

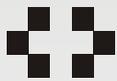
# Jornadas Canarias de Salud Bucodental - 2003

## BOLETÍN INFORMATIVO

28 y 29 de noviembre de 2003. Santa Cruz de Tenerife



Gobierno de Canarias  
Consejería de Sanidad



Servicio  
Canario de la Salud  
Dirección General de Salud Pública



## ATENCIÓN ORAL EN PACIENTES ESPECIALES

### PRESENTACIÓN

Los días 28 y 29 de noviembre de 2003, se celebraron las VI Jornadas Canarias de Salud Bucodental, en el salón de Salones de actos de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia y de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna.

Las jornadas se concibieron como un lugar de encuentro de profesionales de la salud bucodental y de otros sectores sanitarios, a fin de estudiar las posibles repercusiones físicas y psíquicas que

conlleva el desempeño de la odontoestomatología, revisar las medidas preventivas relacionadas con la posturología, actualizar el diagnóstico precoz, clasificación y tratamiento de los pacientes con Apnea del Sueño y proporcionar pautas profesionales para la detección precoz de los problemas de la Articulación Témporo Mandibular.

Este boletín tiene por objeto dejar memoria de los temas tratados, que se recogen, sucintamente, a continuación.

## VI JORNADAS CANARIAS de SALUD BUCODENTAL

SALÓN DE ACTOS DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA Y DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.

Campus de Ofra S/N.

28 y 29 de noviembre de 2003

PATOLOGÍA LABORAL  
RELACIONADA CON EL  
EJERCICIO DE LA  
ODONTOESTOMATOLOGÍA.

APNEA DEL SUEÑO.

DISFUNCIÓN DE LA  
ARTICULACIÓN TÉMPORO  
MANDIBULAR.



### CONTENIDO DEL BOLETÍN:

Presentación	1
Desarrollo de las Jornadas	2
Participantes	2
Ponencias	2
Encuesta de evaluación y opinión	4
Organización de las Jornadas	4

### INSCRIPCIÓN

**GRATUITA**  
PARA PROFESIONALES  
Y ESTUDIANTES.

Il. Coleg. Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Santa Cruz de Tenerife.  
Teléfono: (922) 53 40 30  
Fax: (922) 53 40 31  
e-mail: coetf@infomed.es

### ORGANIZA Y PATROCINA:



### COLABORA:



## DESARROLLO DE LAS JORNADAS

### Viernes, 28 de noviembre

10.00-11.30h.	"Prevención de la patología laboral en el ejercicio de la odontoestomatología para profesionales y personal auxiliar". Dr. Pedro Jesús Carrillo Carmena.
12.00-13.30.	"Prevención de las alteraciones músculo-esqueléticas en el ejercicio profesional de la odontoestomatología". Dra. Pilar Martín Santiago.
16.30-18.00.	"Apnea del Sueño" Dr. Ciro Casanova Macario y Dra. María Hernández Hernández.
18.30-20.00 h.	"Tratamiento odontoestomatológico de la Apnea del Sueño". Dr. Antonio Manuel Blanco Hungría

### Sábado, 29 de noviembre.

09.00-10.30 h.	"Articulación Témporo Mandibular: aspectos prácticos en la detección disfuncional precoz, prevención y terapéutica". Dr. Mario Valenciano Suárez.
11.00-11.30 h.	Comunicación oral: "Estudio del estado de salud oral, tabaquismo y sexualidad de los menores internados en centros de cumplimiento de medidas judiciales". Dr. Honorio Fernández López.
11.30-14.00 h.	Mesa Redonda: "Protocolos de Actuación". Moderador: Dr. Fernando Melián Afonso.
14.00 h.	Clausura.

## PARTICIPANTES:

#### *Dr. D. Antonio Manuel Blanco Hungría:*

Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad de Córdoba, 1.981). Médico especialista en Estomatología (Universidad de Sevilla, 1.983). Postgrado de Prótesis (L.D. Pankey Institute, Florida, USA).

#### *Dr. D. Ciro Casanova Macario:*

Licenciado en Medicina (Universidad de La Laguna, 1985). Especialista en Neumología (Hospital Ramón y Cajal, Madrid, 1987-90). Médico Adjunto del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria desde 1991. Profesor Asociado de Neumología, Universidad de La Laguna, desde 1992. Estancias en Hospital St. Elizabeth's de Boston (1996 y 2002) y Hospital Toronto General y St. Michael de Canadá (1999).

#### *Dr. D. Pedro Jesús Carrillo Carmena:*

Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad Complutense de Madrid, 1978). Especialista en Estomatología (UCM, 1981). Profesor asociado del Departamento de Estomatología IV (UCM, 1990-2003). Profesor Colaborador del Departamento de Estomatología II en la materia de Ergonomía (UCM, 1997-2001). Miembro fundador de la Sociedad Española de Ergonomía e Ingeniería Dental.

#### *Dra. Dña. María Concepción Hernández García:*

Licenciada en Medicina y Cirugía (Universidad de La Laguna, 1989). Especialista en Neumología, 1995. Médico Adjunto especialista en Neumología en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Canarias desde 1995.

#### *Dra. Dña. Pilar Martín Santiago:*

Licenciada en Medicina y Cirugía (Universidad de La Laguna, 1985). Licenciada en Odontología (UOD, 1988). Postgrado en Ortodoncia (Centro Europeo de Ortodoncia, 1990-1993). Máster en Estética Dental (Universidad de Baylor, 1995), Máster en Salud Pública Oral (Universidad del País Vasco, 1999). Postgrado en Kinesiología Médica y Odontológica (Universidad de Palermo, 2002-2003). Postgrado en Implantología Oral: Straumann (Suiza, 2002).

#### *Dr. D. Mario Valenciano Suárez:*

Licenciado en Medicina y Cirugía (1980). Especialista en Estomatología (Universidad de Oviedo, 1983). Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz (1999). Premio de la Sociedad Española de D.C.M.: Córdoba, 1997 y Palma de Mallorca, 1999.

## PONENCIAS

### PATOLOGÍA LABORAL RELACIONADA CON LA ODONTOESTOMATOLOGÍA.

#### **Dr. Pedro Jesús Carrillo Carmena.**

Uno de los objetivos de la ergonomía es la de trabajar seguro, evitando accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La etiología de la pérdida de salud en los profesionales de la odontoestomatología la podemos clasificar en:

**Alteraciones Psíquicas,** cuya muestra más representativa

es el estrés.

**Alteraciones Somáticas,** que se pueden dividir en:

- Traumatismos.
- Contaminación.
  - Biológicas: Enfermedades infecto-contagiosas.
  - Física: Ondas sonoras, ondas lumínicas, RUV, Rx etc...
  - Químicas: Generalmente por vapores como los del Hg o

N2O3.

**Alteraciones del Aparato circulatorio.**

**Alteraciones músculo-esqueléticas.**

#### **ESTRÉS**

Es una respuesta inespecífica del cuerpo, ante una situación determinada, para hacer frente a dicha situación.

Existen dos formas de enfrentarnos al estrés:

#### **El enfrentamiento directo:**

Son las acciones que se realizan para cambiar una situación embarazosa, bien quitando él o los obstáculos, o dándose por vencido.

**El enfrentamiento defensivo:** Son las diferentes maneras de autoconvencernos

de que la realidad no es una amenaza es el "auto engaño".

El organismo reacciona fisiológicamente siempre de la misma manera ante un estrés diferenciándose tres etapas:

1. Etapa de reacción de alarma: Prepara al cuerpo para la lucha; apareciendo taquicardia, taquipnea, hiperglucemia, excitabilidad, etc.. Esto es debido al aumento de Catecolaminas y Cortisol.

2. Etapa de resistencia: aparecen síntomas de tensión según luchamos, si se vence o se huye de la adversidad el organismo deja de percibir la causa como estresante y se vuelve a la normalidad, pero si no, entramos en la siguiente etapa.

3. Etapa de agotamiento: Se emplean cada vez más los mecanismos de defensa que ya se han mostrado ineficaces para controlar el estrés y aparecen alteraciones tanto somáticas (úlceras gástricas, alteraciones de la piel, infarto de miocardio etc..), como mentales (alteración de las emociones, disminución de la concentración, etc...) que muchas veces terminan por escapes de la situación mediante el alcohol, antidepresivos o drogas.

La respuesta fisiológica del estrés puede tener a largo plazo efectos nocivos, que serán de poca importancia mientras que las respuestas sean breves y episódicas, pero serán más graves si son continuas.

Factores del estrés:

Factores ambientales

- Relacionados con el trabajo: Espacio restringido, ansiedad del paciente, conflictos y tensiones, afán de perfección, presiones económico administrativas, riesgos a los que se expone, etc....

- Externos: Problemas familiares, de transporte y económicos.

Factores de personalidad. Forma de percibir y reaccionar una persona frente al estrés es diferente y ello depende de una serie de factores fisiológicos como: la obesidad, el tabaquismo, la falta de ejercicio, o de otros como el papel social de la mujer que trabaja que con frecuencia tiene que hacer frente a diferentes roles; el del trabajo, ser ama de casa, ser esposa y ser

madre.

**Prevención del estrés:**

- Conocer que es lo que nos produce el estrés e intentar suprimirlo, si es posible (paciente conflictivo, organización del trabajo, urgencias, teléfono, etc..).

- Modificar los pensamientos y creencias que nos originan la tensión (perfeccionismo, ser queridos por todo el mundo etc..).

- Dialogar con los pacientes (Como va a ser el tratamiento, en que va a consistir, etc..).

- Delegar algunas funciones.

- Asistir a reuniones y conferencias donde poder cambiar impresiones sobre diversos temas.

- Distracción durante el ocio: hobbies, viajes, etc...

- Ejercicio físico, masajes, sistemas de relajación.

Ayuda de algún profesional, psicólogo o psiquiatra.

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

Los profesionales de la salud entre los que se encuentran los odontólogos, trabajan muy cerca del paciente por lo que es fácil enfermar por contagio directo, además de pertenecer al "grupo de alto riesgo", ya que enfermedades como SIDA, Hepatitis B y C, que se transmiten por vía sérica, muchas veces ni el mismo paciente sabe que es portador.

**Prevención.**

1. Barreras protectoras: Guantes, mascarilla, protector ocular, bata o pijama.

2. Utilizar material de un solo uso: aspiradores, vaso, servilleta, manteles, cánula de jeringa de aire, agujas, carpules, dique de goma, etc...

3. Esterilización del material.

4. Desinfección de superficies.

5. Desinfección de impresiones y de prótesis.

Vacunación obligatoria de VHB y tétanos, y deseable de gripe al comenzar cada otoño.

## ALTERACIONES AUDITIVAS

Las alteraciones auditivas vienen determinadas por los siguientes factores:

- Intensidad o volumen (dB). Los 85 dB marcan el umbral a partir del cual pueden aparecer

alteraciones de hipoacusia si se mantienen durante tiempo. En nuestras clínicas, salvo las antiguas turbinas de rodamiento de bolas, que alcanzan a 30cm de distancia los 85 dB y algunos aparatos de ultrasonidos para la limpieza de cálculos, los demás están por debajo de los 80dB.

- Frecuencia (Hz). El hombre percibe tonos comprendidos entre 20 a 20.000 Hz, estando una conversación comprendida entre 500 y 3.000 Hz. Para el ser humano son más dañinos los tonos agudos.

- La distancia. La intensidad es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia

- Tiempo de exposición. El sonido en el oído tiene un carácter acumulativo. Según las normativas en la U.E., ruidos inferiores a 80 dB / 8h / día están exentos de riesgo de producir pérdida auditiva.

- Factores personales como:

- Historial de enfermedades auditivas. Este oído esta más expuesto a alteraciones por el sonido

- Edad. las personas con más edad soportan peor los ruidos, además de que con la edad se produce una hipoacusia fisiológica que impide en muchos casos discernir cuando es de tipo fisiológico y cuando es producida por el ruido soportado

- Haber tomado medicamentos ototóxicos

## Alteraciones producidas por el ruido:

- Hipoacusia permanente: enfermedad por alteración de la cóclea, irreversible, de evolución lenta y progresiva (lo que la hace pasar desapercibida durante años), aparece con el tiempo trinus, sensación de plenitud de los oídos y percepción lejana de la palabra. Con disminución del umbral de audición dolorosa.

- Alteraciones extraauditivas. Son muchas, siendo las principales el estrés, dilatación pupilar, astenia, alteraciones digestivas, taquipnea, taquicardia, HTA, impotencia sexual, anosgasmia etc..

**Prevención**

a) Sobre fuentes productoras de ruido:

- Insonorizar compresor y bomba de aspiración.

- Mantenimiento óptimo de turbinas.

- Evitar choques directo sobre superficies duras (metal).

- Diseño correcto de la clínica.

b) A nivel personal:

- Mecanismos de protección auricular.

- Distribución de los tratamientos en la consulta.

- Controles audiométricos periódicos.

c) Elección actividades de descanso:

- Intercalar periodos de descanso "sin ruidos" tras la jornada laboral.

- Evitar actividades de alto nivel de ruido.

## ALTERACIONES OCULARES

a) **Impactos sobre el ojo:** Las partículas lanzadas pueden causar heridas en conjuntiva, córnea e incluso en cristalino, además de que estas partículas suelen estar contaminadas.

b) **Sustancias irritantes,** como pastas abrasivas que contienen alcoholes, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> o CIONa, ácidos como H<sub>3</sub> PO<sub>4</sub>, HF, cítrico, anestésicos etc. originando irritación o quemaduras en conjuntiva y/o córnea.

c) **Infecciones** por partículas sólidas, por saliva o por agua de turbina que arrastra gérmenes, o por contacto con los dedos.

d) **Fatiga visual.** Por cambios constantes del campo, por iluminación deficiente (relación luz de campo. luz ambiente menor a 1:10), pantalla de ordenador, que nos producirá, cansancio visual, ojos irritados, cefaleas, vértigos; además de acelerar el deterioro normal de la vista, poniendo de manifiesto alguna alteración no detectada anteriormente.

e) **Luz ultravioleta.** Se emplea muy poco en la clínica odontológica (cámara de polimerización de resinas compuestas y en vitrinas de mantenimiento de instrumentos). pueden producir lesiones en córnea (fotoqueratitis, pterigion), que disminuyen la visión. En cristalino pueden producir cataratas y en retina lesiones térmicas. Todo ello depende del tiempo de exposición a la fuente.

**Prevención:**

- Protectores oculares.

- Solución isotónica estéril preparada para lavado en caso de accidente.
- Luz de campo operatorio a 8.000 lux a 80cm del foco y 5.000°K.
- Relación luz de campo - luz ambiente entre 1:3 a 1:6.
- Tomarse descansos entre paciente y paciente si se ha forzado la vista.
- Utilizar técnica de cuatro manos (para evitar cambios constantes de campo).
- Colocar filtros en lámparas de polimerización.
- Revisiones periódicas al oftalmólogo.

### INTOXICACIÓN CRÓNICA POR MERCURIO.

- En odontología, el Hg puede penetrar por inhalación y mas raramente por contacto con piel. La clínica de la intoxicación crónica tiene la tríada:
- Estomatitis y dispepsia gástrica crónica.
  - Eretismo nervioso y encefalopatías mercuriales.
  - Parálisis neurítica que puede recordar a una esclerosis en placas.
  - Además pueden aparecer otros síntomas como: Hipersalivación, sabor metálico, temblor de

lengua, irritación, neumonitis, disnea, tos etc..

### Prevención (según ADA)

- Guardar el Hg en recipientes herméticos e irrompibles.
- Utilizar guantes durante su manejo.
- Realizar la manipulación sobre superficies lisas e impermeables.
- Limpiar inmediatamente el Hg que se derrame.
- Utilizar para la amalgamación cápsulas bien cerradas.
- Los residuos debe de recogerse y guardarse en un recipiente bajo agua.
- Ventilar con frecuencia la sala.

- No poner moqueta en el suelo.
- Evitar calentamiento de la amalgama de plata (A.P).
- Eliminar soluciones que contengan Hg.
- Tallar o levantar obturaciones de A.P. con agua y aspiración.
- No utilizar técnicas de condensado que no sean las manuales (Ultrasonidos etc..).
- Realizar temporalmente análisis de sangre u orina para determinar el Hg existente, y a los primeros síntomas de elevación por encima de lo normal retirar al trabajador de la exposición al metal durante 2 a 3 meses.

## "PREVENCIÓN DE LAS ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ODONTOESTOMATOLOGÍA".

*Dra. María del Pilar Martín Santiago*

El ejercicio de la Odontostomatología comporta una frecuencia muy importante de lesiones musculoesqueléticas, que se relacionan directamente con las condiciones en las cuales desarrollamos nuestro trabajo. La posturología en nuestro ejercicio profesional es una disciplina que aporta datos relevantes en el estudio de dichas alteraciones, hecho este que marca de una manera evidente la necesidad de estudios ergonómicos serios en las relaciones con los diferentes elementos auxiliares que utilizamos en nuestra Profesión.

La introducción del sillón confort por J. Anderson y de la unidad aspiradora por Thompson, así como la incorporación de la técnica a cuatro manos, recomendada por la OMS, ha supuesto un cambio radical en el modo de desarrollar el ejercicio profesional de la Odontostomatología y también, una modificación substancial en la relación de los distintos elementos que utilizamos para nuestro trabajo diario. A pesar de esto, Basset concluye en 1989 que la incidencia de los trastornos de espalda no había disminuido en los últimos 15 años.

Según la agencia de estadística de trabajo de USA, en los dentistas los trastornos musculoesqueléticos suponen la enfermedad ocupacional de crecimiento más rápido en los últimos años, pasando del 18% en 1981 al 61% en 1991 y la pérdida económica anual debida a estos trastornos en 1990 fue de 41.000.000 \$.

En diversos Estudios realizados en Europa, América, Australia...etc, se observa la enorme prevalencia de estas lesiones en los

dentistas y personal auxiliar, siendo su porcentaje superior a las cifras que se observan en otras profesiones y trabajos (60% vs 40%).

La sistematización de nuestro trabajo, el reducido espacio en el que desarrollamos nuestra actividad con un campo de movimiento corto y con posturas inadecuadas, la falta de descanso de una actividad a otra, el mantenimiento de contracturas en el tiempo, el estrés y el trabajo solitario son los condicionantes que nos llevan a ocupar este primer puesto en los trabajos que facilitan Lesiones musculoesqueléticas.

A esto hay que añadir, el campo de iluminación forzado, niveles de ruido superiores a lo normal, e incluso temperatura elevada por los focos de luz concentrados, vibraciones de los aparatos que usamos, problemas de ventilación...etc, La postura de sentado confiere una disposición especial a nuestra columna vertebral, que se adapta a las situaciones a las que se ve forzada, creando curvas de compensación; cuando el umbral de tolerancia se ve sobrepasado, los sistemas de reequilibrio fracasan y aparece el dolor, que mantenido en el tiempo, agravará la presencia de lesiones simples de contractura muscular en lesiones claras articulares, que dificultaran el desarrollo de nuestro ejercicio profesional.

Estos trastornos son más prevalentes en la mujer. Las mujeres tienen menor índice de hemoglobina y de glóbulos rojos, lo que dificulta la adecuada oxigenación muscular.

Además, los estrógenos son moduladores de los osteoclastos y del estroma óseo. Como la mujer presenta menor masa ósea la menopausia la expone a una rápida desmineralización del esqueleto. Algunos autores sugieren que los estrógenos podrían ser una de las causas de desórdenes musculoesqueléticos como el síndrome del túnel del carpo.

El embarazo, supone cambios en el centro de gravedad y reblandecimiento de estructuras como los disco intervertebrales. Los efectos acumulativos del estrés en el trabajo de las mujeres se acompañan de alteraciones en el ciclo menstrual, disfunciones ovulatorias, aumentos de partos pretérminos y abortos, trastornos del sueño y ansiedad. También, la frecuencia de fibromialgia es mucho mayor en las mujeres.

Por otro lado, la importancia de la Oclusión en la postura corporal y viceversa marcada porque el plano oclusal y la posición mandibular, junto al plano pupilar y el eje escapulohumeral condicionan la posición de nuestro cuerpo en el espacio, hace vital el estudio de la bipedestación en relación con las alteraciones de la oclusión. Los estudios actuales de la escuela de posturología francesa, italiana y americana enfatizan la aportación de la odontostomatología al estudio de la posturología humana.

Todo ello resalta el especial interés del estudio de la oclusión dentaria de los profesionales de la odontostomatología y su implicación en las alteraciones de la postura. En palabras de Michel Clauzade: "Muéstrame tus dientes y te diré como caminas".

## "SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO".

*Dr. Ciro Casanova Macario y Dra. María Hernández Hernández.*

### DIAGNOSTICO.

El Síndrome de Apneas-Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) es la

enfermedad más frecuente descubierta en las últimas décadas. Su desarrollo ha posibilitado una notable

expansión de la neumología, y ha obligado a que los neumólogos valoremos la importancia del sueño en las enfermedades

respiratorias.

Recientes publicaciones han suscitado importantes controversias sobre el verdadero

impacto del SAHOS como problema de salud pública. Esto ha promovido el inicio de amplios estudios prospectivos, a largo plazo, en los que se intenta conocer si existen grupos de riesgo dentro del SAHOS y cuál es la dimensión exacta de esta entidad.

El diagnóstico de certeza de esta enfermedad viene determinado por la polisomnografía. Esta consiste en el registro simultáneo de diferentes parámetros fisiológicos, que permiten evaluar la repercusión de la disminución del flujo aéreo (apneas - hipopneas) por oclusión parcial o total de la vía aérea superior sobre la función cardiorespiratoria y la arquitectura del sueño.

No obstante, la complejidad y costo de esta prueba, junto con la elevada prevalencia del SAHOS, nos obliga a buscar otras alternativas, basadas en una buena aproximación clínica que nos indique cuál es el mejor test, de mayor o menor sencillez (polisomnografía o poligrafía respiratoria) que determine la condición del paciente. Sobre estas opciones más simples para el diagnóstico del SAHOS, más simples (y con mayor portabilidad lo que podría permitir estudios domiciliarios), la ASDA (American Sleep Disorders Association) estableció cuatro niveles según la mayor o menor complejidad de la monitorización. El nivel 1 se corresponde con la polisomnografía standard; el nivel 2, con la polisomnografía no vigilada; el nivel 3, con la monitorización de la respiración pero no de variables del sueño; y el nivel 4, con el registro de una o dos variables incluyendo la oximetría.

Además de estos sistemas portátiles, otras alternativas intentan paliar la desproporción entre la escasa oferta de laboratorios de sueño y la creciente demanda de la polisomnografía:

- Estudios de siesta diurna de 3-4 horas: puede perder sensibilidad porque no evalúa correctamente la arquitectura del sueño. Debe realizarse en pacientes con alta probabilidad de tener SAHOS.

- Estudios polisomnográficos

“partidos” (“split night”): se propone la realización de estudios que utilizan la primera mitad de la noche (3 horas) para establecer el diagnóstico y las tres horas siguientes para ajustar el tratamiento. La ASDA admite la validez diagnóstica para el SAHOS, en aquellos pacientes que tienen un índice de apneas-hipopneas/hora superior a 40 en las primeras dos horas del estudio.

Las técnicas de imagen de la vía aérea superior han mejorado, de forma significativa, nuestros conocimientos sobre la patogénesis del SAHOS y la eficacia de las diferentes opciones terapéuticas. En la actualidad, la nasofaringoscopia y la cefalometría son las técnicas de imagen más frecuentemente empleadas en la valoración clínica de los pacientes con SAHOS que van a recibir tratamiento quirúrgico. No obstante, la resonancia magnética puede ser la modalidad de elección para cuantificar en tres dimensiones las estructuras de la vía aérea superior sin exposición a radiaciones.

### TRATAMIENTO.

El abordaje terapéutico de un paciente diagnosticado de SAHOS se hará de forma personalizada, debiendo tener en cuenta el número de eventos respiratorios, enfermedades asociadas y, sobre todo, el grado de repercusión clínica (fundamentalmente la hipersomnia diurna). Los objetivos principales del tratamiento son restablecer una buena ventilación nocturna y normalizar la arquitectura del sueño.

El tratamiento puede dividirse en los siguientes apartados que podrán ser, o no, excluyentes:

#### 1. Medidas Generales:

- Supresión del alcohol y de medicamentos depresores del sistema nervioso central (benzodiazepinas, narcóticos y barbitúricos) que puedan provocar relajación de la musculatura faríngea.

- La pérdida de peso está siempre indicada, ya que va a conseguir, un importante descenso del número de eventos respiratorios, así como una mejoría clínica. No

obstante, con gran frecuencia no se realiza y cuando se consigue, no se mantiene a largo plazo.

- Suprimir el hábito tabáquico: aumenta la inflamación de la vía aérea superior.

- Evitar dormir en decúbito supino ya que se producen más eventos apnéicos que en decúbito lateral. Su eficacia a largo plazo no está probada.

- Mantener una adecuada higiene del sueño: la privacidad del sueño reduce el tono muscular e incrementa la colapsabilidad de la vía aérea.

**2. Tratamiento Farmacológico:** hasta la fecha ningún fármaco ha demostrado ser claramente eficaz.

#### 3. Dispositivos Mecánicos:

CPAP: es el método más efectivo para el tratamiento del SAHOS y debe ser considerado el tratamiento de elección en el manejo inicial del mismo. Actúa a modo de válvula neumática impidiendo el colapso de la vía aérea superior. Los pacientes tratados con CPAP han demostrado una mejoría en la hipersomnia diurna, función neuropsiquiátrica y cardiovascular y en la supervivencia. Sus efectos secundarios son leves y escasos, afectando generalmente, a la mucosa naso-oral. Su mayor problema estriba en el cumplimiento a largo plazo. La CPAP no es un tratamiento curativo, lo cual implica que su aplicación debe ser continuada. Se ha definido como grado aceptable de cumplimiento, cuando el sujeto realiza más de 4 horas/noche de tratamiento y en más del 70% de las noches estudiadas. Según esto, se estima que el grado de cumplimiento oscila entre el 80-85% al primer año y un 60-70% a los 5 años. La mejoría clínica es el parámetro que ofrece una correlación directa más estrecha con el grado de cumplimiento.

Según recomendaciones recientes de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) debe emplearse la CPAP en todos los pacientes con SAHOS que presenten alguna de estas dos situaciones: síntomas clínicos (hipersomnia diurna no explicada

por otra patología) y/o comorbilidad (patología cardiovascular y/o cerebrovascular relevante o enfermedades que cursen con insuficiencia respiratoria). No debemos dudar si el índice de apneas-hipopneas es 30/hora. Si no existieran datos clínicos o comorbilidad asociada, el uso de CPAP sólo parece discutirse si el índice de apneas-hipopneas es 30/hora (medidas generales si es < 30/hora). Una vez indicado el tratamiento con CPAP, el paciente deberá ser controlado en un plazo no superior a los 30 días, para valorar su adaptación al CPAP y su cumplimiento.

- CPAP “inteligente” (Auto-CPAP): consiste en un aparato de CPAP que puede variar las presiones necesarias para vencer la colapsabilidad de la vía aérea superior según se afecte la misma por una serie de factores como: estadios de sueño, posición corporal, ingesta de alcohol, obstrucción nasal,... Además, podría ser de gran ayuda para ahorrar estudios polisomnográficos de titulación de la presión de CPAP. No obstante, su utilidad clínica aún no está claramente demostrada.

- Dispositivos Intra-orales (descripción realizada por el ponente Dr. Antonio Blanco).

**4. Tratamiento Quirúrgico:** en el momento actual, su uso se reserva para aquel pequeño porcentaje de pacientes que presentan obstrucción anatómica de la vía aérea superior y cuando existe un fracaso con las opciones terapéuticas menos invasivas previamente comentadas. El objetivo de la cirugía es intentar aumentar la vía aérea superior y corregir su desproporcionada anatomía. A pesar de las mejoras en las técnicas de imagen sigue siendo difícil precisar el sitio exacto de la obstrucción de la vía aérea superior en los pacientes con SAHOS. Además, un mismo paciente puede obstruir en más de una zona. Dependiendo de la zona afectada se emplearán las opciones quirúrgicas siguientes:

- retropalatal: uvulopalato-faringoplastia (procedimiento quirúrgico más utilizado; su papel en el SAHOS severo no está claro), la uvuloplastia mediante

Laser y la somnoplastia (radiofrecuencia). Amigdalectomía: muy eficaz en el SAHOS infantil.

- retroglosa: linguoplastia, glosectomía de la línea media mediante Laser (sus resultados a largo plazo son poco conocidos) y cirugía de los tejidos duros (osteotomía mandibular, miotomía hiodea y avance maxilo-mandibular). Esta última opción es que la que mejores resultados ha mostrado a largo

plazo, pero es una técnica compleja, limitada a pocos centros.

### PROTOCOLO SIMPLIFICADO DE ACTUACIÓN PARA "ODONTÓLOGOS" EN EL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO (SAHOS):

- **Roncador:**

- Sospecha de SAHOS (obeso, cuello ancho, apneas observadas, hipersomnia diurna con buena higiene de sueño,...): remitir (con preferencia si existe comorbilidad cardiovascular y/o accidentes de tráfico por hipersomnia diurna) para estudio al neumólogo de zona.  
- No sospecha de SAHOS ("roncador simple"): si pensamos en tratamiento con una prótesis oral, primero

debemos remitir al neumólogo de zona, para realizar una poligrafía respiratoria o una pulsioximetría pre y post-tratamiento. Si existe un gran tiempo de espera para el estudio, al menos debe contemplarse un control respiratorio del sueño (como los indicados previamente) post-tratamiento.

## "TRATAMIENTO ODONTOESTOMATOLÓGICO DE LA APNEA DEL SUEÑO"

*Dr. Antonio M. Blanco Hungría*

Desde comienzos de la década de los 90, se presenta en los diferentes foros médicos y en las publicaciones científicas, una novedosa opción de tratamiento para el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS), dicha opción consistía en la prescripción y uso de Férulas de Avance Mandibular (FAM), cuyo mecanismo de acción es el adelantamiento de la mandibular, con el consiguiente arrastre de los músculos orofaciales que se insertan en la misma, como es el caso de la lengua, dicho avance acarreará un aumento de la luz aérea en la orofaringe, lo cual facilita una mejora en la permeabilidad de la misma, con un aumento de flujo aéreo, que disminuyen los síntomas de este síndrome.

Un aspecto a tener en cuenta, es la comparación de dicha opción de tratamiento, con la

considerada como patrón oro de tratamiento que es la presión positiva de aire (CPAC), para ello es necesario una correcta selección del candidato a tratamiento mediante FAM. A lo largo de la ponencia se pretende llegar a una correcta selección, utilizando para ello todos los medios diagnósticos que la tecnología actual nos permite (Rx, RMN, Videoendoscopia, etc).

Se mostrará como se fabrica las FAM, paso a paso, y su comparación con otras modalidades de dispositivos intraoral. Se hará hincapié en los aspectos adversos de esta opción de tratamiento sobre el sistema Estomatognático.

Para finalizar se hará hincapié en los aspectos Socioeconómicos, de esta modalidad de tratamiento y su gran ventaja tanto a nivel de tolerancia por

parte de los pacientes, como la reducción de costes con respecto al tratamiento con CPAC, lo que conlleva un ahorro para el sistema sanitario.

### PROTOCOLO CLÍNICO DE LA TERAPIA CON FAM:

- 1.- Estudio y diagnóstico del SAOS por las unidades de Sueño, de los Servicios de Neumología.
- 2.- Selección del candidato al tratamiento con FAM.
  - a) Estudio Radiológico mediante Telerradiografía lateral de cráneo.
  - b) Estudio mediante RMN.
  - c) Videoendoscopia.
- 3.- Prescripción de las FAM, con un Examen Dental que incluye:
  - a) Historia médica y dental.
  - b) Análisis de los tejidos blandos intraorales.
  - c) Evaluación periodontal.
  - d) Examen Oclusal y de las Articulaciones

Temporomandibulares.

e) Examen Dental.

f) Análisis de los hábitos parafuncionales.

4.- Selección del Tipo de Férula de Avance Mandibular:

Diseño y fabricación por parte del laboratorio dental.

5.- Inserción y ajuste de la FAM.

6.- Adaptación del paciente al uso de la FAM y su calibración a los 2 o 3 meses por parte del Facultativo. Modificaciones de dichas férulas.

7.- Estudio mediante polisomnografía de la eficacia de la FAM.:

a) Evaluación subjetiva.

b) Observación de los signos objetivos del paciente.

8.- Aspectos preventivos y Socioeconómicos del tratamiento con FAM.

## "ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA DETECCIÓN DISFUNCIONAL PRECOZ, PREVENCIÓN Y TERAPÉUTICA"

*Dr. Mario Valenciano Suárez.*

Una gran mayoría de los síndromes ya instaurados, podrían haberse evitado si, tras una detección precoz en edades de desarrollo, hubiesen sido objeto de una oportuna interceptación.

Aquí se intenta mostrar cómo se interceptan las influencias deletéreas para evitar que los síndromes lleguen a instaurarse.

También se revisará la secuencia terapéutica de los principales

síndromes ya instaurados.

### Guión de exposición.-

- 1.- influencias causales de impacto articular. Vectores de carga.
- 2.- detección precoz e interceptación.
- 3.- configuración del vector terapéutico
- 4.- secuencia terapéutica paso a paso.

## COMUNICACIONES ORALES

### "ESTUDIO DEL ESTADO DE SALUD ORAL, TABAQUISMO Y SEXUALIDAD DE LOS MENORES INTERNADOS EN CENTROS DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS JUDICIALES".

*Fernández López Honorio, Yanes Contreras Jesús, Cova Díaz Ignacio, Pérez Hernández M<sup>a</sup> Corina, Pérez Pérez Esther.*

Objetivo: Conocer el estado de salud oral, conocer la realidad del hábito tabáquico y hacer una aproximación al conocimiento y experiencia sexual de los menores de ambos sexos internados en Centros de Cumplimiento de Medidas Judiciales, en la isla de Tenerife ("Valle Tabares" y "Mesa Ponte").

Método: Tamaño muestral: Salud oral (46 sujetos), Tabaquismo (30) y Sexualidad (40), de un total de 47 internos del listado inicial aportado por los servicios sociales, con una edad comprendida entre los 14 y los 19 años. (Junio de 2003).

**I. SALUD ORAL**

Resultados y Conclusiones:

Índices	Población canaria (14 años). 1998*	Internos (14 - 19 años). 2003
CAOD**	1,63	3,24
Prevalencia de caries	52,24%	86,95%
Prevalencia de niños con caries sin tratar	37,63%	78,30%
Cálculo	27,25%	58,69%
Gingivitis (sangrado gingival)	47,26%	93,48%

\*II Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Infantil en Canarias. Dra. Gladys Gómez Santos. Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias (1998).  
 \*\*El índice CAOD expresa el promedio de dientes permanentes careados, ausentes por caries y obturados, por persona.

Es de destacar el elevado número de jóvenes que presentan caries sin tratar (78,30%) y la pésima salud gingival de la práctica totalidad (93,48%), reflejo de una muy deficiente higiene oral.

El estado de las mucosas fue normal salvo en un caso que presentaba múltiples lesiones bilaterales en mucosa yugal, por mordedura, y en otro que tenía puntos de sutura e inflamación por traumatismo muy reciente.

**2. TABAQUISMO.**

Resultados y conclusiones:

El 90% se definió como fumador habitual (1-25 cigarrillos/día. Media=7,4). El 26,7% no siente nada al fumar. El 53,3 % se inició él solo en el hábito, un 30% inducido por un amigo y un 6,7% por su madre. Sólo un 20% fue reprendido por sus padres en esta fase inicial y un 90% no dejaría fumar a sus hijos.

El análisis de resultados refleja una alta prevalencia de tabaquismo: 90% de fumadores frente a un 21% en la población escolar de Tenerife (15-17 años), favorecida por el estado de privación de libertad, la marginalidad, la baja escala de valores y el desinterés de sus progenitores; así como un deseo de "cambio" de esa situación expresado de forma inconsciente en relación con su futura descendencia. El sentimiento de censura a lo perjudicial aflora al relacionarlo con los hijos. Es como si no quisieran reproducir su propia historia.

**3. SEXUALIDAD.**

Resultados y conclusiones:

El 27,5% desconoce el concepto de "orgasmo". El 57,5% de las relaciones son heterosexuales y el 32,5% bisexuales. 15% son sado-masoquistas. Respecto a las repercusiones de su sexualidad, a un 25% le preocupa un embarazo, 17,5% embarazo y ETS, 15% ETS; a un 15% no le preocupa nada. También se registra algún contacto con familiar próximo y tres violaciones homosexuales.

Los resultados reflejan ignorancia o falta de información sobre la

sexualidad humana. Las relaciones encierran preocupación relacionada con la procreación y con las enfermedades de transmisión sexual. La conducta de riesgo, la más impulsiva y peligrosa, viene representada por el que no tiene conciencia ("in side") para pensar de una forma responsable sobre su sexualidad, que en esta muestra supone un 15%. En algunos subyace el miedo a "no dar la talla" y de ser rechazados, que los coloca en un escenario compartido y no-impositivo, opuesto al del violador sin escrúpulos.

**DISCUSIÓN:**

Se debería elaborar por la Dirección General de Programas Asistenciales de la Consejería de Sanidad un Subprograma de Salud específico para este colectivo.

La higiene oral, como parte integrante de la higiene corporal y debe ser enseñada, fomentada y evaluada en los menores de manera rutinaria. Igualmente deben ser fomentados los hábitos dietéticos correctos.

La salud gingival debe ser estimulada y premiada (Feed-back positivo) incluso con tratamientos subvencionados con dinero público para aquellos que carezcan de medios económicos.

Implantar un sistema de retribuciones para el personal, que incentive el cumplimiento de objetivos y una especial dedicación.

Los Centros de menores deberían dotarse de infraestructura sanitaria adaptada al ordenamiento vigente, incluyendo un equipo dental, oxigenoterapia, reanimación, etc.

Las campañas y programas de actividades preventivas y promoción de la salud en los ámbitos de sexualidad y tabaquismo también deberían contemplar subprogramas específicos para jóvenes marginados.

Creación de la figura del Tutor, persona o institución de reconocida solvencia moral, nombrado por el Juez, que se responsabilice o "apadrine" al menor y actúe como intermediario entre éste, su familia y la administración. ¡Más imaginación a la hora de tomar decisiones!

**PÓSTERS**

**"CON LA ODONTOLOGÍA A LA ESPALDA"**

*Martín Santiago María del Pilar, Gómez Santos Gladys, Gómez Santos Dulce.*

Según la Encuesta de la Unión Europea referente a los problemas de salud relacionados con el trabajo, el 30% de la población sufre problemas de espalda y el 28%, estrés. Una mayor proporción de mujeres sufre lesiones musculoesqueléticas y sus dolores se producen en zonas corporales diferentes y a edades diferentes que los hombres. Esto se debe a que son ergonómicamente diferentes: las mujeres suelen tener menor

talla, caderas más anchas, hombros más estrechos, menor fuerza muscular y menor masa ósea que los hombres. Sin embargo, el tamaño de las herramientas es estándar. Por ejemplo, las dimensiones de las mesas de oficina, la distancia al teclado del ordenador, las sillas de los puestos de trabajo etc. hace que la mujer tenga que adoptar una postura más incómoda que el hombre para trabajar. Desde 1980, diversos estudios

realizados en comunidades odontológicas de Dinamarca, Canadá, Australia y Tailandia mostraron una mayor prevalencia de dolor de espalda en los odontólogos que en otras profesiones, mostrando cifras en torno al 60%. Los resultados de la encuesta realizada por AMUDENES sobre aspectos socioprofesionales de la odontoestomatología en España (1999) expresan que la prevalencia de dolor de espalda es del 60% en los hombres y del

80% en las mujeres. Manifestaron padecer cervicalgia un 10% de los hombres y un 70% de las mujeres y lumbalgia, un 50% de los varones y un 10% de las mujeres encuestadas. El equipo de odontología se expone a un riesgo elevado de sufrir problemas de cuello y espalda dado que el espacio es limitado, la visión de la cavidad bucal es escasa y el profesional debe asumir posiciones corporales estresantes para tener acceso y visibilidad

óptimos. Además, por lo general, los procedimientos dentales son prolongados y exigen una alta concentración durante la labor. Los errores más frecuentes de los odontólogos y sus ayudantes son: estirar el cuello y/o la flexión o el giro excesivo del cuello, la inclinación hacia delante desde la cintura, la elevación de los hombros y la flexión o el giro general de la espalda y el cuello. Todos estos errores posturales conducen al agotamiento, el estrés y la mala praxis.

Por otra parte, los equipos odontológicos están diseñados siguiendo las dimensiones masculinas. Así, el respaldo del taburete dental estándar llega a la zona lumbar de la columna masculina, que es lo correcto; y, en cambio, llega a la zona dorsal de la columna femenina. Lo mismo ocurre con la longitud del brazo de la bandeja del sillón dental, que hace que la mujer

tenga que adoptar una postura más incómoda que el hombre al tirar de la bandeja.

Esto sugiere por una parte, que se precisen estudios específicos que corroboren estas diferencias y sus implicaciones para justificar ante la industria la necesidad de diseños de equipos dentales que se adapten a las diferencias ergonómicas entre hombres y mujeres sin que esto suponga un costo adicional excesivo; por otro lado resalta la importancia de que los profesionales dentales lleven a la práctica unas medidas preventivas:

- Evitar giros parciales, lo correcto es girar todo el cuerpo a la vez.
- Cada 45 minutos, levantarse, andar y hacer estiramientos.
- Adecuar el puesto de trabajo de forma que permita mantener en la posición de sentada los ángulos de codos, rodillas y espalda rectos, la cabeza en línea

con los hombros, los hombros relajados y la zona lumbar de la espalda reposando en el respaldo de la silla.

- Al trabajar en posición de pie se recomienda: postura erguida manteniendo la curvatura natural de la columna vertebral, extremidades inferiores alineadas, con un reparto del peso uniforme sobre ambos pies. Los pies deben estar separados entre sí, la pelvis en posición neutra, las rodillas extendidas, los hombros paralelos al suelo y coincidiendo con el eje de gravedad corporal y la cabeza erguida.

- Practicar ejercicio moderadamente: se recomiendan andar y correr sobre suelo blando, montar a caballo, ciclismo, natación y ejercicios de estiramiento muscular como el Tai-Chi. Se recomienda seguir una tabla de 10 minutos de ejercicios para

fortalecer la espalda al finalizar la jornada.

- Seguir una buena alimentación, beber agua entre paciente y paciente y consumir alimentos con antioxidantes, selenio y complejo B. Evitar el sobrepeso.

- Darse masajes, practicar técnicas de relajación (yoga, técnicas de respiración...).

- Usar calzado y ropa adecuados, evitando tacones altos y el uso de pantalones muy ajustados que pueden debilitar la musculatura abdominal.

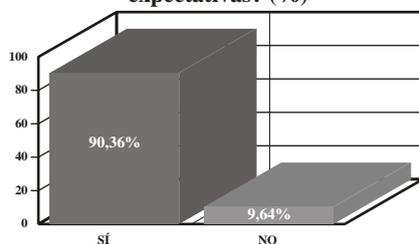
- Dormir sobre colchón duro, preferiblemente en decúbito supino y lateral con las rodillas flexionada.

- Fomentar un entorno agradable en la consulta: practicar la aromaterapia, musicoterapia y el manejo del color, evitar la soledad y estimular la comunicación.

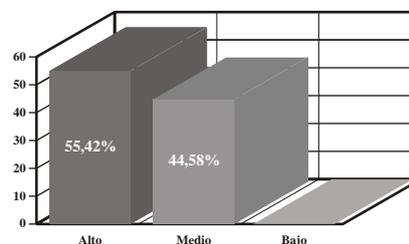
## RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE OPINIÓN

Asistieron a las Jornadas 189 personas, según registro de firmas. Para evaluar la opinión de los asistentes a las jornadas, se realizó una encuesta, recibiendo y procesándose 83 cuestionarios cumplimentados, cuyos resultados se exponen en las gráficas.

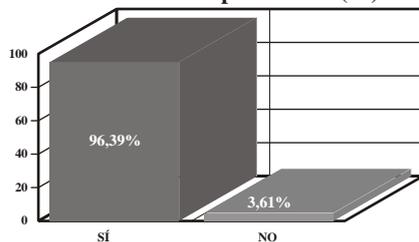
¿La información recibida ha satisfecho sus expectativas? (%)



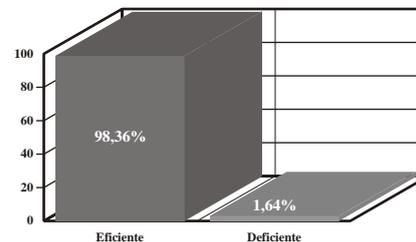
Interés de los temas (%)



¿La calidad de los ponentes ha satisfecho sus expectativas? (%)



La organización de las jornadas ha sido (%)



## ORGANIZACIÓN DE LAS JORNADAS

### COMITÉ DE HONOR:

Presidenta: Excm. Sra. Consejera de Sanidad  
María del Mar Julios Reyes

Miembros: Ilmo. Sr. D. Francisco Rivera Franco

Ilmo. Sr. D. Francisco Rodríguez Lozano

Ilmo. Sr. D. Amable Rodríguez del Castillo

Prof. D. Antonio Sierra López

Prof. D. Lluís Serra Majem

### COMITÉ CIENTÍFICO:

Presidente: Dr. D. Fernando Melián Afonso

### Vocales:

Dr. D. Antonio Manuel Blanco Hungría

Dr. D. Pedro Jesús Carrillo Carmona

Dr. D. Ciro Casanova Macario

Dra. Dña. Gladys Gómez Santos

Dra. Dña. María Hernández Hernández

Dra. Dña. Pilar Martín Santiago

Dr. D. Mario Valenciano Suárez

### COMITÉ ORGANIZADOR:

Responsable: Dr. D. Alberto Carrera Fuentes.

### Miembros:

Dr. D. Alberto Armas Navarro

D. Carles Barres Giménez

Dña. Fátima Franco Cal

Dr. D. Antonio Gómez Jiménez

Dra. Dña. Gladys Gómez Santos

Dr. D. Domingo Núñez Gallo

Edición del boletín: Dirección General de Salud Pública.

Redacción: Gladys Gómez Santos, Alberto Armas Navarro, Fernando Melián Afonso.