dentalberri

Revista Oficial del Colegio de Dentistas de Gipuzkoa ■ Gipuzkoako Haginlarien Elkargo Aldizkaria

colegio de dentistas de gipuzkoa

gipuzkoako haginlarien elkargoa

Nº 20
Julio 2011 Uztaila

- El Colegio con los afectados de cáncer
- Seis sanitarios guipuzcoanos acuden este verano a Uganda
- Diseño del colgajo para la colocación de implantes inmediatos postextracción en alveolos infectados
- Bélgica, Holanda y Luxemburgo con vuelo directo desde Hondarribia

Mugak gaindituz

A PEDIR DE BOCA

Para las bocas más exigentes. Las que piden calidad, un trato amable y cercano, buenos profesionales y la tecnología más fiable.

Con su Scanner TAC Helicoidal y el software específico para uso en implantología y patología maxilofacial el Centro de Diagnóstico Urbieta le ofrece un servicio con las mejores garantías, un servicio a pedir de boca.

Urbieta 58 | San Sebastián
Tel.: 943 47 01 44 | Fax: 943 47 01 75
cmu@centrourbieta.com | www.centrourbieta.com

CENTRO DE DIAGNÓSTICO URBIETA
Al servicio de la salud

RPS 455/96

COMITÉ EDITORIAL
BATZORDE EDITORIALA

Joxe Mari Iriondo Enparantza
Mª José Amantegui Ibargoyen
Tomás Gastaminza Lasarte
Carlos Alústiza Martínez
Ruth Aranzazu de Dios González

COMITÉ CIENTÍFICO
BATZORDE ZIENTIFIKOA

Fernando Fombellida Cortázar
Mikel Aldalur Arrigorrialde
José Antonio Arruti González
Ramón Amantegui Ibargoyen
Javier Sanz Acha
Carlos Hernández de la Hera
José Antonio Badás Vidaurrazaga

COLABORADORES
LAGUNTZAILEAK

Alberto Gorosabel Mendizabal
Claudio Albisu Andrade
CIALT Asesores
Arantxa Ávila Seco
Kerman Llona Santiañez
Nerea Serrano Arrese
Ramón Gómez Meda
Joserra Uriz Zurutuza

DIRECCIÓN :
Joxe Mari Iriondo Enparantza

COORDINACIÓN:
CPC Consultores de Prensa y Comunicación

DISEÑO:
ink estudio de diseño

MAQUETACIÓN:
Nuria Núñez

FOTOGRAFÍA PORTADA:
Kristina Aizpuru

IMPRESIÓN:
Graficas Anaka

sumario

4 firma invitada
La seguridad del paciente en odontología

5 carta del presidente
Una pata del sistema de salud

6 actualidad colegial
El Colegio con los afectados de cáncer
La primera promoción de Odontología de la UPV celebró su 20 aniversario

10 tablón de anuncios

13 odontología solidaria
Seis sanitarios guipuzcoanos a Uganda en verano

17 artículo científico
Diseño del colgajo para la colocación de implantes inmediatos postextracción en alveolos infectados

25 actualidad mutualista
A.M.A. sigue creciendo en todas las ramas de seguros

27 escapada
Bélgica, Holanda y Luxemburgo más cerca con vuelo directo desde Hondarribia

colegio de dentistas de gipuzkoa
gipuzkoako haginlarien elkargoa

c/ Zabaleta 40, bajo
20002 Donostia-San Sebastián
Tel. 943 29 76 90
e-mail: coeg@coeg.eu
www.coeg.eu

firma invitada
Bernardo Perea Pérez
Director de la Escuela de Medicina Legal y Forense.
Facultad de Medicina.
Universidad Complutense de Madrid.

La seguridad del paciente en odontología

El concepto de seguridad del paciente ha sido y es uno de los más empleados en medicina en los últimos cinco años. Pero, **¿en qué consiste realmente la seguridad del paciente?**

Desde el inicio de la práctica médica se conoce su riesgo intrínseco para los propios pacientes. Ya por ello en la antigua Grecia se enunció el principio hipocrático "Primun non nocere", primero no hacer daño. Y si todos los profesionales sanitarios han sido conscientes históricamente del potencial riesgo para sus pacientes de su trabajo, ¿por qué se ha puesto ahora "de moda" el concepto de seguridad del paciente?

La razón de que la "seguridad del paciente" sea un término omnipresente en medicina, y progresivamente en el resto de las profesiones sanitarias, ha sido el trabajo del Institute of Medicine de Estados Unidos "To err is human" (Errar es humano), publicado en 1999. Este estudio estimaba que fallecían cada año en Estados Unidos entre 44.000 y 98.000 personas debido a errores en la asistencia sanitaria. También estimaba que la mayor parte de estos errores eran prevenibles.

Y, ¿qué pasa en odontología? En odontología, es ahora cuando empezamos a movernos de forma efectiva en este campo. La Federación Dental Internacional está promoviendo distintas iniciativas para fomentar la seguridad del paciente en las que está interviniendo el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España. Existen varias razones que explican el retraso de la odontología en este ámbito. En primer lugar, los daños potenciales que pueden sufrir los pacientes durante los tratamientos odontológicos son evidentemente menos importantes que los que pueden sufrir durante un ingreso hospitalario (área en la que se inició la seguridad del paciente). Y en segundo lugar, estos eventos adversos odontológicos no ocurren en estructuras sanitarias jerarquizadas (como son los hospitales), sino en estructuras sanitarias dispersas y no conectadas (como son las consultas dentales). El resultado de esta situación es que "perdemos" casi toda la información sobre eventos adversos que se produce en la asistencia dental.

En "seguridad del paciente" se utiliza con frecuencia un dicho atribuido a Confucio: "El hombre que ha cometido un error y no lo corrige comete otro error mayor". En odontología, los errores profesionales suelen cometerse en maniobras a priori "poco peligrosas" pero que se repiten muchas veces. Esta repetición constante hace que relajemos las precauciones e incluso que asumamos como normales "hábitos incorrectos" desde el punto de vista de la seguridad del paciente. Y cuando realizamos una maniobra estadísticamente poco peligrosa sin tomar las debidas precauciones y la repetimos miles de veces, con total seguridad acabará ocurriendo lo improbable. Y ¿cómo se soluciona ésto? La respuesta es clara: con información y con formación.

¿Cómo se introduce un dentista en el mundo de la "seguridad del paciente"? Poco a poco. La "seguridad del paciente" es un tema no muy complejo, pero es un camino muy largo.

Probablemente la primera medida sería informarse sobre lo que está pasando. Para ello os recomendamos la página web del OESPO (Observatorio para la seguridad del paciente odontológico) que está dedicada en exclusiva a la seguridad del paciente. Allí encontraréis materiales para ir trabajando (aunque la página es muy reciente y no está terminada). La dirección es http://www.ucm.es/centros/webs/se5119.

La segunda medida es la de protocolizar los procedimientos potencialmente más peligrosos: cirugía, esterilización, tratamiento de emergencias vitales, prescripción de fármacos, etc.

Y la tercera medida es compartir la información. Contar los problemas que nos han ocurrido a nosotros y conocer los que les han sucedido a otros compañeros. Notificar los eventos adversos que ocurran en nuestra consulta, o de los que tengamos conocimiento directo, de forma anónima a través de la página del OESPO es algo fundamental.

No quiero presentaros la "seguridad del paciente" como algo aburrido y trabajoso, realmente no lo es, pero quiero que seáis conscientes de que es algo que va llegar necesariamente, que comporta también importantes ventajas para nosotros (seguridad clínica y jurídica) y que, sobre todo, constituye un deber ético ineludible con nuestros pacientes.

carta presidente

Txemi Errazkin

Un pilar del sistema de salud

Seguimos en nuestro empeño de "sanitarizar" la profesión. Es decir, demostrar que los dentistas somos parte esencial del sistema sanitario, del sistema que busca proteger a la población y mejorar su calidad de vida. Sabéis del esfuerzo de la Junta por mejorar la formación no sólo relacionada directamente con la odontología, sino también de los temas que rodean nuestra actividad.

Insistimos ante los medios de comunicación que en la boca se expresan de forma incipiente enfermedades que tienen su origen en otros órganos del cuerpo, lo que permite diagnósticos tempranos. Y, a la inversa, que problemas bucales derivan luego en afecciones en otros lugares del sistema.

En los últimos años, por ejemplo, hemos apostado por mejorar la formación para detectar mejor posibles cánceres de boca. Y acabamos de firmar un convenio con la AECC para ayudar a los pacientes afectados a mejorar su calidad de vida ofreciéndoles información sobre cómo cuidar su boca que puede verse seriamente afectada por los tratamientos de quimio y radioterapia.

Vamos a ir más allá impulsando un libro que traslade la importancia de la nutrición para prevenir el cáncer en general y ponga a disposición de los afectados de cáncer oral recetas que puedan saborear a pesar de los efectos mutiladores que pueden acarrear los tratamientos.

Queremos trasladar también a las autoridades sanitarias la importancia de que en las unidades oncológicas esté presente un dentista para hacer un seguimiento de la salud bucal de los pacientes para mejorar su calidad de vida.

La colaboración entre distintos profesionales sanitarios es esencial en una sanidad de calidad. Y médicos, enfermeros, farmacéuticos, asistentes sociales, gestores sanitarios,… deben ser conscientes de que la odontología es una de las patas de la mesa asistencial tanto en la prevención como en la paliación.

Este aspecto no sólo es esencial para dignificar nuestra profesión, sino que es fundamental para construir una sanidad de calidad. Trasladar esta idea es tarea de todos. Por supuesto, del Colegio, pero también de cada uno de nosotros en la consultas. Y eso se consigue formándonos mejor, trasladando a nuestros pacientes consejos nutricionales, advirtiéndoles de las consecuencias de hábitos no saludables (tabaco, alcohol,…), derivándolos y controlando que acuden a otro especialista cuando detectamos algún problema, ofreciéndoles folletos e información no sólo de temas bucodentales, sino de protección y prevención en otras materias,…

Que día a día sepamos de verdad que **atendemos** a nuestros pacientes.

Un abrazo

Gure lanbidea "osasungintzeko" asmoarekin tinko jarraitzen dugu. Hau da, dentistak osasun sistemaren parte garrantsitzua garela erakusteko, herritarren bizi-kalitatea hobetuz, beraien babesa bilatzen duen sistemaren parte. Dakizuen bezala, gure Batzordeak esfortzu handia egiten du odontologiarekin zuzenki erlazionatuta dagoen formazioa hobetzeko baita gure jardueraren inguruan dagoen beste gaiena ere.

Komunikabideen aurrean azpimarratzen ari gara, ahoan, beste organoetan sormena duten gaixotasunak agertzen direla, honi esker diagnostiko goiztiarrak egin ditzakegularik. Eta alderantziz, ahoko arazoak, beste tokietan emango diren gaitzetan deribatzen dutela.

Azken urteetan adibidez, ahoko-minbizia hobeto detektatzeko formazioaren hobekuntzan apustu egin dugu. Eta AECC-ekin hitzarmena sinatu dugu pazienteen bizi-kalitatea hobetzeko, ahoko osasunari buruzko hitzaldiak eskainiz, dakizuenez, ahoan, kimio eta radioterapiako tratamenduak eragin handia bait dute .

Urrats bat aurrerago joan nahi dugu, minbizia prebenitzeko nutrizioak duen garrantzia azpimarratzen duen liburu bat bultzatuz, ahoko minbizia duten pertsonen eskuetan errezetak jarriz beraien dastamenarako, nahiz eta batzutan tratamenduek efektu mutilatzaileak sortzen badute ere.

Osasun agintariei, onkologi unitateetan dentista baten presentziaren garrantziaz ohartarazi nahi diegu, ahoko osasunaren jarraipena egiteko, pazienteen bizi- kalitatea hobetzeko.

Osasun langileen arteko elkarlaguntza funtsezkoa da kalitatezko osasungintzarako. Medikuak, erizainak, farmazeutikoak, gizarte laguntzaileak, osasun gestoreak…argi izan behar dute, odontologia, laguntza-zerbitzuen beste euskarri bat dela, bai prebentziorako bai hau arintzeko.

Zentzu honetan, oinarrizkoa da, ez bakarrik gure lanbidea duintzeko, kalitatezko osasungintza eraikitzeko baizik. Ideia hau hedatzea, denon lana da. Elkargoarena noski, baina gure kontsultetan egin behar dugun lana da ere. Hau formazioa hobetuz lortu dezakegu, gure pazienteei nutriziozko aholkuak emanez, ohitura txarrak (alkohola, tabakoa…) duten ondorioei buruz ohartarazten, arazoren bat ikusten dugunean deribatuz eta beste espezialistarengana joaten direla kontrolatuz, informazioa eta liburuxkak banatuz, ez bakarrik ahoko gaiei buruz, babesa eta prebentziorako beste gaiei buruz ere…

Egunez egun, benetan jakin dezagula gure pazienteei **erantzuna ematen** diegula

Besarkada bat

actualidad colegial

CURSOS

CURSO DE BLANQUEAMIENTO DENTAL

Los días 17 y 18 de Junio los **Drs. Leopoldo Forner Navarro** y **Mª del Carmen Llena Puy** impartieron el curso "Blanqueamiento dental". Fue muy aleccionador escuchar por parte de unos profesionales del blanqueamiento, dedicados además a la investigación en esta materia en la Universidad de Valencia, del error que supone considerar que el blanqueamiento dental es un procedimiento inocuo. Es importante seguir un procedimiento bien protocolizado tanto en el diente vital y como en el no vital, para evitar riesgos como las reabsorciones radiculares o quemaduras gingivales.

Algo que quedó muy claro y en lo que hicieron especial hincapié fue que **no deben blanquearse los dientes a un fumador** porque el agente blanqueador potencia el efecto de uno de los carcinógenos derivados de la combustión del tabaco.

Por otro lado y, yendo a la parte práctica, recomendaron como pauta más moderna y efectiva los tratamientos combinados clínica-domicilio.

ACTUALIZACIÓN EN MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS PARA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

El doctor **Gabriel García** ofreció un curso en torno a la actualización en materiales y procedimientos para odontología restauradora. García es profesor asociado de biomateriales dentales en la Universidad Complutense de Madrid, asistente en prosthodoncia en la Universidad de Columbia y especialista en valoración del daño bucodental por la UPV, además de trabajar en un clínica madrileña en estética e implantes.

El objetivo del curso era hacer un repaso de los materiales en odontología restauradora, desde pequeñas actuaciones destinadas a un diente hasta el tratamiento de los tejidos peribucales.

El doctor Gabriel García recordó conceptos teóricos básicos y expuso casos clínicos de blanqueadores, resinas compuestas, cerámicas y CAD-CAM en dientes naturales que nos permitan elegir en cada caso el material más adecuado. También hizo un repaso a la evolución de la restauración sobre implantes hasta llegar a las estructuras fresadas de última generación. Por último, aportó conocimientos suficientes para incorporar a nuestra práctica diaria el tratamiento de los tejidos peribucales, y así evitar el sobretratamiento de estos tejidos por parte de otros profesionales que en muchas ocasiones olvidan una parte importante de la boca: los dientes.

EL COLEGIO CON LOS AFECTADOS DE CANCER

El Colegio se implica en mejorar la calidad de vida de los afectados de cáncer reduciendo la afección en boca de los tratamientos.

El Colegio lleva ya varios años trabajando en el tema del cáncer. Además de las campañas de cáncer oral que impulsa el Consejo de Dentistas y en el que compañeros voluntarios realizan exploraciones gratuitas, se está incidiendo en la formación en temas relacionados con esta enfermedad y se ha firmado un convenio con la AECC Asociación Contra el Cáncer de Gipuzkoa por el que se están impartiendo talleres a afectados por esta enfermedad en diferentes localidades.

Como sabéis los tratamientos de quimio y radioterapia suelen conllevar afecciones importantes en la boca (mucositis, sequedad bucal, halitosis,…) que pueden derivar en una sepsis. Desde el Colegio se quiere contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. De ahí la colaboración con la AECC y la llamada de atención a la administración sanitaria para que un dentista esté presente en los hospitales para vigilar la salud bucal de las personas tratadas de cáncer y reducir al máximo las consecuencias de los tratamientos.

Hay que tener en cuenta que hasta el 50% de los pacientes con cáncer tratados con quimio padecen mucositis o ulceraciones y que la mitad de las septicemias que se dan en pacientes que han recibido radioterapia para tratarles cánceres de cabeza y cuello tienen como origen enfermedades bucales. De ahí la importancia de que un dentista revise continuamente la salud bucal de estos pacientes, ya que nos podemos encontrar con que el tratamiento oncológico funciona, pero comprometamos la salud del paciente por un problema bucal derivado de ese tratamiento que puede pasar inadvertido en el hospital.

En esta línea, el Colegio va a elaborar un folleto informativo destinado a los pacientes de cáncer con consejos útiles para el cuidado y la atención de su boca. Y está impulsando la realización de un libro con información y recetas tanto para una alimentación que prevenga la aparición de los distintos tipos de cáncer como para los pacientes, fundamentalmente de cáncer oral, que están en tratamiento y aquellos que han sido ya tratados y a los que ha sido necesario extirparles parte de la lengua, de la mandíbula u otras estructuras de la boca.

El libro lo realizarán entre nuestro compañero Fernando Fombellida, que, además de estomatólogo, es un buen conocedor de los temas nutricionales, y Andoni Luis Aduriz. El objeto, además de la prevención, es hacer más agradable la vida a los afectados por el cáncer y demostrar que se puede hacer una alimentación adecuada disfrutando de una cocina rica y sabrosa.

PRIMERA PROMOCION U.P.V.

La primera promoción de odontólogos de la UPV celebra su 20 aniversario

La promoción del 1991 de licenciados en Odontología de la UPV, es decir, la primera promoción, se reunió los días 3 y 4 de junio en Haro (La Rioja) para celebrar su 20 aniversario. El encuentro comenzó en el Hotel los Agustinos desde donde se dirigieron a cenar al restaurante Jarrero. "Los 34 asistentes fuimos intercambiando saludos y abrazos y surgieron recuerdos de aquella etapa maravillosa y dura de nuestra vida" nos comenta uno de los participantes Alberto Goyenechea. Acudieron al reencuentro compañeros de Valencia, Elche, Burgos, Santander, y de todo Euskadi. Cuando algunos llegaban al hotel otros salían para ver el amanecer con un viaje en globo, una experiencia única que no olvidarán. Y la reunión concluyó con una visita y comida en las afamadas Bodegas Muga, donde pudieron degustar sus vinos y una maravillosa comida tradicional riojana.

DOS CURSOS GRATIS PARA LA MEJOR FOTO DE PORTADA

La portada de este número está ilustrada ya por una preciosa foto enviada por una colegiada, **Kristina Aizpuru**. Recordaréis que en el anterior número os trasladamos el interés en que participarais aportando imágenes. Y para incentivar vuestra vena creativa, además de publicarla en la portada y que salga vuestro nombre como autor de la misma, hemos establecido como premio a la foto que resulte elegida que el ganador pueda matricularse gratis en dos de los cursos que organiza el Colegio.

Podéis mandar las fotos al correo cpc@cpc-comunicacion.com y es necesario que la imagen tenga, al menos 1,2 megas. Recordad también que por el formato de la revista es conveniente que la imagen sea vertical o, al menos, podamos cortarla, como ocurrió con la foto que nos envió Kristina y cuyo formato original reporducimos aquí. El Comité de Redacción hará la selección y se os comunicará al correo mediante el cual nos enviasteis la foto.

TORNEO DE GOLF

Luis Mari Elorza, ganador en la modalidad de scratch, y Pedro Irigoyen, vencedor en la modalidad de stableford, en el torneo social que organizó el Colegio en las instalaciones del Golf Jaizkibel y que contó con la colaboración de AMA.

Infórmanos
sobre las actividades, noticias, ... que quieres encontrar en esta sección.
Puedes contactar con nosotros en la siguiente dirección de correo electrónico: **cpc@cpc-comunicacion.com**

DESARROLLO POSTGRADO presenta un curso completo de

ORTODONCIA

La ortodoncia está cambiando.
El diagnóstico está dirigido por la estética facial.

SISTEMA DAMON

+ SISTEMA TRADICIONAL
Brackets autoligables/tradicionales.
Torques diferenciales.
Fuerzas ligeras y adaptación funcional.
TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO
Formación teórica, práctica y clínica.

Dra. Charo Cuesta

Dr. José Antonio Arruti · Dr. José Antonio Badas · Dr. John Blanton · Dr. Juan Ramón Boj · Dra. Mercedes Cavallé · Dr. Miguel A. Crovetto
Dr. José Durán Von Arx · Dr. Fernando Fombellida · Nuria García · Dr. Javier Martín · Jesús A. Martínez · Dra. Mª José Pons Aparisi
Dr. Daniel Rollet · Dr. José Sainz Arregui · Dr. Eduardo Vázquez · Dr. Eduardo Vázquez D. · Leon Verhagen · Carolina Villalobos

DIRECCIÓN DEL CURSO: **Dra. Charo Cuesta**

COLABORADORES: **Dr. Jose Antonio Arruti** (Cirujano Maxilofacial), **Dr. José Antonio Badas** (Oclusión), **Dr. John Blanton** (Ortodoncista), **Dr. Juan Ramón Boj** (Odontopediatra), **Dra. Mercedes Cavallé** (Ortodoncista y Kinesiologa), **Dr. Miguel A. Crovetto** (Otorrinolaringólogo), **Dr. José Durán Von Arx** (Ortodoncista), **Dr. Fernando Fombellida** (Periodoncista), **Nuria Garcia** (Logopeda), **Dr. Javier Martín** (Cirujano Maxilofacial), **Jesús A. Martínez** (Fotógrafo), **Dra. Mª José Pons Aparisi** (Ortodoncista), **Dr. Daniel Rollet** (Ortodoncista), **Dr. José Sainz Arregui** (Cirujano Plástico), **Dr. Eduardo Vázquez** (DTM), **Dr. Eduardo Vázquez D.** (DTM), **Dr. Leon Verhagen** (Ortodoncista), **Carolina Villalobos** (Logopeda) y otros....

MÓDULO 1
MADRID - 2011 20-21-22 Octubre
BILBAO - 2011 27-28-29 Octubre
- Introducción a la Ortodoncia.
- La Ortodoncia desde el punto de vista multidisciplinar.
- Clasificación de las malocluciones.
- DIAGNÓSTICO:
a) Examen clínico: Análisis facial + Análisis de la sonrisa.
b) Registros: Radiografías, modelos de estudio, fotografías.
c) Análisis Cefalométrico, manual y con ordenador.

MÓDULO 2
MADRID - 2011 17-18-19 Noviembre
BILBAO - 2011 24-25-26 Noviembre
- Brackets tradicionales y autoligables.
- Prescripciones de Torque.
- Fases de tratamiento y secuencia de arcos.
- Bandas, elásticos, resortes y demás elementos auxiliares.
- Lista de problemas y objetivos de tratamiento.
- Práctica sobre Tipodonto.
- Taller práctico de fotografía.

Instalación y formación de PROGRAMA INFORMÁTICO, incluido en el curso: Ficha de ortodoncia, gestión de imágenes y análisis cefalométrico.

MÓDULO 3
MADRID - 2012 12-13-14 Enero
BILBAO - 2012 26-27-28 Enero
- Diagnóstico: Extracción/No extracción.
- Clase I, Clase II. Clase III.
- Dimensión transversal.
- Dimensión vertical.
- Crecimiento cráneo-facial.

MÓDULO 4
BILBAO - MADRID. Marzo 2012
- Dentición mixta.
- Estudio de la vía aérea.
- Respiración, deglución, masticación.
- Educación funcional y Estimuloterapia.

MÓDULO 5
BILBAO - MADRID. Junio 2012
- Ortodoncia en adultos.
- Consideraciones oclusales y protéticas.
- Reabsorción radicular.
- Dientes incluidos.

MÓDULO 6
BILBAO - MADRID. Septiembre 2012
- Periodoncia y Ortodoncia.
- Laser en Ortodoncia.

MÓDULO 7
BILBAO - MADRID. Noviembre 2012
- Disfunción temporomandibular y Ortodoncia.
- Dolor orofacial.
- Dimensión transversal en adultos.
- Kinesiología y Ortodoncia.

MÓDULO 8
BILBAO - MADRID. Enero 2013
- Terminación y acabado.
- Retención.
- Bondeado indirecto.

MÓDULO 9
BILBAO-MARID. Marzo 2013
- Recopilación de todo el sistema.
- Diagnóstico avanzado.
- Microimplantes en Ortodoncia.
- Ortodoncia Invisible: Movimientos dentales con férulas transparentes.

MÓDULO 10
BILBAO-MARID. Mayo 2013
- Cirugía Ortognática.
- Ortodoncia pre y postquirúrgica.
- Cirugía Plástica.
- Examen Final, graduación y entrega de diplomas.

MÓDULO DE AUXILIARES
BILBAO-MARID. Marzo 2012
- Toma de registros: modelos, fotografías, radiografías.
- Identificación y preparación de materiales: brackets, bandas, resortes...
- Prescripciones de torque.
- Secuencias de arcos.
- Higiene, instrucciones y motivación del paciente. Esterilización.

DESARROLLO POSTGRADO

Desarrollo Postgrado ha impartido cursos en España desde 1992. Ha formado a gran cantidad de profesionales que son su mejor referencia.

MADRID
20-21-22
Octubre 2011
BILBAO
27-28-29
Octubre 2011

SECRETARÍA: Amaia Santamaría.
Telesforo Aranzadi, nº 2 - 1º Izda.
48008 BILBAO
Tl: 94 421 54 66 - Fax: 94 421 69 88
Email: desarrollopostgrado@infomed.es

TABLON DE ANUNCIOS

OFERTA INMOBILIARIA

- SE VENDE local de 100 m² en el centro de Hernani, con proyecto para obra y actividad de clínica dental. Tel. 619 11 59 35; e-mail: info@zurutuza.eu

- SE ALQUILA Clínica Dental en funcionamiento en Pamplona (Navarra) por traslado. En funcionamiento, conocida desde 11 años, papeles en regla, licencia de apertura y demás.También instrumental e insumos odontológicos lista para continuar. Cuenta con un gabinete, sala de espera, de esterilización, dos baños, consta de 52m² y una fachada de 10m con vistas a un parque. Interesados comunicarse por las noches al Tel. 620394779.

- SE VENDE Clínica Dental en Gros, por cese de actividad en el País Vasco. Se vende clínica dental de 80 m², 2 gabinetes completos, 2 baños, situada en una buena zona del barrio de Gros. (San Sebastián). Primer piso con ascensor, y posibilidad de garaje. Precio: 500.000 €. Tel. 639 344 071

- VENDO consulta por jubilación, junto a la Avenida de la Libertad. Piso primero en esquina de 74 m². Tel. 609 416 525. Felipe

- VENDO Clínica Dental por no poder atender, en el centro de San Sebastián. Tiene una superficie aprox. de 80 m², consta de: 2 gabinetes, radiología digital (Rx intraoral, Rx panorámico con tele), sala de espera, 2 aseos y recepción. Es un 1º piso. Portal y ascensor totalmente nuevos. Precio: 525.000 € (negociable). Tel. 629 257 675. Mikel

- SE VENDE clinica dental en Eibar con un gabinete equipado y con los permisos para comenzar a ejercer. Precio:165.000 €. Tel. 610 078 281, a partir de las 19:00 horas.

- SE VENDE o alquila clínica dental en San Sebastián. Interesados llamar al 943 467 652 o escribir a foxgestion@gmail.com

COMPRAVENTA DE MATERIAL, MATERIALAREN SALMENTAK

- SE REGALA silla de dentista completa por cierre de consulta. Interesados llamar al Tel. 615 007 869.

- VENDO MOTOR de cirugía "W & H" con pieza de mano para implantes (2.000 €) y con caja completa de 3i para implantes (todo 3.000 €). Utilizado solo en 4 cirugías. Tel. 670 030 080.

- SE VENDE mueble en perfecto estado. ¡Oferta inmejorable! ¡Descuento del 50%! Precio final: 400 €. Tel.943 283 633.

OFERTA Y DEMANDA DE EMPLEO, ENPLEGU ESKAINTZA ETA ESKEA

ODONTÓLOGOS:

- Se busca endodoncista para Clínica Dental sita en Eibar (Gipuzkoa). Tel. 688 608 142 / 943 20 85 52

- Urge odontólogo/a, a tiempo completo para clínica en San Sebastián. No necesaria experiencia. Enviar curriculum a: cdentalcurriculum@gmail.com.

- Se alquila espacio en clínica con dos gabinetes dentales y asistenta a tiempo completo en céntrica y privilegiada zona de San Sebastián, a odontólogo autónomo con agenda propia. Tel. 943 42 38 94

- Se precisa odontólogo/a para clínica dental en San Sebastián. Enviar C.V. a: Mundidental XXI, C/Ferrerías, 3, 1º E. 20014 Donostia.

- Se necesita odontólogo/a con experiencia para trabajar en una clínica dental de Irún, a tiempo parcial. Enviar C.V. a: odontoirun@hotmail.com

- Estamos seleccionando seis odontólogos para trabajar en Holanda, a tiempo completo, en odontología general. Ofrecemos:
  1. Salario: 37.5% de la facturación. Aproximadamente 55-80.000 € anuales brutos en función de experiencia. Volumen de pacientes garantizado por contrato.
  2. Estancia y formación, incluidos cursos de holandés a cargo de la empresa.
  3. 40 horas semanales, de 8 a 17:00 de lunes a viernes. 5 Semanas de vacaciones.

  Requisitos:
  1. Nivel de inglés alto. Se valorará alemán u holandés, pero no imprescindible.
  2. Al menos un año de experiencia.
  3. Licenciado en odontología por una universidad de la UE, nacionalidad comunitaria.

  Contactar en: Interesados por favor enviar CV (en español o inglés) a javiermadrid@pharmarecs.com

- Se ofrece Odontóloga general, para colaborar en Clínicas en San Sebastián y cercanías. Disponibilidad a partir de agosto y flexibilidad de horarios a convenir. Tel. 650 572 887 ; e-mail: luisamaria85@gmail.com.

- Odontóloga formada en la Universidad del País Vasco y en la Universidad Federal de Salvador de Bahía (Brasil), con 2 años de experiencia y actualmente en activo, se ofrece para trabajar como odontóloga en Euskadi o alrededores. Tel. 699250922; e-mail: maitaneweb@hotmail.com.

- Se ofrece odontóloga general para trabajar a tiempo parcial, disponibilidad inmediata. Euskera. Tel. 690261682.

- Ortodoncista exclusiva con master universitario y experiencia de 6 años se ofrece para colaborar en clínica. Tel. 626496421.

- Odontóloga con Máster de 3 años en Periodoncia e implantes por la U.I.C. 5 años de experiencia como generalista o especialista. Disponibilidad a partir de agosto, a tiempo parcial o completo. Contactar en: telf:647634064. email.otzanaketa@hotmail.com.

- Se ofrece odontóloga general con experiencia para trabajar a tiempo parcial/completo a partir de julio; actualmente realizando el curso de ortodoncia del Dr. García Coffin (Madrid); disponibilidad horaria y geografica (coche propio); euskera e ingles. Tel. 620362916.

- Se ofrece especialista universitario en periodoncia e implantes, con amplia experiencia demostrable e instrumental propio para colaborar en clínicas. Euskaldun. Se ofrece asesoramiento para la planificación y realización de la prótesis. Tel. 685896465.

- Se ofrece odontólogo con amplia experiencia en endodoncias, para trabajar en Donostia y alrededores. Abstenerse franquicias. Tel. 645011214

- Se ofrece odontóloga general, amplia experiencia para trabajar en Donostia o cercanías 1 o 2 días a la semana. Tel.: 652 017 464. Mail:claudiapg49@hotmail.com

- Licenciada por la UEM y cursando Experto en Estética Dental se ofrece como generalista a tiempo parcial/completo. Disponibilidad inmediata. Tel. 617 113 409; e-mail: eiharne_ez@hotmail.com.

- Se ofrece Licenciado en Odontología con práctica en Cirugía de Implantes y Periodoncia. Llamar mediodías o noches,Tel. 629 230 538.

- Odontóloga, Máster en Cirugía Oral: Prótesis e Implantes (por la Universidad Internacional de Catalunya) se ofrece para colaborar como especialista a partir de agosto/septiembre de 2011.Contactar en: Tel. 660 843 969 mail: odontonerea@hotmail.com

- Lda. en odontología con Máster en cirugía implantes y periodoncia se ofrece para colaborar en clínicas odontológicas de Bizkaia y alrededores. DCO implantológico mediante TAC. Equipo propio de implantes. Implantes asequibles de muy buena calidad. Tel. 657351954; e-mail: cirugia.implantes.perio@hotmail.es.

- Se ofrece Odontóloga generalista con más de 3 años de experiencia para trabajar en San Sebastián y/o alrededores. Tel. 693 951 776

- Se ofrece odontóloga general con 9 años de experiencia para trabajar en clínica dental de Gipuzkoa. Currículum disponible en el Colegio. Tel. 655 02 48 23

AUXILIARES:

- Se necesita auxiliar con experiencia para clinica dental en San Sebastian. Jornada parcial o completa. Enviar CV: curriculumclinicadental@gmail.com

- Se necesita de urgencia higienista dental o auxiliar de clínica dental para la zona de Tolosaldea. Tel. 943651880

- Urge auxiliar de clínica para clínica dental en Villabona. Preferiblemente de zona de Tolosaldea-Donostialdea y euskera. Tel. 660040524

- Se ofrece auxiliar de odontología para media jornada. Experiencia en clínicas de San Sebastián como en Inglaterra. Currículum en el colegio. Tel. 689 174 052, e-mail: helena.suescun@gmail.com

- Se ofrece auxiliar de clínica con disponibilidad inmediata. Tel. 682620611

- Se ofrece auxiliar de clínica, con disponibilidad de jornada completa. Dos años de experiencia de auxiliar de clínica con experiencia en todos los campos y labores administrativas. CV disponible en el colegio. Tel. 654200424

- Se ofrece auxilar seria, responsable y con ganas de seguir trabajando en clínica dental, con 17 años de experiencia. Tel. 629540603

- Se ofrece chica responsable, seria y trabajadora con experiencia de más de 3 años en el sector de odontología para trabajar en clínica dental. CV disponible en el Colegio. Tel. 943 352604, e-mail: ibeth.Johana@gmail.com

- Se ofrece auxiliar, para trabajar en clínicas (dentales, cirugía estética y otros), a jornada completa. Disponibilidad total. Experiencia de tres años y medio en clínica dental. Tel. 656008683

- Se ofrece auxiliar de clínica con prácticas realizadas en Klinika Hortz Sabin Gabilondo Etxaniz. Tel. 690 936 461

- Auxiliar de clínica dental con seis años de experiencia se ofrece para trabajar en zona Bidasoa y Donostialdea. Tel. 655 268 829

HIGIENISTAS

- Se necesita higienista con experiencia para clínica dental en San Sebastián. Jornada parcial o completa. Enviar CV. a: curriculumclinica-dental@gmail.com
- Se necesita de urgencia higienista dental o auxiliar de clínica dental para la zona de Tolosaldea. Tel. 943651880
- Se necesita Auxiliar de Clinica ó Higienista para Clínica Dental sita en Eibar. Tel. 943 20 85 52 / 688 608 142
- Se necesita auxiliar higienista de Eibar o alrededores para clínica dental de Eibar. Interesados mandad CV a: dentalweb@hotmail.com o llamar al Tel. 943 700090
- Urge higienista para clínica dental en Villabona. Preferiblemente de zona de Tolosaldea-Donostialdea y euskera. Tel. 660040524
- Se ofrece higienista bucodental, con mas de 4 años de experiencia. Curriculum disponible en el Colegio. Tel. 652 975 399
- Se ofrece higienista auxiliar dental con experiencia. Referencias disponibles. Curriculum disponible en el colegio. Tel. 660 176 895

Medimag MEDICALIMAG, S.L. — DENTCIVE

DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS Y OFICIALES / SERVICIO TÉCNICO

anthogyr — aetaire PHILIPS — BEGO IMPLANT Perfection durch System — DFS Dental Future Systems DIAMON — Dr. Mach Sistemas de iluminacion

D-TEC LIGHTING SYSTEMS — DÜRR DENTAL — EMS ELECTRO MEDICAL SYSTEMS — Fast Splint — GETINGE GETINGE GROUP

hekadental — Leone — MESTRA — MJK Instruments — NOCOSPRAY

MORITA — KLS martin GROUP — Schilli Implantology Circle SIC — SINTO DENT — VITA

DISEÑO, EQUIPAMIENTO, MONTAJE E INSTALACIÓN CLÍNICAS Y LABORATORIOS

SISTEMAS DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN MÉDICA

APARATOLOGÍA, INSTRUMENTAL, ROTATORIOS, CONSUMIBLES

TODAS LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

DENTCIVE, S.L.
CAMINO DEL CIRCUITO, 10 1º | 20160 LASARTE-ORIA
Tfno: 943 369 790 - Fax: 943 563 865 - Móvil: 689 083 892
email: dentcive@gmail.com

MEDIMAG - MEDICALIMAG, S.L.
PAMPLONA-IRUÑA, 5 OF. 14 | 01010 VITORIA-GASTEIZ
Tfno./Fax.: 945 177 583 - Móvil: 637 710 499
email: medimag@medicalimag.com | www.medicalimag.com

La ONG local de Uganda agradece a los colegiados su colaboración

La organización NEFAHA Red para la Salud y Defensa de la Familia, que es la contraparte con la que trabaja Mukwano-lagun en Bujagali, ha remitido una preciosa carta al Colegio agradeciendo las aportaciones económicas de los colegiados y la labor que está haciendo la ONG impulsada por Sabin Gabilondo y explicando las tareas que, gracias a esa colaboración, están desarrollando en esta parte de Uganda. Aquí recogemos la traducción de la carta, cuyo original reproducimos en la imagen.

Al Colegio de Dentistas de Gipuzkoa

Agradecimiento

NETWORK FOR FAMILY HEALTH AND ADVOCACY (NEFAHA) BUJAGALI
P.O. BOX 5148
JINJA – UGANDA.
Email:nefahahelpgirl@yahoo.com

20th May 2011

TO THE DENTIST COLLEGE OF GIPUZKOA

Dear Sir

RE: ACKNOWLEDGEMENT

We take this opportunity to greet you. How is Basque country and how are you doing? For us we are doing well. The organization NEFAHA is now growing so fast.

We acknowledge the amount of money you gave to Dr. Sabin Gabilondo. We received 5980 Euros from him. Thank you so much, may God award you abundantly and bless your work. Take our thanks to Dr. Sabin Gabilondo for the love he had for NEFAHA, let him bless that heart.

The money you give us helps to cater for the children's needs mostly buying scholastic materials like books, pens, pencils, mathematical sets and uniforms, bedding and paying school fees for the orphans.

Supporting these children, NEFAHA recognized that all children, women and youth were being discriminated, hence disadvantaged and victims of war, famine, poverty, HIV/AIDS and cultural stereotypes due to their gender status and age. It was often impossible for them to access education, employment or participates in the meaningful socio-economic development activity which makes them the poorest of the poor yet they have a right to lead a resourceful and productive life.

Therefore, NEFAHA is committed to fight against discrimination, oppression, sectarianism, injustice, exploitation and marginalization, child abuse, prostitution, poor shelter, HIV/AIDS, abject poverty, malnutrition, high infant mortality rate, isolation and confinement based on culture, tradition, attitude, gender discrimination and prejudices for a better nation.

We thank every one mostly you who stands with us in supporting children of Uganda through NEFAHA.

At the moment, we are going to begin constructing the community hall and office block where we will be running our projects under health and school departments.

Thank you for your support, we hope to hear from you

Yours faithfully

BUWOZA AIDHA
DIRECTOR NEFAHA

ENTRADA

Yours faithfully,

Mrs. Buwoza Aidha
Directora de NEFAHA

Aprovechamos esta oportunidad para saludarles. ¿Cómo va todo por el País Vasco y qué tal están ustedes? Nosotros muy bien. El organismo NEFAHA está creciendo ahora muy rápidamente.

Les agradecemos la cantidad de dinero entregada. Recibimos 5.980 euros. [Se refiere a la aportación que hizo el Colegio correspondiente a los dos últimos años para el proyecto del orfanato]. Muchas gracias y que Dios bendiga su trabajo y les dé abundancia. Reciban nuestro agradecimiento por su amor hacia NEFAHA y mantengan su buen corazón.

El dinero que nos dan ayuda a suministrar a los niños material escolar como libros, bolígrafos, lápices, material para hacer matemáticas, y uniformes así como alojamiento y educación para los huérfanos.

Ayudando a estos niños, NEFAHA reconoce que tanto ellos como las mujeres y los jóvenes sufren discriminación y por lo tanto desventajas, siendo víctimas de la guerra, hambre, pobreza SIDA y otras calamidades, debido a su sexo o posición social. Hasta ahora ha sido imposible para ellos acceder a la educación, empleo o al desarrollo activo tanto social como económico, lo que los convierte en los más pobres entre los pobres. A pesar de ello, tienen derecho a llevar una vida productiva y con recursos.

Por ello NEFAHA está comprometida en la lucha contra la discriminación, opresión, sectarismo, injusticia, explotación y marginalización, contra los abusos a los niños, vivienda precaria, prostitución, SIDA, miseria, malnutrición, altos índices de mortandad infantil, aislamiento, y confinamiento basado en la cultura, tradición, actitud, género, discriminación y prejuicios que hacen difícil construir un país mejor.

Agradecemos a todos y especialmente a ustedes que nos ayudan apoyando a los niños de Uganda a través de NEFAHA.

En estos momentos, hemos empezado la construcción del salón de actos de la comunidad y el edificio de oficinas dónde podremos dirigir nuestros proyectos en salud y escolarización.

Gracias por su ayuda, esperamos tener noticias suyas pronto.

Atentamente,

Mrs. Buwoza Aidha
Directora de NEFAHA

Seis profesionales sanitarios guipuzcoanos acuden este verano a Uganda para colaborar con Mukwano-lagun

Este mes de julio tres médicos, **Sara Barbarin, Nerea Errazkin** y **Ainhoa Muguruza**, y una farmacéutica, **María Arrizabalaga**, guipuzcoanos se desplazan a Uganda para colaborar con Mukwano-lagun. Y en agosto, lo harán dos dentistas, **Goiatz Aristi** y **María Etxebarria**, reforzando así la asistencia sanitaria en esta zona en la que tiene su origen el Nilo Blanco.

Pero, la cosa no queda ahí. La iniciativa de nuestro compañero contará también con la colaboración de ATMM Ayuda al Tercer Mundo Medicamentos, una ONG vinculada al Arzobispado de Pamplona que va a donar 30 kilos de medicamentos (analgésicos, antibióticos, antidiabéticos, antiinflamatorios, corticoides,…) que es el material que cabe en los equipajes de las seis personas que se desplazarán este verano a Uganda. ATMM es una ONG con 42 años de experiencia especializada precisamente en dotar de medicinas a las ONGs que trabajan sobre el terreno.

También la iniciativa de solicitar material e instrumental sigue viento en popa. Disponemos ya hasta de sillones que están siendo entregados a otras ONGs para que doten sus dispensarios y puedan ofrecer atención bucodental en condi-

ciones. Pero, el material más ligero sigue siendo indispensable y, además, fácil de llevar en una maleta: botadores, forceps, adhesivos dentarios… Así que ya sabéis, animaros y llamar al Colegio para ceder material.

Las obras del orfanato de Bujagally avanzan y Sabin confía en que en cuatro o cinco meses el edificio si no acabado, al menos, esté ya operativo. Esta nueva infraestructura mejorará notablemente la prestación sanitaria no sólo odontológica, sino también de otras especialidades sanitarias que complementan otros profesionales guipuzcoanos y permitirá atender de forma adecuada a los huérfanos.

Recordar también que el edificio acogerá un centro de formación para que un grupo de niñas pueda aprender las técnicas necesarias para trabajar luego como auxiliares de clínica.

S.A.T. ESTIDENT

VALE
X
1 revisión
GRATUITA

Promoción válida
hasta el 31/10/2011

SERVICIO TÉCNICO: FEDESA - ADEC - ANTHOS - KAVO - DURR - CATTANI - KODAK - TROPHY - PHILIPS - SATELEC - OWANDY - MORITA - NEWMED - MOCOM - FARO - CHEMICLAVE - SES 2000 - CAVITRON - DENTSPLY - MECTRON - EMS - TURBINAS Y ROTATORIOS.
Solo repuestos originales.

S.A.T. ESTIDENT
Parque Empresarial Kuebide - c/ Larrondo Goiko, 3 - Pabellón 5
48180 Loiu (Bizkaia)
Telf./Fax: 944 648 971
E-mail: estident@estident.es

¿Y ese portátil que ya no usas?

Hemos comentado en otro artículo la importancia de aportar material que ya no nos sirve para colaborar con las ONGs que apoyamos desde el Colegio, DOA Odontología y Mukwano-lagun y que es también distribuido entre otras ONGs que trabajan en el campo odontológico.
Es mucho el material que habéis ya aportado, pero se sigue necesitando más, sobre todo cosas fáciles de llevar. ¿Y qué hay más llevable que un ordenador portátil? Seguro que más de uno tiene aparcado alguno que ha sustituido por otro de última generación.

Sabin nos traslada que es algo esencial para la gestión del orfanato y para permitir la comunicación de quienes están en Bujagali con quienes coordinan la tarea desde Euskadi. Servirá también para tenernos informados a los que seguimos el tema desde aquí para saber cómo evolucionan las obras y la labor de los sanitarios guipuzcoanos (dentistas, médicos, farmacéuticos…) en Uganda. Tenemos la oportunidad de transformar un trasto que sólo ocupa sitio en una herramienta útil de cooperación.

S.A.T. ESTIDENT

Estimado Dr.

Queremos celebrar nuestro 20 aniversario como servicio técnico con lo mejor que sabemos hacer. Preocuparnos de la aparatología dental.

Para esto queremos obsequiarle con una revisión gratuita de su gabinete y maquinaria periférica.

Esperamos que sea de su interés.

Agradecemos de antemano su colaboración.

COMPROBACIÓN DE	MARCA	DATOS	RESULTADOS
Presión turbinas en equipo		Bar	
Kv y tiempo exposición RX		Kv	
		mseg	
Esterilización en autoclave con test de esporas		Incubación esporas	
Lámpara de polimerizar		mw/cm²	
Sonoridad del compresor		Decibelios	
Presión máxima del compresor		Bar máx.	
Presión mínima de arranque del compresor		Bar mín.	
Sonoridad aspirador		Decibelios	

Por favor, contacte con nosotros en el telf. 944 648 971 ó estident@estident.es

Fernando Fombellida Cortázar

Doctor en Medicina y Cirugía.
Especialista en Estomatología.
Director del Curso-Taller de Cirugía Mucongigival en periodoncia e implantes para el dentista general.
Dedicación exclusiva a periodoncia e implantes en clínica Dr. Fombellida en San Sebastián.
Autor de los libros "Cirugía Mucogingival" y " La Elongación Coronaria para el Práctico General".

Julen Arocena Ferro

Licenciado en odontología por la U.P.V.
Especialista en Periodoncia por la Universidad Internacional de Cataluña.
Profesor del Curso-Taller de Cirugía Mucogingival en periodoncia e implantes para el dentista general.
Dedicación exclusiva a periodoncia e implantes en clínica Dr. Fombellida en San Sebastián.

Marian Cuerda Pilarte

Licenciada en odontología por la U.P.V.
Profesora del Curso-Taller de Cirugía Mucogingival en periodoncia e implantes para el dentista general.
Dedicación exclusiva a periodoncia e implantes en clínica Dr. Fombellida en San Sebastián.

Diseño del colgajo para la colocación de implantes inmediatos postextracción en alveolos infectados

La colocación de implantes inmediatos en alveolos postextracción (IIPE) es un procedimiento predecible y exitoso cuando se siguen los protocolos adecuados [1,2,3]. Con ello conseguiremos disminuir el número de visitas del paciente, así como la duración total del tratamiento. Otra de las ventajas de este tipo de tratamiento es la posibilidad de colocar los implantes en una posición ideal desde el punto de vista protético [3,4].

Sin embargo, hay situaciones clínicas en las que el diente a extraer presenta patología periapical y/o periodontal. Numerosos autores sugieren que la colocación de un implante inmediato postextracción estaría contraindicada en presencia de infección [5,6], ya que podría compremeter la osteointegración del mismo [7].

Diferentes estudios experimentales con animales han observado un menor contacto hueso implante, en los implantes inmediatos postextracción con infección, que los que se colocaron en zonas sin patología previa. Novaes y cols. [8] observaron un contacto hueso implante del 38,7% en zonas sin infección y un 28,6% en zonas con infección, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. En cambio Chang y cols. [9] sí que encontraron diferencias estadísticamente significativas (76,3% versus 48,3%).

Unos años más tarde, Novaes y cols. [10] realizaron otro estudio donde colocaron implantes inmediatos en zonas donde habían provocado periodontitis con ligaduras y los compararon con implantes inmediatos colocados en zonas sanas. Observaron con radiografías de fluorescencia, una cicatrización más lenta en las zonas con infección periodontal, aunque la diferencia no era significativa a las 12 semanas.

En humanos, Novaes y Novaes [11] publicaron los primeros tres casos de implantes colocados en alveolos con infección, con un 100% de éxito. Unos años más tarde, Villa y Rangert [12] publicaron un artículo donde colocaban implantes inmediatos con carga inmediata en alveolos con lesión periodontal o endodóntica, observando también una supervivencia del 100%. Casap y cols. [13] y Navas y cols. [14] también presentan una serie de casos con buenos resultados en implantes inmediatos colocados en alveolos infectados.

Sin embargo, Lindeboom y cols. [15] fueron los primeros en publicar un estudio prospectivo y randomizado. Incluyeron en el estudio pacientes con infección crónica periapical. A la mitad de ellos les colocaron implantes inmediatos mientras que a la otra mitad, diferidos. Observaron un 92% de supervivencia en los inmediatos y un 100% en los diferidos. Seigenthaler y cols.[16] también obtuvieron buenos resultados en

un estudio prospectivo y controlado. Colocaron los implantes en zonas test (donde había dolor, supuración, radiolucidez apical o fístula) y en zona control. Observaron una supervivencia del 100% en los implantes colocados.

En el año 2009, Del Fabbro y cols. [17] publicaron un estudio prospectivo donde colocaron 61 IIPE en alveolos infectados, utilizando plasma rico en factores de crecimiento (PRGF) en 30 pacientes y realizando un seguimiento a 12 meses. Tuvieron un solo fracaso, con una tasa de supervivencia del 98,4%. Los autores concluyeron que el uso del PRGF en asociación con los IIPE, puede ser una opción terapéutica válida para los alveolos postextracción infectados.

Ya en el año 2010, Crespi y cols. [18 y 19] publicaron dos artículos. En el primero, compararon la colocación de implantes inmediatos en zonas con imagen radiolúcida periapical (sin fístula, dolor o supuración) y en zonas sin lesiones periapicales. (15 pacientes en cada grupo). No encontraron diferencias entre unos y otros en ninguno de lo parámetros estudiados. En el segundo artículo publicado, realizaron un estudio retrospectivo sobre implantes inmediatos colocados en los últimos 4 años en pacientes con lesiones periodontales. Observaron una supervivencia del 98,9% en los implantes inmediatos que habían colocado en alveolos contaminados por la periodontitis.

Existen unas características comunes en todos estos estudios realizados en humanos: a todos los pacientes se le dio antibiótico por vía oral antes y después de la cirugía de colocación de implantes. También se realizó un legrado exhaustivo del alveolo antes de colocar el implante, para tratar de eliminar la mayor cantidad de tejido contaminado. Sin embargo, hay una gran disparidad entre unos autores y otros, a la hora de definir un alveolo "infectado".

Nuestra opinión

Los IIPE vuelven a estar en entredicho y algunos autores que anteriormente preconizaron la práctica de esta técnica, en la actualidad prefieren realizarlos en dos tiempos. En nuestra opinión, los IIPE representan una técnica predecible siempre que se seleccione el caso de manera adecuada. No se puede generalizar el uso de esta técnica de manera absoluta. Si se dispone de unos biotipos óseo y gingival favorables estimamos que ésta técnica estaría indicada. Si el biotipo gingival es grueso pero el hueso es fino, preferimos colocar los implantes diferidos. Si la encía es fina realizaremos una modificación del biotipo gingival por medio de un injerto de tejido conectivo (ITC) que se puede practicar antes de la extracción del diente o en el momento de la extracción y colocación del implante inmediato.

Si existe una dehiscencia de hueso preferimos no colocar IIPE aunque los biotipos gingival y óseo sean favorables.

En nuestra opinión, el hecho de que exista una fístula activa no representa una contraindicación absoluta para la colocación de IIPE, siempre y cuando se tenga un óptimo acceso para la correcta higienización, legrado, pulido y desinfección del alvéolo. Sin embargo, este acto resulta complicado de realizar por vía exclusivamente alveolar ya que a medida que profundizamos en el alvéolo, éste se vuelve cada vez más estrecho. Esto es más evidente en alvéolos que han alojado raíces estrechas y largas.

Nos parece interesante practicar un diseño de colgajo diferente para acceder a la limpieza y desinfección del alveolo por dos abordajes distintos, uno alveolar y otro a través de la fenestración apical. Por lo tanto, si se tiene acceso a legrar adecuadamente el alveolo en toda su dimensión y sobre todo en su porción más estrecha y profunda, no vemos contraindicación para realizar esta técnica siempre y cuando existan unos biotipos gingival y óseo favorables.

Si hay una fístula apical activa, sabemos con certeza que existe una fenestración apical. Si no hay una fístula pero se aprecia una radiolucidez apical en la radiografía, habrá que chequear minuciosamente el alveolo, una vez exodonciado el diente, para determinar la existencia de una fenestración apical.

La elevación de un colgajo nos parece importante, por una parte, para tener un doble acceso a la instrumentación del alveolo y por otra para sellar la fenestración apical una vez colocado el implante. Sin embargo, preferimos que el colgajo no involucre al

margen gingival ni a las papilas adyacentes del alveolo a tratar, ni a las estructuras dentarias vecinas. Así conseguimos minimizar el trauma de las papilas y del margen gingival, reduciendo el riesgo de retracción de las mismas durante la cicatrización.

Técnica quirúrgica, paso a paso

1.- Elevación de un colgajo submarginal.
2.- Exodoncia del diente.
3.- Valoración de la pérdida ósea.
4.- Legrado del alveolo.
5.- Desinfección del alveolo.
6.- Fresado y colocación de los implantes empapados en PRGF.
7.- Relleno de la fenestración con hueso autólogo o un biomaterial y sellado con fibrina autóloga.
8.- Relleno del GAP en caso de que se estime oportuno.
9.- Sellado del alveolo con membrana de fibrina o si el caso lo permite, dejar el implante en una fase o incluso practicar carga inmediata.
10.- Sutura del colgajo.

1.- Elevación del colgajo submarginal.
Se realiza una incisión horizontal. submarginal alejada un mínimo de 4 mm del margen gingival. Esta distancia es importante para minimizar el riesgo de recesión marginal. Preferiblemente y si es posible, preferimos realizar la incisión horizontal sobre tejido queratinizado para tener un buen anclaje en la sutura. En el caso de no existir suficiente tejido queratinizado se realizará la incisión en mucosa alveolar. No se practican incisiones liberadoras por lo que, en ocasiones, es preciso extenderse más en sentido mesiodistal con la incisión horizontal. También es posible realizar una incisión curvilínea en vez de una incisión recta. De esta manera no se realizan incisiones liberadoras pero se aumenta la visibilidad y se consigue un mayor alejamiento de la incisión respecto a los márgenes gingivales y papilas de los dientes adyacentes.

2.- Exodoncia del diente.
La extracción de los dientes ha pasado de ser una intervención a la que no se le otorgaba demasiada importancia, a convertirse en un momento crucial en el proceso quirúrgico. En ocasiones, la exodoncia del diente o de la raíz representa la parte más compleja y delicada del plan de tratamiento. Hace años se utilizaban botadores y fórceps para la extracción del diente. En la actualidad, debido a la importancia de minimizar el trauma quirúrgico al hueso que rodea la raíz, se emplean botadores de tamaño muy reducido, periotomos, bisturí piezoeléctrico, e incluso otros instrumentos muy sofisticados. Si durante la exodoncia somos bruscos y fracturamos el alveolo, ello puede contraindicar la colocación de IIPE.

Elevar el colgajo previamente, nos permite observar si existe sufrimiento en la cortical vestibular , en el momento de la exodoncia.

3.- Valoración de la pérdida ósea.
El clínico deberá considerar la severidad y la extensión de la infección. Si ésta minimiza la cantidad de hueso necesario para la correcta colocación del implante, el diente deberá ser extraído, el alveolo regenerado y el implante colocado en una etapa posterior.

4.- Legrado del alveolo.
La instrumentación del alveolo se realizará a través de dos abordajes diferentes: por una parte, por vía convencional y por otra, a través de la fenestración apical. En la instrumentación del alveolo se utilizan cucharillas de diferente tamaño, limas, curetas y por último, se practica un fresado de la lámina cribiforme con fresas de diamante (Intensiv) y abundante irrigación. Es aconsejable utilizar magnificación para observar con mayor magnitud y detalle el interior del alveolo.

5.- Desinfección del alveolo.
Se irriga el alveolo con una solución de metronidazol. Esto es una medida, como muchas otras, que tiene un carácter totalmente empírico.

6.- Fresado y colocación de los implantes empapados en PRGF.
El PRGF tiene propiedades bacteriostáticas y además favorece la cicatrización tanto en los tejidos duros como en los blandos, estimulando la angiogénesis, quimiotaxis, la proliferación y diferenciación celular [20].

7. Relleno de la fenestración.
El relleno se realizará utilizando hueso autólogo recogido del fresado o un biomaterial mezclado con porción rica de PRGF. A continuación, se sella todo el entramado subyacente con láminas de fibrina autóloga.

8.- Relleno del GAP si se estima oportuno.
No existe un protocolo aceptado universalmente sobre la necesidad o no de rellenar el GAP y qué material utilizar para ello. En caso necesario, preferimos utilizar hueso autólogo y fibrina autóloga.

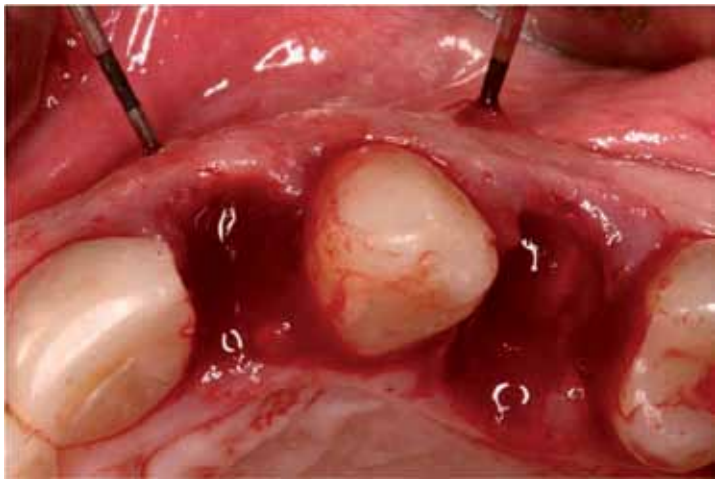
9.- Sellado del alveolo con membrana de fibrina, o si el caso lo permite, dejar el implante en una fase o incluso practicar carga inmediata.

10. Sutura del colgajo.
La sutura se realiza con un monofilamento de 6/0. En el caso de que la incisión se haya realizado sobre mucosa alveolar, preferimos utilizar suturas reabsorbibles.

Descripción del Caso Clínico

Mujer de 49 años que presenta fístula de localización apical a nivel de 22 y 24 (figs. 1,2 y 3). La presión sobre el tejido blando permite observar la aparición de un exudado purulento a través de la fístula. Ambos dientes fueron endodonciados hace años. El informe del endodoncista no aconseja practicar la reendodoncia.

Fig. 1. Ortopantomografía preoperatoria. Se aprecian imágenes radiolucidas a nivel apical en 12 y 24.



Figs 2 y 3. Las sondas periodontales penetran en los alveolos a través de las fístulas. Visión oclusal y vestibular.

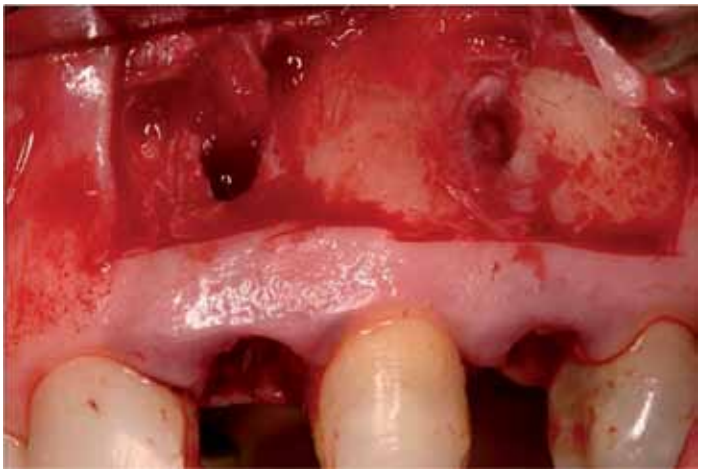


Fig. 4. Incisión submarginal y despegamiento del colgajo. Se observan las fenestraciones óseas en las proximidades de los ápices del 22 y 24.

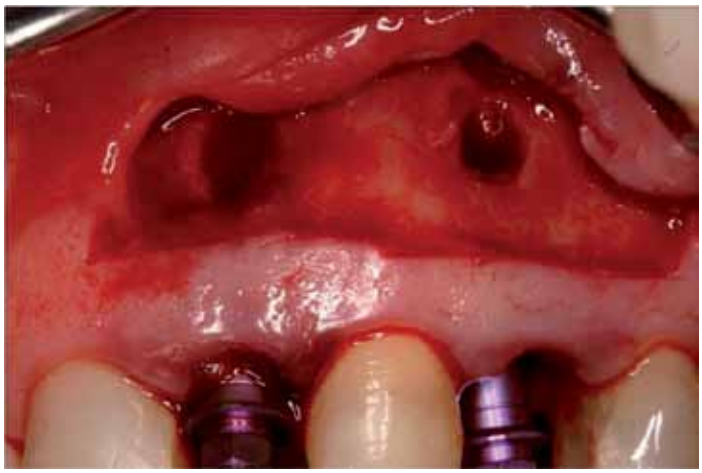
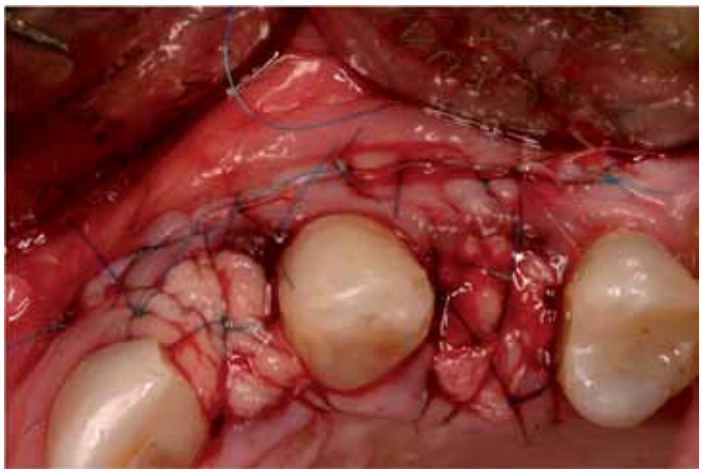


Fig. 5. Se colocaron 2 implantes BTI Tiny de 3,5 x 13.



Figs. 6 y 7. Sutura del colgajo con un monofilamento de 6/0. Sellado alveolar con fibrina autóloga. Visión oclusal y vestibular.

Cuatro días antes de la intervención, la paciente comienza un tratamiento con antibióticos que continuará durante cuatro días después de la intervención. Se le prescribe amoxicilina 500 mg. cada 8 horas, durante 8 días y metronidazol 250 mg. cada 8 horas, durante 8 días. En caso de alergia a alguno de estos antibióticos, se le prescribe clindamicina 300 mg. cada 8 horas.

La fig. nº 4 muestra el diseño de la incisión submarginal. El despegamiento del colgajo permite observar las fenestraciones óseas localizadas en la proximidad de los ápices del 22 y 24. Tras la adecuada instrumentación y desinfección del alveolo se colocaron 2 implantes BTI Tiny de 3,5 x 13 mm (fig. 5). No se recolectó apenas hueso autólogo, por lo que se rellenó la fenestración apical con hueso bovino desmineralizado (BIOSS ®) y membranas de fibrina autóloga. El colgajo fue suturado mediante puntos simples interrumpidos utilizando un monofilamento de 6/0 con aguja triangular de corte reverso (poliéter poliuretánico, Lab. NORMON ®) (figs. 6 y 7).

Los alveolos fueron sellados con fibrina autóloga que fue fijada con suturas en X. Las figs. 8 y 9 permiten apreciar la cicatrizaión a los 5 meses.

Las figs. 10 y 11 muestran las restauraciones definitivas realizada a nivel de 22 y 24. Y la fig. 12 muestra la radiografía panorámica con dos años de evolución.

Figs. 8 y 9. Cicatrización a los 5 meses. Visión vestibular y oclusal.

Fig. 10. Restauración definitiva en 22. (Tratamiento restaurador Dras. Amaia Gómez e Izaskun Apezetxea, Hernani, Guipúzcoa).

Fig. 11. Restauración definitiva en 24. (Tratamiento restaurador Dras. Amaia Gómez e Izaskun Apezetxea, Hernani, Guipúzcoa).

Fig. 12. Ortopantomografía de control a los 2 años.

Figs. 13 y 14. Control a los 2 años. Obsérvese la estabilidad de los tejidos blandos.

Por último, las figs 13 y 14 muestran el resultado con 2 años de evolución. Obsérvese la estabilidad de los tejidos blandos.

Alternativas de tratamiento

Es posible realizar, en vez de un colgajo submarginal, un bolsillo a espesor total, comenzando la disección a nivel intrasurcular. A través de ese bolsillo introduciremos el material de injerto para sellar la fenestración apical. Esta técnica permitiría al mismo tiempo, engrosar el tejido blando vestibular, introduciendo en el bolsillo un injerto de tejido conectivo.

Sin embargo, esta técnica presenta como inconvenientes, el no tener un acceso directo a la lesión apical, no pudiendo ni valorar con precisión su extensión, ni su higienización a través de la fenestración. Tampoco permite una visión directa para la correcta adaptación del injerto en el defecto.

Conclusiones

Existe poca literatura respecto a la colocación de implantes inmediatos en alveolos infectados. Sin embargo, la existente nos sugiere que es un tratamiento viable y predecible.

Los estudios en animales parecen indicar que el contacto hueso implante puede ser algo menor cuando existe infección en el alveolo, o que la cicatrización es más lenta, pero la supervivencia del implante no se ve afectada en estos estudios.

Aunque hay falta de evidencia científica, generalmente se aconseja el uso de antibióticos por vía sistémica para este procedimiento, tanto antes como después de la colocación del implante.

La utilización de PRGF junto con el implante inmediato puede ser beneficioso en los casos donde haya habido infección previa, dadas las propiedades bacteriostáticas del PRGF.

También puede resultar útil la irrigación del alveolo con metronidazol.

El desbridamiento completo del alveolo sí que parece ser un factor clave para el éxito de estos implantes, ya que si queda algo de tejido contaminado impediría la correcta osteointegración del implante.

Nos parece muy interesante no elevar el colgajo desde el margen gingival y evitar las incisiones liberadoras a fin de minimizar el trauma en las papilas y las consecuencias negativas que conllevan las incisiones liberadoras, como son, la alteración de la vascularización del colgajo y la posible retracción del mismo durante la cicatrización, modificando la posición del margen gingival. En este sentido, nos parece interesante el diseño del colgajo que se preconiza en este artículo.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1.- Chen ST, Wilson TG Jr., Hammerle CH. *Immediate or early placement of implants following tooth extraction: Review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes. Int J Oral Maxillofac Implants 2004;19(Suppl.):12-25.*

2.- Esposito MA, Koukoulopoulou A, Coulthard P, Worthington HV. *Interventions for replacing missing teeth: Dental implants in fresh extraction sockets (immediate,immediate-delayed and delayed implants). Cochrane Database Syst Rev 2006;CD005968.*

3.- Hammerle CH, Chen ST, Wilson TG Jr. *Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. Int J Oral Maxillofac Implants 2004;19(Suppl.):26-28.*

4.- Werbitt MJ, Goldberg PV. *The immediate implant: Bone preservation and bone regeneration. Int J Periodontics Restorative Dent 1992;12:206-217.*

5.- Schwartz-Arad D, Chaushu G. *The ways and wherefores of immediate placement of implants into fresh extraction sites: A literature review. J Periodontol 1997;68:915-923.*

6.- Becker W, Becker BE. Guided tissue regeneration for implants placed into extraction sockets and for implant dehiscences: *Surgical techniques and case report. Int J Periodontics Restorative Dent 1990;10: 376-391.*

7.- Quirynen M, Gijbels F, Jacobs R. *An infected jawbone site compromising successful osseointegration. Periodontol 2000 2003;33:129-144.*

8.- Novaes AB Jr., Vidigal Junior GM, Novaes AB, Grisi MF, Polloni S, Rosa A. *Immediate implants placed into infected sites: A histomorphometric study in dogs. Int J Oral Maxillofac Implants 1998;13:422-427.*

9.- Chang SW, Shin SY, Hong JR, et al. *Immediate implant placement into infected and noninfected extraction sockets: A pilot study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;107:197-203.*

10.- Novaes AB Jr., Marcaccini AM, Souza SL, Taba M Jr., Grisi MF. *Immediate placement of implants into periodontally infected sites in dogs: A histomorphometric study of bone-implant contact. Int J Oral Maxillofac Implants 2003;18:391-398.*

11.- Novaes AB Jr., Novaes AB. *Immediate implants placed into infected sites: A clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants 1995;10:609-613.*

12.- Villa R, Rangert B. *Early loading of interforaminal implants immediately installed after extraction of teeth presenting endodontic and periodontal lesions. Clin Implant Dent Relat Res 2005;7(Suppl. 1):S28-S35.*

13.- Casap N, Zeltser C, Wexler A, Tarazi E, Zeltser R. *Immediate placement of dental implants into debrided infected dentoal-veolar sockets. J Oral Maxillofac Surg 2007;65:384-392.*

14.- Naves Mde M, Horbylon BZ, Gomes Cde F, Menezes HH, Bataglion C, Magalhães D. *Immediate implants placed into infected sockets: A case report with 3-year follow-up. Braz Dent J 2009;20:254-258.*

15.- Lindeboom JA, Tjiook Y, Kroon FH. *Immediate placement of implants in periapical infected sites: A prospective randomized study in 50 patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006;101:705-710.*

16.- Siegenthaler DW, Jung RE, Holderegger C, Roos M, Hammerle CH. *Replacement of teeth exhibiting periapical pathology by immediate implants: A prospective, controlled clinical trial. Clin Oral Implants Res 2007;18:727-737.*

17.- Del Fabbro M, Boggian C, Taschieri S. *Immediate implant placement into fresh extraction sites with chronic periapical pathologic features combined with plasma rich in growth factors: Preliminary results of single-cohort study. J Oral Maxillofac Surg 2009;67:2476-2484.*

18.- Crespi R, Capparè P, Gherlone E. *Fresh-socket implants in periapical infected sites in humans.J Periodontol 2010 Mar;81(3):378-83.*

19.- Crespi R, Capparè P, Gherlone E.*Immediate loading of dental implants placed in periodontally infected and non-infected sites: a 4-year follow-up clinical study. J Periodontol 2010 Aug;81(8):1140-6.*

20.- Anitua E, Andia I. *Un nuevo enfoque en la regeneración ósea. Ed. Eduardo Anitua. Puesta al Día Publicaciones, Vitoria, 2000.*

Normas de Publicación en la revista Dental-Berri.

Los trabajos deben ser remitidos al Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Gipuzkoa, a la atención de Revista Dental-Berri.

Condiciones

1- Los trabajos deben ser originales de: investigación, comunicaciones,revisiones bibliográficas,puesta al día,casos clínicos.
2- No deben haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente en otra revista.
3- Los trabajos serán devueltos a sus autores una vez publicados.

Presentación Texto

1- Los trabajos se presentarán por duplicado (original y copia) escritos a máquina a doble espacio, en papel tamaño DIN A4 y con márgenes suficientes alrededor del texto.
2- Deberá acompañarse el texto escrito con un soporte informático conveniente (disquete, cd, dvd) con el texto en formato Word.
3- Las páginas deben ir numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho.
4- La primera página contendrá el título del trabajo así como el nombre del autor o autores.
5- La segunda contendrá un resumen estructurado (objetivos, material, método, resultados y conclusiones) no superior a las 200 palabras en castellano y euskera.
6- El resto de páginas contendrán el artículo y la bibliografía segúan notaciones al uso.

Fotografías

1- Las fotografías deberán presentarse en formato informático conveniente en archivos Tipo JPG y en la máxima resolución posible.
2- Las fotografías deben ir numeradas y con su texto correspondiente de la forma más clara posible para evitar confusiones.

Una vez recibidos los trabajos se valorarán para su publicación y en caso afirmativo se comunicará al primer firmante.

A.M.A.
logra crecimientos en toda su gama de seguros

A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, la mutua de los profesionales sanitarios, obtuvo en 2010 un beneficio después de impuestos de 6,53 millones de euros, que quintuplica los 1,33 millones de euros logrados el año anterior. La mutua celebró en Madrid su Asamblea General, que aprobó con el 99,41 por ciento de los votos la gestión de la entidad en 2010. Diego Murillo, su presidente, se ha fijado como objetivos para 2011 seguir creciendo por encima de la media sectorial, "como ya ha sucedido los pasados tres años", incorporar a la mutua a nuevos colectivos sanitarios y recuperar protagonismo en Portugal.

En su informe de gestión ante la Asamblea, Diego Murillo destacó que en 2010 A.M.A. incrementó un 3,3% el número total de pólizas en cartera, hasta superar las 526.000 unidades. En el ramo de diversos, las pólizas aumentaron un 4,3%, y en Responsabilidad Civil Profesional un 3,4%. "En un año complicado para los seguros de coche, A.M.A. consiguió incrementar un 2,7% sus pólizas. Asimismo, crecimos un 2,7 por ciento en nuestro número de mutualistas individuales, que rozan ya los trescientos treinta mil, con 260 colegios profesionales incluidos", añadió.

La mutua facturó el año pasado 183,79 millones de euros por primas emitidas, un 2,7% más que en 2009, mientras que en el mismo periodo la media del ramo de No Vida sólo creció un 0,2%. Por segmentos, en Automóvil A.M.A. elevó la facturación por primas un 0,6 por ciento (frente a una caída media sectorial del 1%), hasta 130,83 millones, y en Responsabilidad Civil Profesional facturó un 10,2% más, hasta 29,2 millones de euros. En Multirriesgos del Hogar, la mutua también incrementó su facturación con un alza del 4%, hasta 11,77 millones de euros, frente a un alza media del 3,1% y en Accidentes con una subida del 3,7%, frente a un descenso medio del 2,5%.

A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora. Cuenta de resultados
En millones de euros

	2009	2010	Var %
Primas totales en seguro directo	178,96	183,79	+2,7
Siniestralidad neta	124,21	124,93	+0,6
Gastos de explotación netos	21,02	20,89	-0,6
Resultado antes de impuestos	1,97	8,33	+422,8
Resultado neto del ejercicio	1,33	6,53	+490,8

Con una facturación por primas un 2,7% superior, A.M.A. consiguió quintuplicar en 2010 su beneficio neto: La evolución de las inversiones financieras fue ligeramente superior el año pasado respecto a 2009, y sobre el año pasado han disminuido casi seis millones de euros los gastos del inmovilizado material y de las inversiones inmobiliarias, gracias a la mejor situación del sector y a que A.M.A. había concentrado en 2009 el grueso de las provisiones por su nueva sede corporativa, un edificio de once mil metros cuadrados, diseñado por el arquitecto Rafael de la Hoz e inaugurado en enero de este año.

Gracias a esa mejora, el resultado final fue un beneficio antes de impuestos de 8,33 millones de euros, más de cuatro veces superior a los 1,97 millones de euros obtenidos en 2009, mientras que el ya citado beneficio después de impuestos se elevó en 2010 a 6,53 millones de euros, quintuplicando la cifra de 2009.

En su discurso ante la Asamblea, Diego Murillo celebró que la Audiencia Nacional haya concluido con otra sentencia completamente favorable a A.M.A. la serie de controversias entre ésta y la Dirección General de Seguros.

Oferta especial para el Colegio de Odontólogos de Gipuzkoa

saludelección

la salud en tus manos

Desde 29,10€(*)

Flexibilidad de contratación

SIN participación en el gasto médico

Centros Médicos Concertados:

Centro AEGON Salud • Policlínica Guipúzcoa • Hospital Quirón • Centro Sanitario Virgen del Pilar
Centro Médico Udalaitz • Centro Médico Txingudi • Clínica Santa María de la Asunción
Ordizia Osasun Zentroa • Centro Médico Urola • Centro Médico Bidasoa
Fundación Onkologikoa Fundazioa • Teknia

Información y Contratación:
Maribel San Martín Ansola
Tfno. 943.44.57.65 / 629.266.836
sebastian.saludcom@aegon.es

AEGON | Salud

(*) Prima media por persona y mes para producto Salud Elección para familia de 4 miembros de 34, 32, 7 y 5 años.

¿Nos hacemos un trío este verano?

En este número, os proponemos un trío, Bélgica, Holanda y Luxemburgo. La nueva conexión directa durante el verano entre el aeropuerto de Hondarribia y Bruselas facilita conocer estos tres países que acogen las mejores joyas de la arquitectura europea. *Kike Sarasa*

Bruselas es la capital de Europa, pero es algo más que sede de europarlamentarios jetas y de euroburócratas. Es también la capital de Bélgica, la impúdica ciudad que exhibe un niño meón, y, sobre todo, es un lugar estratégico para conocer el Benelux, el trío formado por Bélgica, Países Bajos y el Gran Ducado de Luxemburgo.

Amberes. Foto CPC

Brujas. Foto CPC

Y ese gran conjunto monumental está ahora muy, muy cerca. Desde el aeropuerto de Hondarribia y hasta el 25 de septiembre hay vuelos directos los miércoles y domingos a Bruselas. Nos ahorramos la paliza de coche y podemos allí alquilar un vehículo y hacer cómodamente un tres en uno: Bélgica, Holanda y Luxemburgo.

Aunque sólo 211 kilómetros separan ambas capitales, recomendamos repartir las noches entre Bruselas y Ámsterdam. Bruselas se ve en poco tiempo. Su Grand Place, uno de cuyos bares recuerda los ejecutados en la horca por los tercios españoles, es una de las plazas más bellas de Europa. En su entorno, se concentra el ambiente nocturno con numerosas callejuelas donde comer o cenar al aire libre. Muy cerca se encuentra el famoso Manneken pis. Los amantes de lo egipcio están de enhorabuena ya que la exposición Tutankamón, la tumba y sus tesoros, que ya pudo verse en otras capitales, incluida Madrid, recala en Bruselas hasta el 6 de noviembre.

Las ciudades más destacadas de Bélgica están, sin duda, en la parte flamenca, en la mitad Norte. **Brujas, Gante** y **Amberes** son visitas obligadas. Lovaina, también en la zona flamenca, es una ciudad con uno de los edificios civiles más impresionantes de Europa. Su ayuntamiento, en estilo gótico-flamenco, es una maravilla.

Pero, el viaje no se para en Bélgica. Holanda nos llama y, en especial, su capital **Ámsterdam**. El actual aspecto de su centro urbano se debe a la decisión de construir en el siglo XVII una serie de canales que permitieran comunicar por transporte fluvial toda la ciudad. Los numerosos comerciantes disponían así de mercancías llegadas de todo el mundo a la puerta de sus casas.

Más de 600.000 bicis

Además de por sus canales y por la belleza de sus edificaciones, Ámsterdam es conocida por sus bicicletas. Más de 600.000 para una población de 735.000 habitantes. Aunque los donostiarras estamos ya habituados a sortear bicicletas por las aceras, ojo porque, a pesar de la habilidad de los ciclistas locales, la posibilidad de ser atropellado por una de ellas es alta si uno no se acostumbra a mirar a ambos lados antes de retomar el paso.

Ámsterdam es la ciudad del mundo con más museos. Pinacotecas tan prestigiosas como el *Stedelijk Museum*, donde apreciar obras de Chagall, Picasso, Cèzanne o Monet, entre otros. El *Rijksmuseum*, donde contemplar las obras de los maestros holandeses del siglo XVII. O el *Museo Van Gogh* son algunos de los más de 50 museos con que cuenta la ciudad. También es muy visitada la casa de Anna Frank.

Base para visitar Holanda

Ámsterdam es una base ideal para visitar otras ciudades y pueblos de los Países Bajos. **La Haya**, Den Haag en holandés, a 55 kilómetros, es la sede del ejecutivo y de la reina, aunque no es la capital del país. Y en ella, se encuentra una de las atracciones más visitadas de Holanda, el **Madurodam**, donde a través de miniaturas se puede conocer gran parte de los monumentos del país.

Alkmaar es una pequeña ciudad situada al norte de Holanda muy conocida por su mercado del queso que se celebra cada viernes desde abril hasta el primer viernes de septiembre. Los pueblitos pesqueros de **Volendam** y **Marken** también son recomendables. Y no os podéis perder los diques que contienen el mar, como el de **Oosterschelde**, en la provincia de Zeeland, considerada la obra hidráulica más grandiosa del mundo.

Manneken pis. Foto CPC

Luxemburgo

El Gran Ducado de Luxemburgo, la tercera pata del Benelux, queda un poco a desmano, concretamente a 211 kilómetros de Bruselas y fuera de la obligada ruta de las bellas ciudades flamencas. Su capital, **Luxemburgo**, sin embargo, es muy interesante y si tenéis tiempo y ganas podéis acercaros a ver las típicas casamatas, pasadizos subterráneos de carácter defensivo excavados por los españoles en el siglo XVII, o las magníficas fortificaciones que inundan la ciudad. Eso sí las continuas subidas y bajadas en la complicada orografía de la capital ducal se hacen notar. El barrio bajo del Grund acoge la *abadía de Neumünster* y el *Museo Nacional de Historia Natural*, dos de las joyas de la ciudad que, sin duda, merecen una visita. Además, el Grund es un buen lugar para tomar un respiro y cuenta con un magnífico ambiente nocturno.

Más información:

Para Bruselas y Valonia:
http://www.belgica-turismo.es/accueil/es/index.html
Para Flandes: http://www.flandes.net/
Para Luxemburgo: http://elviajero.elpais.com/articulo/viajero/Luxemburgo/pequena/fortaleza/elppor/20090203elpepuvia_1/Tes

Ponga su seguro en las mejores manos y ahorre hasta un 30%

En A.M.A. buscamos lo mejor para usted ofreciéndole siempre **LAS MAYORES VENTAJAS Y LAS MEJORES CONDICIONES**. Por eso ahora podrá aprovecharse de hasta un **30% DE DESCUENTO*** en la contratación de una nueva póliza con nosotros.

Confíe en A.M.A. Ahorrará en sus seguros. Ganará en tranquilidad.

HASTA UN 30% DE DESCUENTO

Infórmese en el **902 30 30 10**, en su oficina más cercana o en **www.amaseguros.com**

*Promoción válida del 1 de junio al 30 de noviembre de 2011.

A.M.A. agrupación mutual aseguradora

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com