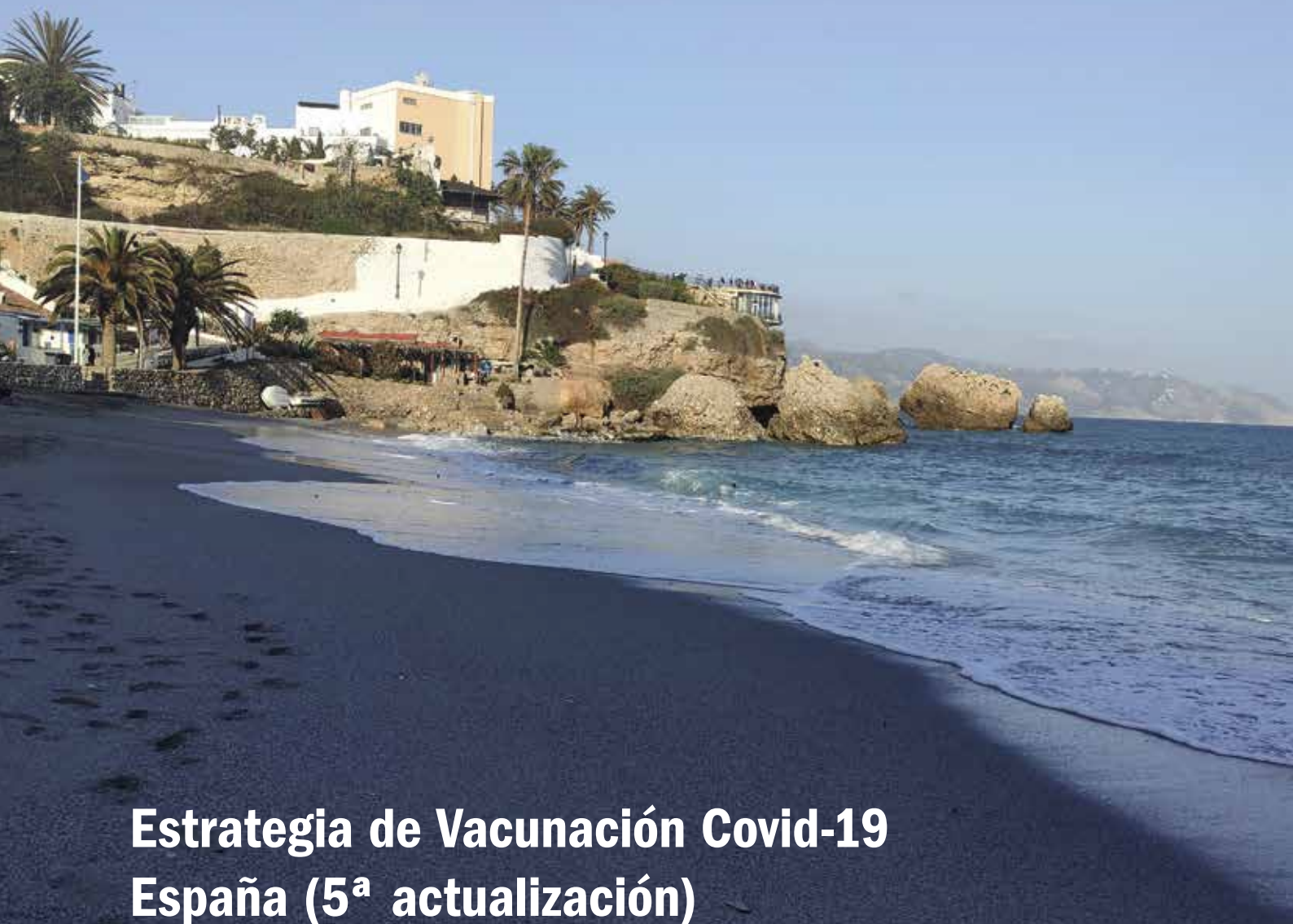




Estrategia de Vacunación Covid-19 España (5ª actualización)

CASOS CLÍNICOS

- Desimpactación quirúrgico-ortodóncica de segundos molares
- Tratamiento de rehabilitación inmediata en sector anterior estético. Desde la planificación a la colocación
- Síndrome de Eagle. Diagnóstico a tener en cuenta en el dolor orocervical. A propósito de un caso



Seguro de Automóvil



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



Ventajas en nuestros talleres preferentes

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



Reparación y sustitución de lunas

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



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

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



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



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

A.M.A. MÁLAGA Linaje, 3 Tel. 952 35 62 64 malaga@amaseguros.com
A.M.A. MÁLAGA (Colegio Médico) Curtidores, 1 Tel. 952 36 25 80 cmalaga@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 900 82 20 82

Síguenos en



y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora



Dentistas de Málaga

NÚMERO 03 ABRIL 2021

1. NOTICIAS COLEGIALES:

- a. Asamblea General
- b. Entrevista al Dr. D. Eduardo Crooke Martos

2. ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN COVID-19 ESPAÑA (5ª ACTUALIZACIÓN)

3. COMISIÓN CIENTÍFICA:

- a. Cursos de formación online 2021

4. CASOS CLÍNICOS:

- a. Desimpactación quirúrgico-ortodóncica de segundos molares
- b. Tratamiento de rehabilitación inmediata en sector anterior estético. Desde la planificación a la colocación
- c. Síndrome de Eagle. Diagnóstico a tener en cuenta en el dolor orocervical. A propósito de un caso

5. ASESORÍA JURÍDICA:

- a. Telemedicina en odontología.

Edita:
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE MÁLAGA

Director
Pablo Romero Sánchez

Coordinadora
Susana Mauricio Pérez

Comité Editorial
Lucas Bermudo Añino
Daniel Navas Lavado
Damián Sierra Ferrari
Francisco Ruiz Domínguez

Comité Científico
Manuel Román Jiménez
Alberto Sierra Lorenzo
Antonio Armijo Salto
Francisco Ruiz Delgado
Ignacio Yáñez Vilas
Carolina Bermudo Gamboa
Aída Gutiérrez Corrales
Daniel Torres Lagares
Pepe Benítez

Colaboradores
Francisco Souviron Rodríguez
Mª Magdalena Ocampo Alvarado

Depósito legal: L.E. 42-2020
ISSN: 2695-7213

Producción Editorial:
Editorial MIC
www.editorialmic.com
902 271 902


Editorial MIC

Asamblea General



El pasado sábado 19 de diciembre de 2020, tuvo lugar la Asamblea General del Colegio Oficial de Dentistas de Málaga, en la sede del Colegio.

El presidente, el Dr. D. Lucas Bermudo, presentó el informe y la memoria anual sobre la gestión de la Junta de Gobierno de las distintas áreas del Colegio. Durante su intervención resaltó como novedad para el año próximo, por un lado, la **reducción de la cuota colegial a 89€ al trimestre**, por lo que cada colegiado pasará a pagar menos de un euro al día por estar afiliado al Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Málaga y por otro lado, una propuesta

de transformación del salón de actos principal en sala de trabajo para prácticas de formación.

A lo largo de su intervención, el Dr. Bermudo recordó las acciones realizadas durante el Estado de Alarma que tuvo lugar a partir del pasado mes de marzo, entre ellas mencionar: la supresión de la cuota correspondiente al 2º trimestre de 2020, el contacto estrecho con la Delegada Territorial de Empleo para que se resolvieran favorablemente todas las solicitudes de ERTES presentadas por los dentistas malagueños, la proporción de información sobre

depósitos dentales que aplicaban la exención de IVA acordada por el Gobierno, la distribución de un set compuesto por 2 pantallas y 2 mascarillas FFP2 entre los colegiados o el lanzamiento de la campaña: "Tu seguridad es nuestro compromiso", durante la cual se repartieron pegatinas a la colegiación y se hizo publicidad en dos líneas de autobuses de largo recorrido.

Posteriormente, el Dr. Bermudo presentó un avance sobre la ejecución de presupuestos 2020 y se presentaron y aprobaron tanto las cuentas auditadas del año 2019 como los presupuestos para el año 2021.

“Creo que la pandemia ha cogido a nuestros dentistas ya preparados en lo que se refiere a la seguridad y protección de los pacientes y del equipo profesional”



Vinculado a la sanidad malagueña desde su nacimiento, siendo hijo de médico, hermano de médico y enfermeras, tío de médicos, hasta tiene ya sobrinos nietos médicos y siendo dos de sus tres hijos odontólogos. El Dr. D. Eduardo Crooke es licenciado en Medicina por la Universidad de Málaga e hizo la especialidad de Estomatología en la República Dominicana. Su labor como dentista, la desarrolló en sus clínicas privadas de Málaga capital y Churriana y ha colaborado con el Colegio de Dentistas como Vicepresidente hasta su jubilación, hace ya 4 años siendo condecorado en 2009 con la Medalla de Oro del Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Málaga.

Su otra gran afición desde la niñez es la natación, compitiendo con el equipo de natación del Real Club Mediterráneo de Málaga, del cual ha sido delegado de natación muchos años y en la actualidad sigue participando en los campeonatos máster de natación de España.

PREGUNTA.- ¿Por qué y dónde decidió estudiar odontología?

RESPUESTA.- Lo decidí después de varios años ejerciendo como médico general en la Seguridad Social y en el Servicio Especial de Urgencias, sin verle continuidad a ello y ponerme en contacto con algunos compañeros que se iban fuera de España a estudiar. Estudié en la República Dominicana durante dos años, debido a la gran cantidad de prácticas clínicas que facilitaba dicho país.

P.- ¿Cuál es la parte de la profesión de odontólogo que más ha disfrutado?

R.- Tras varios años dedicados a la Odontología General, hice un Máster en Endodoncia en Valencia, que me permitió disfrutar más de esta profesión.

P.- ¿Cómo ha evolucionado la odontología desde sus comienzos allá por los años 90?

R.- De manera que no podría haber imaginado en ningún momento, ni por las nuevas técnicas, ni aparatología surgida, ni por el gran número de profesionales dedicados a la odontología actualmente.

P.- ¿Cómo ve la odontología dentro de diez años?

R.- La veo con títulos de especialidades, ya que, desde Europa, nos están empujando a ello, e incluso ya existen en muchos países europeos, cosa que en España no se le está prestando la atención que merece y por supuesto, el gran auge de la odontología digital.

P.- ¿Qué destacaría de su larga trayectoria como Vicepresidente del Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Málaga?

R.- Y tan larga.... Destacaría el trato de nuestro presidente, Lucas Bermudo Añino, en su forma de llevar el

colegio y la relación de amistad con muchos de los componentes de la Junta, entre los cuales destaco a Manolo González Bravo y Antonio Mauri que ya no está con nosotros.

P.- ¿Cree que la pandemia del Covid19 ha podido afectar de alguna manera a las clínicas dentales?

R.- Creo que la pandemia ha cogido a nuestros dentistas ya preparados en lo que se refiere a la seguridad y protección de los pacientes y del equipo profesional. De hecho, no se ha detectado a pesar del alto riesgo que corremos, una mayor incidencia de contagios en clínicas dentales.

P.- ¿Qué consejo daría a los estudiantes de último curso de odontología?

R.- Les recomendaría formación y especialización tras pasar un periodo adquiriendo experiencia en odontología general y poder decidir en qué área le gustaría profundizar.

coeCÍRCULO DE ODONTÓLOGOS
Y ESTOMATÓLOGOS**JUNTOS SOMOS UNA CULTURA, UNA IDENTIDAD,
UN COLECTIVO QUE HA LOGRADO LO NUNCA VISTO.****MASCARILLAS FFP2 CON
MARCADO CE. PACK 30 UDS.**Referencia
C19 MASC FFP2 SV**24,30 € + IVA****MOTORES ENDO +
CONTRA ÁNGULO
E-COM CON LUZ LED**

Referencia 28-300

348,60 € + IVA**BRACKET 018 ROTH 345 W/H
(AUTOLIGADO) CASO DE 28 PIEZAS.
TUBOS N° 6 Y 7 INCLUIDOS
+ 1 INSTRUMENTO PARA ABRIR Y CERRAR**

Referencia 3011

70,00 € + IVA**CURETA GRACEY
1/2 TITANIO**

Referencia 919-T

10,03 € + IVA**ALICATE ADERER 12CM
(PEQUEÑO)**

Referencia 374

9,26 € + IVA**DEFIBRILADOR
EXTERNO PHILIPS
HEARTSTART HS1**

Referencia M5066A

771,86 € + IVA**MOTOR ENDO + CONTRA
ÁNGULO + LOCALIZADOR DE
ÁPICES ENDO RADAR PLUS
WOODPECKER**

Referencia 28-311B

COE 530 €**Fresa trefina**

3mm

Referencia 2045

17,70 € + IVA**DEFIBRILADOR ZOLL
AED PLUS**Referencia
ZOLLAEDPLUS**745,00 € + IVA****LOCALIZADOR DE ÁPICES
WOODPECKER
DTE DPEX III PRO**

Referencia 28-205

173,60 € + IVA**PERIOSTÓTOMOS**

Referencia 1605

7,08 € + IVA**Arcos Niti® superelásticos
(rectangulares)
021x025 (in).
Bolsa de 10 uds.**

Referencia 3150

7,00 € + IVA**Siempre con  de uso exclusivo para asociados COE.****ASÓCIATE EN: www.circulodeodontologosyestomatologos.es/alta**

91 411 97 59

91 563 91 20

606 097 121

www.circulodeodontologos.es - www.dentistascoe.comwww.dentistascoe.com/blog**www.latiendadeldentista.com**



El precio es el valor que le damos a lo que te ofrecemos y la subvención de COE es lo que te permite comprarlo.

SOLO PARA ASOCIADOS COE



PERIOSTÓTOMOS
Referencia 1605

7,08€+IVA



BRACKET 018 MBT 345 W/H
METAL. CASO DE 20 PIEZAS.
DISPONIBLES TAMAÑOS:
STANDARD Y MINI
Referencia 3005

12,00€+IVA



ALICATE ADERER
12CM (PEQUEÑO)
Referencia 374

9,26€+IVA



JUEGO DE 6 CUBETAS
PLÁSTICO (AUTO
CLAVE) "EASY OPEN"
ESPECIAL PARA
IMPLANTES
Referencia 225-0145

5,55€+IVA



NOUVAG 200300 PACK
MOTOR DE IMPLANTES
MD11 + CONTRA ÁNGULO
16:1 BOTÓN
Referencia 48-200300

2.318,40€+IVA



KIT DE COMPRESIÓN DE
HUESO DE ELEVACIÓN DE
SENO (COMPLETO) 13 UDS.
Referencia 2090

182,90€+IVA



BRACKETS 022 MBT
345 W/H CERÁMICOS.
CASO DE 20 PIEZAS
Referencia 3000-A

35,00€+IVA



CURETA LUCAS
Referencia 882

3,54€+IVA



ULTRASONIDOS
WOODPECKER HW3H
COMPATIBLE CON EMS
Referencia 28-150

89,60€+IVA



LÁMPARA DE FOTOCURADO
INALÁMBRICA WOODPECKER
DTE X-CURE GOLDEN
Referencia 28-197

286,80€+IVA



LOCALIZADOR DE
ÁPICES WOODPECKER
WOODPEX V
Referencia 28-206

180,00€+IVA



CAJA AUTOCLAVE
PARA ESTERILIZAR
10 INSTRUMENTOS
Referencia 1834

14,16€+IVA



ASÓCIATE EN: www.circulodeodontologosyestomatologos.es/alta

91 411 97 59

91 563 91 20

606 097 121

www.circulodeodontologos.es - www.dentistascoe.com



www.dentistascoe.com/blog

www.latiendadeldentista.com

5ª ACTUALIZACIÓN DE LA “ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN COVID-19 EN ESPAÑA”

En el momento actual, la Comisión Europea ha autorizado cuatro vacunas, Comirnaty, de Pfizer/BioNTech, autorizada el 21 de diciembre de 2020; vacuna de Moderna, autorizada el 6 de enero de 2021; vacuna de AstraZeneca, autorizada el 29 de enero de 2021 y vacuna de Janssen/Johnson & Johnson, autorizada el 11 de marzo de 2021. Las cuatro vacunas han mostrado niveles adecuados de eficacia y seguridad, si bien presentan diferentes características en cuanto a su logística, eficacia y perfiles de población en las que han sido ensayadas.

En España se dispone de momento de las tres primeras, dos de ellas son vacunas de ARNm (Comirnaty y vacuna de Moderna) y una de vector vírico (vacuna de AstraZeneca). La otra vacuna autorizada y todavía no disponible (vacuna de Janssen) también es de vector vírico. El mecanismo que todas estas vacunas utilizan consiste en material genético que codifica para la producción de la proteína S de SARS-CoV-2.

En la semana del 8 al 14 de marzo de 2021, algunos países decidieron dejar de administrar vacunas de AstraZeneca de un lote específico por la aparición de acontecimientos adversos que se podían relacionar con la vacunación. Progresivamente, se fue aclarando la posible señal en los sistemas de notificación de farmacovigilancia de la UE sobre un tipo específico de trombosis de senos venosos cerebrales en personas, fundamentalmente mujeres, que habían

recibido la vacuna de AstraZeneca entre 2 y 16 días antes del comienzo de los síntomas.

El día 16 de marzo, en España, al igual que en otros países de la UE, se decidió suspender temporalmente el programa de vacunación para dar tiempo a que se revisaran con detalle estos casos desde la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y se hiciera una evaluación preliminar de la relación causal entre estos casos y la vacuna de AstraZeneca. Tras la revisión realizada, la EMA concluyó que no se considera que la administración de esta vacuna se asocie con un aumento del riesgo global de acontecimientos tromboembólicos en las personas vacunadas y que el balance beneficio-riesgo de la vacuna frente a COVID-19 de AstraZeneca en la prevención de hospitalización y muerte por COVID-19 sigue superando el riesgo de posibles reacciones adversas. Sin embargo, la vacuna se podría asociar con casos muy poco frecuentes de formación de trombos con presencia de trombocitopenia, incluyendo trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) que ocurren en su mayoría en mujeres menores de 55 años de edad. Además, no se identificaron problemas con lotes específicos de la vacuna. Se incluyó un texto de precaución de que estos casos podrían ocurrir, incluyendo los síntomas asociados, en la ficha técnica y prospecto de la vacuna.

Tras la notificación realizada por la EMA, se decidió reiniciar de nuevo el programa con la vacuna de AstraZeneca en la semana del 22 de marzo de 2021.

Teniendo en cuenta la información científica que se va publicando sobre el impacto de la utilización de las vacunas sobre la COVID-19, en esta Actualización 5 de la Estrategia se propone la ampliación de la edad de utilización de la vacuna de AstraZeneca, así como la actualización de los grupos de población a vacunar y los mensajes fundamentales a transmitir.

Debe recordarse una vez más que la elección de la vacuna o vacunas a aplicar no puede establecerse por elecciones individuales, sino que debe basarse en la eficacia y la indicación de la o las vacunas para los diferentes grupos de población.

DATOS DE VACUNACIÓN EN ESPAÑA

Entre el 27 de diciembre y el 19 de marzo se ha notificado al Registro de vacunación COVID-19 del SNS la vacunación de un total de 4.135.410 personas. El 67% son mujeres y el 48% recibieron dos dosis. El 71% de las vacunas administradas corresponde a Comirnaty (Pfizer/BioNTech), el 24% a la vacuna de AstraZeneca y el 5% a la vacuna de Moderna. Los datos sobre las vacunas administradas están disponibles diariamente en la página web del Ministerio de Sanidad.



La proporción de personas vacunadas en España actualmente se aproxima a 1 de cada 10 personas de la población general (8,7% del total). De las 388.432 personas institucionalizadas en residencias de personas mayores o con discapacidad, el 98% ha recibido al menos la primera dosis y al 90% ya se les ha administrado la pauta completa. Desde el Ministerio de Sanidad y el Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII) se están realizando dos estudios de efectividad de la vacunación frente a COVID-19. El primero es un estudio de cohortes, basado en el registro de vacunación frente a COVID-19 (REGVACU) y el sistema de información de pruebas de laboratorio de COVID-19 (SERLAB), para conocer la efectividad en la prevención de infección por SARS-CoV-2 (prueba PCR o detección de antígeno positiva). El segundo utiliza los casos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica para aplicar el método de screening para conocer la efectividad de la vacuna, en la prevención de infección (prueba PCR o detección de antígeno positiva), enfermedad grave (hospitalización) y muerte. En estos dos estudios se está evaluando la efectividad de la vacunación en los residentes de centros de mayores, que se ha realizado con vacunas de ARNm, utilizándose mayoritariamente Comirnaty. Los resultados preliminares muestran que 14 días tras la administración de la primera dosis la efectividad frente a la infección es de un 52% en el estudio de cohortes y un 64% en el estudio que utiliza el método de screening, un 26%

frente a hospitalización y un 35% frente a mortalidad. La efectividad a partir de los 7 días tras la administración de la segunda dosis asciende al 82-88% frente a infección, el 77% frente a hospitalización y el 87% frente a fallecimiento. Gracias a la vacunación, se estima que se han prevenido 65 casos de infección por SARS-CoV-2 al día por cada 100.000 residentes completamente vacunados. Por último, se observa que, posiblemente debido a las altas coberturas alcanzadas en las residencias de mayores (de 98% con una dosis y 89% con dos dosis), se ve una reducción equivalente del riesgo en las personas residentes no vacunadas, gracias al efecto de la inmunidad comunitaria.

CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA DE JANSSEN

La vacuna de Janssen está compuesta por un vector de adenovirus tipo 26 humano no replicativo (Ad26) producido mediante técnicas de recombinación de ADN, que incluye material genético que codifica para la producción de la proteína S de SARS-CoV-2.

La vacuna se comercializa en viales multidosis de 5 dosis, que no necesitan dilución, y se puede transportar y almacenar tanto congelada entre -25 °C y -15°C como entre 2°C y 8°C. La pauta de vacunación es de una única dosis.

El perfil de seguridad es similar al de otras vacunas utilizadas en la población. Su administración puede ocasionar molestias y dolor en el lugar de la inyección, cefalea, cansancio, mialgias y náuseas. La mayoría de estas reacciones son leves o moderadas y se resuelven en uno o dos días.

La eficacia de la vacuna frente a infección por SARS-CoV-2 a los 14 días tras la vacunación fue del 66,9% (IC95%: 59%-73,4%) para todas las edades, del 82,4% (IC95%: 63,9%-92,4%) en el grupo de 65 años o mayores y del 100% (IC95%: 45,9%-100%) en el grupo de 75 años o mayores. Respecto del total de participantes se diagnosticaron 116 casos confirmados de COVID-19 en el grupo vacunado y 348 casos en el grupo control. Respecto a la eficacia de la vacuna frente a COVID-19 grave, fue del 76,7% (IC95%: 54,6%-89,1%) a los 14 días tras la vacunación y del 85,4% (IC95%: 54,2%-96,9%) a los 28 días tras la vacunación.

Se ha realizado un análisis exploratorio de la eficacia de la vacuna frente a las nuevas variantes del virus SARS-CoV-2. En Estados Unidos, donde la variante británica no era la predominante en el momento del estudio, la eficacia frente a COVID-19 moderado a grave/crítico, a los 28 días tras la vacunación, fue del 72% (IC95%: 58,2%-81,7%), y para COVID-19 grave/crítico fue de 85,9% (IC95%: -9,4%-99,7%). En Sudáfrica, a pesar del hecho de que la variante

VACUNACIÓN COVID-19 ESPAÑA



20H/501Y.V2 (linaje B.1.351) es la cepa predominante, la eficacia fue similar a la de Estados Unidos: COVID-19 moderado a grave/crítico fue de 64% (IC95%: 41,2%-78,7%) y para COVID-19 grave/crítico fue de 81,7% (IC95%: 46,2%-95,4%). En Brasil, donde una variante del linaje P.2 es la cepa predominante, la eficacia de la vacuna frente a COVID-19 moderado a grave/crítico fue de 68,1% (IC95%: 7,8%-99,7%) y para COVID-19 grave/crítico fue de 87,6% (IC95%: 48,8%-80,7%).

UTILIZACIÓN DE LA VACUNA DE JANSSEN EN ESPAÑA

Cuando haya disponibilidad de dosis de esta vacuna se utilizará de forma paralela a las vacunas de ARNm o de AstraZeneca, priorizando los grupos etarios de mayor edad. Se concretará su utilización cuando se conozca el momento y las dosis a recibir.

La vacuna de Janssen no se utilizará en personas que por antecedente de infección por SARS-CoV-2 solo precisen una dosis. No hay contraindicación para ello, pero se preferirá utilizar las otras vacunas que habitualmente tienen pauta de dos dosis.

AMPLIACIÓN DEL USO DE LA VACUNA DE ARAZENECA POR ENCIMA DE LOS 55 AÑOS

En las actualizaciones 3 y 4 de la Estrategia se recomendaba la vacunación con AstraZeneca en personas entre 18 y 55 años porque los datos disponibles hasta el momento, procedentes de los ensayos clínicos evaluados para la autorización, no permitían establecer la eficacia de la vacuna en personas de más de 55 años de edad, debido al pequeño número de participantes mayores de esta edad incluidos en estos estudios.

Sin embargo, desde ese momento ha aparecido nueva evidencia científica en forma de estudios observacionales

de efectividad, que se comentan a continuación, realizados en contextos donde se ha utilizado esta vacuna en amplio número de personas mayores de esta edad, lo cual justifica la necesidad de reevaluar esta recomendación.

Los datos de esos estudios recomiendan de ampliar el uso de esta vacuna en personas mayores de 55 años, teniendo en cuenta que el riesgo de enfermedad grave y de muerte debido a la COVID-19 aumenta considerablemente con la edad, sobre todo a partir de los 60 años.

Además, en el ámbito europeo e internacional al menos 16 países recomiendan la utilización de esta vacuna hasta los 69 años, hasta los 75 años o sin restricción de edad. La OMS también recomienda la vacuna de AstraZeneca sin límite superior de edad, ya que considera que las respuestas inmunitarias inducidas por la vacuna en las personas mayores son similares a las de otros grupos de edad¹⁶. También, la ficha técnica de la vacuna autorizada en la UE no especifica ninguna limitación superior de edad.

En conclusión, y de acuerdo con la ficha técnica autorizada, se suprime la limitación de edad a menores de 55 años para la vacuna de AstraZeneca.

VACUNACIÓN EN PERSONAS CON CONDICIONES DE MUY ALTO RIESGO

En el documento de la Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España, se describe que ciertas condiciones predisponen a las personas que las tienen a un mayor riesgo de enfermedad grave y muerte ante una infección por SARS-CoV-2 y se comenta que deben tenerse en cuenta en la priorización para la vacunación. La protección de la vacunación frente a mortalidad y enfermedad grave es la que informa a la Estrategia desde sus inicios y que se ha ido revisando a lo largo de todas las Actualizaciones.

Condiciones de alto riesgo	Número aproximado de personas en España
Transplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) - alo y autotrasplante- en los últimos 2 años, o >50 años y/o <80% de índice Karnofsky, independientemente del tiempo desde el TPH.	≈20.000 pacientes
Transplante de órgano sólido y en lista de espera para trasplante de órgano sólido • Trasplante pulmonar • Trasplante renal y pancreático • Trasplante cardíaco • Trasplante hepático • Trasplante intestinal	≈60.000 pacientes
Tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal)	28.736 pacientes
Enfermedad oncohematológica en los últimos 5 años o no controlada y/o ECOC 3-4 y/o neutropenia severa (<500 neutrófilos/mm³) independientemente del tiempo desde el diagnóstico.	≈64.000 pacientes
Cáncer de órgano sólido • Cáncer de órgano sólido en tratamiento con quimioterapia citotóxica. • Cáncer de órgano sólido metastásico. • Pacientes que reciben radioterapia por tumores de localización torácica con riesgo de neumonitis (tumor esófago, radioterapia sobre metástasis pulmonares, etc).	≈170.000 pacientes
Inmunodeficiencias primarias. Todas las inmunodeficiencias primarias, excluyendo el déficit de IgA y el defecto de formación de anticuerpos.	≈3.000 pacientes
Infección con VIH y con <200 cel/ml (analítica de los últimos 6 meses)	≈10.600 personas
Síndrome de Down con 40 o más años de edad (nacidos en 1981 o antes)	≈10.000

Tabla 1. Condiciones de muy alto riesgo priorizadas y número de personas mayores de 16 años en España.

En la revisión de la evidencia científica se muestra que la edad es el principal factor de riesgo alto de enfermedad grave y muerte, seguida por ciertas condiciones.

Tomando todo ello en consideración, y en colaboración con las Sociedades Científicas agrupadas en FACME (Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas) y las coordinadas desde el Plan Nacional sobre el SIDA (ver detalle en página 2), se han valorado las diferentes condiciones que pueden considerarse de muy alto riesgo. Las condiciones que se han considerado para priorización se recogen en la **tabla 1**. Las personas que presentan estas condiciones podrán captarse en los centros asistenciales a los que acuden de manera regular. Es-

tas personas se vacunarán de manera simultánea al grupo de edad de 70 a 79 años, si no les corresponde antes por grupo de edad. Se utilizará cualquiera de las vacunas autorizadas, pero preferentemente vacunas de ARNm, con la finalidad de alcanzar la inmunidad completa en un periodo de tiempo menor.

ACTUALIZACIÓN DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN A VACUNAR

En el momento actual, se puede considerar que la vacunación de los grupos priorizados inicialmente en la primera etapa está prácticamente completada, a la espera de completar los nuevos

subgrupos incluidos dentro del grupo 3. Como se ha apuntado en la introducción de este documento, actualmente se está vacunando a los grupos 3 y 6, además del grupo 5A (personas de 80 y más años).

Teniendo en cuenta la nueva evidencia científica sobre las vacunas que se están utilizando (ver apartados anteriores), se reestructuran los grupos 5, 7 y 8, después de revisar algunas consideraciones de interés.

Se describen brevemente todos los grupos de población priorizados para facilitar la lectura, añadiendo los nuevos grupos que se vacunarán a medida que se vaya disponiendo de vacunas.

VACUNACIÓN COVID-19 ESPAÑA

A continuación, se incluye la descripción de cada uno de los grupos de población priorizados en la Estrategia de vacunación. Se han actualizado los **grupos 5C, 7 y 8**.

- Grupo 1. Residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabaja en centros de mayores y de atención a grandes dependientes

- Grupo 2. Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario

- Grupo 3. Otro personal sanitario y sociosanitario y trabajadores de instituciones penitenciarias.

- Grupo 3A. Incluye los siguientes profesionales en activo:

> Personal de ámbito hospitalario y de atención primaria no considerado de primera línea -grupo 2-, en función del riesgo de exposición de la actividad laboral y la posibilidad de adoptar las medidas de protección adecuadas.

> En otros ámbitos, se vacunará al personal de odontología, higiene dental y otro personal sanitario que atiende de forma habitual a pacientes sin mascarilla y durante un tiempo superior a 15 minutos.

- Grupo 3B. Personal en activo de los colectivos que figuran a continuación, en función del riesgo de exposición de la actividad laboral y la posibilidad de adoptar las medidas de protección adecuadas:

> Personal de los servicios de salud pública implicado en la gestión y respuesta a la pandemia que no se haya vacunado en el grupo 2.

> Personal sanitario y sociosanitario no vacunado con anterioridad, incluyendo servicios de inspección sanitaria, medicina legal y forense, consultas médicas privadas, servicios de ayuda a domicilio, centros de menores y centros de día o

equivalentes, así como estudiantes sanitarios y sociosanitarios que realicen prácticas clínicas.

> Personal sanitario de los siguientes colectivos: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, personal de oficinas de farmacia, protésicos dentales, logopedas y personal de psicología clínica.

> Trabajadores de instituciones penitenciarias (IIPP).

- Grupo 3C. Resto de personal sanitario y sociosanitario no vacunado con anterioridad. Las personas del grupo 3, fundamentalmente del 3B y 3C que comiencen con la pauta de vacunación se vacunarán con la vacuna de AstraZeneca.

- Grupo 4. Personas consideradas como grandes dependientes (grado III de dependencia, es decir, con necesidad de intensas medidas de apoyo) que no estén actualmente institucionalizadas.

- Grupo 5. Personas vulnerables por su edad, no residentes de centros de mayores

- Grupo 5A. Personas de 80 y más años de edad (nacidas en 1941 y años anteriores)

- Grupo 5B. Personas entre 70 y 79 años de edad (nacidas entre 1942 y 1951, ambos incluidos)

- Grupo 5C. Personas entre 66 y 69 años de edad (nacidas entre 1952 y 1955, ambos incluidos)

Las personas del grupo 5 se vacunarán con las vacunas de ARNm, Comirnaty o vacuna de Moderna, o con vacuna de Janssen.

- Grupo 6. Colectivos en activo con una función esencial para la sociedad, desarrollando su actividad con carácter presencial, al menos una parte de la jornada.

- Grupo 6A. Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Emergencias y Fuerzas Armadas. Incluye Guardia Civil, Policía Nacional, Autonómica y Local, Bomberos, técnicos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, profesionales de Protección civil, Emergencias y Fuerzas Armadas.

- Grupo 6B. Docentes y personal de educación infantil (0-6 años) y educación especial, incluyendo tanto docentes como otros profesionales que atienden directamente al alumnado de centros autorizados por las CCAA como centros de educación infantil, de titularidad pública y privada.

- Grupo 6C. Docentes y personal de educación primaria y secundaria, incluyendo tanto docentes como otros profesionales que atienden al alumnado en centros de enseñanza reglada con carácter obligatorio, de titularidad pública y privada.

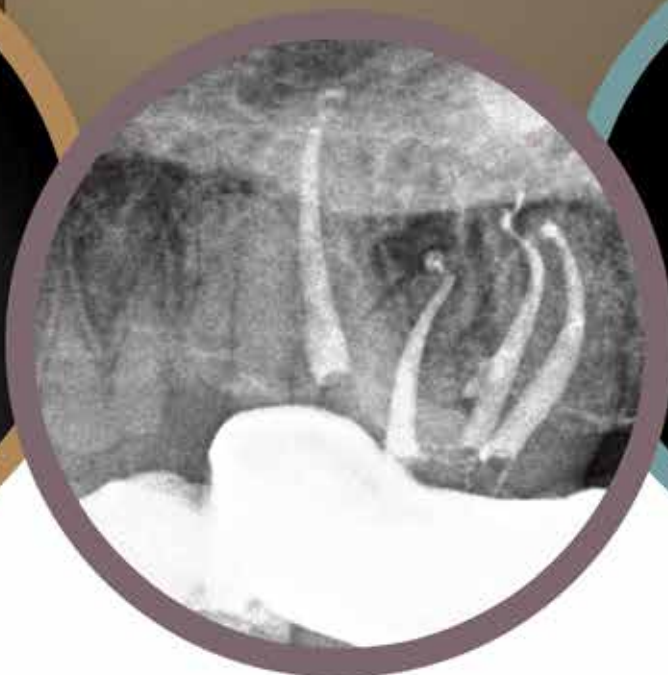
Las personas del grupo 6 que comiencen con la pauta de vacunación se vacunarán con la vacuna de AstraZeneca.

- Grupo 7. Personas con condiciones de muy alto riesgo

Las personas con condiciones de muy alto riesgo a partir de 16-18 años se vacunarán de forma paralela a las personas del grupo 5B (personas entre 70 y 79 años de edad).

Se han considerado las siguientes condiciones, en función del riesgo y la factibilidad: Trasplante de progenitores hematopoyéticos, trasplante de órgano sólido y lista de espera para trasplante de órgano sólido, tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal), enfermedad oncohematológica, cáncer de órgano sólido en tratamiento con quimioterapia citotóxica, metastásico o con radioterapia por tumores de localización torácica con riesgo de neumonitis, inmunodeficiencias primarias, infección con el VIH con menos de 200cél/ml a pesar de TAR eficaz y carga viral indetectable y síndrome de Down con 40 y más años de edad.

MIRAGLIA
endodoncia



Diagnóstico CBCT,
Endodoncia Microscópica,
Retratamiento Endodóntico
y Microcirugía Apical

Especialistas en
Endodoncia Microscópica
Dr. Juan Pablo Miraglia

MIRAGLIA
endodoncia

C/ Río Mesa 11. Bloque 7, 1º V
29620 Torremolinos, Málaga.
Tel. 952 37 61 21 / 638 317 808
clinica@miragliaendodoncia.com
www.miragliaendodoncia.com
f miraglia.endodoncia

VACUNACIÓN COVID-19 ESPAÑA

Las personas con estas condiciones recibirán la vacuna que se administre al grupo 5B (personas de entre 70 y 79 años de edad), aunque pueden recibir cualquier otra vacuna disponible, en función del contexto de la pandemia y de las evidencias.

- Grupo 8. Personas entre 56 y 65 años de edad (nacidas entre 1956 y 1965, ambos inclusive)

Se comenzará vacunando a las personas nacidas en 1956 con la vacuna de AstraZeneca, avanzando en el año de nacimiento según la disponibilidad de dosis.

- Grupo 9. Personas entre 46 y 55 años de edad (nacidas entre 1966 y 1975, ambos inclusive)

Las personas de este grupo recibirán la vacuna que se considere en **función de la disponibilidad**, el contexto de la pandemia y de las evidencias.

Por cuestiones organizativas y de factibilidad podrá solaparse la vacunación de los colectivos incluidos en los grupos 3A, 4 y 5, así como el grupo 6 y el 8.

Se iniciará la vacunación de la población penitenciaria en el momento que se considere más adecuado, pero coincidiendo, al menos, con el grupo 8 y atendiendo a las características de la población de cada centro penitenciario. Se utilizará la vacuna más conveniente.

VACUNACIÓN DE PERSONAS CON INFECCIÓN PREVIA POR SARS-COV-2

1. Personas de 65 o menos años de edad con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 tras recibir la primera dosis. Se administrará una segunda dosis transcurridos seis meses desde el padecimiento o el diagnóstico de infección.

2. Personas de 65 o menos años de edad con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2



antes de recibir la primera dosis. Se administrará una sola dosis al menos seis meses desde el padecimiento o el diagnóstico de infección. En caso de que se administre antes de haber transcurrido esos seis meses, la dosis se considerará válida y no será necesario administrar más dosis.

3. Personas mayores de 65 años con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 tras recibir la primera dosis. Se completará la pauta con una segunda dosis cuando estén completamente recuperadas y haya finalizado el período de aislamiento.

4. Personas mayores de 65 años con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 antes de recibir la primera dosis. Se administrará una pauta de dos dosis.

No se recomienda la realización de pruebas serológicas o virológicas antes o después de la vacunación.

Se debe posponer la vacunación de las personas con síntomas sospechosos de COVID-19 o con COVID-19 confirmada recientemente por laboratorio hasta que haya finalizado el período de aislamiento. De igual manera, se debe posponer la vacunación de las personas en cuarentena (por ser contactos de un caso confirmado) hasta que dicha cuarentena finalice.

Estas medidas se aplicarán a todos los grupos de población (incluyendo a personal sanitario y sociosanitario y a los que trabajan en centros de personas mayores y centros de día), con excepción de los residen-



tes de centros de personas mayores (que suelen ser mayores de 65 años), grandes dependientes y personas con condiciones de muy alto riesgo incluidas en el grupo 7.

OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS EN RELACIÓN CON LA VACUNACIÓN

A continuación, se incluyen algunos aspectos relacionados con la vacunación que ocasionan muchas preguntas.

- Si por motivos de desabastecimiento o similares, se retrasa la administración de la segunda dosis más allá del intervalo recomendado entre dosis, no se invalida la dosis puesta, que seguirá protegiendo parcialmente. "Dosis puesta dosis que

cuenta". En estos casos, la segunda dosis se administrará cuanto antes tras el día recomendado de la segunda dosis (21 días con Comirnaty, 28 días con la vacuna de Moderna y entre 10 y 12 semanas, preferiblemente a las 12 semanas, con la vacuna de AstraZeneca).

- La pauta completa de vacunación se realizará con la misma vacuna.

- Baja laboral y vacunación: si la baja es por cualquier motivo no COVID-19 y la persona es convocada para vacunación, podrá acudir si no presenta contraindicación clínica para vacunarse y su estado clínico se lo permite.

- Las personas que residen en otras Comunidades Autónomas y las extranjeras residentes en España, recibirán la vacunación correspondiente en el lugar donde se encuentren residiendo cuando se priorizan para vacunar. Las personas priorizadas para vacunación por su trabajo se vacunarán en la Comunidad donde lo ejerzan.

- En el caso de residentes y grandes dependientes en los que hay varios tutores legales que no están de acuerdo en cuanto a la vacunación, prevalecerá la decisión que la ciencia apoya como mejor opción para estas personas, que es la vacunación, salvo que haya algún motivo clínico que justifique no hacerlo.

- Se garantizará la vacunación de todas las personas independientemente del tipo de aseguramiento (mutualidades).

- La vacunación frente a COVID-19 no es obligatoria. Como se indicaba en la Actualización 1 de la Estrategia, se considera importante registrar los casos de rechazo a la vacunación en el Registro de vacunación, con la finalidad de conocer las posibles razones de reticencia en diferentes grupos de población.

- Se recomienda seguir las indicaciones que se recogen en las guías técnicas de las vacunas frente a COVID-19.

MENSAJES A LA POBLACIÓN EN GENERAL EN RELACIÓN CON LA VACUNA DE ASTRAZENECA:

- La seguridad de las vacunas se vigila de manera continua, con la finalidad de proteger a la población y asegurar que los beneficios de su utilización superan los riesgos.

- La investigación de los casos notificados de trombosis que se ha realizado en la EMA no ha podido concluir que estén causados por la vacunación y que el número de casos notificados no supera el número de casos que habitualmente ocurren en la población general.

- Se está profundizando en el estudio de los mecanismos que han podido producir estos casos específicos de trombosis de las venas cerebrales con trombocitopenia, muy poco frecuentes, que se han notificado a los sistemas de farmacovigilancia en varios países de la UE.

- En este momento no hay un perfil específico común a las personas que han sufrido este tipo de trombosis específico, por lo que no hay ningún factor de riesgo que contraindique la utilización de esta vacuna.

- Como medida de precaución, las personas que varios días tras la vacunación presenten dolor de cabeza intenso y persistente que aumenta con el movimiento y al tumbarse, así como petequias o moratones fuera del lugar de inyección, deben acudir a su centro médico de referencia.

- Hay que recordar que el dolor de cabeza, malestar, febrícula, mialgias, así como náuseas y vómitos, son frecuentes tras la vacunación, y que pueden tratarse con paracetamol. Estos síntomas no suelen durar más que unos pocos días.

VACUNACIÓN COVID-19 ESPAÑA

CARACTERÍSTICAS DE LAS VACUNAS DISPONIBLES

A continuación, se muestran unas tablas resumen de las tres vacunas COVID-19 disponibles.

COMIRNATY (BIONTECH/PFIZER)	
DISTRIBUCIÓN	CENTRO DE ADMINISTRACIÓN
Distintos componentes de la vacuna (se mezclan en los centros de vacunación): 1. Vacuna: - Cada vial multidosis (0,45ml) contiene 6 dosis de 0,3 ml tras la dilución. - Transportadas directamente desde el fabricante al centro de vacunación (utilizando hielo seco y cajas térmicas de transporte especiales). - Cada caja de transporte puede contener enter 1 y 5 bandejas, cada bandeja tiene 195 viales. 2. Diluyente: 1,8 ml de solución inyectable de cloruro sódico 0,9% (suero fisiológico) - Transportadas a los lugares de vacunación a temperatura ambiente (hasta 30°C) 3. Caja térmica de transporte, debe devolverse después de su uso.	Almacenamiento: A. Congeladores con capacidad de ultracongelación (-90°C a -60°C) Máximo 6 meses B. Almacenamiento en las cajas térmicas de transporte (-90°C a -60°C): - Una vez recibida la caja, se debe recargar con hielo seco antes de que transcurran las primeras 24 horas (día 1). - Cada 5 días la caja térmica se debe recargar de hielo seco. - Cada recarga se realiza con 23kg de hielo seco. - El día 15, las vacunas se trasladan a las neveras (2-8°C). Las vacunas se deberán usar como máximo en 5 días. C. Guardar las dosis recibidas en nevera (2-8°C) y utilizar en 5 días Descongelada pero no reconstituida (2-8°C) - Debe usarse en periodo máximo de 5 días (desechar dosis no utilizadas si se supera este tiempo) Reconstituida, a temperatura ambiente (máximo 30°C) - Para descongelar una vacuna ultracongelada (-90--60°C), mantener la vacuna 30 minutos a temperaturas de hasta de 30°C. - Una vez que se ha descongelado la vacuna, debe reconstituirse en un máximo de 2 horas. Si no puede ser, conservar en la nevera entre 2-8°C. - Debe usarse como máximo 6 horas después de la reconstitución.
DOSIS ASIGNADAS	ADMINISTRACIÓN
Sólo centros logísticos identificados Solicitud mínima de 1 bandeja con 195 viales	Personas ≥16 años de edad Pauta con 2 dosis (intervalo de 21 días entre dosis) - Reconstitución con el diluyente, justo antes de la administración. Las 6 dosis de un vial deben administrarse en las 6 horas siguientes a la reconstitución. Si no se administran durante ese tiempo, descartar las dosis. - Administración intramuscular (IM).
EFICACIA	SEGURIDAD
La eficacia en participantes s con o sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2 fue del 94,6% (IC95%: 89,9%-97,3%).	Los efectos adversos más frecuentes fueron el dolor en el lugar de inyección (>80%), fatiga o sensación de cansancio (>60%), cefalea (>50%), mialgias y escalofríos (>30%), artralgias (>20%), fiebre e inflamación en el lugar de inyección (>10%), siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo en pocos días tras la vacunación. Estas reacciones son más frecuentes tras la segunda dosis y su frecuencia disminuye con la edad.

Fuente: Ficha técnica Comirnaty

VACUNA COVID-19 MODERNA	
DISTRIBUCIÓN	CENTRO DE ADMINISTRACIÓN
Vacuna: • Directamente desde el distribuidor al centro logístico seleccionado (-25°C a -15°C). • Viales multidosis (10 dosis / vial)	Almacenamiento: Congelada (-25°C a -15°C) Los viales congelados deben usarse en un periodo máximo de 7 meses. Refrigerada (2 a 8°C) Los viales refrigerados deben usarse en un periodo máximo de 30 días. Para descongelar la vacuna: • Descongelar en la nevera, a temperatura entre 2-8°C durante 2,5 horas. Posteriormente, mantener el vial 15 minutos a temperatura ambiente antes de administrar. • Alternativamente, descongelar a temperatura ambiente (15-25°C) durante 1 hora. Después de descongelar, no volver a congelar de nuevo. Temperatura ambiente (máximo 25°C) • Desde que el vial se saca de la nevera (2-8°C) debe usarse como máximo en 12 horas • Una vez que el vial se ha perforado, la totalidad de dosis deben administrarse en un máximo de 6 horas. • Desechar dosis no usadas si se supera el tiempo.
DOSIS ASIGNADAS	ADMINISTRACIÓN
Sólo centros logísticos identificados • Solicitud mínima de dosis una caja con 10 viales • Mantener a -20°C	Personas ≥18 años de edad Pauta con 2 dosis (intervalo de 28 días entre dosis) • No necesita reconstitución • Agite suavemente el vial antes de retirar una dosis. No agitar vigorosamente. • Administración intramuscular (IM).
EFICACIA	SEGURIDAD
La eficacia en participantes con o sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2 a partir de 14 días tras la segunda dosis fue del 93,6% (IC95%: 88,5%-96,4%).	Los efectos adversos más frecuentes fueron el dolor en el lugar de inyección (92%), fatiga (70%), cefalea (64,7%), mialgias (61,5%), artralgias (46,4%), escalofríos (45,4%), náuseas/vómitos (23%), fiebre (15,5%), inflamación en el lugar de inyección (14,7%), siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo unos días tras la vacunación. Estas reacciones son más frecuentes tras la segunda dosis y su frecuencia disminuye con la edad.

VACUNACIÓN COVID-19 ESPAÑA

VACUNA ASTRAZENECA	
DISTRIBUCIÓN	CENTRO DE ADMINISTRACIÓN
Vacuna: • Directamente desde el distribuidor al centro logístico seleccionado (2-8°C). • Viales multidosis (10 dosis / vial) • Mantener a 2-8°C	Almacenamiento: Refrigerada (2 a 8°C) Los viales refrigerados deben usarse en un periodo máximo de 6 meses Temperatura ambiente • Tras pinchar el vial para extraer la primera dosis, la vacuna debe usarse en las 6 horas siguientes si se conserva a temperatura ambiente (hasta 30°C) o 48h si se conserva en frigorífico entre 2 y 8°C; una vez transcurrido ese tiempo, la vacuna debe desecharse.
DOSIS ASIGNADAS	ADMINISTRACIÓN
Sólo centros logísticos identificados • Solicitud mínima de dosis una caja con 10 viales • Mantener a 2-8°C	Personas ≥18 años de edad Pauta con 2 dosis (de 0,5ml) separadas entre 10 y 12 semanas, preferiblemente 12 semanas • No necesita reconstitución • Administración intramuscular (IM).
EFICACIA	SEGURIDAD
La eficacia en participantes sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2 y con un intervalo entre dosis de 10-12 semanas, preferiblemente a las 12 semanas, a partir de 15 días tras la segunda dosis se sitúa alrededor del 80%.	Los efectos adversos más frecuentes fueron sensibilidad en el lugar de inyección (63,7%), dolor en el lugar de inyección (54,2%), fatiga (53,1%), cefalea (52,6%), mialgias (44%), artralgias (26,4%), escalofríos (31,9%), náuseas (21,9%), fiebre (7,9%) siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo unos días tras la vacunación. Estas reacciones son más leves y menos frecuentes tras la segunda dosis. Las personas de mayor edad presentaron menor frecuencia de reacciones adversas y de intensidad leve.

Fuente: Ficha técnica AstraZeneca/Oxford

VACUNA JANSSEN	
DISTRIBUCIÓN	CENTRO DE ADMINISTRACIÓN
Vacuna: • Directamente desde el distribuidor al centro logístico seleccionado (-25°C a -15°C) o refrigerada a 2º y 8°C • Viales multidosis (al menos 5 dosis / vial)	Almacenamiento: Congelada (-25°C a -15°C) Los viales deben usarse en un periodo máximo de 2 años. Refrigerada (2 a 8°C) Los viales refrigerados deben usarse en un periodo máximo de 3 meses. Para descongelar la vacuna: • En la nevera, entre 2-8°C durante 12 horas si es una caja completa de 10 viales o 2 horas los viales individuales. • A temperatura ambiente (máximo 25°C), para su uso inmediato, durante unas 2 horas si es una caja completa de 10 viales o 1 hora en caso de viales individuales. Después de descongelar, no volver a congelar de nuevo. Temperatura ambiente (MÁX. 25º) • Desde que el vial se saca de la nevera (2-8°C) debe usarse como máximo en 12 horas • Una vez que el vial se ha perforado, la totalidad de dosis deben administrarse en un máximo de 3 horas. • Desechar dosis no usadas si se supera el tiempo.
DOSIS ASIGNADAS	ADMINISTRACIÓN
Sólo centros logísticos identificados • Solicitud mínima de dosis una caja con 5 viales • Mantener congelada (entre -25°C y -15°C) o refrigerada (entre 2°C y 8°C)	Personas ≥18años de edad Pauta con 1 dosis. • No necesita reconstitución • Girar suavemente el vial en posición vertical durante 10 segundos, sin agitar. • Administración intramuscular (IM).
EFICACIA	SEGURIDAD
La eficacia en participantes sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2, a partir de 14 días tras la administración, se observó una eficacia del 66,9% (IC95%: 59-73,4); en 65 años o más la eficacia fue del 82,4%(IC95%: 63,9-92,4), en 75 años o más la eficacia fue del 100% (IC95%: 45,9-100) y en 18 a 64 años del 64,2% (IC95%: 55,3-71,6). La eficacia frente a enfermedad grave por COVID-19 fue del 76,7% (IC95%: 54,5-89,1) a los 14 días de la vacunación y del 85,4% (IC95%: 54,1-96,9) a los 28 días de la vacunación	Las reacciones adversas más frecuentes fueron el dolor en el lugar de inyección (>40%), cefalea, fatiga y mialgias (>30%), náuseas (<15%) y fiebre (9%), siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo en pocos días tras la vacunación.

Fuente: Ficha técnica vacuna Covid-19 Janssen y recomendaciones de las Administraciones Sanitarias

BIBLIOGRAFÍA:

Grupo de Trabajo Técnico de vacunación Covid-19 de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en España. Quinta actualización 30 marzo 2021. Consejo Interterritorial del SNS. Ministerio de Sanidad.

FORMACIÓN ONLINE

Estimados compañer@s:

Como sabéis durante este 2021 y al menos hasta después del verano, los cursos del Colegio de Dentistas de Málaga se realizarán, al igual que el año pasado, vía on-line. Ello supeditado a la evolución de la pandemia, así que tan pronto como sea posible podamos retomar los cursos presenciales y poder vernos e intercambiar puntos de vista con la adicción del calor humano. Los cursos suelen tener una duración aproximada de 4 horas, con un gran componente interactivo, así que os animo a que os inscribáis y lo comprobéis.

El curso de septiembre de la Dra. Austro aún no está determinado si será presencial, dependiendo de la situación de

la pandemia en el momento, así como otros cursos que ya tenemos programados, los cuales no se han metido en esta previsión al depender también de ello.

Esperamos que la programación sea de vuestro interés y recordaros que podéis contactar con el colegio, con preferencia vía mail, para realizar vuestras sugerencias respecto a los temas de los que desearíais recibir formación.

Deseando veros pronto presencialmente, me despido a la espera de una pronta vuelta a la normalidad.

Un saludo,

Magdalena Ocampo

Nombre del curso	Dictante	Fechas
Técnicas de Autocuidado Profesional	Myla García y Ana Ortiz	20-feb
Actuando...sobre el Ápice	Dr. Hipólito Fabra	06-mar
Férulas, ¿por qué se hacen férulas de descarga?	Dr. Vicente Jiménez	24-abr
Curso "Oclusión y Patologías de la ATM (CAT)"	Dr. Larena Avellaneda	15 de mayo
MÍNIMA INVASIÓN AL SISTEMA DE CONDUCTOS. OBJETIVO: PRESERVACIÓN DENTINARIA DURANTE LA INSTRUMENTACIÓN ENDODÓNTICA CON EL SISTEMA TRUNATOMY	Dr. Juan Pablo Miraglia	19 de junio
3-Step technique y Aislamiento en odontología estética	Dr. José Francisco Barrientos	17 de julio
Curso Odontopediatría	Dra. M ^a Dolores Austro	septiembre

SEGURO DE SALUD FAMILIAR CON CUADRO MÉDICO

Condiciones exclusivas para colegiados del Ilustre Colegio
Oficial de Dentistas de Málaga y sus familiares directos*



MAPFRE

- Urgencias hospitalarias y ambulatorias.
- Medicina general, ATS.
- Especialidades médicas.
- Pruebas de diagnóstico, incluidas las de alta tecnología.
- Hospitalización y cirugía.
- Parto y todo lo relacionado con él.
- Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.
- Ayuda para adopción nacional e internacional.
- Acceso al más amplio cuadro médico, incluyendo la Clínica Universitaria de Navarra.
- Acceso a red de centros concertados en E.E.U.U.

EDAD	PRIMA
De 0 a 19	37,08 €
De 20 a 45	49,42 €
De 46 a 65	54,12 €

SIN COPAGOS

Precios mensuales por asegurado, sobre los que se aplicarán los impuestos legalmente repercutibles, válidos hasta el 31/12/2021. Es indispensable que el colegiado sea titular y asegurado de la póliza.

Se consideran familiares directos: Cónyuges o parejas de hecho e hijos que convivan en el mismo domicilio.



Desimpactación quirúrgico- ortodóncica de segundos molares inferiores. A propósito de un caso

Autores:

Bartolomé Arias Chamorro

Adjunto de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Marta Sánchez Sánchez

Adjunto de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Saray Durán Míguez

Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Lucas Bermudo Añino

Jefe de Sección de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un diente incluido-retenido-enclavado puede dar lugar a las siguientes opciones terapéuticas:

- 1.- **Actitud conservadora** en dientes siempre asintomáticos, clínica y radiológicamente, o por contraindicación del paciente.
- 2.- **Exodoncia** en caso de piezas patológicas cariadas, causantes de celulitis de repetición o asociadas a quistes. También en piezas dismórficas o supernumerarias que se han valorado como no adecuadas para el rescate ortodóncico.
- 3.- **Reubicación** mediante la corrección del eje dental sin desconexión apical.
- 4.- **Autoimplante**, implica exodoncia y por tanto desconexión apical con la posterior reinserción en el mismo alveolo dental y posterior fijación rígida.
- 5.- **Autotrasplante**, implica exodoncia y por tanto desconexión apical, con reinserción en otro alveolo dental, incluso en un neoalveolo. Es fundamental una fijación rígida pos-

terior. Esta modalidad es la de peor pronóstico.

- 6.- **Tratamiento quirúrgico-ortodóncico**. Tiene como objetivo la movilización lenta y progresiva de un diente, con fuerzas de tracción ortodóncicas elásticas ligeras, desde una posición original hasta otra en la arcada dental que se considere adecuada. La migración dental mediante este tratamiento es respetuosa con el ápice-pulpa dental y con el periodonto y sigue las leyes de la remodelación ósea ortodóncica (osteogénesis en las zonas de tracción y osteolisis en las de presión).

El procedimiento tiene especial interés en el grupo incisivo- canino superior, sobre todo el canino superior, cuya frecuencia de inclusión va tras los cordales, aunque también puede realizarse en otras piezas dentales como es el caso que presentamos.

Para establecer la indicación de esta opción de tratamiento hay que hacer una **valoración clínica** del paciente. Diversos aspectos como la edad, motivación, colaboración, nivel socio-económico o estado general y bucal podrían contraindicar la tracción ortodóncica.

Es fundamental una **valoración radiográfica** con las imágenes que aportan: ortopantomografía, telerradiografía lateral de cráneo, radiografías periapicales-oclusal o TAC, que nos informan de:

- a- Presencia de **patología ósea-dentaria** asociada.
- b- **Situación del diente: Altura** (alto/bajo). **Angulación respecto a la vertical** (>0< de 45°). **Vestibular o Palatino**. Se consideran más favorables las tracciones de dientes que están más corales respecto de los ápices de dientes vecinos, con angulaciones menores de 45° y en posición vestibular.
- c- **Anatomía dental**, en la que se valorará: **Corona**: normal o dismórfica. **Saco Pericoronal**: presencia o no y tamaño. **Raíces**: número, longitud, forma, espacio periodontal, estado apical (abierto/cerrado). Se consideran signos desfavorables para la tracción la presencia de acodaduras y de anquilosis en hueso compacto, en caso contrario el espacio periodontal evidente y el ápice abierto facilita la migración.

La dificultad quirúrgico-ortodóncica en algunos casos, por la situación diente,

alejada de su ubicación normal, o una anatomía dental inadecuada contraindica la tracción. En ocasiones la imposibilidad de hacer progresar el tratamiento puede hacer replantear esta opción.

La **técnica básica** se basa en una incisión, despegamiento, ostectomía, alveolectomía conductora, movilización leve del diente, exposición de la corona, colocación de un elemento de anclaje, eliminación, suspensión o reposición de la encía y sutura. La utilización de algún cemento quirúrgico es opcional dependiendo del caso.

Los **elementos de anclaje** pueden ser **peridentarios**, por medio de cofia-brackets-botones cementados, o incluso con una ligadura pericervical, o **intradentarios** con pines-pernos colocados si es posible a nivel del cíngulo dental o entre cúspides; la ligadura transcoronal no debe usarse por ser lesiva para la corona.

Cuando eliminamos encía con planteamiento de **fenestración extramucosa** se suele cementar un bracket-botón, inmediato o diferido si la humedad o el sangrado impide una correcta adhesión. A nivel vestibular, en el caso de incisivos-caninos estaría indicado realizar un **colgajo de reposición apical**, suspendiendo con unos puntos la encía queratinizada a un nivel más apical, por encima de la unión mucogingival, para que ésta vaya siguiendo al diente durante el movimiento.

Cuando reposicionamos encía a su lugar original, con planteamiento de **fenestración intramucosa**, quedando por tanto la corona oculta bajo la encía, sería más seguro usar un pin. Desde el elemento de anclaje se conecta un **componente elástico** de tracción o distensión hasta los aditamentos fijos de la ortodoncia para activar la movilización dental progresiva de forma periódica.

CASO CLÍNICO:

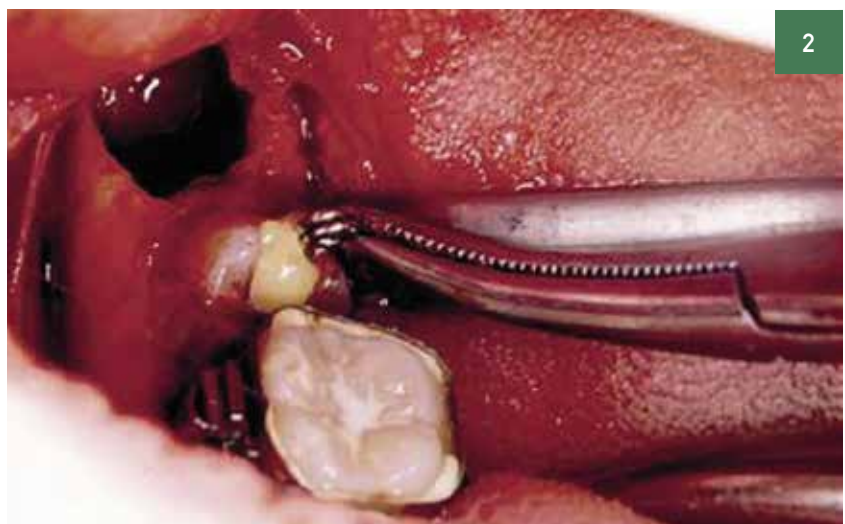
Presentamos el caso de un chico de 11 años que presentaba caninos superiores retenidos y los segundos molares

inferiores impactados en mesioversión entre los 6 y los gérmenes de los 8. El caso se resolvió con ortodoncia fija y con **tratamientos quirúrgico-ortodóncicos** para 47 y 37, utilizando **resortes de apertura** (componente elástico) entre las bandas de los 6 y **pines anulares** colocados entre las cúspides distales de los 7 (elementos de anclaje). Se realizaron las germectomías de los 8 en la misma cirugía para eliminar obstáculos y permitir la migración distal de los 7 en el proceso de tracción posterior. La activación periódica suave de cada del resorte en 47 y 37 (cada 3-4 semanas) permitió la verticalización progresiva de los 7.

Aportamos las imágenes secuenciales del **proceso de desimpactación**.

1: Ortopantomografía inicial. Retención de 13 y 23. Impactación de 47 y 37 y gérmenes de 48 y 38.

2: Germectomía del 8 y colocación de pin anular entre cúspides distales del 7.





Activación periódica de resorte comprimido entre banda del 6 y pin anular distal del 7.



Desimpacción bilateral.



Radiografías secuenciales de la desimpacción progresiva del 7.



Fase final del tratamiento ortodóncico.



Proceso de desimpacción.



Verticalización. Formación de hueso entre 7 y 8.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Gay Escoda C, Berini Aytés L. Tratado de cirugía bucal. Madrid: Ergon, 2015.
- 2.- López Cedrún J.L, Gutierrez Pérez J.L. Atlas de procedimientos y técnicas quirúrgicas en cirugía oral y maxilofacial. Técnicas de exodoncia de dientes incluidos. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2019.
- 3.- López-Arranz JS. Patología y tratamiento quirúrgico de los dientes retenidos. En: López-Arranz JS. Cirugía Oral. Ed. Interamericana-Mc Graw Hill, Madrid 1991.
- 4.- García Calderón M, Torres Lagares D, González Martín M, Gutiérrez Pérez JL. Cirugía de rescate (reubicación quirúrgica) en segundos molares inferiores impactados. Med oral Patol oral Cir bucal [Internet]. 2005 Nov-Dec; 10(5).
- 5.- Mc Aboy CP, Grumet JT, Siegel EB, Iacopino AM. Surgical uprighting and repositioning of severely impacted mandibular second molars. J Am Dent Assoc. [Internet]. 2003;134(11):1459_1462.
- 6.- Shinohara EH, Kaba SC, Pedron IG, Imparato JC. Bilateral lower second molar impaction in teenagers: An emergent problem? Indian J Dent Res [serial online] 2010; 21:309-10.

En Jose Luis Joyero le ayudamos a elegir el mejor diamante.



Jose Luis Joyero es compromiso



GIA
GEMOLOGICAL INSTITUTE OF AMERICA



INTERNATIONAL
GEMOLOGICAL
INSTITUTE

Un Diamante Certificado es un valor seguro



C/ Alarcón Luján, 7 29005 MÁLAGA (Junto a C/ Larios)

☎ 952 22 49 33 📞 625 64 99 69 info@joseluisjoyero.com

www.joseluisjoyero.com Síguenos en



JOSE LUIS JOYERO SOLO SE ENCUENTRA EN EL CENTRO HISTÓRICO DE MÁLAGA

Tratamiento de rehabilitación inmediata en sector anterior estético. Desde la planificación a la colocación.

V. Campos Conejo, C. Parada Cámara, A. Herrera García, A. Armijo Salto, A. Murillo Rodríguez
Máster Periodoncia Quirúrgica y Periimplantología (UCAM)

INTRODUCCIÓN

Los implantes inmediatos con provisión inmediata, son a día de hoy un procedimiento clínico rutinario que nos permite acortar los tiempos quirúrgicos reduciendo la morbilidad, aportándonos estética y por consiguiente una mayor aceptación por parte del paciente. (1)

Este procedimiento requiere una adecuada selección del caso a través del diagnóstico y plan de tratamiento. La cirugía guiada con férulas radiográfico-quirúrgicas nos permite realizar una correcta planificación y minimizar el riesgo de complicaciones intraoperatorias. (2)

El éxito está influenciado por una serie de factores relacionados con la situación clínica del paciente entre los que se encuentran:

La relación entre los tejidos duros y blandos, para lo cual es fundamental diagnosticar el tipo de alveolo postex-tracción.

El alveolo tipo I, en el que no hay pérdida de tejidos duros ni blandos, resulta el más favorable que podemos encontrar. En los alveolos tipo II tenemos pérdida de tejidos duros pero no de tejidos blandos por lo que tendríamos la opción de realizar implante inmediato (adjuntando técnicas alternativas de regeneración) o hacer preservación alveolar y afrontar la colocación de los implantes en un segundo tiempo; no ocurre así en los alveolos tipo III, donde tenemos pérdida de ambos tejidos, lo que contraindica los implantes inmediatos, debiendo realizarse preservación alveolar y diferir la colocación. (3)(4)

En relación al **biotipo gingival**, consideramos imprescindible un adecuado grosor de tejidos blandos que nos aporte estabilidad periimplantaria. Resulta más sencillo en pacientes con biotipo periodontal grueso en los que no parece haber indicación de realizar un injerto de tejido conectivo tras la colocación del implante inmediato; pero si, en pacientes con un biotipo periodontal fino ya que general-

mente se observa una mayor reabsorción ósea seguida de una contracción del tejido blando. Como opciones para compensar esa esperada contracción, consideraremos la realización injerto de tejido conectivo preferiblemente autógeno, siendo el paladar y la tuberosidad las principales zonas donantes (6).

La **posición de la raíz en el hueso alveolar** es otra variable que debemos tener en cuenta, ya que necesitamos hueso apical/palatino para poder dar estabilidad primaria a los implantes, factor fundamental para el éxito del tratamiento.

Y **factores que dependen del profesional** entre los que se incluyen la experiencia del clínico sobre todo en los casos de implantes inmediatos de abordaje tipo flapless (sin colgajos) por riesgo de fenestración o dehiscencia.

Durante el procedimiento se buscará la realización de la extracción dental lo más atraumática posible, la correcta posición y la angulación tridimensional



SITUACIÓN PREVIA AL TRATAMIENTO

de los implantes, debiendo colocarlos al menos 2 milímetros subcrestales para compensar la pérdida ósea creando un espacio de unos 4 mm desde el margen gingival a cabeza de implante, así como la fabricación de una correcta restauración protésica provisional, la cual juega un papel muy importante en el acondicionamiento de los tejidos blandos. (2) (3)(5)(6)(7)

Muchos autores recomiendan que el espacio alveolo-implante se rellene con xenoinjerto sin membrana en los alveolos tipo I, que se mezclará con el coágulo, lo que ayudará a reducir la reabsorción ósea, compensando la posible pérdida de volumen. (5)(7)

CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años que acudió por fracaso de su puente metal porcelana sobre dientes con pilares en 13-11 y 23 fracturados. Nos refiere el deseo de rehabilitar con implantes pero “no

quiere quedarse sin piezas”; además le gustaría mejorar su estética, ya que al retraerse la encía venía observando desde hace tiempo los márgenes oscuros de la restauración previa.

Ante el déficit funcional y estético que esto supone le realizamos un CBCT y se consideró que era un caso favorable para implantes inmediatos con provisionalización, porque presentaba alveolos tipo I y un fenotipo gingival grueso.

Se tomaron medidas analógicas para montaje en articulador y estudio del caso y medidas con escáner intraoral que junto con el CBCT nos permitió realizar una planificación digital, generar un encerado digital y preparar de provisionales de resina de carga inmediata, que además nos sirvieron como guía quirúrgica, para una correcta posición y emergencia de los implantes.

Procedimos a hacer las extracciones de los restos radicales, con odontosección, buscando un proceso comple-

tamente atraumático para los tejidos; se legaron los alveolos y pasamos las fresas para la colocación de los implantes.

Se planificaron implantes GALIMPLANT IPX en posición 13-11-21 y 23 (4x12 en zona de caninos y 3,5 x 12 en zona de centrales) inmediatos, con estabilización en apical y palatino para buscar estabilidad primaria, introducidos un par de mm subcrestales. Se procedió al relleno del GAP con xenoinjerto de partícula mediana.

Se añadió un injerto de tejido conectivo obtenido de la tuberosidad, buscando densidad y volumen de tejido, que fue desepitelizado fuera de boca y estabilizado en zona de 21-22 con puntos simples, compensando el colapso en el contorno en esta zona.

A continuación se colocaron pilares intermedios de 3 mm. de altura (8), sobre los que se pusieron las restauraciones provisionales de carga inmediata atornilladas,

2 CASOS CLÍNICOS

trabajando así los perfiles de emergencia, contornos crítico y subcrítico.

Estos provisionales diseñados previamente fueron fijados con resina a pilares rectos de titanio, y se trabajaron los contornos fuera de boca, para posteriormente conectarlos a los pilares. Esta restauración de carga inmediata se dejó fuera de oclusión.

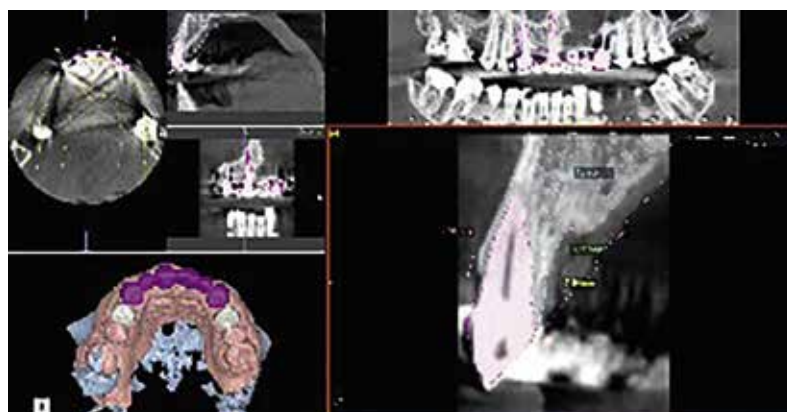
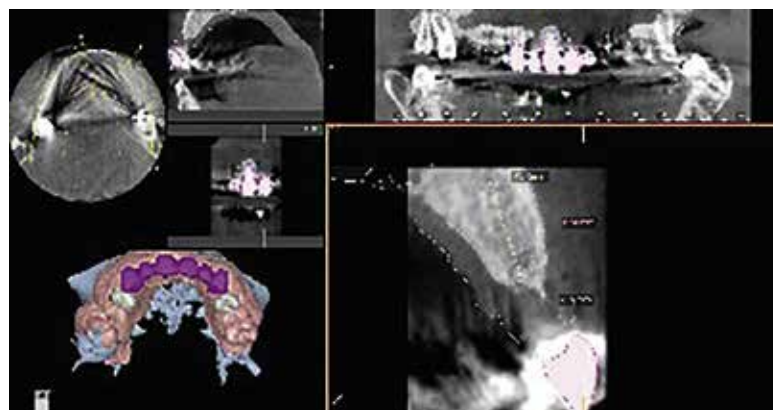
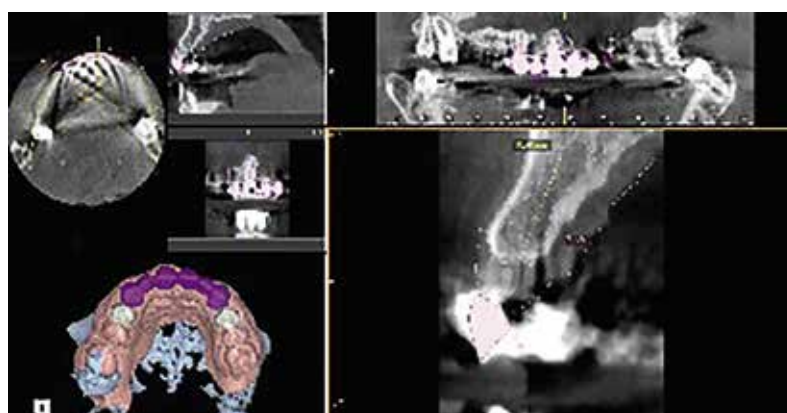
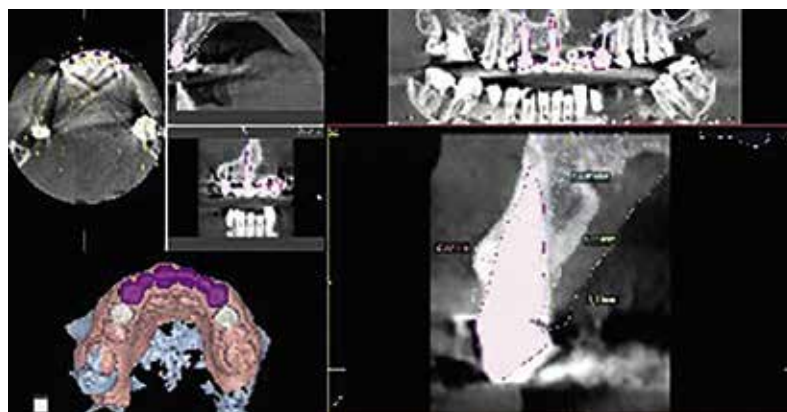
Se procedió a la retirada de sutura 14 días después.

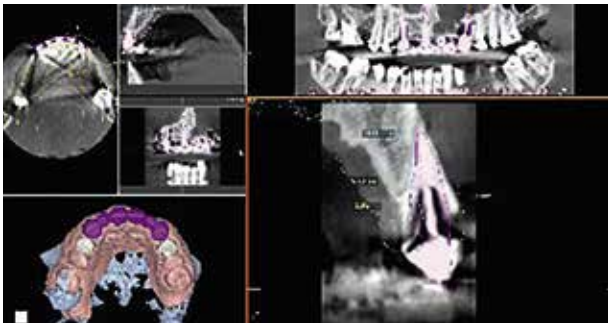
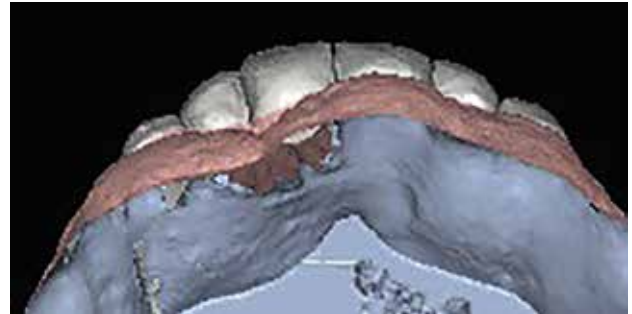
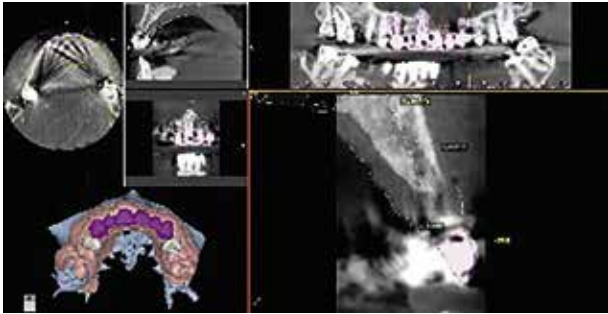
El caso ha sido revisado al mes, dos meses y tres meses, tras los cuales se procedió a la toma de medidas digital con scanbody para la confección de la restauración definitiva.

Se planificaron dos puentes sobre implantes de 3 piezas; el laboratorio de prótesis **DENTAL DESIGN** fue el encargado de la confección de los trabajos provisional y definitivo.

ESTE PACIENTE HA SIDO TRATADO EN EL MÁSTER DE PERIODONCIA QUIRÚRGICA Y PERIIMPLANTOLOGÍA DE LA UCAM, BAJO LA SUPERVISIÓN DE LOS DOCTORES ANTONIO MURILLO, ANTONIO ARMIJO Y ALEJANDRO HERRERA.

PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA:







FASE QUIRÚRGICA



SITUACIÓN POSTOPERATORIA
A 3 MESES



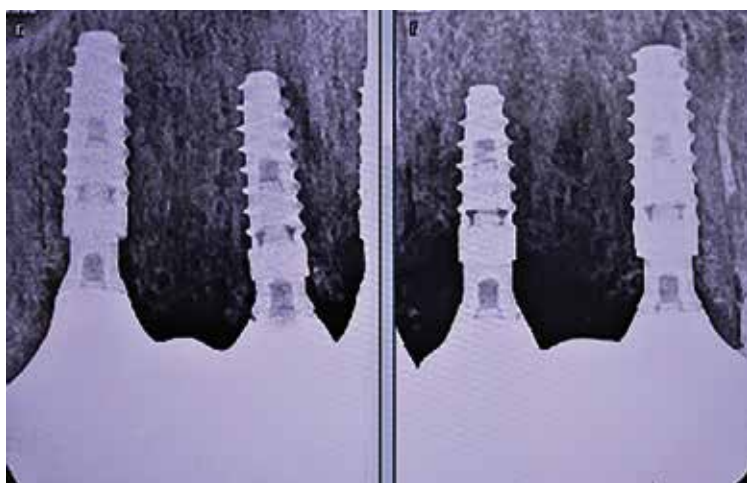
PLANIFICACIÓN DE LA RESTAURACIÓN DEFINITIVA





*RESTAURACIONES DEFINITIVAS
Y SITUACIÓN EN EL DÍA DE LA
COLOCACIÓN*





BIBLIOGRAFÍA

1. Chen J, Cai M, Yang J, Aldhohrah T, Wang Y. Immediate versus early or conventional loading dental implants with fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Prosthet Dent*. 2019 Dec;122(6):516-536. doi: 10.1016/j.prosdent.2019.05.013. Epub 2019 Aug 14. PMID: 31421892.
2. Blanco J, Carral C, Argibay O, Liñares A. Implant placement in fresh extraction sockets. *Periodontol 2000*. 2019 Feb;79(1):151-167. doi: 10.1111/prd.12253. PMID: 30892772.
3. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Dental implants inserted in fresh extraction sockets versus healed sites: a systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2015 Jan;43(1):16-41. doi: 10.1016/j.jdent.2014.11.007. Epub 2014 Nov 26. PMID: 25433139.
4. Mahesh L, Calvo Guirado JL, Shukla S, Kumar VR, Kumar YR. Clinical and radiographic findings without the use of bone substitute materials in extraction sockets and delayed implant placement- A case series. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2020 Apr-Jun;10(2):141-145. doi: 10.1016/j.jobcr.2020.03.011. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32489812; PMCID: PMC7254475.
5. Buser D, Chappuis V, Belser UC, Chen S. Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: when immediate, when early, when late? *Periodontol 2000*. 2017 Feb;73(1):84-102. doi: 10.1111/prd.12170. PMID: 28000278.
6. Kan JYK, Rungcharassaeng K, Deflorian M, Weinstein T, Wang HL, Testori T. Immediate implant placement and provisionalization of maxillary anterior single implants. *Periodontol 2000*. 2018 Jun;77(1):197-212. doi: 10.1111/prd.12212. Epub 2018 Feb 25. PMID: 29478284.
7. Araújo MG, Silva CO, Souza AB, Sukekava F. Socket healing with and without immediate implant placement. *Periodontol 2000*. 2019 Feb;79(1):168-177. doi: 10.1111/prd.12252. PMID: 30892762.
8. Lazzara RJ, Porter SS. Platform switching: a new concept in implant dentistry for controlling postrestorative crestal bone levels. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006; 26 (1): 9-17.

SÍNDROME DE EAGLE.

Diagnóstico a tener en cuenta en el dolor orocervical. A propósito de un caso

Marta Sánchez Sánchez

Adjunto de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

José Ignacio Yáñez Vilas

Adjunto de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Bartolomé Jesús Arias Chamorro

Adjunto de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Saray Durán Míguez

Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Lucas Bermudo Añino

Jefe de Sección de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Eagle es una patología poco frecuente, caracterizada por malestar y dolor con componentes facial, faríngeo y cervical que puede asociar disfagia y odinofagia, debido a la elongación de la apófisis estiloides (más de 2.5 cm de longitud) o calcificación del ligamento estilohioideo. En ocasiones aparecen síntomas neurovasculares con los movimientos del cuello. La historia del paciente y la exploración clínica son cruciales en el diagnóstico de este síndrome. Dado que la clínica es poco concluyente, las pruebas de imagen como la ortopantomografía y el TAC son de gran ayuda para el diagnóstico. El tratamiento más conservador con analgésicos y antiinflamatorios es una opción. Otras alternativas no quirúrgicas podrían ser la infiltración transfaringea de lidocaína-corticoides, así como la fractura manual transfaringea del complejo estilohioideo. Sin embargo, la cirugía resectiva de este segmento anatómico elongado o calcificado es de elección en los casos más graves, por medio de abordajes intraorales o cervicales.

El objetivo de este estudio es presentar un paciente joven con este síndrome.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón, de 28 años que presentaba dolor cervical derecho de varios años de evolución, irradiado a la garganta y lengua, normalmente soportable, siendo intenso en ocasiones, que trataba con analgésicos ocasionales. No tenía antecedentes de mareos, desmayos u otros síntomas neurovasculares.

La ortopantomografía (imagen 1) y el TAC (imágenes 2, 3 y 4) dieron el diagnóstico.

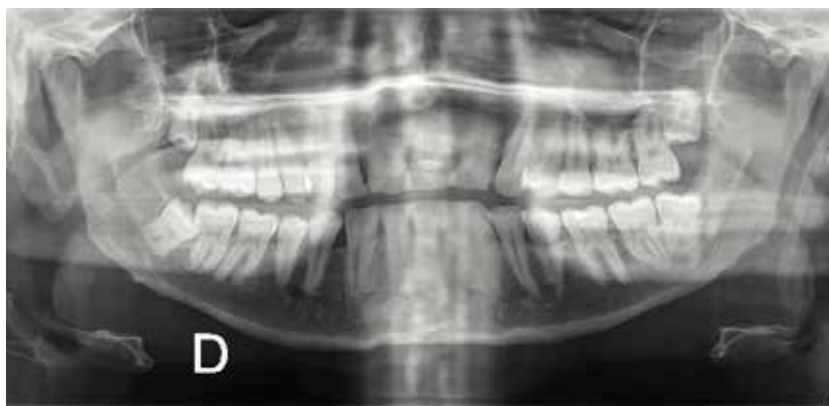


Imagen 1: Ortopantomografía: Se observa la elongación de ambas apófisis estiloides, mayor en la izquierda.



HISPADENT

**30 AÑOS AL SERVICIO DE
LA ODONTOLOGÍA MALAGUEÑA**



Distribuidor y
Servicio Técnico Oficial



CHIRANA
Medical

Distribuidor y
Servicio Técnico Oficial

C/ Periodista Leovigildo Caballero, 2 - Oficina A - 29016 Málaga - Tel: 952 220 862 - hispadent@infomed.es - www.hispadent.es



¿Buscando su hogar?

Tenemos preparada la mejor selección de inmuebles de Málaga para usted y será un placer poder asesorarle. Contacte con nosotros. Le estamos esperando.

Engel & Völkers Málaga
Sebastián Souvirón 8
29005 - Málaga

Tel. +34 951 956 922
malagaeast@engelveolkers.com
www.engelveolkers.com/malagaeast



ENGEL & VÖLKERS

DESCUBRE

La Casa del Dragón

DE GAUDÍ



En 1892, un joven Antonio Gaudí viajó a León para construir su primera casa de vecinos. En menos de un año levantó un edificio único con el que soñarían ciudades de todo el mundo. Una fortaleza que esconde secretos, símbolos y leyendas asombrosas.

Vive la Experiencia Gaudí en León con el Museo Casa Botines.
Bienvenido a la Casa del Dragón.

Reserva tus entradas
casabotines.es



Plaza de San Marcelo 5 - 24002 León (Spain) • ☎ (+34) 987 353 247



CASOS CLÍNICOS



Imagen 2: TAC-3D- Visión derecha.



Imagen 3: TAC-3D- Visión caudal.

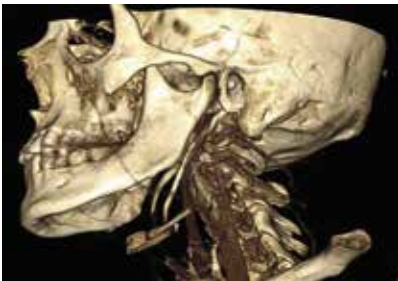


Imagen 4: TAC-3D- Visión izquierda.



Imagen 5: Momento de la cirugía. Visualización de extremo apófisis estiloides derecha.

Llamaba la atención las longitudes de las apófisis estiloides, sobre todo la izquierda, que llegaba prácticamente hasta el hioides, aunque predominaba la clínica dolorosa del lado derecho.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

Tras valorar las posibilidades quirúrgicas y una apertura bucal adecuada se decidió el abordaje transoral.

Bajo anestesia general, a través de incisión tras pilar amigdalino anterior derecho y disección roma, se localizó el extremo de la apófisis estiloides derecha y su ligamento calcificado que se palpaba de manera evidente en esa localización (figura 5). Con control cuidadoso de los tejidos circundantes se realizó la resección de la porción más caudal de la apófisis estiloides y su ligamento calcificado, así como parte de la amígdala faríngea. En el postoperatorio no hubo complicaciones y el paciente fue dado de alta con gran mejoría de sus síntomas iniciales. En las citas de seguimiento el paciente estaba mucho mejor y expresó su agradecimiento.

CONCLUSIONES:

- Aunque el Síndrome de Eagle es poco frecuente, debe ser tenido en cuenta como posible causa de dolor orocervicofacial.
- Las pruebas de imagen son fundamentales para el diagnóstico (ortopantomografía y la tomografía axial computarizada-TAC).
- En principio el tratamiento puede ser médico o con procedimientos no quirúrgicos que puedan aliviar la clínica.
- En pacientes con síntomas severos, que no responden a medicación analgésica-antiinflamatoria o en casos en que predominan los síntomas neurovasculares, el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica de la elongación de apófisis estiloides y de la parte calcificada del ligamento estilohioides.
- En los casos en los que se presentan síntomas neurovasculares (mareos con giro de la cabeza o síncope) se debe realizar previamente un estudio vascular (angioTAC).
- La cirugía puede realizarse según el caso, por vía cervical transcutánea o por vía oral preamigdal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mamound NR, Ashour EM. Cervico-facial pain associated with Eagle's syndrome misdiagnosed as cranio-mandibular disorders. A retrospective study. Journal of Cranio-Maxilo-Facial Surgery 48 (2020): 1009-1017.
2. Lisan Q, Rubin F, Werner A, Guiquerro S, Bonfils P, Lacourreye O. Management of the styloid syndrome: A systematic review following PRISMA guidelines. European Annals of otorhinolaryngology. Head and neck diseases 136 (2019): 281-287.
3. Hardin FM, Xiao R, Burkey BB. Surgical management of patients with Eagle's syndrome. Am J Otolaryngol 39 (2018): 481-484.
4. Raina D, Gothi R, Rajan S. Eagle's syndrome. Indian J Radiol Imaging 19 (2009): 107-8.
5. Politi M, Toro C, Tenani G. A Rare Cause for Cervical Pain: Eagle's Syndrome. Int J Dent 781297 (2009): Epub 2008 Dec 25.
6. Graff-Radford SB. Regional myofascial pain syndrome and headache: principles of diagnosis and management. Curr Pain Headache Rep 5 (2001): 376-81.
7. Ahmat S, Lokman U. Three dimensional CT of Eagle's syndrome. Diagn Interv Radiol 11 (2005): 206-9.
8. Buono U, Mangone GM, Michelotti A, Longo F, Califano L. Surgical approach to the Stylohyoid Process in Eagle's Syndrome. J Oral Maxillofac Surg 63 (2005):714-6.
9. Mareque Bueno J, Hernández Alfaro F, Biosca de Tejada MJ, Coll Anglada M, Arenaz Búa J. Abordaje intraoral en el síndrome de Eagle. Presentación de un caso clínico. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 33.4 Madrid oct/dic 2011.
10. Roca, A., Armengot, M., Giménez, G., Barona, R., Basterra, J.: Tratamiento quirúrgico del síndrome de Eagle por vía orofaríngea. Presentación de un caso. Acta Otorrinolaringol Esp 43 (1992): 210-212.

¿Puede aplicarse la Telemedicina en Odontología?

FRANCISCO SOUVIRON RODRIGUEZ

Asesor Jurídico

Ilustre Colegio de Dentistas de Málaga

La Telemedicina en un significado genérico del término - y así se deriva del actual proyecto de Decreto que modificará el actual Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios – puede definirse como la asistencia de los servicios sanitarios a distancia, a través de las tecnologías de la información y comunicación, con objeto de intercambiar datos, que permitan hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades.

En cuanto al marco legal aplicable, nos encontramos ante una falta de regulación y claridad jurídica. La Telemedicina como servicio de asistencia sanitaria, se encuentra establecida en los artículos 56 y 57 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) y por tratarse de un servicio, queda dentro de su ámbito. También la Directiva 2011/24/UE sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfron-

teriza, en concreto en el artículo 3.d), habla del “Estado miembro del tratamiento”, refiriéndose el mismo al Estado en cuyo territorio se preste efectivamente al paciente la asistencia sanitaria. En caso de la Telemedicina, se entiende como estado miembro donde está establecido el prestador.

En España la única referencia expresa legal a la Telemedicina la encontramos en el artículo 3.5 del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, en los mismos términos que la Directiva y recientemente en el citado proyecto de modificación en Andalucía del Decreto 69/2008, de 26 de febrero, pero referido a una “Unidad Asistencial Médica”, con un espacio físico para el cumplimiento de las obligaciones y requerimientos de la autoridad sanitaria.

Sin embargo, la situación asistencial sanitaria en centros públicos y/o privados ante la pandemia del Covid-19, ha hecho que sin la existencia de esa regulación se haya implanta-

do de hecho las actuaciones de “Telemedicina” en la atención sanitaria e incluso los protocolos del Consejo General establecieron al comienzo de la misma para la atención de urgencias la realización de un triaje previo, como proceso que permitiera una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superaban los recursos y en especial la falta de Equipos de Protección Especial, clasificando a los pacientes a partir del grado de urgencia.

Debemos destacar que la “Telemedicina” se encuentra recogida en el Código Español de Ética y Deontología Dental, cuyo texto original fue aprobado por Acuerdo de la Asamblea General celebrada los días 9 y 10 de julio de 1999 (Acuerdo AA17/1999) y modificado por Acuerdo de la Asamblea General celebrada los días 14 y 15 de junio de 2012 (Acuerdo AA06/2012), que integra los valores morales, normas éticas y principios deontológicos que deben

XMAX 125



TMAX 560



**SERVICIO TÉCNICO
ESPECIALIZADO
PARA TU YAMAHA**

**ESTRENA XMAX 125
CADA 3 AÑOS
DESDE 70€ AL MES***

Entrada 549,45€. 35 cuotas de 70€ y una última cuota de 1.999,40€. TIN 0,00% TAE 3,94%.

SIN INTERESES (TAE: 3,94%)

**ESTRENA TMAX
CADA 3 AÑOS
DESDE 175€ AL MES***

Entrada 134,10€. 35 cuotas de 175€ y una última cuota de 8.249,10€. TIN 0,00% TAE 3,79%.

SIN INTERESES (TAE: 3,79%)



www.navarrohermanos.com

952 33 74 00

MÁLAGA / VÉLEZ-MÁLAGA / SAN PEDRO / ALGECIRAS / JEREZ DE LA FRONTERA

Dentimag
ESPECIALISTAS EN
DIAGNÓSTICO DENTAL DIGITAL 2D Y 3D

**HACIENDO RADIOLOGÍA DENTAL
DESDE EL AÑO 2.000**

- ✓ Radiología Digital 2D de Alta Resolución.
- ✓ Radiología Digital 3D con Escáner C.B.C.T.
- ✓ Estudios Cefalométricos para Ortodoncia.
- ✓ Serie Fotográfica Digital.

Contamos con el buen hacer de profesionales bien formados, con experiencia y además incorporamos la última tecnología para estar a la vanguardia.

Alameda de Colón 16, bajo - local 8 - 29001 Málaga
952 60 35 46 | info@dentimag.es | www.dentimag.es

ASESORÍA JURÍDICA



inspirar, guiar y precisar la conducta profesional del Dentista.

El artículo 47 y sobre la **“Prohibición de las consultas indirectas”** establece lo siguiente:

- 1- *En beneficio de la salud de sus pacientes y en base a su relación con ellos, el dentista nunca deberá admitir consultas exclusivamente por teléfono, carta o cualquier otro medio de comunicación.*
- 2- *Es éticamente aceptable cuando en caso de una segunda opinión y de revisiones médicas, el uso del correo electrónico u otros medios de comunicación no presencial y de la telemedicina, siempre que sea clara la identificación mutua y se asegure la intimidad. Los sistemas de orientación de pacientes, mediante consulta telefónica o telemedicina, son deontológicamente aceptables cuando se usan exclusivamente como una ayuda en la toma de decisiones. Las reglas de confidencialidad, seguridad y secreto se aplicarán a la telemedicina.*

Desde esta perspectiva ante una falta de normativa más amplia y aunque como hemos expuesto no existe una prohibición expresa, existiendo una cierta laguna legal - *que en Andalucía quiere regularse, aunque claramente enfocada a la actividad médica como Unidad Asistencial* - entendemos que sería admisible en Odontología, siempre que se realice en actuaciones de Urgencia y en la situación del apartado 2) del citado artículo 47 del Código Español de Ética y Deontología Dental, cumpliendo una serie de requisitos complementarios como sería la necesaria la información al paciente del procedimiento y el respeto a su autonomía de decisión, poniendo el profesional todos los medios disponibles para cumplir con la normativa en cuanto a la constitución de la historia clínica y protección de datos, siendo plenamente conocedores que la mayor parte - *con las excepciones dadas y a criterio del/la profesional* - de las actuaciones profesionales en Odontología no pueden hacerse de manera telemática sino exclusivamente de forma presencial.



Nuestra experiencia su mejor garantía.

electrodent
LÍNEA DENTAL

vatech **CATTANI** **Dr. Mach** **W&H** **DÜRR DENTAL**

www.electrodent.com 952 237 297

ESPECIALISTAS EN PRÓTESIS COMPLETAS
SOBRE TODO TIPO DE ESTRUCTURAS



MANDALA DENTAL TECHNIK
LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL

C/ MORENO NIETO, 26 (LOCAL 1)
(MIRAFLORES DE LOS ÁNGELES) - 29010 MÁLAGA
mandaladentaltechnik@gmail.com
[mandaladentaltechniker](https://www.facebook.com/mandaladentaltechniker)

951 774 296
647 910 186

NANTIA
SERVICIOS SANITARIOS AVANZADOS

Gestión de Residuos Sanitarios
Recogida de Residuos Biosanitarios
Recogida de Líquidos de Revelado



ESCANÉAME

📍 C/ Sigfrido, 1 – Edf. Alameda, 1º, Of. 7-17
29006 - Málaga

✉ info@nantia.es
☎ 952 36 36 00
🌐 www.nantia.es



Colección Minimal
en oro 18 Ktes



Colección Aires de Málaga
en oro 18 Ktes



NOVIOS
Colección de alianzas, pendientes y pulseras con diamantes en oro 18 Ktes
(Más de 200 modelos de alianzas)



Colección Esmeraldas, zafiros y rubis con diamantes
en oro 18 Ktes



Colección Full Color&Diamond
Piedra de color natural y diamantes



Colección Solitarios con diamantes
Certificados Internacionales
IGI * GIA * HRD



C/ Alarcón Luján, 7 20005 MÁLAGA (Junto a C/ Larios)
☎ 952 22 49 33 ☎ 625 64 99 69 info@joseluisjoyero.com
www.joseluisjoyero.com Síguenos en  

JOSE LUIS JOYERO SOLO SE ENCUENTRA EN EL CENTRO HISTÓRICO DE MÁLAGA