



entrevista

Doctor José I. Zalba

Odontólogo

Clinical Coordinator del European Minimal Intervention Advisory Board

Especialista en Programas Preventivos

por la Universidad Complutense de Madrid

Miembro de la Junta Directiva de la SEOMI

“Los tejidos orales naturales son únicos, y es difícil igualar sus propiedades mediante tratamientos”

El odontólogo José I. Zalba practica y defiende —esto último a través de cursos y conferencias— una odontología basada en la prevención y la mínima intervención.

Recientemente ha sido nombrado Clinical Coordinator del European Minimal Intervention Advisory Board, comité profesional formado por expertos en odontología mínimamente invasiva de diferentes países europeos, profesores universitarios, clínicos e investigadores.

Pregunta. Odontología de Mínima Intervención, ¿en qué consiste esta práctica?, ¿o se trata más bien de una filosofía? De ser así, ¿cuáles serían los principios por los que se rige?

Respuesta. En poco tiempo hemos pasado de la época de nuestros abuelos, donde la extracción era el tratamiento de elección, a la de nuestros padres, donde se vio que visitando al dentista se podían mantener los dientes mediante procedimientos tradicionales, y de ahí a las nuevas generaciones, que acuden al dentista para mantenerse en salud y evitar tratamientos, lo que requiere un nuevo enfoque de nuestro trabajo.

Los tejidos orales naturales son únicos. Los profesionales que seguimos esta filosofía de trabajo estimamos que es difícil igualar sus propiedades mediante tratamientos.

La Odontología de Mínima Intervención implica a varias especialidades de la Odontología, tiene como fin el respeto de la salud, la función y la estética de los tejidos orales preservando la mayor cantidad de estructura biológica el mayor tiempo posible. Manteniendo la salud, previniendo e interceptando la enfermedad cuando progresa con la menor pérdida de tejido.

Se sustenta básicamente en los siguientes principios:

- Diagnóstico precoz.
- Prevención y control de la enfermedad.
- Tratamiento mínimamente invasivo.
- Monitorización y control del paciente.

Hay que distinguir entre odontología de mínima intervención, tratamiento mínimamente invasivo y el tratamiento de lesiones pequeñas, ya que todos estos conceptos son diferentes y generan confusión.

P. ¿Mínima invasión y mínima intervención, son sinónimos? ¿Qué diferencias existen entre ambas? ¿Dónde está la frontera que las separa?

R. A mi modo de ver, son términos que vienen a querer decir lo mismo, difieren más en la forma que en el fondo.

Intervención se refiere al acto quirúrgico que realiza el dentista o médico mientras que invadir tiene la connotación de entrar por la fuerza en un sitio.

La Mínima Intervención busca la máxima actuación (control de la enfermedad) para una mínima intervención (o invasión), son las dos caras de la moneda, nuevos tratamientos con el objeto de no realizar procedimientos que supongan pérdida de estructura biológica.

Ya podemos anticiparnos a las lesiones, realizar una odontología para la salud. Tradicionalmente nos hemos dirigido exclusivamente a la enfermedad perdiendo un interesante campo de desarrollo. La boca, si se deja a su libre albedrío, evoluciona hacia la enfermedad. Hoy ya sabemos que si tanto el profesional como el paciente no actúan lo harán las bacterias, la sobrecarga, etc.

P. ¿Cuándo y de qué manera diría usted que surge el concepto de odontología de mínima intervención? ¿Aparece bajo algún tipo de influencia o como resultado de una tendencia?

R. Este concepto empezó en los años setenta en los países escandinavos a través de la odontología preventiva, posteriormente a principio de los noventa, como resultado de una evolución para la práctica clínica, se integra la odontología rehabilitadora para crear a través de ambas un modelo único de mínima intervención.

En octubre del año 2002 ya la Asamblea General de la Federación Dental Internacional (F DI) adopta la mínima intervención.

P. ¿Cómo toma usted contacto y se interesa por esta forma de hacer odontología?

R. Hace ya alrededor de 15 años, en Múnich en un Congreso Europeo de Odontología Preventiva, estos conceptos ya se presentaban; al año siguiente, en Copenhague (Dinamarca), se realizaba el Primer Congreso Europeo de Odontología Mínimamente Invasiva y se formó la primera Sociedad Europea de OMI, donde encontré colegas con mis mismas inquietudes. Entonces realicé un programa de la Escuela Escandinava. En un principio integrar este modelo en España con nuestra mentalidad y mi todavía corta experiencia implicaba dificultades, por lo que decidí ir a la Escuela Americana, donde me dieron las herramientas para su aplicación en el día a día, ya que son muy prácticos, todo ello me ha permitido

integrar la mínima intervención con éxito.

P. En España existe ya una Sociedad de Mínima Invasión (SEOMI), pero no hay ninguna similar en lo que a mínima intervención se refiere. ¿Cree posible que se constituya una en breve?

R. Yo no tengo conocimiento de su existencia. Tuve el honor de participar en el primer congreso de SEOMI y su fundación como sociedad, actualmente pertenezco a la junta directiva y deseo que sepamos aglutinar a los diferentes profesionales que compartan esta sensibilidad a la hora de realizar su trabajo. Creo fundamental una visión de trabajo en equipo.

P. ¿Qué importancia tiene la odontología de mínima invasión en otros países? ¿Fuera de nuestras fronteras existe alguna asociación para su promoción o defensa?

R. No se puede imaginar cual fue mi sorpresa, hace tres años, cuando me invitaron a ser miembro del European Minimal Intervention Advisory Board, grupo promovido por GC Europe, compañía que lleva varios años apostando por esta filosofía, que al margen de los países escandinavos en el resto de Europa se encuentra más o menos en una situación de tránsito similar a la nuestra.

En este comité, formado por profesores de diferentes universidades europeas, dentistas y profesionales de la industria, hemos preparado unos principios básicos para la divulgación e integración de estos modelos de trabajo en la clínica dental de una manera sencilla.

Además en Estados Unidos existe el WCMID (Word Congress Minimally Invasive Dentistry), del cual tengo el honor de haber recibido un fellowship, donde llevan bastantes años impulsando esta filosofía de trabajo a través de universidades americanas, profesionales y la industria dental de aquel país.

También existen grupos de trabajo muy interesantes en Australia, Japón, Brasil, Sudáfrica..., con importantes líderes internacionales. Con respecto a GC Europe, me gustaría reseñar que esta compañía, pionera en odontología de mínima intervención, cuenta con excelentes productos para diagnóstico, prevención

Ya podemos anticiparnos a las lesiones, realizar una odontología para la salud. Tradicionalmente nos hemos dirigido exclusivamente a la enfermedad perdiendo un interesante campo de desarrollo. La boca, si se deja a su libre albedrío, evoluciona hacia la enfermedad. Hoy ya sabemos que si tanto el profesional como el paciente no actúan lo harán las bacterias, la sobrecarga, etc.



Técnicamente es una odontología fácil de integrar, exige unos pequeños cambios, que son fáciles de realizar una vez que uno tiene claros los conceptos. Empezando primero por pacientes más sencillos (de bajo riesgo), para más tarde ir enfrentándose a pacientes más complejos (de alto riesgo) que requieren de una mayor experiencia por su dificultad.

y restauración, y que desde hace años trata mediante actividades formativas de dar a conocer este tipo de odontología.

P. ¿Requiere este tipo de odontología alguna formación específica, tanto para el dentista como para el personal auxiliar de la clínica, o cierto equipamiento y material concreto diferente al que el dentista está acostumbrado a utilizar?

R. Por supuesto que requiere una formación básica, pero sobre todo romper con la rutina e incluir al personal auxiliar con un enfoque de equipo. Es fácil de integrar como parte complementaria de nuestro ejercicio, luego de ahí, como todo en la vida, depende del nivel de desarrollo que cada centro decida alcanzar.

Lo mismo pasó hace años con la estética, que hoy es parte perfectamente integrada de nuestro quehacer diario, como a mi modo de ver será en poco tiempo la mínima intervención.

La industria dental nos ofrece poder medir el pH de la boca, hacer test salivales, microbiológicos; existen sistemas de radiografía digital, magnificación, fluorescencia, que nos ayudan a un diagnóstico precoz; tenemos nuevos tratamientos químicos (Ejemplo MI paste, ToothMousse para la remineralización, xylitol, probióticos...), aparatos de remoción del tejido (Micro-abrasión, fresas de Micro-preparación...), materiales restauradores (nuevos ionómeros de vidrio, resinas fluidas) que se adaptan al nuevo patrón de lesiones, y un sinfín más de materiales, instrumentos o equipamientos que facilitan el desarrollo de una práctica de mínima intervención.

P. ¿Es fácil adaptarse a practicarla?

R. Técnicamente es una odontología fácil de integrar, exige unos pequeños cambios, que son fáciles de realizar una vez que uno tiene claros los conceptos. Empezando primero por pacientes más sencillos (de bajo riesgo), para más tarde ir enfrentándose a pacientes más complejos (de alto riesgo) que requieren de una mayor experiencia por su dificultad. Como en otras especialidades, por ejemplo en implantes, empezaríamos por casos sencillos,

como unitarios con condiciones de hueso favorables y poco compromiso estético para luego poco a poco ir enfrentando casos más difíciles.

Cualquier tratamiento lo podemos hacer con este enfoque: empastes, carillas, tratamientos periodontales, implantes, blanqueamientos..., lo que ayuda a que no exista una revolución en nuestra práctica habitual sino que simplemente se produzca una evolución.

P. ¿Qué tipo de profesional puede practicarla? ¿Está a disposición también del endodoncista, por ejemplo, o del cirujano maxilofacial?

R. Es un modelo básico para cualquier profesional, ya que prepara al paciente poniéndolo en salud para recibir cualquier tratamiento más complejo, teniendo éste un mejor pronóstico; así cualquier procedimiento tradicional mejora sus resultados.

El concepto de tratamiento de mínima intervención integra desde prevención primaria de la enfermedad hasta métodos quirúrgicos que impliquen mínimo trauma. Estas técnicas hacen posible la preservación de tejido o minimizan los efectos secundarios del tratamiento.

En países como Alemania, donde existe un control de los procedimientos que realizan los dentistas —ya que hay una parte abonada por el sistema de salud público—, se ha visto que el desarrollo de estos modelos de odontología aumenta la supervivencia dental; evidentemente disminuyen unos tratamientos como el número de exodoncias, y crecen otros como por ejemplo el número de tratamientos endodónticos al haber mayor número de dientes.

Otro ejemplo son los implantes dentales, si al paciente se le ha evaluado, puesto en salud y presenta pérdidas dentales, desde un punto de vista funcional sería un procedimiento de mínima intervención, más si lo comparamos con las prótesis fijas tradicionales.

P. ¿Cuáles son las ventajas que la mínima intervención aporta de cara al paciente y también para el profesional?

R. Para el paciente:

- Una odontología más agradable, menos molesta, reduce problemas y riesgos.
- Es menos costosa.
- Mayor nivel de salud, supervivencia dental y mejor vejez de los dientes.
- Rol activo para mayor control de su salud, y mejor informado.
- Más estética.

Para el profesional:

- Técnicas más limpias, aumenta calidad, predictibilidad y disminuyen los riesgos, mejorando el pronóstico de los tratamientos más complejos.
- Introduce nuevos tratamientos en la clínica dental.
- Aumenta el confort y satisfacción minimizando el estrés y la ansiedad.
- Fideliza y aumenta la implicación de los pacientes, éstos van más frecuentemente a la consulta dental, estabilizando los ingresos.
- Disminuye el riesgo de quejas y litigios.
- Mejora los resultados en el cuidado de la boca de los pacientes y los niveles de salud oral.
- Aumenta el desarrollo del personal auxiliar.

P. **¿Hasta qué punto, siempre desde su experiencia, es posible adelantarse al desarrollo de cualquier enfermedad bucodental? Usted es consciente de que la prevención no siempre es fácil.**

R. Diversos estudios demuestran que la prevención funciona, además, desde el primer día, y en todos los grupos de edad. Requiere, eso sí, de una formación por parte de todo el equipo y en muchos casos superar nuestras propias objeciones. Eso, por supuesto, no significa que no existan barreras superables. El analizar los factores de riesgo del paciente individualmente y evaluar su pronóstico (bajo, medio y alto) nos permite personalizar el plan preventivo siendo más eficaces en los resultados —nada es 100%—, y además sabiendo que en los pacientes de alto riesgo vamos a encontrar más dificultades, por lo tanto el profesional como el paciente necesitan tener unas expectativas reales al caso y un mayor compromiso.

Tradicionalmente hemos relacionado prevención con cepillado, flúor y poco más, esto es una visión muy reducida de la prevención en la que los resultados son muy limitados.

P. **Para que la odontología preventiva sea eficaz, el dentista tiene que lograr la colaboración del paciente, conseguir que éste sea consciente de su responsabilidad para que el tratamien-**



Tradicionalmente hemos relacionado prevención con cepillado, flúor y poco más, esta es una visión muy reducida de la prevención en la que los resultados son muy limitados

to tenga éxito. ¿De qué manera consigue usted implicarles?

R. El paciente pasa a tener un rol activo, su participación en el mantenimiento de su salud bucal durante y después del tratamiento es pieza clave, ya que es el mayor responsable de su salud, dándole las herramientas (desarrollo de habilidades y formación) básicas para su control. Lo importante es ayudarlo a encontrar su propia armonía.

Hemos desarrollado mucha destreza manual en la odontología, se ha sobrevalorado al dentista artista, hoy necesitamos desarrollar otro tipo de habilidades como la comunicación, la motivación, educación para la salud...

P. **¿Nos puede contar qué hace usted cuando llega un paciente nuevo a su consulta? Ya que tiene usted un centro especializado en este modelo.**

R. De la misma manera que hay centros especializados en estética, implantes, endodoncia, periodoncia... yo creo que cualquier área de nuestro trabajo llevado al máximo nivel exige un cierto grado de especialidad o limitación, y ese fue mi caso.

Hoy tenemos marcadores biológicos (pH, saliva, microbiología, anatomía dental, periodontal...) que junto con la historia clínica, al igual que cuando vamos al médico nos hace un análisis de sangre o de orina, nos dan información del estado del paciente previo a que se produzca un daño que como ya sabemos, pasan generalmente años antes de detectarlo clínicamente.

Básicamente la diferencia principal es que tradicionalmente diagnóstico equivalía a detección de la enfermedad, mientras que hoy diagnóstico precoz equivale a detección precoz, análisis de factores de riesgo y clasificación del riesgo del paciente, todo ello desde un enfoque integral. Eso significa que realizamos un estudio de las estructuras dentales, periodonto y la función del sistema.

Una vez conocemos los factores de riesgo del paciente, realizamos un plan preventivo individualizado. La nueva definición de prevención podría ser la siguiente: es el arte y la ciencia del manejo de los factores de riesgo de cada paciente individualmente para promocionar una óptima salud oral.

Una vez la enfermedad se encuentra en control desde un punto de vista bacteriano y funcional, pasamos a la rehabilitación de las estructuras perdidas, generalmente el patrón de

lesiones que detectamos es diferente, con lo que tanto técnicas como materiales e instrumental se deben adecuar. Finalmente se reevalúa al paciente con la frecuencia que necesita en función de su riesgo.

P. ¿Cómo reaccionan los pacientes ante un modo de proceder tan, quizás, fuera de lo habitual, en una época en que manda la estética y los tratamientos más demandados son invasivos, como los implantes y las carillas de porcelana?

R. Realmente hay mucho paciente que busca esta odontología, personas con un nivel cultural medio-alto encuentran un modelo que se adapta perfectamente a sus necesidades. Es una odontología en demanda, la mayoría de los pacientes no entiende que no esté todavía totalmente integrada en nuestra profesión. Hoy los pacientes empiezan a "no querer" empastes, endodoncias, cirugías...

P. ¿Es la mínima intervención el futuro de la Odontología?

R. Ya a principios del siglo XX, G. V. Black anunciaba la prevención como una herramienta básica en el ejercicio profesional. Más que futuro ya empieza a ser presente, vivimos en un mundo donde los cambios son exponenciales, el avance tecnológico expresado en nuevos instrumentos, materiales y técnicas, permite en la actualidad desarrollar procedimientos de mínima intervención.

Estamos ante las generaciones más informadas y formadas de la historia, sus demandas son otras, la salud es un valor en

alza con lo que hay que estar a la altura de una nueva realidad, la nueva economía ha acelerado este cambio.

P. Pero algunos dentistas, al escucharle, pensarán que lo que usted practica es poco rentable.

R. Yo tengo un centro avanzado en prevención y puedo decirles que es un modelo de negocio interesante para el que lo desarrolla. Esa ha sido una de las primeras barreras que mayormente han existido en el pasado; pero a quienes piensan de esa manera hay que decirles, primero, que no es así, pues esta forma de trabajo viene a sumar pacientes, podemos empezar a tratar a personas que todavía están sin lesiones y tradicionalmente no vendrían a nuestras consultas. En segundo lugar, la palanca de producción de estos tratamientos es muy alta; tercero, estabiliza los ingresos porque el paciente entra en programas de prevención que necesitan reevaluarse regularmente en función de su riesgo. En definitiva, hay que ver la mínima intervención también como una interesante oportunidad.

P. ¿Cómo se puede conocer más acerca de este conjunto de técnicas?

R. Cada vez se difunden más. En mi caso, yo dedico parte de mi práctica profesional a la difusión y formación de estos modelos de trabajo a través de artículos, cursos y ponencias. Cualquier profesional que quiera más información puede contactar conmigo a través de www.capedental.net.



Tel. 917 131 085 - Fax. 913 610 751
info@mdconstructor.com

Listo para entrar

Planificación. Diseño. Licencias. Construcción.
 Asesoramiento en compra...

En M.D.Constructor, Nos ocupamos de todo. Le realizamos la planificación, diseño, le asesoramos en la compra y construcción de su clínica, la implementación de sistemas informáticos y la consecución de licencias asegurando la solución perfecta para la apertura y renovación de su clínica o laboratorio.



medical design
CONSTRUCTO R

aquí tiene **Su proyecto**