

Jornadas Canarias de Salud Oral- 2010

BOLETÍN INFORMATIVO

26 y 27 de noviembre de 2010, Las Palmas de Gran Canaria

PRESENTACIÓN

Los días 26 y 27 de noviembre de 2010, se celebraron las XI Jornadas Canarias de Salud Oral, en el Salón de Actos del Hospital Insular de Gran Canaria ubicado en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil en las Palmas de Gran Canaria.

Las Jornadas se concibieron como un lugar de encuentro de profesionales de la salud oral y de otros sectores a fin de conseguir la proyección comunitaria de su trabajo, orientando sus actuaciones a la promoción de la salud y a la prevención o corrección de patologías orales.

En estas XI Jornadas, fue especialmente importante la participación de los profesionales que están participando en el Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN), dado que se debatió sobre la asistencia de los pacientes infantiles con discapacidades psíquicas y con patología sistémica que en algunos casos deben ser derivados a centros hospitalarios. El otro tema de atención fue el abordaje de los pacientes con hábito tabáquico en la consulta dental.

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

CONTENIDO DEL BOLETÍN:

Presentación	1
Desarrollo de las Jornadas	2
Ponentes	2
Ponencias	3
Comunicaciones	14
Resultados encuesta de opinión	26
Organización de las jornadas	26

XI JORNADAS CANARIAS de SALUD ORAL
26 y 27 de Noviembre de 2010
Salón de Actos del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria - Avenida Marítima del Sur S/n, Las Palmas de Gran Canaria

Atención dental de la población infantil con discapacidades psíquicas y físicas
Tabaco y salud oral

Alteraciones orales presentes en los síndromes que cursan con deterioro psíquico.
Tratamiento de los pacientes infantiles con diabetes, cardiopatías y alteraciones congénitas de la coagulación.
Patología oral ocasionada por el consumo de tabaco.
Deshabitación tabáquica en la consulta dental

ORGANIZAN:
Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud
Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Las Palmas

PATROCINA:
Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud

INSCRIPCIÓN GRATUITA
Información e inscripciones por escrito, según orden de solicitud y aforo.
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE LAS PALMAS.
TELÉFONO 928 360 159 de 9:00 a 13:00 horas - FAX 928 360 163 - Correo electrónico: info@coelp.es

colegio oficial de dentistas LAS PALMAS | Servicio Canario de la Salud | Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad

DESARROLLO DE LAS JORNADAS

Viernes 26 de noviembre

Mañana

09.00 - 09.30 h. Recepción de participantes y entrega de documentación.

09.30 - 10.00 h. Apertura.

Dña. María Antonia Pérez Pérez, D. Santiago Martínez Ramos.

10.00-11.30 h “Atención dental de los pacientes infantiles con discapacidades psíquicas: Síndromes y patología oral más frecuentes. Prevención”.

Dña. Ángela Rodríguez Caballero

11.30 - 12.00 h. Pausa.

12.00 - 13.30 h. “Atención dental de los pacientes infantiles con discapacidades psíquicas: Indicaciones de la restricción física, la sedación y la anestesia general”.

D. Guillermo Machuca Portillo

Tarde

16.00 - 17.00 h. “Atención dental de los pacientes infantiles con patología sistémica: El paciente diabético.”

D. Guillermo Machuca Portillo

17.00 - 17.30 h. Pausa.

17.30 - 18.30 h. “Atención dental de los pacientes infantiles con patología sistémica: El paciente cardiópata y con alteraciones congénitas de la coagulación.”

Dr. Antonio Rodríguez Pérez

18.30 - 20.30 h. Comunicaciones libres.

Moderadora. Dña. Gladys Gómez Santos

Sábado 27 de noviembre

9.00 - 10 h. Comunicaciones libres.

10-10.45 h “Proyecto de modificación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Oportunidad de cambio.”

Dña. Olga Suárez Janariz

10.45 - 11.30 h. “Lesiones orales producidas por el tabaco”.

D. Dionisio Cortés Ramírez

11.30-12.00 h. Pausa

12.00 – 12.45 h. “Deshabitación tabáquica en la consulta dental”

D. Miguel Angel Ponce González

12.45 - 14.00 h. Mesa redonda con todos los ponentes y clausura.

Moderador D. Alfonso Caballero de Rodas Ramírez

PONENTES

Dña. Ángela Rodríguez Caballero

Licenciada en Odontología, Universidad de Sevilla 2008. Experta Universitaria en Implantes y Rehabilitación Implantosoportada, 2009. Máster en Odontología Integrada en Adultos y Pacientes Especiales, 2010. Colaboradora Clínica de Pacientes Especiales, Universidad de Sevilla (2008-2009). Colaboradora Clínica de Cirugía Bucal en la Universidad de Sevilla (2009-2010). Actualmente Becaria a tiempo completo de la Universidad de Sevilla e Investigadora Predoctoral del Proyecto de Investigación.

D. Guillermo Machuca Portillo.

Licenciado en Medicina y Cirugía, Universidad de Sevilla (US). 1985. Especialista en Estomatología, Universidad de Sevilla, 1989. Doctor en Medicina y Cirugía, US, 1987. Diplomado en Periodoncia Clínica, Facultad de Odontología de Goteborg, 1997. Profesor Titular, Facultad de Odontología, US, Docencia en “Odontología Integrada de Pacientes Especiales” y “Ampliación de Periodoncia”. Director del Máster Propio de la US “Odontología Integrada en Adultos y Pacientes Especiales”. Presidente de la Sociedad Española de Odontostomatología para el Minusválido y Pacientes Especiales (2000-2003). Miembro de la Academia Internacional Pierre Fouchard. Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Sevilla desde 1987. Premio Fonseca de la SEPA a la mejor publicación de Periodoncia, año 2000. Editor de los libros “La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos” 1ª y 2ª ediciones y “Bases farmacológicas de la terapéutica odontológica” y autor de 30 capítulos de libros. Autor de más de 130 publicaciones en revistas nacionales e internacionales, principalmente sobre Medicina Bucal, Periodoncia y Pacientes Especiales. Cursos y conferencias impartidos 90.

D. Antonio Rodríguez Pérez

Licenciado en Odontología por la Universidad de Santiago de Compostela 2006. Máster de Odontología Integrada de Adultos y Pacientes Especiales en la Facultad de odontología de la Universidad de Sevilla 2010. Diploma de Estudios Avanzados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla 2010. Autor de 2 Comunicaciones en congresos. Odontólogo responsable del Servicio de Odontología de la Clínica San Roque (2006-2008) y odontólogo de la Clínica Pérez Fierro (2008). Profesor Tutor de Farmacología y terapéutica general en la Facultad de Enfermería, Universidad Fernando Pessoa, delegación en Las Palmas de Gran Canaria (2006-2008). Profesor del módulo de auxiliar de geriatría, Centro de Estudios Técnicos Superiores de Canarias (2006-2008). Responsable de la Unidad de Sangrantes de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío (2009-2010). Actualmente Profesor colaborador clínico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.

Dña. Olga Suárez Janáriz

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de La Laguna. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Especialista en Medicina del Trabajo. Máster en Educación para la Salud. Diplomada en Sanidad. Diplomada en Género y Salud Pública. Técnico de la Dirección General de Salud Pública desde 1984, actualmente en el Servicio de Promoción de la Salud.

D. Dionisio A. Cortés Ramírez

Licenciado en Odontología (Universidad Autónoma de Chihuahua, México). Máster en Patología Oral y Medicina Bucal y Dolor Orofacial. (Facultad de Odontología, Universidad del País Vasco /EHU.) Diplomado en Estudios Avanzados, Programa de Doctorado en Microbiología, Inmunología y Parasitología. Universidad del País Vasco. Miembro activo de la Sociedad Española de Medicina Oral, de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal y de la Sociedad Española de Periodoncia y Oseointegración. Práctica privada de Patología oral, Medicina Bucal y Dolor Orofacial en Las Palmas de Gran Canaria.

D. Miguel A. Ponce González

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), 1998. Especialista en Neumología en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (2000-2004). Doctor en Medicina por la ULPGC, 2009. Máster "Experto Universitario en Tabaquismo" (ULPGC-año 2007). Certificado de Aptitud Pedagógica expedido por el Centro Superior de Estudios ICSE - Universidad Alfonso X el Sabio, (Curso 2005-2006). Acreditación docente e investigadora por la agencia canaria de evaluación. Profesor asociado universitario (Departamento Morfología- ULPGC).

PONENCIAS

ATENCIÓN DENTAL DE LOS PACIENTES INFANTILES CON DISCAPACIDADES PSÍQUICAS: SÍNDROMES Y PATOLOGÍA ORAL MÁS FRECUENTE. PREVENCIÓN.

Ángela Rodríguez Caballero

Según la OMS, las personas con discapacidades psíquicas son individuos con una capacidad intelectual significativamente inferior a la media, que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración de los comportamientos adaptativos (maduración, aprendizaje o ajuste social).

Estas personas tienen exactamente el mismo derecho y los mismos estándares de salud y cuidado que la población general. Sin embargo, hay evidencia de que su experiencia de atención es más deficiente, tanto en temas de salud oral como en la salud general.

El Libro Blanco de la Atención Temprana (España, 2000) define atención temprana al conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades permanentes o transitorias que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlas. Estas intervenciones deben considerar la globalidad del niño.

Un niño que está sufriendo dolor dental, y que no sabe expresar su discomfort, puede exhibir un cambio en el comportamiento que podría ser algunos de los siguientes: pérdida de apetito, desgana para participar en actividades habituales, alteraciones en el sueño, irritabilidad y comportamiento auto-agresivo. Es importante que padres y cuidadores estén alerta en estos cambios de comportamiento, para eliminar posibles causas de dolor oral o dental.

La evaluación del cuidado de las necesidades orales del paciente, así como su habilidad y su motivación para cooperar durante el tratamiento es esencial. Pueden ser necesarios programas de desensibilización sistemática. Un ambiente accesible, seguro y acogedor contribuirá a tranquilizar al niño y a los padres. Una evaluación consistente, y explicaciones claras de cada paso del

tratamiento propuesto ayudarán a superar la ansiedad. Pueden ser muy útil la utilización de pictogramas.

El plan de tratamiento debe ser realista y apropiado al niño. Con tiempo y paciencia, la mayoría de los niños con discapacidad psíquica aceptarán un cuidado oral de rutina. Sin embargo, algunos niños pueden requerir sedación o anestesia general para alcanzar la salud oral. Podemos hablar de distintos tipos de discapacidades psíquicas.,

El motivo de esta conferencia son aquellas discapacidades psíquicas que se encuentran asociadas a síndromes. En esta población existe una mayor prevalencia de alteraciones generales limitantes que en el resto de la población. Algunos de estas alteraciones van a influir en gran medida en el manejo odontológico del paciente, por lo que deberemos tenerlas. Son ejemplos los trastornos sensoriales (hipo/hiper-acusia, estrabismo, ceguera, etc.), problemas del comportamiento (agresividad, hiperactividad, trastornos compulsivos, etc) epilepsia, trastornos endocrinos (diabetes, hipertiroidismo, etc) y patología cardíaca, entre otras. Por ejemplo, se calcula que el 40% de personas con Síndrome de Down sufre de defectos congénitos en el corazón e inmunosupresión. Estos factores sistémicos tienen un impacto importante en la salud oral y en el manejo odontológico. La incapacidad para colaborar en el tratamiento dental puede obligar al tratamiento bajo sedación o anestesia general, o de ser posible al uso de técnicas alternativas para el comportamiento y el manejo de la ansiedad.

Por otro lado, el cuadro general de patología oral en un paciente infantil con discapacidad psíquica es el siguiente: deficiente higiene bucodental con elevado índice de placa, presencia de cálculo supra y subgingival en edades muy precoces, intensa halitosis y restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes, predominio de dietas blandas, cariogénicas, ricas en hidratos de carbono y con alto contenido en sacarosa, alta prevalencia de caries y

enfermedad periodontal, hipertrofias gingivales producidas por hidantoínas, infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes (granulomas periapicales, celulitis, entre otras), exodoncias sistemáticas en vez de tratamientos conservadores, pacientes muy jóvenes parcial o totalmente desdentados, restricciones o imposibilidad en el uso de

prótesis por suponer un riesgo potencial (deficientes mentales severos, paralíticos cerebrales, epilépticos mal controlados), mayor incidencia de maloclusiones que en la población general, oclusión traumática y bruxismo frecuente, con abrasiones e hipersensibilidad dentaria.

ATENCIÓN DENTAL DE LOS PACIENTES CON DISCAPACIDADES PSÍQUICAS: INDICACIONES DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA, LA SEDACIÓN Y LA ANESTESIA GENERAL.

Guillermo Machuca Portillo

La profesión dental tiene una obligación ética de proporcionar atención dental de calidad a todos los segmentos de población que lo soliciten, incluyendo a aquellos con condiciones discapacitantes del desarrollo.

El paciente discapacitado tiene un defecto mental, físico o emocional que interfiere con sus actividades cotidianas. Las dificultades que acarrea tratar a estos pacientes no son las derivadas de la restauración de sus estructuras orales sino las originadas del manejo de su comportamiento y control de las variaciones emocionales y físicas. Esencialmente la diferencia principal entre el tratamiento del discapacitado y el que no lo es, estriba en el manejo del paciente.

El éxito en su atención odontológica depende en primer lugar en la capacidad de lograr y mantener la cooperación del paciente. El establecimiento de una buena comunicación junto con una actitud de empatía son las piedras angulares para alcanzar una buena relación con el paciente. El odontólogo debe ser capaz de manejar la conducta del paciente con el fin de lograr un tratamiento de la manera más eficaz. A esta meta se añaden otros objetivos más amplios en relación con la prevención y mantenimiento de su salud dental.

Debemos convencernos de nuestra propia capacidad para tratar al paciente discapacitado en el gabinete dental. El manejo eficaz de un paciente discapacitado implica más un cambio de actitud que de técnica. Éstas en general no requieren ser modificadas respecto a su uso habitual con otros pacientes.

La variación se haya en el impedimento particular del paciente y sus condicionantes. Nuestros recursos serán básicamente los mismos, debemos adecuarlos a la discapacidad presente.

Para el manejo con éxito del paciente discapacitado contamos con una amplia gama de técnicas para que puedan llevarse a cabo procedimientos de diagnóstico y tratamiento razonables y de rutina.

Estas, incluyen:

- uso eficiente de técnicas psicológicas,
- control físico del paciente,
- control farmacológico: sedación en sus diferentes grados,
- anestesia general.

No suele haber una modalidad completamente eficaz, generalmente es la combinación de diferentes métodos la que permitirá el logro de los objetivos, tratar al paciente del modo más eficaz.

El odontólogo debe evaluar las implicaciones individuales de los diversos métodos. A la hora de seleccionar la modalidad en la que se le prestará atención deben ser tenidas en cuenta entre otros: conducta, magnitud del tratamiento, estado físico y médico, número de visitas y dificultades de desplazamiento, cociente de inteligencia, situación de aprendizaje, edad, medios disponibles, condicionantes económicos, riesgos.

Control físico del comportamiento

Se trata de procedimientos coadyuvantes, junto con el enfoque psicológico, de control de la conducta para alcanzar un nivel de tratamiento odontológico adecuado, antes de pensar en otras modalidades de atención. Pueden enumerarse:

- Técnica mano-sobre boca
- Restricción física "per se"

Restricción física activa; cuando la restricción es llevada a cabo por el equipo dental, el propio dentista y/o su personal auxiliar, a veces con la ayuda de los padres.

Restricción física pasiva; que incluye la sujeción del paciente bajo toda una variedad de herramientas y utensilios incluyendo algunos abre bocas usados en el tratamiento dental (1).

Sedación

Podemos establecer en principio un gran grupo de pacientes que serían tributarios de beneficiarse de algún tipo de sedación. Estos serían:

- Fobias dentales en niños y adultos.
- Pacientes discapacitados psíquicos. (demencias, parálisis cerebral, S. de Down, etc).
- Pacientes adultos que demandan sedación para aumentar su confort.
- Pacientes con problemas médicos que lo hagan aconsejable.
- Pacientes escasamente colaboradores en los que hayan de practicarse técnicas que requieran un importante grado de inmovilidad. (Parkinson, ataxias, etc)
- Pacientes en los que, por cualquier causa, no puedan administrarse anestésicos locales.
- Pacientes pediátricos en general

La indicación de sedación debe plantearse cuidadosamente después de considerar una serie de factores y siempre con el consentimiento del paciente o familiares responsables:

- Pacientes previamente seleccionados por una de las causas anteriormente citadas.
- Nivel de ansiedad y temor referidos por paciente o familiares que realmente los hagan candidatos a este tratamiento.
- Respuesta previa del paciente en otros procedimientos si los hubo.
- Tipo, duración y agresividad de la intervención que se pretende realizar.
- Edad y estado físico. La sedación en la consulta odontológica no debería realizarse en pacientes con patologías de riesgo y por tanto no está indicada en pacientes con puntuación superior a ASA-II de la Escala de Riesgo Anestésico.

Existe, desde muy antiguo, una gran controversia para catalogar sus diferentes grados, de sedación, fundamentalmente por la dificultad que supone cuantificar la profundidad de hipnosis que los fármacos empleados consiguen en cada paciente. Los límites entre ambos tipos de sedación y sus diferencias con la Anestesia General están muy difuminadas y el consenso entre los especialistas está lejos de alcanzarse.

Mientras que la "sedación consciente o superficial" es fácilmente valorable por criterios clínicos simples, la "sedación profunda" roza por momentos la frontera de lo que habitualmente entendemos como anestesia general en la que se da: inconsciencia profunda, control mediante aislamiento de las vías aéreas y eventualmente el empleo de analgesia potente y/o mio relajantes.

El grado de sedación requerido para que un determinado paciente acepte una determinada intervención está sujeto por tanto a toda una serie de variables y no solo en cuanto a edad y patología previa, sino que intervienen otras circunstancias individuales tan poco mesurables como la capacidad psíquica de ese determinado individuo para afrontar la situación de estrés o si la respuesta de comportamiento a los fármacos empleados va a resultar la esperada.

Puede comprenderse que estos tipos de sedación muy superficiales pueden producir un efectivo control del temor y la ansiedad en la mayoría de los pacientes, pero el grado de cooperación será totalmente insuficiente cuando pretendemos aplicarlo a algunos supuestos, como los pacientes pediátricos, fóbicos importantes o discapacitados psíquicos.

Anestesia General

La anestesia general permite por supuesto al especialista trabajar con la facilidad que aporta la inmovilidad absoluta del paciente y la seguridad del control que, por parte del anestesiólogo, tiene el paciente, pero tiene el inconveniente de requerir un entorno de quirófano y sala de reanimación adaptado a esas necesidades, añadiendo complejidad, morbilidad y aumento importante de costes (2), aunque a veces todo esto se hace imprescindible.

La anestesia general está indicada sólo para aquellas personas que no se puedan tratar en un gabinete dental con los medios al uso. Estos pacientes son:

- Pacientes médicamente comprometidos, con problemas de distinta índole (alteraciones cardíacas congénitas, discrasias sanguíneas, alergia a anestésicos locales, insuficiencia hepática y renal severa, epilepsia incontrolable, etc) que hacen peligroso su tratamiento dental en un gabinete ordinario.
- Pacientes incapaces de colaborar, comprender o tolerar su tratamiento ya sea por deficiencia física, psíquica o por su corta edad.
- Pacientes con necesidades extensas de tratamiento odontológico, imposibles de realizar en el gabinete, y que por cualquier motivo han de ser realizadas en una sola sesión. Muchos de estos pacientes podrían tolerar en el futuro citas cortas sin anestesia general para tratamiento preventivo como profilaxis dental o para la fabricación de una prótesis.
- Pacientes con grandes anomalías craneofaciales y con necesidades de tratamiento dental extenso.
- Pacientes con grandes traumatismos orofaciales o con fracturas de maxilares.
- Pacientes que deben desplazarse a grandes distancias para el tratamiento, y para los que sea interesante realizar el tratamiento en una sola sesión.

Las contraindicaciones del tratamiento odontológico bajo anestesia general son las mismas que para cualquier otro procedimiento quirúrgico bajo anestesia general. El establecimiento de los criterios ASA son fundamentales a la hora de valorar las contraindicaciones del procedimiento (3,4).

El conocimiento adecuado de los protocolos de comportamiento en el quirófano por parte de los dentistas debe constituir uno de las prioridades en la formación de quién vaya a dedicarse al manejo de este tipo de pacientes.

Bibliografía

- 1) De Nova J. Manejo del comportamiento en el paciente discapacitado. En: Bullón P, Machuca G. Tratamiento odontológico en Pacientes Especiales. Ed Normon. España pp: 613-56.
- 2) Cutando A, Valdivieso E. La sedación en Odontología: Descripción de los procedimientos. Indicaciones y contraindicaciones. En: Bullón P, Machuca G. Tratamiento odontológico en Pacientes Especiales. Ed Normon. España pp: 657-77.
- 3) Machuca G, Martínez-Sahuquillo JM, Vargas MP. Tratamiento odontológico de pacientes especiales bajo anestesia general. Descripción de los procedimientos. Indicaciones y contraindicaciones. En: Bullón P, Machuca G. Tratamiento odontológico en Pacientes Especiales. Ed Normon. España pp: 679-709.
- 4) Vargas MP, Rodríguez S, Machuca G. Dental treatment under general anesthesia: A useful procedure in the third millennium (I). Med Oral 2003. 8:129-35.

ATENCIÓN DENTAL DE LOS PACIENTES INFANTILES CON PATOLOGÍA SISTÉMICA. EL PACIENTE DIABÉTICO.

Guillermo Machuca Portillo

El páncreas es un órgano impar con dos porciones: una exocrina que constituye el 98% del volumen y segrega enzimas necesarias para la digestión de los alimentos y otra endocrina que constituye el 2% y segrega diferentes hormonas. Entre ellas destaca la insulina, hormona reguladora del metabolismo de la glucosa y segregada por las células beta de los islotes pancreáticos de Langerhans. Ejerce acciones muy variadas y complejas, se pueden clasificar según el tiempo que necesita para ejercerlas en acciones rápidas, que se ejercen en segundos como la estimulación de la entrada a las células de glucosa, aminoácidos y potasio; acciones intermedias que se ejercen en minutos como la estimulación de la síntesis proteica, la inhibición de la proteólisis, la estimulación de la síntesis de triglicéridos o la regulación del metabolismo del glucógeno; y acciones lentas que se ejercen en horas, como el aumento del ARNm para determinadas enzimas. Su deficiencia absoluta o relativa da origen a la diabetes mellitus.

En la diabetes mellitus se agrupan un conjunto de síndromes que se caracterizan por un déficit en la secreción de insulina o de su acción y que conduce a la hiperglucemia crónica. Recientemente, se ha descrito el síndrome de resistencia a la insulina en el que hay una insensibilidad de los tejidos (muscular, hepático o adiposo) a la acción de la insulina, que atañe sólo a la captación de glucosa y a la producción hepática de glucosa. En 1997 se propuso una clasificación etiológica que es la más aceptada en la actualidad:

- Diabetes tipo 1, hay una destrucción de la célula beta que conduce habitualmente a déficit insulínico absoluto, puede ser de causa inmune o idiopática. Son un 10% del total, con una incidencia de 14,9/100000 personas /año.
- Diabetes tipo 2, puede oscilar entre insulino-resistencia predominante con déficit relativo de insulina y predominio del defecto secretorio con insulino resistencia. Se trata de un 90% del total, con una prevalencia del 6% de la población, aunque que la mitad de ellos están sin diagnosticar.
- Otros tipos específicos como de tipo genético, acompañando a enfermedades del páncreas o a otras endocrinopatías o a otros síndromes genéticos, inducida por fármacos y por infecciones
- Diabetes mellitus gestacional

Desde el punto de vista clínico, clásicamente se distinguen dos formas de comienzo del proceso: aguda y crónica. La forma aguda es típica de la diabetes tipo 1 especialmente en niños y jóvenes con una cetoacidosis grave que a veces necesita ingreso hospitalario. El comienzo lento, típico del tipo 2, puede durar meses o años.

Los síntomas cardinales de la diabetes son:

- Poliuria o exceso de producción de orina, que se hace más notorio por la noche.
- Polidipsia o exceso de sed, para compensar la poliuria.

- Polifagia o aumento del apetito, sobretodo de alimentos con hidratos de carbono, aunque es casos de descompensación grave se pierde el apetito y hay anorexia.
- Adelgazamiento, típico en la diabetes tipo 1 producido por la ineficacia del metabolismo glucídico, proteico y graso; sin embargo en la diabetes tipo 2, al poseer el paciente reservas de insulina hay tendencia a la obesidad.
- Astenia producida por el defecto metabólico generalizado.
- Prurito, más frecuente en la diabetes tipo 2, está facilitado por la hiperglucemia a nivel cutáneo, siendo frecuente en genitales femeninos.
- Tendencia las infecciones.
- Retraso de la cicatrización de las heridas en estadios avanzados del proceso.

La hiperglucemia crónica es el factor principal en el desarrollo posterior de la sintomatología del diabético, sobre todo en la etiopatogenia de la afectación de los pequeños vasos, que conocemos como microangiopatía diabética, y de los grandes vasos o macroangiopatía diabética.

En la microangiopatía existe un estrechamiento de la luz vascular, engrosamiento de la membrana basal de los capilares, hipertrofia e hiperplasia del endotelio, del mesangio y de la musculatura lisa, lo que conduce a una disminución de la perfusión de los tejidos. Fundamentalmente se afectan la retina, dando lugar a la retinopatía diabética que es la causa de ceguera más frecuente en los países industrializados; el riñón, dando lugar a la nefropatía diabética que es la complicación que tiene mayor repercusión social y que produce un fallo en la capacidad de filtración glomerular, llegando a la insuficiencia renal; el sistema nervioso periférico, dando lugar a la neuropatía diabética, que es una polineuropatía sensitivo-motora y simétrica que afecta predominantemente al extremo distal de los miembros inferiores; y por último el sistema nervioso autónomo, dando lugar a la neuropatía autónoma diabética, con una gran cantidad de órganos afectados: pupila, glándulas sudoríparas, vejiga urinaria, genitales externos, aparato digestivo, corazón y vasos sanguíneos, lo que hace muy diversa la clínica.

En la macroangiopatía diabética se produce aterosclerosis de los grandes vasos, dando lugar a una cardiopatía isquémica, una isquemia cerebral y una enfermedad periférica vascular. Actualmente, es la causa principal de mortalidad del diabético.

Existe una serie de situaciones de emergencia en el diabético:

1.- Hipoglucemia. Existe una disminución de las cifras de glucosa en sangre motivada por un exceso de insulina o hipoglucemiantes. La sobredosificación hace reducir la glucosa en sangre, por un ejercicio físico intenso que aumenta el consumo de glucosa y por una ingesta de alimentos reducida lo que impide el aporte exógeno. La

instauración del cuadro clínico es rápida y se define por la denominada triada de Whipple:

- a. Síntomas compatibles. Se producen por la afectación de las células nerviosas que dan lugar a las manifestaciones neuroglucopénicas: cefalea, visión borrosa, irritabilidad, parestesias, debilidad, fatiga, confusión, vértigo, amnesia, incoordinación, cambios de conducta, sensación de frío, hemiplejía transitoria, afasia transitoria, convulsiones y coma, y la afectación del hipotálamo que conlleva la afectación del sistema nervioso adrenérgico y dan lugar a las manifestaciones adrenérgicas: nerviosismo, ansiedad, temblor, sudor, palpitaciones, hambre, palidez, náuseas y angor.
- b. Glucemia con valores inferiores a lo normal.
- c. Desaparición de los síntomas tras la administración de glucosa aunque puedan persistir secuelas neurológicas si la hipoglucemia ha sido grave y de larga duración.
- d. El tratamiento se debe instaurar lo antes posible y consiste en la administración de glucosa. Si el paciente está consciente por vía oral, si está inconsciente por vía intravenosa se administrará una dosis de 50 cc de glucosa hipertónica al 33%. Si hay dificultad para canalizar una vía se administrará una dosis de 1 mg de glucagón por vía intramuscular o subcutánea, esto supone una alternativa terapéutica temporal hasta poder administrar glucosa. Se debe evacuar a un hospital lo antes posible para su estabilización y estudio.

2.- Coma hiperosmolar. Se denomina así al cuadro clínico caracterizado por hiperglucemia grave con deshidratación, osmolaridad plasmática elevada y disminución variable del nivel de conciencia, en ausencia de cetoacidosis. Suele ser el estadio final de la descompensación metabólica de la diabetes tipo 2 y constituye el 5-20% de las urgencias endocrinológicas. Se presenta en personas de más de 50 años y hasta en un 50% no se conocía previamente la diabetes. Las causas desencadenantes pueden ser: infecciones, medicación (esteroides, diuréticos, hipotensores,), trastornos digestivos (vómitos, diarreas), quemaduras, traumatismos, ictus, diversas endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing), alteraciones cardiovasculares (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca). Existe una hiperglucemia de 500 a 600 mg/dl que produce una diuresis osmótica que lleva a una deshidratación, disminución de la tensión arterial e insuficiencia renal y una ausencia de cetosis pues periféricamente hay suficiente cantidad de insulina para inhibir la lipólisis. Suelen ser ancianos que no pueden beber desde hace unos días y con una diuresis importante, con obnubilación y pérdida de conciencia, hipotensión y taquipnea.

3.- Cetoacidosis diabética. Es una descompensación metabólica aguda como consecuencia de la deficiencia de insulina, caracterizada por hiperglucemia, pero aquí la insulina no impide la lipólisis y se presenta un aumento de cuerpos cetónicos que producen una acidosis metabólica, junto a un grado variable de deshidratación e hiperosmolaridad plasmática. Suele aparecer en la diabetes tipo 1, un 10% pueden debutar con este cuadro, debido a ciertos factores desencadenantes parecidos al coma hiperosmolar. El paciente relata pérdida de peso en varios días, vómitos, deshidratación, hipotensión,

hiperventilación, obnubilación, estupor y confusión y en casos graves coma.

No existen manifestaciones orales específicas de la diabetes mellitus, pero los cambios que se producen en el diabético hace que aparezcan con mayor frecuencia ciertas enfermedades. La importancia estriba en que pueden servir de ayuda en pacientes no diagnosticados previamente o ser indicadores de descompensación metabólica en pacientes controlados previamente. La complicación más frecuente es la periodontitis, que no difiere de la que aparece en el paciente no diabético, excepto en una mayor frecuencia de aparición de abscesos periodontales y de un mantenimiento periodontal más complicado. La explicación estriba en la microangiopatía diabética, la disfunción de los polimorfonucleares (alteración de la quimiotaxis y fagocitosis), déficit en la producción de colágeno y aumento de la actividad de la colagenasa.

Los factores más relacionados con la gravedad de la periodontitis son: edad del paciente, insulinodependencia, grado de control metabólico y duración de la diabetes. Puede aparecer xerostomía por disminución del volumen de líquido extracelular por aumento de la excreción de orina. Como efecto secundario, unido a una mayor ingesta de alimentos con hidratos de carbono, hay una mayor prevalencia de caries y una mayor prevalencia del síndrome de boca ardiente. También, esto explicaría, junto con la neuropatía del sistema autonómico, la presencia de una hiperplasia bilateral y asintomática de las glándulas parótidas. Otras complicaciones orales son: odontalgia atípica, alveolitis seca, úlceras orales, candidiasis, queilitis angular, glositis romboidal media, líquen (que unido a la hipertensión conforman el síndrome de Grinspan, o como efecto secundario a los fármacos hipoglucemiantes).

Con respecto al manejo odontológico de estos pacientes, se puede considerar que el paciente diabético es uno de los problemas médicos más frecuentes con los que enfrentarse en la consulta dental. Puede considerarse que el papel del dentista en el control y manejo de la enfermedad puede ser muy importante. Éste puede ser sistematizado en cuatro apartados:

1. Diagnóstico, en el caso de una diabetes desconocida se puede sospechar el diagnóstico cuando el paciente refiere alguna de la sintomatología propia del proceso o estemos ante alguna de las manifestaciones orales y solicitemos las pruebas complementarias necesarias. La American Diabetes Association (ADA) en 1997 establece los siguientes criterios diagnósticos de diabetes:

- i. cuando existen síntomas de diabetes y la glucemia es >200 mg/100 ml en cualquier momento del día,
- ii. cuando la glucemia en ayunas es >126 mg/100 ml,
- iii. cuando la glucemia es > 200 mg/100 ml a las dos horas de la ingesta de 75 gr de glucosa.

También se consideran dos situaciones metabólicas intermedias entre homeostasis normal de glucosa y diabetes: la intolerancia a la glucosa y la glucemia alterada en ayunas, se consideran factores de riesgo de diabetes y de enfermedad cardiovascular. La intolerancia a la glucosa se define con cifras entre 140 y 200 mg/100 ml a las dos horas de la ingesta de 75 g de glucosa. La glucemia

alterada en ayunas se define con valores entre 110 y 126 mg/100 ml en ayunas.

La diabetes gestacional según el grupo Europeo de Diabetes se diagnostica realizando una sobrecarga de 75 g de glucosa cuando la cifra de glucemia en cualquier momento es >110 mg/100 ml y se establece cuando la glucemia en ayunas es >125 mg/100 ml o a las dos horas de la ingesta de glucosa la glucemia es > 140 mg/100 ml.

Un aspecto importante es el despistaje de diabetes en población asintomática. La ADA recomienda en personas con probabilidad de tener diabetes una determinación de glucemia en ayunas y si tienen más de 45 años y con factores de riesgo (obesidad, vida sedentaria, hipertensión arterial, historia familiar de diabetes, diabetes gestacional previa o dislipemia) realizar la determinación cada tres años. En el caso de que la diabetes sea conocida previamente por el paciente, es preciso valorar el grado de control de la glucemia que tiene el tratamiento. Para ello una de las pruebas usadas es la concentración de hemoglobina glicosilada. Esta prueba mide la fracción de glucosa procedente del metabolismo de determinados aminoácidos fijados a la hemoglobina. Al penetrar en el glóbulo rojo y éste tener una vida media de 6 a 8 semanas valora el control glucémico en el paciente con tratamiento. El valor de esta prueba debe situarse en torno al 7% en diabéticos bien controlados. También, es preciso conocer el tipo de medicación que utiliza, el momento en que se le administra y las posibles complicaciones secundarias que pudiera padecer.

2. Tratamiento de las manifestaciones orales. La periodontitis debe ser tratada de la manera más precoz posible, con un seguimiento y mantenimiento muy estrecho y teniendo en cuenta que se ha comprobado como la infección periodontal y el tratamiento son capaces de alterar el control de la glucemia. Diversos autores preconizan administrar antibióticos durante el tratamiento periodontal y también previamente a la realización de un raspado o cirugía oral. Es preciso un control y prevención de infecciones orales sobretodo de la candidiasis y en pacientes sin un adecuado control metabólico de la diabetes, la higiene oral y las visitas de mantenimiento deben ser más frecuentes.

3. Cambios del tratamiento dental en el paciente diabético. Como norma general se establece que en un diabético bien controlado no es preciso alterar el tratamiento odontológico, siempre que se efectúen con anestesia local y no se altere el ritmo de ingesta de alimentos. Antes de iniciar cualquier procedimiento se aconseja asegurarse de que ha tomado la medicación hipoglucemiante y ha que la ingesta alimenticia es la adecuada. En el caso de la insulina se debe de evitar el tratamiento en los momentos de máxima actividad del fármaco, pues existe una hipoglucemia transitoria, que se agrava si el paciente no ha consumido hidratos de carbono.

El uso de anestésicos no se debe modificar, ya que aunque la adrenalina puede antagonizar los efectos de la insulina, es mejor un adecuado control del estrés y una anestesia adecuada que evite la liberación de adrenalina endógena.

En la elección de un analgésico se debe evitar el ácido acetilsalicílico, pues compete por las proteínas plasmáticas

con los hipoglucemiantes orales, sustituyéndolo por paracetamol con o sin codeína.

4. Manejo de las complicaciones agudas. Hay que prevenir su aparición con un adecuado conocimiento de la clínica y el tipo de tratamiento de cada paciente.

De todas las complicaciones, la que con más frecuencia puede encontrarse en la consulta es la hipoglucemia. Esto se debe a que en pacientes insulino dependientes es habitual saltarse o retrasarse en una ingesta, lo que puede hacer muy posible que aparezca el cuadro durante o después del tratamiento dental y los síntomas a veces son banales y difíciles de identificar. Para ello el dentista debe ser capaz de reconocer la hipoglucemia incipiente, disponer de aporte de glucosa, tener en cuenta la opinión del endocrinólogo sobre el tratamiento dental y realizar el tratamiento lo más precozmente posible. Éste se ha referido ya previamente.

Las otras dos complicaciones agudas son más raras y de instauración más lenta, pero en algún caso pueden servir para sospechar que se está ante una diabetes sin diagnosticar. Por ello es preciso el conocimiento de los síntomas para tener un adecuado enfoque del problema y remitirlo de urgencia para su adecuado tratamiento. Es preciso recordar que a veces una infección de la cavidad oral puede ser el factor desencadenante del proceso.

Se aconseja que ante un paciente diabético en estado comatoso, sin que se sepa si es de origen hipo o hiperglucémico, se instaure el tratamiento como si fuera hipoglucémico, ya que aunque ya tuviera una hiperglucemia el aporte externo no le empeoraría la sintomatología y puede resultar vital para controlar la hipoglucemia.

Bibliografía

1. American Diabetes Association. Screening for Diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24(Suppl.1):S21-S24.
2. American Academy of Periodontology. Position paper: diabetes and periodontal disease. *J Periodontol* 2000; 71:664-678.
3. Alberti KG, Zimmet PZ. For the WHO Consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1. Diagnosis and classification of diabetes mellitus Provisional Report of a WHO consultation. *Diabetic Med* 1998; 15:539-553.
4. Bullón P, Machuca G. Asistencia odontológica en pacientes con patología endocrina: el paciente diabético y con patología suprarrenal. Atención odontológica a pacientes con problemas renales: pacientes dializados y transplantados. En: Bullón P, Machuca G. Tratamiento odontológico en pacientes especiales. Normón. Madrid, 2004. pp. 511-32.
5. Jowett NI, Cabot LB. Diabetic hypoglycaemia and the dental patient. *Br Dent J*. 1998 14;185:439-42.
6. Keene JR, Kaltman SI, Kaplan HM. Treatment of patients who have type 1 diabetes mellitus: physiological misconceptions and infusion pump therapy. *JADA* 2002; 133:1088-1092.
7. Le Marchand-Brustel Y. Molecular mechanisms of insulin action in normal and insulin resistant states. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 1999; 107:126-132.
8. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert

Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2001;24 (Suppl. 1):S5-S20.

9. Yalda B, Offenbacher S, Collins JG. Diabetes as a modifier of periodontal disease expression. Periodontology 2000 1994; 6:37-49.

ATENCIÓN DENTAL DE LOS PACIENTES INFANTILES CON PATOLOGÍA SISTÉMICA: EL PACIENTE CARDÍOPATA Y CON ALTERACIONES CONGÉNITAS DE LA COAGULACIÓN.

Antonio Rodríguez Pérez

Introducción

La cardiopatía se refiere, en sentido estricto, a enfermedades de las estructuras del corazón. En muchas ocasiones, la cardiopatía congénita se presenta en niños asociada a otros síndromes, que se explican a continuación.

Las alteraciones de la coagulación pueden deberse a alteraciones en la función plaquetaria, trastornos en la síntesis de proteínas y trastornos en los factores de la coagulación.

Estas situaciones especiales se pueden presentar en la consulta y habrá que tener en cuenta una serie de consideraciones para el tratamiento correcto de estos pacientes.

El paciente cardíopata

Entre los niños que padecen estos trastornos existe un amplio espectro de gravedad, aproximadamente 2 a 3 de cada 1000 recién nacidos presentan una cardiopatía congénita sintomática durante el primer año de vida.

Todavía se desconoce el origen y cómo se producen la gran mayoría de las cardiopatías congénitas.

Los factores genéticos tienen un papel importante en algunos casos de cardiopatías congénitas, por ejemplo, en un 3% de los pacientes se detecta un defecto genético único como ocurre en el síndrome de Marfan, en otros pacientes se asocia con una alteración de los cromosomas como ocurre por ejemplo en el síndrome de Down.

Aproximadamente entre el 2-4 % de las cardiopatías congénitas se asocian a factores ambientales y/o maternos como por ejemplo, diabetes gestacional, fenilcetonuria, rubéola congénita, lupus eritematoso, algunos medicamentos como los anticonvulsivantes, la ingesta de alcohol, etc.

Las cardiopatías congénitas se asocian en un porcentaje importante, aproximadamente en un 25%, con otras malformaciones renales, digestivas, osteoarticulares, etc. Esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de llevar a cabo el tratamiento.

Tipos de cardiopatía congénita

La cardiopatía congénita más común es la comunicación interventricular (el tabique que separa ambos ventrículos presenta una solución de continuidad o falta de cierre en alguna parte de su trayecto) con una frecuencia aproximada de entre un 25-30 %. Le siguen por orden de frecuencia las siguientes cardiopatías:

- Comunicación interauricular o CIA (solución de continuidad a nivel del tabique que separa ambas aurículas)

- Conducto arterioso persistente o ductos (persistencia de la permeabilidad del conducto se asocia con frecuencia a una infección congénita que puede ocurrir durante el embarazo)

- Coartación de aorta (obstrucción total o parcial de la aorta en cualquier lugar de su trayecto)

- Tetralogía de Fallot:

- Obstrucción de la sangre que sale del ventrículo derecho hacia los pulmones
- Comunicación interventricular (CIV).
- La aorta está mal posicionada, hacia la derecha, colocándose sobre el tabique próxima a la comunicación interventricular
- Aumento del tamaño del ventrículo derecho o hipertrofia ventricular

Coagulopatías congénitas

Se engloban en este grupo los trastornos congénitos de los factores plasmáticos que intervienen en la formación de fibrina y en la fibrinólisis. En general, afectan siempre a un solo factor; se han comprobado déficits de todos los factores, pero los más frecuentes son la hemofilia A, hemofilia B y la enfermedad de Von Willebrand.

Hemofilia

En la hemofilia A existe un déficit del factor VIII y en la hemofilia B, del factor IX.

El síntoma crucial de toda hemofilia es la hemorragia provocada por causas mínimas y que no cesan. Las manifestaciones hemorrágicas dependen de la dosificación del factor deficitario.

Así se clasifican las hemofilias en:

- Graves: tasa del factor menor del 1%
- Moderadas: 1-5%
- Leves: 6-40%

Normalmente las graves y moderadas se diagnostican en la primera infancia por hemorragias espontáneas, las leves

tras hemorragias secundarias a traumas, cirugías o extracciones dentales.

Enfermedad de Von Willebrand

Es un trastorno congénito que conduce a un déficit cuali o cuantitativo del Factor de Von Willebrand. Es la hemopatía más frecuente.

La misión de este Factor es mediar en la interacción de las plaquetas con estructuras del subendotelio vascular y por otra estabilizar el Factor VIII en la circulación.

La manifestación clínica más característica de la enfermedad es la hemorragia mucosa, aparentemente espontánea, que aparece como menorragia, epistaxis, hemorragia gingival, hematuria y melenas.

Hay una gran variabilidad clínica entre estos pacientes, incluso teniendo resultados similares en las pruebas de laboratorio.

Manejo Odontológico

Coagulopatías Congénitas

En primer lugar, siempre hay que consultar con su hematólogo.

El tratamiento dental no debe tener ninguna restricción una vez superados los posibles problemas, que se manejan si consultamos previamente a su hematólogo y control previo de la hemorragia.

Se debe realizar un correcto tratamiento farmacológico previo y posterior, siempre y cuando sea necesario.

Es bueno evitar las anestésicas tronculares en la medida de lo posible, utilizando mejor las anestésicas intraligamentosas.

Se debe realizar un postoperatorio cuidadoso y vigilarlo unos días después de la intervención. De todas maneras, en cirugías conviene realizar sutura y medidas locales de hemostasia.

Si es posible, lo ideal es tratar a los pacientes en un ambiente hospitalario. Ya que podemos evitar hemorragias mayores, en los casos de hemofilia, proporcionándoles el factor que en ese caso sea deficitario.

Hay que tener en cuenta además, que la mayoría de estos pacientes han sido transfundidos en algunas ocasiones. Las transfusiones multiplican la posibilidad de estos pacientes de padecer enfermedades infecciosas como VIH, hepatitis B y hepatitis C. Tomaremos las medidas barreras adecuadas y tendremos en cuenta su estadio de la enfermedad, ya que en el caso del VIH, pueden estar inmunodeprimidos.

Siempre hay que intentar evitar el uso de AINEs, que se usarán sólo en caso de necesidad y en periodos cortos de tiempo. Está totalmente contraindicado el uso de ácido acetil salicílico.

Cardiopatías congénitas

Como siempre, en primer lugar, consultar siempre con su cardiólogo.

La mayoría de estos pacientes, si los padres tienen conocimientos de la cardiopatía, el niño ya habrá sido operado y su cardiopatía estará tratada.

Tendremos en cuenta los medicamentos que toma, si los toma.

Usaremos preferentemente anestesia local sin vasoconstrictor.

A la hora de realizar cualquier procedimiento odontológico tendremos en cuenta que son pacientes con predisposición a la endocarditis bacteriana, así que siempre usaremos profilaxis bacteriana:

- No alérgicos a penicilina: amoxicilina oral; en niños 50 mg/kg una hora antes.

- Alérgicos a penicilina:

clindamicina en niños 20 mg/kg 1 hora antes.

azitromicina en niños 15 mg/kg 1 hora antes.

PROYECTO DE MODIFICACION DE LA LEY 28/2005 DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO. UNA OPORTUNIDAD PARA EL CAMBIO.

Olga Suárez Janáriz

La ley 28/2005, popularmente conocida como ley de tabaco, supuso un hito muy importante en nuestro país y un gran logro para la Salud Pública.

Antes de la publicación de esta ley teníamos una normativa nacional de carácter disperso y asistemático. En 2005 casi la totalidad de las CCAAS habían legislado al respecto, aprobando normas específicas sobre tabaco, como Galicia o la Comunidad Foral de Navarra, o bien en el marco de regulaciones más amplias, generalmente vinculadas a fenómenos de drogodependencias, como muchas otras comunidades entre ellas Canarias.

La Ley 28/2005, que desató una gran polémica en nuestro país, recoge en sus capítulos II, III, y IV, en mayor o menor grado la mayoría de las medidas que se han demostrado eficaces en el control del tabaquismo. Medidas como la regulación de la venta y el suministro, la limitación del consumo, las limitaciones de la publicidad, promoción y patrocinio, han supuesto un gran avance, y se han manifestado como una herramienta eficaz y necesaria para la Salud Pública, que han logrado en mayor o menor medida desnormalizar en consumo de tabaco, y proteger al

menos en parte, la salud de las personas que no fuman que como sabemos es casi el 70% de la población.

Aunque se ha logrado reducir globalmente la exposición de la población al ACHT (aire contaminado por humo de tabaco) en un 22%, la exposición en locales del sector hostelero solo ha bajado un 8% por efecto de la ley. Esto hace que haya dos grupos de población que siguen expuestos involuntariamente al ACHT, estos son los trabajadores de la hostelería y los menores.

La normativa actual, también se ha mostrado eficaz para controlar el patrocinio, promoción y publicidad directa de los productos de tabaco, pero a medida que avanzan las regulaciones las multinacionales tabaqueras desarrollan modelos de publicidad indirectos para seguir enviando mensajes en pro del consumo a sus dos principales grupos objetivos, los jóvenes y las mujeres.

También se ha avanzado en la asistencia sanitaria al tabaquismo, incluyendo en la cartera de servicios de atención primaria la atención al paciente fumador y aumentando cada vez más la cobertura. Pero se siguen sin financiar los tratamientos, en la mayor parte del territorio nacional, pese a la evidencia científica de su coste-efectividad, y en franca desventaja con la financiación de otras patologías crónicas como son la diabetes o la hipertensión arterial.

Por todo lo expuesto, y también con objeto de seguir en la línea seguida en materia de prevención y control de tabaquismo por la Unión Europea, y cumplir el Convenio Marco para el control de tabaco de la OMS, se plantea la necesidad de avanzar en estas políticas y revisar la norma para actualizarla y alcanzar los objetivos de disminuir la prevalencia de tabaquismo, proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco.

En este sentido la nueva proposición de Ley, pretende las siguientes reformas:

- Que todos los lugares cerrados accesibles al público, con independencia de su titularidad, sean espacios sin humo. Se deja como

excepción el 30% de las habitaciones de los hoteles, siempre que cumplan unos determinados requisitos.

- Se regulan los lugares para fumar en los establecimientos penitenciarios, en los establecimientos psiquiátricos, y en los centros residenciales de mayores y personas con discapacidad.
- También se propone la prohibición de fumar al aire libre, en los parques infantiles, y en los espacios que formen parte de los establecimientos sanitarios.
- Que el Gobierno determine mediante Real Decreto, los contenidos y componentes de los productos de tabaco, así como las condiciones de etiquetado que estos deberán cumplir.
- Que desaparezca toda forma de publicidad indirecta del tabaco, que en los medios de comunicación se prohíba la emisión de imágenes en las que aparezcan presentadores, o invitados fumando, o se mencionen o muestren marcas o logotipos asociados a productos de tabaco.
- Que se introduzcan contenidos orientados a la prevención y a la concienciación en los planes formativos del profesorado.
- Que la exposición al humo de tabaco en el trabajo sea considerada un riesgo laboral, y su vigilancia corresponda a la Inspección de Trabajo.

Esta proposición de Ley ha sido aprobada por el Congreso de los Diputados, y está actualmente en el Senado pendiente de enmiendas y propuestas de veto.

LESIONES ORALES ASOCIADAS AL TABACO.

Dionisio A. Cortés Ramírez

El consumo del tabaco desde hace unos años ha pasado de ser un hábito que raras veces era mal visto, a ser una adicción a la cual se asocian diversos efectos negativos para la salud a nivel cardiovascular, dermatológico y aerodigestivos entre otros. Los diferentes procesos orales que pueden desarrollarse en la cavidad oral son múltiples, pudiéndose mencionar problemas dentales, encías y tejidos que dan soporte al diente, así como en las mucosas que recubren la cavidad oral.

Sin duda alguna, los problemas que afectan a la mucosa oral son los que pueden tener mayor implicación e impacto en el pronóstico del paciente, llegando algunas veces a comprometer la vida de aquellos pacientes fumadores que desarrollan lesiones mucosas potencialmente malignas asociadas al tabaco.

Las lesiones potencialmente malignas asociadas al consumo de tabaco son la principal causa de cáncer oral. Desafortunadamente, el cáncer oral en España y más concretamente en las Islas Canarias tiene una incidencia alta, muy similar a otras regiones como sería la del País Vasco. Por otro lado, la mortalidad del cáncer oral es igualmente alta, estimándose entorno al 50% de los casos reportados. No obstante, se ha demostrado que la curación del cáncer oral en fases tempranas se encuentra cerca del 90%, lo cual dependerá fundamentalmente de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado.

Aunque sabemos que el cáncer oral es curable en estadios tempranos, los pacientes en los que los factores de riesgo, como sería el consumo de tabaco en cualquiera de sus modalidades, no son eliminados, el riesgo de desarrollar un segundo tumor primario o recidiva es elevado, lo que empobrece drásticamente el pronóstico de estos pacientes.

Dicho lo anterior, es de suma importancia que el personal de la salud, especialmente aquellos profesionales en los que la cavidad oral es o forma parte de su ámbito profesional como serían odontólogos, higienistas y médicos de cabecera, conocieran bien este tipo de procesos que si son detectados a tiempo pueden salvar la vida del paciente.

Destacan entre las lesiones "potencialmente malignas" asociadas al tabaco la leucoplasia y la eritroplasia oral, sin dejar a un lado lesiones que aunque no en riesgo de transformación maligna, pueden llegar a influir de forma

negativa en la calidad de vida del paciente como serían la enfermedad periodontal asociada al tabaco y algunas infecciones frecuentemente observadas en pacientes fumadores o con consumo de otras formas de tabaco.

Es importante recordar que el personal sanitario como el odontólogo, la higienista y el médico de cabecera tienen la responsabilidad de detectar estos procesos para su pronto diagnóstico y tratamiento, y de la misma forma incentivar a los pacientes al abandono del hábito tabáquico y de informarles de los beneficios que esto le supone.

DESHABITUACION TABAQUICA EN LA CONSULTA DENTAL.

Miguel Ángel Ponce González

Introducción

El tabaquismo es una enfermedad crónica de carácter adictivo y recidivante. Es la primera causa evitable de muerte en el mundo. Los profesionales sanitarios están obligados a diagnosticar y tratar correctamente a los fumadores para ayudarles a dejar de serlo

El consumo de tabaco es la adicción más perniciosa en el mundo desarrollado. Fumar cigarrillos es la principal causa evitable de muerte en el mundo occidental. El consumo de tabaco es la primera causa prevenible de muerte en España. Según los datos más recientes, cada año aproximadamente 55.000 personas mueren en nuestro país a causa del tabaco. Esto significa que una de cada cuatro muertes producidas en hombres y una de cada cincuenta muertes producidas en mujeres, son atribuibles al consumo del mismo. La OMS afirma que el tabaco mata a más de 4 millones de personas cada año, y se estima que matará a 8,4 millones de personas al año en 2020.

Según la encuesta nacional de Salud (ENS) de 2009, el 31 % de los españoles mayores de 16 años fuman, lo que equivale aproximadamente a unos 12 millones de personas. A pesar de la ley antitabaco española de Mayo de 2005, la prevalencia de tabaquismo prácticamente se ha mantenido invariable. Analizando la evolución de este fenómeno en cuanto a sexo, se comprueba que mientras se reduce el consumo en el sexo masculino, se produce un aumento paralelo en la población femenina, pasando de un 23% a un 27.2 %. Por grupos de edad, es el comprendido entre los 16-18 años de edad, donde se observa un mayor consumo por parte de las chicas frente a los chicos.

La comunidad autónoma de Canarias registró una prevalencia del 31.7 % de fumadores según los datos de la encuesta de salud de Canarias elaborada por el ISTAC en el 2004. El 14.8 % de la mortalidad total se podía atribuir al hábito tabáquico. Subdividiendo por patologías, el tabaco fue causante del 25.8 % de los cáncer de pulmón y traquea, del 21.7 % de enfermedades isquémicas cardiacas y del 12.7 % de accidentes cerebrovasculares.

Por enfermedades, las que tienen mayor riesgo relativo de muerte (RR, riesgo relativo, que expresa por cuánto se multiplica el riesgo de muerte por una enfermedad en fumadores, en comparación con personas que no fuman) son: cáncer de pulmón (RR=13), bronquitis y enfisema (RR=6,1), cáncer de laringe (RR=5,4), cáncer de boca

(RR=4,1), cáncer de esófago (RR=3,4), úlceras de estómago y duodeno (RR=2,8), cáncer de vejiga (RR=2,2) y cardiopatía isquémica (RR=1,7). Destaca el cáncer bucal con un aumento del riesgo de 4 veces mayor entre fumadores frente a no usuarios del tabaco (RR=4,1).

Tratamiento y manejo del paciente fumador en la consulta. Últimas novedades en el tratamiento.

Introducción

El tratamiento del tabaquismo es diferente para cada fumador y depende fundamentalmente de la motivación que estos tengan para abandonar definitivamente el consumo del tabaco. Aquellos fumadores que estén dispuestos a realizar un serio intento para dejar de fumar deben recibir dos tipos de intervención: una, conductual, encaminada a combatir la dependencia psíquica que pudieran padecer y otra, farmacológica, para aliviar la dependencia física por la nicotina.

El tratamiento farmacológico del tabaquismo se ha desarrollado ampliamente en la última década. Han aparecido nuevos fármacos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, se han modificado las formas de utilización y dosis de los ya existentes ó, incluso, se han variado ligeramente las indicaciones de unos y otros. Por otro lado, la irrupción en el campo terapéutico de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar ha abierto un debate importante sobre la necesidad de su financiación por el sistema sanitario público.

El tabaco no sólo es una sustancia tóxica sino que además tiene una gran poder adictivo, con capacidad de generar dependencia física, psicológica y psicosocial. La nicotina es la sustancia psicoactiva responsable de adicción fisiológica y del síndrome de abstinencia. Dicha adicción es comparable e incluso superior según diferentes estudios que la producida por otras drogas, como cocaína o heroína.

¿Por qué es importante contar con el médico o el profesional sanitario cuando se decide dejar de fumar?

El abandono del tabaco no es un hecho concreto, sino más bien un proceso que se desarrolla en varias fases. Tiene especial importancia conocer en cada momento la fase en la que se encuentra el paciente fumador y su progreso o retroceso en el proceso de deshabituación tabáquica. Se ha demostrado en numerosos estudios que el consejo

antitabaco médico o de cualquier profesional sanitario como el DENTISTA, es fundamental en la predisposición del fumador a su abandono (cambio de fase) elevando por tanto las posibilidades de éxito.

El consejo médico está orientado a favorecer un cambio de actitud en el fumador respecto a su situación frente al tabaco, a conocer los beneficios del abandono del mismo y se ha demostrado que cuanto más intensivo y sistematizado es, mejores resultados ofrece. Se ha estimado que si cada Médico de Familia o cualquier otro profesional sanitario realizara un breve consejo antitabaco sistemático se conseguiría una cesación del 5-10 %. Por otra parte existen tres pilares fundamentales en el tratamiento del tabaquismo siendo una de ellas el consejo médico, en segundo lugar el grado de motivación y en tercer lugar el tratamiento farmacológico.

De esta manera observamos como el sanitario sigue siendo protagonista ya que debe valorar el grado de motivación del paciente y debe ser el que elija el tratamiento farmacológico más adecuado según la historia clínica del paciente. Pero no solo eso, sino que además el seguimiento posterior en las sucesivas consultas médicas genera un compromiso médico-paciente que es considerado como refuerzo positivo.

Resumiendo en una frase: El médico y los profesionales sanitarios (dentistas, enfermería, etc.) tienen el principal papel en la lucha contra el tabaco cumpliendo cuatro funciones: modélica, educadora, social y terapéutica.

Tratamientos

Hasta ahora el tratamiento de esta pandemia se ha basado en el consejo médico, apoyo psicológico, terapia sustitutiva con nicotina (chicles, parches o comprimidos) y como representante de la familia de fármacos no nicotínicos, el bupropión. De esta forma en las consultas de deshabituación tabáquica combinan la realización de test para valorar la dependencia física (Fägerstrom) y motivación (Richmond), coximetrías de inicio y control de deshabituación, técnicas cognitivo-conductuales y uso de fármacos.

Recientemente, la comisión europea ha aprobado el uso de Vareniclina, una nueva ayuda para combatir la adicción al tabaco (evidencia A). Vareniclina fue desarrollado específicamente como un agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4 \beta 2$, que combina propiedades de agonista y antagonista en un mismo medicamento. Por ello ofrece alivio del ansia por fumar y los síntomas de abandono (efecto agonista) y además, bloquea la satisfacción y los efectos de recompensa de la nicotina (efecto antagonista). Un reciente metaanálisis ha demostrado resultados significativamente superiores de éxito de deshabituación con este fármaco frente a los anteriores descritos.

Otros fármacos en fase de investigación son el metoxaleno y la vacuna antinicotínica. El Rimonabant constituía otra alternativa, pero finalmente su uso ha sido aprobado para el síndrome metabólico.

¿Qué mejoras se producen en el paciente tras un año sin fumar?

El más reciente estudio publicado el año pasado sobre vareniclina concluye que la utilización de este fármaco en un intento por dejar de fumar, triplica las posibilidades de éxito al cabo del año de seguimiento frente a no usar ningún fármaco.

Los beneficios del abandono del tabaco en el paciente son progresivos y múltiples. El fumador que abandona el tabaco experimenta muy rápidamente una mejora sustancial de su calidad de vida, con un significativo aumento de su tolerancia al ejercicio y de sus capacidades gustativa y olfativa: Al año disminuye el riesgo de accidentes cerebro-vasculares, el riesgo de tener un infarto agudo de miocardio se reduce a la mitad y la capacidad para expectorar mejora y de sufrir enfermedades respiratorias incluido el cáncer de pulmón disminuyen.

Dejar de fumar produce un aumento en la expectativa de vida para ambos sexos, independientemente de la edad que se tenga. Además, los fumadores que abandonan el hábito presentan hasta un 50% menos de bajas laborales, un 20% menos de días perdidos por enfermedad y un 33% menos de visitas al médico.

COMUNICACIONES

HERRAMIENTA PARA LA PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD ORAL EN POBLACIÓN ESCOLAR EN FUNCIÓN DE LA CONCENTRACIÓN MEDIA DE FLUORURO POR LOCALIDAD.

Macrina María Martín Delgado¹, María del Pilar Basanta Paredes², Julia Campos Díaz ¹,
María Luisa Pita Toledo ¹.

¹ Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

² Unidad de Apoyo. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

Introducción

El Programa de Salud Oral de Canarias que tiene como finalidad mejorar el estado de salud oral de la población escolar de nuestra Comunidad, se viene desarrollando desde 1998 y progresivamente se han ido ampliando tanto la cobertura como los servicios que proporciona.

En materia de caries y fluorosis dental para el adecuado desarrollo de las actividades contempladas en el Programa, el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública requiere que el Servicio de Sanidad Ambiental le proporcione las concentraciones de fluoruro en el agua de consumo humano por entidad singular de población (localidad) según el padrón municipal de habitantes.

La información sobre las infraestructuras de los abastecimientos de agua de consumo humano y los resultados del autocontrol de la calidad del agua suministrada a la población (ejecutado por el gestor responsable), se notifican al Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC). A pesar de constituir un Sistema de gestión de datos de alto nivel, la actual versión del SINAC no permite efectuar consultas relativas a concentraciones de parámetros por entidad de población o localidad.

Por lo expuesto y con objeto de paliar esta deficiencia se ha desarrollado el trabajo que se presenta.

Objetivo

Desarrollar una herramienta que nos permita disponer de los valores medios de concentración de fluoruro en el agua de consumo humano por localidad, mediante la elaboración de mapas interactivos que relacionen municipio, localidades y concentraciones medias de fluoruro.

Material y método

Se han utilizado las zonas de abastecimiento, redes de distribución y los boletines de análisis de autocontrol de la calidad del agua de consumo humano del año 2009 notificados al SINAC para el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Canarias. El tratamiento de la

información se ha realizado utilizando los programas de Microsoft Excel y Access 2003 y 2007.

Resultados

Se ha obtenido el valor medio de concentración de fluoruro por localidad para 56 municipios de los 88 de la Comunidad Autónoma de Canarias (66,3%).

Los resultados obtenidos para el año 2009 ponen de manifiesto una gran variabilidad en las concentraciones de fluoruro en el agua de consumo humano suministrada a la población así como una deficiente implantación del SINAC en determinadas Islas.

La relación de localidades y valores medios de concentración de fluoruro puede ser consultada para cada municipio simplemente con elegirlo en la Isla correspondiente.

Esta herramienta se pondrá a disposición de los profesionales que desarrollan actividades dentro del Programa de Salud Oral de Canarias.

Dado que se trata de medidas de actuación que deben ser planificadas con suficiente antelación y teniendo en cuenta la relación entre la ingesta de fluoruro y la salud dental, la herramienta se actualizará anualmente.

Conclusiones

Las administraciones locales y gestores deberán proceder a la incorporación de la información del abastecimiento en el SINAC para posibilitar la notificación de los boletines de análisis de autocontrol contemplados en la legislación de aplicación, para todas las localidades o entidades de población recogidas en el nomenclátor del último padrón municipal publicado (INE).

El Servicio de Sanidad Ambiental de la Dirección General de Salud Pública publicará y actualizará periódicamente el mapa de fluoruro para facilitar el desarrollo y aplicación de los programas de prevención de la fluorosis y demás actuaciones asociadas a la concentración de fluoruro en el agua de consumo humano en relación con la salud oral de la población.

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES FUMADORES.

Pablo Navarro Ferrera¹, Cristina Rodríguez Castellano¹

¹ Consulta privada. Arucas. Gran Canaria.

Introducción

Está estadísticamente comprobado que en un alto porcentaje de los cánceres que se localizan en la cavidad oral, aparece el tabaco (bien sea fumado o masticado) como un importante factor de riesgo, ya que el humo del tabaco contiene más de 40 carcinógenos que tienen la capacidad de ocasionar daños al ADN.

Objetivos

Describir un protocolo de exploración de cabeza y cuello del paciente fumador que acude a la consulta dental

Metodología

La sistemática de exploración básica consiste en realizar, una vez concluida la historia clínica y anamnesis, la exploración extrabucal para valorar el aspecto general del paciente, ATM, ganglios... y luego protocolizar un orden de exploración de las diferentes zonas de la cavidad oral que

comienza con inspección y palpación de labios, mucosa yugal, paladar duro, paladar blando, orofaringe, lengua, suelo de boca, frenillos y glándulas para concluir con los dientes y encías.

Siguiendo este sencillo protocolo, nos aseguramos de visualizar toda la cavidad oral antes de comenzar con el tratamiento dental, confirmando así la presencia o ausencia de lesiones en cavidad oral y poder diagnosticarlas con la mayor antelación posible

Resultados

Se han seleccionado los 150 primeros pacientes que han acudido a la consulta desde la apertura de la misma, que cumplan el único requisito de tener una edad comprendida entre 40 y 75 años, independientemente de que sean fumadores o no. Los resultados se describen en la tabla adjunta.

SEXO	EDAD	HÁBITOS	LOCALIZACIÓN	DIAGNÓSTICO
Hombre	54	Fumador	Tramo edéntulo de mandíbula	Hiperplasia epitelial con hiperqueratosis
Mujer	60	No fumadora	Encía queratinizada	Hiperplasia epitelial con hiperqueratosis
Hombre	70	Fumador	Borde lateral de lengua	Carcinoma¿¿??
Hombre	59	Fumador	Mucosa Yugal	Hiperplasia epitelial con hiperqueratosis
Hombre	48	"Exfumador"	Suelo de boca	Paciente no se hace biopsia
Hombre	40	Fumador	Mucosa Yugal	Paciente no se hace biopsia
Hombre	45	Fumador	Mucosa Yugal	Paciente no se hace biopsia
Mujer	70	No fumadora	Encía queratinizada	Paciente no se hace biopsia
Hombre	40	Fumador	Mucosa Yugal	Paciente acude a hospital para biopsia
Mujer	65	No fumadora	Tramo edéntulo de mandíbula	Hiperplasia epitelial con hiperqueratosis

Conclusiones

Es labor primordial tanto del profesional sanitario cualificado que trabaja en atención primaria como del profesional que hace lo propio en clínicas privadas, el explorar exhaustivamente la cavidad oral de este perfil de

pacientes (como el de todos los pacientes) para detectar precozmente lesiones cancerizables que puedan empeorar el pronóstico inicial de la lesión debido a los agentes nocivos que posee el tabaco, para así, una vez diagnosticadas puedan ser tratadas y controladas para evitar su malignización.

LA GRAN DESCONOCIDA: LA APOFISIS CORONOIDES. SU SINTOMATOLOGÍA EN MORDIDAS CRUZADAS.

Luis de la Macorra García Castelló¹, Carolina Zumel García¹

¹Centro de Salud Escaleritas. Servicio Canario de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción

La apófisis coronoides y la ventana temporal tienen una relación singular: el paquete muscular de la apófisis atraviesa esta ventana. En las mordidas cruzadas, con la consiguiente alteración oclusal, el efecto de corredera que la ventana tiene se ve alterado por la morfogénesis asimétrica que la disfunción conlleva. Esta alteración se muestra, entre otros signos, como dolor en la ó las apófisis coronoides.

Objetivo

Valorar la presencia, ausencia é intensidad del dolor en las mordidas cruzadas, en referencia a la apófisis coronoides del lado afecto, el lado contrario ó ambas.

Método

Se someten al estudio 42 pacientes (8 niños, 12 jóvenes, 5 adolescentes y 17 adultos), con evaluación del dolor en las apófisis coronoides de 0,1,2 ó 3 cruces. Todos los pacientes presentan mordida cruzada (1 bilateral, 3 invertidas y 38 clásicas). El estudio se hizo con pacientes del Servicio de Salud Bucodental del Centro de Salud de Escaleritas y de Schaman.

Resultados

Solo el 7,2 % de los pacientes no presenta dolor en ninguna de las apófisis; por el contrario el 92,8 % si tiene dolor en alguna de ellas. De estos últimos el 82 % tiene dolor en la apófisis del lado contrario a la mordida cruzada y el 18 % restante presenta el dolor en el lado afectado.

Discusión

Todos los pacientes que no presentan dolor pertenecen a periodos inmaduros: niñez (2) y juvenil (1). Todos los adultos y adolescentes presentan dolor en algún grado.

Conclusiones

- 9 de cada 10 pacientes con mordida cruzada tienen dolor en alguna de las apófisis coronoides.
- 8 de cada 10 pacientes con dolor en las apófisis lo tienen en el lado contrario a la mordida cruzada.
- que los pacientes con mordida cruzada presenten, en general, dolor en alguna de las apófisis coronoides lo interpretamos como el primer paso hacia el síndrome del compromiso mandibular (CAT).
- el dolor en las apófisis se incrementa con la edad del paciente, siendo el máximo en la adolescencia.
- en la mordida cruzada bilateral, ambas apófisis duelen igual (solo un paciente).

OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES ASOCIADA AL USO DE BISFOSFONATOS.

Ariadna López Márquez ¹, Sacramento Bocanegra Pérez ², Marcelino López Álamo ³, Juan Ramón Viera del Rosario ⁴

¹Consulta privada. Las Palmas de Gran Canaria.

²Centro de Salud Puerto. Servicio Canario de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria.

³ Centro de Salud de San José. Servicio Canario de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria.

⁴ Servicio de Urgencias Canario. Zona Norte, Gran Canaria.

Objetivo

Exponer el riesgo de desarrollar una osteonecrosis de maxilares (ONM) en los pacientes que reciben bisfosfonatos para el tratamiento de las enfermedades metabólicas óseas, así como, las medidas preventivas más apropiadas, a la luz de los conocimientos actuales y detallar la forma de tratamiento para los diferentes estadios.

Según las recomendaciones del panel de expertos publicada en el Documento de consenso de la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) observamos que el riesgo de ONM en los pacientes tratados para la osteoporosis es muy bajo. Se han descrito una serie de factores asociados a un mayor riesgo de desarrollar ONM y entre ellos encontramos el tabaco, tanto en pacientes con neoplasias como con osteoporosis.

Material y Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados desde el enero 2000 hasta la actualidad, así como, en el Documento de posición de la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) y las sociedades relacionadas con el metabolismo mineral óseo sobre la osteonecrosis de maxilares y los bifosfonatos utilizados en el tratamiento de las osteoporosis en cuanto a la relación y recomendaciones del panel de expertos.

Resultados y Discusión

La osteonecrosis es una entidad clínica poco frecuente, asociada a una alteración del aporte sanguíneo o a una inhibición de la osteoblastogénesis e incremento de la apoptosis de los osteocitos. En el pasado, la osteonecrosis se ha relacionado con enfermedades como el lupus, la

anemia de células falciformes o la enfermedad de Caisson, o con algunos tratamientos como los corticoides o la radioterapia.

En 2003 y 2004 se publicaron los primeros casos de un proceso que fue denominado osteonecrosis de los maxilares (ONM) en pacientes que tomaban bisfosfonatos. Los bisfosfonatos son un grupo de fármacos que se utilizan ampliamente en un gran número de enfermedades metabólicas óseas. Los casos inicialmente descritos de ONM se produjeron en pacientes que recibieron dosis muy elevadas de bisfosfonatos, en un contexto de enfermedad neoplásica con metástasis, siendo muy escasos los casos descritos entre los pacientes que reciben estos fármacos a

dosis para la osteoporosis. La ONM tiene una etiopatogenia multifactorial, y se ha observado también en pacientes que no tomaban bisfosfonatos.

Conclusiones

Hoy en día, es muy importante el conocimiento de los tipos de bifosfonatos y su toxicidad, factores de riesgo, su diagnóstico y estadios clínicos, recomendaciones de tratamiento de dicha entidad, etc para la prevención y limitar la aparición de esta patología, pero sobretodo hacer hincapié en el cuestionario de la historia clínica para detectar al paciente de riesgo.

SÍNDROME DEL COMPROMISO MANDIBULAR, CAT.

Carlota Martínez Wallin¹, Sonia Córdoba Espada², María Magdalena Acosta Llanos³, Alejandra Jiménez Brito⁴, Ariadna López Márquez⁵, José Larena-Avellaneda Mesa⁶

¹ Consulta privada. Santa Cruz de Tenerife.

² Consulta privada. Jávea, Alicante.

³ Consulta privada. La Orotava, Tenerife.

⁴ Consulta privada. Telde, Gran Canaria.

⁵ Consulta privada. Las Palmas de Gran Canaria.

⁶ Consulta privada. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo

Describir la patología funcional traumatológica del aparato masticatorio que cursa con cefaleas y mareos, el Síndrome del Compromiso Mandibular (CAT) y explicar las cuatro pautas de su tratamiento etiológico.

Resultados

El Síndrome del Compromiso Mandibular (CAT) comprende la patología que se produce en cualquier situación de posición mandibular dinámica (masticación, bostezo, etc.) o estática (postural) en la que exista un impacto de alguna o algunas estructuras situadas en parte móvil del aparato masticatorio (mandíbula, musculatura, diente, prótesis, etc.) contra alguna o algunas estructuras situadas en el maxilar superior (maxilar, diente, prótesis, etc.).

En general podemos decir que el problema es de falta de espacio para que la mandíbula y su musculatura se muevan libremente al masticar, hablar, etc., sin golpearse o limitarse en la amplitud de sus movimientos normales. Puede tener carácter uni o bilateral.

Los pacientes con esta patología traumática del aparato masticatorio piden consulta motivados principalmente por dos síntomas: dolor espontáneo o motivado por la palpación en ciertas zonas craneales (ATM, oído, sien, etc.) y/o pérdida de estabilidad (mareos o vértigos).

Normalmente los pacientes no relacionan ninguno de estos síntomas con su aparato masticatorio, por lo que son remitidos a consulta después de ser vistos por otorinos, neurólogos, fisioterapeutas, quiroprácticos, psicólogos, psiquiatras, acupuntores, traumatólogos, rehabilitadores, especialistas en cirugía máxilofacial, dentistas, etc., o bien por visitar en Internet nuestra página web.

Frecuentemente han sido sometidos durante un largo periodo de tiempo a tratamientos ineficaces a base de

fármacos y férulas sin antes tener un diagnóstico correcto y comprobado clínicamente, expoliados económicamente y lo que es peor, la mayoría de ellos en un estado psicológico muy deteriorado, deprimidos, desesperados, desesperanzados y angustiados.

Cuando cuentan su historia clínica la mayoría de estos pacientes necesitan llorar para desahogarse de todas las incomprensiones por las que han pasado por falta de credibilidad cuando explican lo que sienten, sus síntomas, en diferentes zonas de su anatomía y oyendo como contestación por parte de los profesionales un "eso no puede ser, no tiene nada que ver una cosa con la otra, usted está somatizando, imaginando cosas que no están, que no pueden ser".

Un pensamiento muy común entre estos pacientes es que sospechan que tienen algo grave en la cabeza y que nadie consigue encontrarlo, darles un diagnóstico. Ellos saben que "algo" les pasa y lo que temen es que sea algo "malo" y encima no se lo encuentran. Viven con este pensamiento, se duermen con él y se despiertan con él, día tras día, año tras año.

El primer medio necesario a poner para que no lleguen estos pacientes a la situación de incorporarlos a ese "circuito cerrado rotatorio" por los diferentes especialistas y del que no pueden escapar, pasa porque nuestros colegas y los de las otras especialidades médicas y paramédicas tengan conocimiento de estas nuevas patologías funcionales traumatológicas que detallaremos a continuación y que sometan a un sencillo, rápido y práctico diagnóstico diferencial a este tipo de pacientes que les llegan con dolor y/o pérdida de la estabilidad, porque no todo consiste en meterlos en ese "cajón de sastre" que es la migraña y/o el Meniere.

No es necesaria una analítica complementaria compleja, basta con una buena anamnesis, inspección, un test de Romberg y sobre todo una palpación de las zonas o puntos desencadenantes del dolor que complementaremos

con una prueba de anestesia local en casos de duda o si queremos comprobar y asegurarnos del diagnóstico.

Hemos encontrado que diferentes cefaleas diagnosticadas como migrañas, tensionales, etc., y cuadros de mareos, vértigos, síndrome de Meniere, Síndrome de Boca Ardiente (Estomatodinia), etc., son síntomas de esta patología funcional traumática. Aquí nace el drama de estos pacientes: les diagnostican de unos síntomas que elevan a enfermedades y además les dicen que son de difícil y rara curación ya que no conocen su causa y terminan convenciéndoles que tienen que asumirlas de por vida con un tratamiento farmacológico.

La incidencia de esta patología funcional es muy alta, uno por cada diez individuos y afectando más al sexo femenino en la proporción de 4 a 1.

La experiencia nos ha hecho ver que muchas Disfunciones Craneo Mandibulares (DCM) estaban parcialmente equivocadas en el diagnóstico y que muchos de los síntomas que creíamos propios de las DCM, en realidad eran de CAT. No es que no existan DCMs, pero su proporción con el CAT es de 1 DCM cada 10 CAT.

El tratamiento del CAT comprende cuatro pautas, no siendo siempre necesarias utilizarlas todas:

- Posturas: mediante el control de posibles apoyos en la cara, lado de dormir, lado de masticar y todas aquellas actividades físicas que impliquen flexión del cuello con protrusión mandibular (ordenador, coser, etc..)
- Oclusión: equilibrado oclusal mediante la técnica de tallado selectivo del Dr. Planas y la sistemática del Dr. Larena.
- Aparatología: para evitar la protrusión mandibular nos apoyamos del "equilibrador invertido", aparato intraoral que evita precisamente este movimiento y evita el compromiso mandibular.
- Cirugía: Exodoncia de alguna pieza para crear espacio y evitar que impacte la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula, y/o en casos de mayor gravedad se procederá a la eliminación quirúrgica de la tuberosidad del proceso alveolar del maxilar superior.

Conclusiones

Apuntamos la necesidad y sencillez del método descrito para evaluar mediante un diagnóstico diferencial la patología del CAT y separarla de las otras patologías que cursan con cefaleas y mareos.

ABFRACCIONES: CONCEPTO, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CASOS CLÍNICOS.

María Magdalena Acosta Llanos¹, Alejandra Jiménez Brito², Ariadna López Márquez³, Carlota Martínez Wallin⁴, Sonia Córdoba Espada⁵, José Larena-Avellaneda Mesa⁶.

¹ Consulta privada. La Orotava, Tenerife.

² Consulta privada. Telde, Gran Canaria

³ Consulta privada. Las Palmas de Gran Canaria.

⁴ Consulta privada. Santa Cruz de Tenerife.

⁵ Consulta privada. Jávea, Alicante.

⁶ Consulta privada. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo

Relacionar el trauma oclusal con las abfracciones.

Metodología

Se ha hecho una revisión bibliográfica de la abfracción llamándosele en un principio "desgaste cuneiforme", estableciendo así el concepto y el origen y se ha diseñado una sistemática de tratamiento que se describe en dos casos clínicos.

Resultados

Se engloba la abfracción en un diagnóstico de desequilibrio oclusal y funcional causando un desgaste de esmalte y dentina a nivel del cuello dental lejos de la superficie oclusal

Decimos que una boca está en equilibrio oclusal y funcional cuando los movimientos mandibulares parten y terminan en una posición de céntricas estable, en máxima intercuspidación, en una dimensión vertical adecuada, que durante los movimientos de lateralidad derecha e izquierda exista contacto permanente y simultáneo de las caras oclusales inferiores contra las superiores en trabajo y

balanceo y que se mastique con la misma eficacia y comodidad por ambos lados de forma alternante, para lo cual debe tener unos Angulos Funcionales Masticatorios Planas (AFMP) y góticos iguales.

Nuestra sistemática para el equilibrado la dividimos en 2 fases:

1.- Una primera fase donde eliminando las interferencias o contactos prematuros que provocan la aparición de la doble oclusión, vamos a conseguir una céntrica estable y un máximo acoplamiento interdentario concordante.

2.- Una segunda fase, donde se equilibran las lateralidades para conseguir unos AFMP y góticos iguales, para que se mastique de forma bilateral y alternante.

Se presentan dos casos clínicos de dos pacientes que acuden a la consulta preocupados por el cambio estético que se está produciendo en sus piezas dentales a nivel de los cuellos dentales, además de cierta hiperestesia migratoria a la ingesta de bebidas frías o calientes. Ambos pacientes manifiestan que al despertarse notaban molestias mandibulares, como cansancio muscular y articular y se les había recomendado el uso de férula para

evitar dichos desgastes. No eran masticadores habituales de chicle ni de frutos secos.

En ambos casos se identifica la doble oclusión y el tratamiento realizado en primer orden fue parar la evolución de las abfracciones realizando un equilibrado oclusal para conseguir una oclusión céntrica estable.

EL PROGRAMA CEPILLÍN CEPILLÁN: UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL.

Gladys Gómez Santos¹, Javier Vázquez García-Machiñena¹, Dulce Gómez Santos², Margarita Padrón Moreno³

¹Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud

²Centros de Salud Dr. Guigou. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. Servicio Canario de la Salud

³Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

Introducción

Durante las pasadas tres décadas se han realizado estudios en diferentes países europeos, que confirman la reducción de la incidencia de caries en la dentición permanente. En cambio, la incidencia de caries en la dentición temporal no ha disminuido a un ritmo similar durante el mismo periodo de tiempo, incluso en algunos países se ha producido un repunte de esta patología. Este último fenómeno también se ha observado en Canarias, donde el cod (dentición temporal) a los 7 años de edad pasó de 1,14 a 1,37 entre los dos últimos estudios epidemiológicos realizados en 1998 y 2006.

En el curso 2005-2006 la Dirección General de Salud Pública puso en marcha el Programa "Cepillín, Cepillán", que es un Programa de educación para la salud dirigido específicamente a escolares de 3 a 5 años y su entorno familiar, cuya meta es la instauración progresiva de hábitos positivos para la salud oral mediante el desarrollo de un conjunto de actividades didácticas para que el profesorado y el alumnado trabajen en clase y en casa en los tres cursos de educación infantil. El Programa se ha ofertado sólo a los centros escolares que pertenecen a la Red de Escuelas Promotoras de Salud (REPS), por lo que actualmente solo se lleva a cabo en las Áreas de Salud donde la red está funcionando, que son Tenerife, Gran Canaria, Fuerteventura, La Palma y El Hierro.

La evaluación de los últimos 3 años de este programa revela que el caod se multiplicó por 6,8 al pasar de los 3 a los 5 años de edad, en un grupo de población que no seguían el Programa y en cambio sólo se multiplicó por 3,4 en otro grupo que sí participaban en el Programa. Por otra parte, el número de centros escolares totales participantes disminuyó entre 2006 y 2010 de 146 a 112, siendo la causa principal de este descenso, la imposibilidad de renovar las actividades durante los cursos pasados lo que resultaba monótono al profesorado. A pesar de ello, el número total de niños que se benefician del Programa continúa prácticamente igual debido a la participación de centros escolares con mayor número de alumnos.

Conclusiones

Concluimos que siguiendo la sistemática para el equilibrado oclusal expuesta, la carga o fuerza masticatoria se reparte uniformemente sobre el mayor número de piezas dentales, disminuyendo así la aparición del trauma oclusal.

Objetivos

- 1.- Ampliar y mejorar las actividades ofrecidas en el Programa "Cepillín, Cepillán".
- 2.- Diseñar instrumentos que mejoren la evaluación del Programa.
- 3.- Utilizar nuevos medios de difusión del Programa como la Página Web del Servicio Canario de la Salud, los Programas y redes internas de uso común en Atención Primaria y otras páginas de la Consejería de Educación.
- 4.- Planificar una futura conexión con el profesorado mediante otras aplicaciones informáticas que mejoren la comunicación y ahорren recursos económicos.

Material y Métodos

El Servicio de Promoción de la Salud, ha elaborado un CD, editado en octubre de 2010, que incluye, entre otros documentos, una nueva propuesta de actividades didácticas para realizar tanto individualmente como en grupo, mucho más amplia que la previamente existente, con la finalidad de que el programa pueda ser desarrollado durante varios años sin repetirlas.

Para ello se han tenido en cuenta las aportaciones del profesorado participante en el Programa en cursos anteriores y la *ORDEN ECI/3960/2007*, del Ministerio de Educación y Ciencias de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la educación infantil, (BOE nº 5, del. 5-1-2008).

Resultados

La nueva propuesta de actividades didácticas consta de 26 actividades para el primer curso de educación infantil (3 años), 25 actividades para el segundo curso de educación infantil (4 años) y 24 actividades para el tercer curso de educación infantil (3 años). En ellas se desarrollan las cuatro ideas básicas del Programa: la alimentación sana, la higiene de la boca, la visita al dentista, la prevención de accidentes y de hábitos nocivos.

Discusión y Conclusiones

Los centros escolares ofrecen un entorno interesante para la promoción de la salud, dado que cubren a una gran parte de la población infantil y a través de ella al personal escolar, las familias y toda la comunidad. Los mensajes de promoción de la salud pueden ser iniciados en etapas muy influenciadas de la vida de los niños, capacitándolos para desarrollar actitudes y habilidades sostenibles a lo largo de sus vidas. Una salud oral deficiente puede repercutir negativamente en la calidad de vida de los niños, en su rendimiento escolar y en sus logros en etapas posteriores de la vida.

Las prestaciones que ofrece el Servicio Canario de la Salud en los centros de salud en Atención Primaria han

estado hasta ahora orientadas fundamentalmente a los niños de 6 a 14 años de edad, dando prioridad a la dentición permanente. Este año se introduce, por primera vez, la revisión de la población de 3 a 5 años de edad y la aplicación de barniz fluorado en este grupo cuando existe alto riesgo de caries.

La aplicación de estas nuevas prestaciones junto al desarrollo de actividades de promoción de la salud oral, desarrolladas en los centros escolares a través del Programa "Cepillín Cepillán", aumenta las posibilidades de mejorar la salud oral de este sector de población.

Sería deseable ampliar la accesibilidad al Programa ofertando el mismo a todos los centros escolares infantiles de Canarias y no solo a los que pertenecen a la REPS.

UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL DE CANARIAS (PADICAN): 2009 Y 2010.

Margarita Padrón Moreno¹, Rita Trisancho Ajamil¹, Gloria Julia Nazco Casariego¹, Gladys Gomez Santos², Hilda Sánchez Janáriz¹, María Lourdes Brito González¹.

¹ Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de La Salud.

² Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.

Introducción y Objetivo

En abril del año 2009 se inicia el Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN) para toda la población nacida a partir del 1 de Enero del 2000, que se incorpora al cumplir los seis años. El Servicio Canario de la Salud desarrolla un módulo de gestión que se añade a la plataforma informática SICH (Sistema de información de conciertos hospitalarios) para la gestión de todo el procedimiento.

Los principales beneficios del sistema en la gestión de pacientes son: registro y validación de usuarios del PADICAN, tramitación en tiempo real, rapidez de respuesta, facturación de las prestaciones, verificación de resultados y control de calidad.

Material y Métodos

A través del módulo informático Web accesible desde Internet, 204 facultativos en el año 2009 y 255 en el año 2010, realizan todos los procesos de gestión, registro y facturación en tiempo real. La información queda registrada en una base de datos, permitiéndonos analizar el Programa.

Resultados

Todo ello nos ha informado de que 40.286 menores se han beneficiado desde Marzo del 2009 del PADICAN, registrándose un total 52.757 bonos. Utilizaron los dos años consecutivos el Programa 12.471 menores.

Así mismo se han realizado 97.155 actuaciones clínicas en cuanto a prestaciones básicas y 2.573 prestaciones especiales en estos dos años.

La distribución de las prestaciones básicas es la siguiente: el 32,2% son consejos sobre salud oral, 21% topicaciones de flúor, 19,1% selladores de fosas y fisuras, 3,5% tartrectomías, 12% obturaciones, 7% exodoncias, 5,2% detección precoz de maloclusión.

Las prestaciones especiales se han distribuido de la siguiente forma: el 20,3% son tratamientos pulpares, 23,2% grandes reconstrucciones, 11,2% reconstrucciones del grupo anterior, 23,4% mantenedores de espacio, 0,5% pernos prefabricados, 0,3% muñón metálico colado, 0,2% reimplantes dentarios, 0,5% suturas de tejidos blandos, 1% ferulización del grupo anterior.

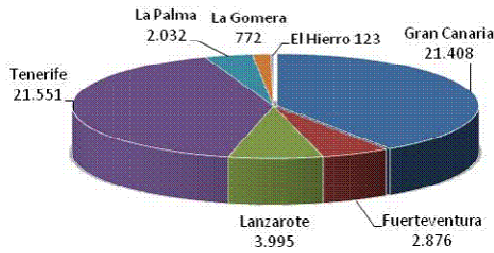
Otros resultados se presentan en las gráficas adjuntas:

Conclusiones

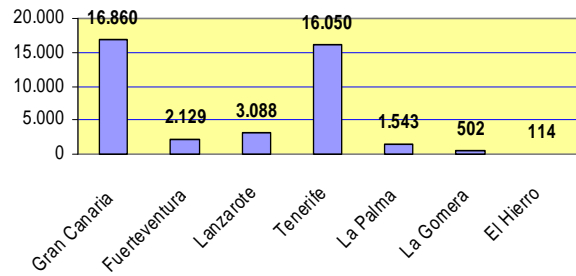
La oferta de nuevas prestaciones del Programa de Atención Dental Infantil y la incorporación de la red privada a los recursos existentes facilitando la accesibilidad, garantiza para toda la población de esas edades, los servicios dentales necesarios basados en la promoción y prevención, en aras de obtener un mejor nivel de salud oral.

La utilización del Programa de Atención Dental Infantil en el año 2009 ha sido del 32,64%, porcentaje que se prevee mantener a finales del 2010.

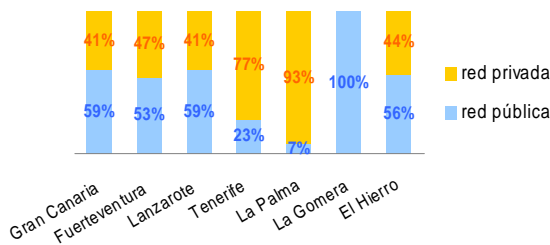
PADICAN 2009 y 2010
52.757 bonos registrados y su distribución por Áreas



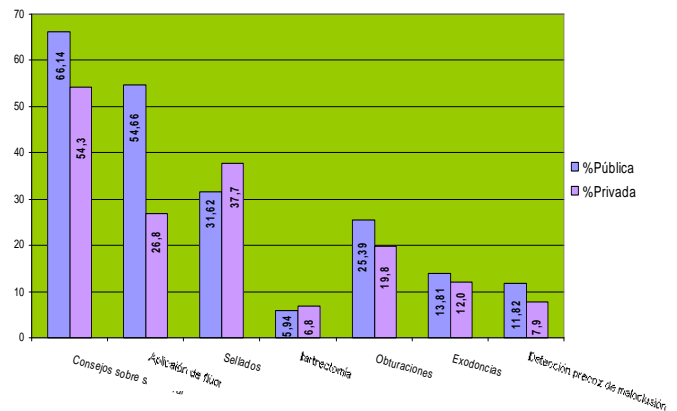
40.286 menores residentes en la C.A. se han beneficiado del PADICAN en los ejercicios 2009 y 2010



Distribución de bonos registrados por red asistencial en el ejercicio 2009 y 2010



Porcentaje de los tratamientos básicos realizados, según la red asistencial



MALOCCLUSIONES ESQUELÉTICAS TRANSVERSALES Y VÍAS AÉREAS SUPERIORES EN LA INFANCIA.

Irene Dorta Suárez¹, Rosa Gloria Suárez López de Vergara²

¹ Consulta privada. Tenerife

² Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.

Introducción.

Preservar una oclusión dentaria normal es un nuevo concepto de salud, puesto que de ello depende que las fuerzas de la masticación se repartan de una manera equilibrada y no existan sobrecargas musculares puntuales, ni desgaste prematuros de la articulación temporomandibular (ATM). Todo ello conlleva a mejorar la nutrición, la respiración nasal, y a tener una buena coordinación de los músculos del cuello y espalda.

Existen publicaciones que observan que la patología obstructiva de las vías aéreas superiores provocadas por adenoiditis crónica, rinitis alérgica, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño etc., producen maloclusiones dentarias en niños mayores de 7 años, no encontrando que esta patología tenga lugar en edades más tempranas.

Para el ortodoncista, uno de los problemas más preocupantes de las mordidas cruzadas en dentición mixta es el correcto diagnóstico del tipo de mordida, puesto que existen causas esqueléticas y dentarias, lo que decidirá un plan de tratamiento diferente.

Existe un tratamiento previo al desarrollo de la malformación esquelética, conocido como tratamiento interceptivo, que intenta prevenir los cambios progresivos e irreversibles de los tejidos blandos y óseos, mejorar las alteraciones esqueléticas, tratando de mantener un ambiente favorable para el crecimiento futuro, mejorar la función oclusal, muscular y obtener una estética facial adecuada.

En los niños con dentición mixta en los que se ha desarrollado una malformación esquelética transversal del maxilar superior, el tratamiento ortopédico es el indicado.

Objetivos

Presentar tres casos clínicos de pacientes con rinitis alérgica asociada a maloclusión dentaria.

Descripción

Las tres pacientes habían sido diagnosticadas de rinitis alérgica e hipertrofia amigdalina, asociada a respiración bucal, mordida cruzada y paladar hendido.

- Primer caso

Mujer de 7 años de edad con mordida cruzada bilateral, mordida abierta anterior y clase II esquelética.

Se propone tratar con un twin-block de acrílico cementado. En primer lugar se realizó la disyunción del paladar (11 mm.) con reja para eliminar el hábito de succión digital, y posteriormente se colocó la parte inferior del aparato para estimular el avance mandibular.

Se le efectúan revisiones periódicas durante seis años comprobando que el crecimiento transversal del maxilar superior ha provocado una mejoría en sus hábitos de respiración nasal.

- Segundo caso

Mujer de 7 años de edad con mordida cruzada unilateral (izquierda), paladar hendido, mordida abierta anterior y clase II esquelética.

Se propone tratar con un disyuntor de acrílico cementado. Se realiza una disyunción de 9 mm. A los 6 meses de iniciado el tratamiento, se cambia por un Quad-helix rígido soldado. Posteriormente fue tratada con ortodoncia la clase II dentaria, puesto que se produjo un crecimiento mandibular fisiológico.

- Tercer caso

Mujer de 6 años de edad con mordida cruzada anterior y posterior, y clase III esquelética.

Se propone tratar con disyunción de tracción anterior (4 mm) y mentonera cuyo uso fue de una media de 14 horas diarias. Logrando corregir las bases óseas en clase I.

En todas las pacientes se observó que tras el inicio y seguimiento del tratamiento ortopédico con disyuntor, se obtuvo una ampliación de la cavidad nasal, lográndose la percepción de mejora del flujo respiratorio nasal.

Conclusiones

1. El tratamiento ortopédico con disyunción rápida palatina puede mejorar la respiración nasal en pacientes con rinitis alérgica.
2. Se requieren investigaciones con mayor número de pacientes para determinar si este tratamiento mejora los síntomas nasales de la rinitis.

Bibliografía

1. Enlow, D. & Hans, M. *Crecimiento Facial*. Mexico, McGraw-Hill Interamericana, 1998. pp.1-25.
2. Monini, S, Malagola, C, Villa MP, Tripodi C, Tarentini S, Malagnino I, et al. Rapid Maxillary Expansion for the Treatment of Nasal Obstruction in Children Younger Than 12 Years. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;135(1):22-27.
3. McGuinness N, McDonald J. Changes in natural head position observed immediately and one year after rapid maxillary expansion. *European Journal of Orthodontics* 2006; 28, 126–134.
4. Doruk C, Sökükü O, Sezer H, Canbay E. Evaluation of nasal airway resistance during rapid maxillary expansion using acoustic rhinometry. *European Journal of Orthodontic* 2004; 26, 397-401.
5. Gianelly AA, Rapid palatal expansion in the absence of crossbites: Added value? *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003;124:362-5.
6. Calvin SC. Principles of retention in orthodontia. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003;124:352-61.
7. Gungor A, Turkkahraman H. Effects of Airway Problems on Maxillary Growth: A Review. *Eur J Dent* 2009;3:250-254.

PROGRAMA DE SALUD ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP). SERVICIO CANARIO DE LA SALUD. CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CANARIAS.

Lourdes Brito González¹, Luciano Díaz González², Aroldo R Felipe Govantes³, Juan Francisco García Cabrera⁴, Gladys Gómez Santos⁵, Ricardo Graziani González⁶, Ana Argelia Hernández Domínguez⁷, Antonio Moreno González⁸, Margarita Padrón Moreno¹, Beatriz Prieto Regueiro⁹, Magdalena Rojo Moreno¹⁰, Lourdes Suárez Pérez¹¹, Jesús Yanes Contreras⁴.

¹Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud

²Centro de Salud San Sebastián. La Gomera. Servicio Canario de la Salud

³Centro de Salud Santa Cruz de La Palma. Servicio Canario de la Salud

⁴Centro de Salud Puerto de la Cruz. Tenerife. Servicio Canario de la Salud

⁵Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.

⁶Centro de Salud San José. Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud

⁷Centro de Salud Canalejas. Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud

⁸Centro de Salud Puerto del Rosario. Fuerteventura. Servicio Canario de la Salud

⁹Centro de Salud Valterra. Lanzarote. Servicio Canario de la Salud

¹⁰Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife. Servicio Canario de la Salud

¹¹Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud

Objetivo

Revisión y actualización del Programa de Salud Bucodental vigente en ese momento en Atención Primaria.

Material y Métodos

Se conforma un grupo de trabajo formado por 13 personas entre profesionales de: las Unidades de Salud Bucodental (odontólogas/os, estomatólogas/os e higienistas dentales) de la red de Atención Primaria de seis de las siete Áreas de Salud, de las Gerencias de Atención Primaria de Gran Canaria y Tenerife, y de los Servicios Centrales.

La dinámica de trabajo fue de reuniones presenciales, una vez al mes, para discusión y consenso, y de trabajo personal previo reparto de tareas entre los y las componentes del grupo. El periodo de trabajo fue de un poco más de un año, iniciándose en octubre del 2008. Se tuvo un primer borrador del documento en julio del 2009, éste se envió al resto de las Unidades de Salud Bucodental (USBD) de las 7 Áreas de Salud para aportaciones y sugerencias. En diciembre del 2009 ya se tenía el documento definitivo.

Resultado

El proceso de trabajo dio como resultado un Programa discutido, consensado y actualizado que ha sido presentado a todas las Areas de Salud, a las USBD, a las Direcciones de Zona, y a las Direcciones-Gerencias de AP además de ser presentado a la prensa por parte de la Consejería. Se realizó una tirada en papel para entregarlo a los y las profesionales, y se colgó en soporte informático en la página web del Servicio Canario de la Salud (<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=f2b51416-d126-11df-a380-a19cf0dff4f6&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>), y en el Portal Informativo DRAGO-AP para los y las profesionales de AP.

El Objetivo del Programa es mejorar el nivel de la salud oral de la población objeto del Programa a través de la

realización de actividades preventivas, de promoción de la salud y asistenciales.

El Programa presenta los siguientes contenidos (índice):

- Introducción
- Población Diana.
- Objetivos: General y Específicos.
- Metas y Actividades
- Algoritmos de Actuación.
- Prestaciones incluidas y excluidas según la edad de la población.
- Evaluación: Sistema de Registro e Indicadores.
- Normativa de Interés.
- Anexos:
 - Anexo I: Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN)
 - Anexo II: Criterios Diagnósticos y Pautas de Actuación.
 - Anexo III: Criterios Técnicos y Pautas de Actuación.
 - Anexo IV: Criterios de Derivación
 - Anexo V: Consentimientos Informados.
 - Anexo VI: Educación Para la Salud.
 - Anexo VII: Recomendaciones a los y las pacientes tras los diversos tratamientos odontológicos
 - Anexo VIII: Referencias Bibliográficas.

Novedades del Programa:

- Se adecuan las prestaciones a las que establecía el Ministerio de Sanidad y Política Social en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.
- Se incorpora el Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN) puesto en marcha en el 2009, dirigido a la población de 6 a 15 años con provisión mixta, pública y privada, financiación pública, con libre elección y que oferta prestaciones básicas y especiales.
- Se incorpora el grupo de población infantil de 3 a 5 años.
- Se amplía la edad infantil en un año hasta los 15 años.
- Se informatizan las consultas odontológicas con la puesta en marcha de la Ficha de Salud Odontológica en el entorno DRAGO-AP.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE 20 CASOS DE OSTEONECROSIS ASOCIADA AL USO DE BISFOSFONATOS.

Sacramento Bocanegra Pérez¹, Ariadna López Márquez², Juan Ramón Viera del Rosario³, Marcelino López Álamo⁴, Mario Vicente Barrero⁵, José Juan Castellano Reyes⁵, Manuel Sosa Henríquez⁶, Lourdes Margarita Auyanet Ruiz⁷, José María Castellano Navarro⁵.

¹ Centro de Salud Puerto. Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud

² Consulta privada. Las Palmas de Gran Canaria

³ Servicio de Urgencias Canario. Zona Norte. Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud

⁴ Centro de Salud San José. Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud

⁵ Servicio de Estomatología, Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario Insular -Materno Infantil. Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud

⁶ Unidad Metabólica Ósea Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil. Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud

⁷ Centro de Salud de Alcaravaneras. Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud

Introducción

Desde 2003, los casos de ONM se han relacionado con la administración intravenosa de Bisfosfonatos (BP), en particular en los pacientes con cáncer avanzado y metástasis óseas. Además, también han aparecido casos en relación con la ingesta oral de BP.

La baja incidencia y la falta de información, hacen que la etiopatogenia de la ONM sea aún desconocida, aunque estos pacientes son vistos con relativa frecuencia, y muchos pacientes con desórdenes orales aparecen en consultorios médicos o dentales.

Objetivos

Presentar una serie de pacientes del Servicio de Estomatología, Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Insular con osteonecrosis de los maxilares (ONM) recientemente tratados con BF.

Metodología

Los pacientes que llegan al Servicio de Estomatología, Cirugía Oral y Máxilofacial son remitidos de los Centros de Salud de la zona sur de Gran Canaria y de los de la capital, así como, también son remitidos por la Unidad Metabólica Ósea y el Servicio de Oncología del mismo Hospital. En otras ocasiones son remitidos de consultas privadas para que sean valorados antes de iniciar el tratamiento con bisfosfonatos, o bien para valorar aquellos pacientes con lesiones ya instauradas.

Se han tenido en cuenta para el estudio de los 20 pacientes las variables siguientes: sexo, edad, diagnóstico,

bisfosfonato y vía de administración, dosis diaria, frecuencia del tratamiento en días, dosis total administrada, localización de la lesión y causa desencadenante. La duración del estudio ha sido de 36 meses.

Resultados

Las características de los pacientes se describen en la tabla adjunta.

Discusión

La osteonecrosis es una entidad clínica poco frecuente, asociada a una alteración del aporte sanguíneo o a una inhibición de la osteoblastogénesis e incremento de la apoptosis de los osteocitos.

En el pasado, la osteonecrosis se ha relacionado con enfermedades como el lupus, la anemia de células falciformes o la enfermedad de Caisson, o con algunos tratamientos como los corticoides o la radioterapia. La ONM tiene una etiopatogenia multifactorial, y se ha observado también en pacientes que no tomaban bisfosfonatos.

Conclusiones

Es importante conocer los tipos de bisfosfonatos y su toxicidad, factores de riesgo, su diagnóstico y estadios clínicos, recomendaciones de tratamiento de dicha entidad, etc. para la prevenir y limitar la aparición de esta patología, pero sobre todo hacer hincapié en el cuestionario de la historia clínica para detectar al paciente de riesgo y conocer los protocolos vigentes.

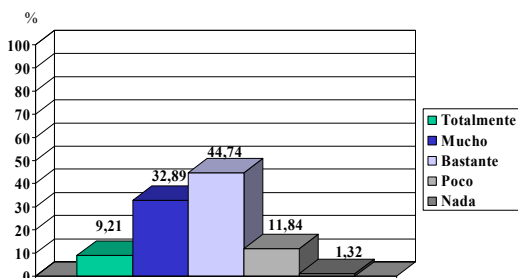
Paciente	Sexo	Edad	Diagnóstico	Bisfosfonato	Vía adm.	Dosis (mg)	Frecuencia (días)	Dosis total administrada	Factor Desencadenante	Localización ON
1	Mujer	56	Neoplasia mama	Ac. Zoledrónico	IV	4	28	128 mg	Exodoncia	Mandíbula
2	Varón	54	Neoplasia próstata	Ac. Zoledrónico	IV	4	28	92 mg	Desconocido	Mandíbula
3	Mujer	73	Neoplasia mama	Ac. Zoledrónico	IV	4	28	132 mg	Exodoncias múltiples	Maxilar Bilateral
4	Mujer	69	Artritis Reumatoide	Alendronato	Oral	70	7	8960 mg	Exodoncias múltiples	Mandíbula y Maxilar
5	Varón	77	N. Próstata Mieloma M.	Ac. Zoledrónico	IV	4	28	80 mg	Desconocido	Mandíbula
6	Mujer	77	Neoplasia mama	Ac. Zoledrónico	IV	4	28	56 mg	Exodoncias múltiples	Maxilar
7	Mujer	42	Neoplasia mama	Ac. Zoledrónico	IV	4	28	72 mg	Desconocido	Mandíbula
8	Mujer	44	Neoplasia mama	Ac. Zoledrónico	IV	4	28	112 mg	Desconocido	Maxilar
9	Mujer	54	Mieloma Múltiple	Ac. Zoledrónico	IV	4	28	108 mg	Exodoncias múltiples	Mandíbula
10	Mujer	53	Neoplasia mama	Zolendronato Ibandronato	IV Oral	4 50	28 Diario	64 mg 19500 mg	Desconocido	Mandíbula
11	Varón	47	Neoplasia próstata	Ac. Zoledrónico	IV	4	28	80 mg	Exodoncia	Mandíbula
12	Mujer	82	Osteoporosis	Alendronato	Oral	70	7	15120 mg	Exodoncias múltiples	Mandíbula
13	Mujer	41	Mieloma Múltiple	Pamidronato Zolendronato	IV IV	90 4	28 28	2790 mg 136 mg	Exodoncia	Maxilar
14	Mujer	76	Osteoporosis	Alendronato	Oral	10 70	Diario 7	41050 mg 10920 mg	Exodoncias múltiples	Mandíbula
15	Mujer	53	Neoplasia Recto-Colon	Pamidronato Zolendronato	IV IV	90 4	28 28	1080mg 144mg	Exodoncias múltiples	Mandíbula
16	Mujer	64	Neoplasia mama	Zolendronato Ibandronato	IV Oral	4 50	28 Diario	28mg 31.000mg	Desconocido	Maxilar
17	Mujer	63	Mieloma Múltiple	Pamidronato Clodronato Zolendronato	IV	90 300 4	28	1.080 mg 9.600 mg 160 mg	Exodoncia	Mandíbula
18	Mujer	50	Neoplasia mama	Zolendronato	IV	4	28	160 mg	Desconocido	Mandíbula
19	Mujer	55	Neoplasia mama	Zolendronato	IV	4	28	96 mg	Prótesis	Mandíbula
20	Mujer	62	Neoplasia mama	Zolendronato	IV	4	28	204 mg	Exodoncia	Mandíbula

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE OPINIÓN

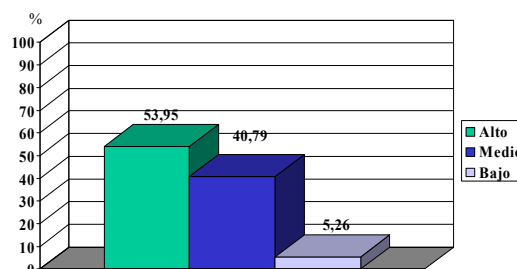
Asistieron a las Jornadas 121 personas, según registro de firmas. Para evaluar la opinión de los asistentes a las jornadas, se realizó una encuesta, recibiendo y

procesándose 48 cuestionarios cumplimentados, cuyos resultados se exponen en las gráficas.

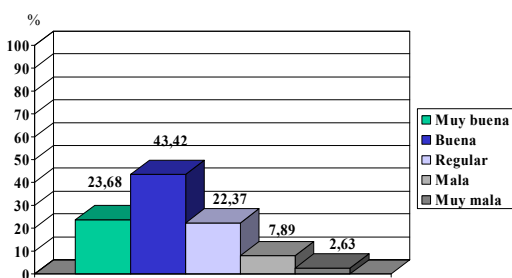
¿La información recibida ha satisfecho sus expectativas?



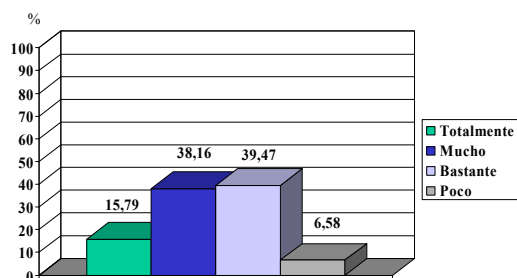
Interés de los temas



¿La organización de las jornadas ha sido?



¿La calidad de los ponentes ha satisfecho sus expectativas?



ORGANIZACIÓN DE LAS JORNADAS

COMITÉ CIENTÍFICO:

Presidente:

D Héctor Rodríguez Casanovas

Vocales:

Dña. Gladys Gómez Santos

D. Javier Vázquez García-Machiñena

COMITÉ ORGANIZADOR:

Responsable:

D. Santiago Martínez Ramos

Miembros:

D. Alberto Armas Navarro

D. Benito Robaina Rodríguez

D. Manuel Cáceres Arteaga

Dña. Margarita Padrón Moreno

Edición del boletín:

Servicio de Promoción de la Salud.

Dirección General de Salud Pública.

Servicio Canario de la Salud

Enero, 2011.

Redactores:

Gladys Gómez Santos

Javier Vázquez García-Machiñena

Las opiniones expresadas en este documento son de la exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.