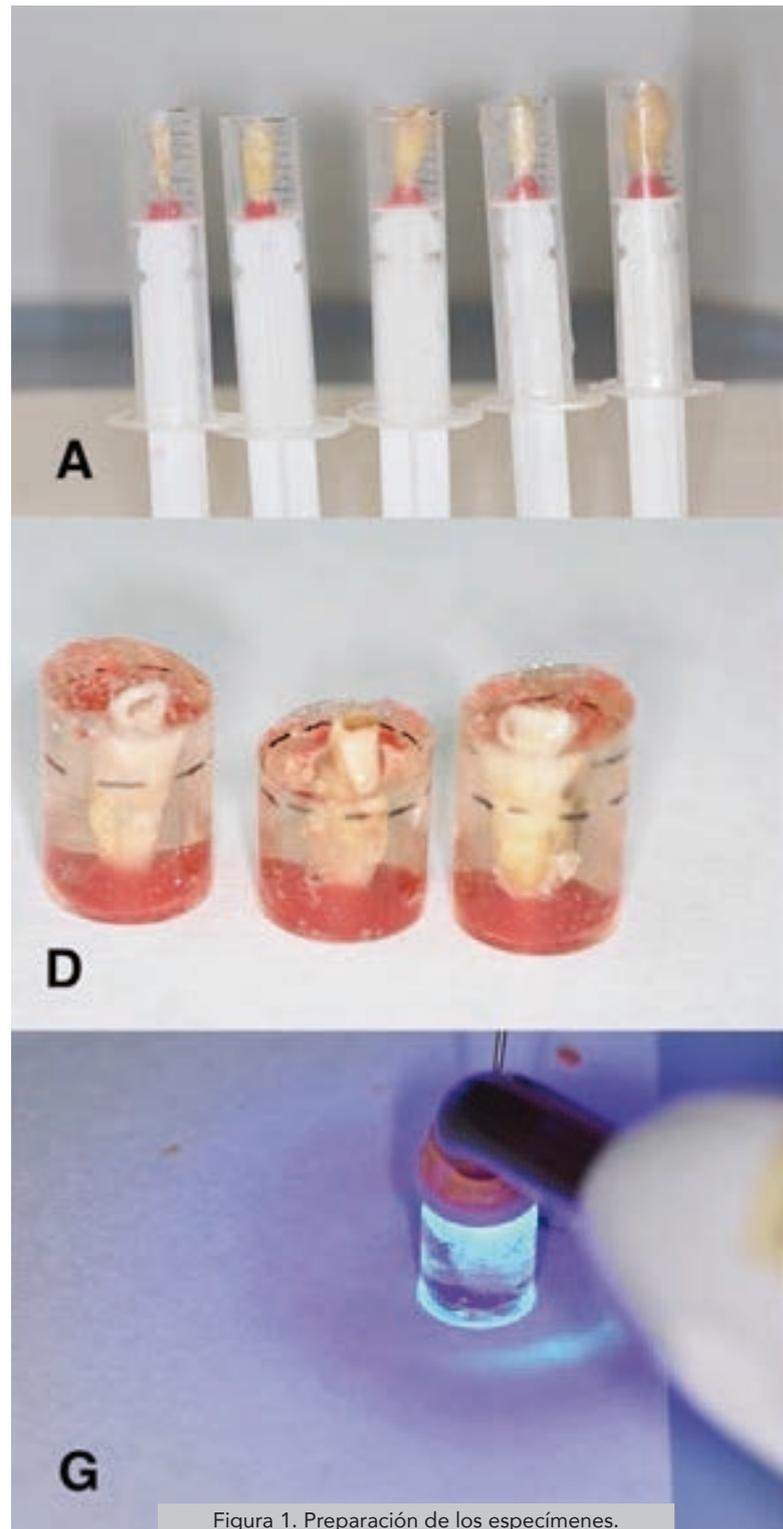
Selección y preparación de los dientes

Sesenta dientes humanos permanentes unirradiculares sanos, extraídos por motivos ortodóncicos o periodontales, fueron limpiados y almacenados en una solución de timol al 0,1% hasta su utilización. Los dientes fueron inspeccionados, comprobándose que sus raíces medían más de 15mm de longitud. Los dientes fueron fijados con cera Utility® al émbolo de una jeringa de 10ml para ser incluidos en resina Epoxy® (Figura 1A y 1B). A las 24 horas se extrajeron los cilindros de resina con los dientes incluidos y se cortaron a 15mm del ápice mediante un microtomor Isomet 11/1180 (Buehler, Coventry, Reino Unido) y un disco de diamante XL 12205 (Benetec Limited, Londres, Reino Unido), desechando la parte coronal (Figura 1C y 1D).

Preparación de la cavidad

Una vez cortados se realizó una cavidad estándar con una fresa de diamante de 3mm de diámetro y 2mm de profundidad (espacio para el material espaciador). Posteriormente, con la ayuda de una llave de silicona fluida, se confeccionó un reborde de composite de 2mm de altura (espacio para el material provisional). Para ello, los dientes fueron grabados con ácido ortofosfórico al 37% durante 30 segundos, se lavaron con abundante agua, se secaron y se les aplicó adhesivo, que fue polimerizado durante 20 segundos. En último lugar, se colocó composite fluido

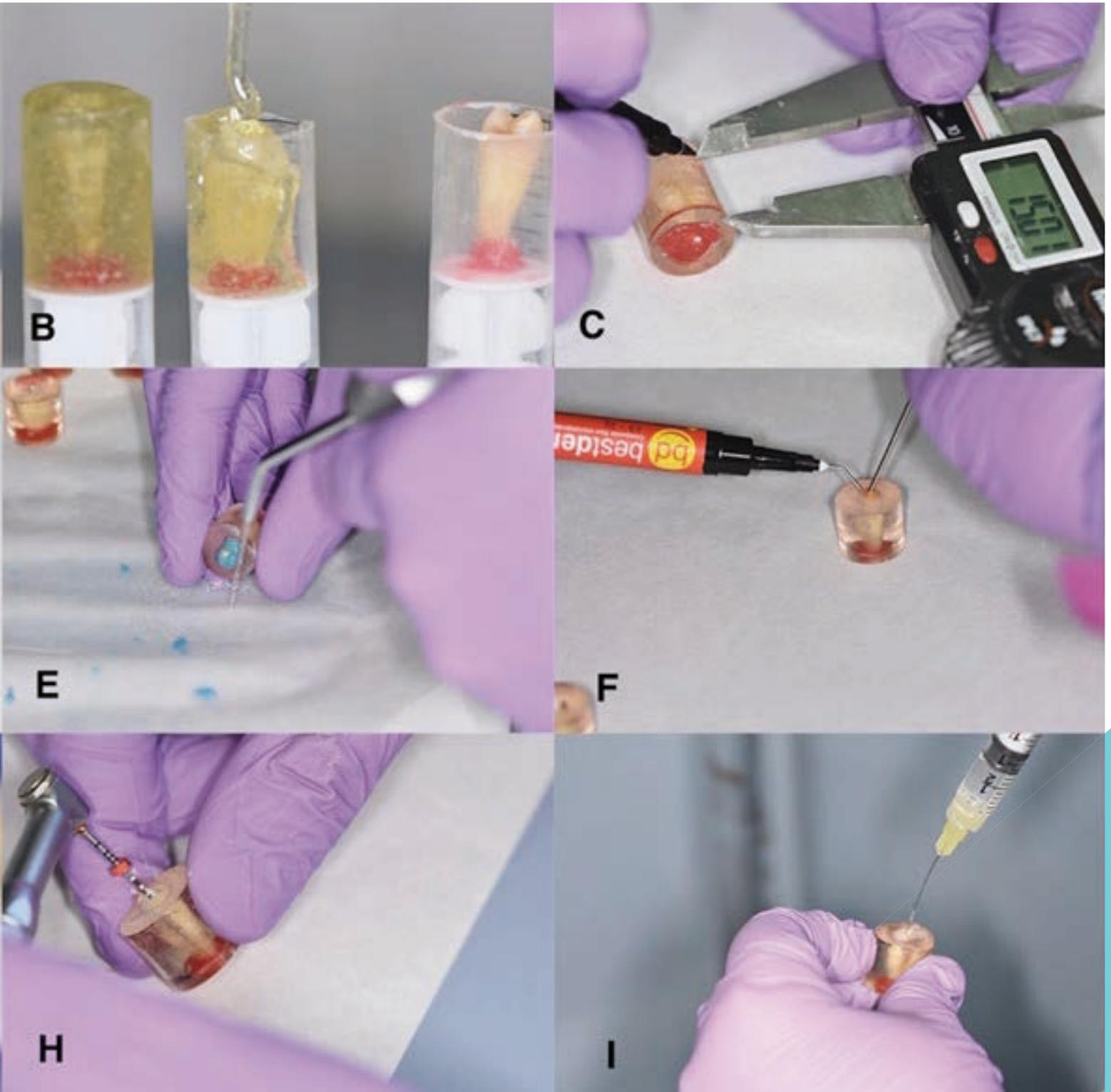
con la ayuda de la llave de silicona para evitar invadir la cavidad estándar creada previamente (Figura 1E1G).



Preparación de los conductos radiculares

Todos los dientes fueron instrumentados por el mismo operador. Se comprobó que todos los conductos eran permeables con limas K#8#10 (DentsplyMaillefer, Ballaigues, Switzerland), y se permeabilizaron a

una longitud de 15 mm, irrigando entre lima y lima con 10 ml de agua destilada. Posteriormente se instrumentaron con el sistema rotatorio Protaper Next®, con las limas X1, X2 y X3, utilizando torque 2.0Ncm

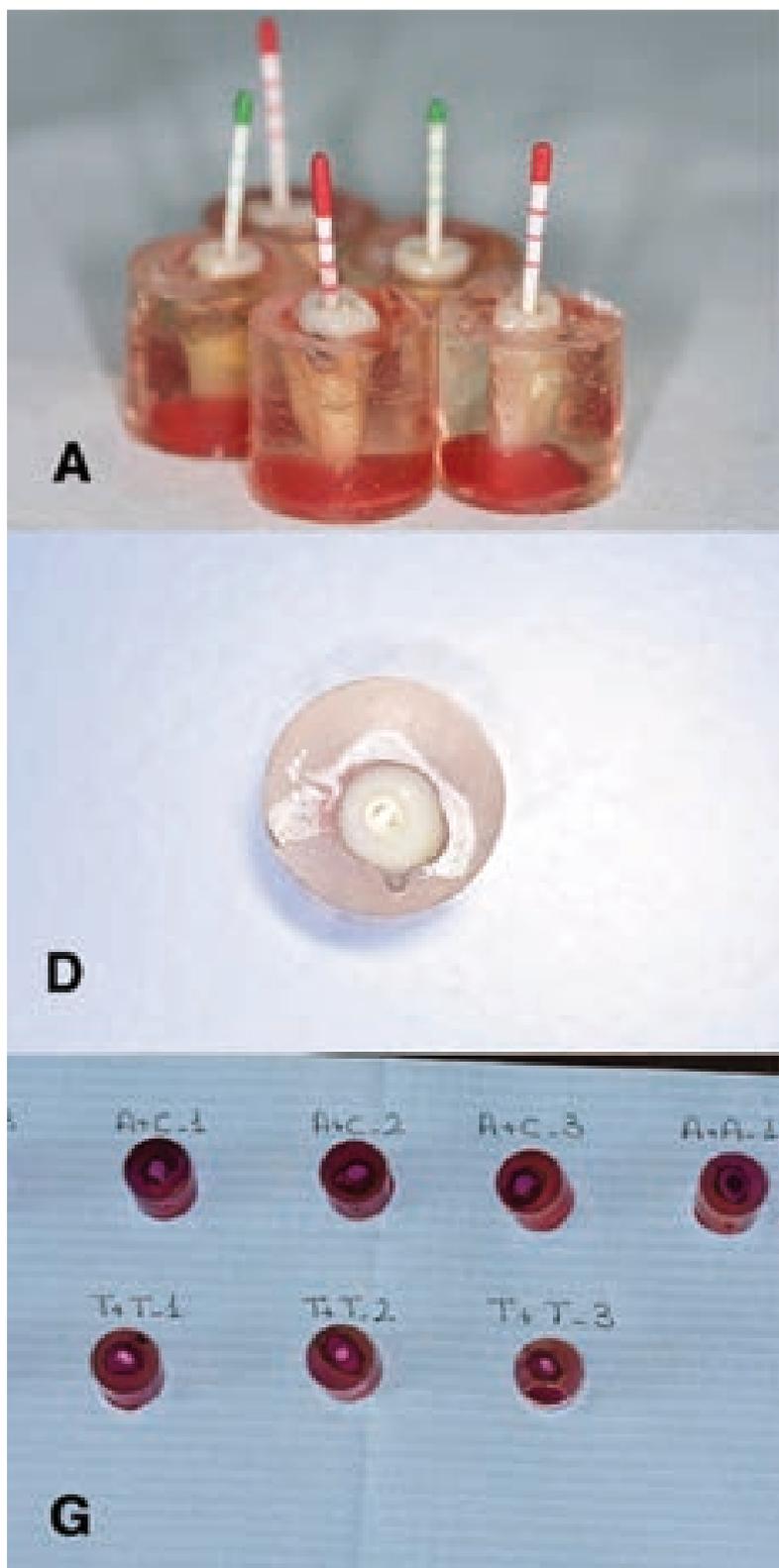


y 280rpm, siguiendo el mismo protocolo de irrigación entre limas. (Figura 1H y 1I).

Se secaron los conductos con puntas de papel ProtaperNextX3 y se dividieron al azar en 5 grupos experimentales (n=12) dependiendo del material espaciador y el material de obturación provisional utilizado: Cavit®+Cavit®, Cavit®+algodón, algodón+algodón, Cavit®+PTFE, PTFE+PTFE. Estos grupos, se dividieron a su vez en 4 grupos en función del tiempo: 1 semana, 2 semanas, 1 mes y 2 meses. (Figura 2A2D).

Obturación provisional

A todos los especímenes se les introdujo una punta de papel Protaper Next X3, de 13 mm de longitud, en el interior del conducto. Se colocó el material espaciador y el material de obturación provisional dependiendo del grupo de estudio, compactándolos con instrumentos romos y siempre por el mismo operador. Todos los materiales espaciadores y de obturación fueron preparados del mismo tamaño. (Figura 2E). Para evaluar la filtración cada diente, los especímenes se introdujeron en una jeringa de con 7 ml de solución de fucsina básica al 5 % y se mantuvieron el tiempo determinado en función del grupo de estudio. (Figura 2F).



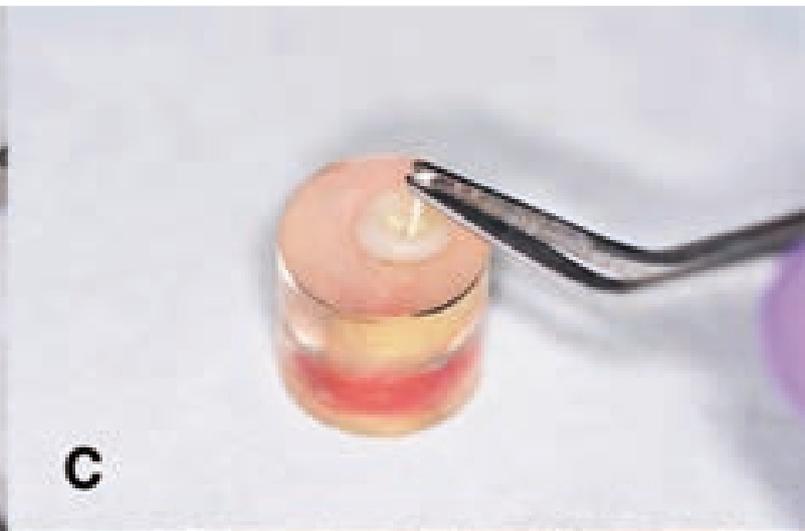


Figura 2. Preparación y evaluación de la filtración.

Evaluación de la filtración

Después del tiempo establecido para grupo se retiró la obturación provisional y el material espaciador, y las puntas fueron extraídas con pinzas bianguladas estériles para evitar la contaminación con la tinción de fucsina. Todas las puntas se escanearon junto con una escala para que las fotografías pudieran ser calibradas. (Figura 2G2I).

Para el análisis se utilizó Adobe Photoshop CC 2015, y a través de la función de medición, se determinó la longitud total y la longitud teñida de la punta; así como el área total y el área teñida de la punta. Para el análisis de los datos obtenidos se usaron como variables el porcentaje de longitud y área teñidas en cada grupo.

Análisis estadístico

Se calcularon las medias y desviaciones estándar para cada uno de los parámetros analizados. La distribución normal de los datos de todas las variables fue comprobada mediante el test de ShapiroWilks. Como los datos no siguieron una distribución normal, las comparaciones por parejas entre los distintos grupos fueron realizadas mediante el test U de Mann Whitney. Las comparaciones entre los distintos tiempos de un mismo grupo fueron realizadas con el test de Wilcoxon. Se estableció un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Las variables principales del estudio fueron la tinción en longitud relativa y la tinción en área relativa (Tabla 1).

Longitud relativa

En todos los tiempos, los grupos algodón+algodón y algodón+Cavit® se tiñen, sin embargo, la longitud teñida no es uniforme a lo largo del tiempo ni sigue una tendencia clara. En ambos grupos, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la 1 y 2 semana ($p=0,076$ y $p=0,246$ respectivamente). El grupo algodón+algodón muestra la mayor longitud de tinción en todos los tiempos de

estudio, mientras que, por el contrario, la menor la obtienen los grupos PTFE+PTFE y PTFE+Cavit®, existiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los tiempos ($p<0,046$ en todos los casos).

Al mes de seguimiento, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de algodón+algodón (47,9%) y algodón+Cavit® (23,5%), y también respecto a los grupos de PTFE+PTFE (0%) y PTFE+Cavit® (0%). En el grupo de Cavit®+Cavit® (0,7%) no encontramos diferencias estadísticamente significativas con ninguno de los grupos de estudio.

Tabla 1. Porcentajes de longitud y área teñidos en los distintos grupos y tiempos de exposición.

MATERIAL	1 SEMANA				2 SEMANAS				3 SEMANAS				4 SEMANAS			
PORCENTAJE DE LONGITUD																
Cavit + Cavit	6,80	±	6,80	a,b,1	17,50	±	4,50	a,1	0,70	±	0,70	a,b,c,1	8,50	±	4,70	a,b,1
Algodón + Algodón	34,40	±	0,00	a,1,2	19,60	±	1,50	a,1	47,90	±	4,60	a,2	61,30	±	5,70	c,2
Algodón + Cavit	16,20	±	9,00	a,b,1,2	2,40	±	2,40	b,1	23,50	±	6,40	b,2	22,20	±	6,60	a,2
PTFE + Cavit	0,00	±	0,00	b,1	0,00	±	0,00	b,1	0,00	±	0,00	c,1	0,00	±	0,00	b,1
PTFE+ PTFE	0,00	±	0,00	b,1	0,00	±	0,00	b,1	0,00	±	0,00	c,1	0,00	±	0,00	b,1

Leído por filas: letras distintas muestran diferencias estadísticamente significativas (misma variable, mismo tiempo, distinto grupo).

Leído por columnas: números distintos muestran diferencias estadísticamente significativas (misma variable, mismo grupo, distinto tiempo).

Área relativa

En los grupos algodón+algodón y algodón+Cavit® encontramos diferencias estadísticamente significativas en todos los tiempos, pero existe una discrepancia en ambos grupos entre el área relativa teñida en la semana 1 y la semana 2, encontrando que es menor la tinción en la segunda semana que en la primera por lo que no existe una tendencia clara a lo largo del tiempo, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Si observamos las tinciones de los diferentes grupos dentro de un mismo tiempo encontramos que el grupo algodón+algodón es el que mayor área de

tinción tiene en todos los tiempos mientras que la menor tinción la tienen los grupos de PTFE+PTFE y PTFE+Cavit®, existiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los tiempos ($p < 0,046$).

En el grupo de dos meses encontramos diferencias estadísticamente significativas de los grupos PTFE+PTFE (0%), PTFE+Cavit® (0%) y Cavit®+Cavit® (11,2%) con respecto a los grupos de algodón+algodón y algodón+Cavit®, que si se tiñeron en 78,4 y 38,65% respectivamente. Entre estos dos últimos grupos también encontramos diferencias significativas entre ellos ($p = 0.049$).

Tabla 1 [Continuación]. Porcentajes de longitud y área teñidos en los distintos grupos y tiempos de exposición.

MATERIAL	1 SEMANA				2 SEMANAS				3 SEMANAS				4 SEMANAS			
ÁREA TEÑIDA																
Cavit + Cavit	12,30	±	12,30	a,b,1	26,50	±	8,10	a,1	21,10	±	21,10	a,b,1	11,20	±	7,30	a,1
Algodón + Algodón	50,10	±	0,00	a,1,2	31,40	±	5,00	a,1	31,40	±	5,10	a,1	78,40	±	14,30	b,2
Algodón + Cavit	24,10	±	13,60	a,c,1,2	1,70	±	1,70	b,1	36,90	±	4,60	a,2	38,60	±	6,80	c,2
PTFE + Cavit	0,00	±	0,00	b,1	0,00	±	0,00	b,1	0,00	±	0,00	b,1	0,00	±	0,00	a,1
PTFE + PTFE	0,00	±	0,00	b,1	0,00	±	0,00	a,1	0,00	±	0,00	b,1	0,00	±	0,00	a,1
<p>Leído por filas: letras distintas muestran diferencias estadísticamente significativas (misma variable, mismo tiempo, distinto grupo).</p> <p>Leído por columnas: números distintos muestran diferencias estadísticamente significativas (misma variable, mismo grupo, distinto tiempo).</p>																

Los protocolos utilizados en este estudio para demostrar la filtración de los diferentes materiales fueron similares a los de otros estudios que han evaluado la filtración de restauraciones de Cavit® como el realizado por Attiguppe *et al.* [8].

El Cavit® se ha empleado en nuestro estudio como material control porque es el más usado de manera rutinaria. Se ha comprobado que existe una menor filtración cuando el Cavit® va asociado a PTFE que cuando se usa con otros materiales espaciadores, como algodón o Cavit®. Estos resultados concuerdan con los de Parnaje *et al.* [9] que demostraron que *in vitro* el PTFE desempeña mejor su función que el algodón, evitando así la filtración.

Además, en este mismo estudio, los autores comprobaron que incluso en condiciones óptimas, al menos 3,5 mm de Cavit® y sin carga oclusal, se produjo una fuga de microorganismos en la cavidad de acceso en el modelo microbiológico *in vitro* [9]. Nuestros resultados también demuestran que existe filtración en los grupos de Cavit® y algodón, solos o en combinación entre ellos, desde la primera semana y que aumenta con el tiempo de exposición, cosa que no se sucede con los grupos de PTFE.

Se ha demostrado que la cinta de PTFE *in vitro* tiene un mejor desempeño en la reducción de la contaminación bacteriana cuando se utiliza como barrera bajo una restauración temporal de Cavit® [6], así nuestros resultados no muestran filtración de fucsina cuando se utilizó PTFE tanto solo, como en combinación con Cavit®, en todos los tiempos de estudio.

Keziban *et al.* estudiaron la capacidad de sellado del PTFE comparándola con cuatro materiales de relleno temporales, de uso común, utilizando un modelo de transporte de fluidos [5]. Se comprobó que, al igual que nuestros resultados, el teflón es el material con mayor capacidad de sellado temporal en contraposición con el algodón, que es el más absorbente y también deja residuos en la cavidad al retirarlo para la obturación definitiva [5,6].

En otro estudio [8], el PTFE no fue una vía para la contaminación bacteriana, tal y como ocurre en nuestra investigación. Así, el teflón nunca resultó teñido y, por tanto, no permitió el paso de la tinción a las puntas de papel intraconducto.

Cuando se utilizó algodón como material espaciador, los resultados fueron positivos a la tinción desde los 7 días y en adelante en todos los tiempos

mientras que cuando se utilizó PTFE nunca resultaron teñidas. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Attiguppe *et al.* [8] en un estudio *in vitro* de molares temporales. También son consistentes con los resultados encontrados en el estudio realizado por Paranjpe *et al.* [8], en el que mostraron que las muestras de espaciador de algodón eran positivas para la contaminación microbiana después de 7 días. Para estos autores la mayoría de las muestras de PTFE no mostraron cultivos positivos. Este resultado podría atribuirse a la naturaleza inorgánica de la cinta de PTFE, que puede inhibir el movimiento bacteriano [9]. En nuestra investigación ninguna de las muestras de PTFE mostro tinción, por lo que, aunque no es un estudio con base bacteriológica, podemos observar la capacidad del PTFE para evitar la filtración.

En nuestro estudio al igual en que en todos los que se ha usado PTFE, las posibles razones para los buenos resultados del PTFE podrían deberse a sus características físicoquímicas y en especial a su propiedad de noadherencia a ninguna parte de la cavidad de acceso, sellando correctamente el paso a los conductos. Además, esto asegura que la cinta se pueda quitar fácilmente en una sola pieza, dejando una cavidad totalmente limpia y libre de cualquier resto de espaciador o restauración provisional [8,9].

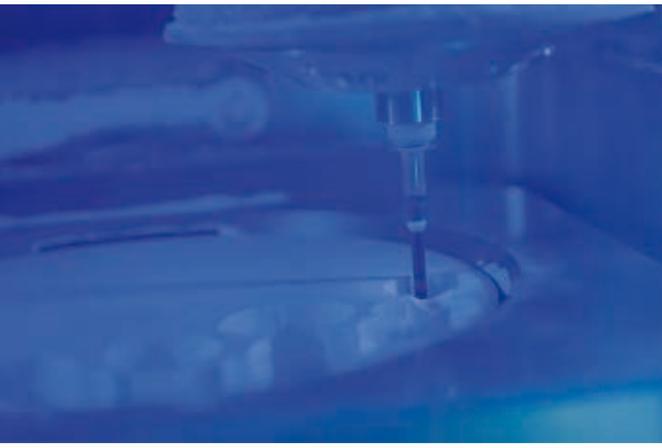
Las limitaciones de nuestra investigación se centran principalmente en que no se ha realizado un estudio de forma clínica, en la que los materiales de estudio estén sometidos a fuerzas de la masticación, movimientos contantes en la cavidad oral o sustancias de diferente densidad y pH que puedan afectan a la obturación provisional y al material espaciador.

Por lo tanto, una vez analizados y comparados los resultados con otros estudios podemos decir que el PTFE se puede utilizar como material espaciador bajo de las restauraciones temporales [8] hasta un tiempo de 2 meses en caso de que fuera necesario, que no se producirían filtraciones bacterianas, tal y como se ha demostrado en nuestro estudio mediante tinción de fucsina.

Teniendo en cuenta que el PTFE se puede esterilizar, es radiopaco y fácil de manipular [5,6], y tanto los resultados de otros autores como los obtenidos en este estudio muestran su baja o nula filtración, este material podría ser una alternativa a otros materiales tanto de material espaciador como de material obturador provisional [5].

BIBLIOGRAFÍA

1. American Association of Endodontists. Glossary of Endodontic Terms [Internet]. 9th ed. American Association of Endodontists, editor. 2015. Available from: <https://www.aae.org/specialty/clinical-resources/glossary-endodontic-terms/>.
2. Moreira MS, Anuar ASNS, Tedesco TK, dos Santos M, Morimoto S. Endodontic Treatment in Single and Multiple Visits: An Overview of Systematic Reviews. *J Endod*. 2017;43(6):864-870. doi: 10.1016/j.joen.2017.01.021.
3. Bailón-Sánchez ME, González-Castillo S, González-Rodríguez MP, Poyatos-Martínez R, Ferrer-Luque CM. Intraorifice sealing ability of different materials in endodontically treated teeth. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(1):e105–9.
4. Gazzaneo I, Vieira GCS, Pérez AR, Alves FRF, Gonçalves LS, Mdala I, et al. Root Canal Disinfection by Single- and Multiple-instrument Systems: Effects of Sodium Hypochlorite Volume, Concentration, and Retention Time. *J Endod*. 2019;45(6):736-741. doi: 10.1016/j.joen.2019.02.017.
5. Olcay K, Steier L, Erdogan H, Belli S. Polytetrafluoroethylene Tape As Temporary Restorative Material: a Fluid Filtration Study. *J Istanbul Univ Fac Dent*. 2015 Oct 21;49(3):17-22. doi: 10.17096/jiufd.08659.
6. Sattar MM, Patel M, Alani A. Clinical applications of polytetrafluoroethylene (PTFE) tape in restorative dentistry. *Br Dent J*. 2017;10;222(3):151-158. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.110.
7. Wong AWY, Zhang S, Li SKY, Zhu X, Zhang C, Chu CH. Incidence of post-obturation pain after single-visit versus multiple-visit non-surgical endodontic treatments. *BMC Oral Health*. 2015;14;15:96. doi: 10.1186/s12903-015-0082-y.
8. Prabhakar AR, Dixit K, Raju O. Microbiologic Evaluation of Cotton and Polytetrafluoroethylene (PTFE) Tape as Endodontic Spacer Materials in Primary Molars An in Vivo Study. *J Clin Pediatr Dent*. 2018;42(1):21-26. doi: 10.17796/1053-4628-42.1.4.
9. Paranjpe A, Jain S, Alibhai KJ, Wadhvani CP, Darveau RP, Johnson JD. In vitro microbiologic evaluation of PTFE and cotton as spacer materials. *Quintessence Int*. 2012;43(8):703-7.



Estudio protésico

2021

¡NOS CRECEMOS ANTE LAS ADVERSIDADES!

El **Arte** de innovar en soluciones dentales.

En **DentalArt** apostamos por un servicio de calidad y elegancia, apostando siempre por la mejor **tecnología** y los mejores **profesionales** en nuestro campo.

C/Santa Rita 4, bajo 18004 Granada

Tfno: 958 52 27 39 / 655 02 46 76

info@estudiodentalart.com

www.estudiodentalart.com



ACTUALIDAD CIENTÍFICA: REVISANDO LA LITERATURA

ANA BELÉN GARCÍA EXPÓSITO



Efectos a largo plazo del aeropulidor subgingival de polvo de glicina

El procedimiento de pulido con aire en polvo de glicina (PAPG) se ha vuelto muy popular. El PAPG consiste en la eliminación del biofilm con una solución acuosa de partículas de polvo de glicina de <60 micras, agua y aire proporcionado por un aeropulidor.

El objetivo del análisis fue comparar los resultados clínicos durante el tratamiento periodontal de soporte durante un periodo de 5 años con dos diferentes técnicas.

Una de ellas consiste en retirar el sarro supragingival con punta de ultrasonidos y curetas y la eliminación del biofilm supra y subgingival mediante (PAPG) y la otra técnica consiste en el procedimiento de desbridamiento mecánico convencional (PDMC) en la retirada el sarro supragingival con punta de ultrasonidos y curetas y pulido con pasta de profilaxis y copa de goma.

El procedimiento con PAPG fue estadísticamente equivalente al PDMC en

cuanto al número de sitios con profundidad de sondaje estables, sin embargo, en el grupo con PAPG hay una tendencia hacia el deterioro en el estado de la furcación.

En el mantenimiento periodontal, el uso de PAPG en lugar de PDMC no mejora el resultado clínico en la eliminación de la placa bacteriana y el PAPG parece estar contraindicado para el tratamiento de los defectos de furcación.

Retrospective analysis of the long-term effect of subgingival air polishing in supportive periodontal therapy. Petersilka G, Koch R, Vomhof A, et al. *J Clin Periodontol.* 2021; 48:263–271.

Complicaciones a largo plazo tras cobertura radicular con dos tipos de injerto de tejido conectivo subepitelial

El procedimiento quirúrgico con injertos de tejido conectivo asociados a los colgajos de reposición coronal está considerado el gold standard para una cobertura radicular completa en las recesiones gingivales.

Aunque existe una alta tasa de éxito para recesiones gingivales simples y múltiples, también se han descrito complicaciones tardías de este procedimiento.

La cirugía plástica puede presentar complicaciones inmediatas como dehiscencia de la sutura, necrosis tisular o formación de abscesos. También se puede producir hematoma postoperatorio, edema o hinchazón.

Las complicaciones tardías pueden ocurrir después de algunos meses de la cirugía, incluyendo queloides, reabsorciones radiculares, exóstosis y descarga de una pasta blanquecina/amarillenta (espontánea o estimulada por presión digital) con o sin bolsa periodontal.

Este estudio evaluó las complicaciones tardías (áreas con secreción de pasta blanquecina/amarillenta asociada o no a bolsa periodontal) en los sitios receptores

comparando dos tipos de injerto de tejido conectivo.

La mitad de los participantes fueron tratados con colgajo de reposición coronal con injerto de tejido conectivo recolectado mediante técnica desepitelizada y la otra mitad de los participantes fueron tratados con injerto de tejido conectivo recolectado mediante técnica de doble incisión en horizontal y en paralelo.

Este estudio concluye que el injerto recolectado mediante técnica

desepitelizada presenta ligeramente mayores complicaciones tardías (figura 1) que el injerto recolectado mediante dos incisiones paralelas (figura 2).

Late complications after root coverage with two types of subepithelial connective tissue grafts, clinical and histopathological evaluation: A prospective cohort study. Cardoso MV, Lara VS, Sant'Ana AC, Damante CA, Ragghianti Zangrando MS. *J Clin Periodontol.* 2021; 48: 431–440



Criterios de decisión propuestos para el tratamiento de la atrofia vertical de hueso en la zona posterior mandibular

En la práctica diaria, los cirujanos orales tienen que resolver gran cantidad de problemas clínicos relacionados con la colocación de implantes para la rehabilitación protésica fija. Las situaciones clínicas no atróficas (altura de hueso residual ≥ 7 mm) generalmente no son un gran riesgo y se pueden colocar implantes largos sin cirugía reconstructiva. Por otro lado, las rehabilitaciones fijas en zonas posteriores con hueso atrófico son un reto, especialmente en mandíbula debido a la proximidad del nervio dentario inferior.

En estos casos se han propuesto cirugías para aumento vertical de la mandíbula atrófica, tal como el injerto de bloque de hueso interposicional, regeneración ósea guiada, distracción osteogénica alveolar y técnicas de injerto onlay. Aún no está claro cual es la opción de tratamiento más efectiva.

La altura de hueso residual no es el único factor a tener en cuenta. Otro gran factor es la anchura de hueso que, de acuerdo a los autores, la cantidad de anchura de hueso mínima suficiente es de al menos 2 mm alrededor del implante.



Figura 3

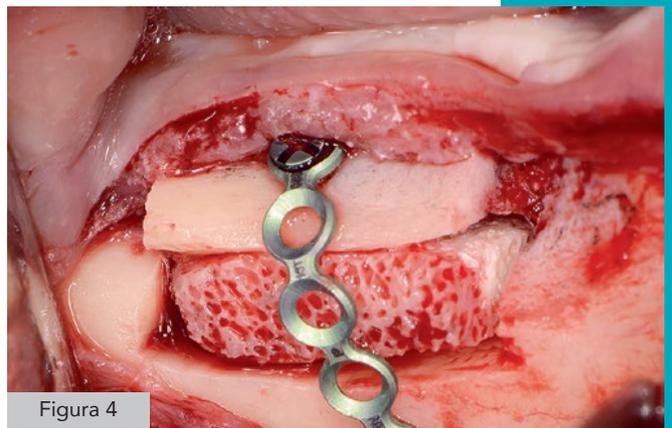


Figura 4

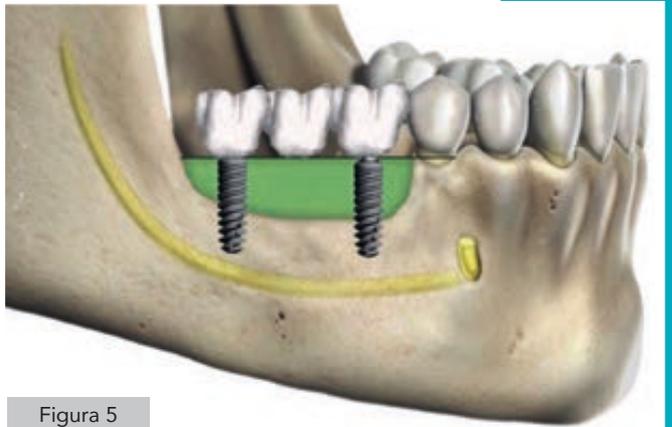


Figura 5

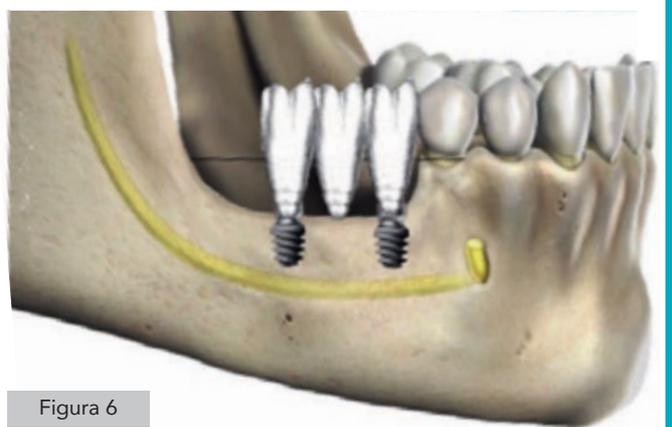


Figura 6

Otro factor es la presencia de encía queratinizada, la cual teniendo al menos 2 mm de tejido blando queratinizado alrededor del implante suele ser suficiente para conservar la salud en los tejidos periimplantarios.

El propósito aquí es ayudar a los cirujanos orales a elegir el tratamiento adecuado y actualizado para sus pacientes atróficos.

En este artículo, las atrofias óseas posteriores de la mandíbula se dividieron en cuatro grupos dependiendo de la altura ósea medida por encima del nervio dentario inferior:

- ≤ 4 mm (figura 3): aquí la mejor opción de tratamiento es la regeneración ósea guiada con injerto de hueso particulado y con membrana no reabsorbible reforzada con titanio. Según algunos autores, con esta técnica se puede producir un aumento vertical de hasta 5,45 mm.
- > 4 mm ≤ 5 mm (figura 4): en este tipo de atrofia, la elección del tratamiento está entre hacer una cirugía reconstructiva (figura 5) o el uso de implantes ultracortos (4 mm de longitud) (figura 6). No hay evidencia científica suficiente sobre cual es la técnica reconstructiva más eficiente, los autores sugieren la utilización de

injerto de hueso autólogo en bloque y reforzado con malla de titanio y chinchetas (técnica de sandwich).

- > 5 mm ≤ 6 mm: en este caso el tratamiento de elección es la colocación de implantes cortos de 5 mm en lugar de hacer cirugía reconstructiva, y además el tratamiento es más barato, más rápido y con menor morbilidad.
- > 6 mm < 7 mm: los implantes cortos son la opción más adecuada.

Decision Criteria Proposed for the Treatment of Vertical Bone Atrophies in the Posterior Mandible. *Pietro Felice; Roberto Pistilli; Giovanni Zucchelli; Massimo Simion; Maryia Karaba; Lorenzo Bonifazi; Carlo Barausse. Int J Periodontics Restorative Dent 2021; 41:71–77.*

Efecto del agente sellador de superficies en la estabilidad del color y la rugosidad de las dentaduras de polimetilmetacrilato y nylon

El polimetilmetacrilato (PMMA) es el material más utilizado en la realización de dentaduras. El problema principal del PMMA es que hay pacientes que pueden desarrollar reacciones de hipersensibilidad o reacciones alérgicas. Debido a esto, apareció otro material que no produce reacciones alérgicas, el nylon. La principal desventaja del nylon es que es menos estético y es más rugoso.

La rugosidad en las dentaduras provoca retención de placa y de *Cándida Albicans* y por ello, el desarrollo de estomatitis. La estabilidad del color es muy importante para que el paciente este contento con la estética de su dentadura.

El propósito de este estudio es evaluar el efecto de un agente sellador de

superficies, Palaseal (Heraeus Kulzer) y Optiglaze (GC) sobre la estabilidad del color y la rugosidad de la superficie de dos materiales de base para dentaduras postizas: polimetilmetacrilato (PMMA) y nylon. El resultado fue que el dicho agente sellador aumentaba significativamente la estabilidad del color de ambos materiales. Sin embargo, no tuvo un efecto significativo en la rugosidad de ambos materiales.

Effect of a Surface Sealant Agent on the Color Stability and Surface Roughness of Polymethyl Methacrylate and Nylon Denture Base Materials. Rashin Giti; Razieh Kazemi; Farhad Mohammadi. J Prosthodont 2021; 34:70–78.

Ganancia de tejido queratinizado tras injerto gingival libre alrededor de dientes e implantes

En este estudio se eligieron pacientes con defectos mucogingivales (<2 mm de encía queratinizada) alrededor de dientes e implantes a los que se sometieron a un procedimiento de aumento gingival mediante un injerto gingival libre.

Se realizaron mediciones clínicas para determinar la anchura de tejido queratinizado, altura, contracción del injerto y posición del margen gingival a las 2 semanas, 6 semanas, 3 meses, 6 meses y 12 meses después de la cirugía.

En este estudio prospectivo participaron veintinueve pacientes (35 sitios). Después de la cirugía, la anchura disminuyó y la contracción del injerto aumentó

significativamente en ambos grupos de tratamiento durante todo el período de seguimiento, pero los mayores cambios se observaron a las 6 semanas.

Al comparar ambos grupos de tratamiento, los sitios de implantes mostraron una reducción significativamente mayor en anchura y mayor contracción del injerto.

Así, a los 12 meses, la anchura y contracción del injerto se redujeron $2,03 \pm 2,1$ mm y $36,74 \pm 38,2\%$ en el grupo de dientes y $2,91 \pm 12,03$ mm y $61,8 \pm 36,25\%$ en el grupo de implantes (figura 7).

Keratinized tissue gain after free gingival graft augmentation procedures around teeth and dental implants: A prospective observational study. Pilar Golmayo; Lucía Barallat; Meritxell Losada; Cristina Valles; Jose Nart; Andrés Pascual-La Rocca. J Clin Periodontol. 2021; 48:302–314.

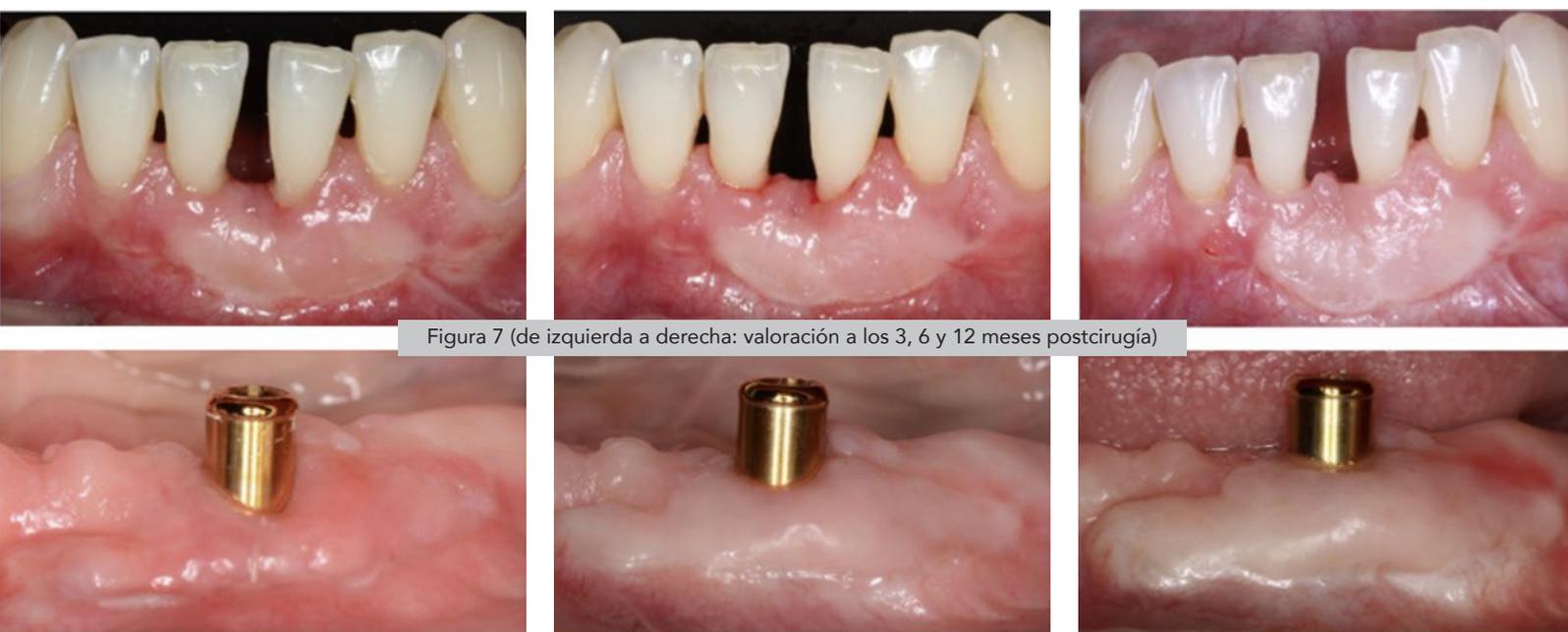


Figura 7 (de izquierda a derecha: valoración a los 3, 6 y 12 meses postcirugía)



4 PALANCAS PARA UNA DIRECCIÓN EXCELENTE: UN 360° EN TIEMPOS DE COVID-19



MANUEL QUESADA
Economista y Socio en darwin360.es
mquesada@darwin360.es

En tiempos de incertidumbre se hace aún más imprescindible la administración excelente de nuestros recursos. La crisis provocada por el coronavirus se va a llevar por delante muchas empresas y seguramente muchas clínicas, es por ello que debemos prestar especial atención a que la depresión que se nos viene encima no afecte a la productividad y rentabilidad de nuestra clínica.

Siendo un hecho que la recesión económica va a provocar una caída del consumo, nuestro reto debe ser centrarnos en aquellas **palancas críticas** de cuya acción y buen funcionamiento va a depender nuestra salud económica en los próximos meses.

Palanca 1:

Foco en el Paciente

El paciente siempre debe estar situado en el centro de la **propuesta de valor** que tenemos que ofrecer. Esta propuesta de valor se va a materializar en el proceso clínico que vaya a recibir y a través del cual vamos a dar respuesta a las necesidades del paciente.

Tener el foco puesto en nuestro paciente implica realizar un análisis en profundidad del comportamiento de este, sus gustos y necesidades, su nivel socioeconómico y su entorno. Esto nos va a facilitar la manera en la que nos relacionaremos con él y con su entorno. Si disponemos de esta información detallada de nuestros pacientes, tendremos la llave para establecer los procesos necesarios para llegar hasta ellos y facilitarles así el acceso a la clínica.

Continuando con la manera en la que nos vamos a relacionar con nuestro paciente, debemos incidir en aquellos **procesos clave** que van a tener un impacto directo en el éxito o fracaso de la relación con nuestro paciente. Estos procesos clave los podemos resumir en tres:

Recepción y Gestión de agendas:

La gestión de la agenda es clave en el crecimiento de una clínica dental y debemos prestar la atención debida a este proceso crítico, puesto que es un factor crítico de éxito.

Una agenda optimizada nos va a incrementar la productividad de la clínica, va a evitar los retrasos en las salas de espera, y por ende la acumulación de pacientes en un espacio cerrado. El proceso de agenda y recepción requiere de unas habilidades muy concretas de los responsables que vayan a desempeñar este trabajo, además de un perfecto trabajo de coordinación entre las distintas áreas. Estas habilidades provocarán que el desempeño de sus funciones sea más exitoso y que el paciente se marche con una experiencia positiva.

Agenda de revisiones:

La preocupación por nuestros pacientes debe ser nuestra obsesión, puesto que un paciente satisfecho y bien atendido será un paciente recurrente y referidor. Como parte de esta atención que le vamos a prestar, debemos incorporar en nuestros procesos clínicos una agenda de revisiones y seguimiento.

El tratamiento no finaliza el día que le realizamos la intervención o el proceso

clínico por el cual el paciente llegó a nuestra clínica. Una vez el paciente sale de gabinete, comienza un nuevo proceso de mantenimiento del tratamiento que se debe materializar en una agenda de revisiones.

Esta agenda tiene un doble objetivo: Realizar un seguimiento al tratamiento efectuado para asegurarnos que el paciente ha respondido bien al mismo, y por otro lado realizar un seguimiento de la salud bucodental del paciente, de forma que podamos anticiparnos a nuevos diagnósticos futuros y a un posible proceso más severo.

Fidelización del paciente referidor:

Ya sabemos que la mejor manera de hacer nuestra clínica es a través del buen servicio proporcionado a nuestros pacientes. Cuando un paciente se marcha de nuestra clínica con una buena experiencia y establece una vinculación emocional con nosotros, existen muchas posibilidades que se convierta en nuestro prescriptor.

Una vez llegado ese momento en que nuestro paciente se preocupa por nosotros, podemos decir que hemos conseguido el objetivo de la fidelización, es decir, tenemos una red de seguidores que nos van a recomendar.

Y por nuestra parte, también debemos

cuidar de nuestros pacientes en todos los sentidos, no solamente desde una óptica clínica. Agradecer esta vinculación afectiva a través de un programa de fidelización puede ser la llave para mantenerlos e incrementar dicha red.

Palanca 2: Motivación en el Equipo

No es fácil mantener a tu equipo motivado. Probablemente haya visto la película *Invictus*, dirigida por Clint Eastwood, más de 5 veces. No deja de resultarme muy inspiradora. La definición de una meta, la motivación comprometida, el dar y mantener objetivos y metas complicadas, involucrar a tu equipo.... Creo que en este largometraje se definen la culminación de lo que podría ser conseguir y mantener a tu equipo motivado.

En la actualidad está muy de moda el término "MOTIVACIÓN", a toda costa intentamos estar motivados, por la razón que sea. Si nos paramos a pensar la importancia de esta palabra, es fácil entender el por qué de su fama.

En el paleolítico, la motivación que tenían los hombres al levantarse era poder comer y evitar a toda costa ser comidos. Actualmente nos movemos por otro tipo

de intereses y no encontraremos ningún oso hambriento que nos vea como su almuerzo, pero nuestro equipo sí puede ser devorado por la desidia, el desinterés y el aburrimiento. Estos tres adversarios pueden suponer una pérdida de calidad en la atención al paciente y consecuentemente de la productividad de la clínica.

Cuando conseguimos tener a tu equipo motivado, tendremos

- Que se conviertan en un contagiadores de optimismo.
- Que incremente su productividad.
- Que tenga más enfoque a los objetivos de la clínica.
- Que incremente su nivel de compromiso y lealtad.

Teniendo claro ya que tenemos motivos para la acción, es decir, la motivación es una palanca clave, tenemos que establecer aquellos procesos que mantengan siempre esta motivación en lo más alto. Como parte de estos procesos, está un adecuado sistema de incentivos basado en el cumplimiento de objetivos.

El sistema de incentivos que incorporemos deber ser justo y equilibrado, tanto para nuestro equipo como para la clínica. Debe existir una alineación perfecta entre ambos, puesto que, si no lo existe, podemos generar el efecto contrario en el personal,

es decir, la desmotivación por un lado y por otro reducir la rentabilidad de la clínica.

Este sistema de incentivos basado en objetivos debe ser accesible para todo el personal, así como ser claro y transparente y debe afectar a todo el personal en función de las funciones que desempeñan. Podemos establecer dos grupos en cuanto a localizar los indicadores y objetivos:

Área clínica: Doctores e higienistas con objetivos basados en producción y en la valoración del paciente.

Área de Atención al paciente: Recepción y asesoramiento de pacientes y personal auxiliar con objetivos relacionados con la optimización de agendas, aceptación de presupuestos de tratamientos o retorno económico de las agendas de revisiones.

Palanca 3: Control de Costes

Recuerdo un anuncio de Pirelli donde el atleta Carl Lewis aparecía con unos tacones rojos y el eslogan: *La potencia sin control no sirve de nada*. En la vida real, el control se puede definir como aquella situación en la que disponemos de una certidumbre de lo que está pasando.

En la vida de nuestra clínica, el control implica disponer de un mecanismo que nos

informe sobre lo que está pasando tanto dentro como fuera para poder analizar, medir y mejorar en la gestión del día a día de nuestra clínica. Asimismo, el control económico es una herramienta sobre la que apoyarnos para conseguir nuestros objetivos como propietarios de la clínica o empresarios, porque no debemos olvidar que, además de odontólogos, somos empresarios.

Este control nos permite obtener información relevante y fiable para la toma de decisiones que afectarán nuestro bolsillo. Por lo tanto, como responsables de la clínica, sí debemos establecer unos mecanismos que nos sirvan de palanca para la consecución de sus objetivos y además para:

- Facilitar la toma de decisiones.
- Anticipar los resultados a largo plazo.
- Medir el rendimiento de la clínica en general y de la inversión en particular.
- Asignar responsabilidades y establecer recompensas.

Ahora bien, no podemos confundir control con desconfianza. La desconfianza le alejará de su equipo y de sus objetivos. El control es delegación responsable en las personas que cada día construyen su clínica. Por ese motivo, disponer de un sistema objetivo de control es sinónimo de transparencia y gestión responsable.

No tenga problema en querer controlar sus números y sus procesos, ya sea usted odontólogo o responsable de la clínica. Projete a su equipo la necesidad de control no como falta de confianza, sino como herramienta para la mejora continua.

Debemos incidir en la idea de que, para que nuestra clínica sea un negocio atractivo, nuestros ingresos deben ser lo bastante amplios como para cubrir todos los gastos y, además, proporcionar un Beneficio que suponga una Rentabilidad aceptable en función a la inversión realizada.

¿Cuántas Ingresos necesitamos realizar para obtener nuestro objetivo de Rentabilidad? Para saber responder y poder tomar decisiones, debemos tener el máximo de información posible. Tenemos que establecer una fuente de información que nos facilite la toma de decisiones en aspectos relacionados con las ventas, producción, precios, coste de producción, márgenes, políticas comerciales y de márketing, recursos humanos, gastos financieros e impuestos. Esta fuente de información es nuestra Cuenta de Resultados.

La Cuenta de Resultados es un informe sobre los ingresos y los costes de la clínica en un período determinado. Es una herramienta para la toma de decisiones,

no solamente para cumplir obligaciones tributarias o legales ante el registro mercantil.

Cuando nuestro asesor fiscal nos envía las cuentas anuales, no nos envía una Cuenta de Resultados. Nos envía una cuenta de pérdidas y ganancias, que es lo que nos exige hacienda. Esta Cuenta de pérdidas y ganancias no nos proporciona toda la información necesaria, ya que ésta aparece muy agrupada.

Sin embargo, si establecemos una cuenta de resultados en función de nuestro funcionamiento y atendiendo a la realidad de nuestra clínica, tendremos una fuente de información imprescindible para nuestra gestión.

Una Cuenta de Resultados debe estar bien desglosada, especialmente en lo que a los costes se refiere, ya que la clasificación de los costes en razón a su destino nos proporciona datos muy valiosos, que nos facilitan el control de los costes imputados a cada tratamiento y de esta forma conocer: margen, variaciones, proyecciones, etc. El control de nuestra Cuenta de Resultados es fundamental para el éxito de nuestra clínica. Para realizar un control efectivo sobre ella, y poder exprimir al máximo la información, disponemos de las siguientes herramientas: *el Margen Bruto* y *el Punto de Equilibrio*.

El Margen Bruto

El Margen Bruto, también llamado margen de contribución, es la diferencia entre los ingresos (la Producción) y los costes de producción de los tratamientos. Cada tratamiento de la clínica tendrá su precio, sus costes y por lo tanto su Margen Bruto. La suma de todos ellos será el Margen Bruto de la clínica.

Conocer el coste de producción de cada tratamiento es un ejercicio de responsabilidad económica con nuestra clínica, puesto que índice directamente en la rentabilidad de esta. El coste de producción debe servir como referencia para establecer los precios de los tratamientos.

El Punto de Equilibrio

El Punto de Equilibrio o punto muerto de la clínica es la producción que necesitamos hacer para que el Beneficio sea cero. Es decir, la producción mínima para empezar a ganar dinero y obtener beneficio o rentabilidad.

El conocimiento y análisis del punto muerto resulta fundamental para la toma de decisiones, ya que nos va a permitir estimar cuál será la cifra mínima de producción y de ventas que la clínica deberá realizar para soportar una determinada estructura de costes fijos. Otra aplicación del punto de equilibrio será su indexación a la hora de implantar sistemas de incentivos.

Palanca 4: Liquidez

Cash is King y más en tiempos de crisis. La Liquidez es un pilar fundamental sobre el que asienta la sostenibilidad de nuestra clínica. El tener dinero a disposición que nos permita acometer pagos y los compromisos adquiridos es fundamental para nuestro funcionamiento.

La liquidez es lo que mueve a la clínica, lo que nos permite comprar stock para los tratamientos, contratar personal, externalizar algunos procesos, hacer publicidad, etc.

¿Cuántas clínicas y/o empresas han quebrado por falta de liquidez? ¿Cuántas a pesar de tener un modelo de negocio que funciona, una cartera de clientes potente y fidelizada han tenido que cerrar sus puertas porque no encontraban la manera de pagar a sus proveedores, empleados u obligaciones de las administraciones públicas?

La liquidez viene representada por el dinero en efectivo y el dinero que tenemos en el banco. La suma de ambas es lo que llamamos **disponible**, ya que se encuentra a nuestra disposición para hacer frente a nuestros compromisos.

En contraposición, es habitual disponer de un saldo bancario muy elevado en el sector de las clínicas dentales. Esto es debido a que gran parte de las clínicas cobran por

adelantado la totalidad de sus tratamientos a través de financieras.

El hecho de cobrar por adelantado, a nivel financiero, nos supone la entrada de un **activo** (el dinero en el banco) y la entrada de un **pasivo** (la deuda con un paciente). Es importante indicar que el tener dinero disponible en la cuenta bancaria no significa que sea totalmente nuestro, ya que debemos realizar el tratamiento al paciente, lo que conlleva unos costes que tendremos que afrontar.

Por otro lado, es muy común en estas fechas que muchas clínicas se hayan acogido a los famosos **Créditos ICO Covid**. Esta medida proporcionada por las entidades financieras con el aval del estado ha inundado de liquidez nuestras cuentas corrientes. Una liquidez que pronto habrá que comenzar a devolver.

La devolución de estos créditos unido a una posible caída de ingresos por la crisis económica provocada por la pandemia, debe obligarnos a que vigilemos muy estrechamente nuestra tesorería en el próximo año, y hacerlo con responsabilidad y rigor.

El hecho de ser previsores y anticiparnos a posibles problemas de Liquidez, es otro factor crítico de éxito. Si llegado el día de afrontar nuestros pagos no tenemos recursos suficientes, tenemos un problema grave, que podríamos haber resuelto a tiempo si somos previsores y hubiésemos dispuesto de financiación alternativa para ello. ■



PERTENECER A UN COLECTIVO TIENE SUS VENTAJAS.

En crgcolectivos.com podrás consultar y descargar todas las ventajas que por ser de este COLECTIVO disfrutas en Caja Rural Granada.

Solicita el acceso en cualquiera de nuestras oficinas, en tu propio Colectivo o entra **ahora** escaneando estos códigos con tu móvil:



Tengo nómina



Soy autónomo o apoderado
de una sociedad