

Necesidades de Prótesis Buco-Máxilo-Facial en el Municipio Playa 2000-2003.

Dra. Ada Sorhequi Rodríguez. *, Dr. Alfredo Álvarez Rivero **

* Especialista de 1er grado en Prótesis Estomatológica.

** Especialista de 2do grado en Prótesis Estomatológica, Profesor Auxiliar Dpto. Prótesis Facultad Estomatología ISCM-H, Investigador Auxiliar CIMEQ.

Resumen:

Se presentan los resultados de un estudio descriptivo, que tuvo como objeto la población del Municipio Playa, Ciudad de La.Habana. La información se obtuvo durante el periodo comprendido de Enero- Julio 2002, con el objetivo de identificar las necesidades de rehabilitación Buco Máxilo Facial. La identificación de los casos se realizó con la colaboración del Sistema de Atención Primaria de Salud (médicos de la familia), previa capacitación por los investigadores, para la localización de estas personas y el llenado de las planillas recolectoras de datos, además se orienta a los pacientes para el tratamiento de la enfermedad. Se encontró que las lesiones mas frecuentes eran las oculares (72.6%), maxilares (12.8%), nasales (4.2%) y auriculares (3.4%), fundamentalmente en personas del sexo masculino (59.8%), mayores de 60 años (41.8%) y de causa traumática (55.5 %). **Palabra Clave:** Prótesis Buco-Máxilo-Facial

Abstract:

The study of the needs of buco-maxillo-facial prosthesis of Playa municipality population between January and July 2002. The study took into account the age, sex, cause or defect variables of the patients. The universe come from the location of patients made by nurses and family doctors was essential. A survey that took into account the national instructive and methodological guidelines was applied. Affection in eye, nose, ear and maxilares were the most common in male population with more of 60 years in order to traumatic causes.

Introducción

Se denomina Prótesis Buco- Máxilo - Facial (PBMF), al arte y ciencia que comprende la rehabilitación funcional de las estructuras intra y para bucales por medios artificiales, no sólo restableciendo la forma y función adecuada, sino que conserva las estructuras remanentes, ya sean duras o blandas en buen estado de salud, lo que trae consigo la reincorporación del individuo a la sociedad ⁽¹⁾.

Los defectos que se producen en la región máxilo facial pueden tener origen congénito, traumáticos, neoplásicos y otros (infecciones, retinopatía diabética, etc.) ^(2, 3, 4).

Según Alfredo Álvarez Rivero, los defectos Buco Máxilo Faciales se clasifican de la siguiente - Pérdida del globo ocular y conservación de los tejidos adyacentes (unilateral y bilateral).

- Pérdida del globo ocular y los tejidos adyacentes.
- Pérdida total o parcial del apéndice nasal.
- Pérdida total o parcial del pabellón auricular (unilateral o bilateral).
- Pérdida total o parcial del maxilar.
- Pérdida total o parcial de la mandíbula
- Pérdida total o parcial de algunos huesos del cráneo.
- Pérdida de mas de una estructura (defecto complejo).

Uno de los principios fundamentales para establecer el plan de tratamiento es poder contar con un equipo multidisciplinario en el cual todos los integrantes puedan aportar desde el comienzo sus criterios, lo que permitirá un complemento integral del tratamiento de modo que cada uno sea capaz de nutrirse de la capacidad científica técnica e interpretativa de los demás ⁽⁵⁾, además de los beneficios que reporta para el paciente someterse a una sola operación, (siempre que sea posible) no solo desde el punto de vista de salud sino también económico y social.

Este equipo esta compuesto por especialidades:

MEDICAS:

- Oftalmólogos
- Neurocirujanos
- Otorrinolaringólogos
- Plásticos.
- Oncólogos.
- Anestesia.
- Radioterapeutas.
- Lic. Enfermería.

ESTOMATOLOGICAS:

- Máxilo-faciales
- Prótesis Estomatológica.
- Ortodoncia.
- Periodontólogos.
- Equipo de técnicos de Prótesis
- Técnicos de Atención Estomatológicas.

NO MÉDICAS:

- Psicólogos.
- Licenciados Físicos.
- Etc.

Pero la rehabilitación de la cara y prótesis PBMF se llevo a cabo en nuestro país con recursos materiales y humanos muy limitados, debiendo ser necesario en ocasiones enviar pacientes al exterior para recibir dicho tratamiento, atendiéndose de 1990 a 1996; 20 pacientes a un costo total de 218 000 USD.

Todo esto provocaba que no se diera respuesta a las necesidades acumuladas y crecientes que existían de este servicio a escala nacional; por eso en 1999

en el Plan Maestro de Inversiones de la Salud en Cuba y con el financiamiento del Consejo de Estado, se incluye el” Proyecto de Creación de una Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco Máxilo Facial” que fue inaugurada el 14 de Junio de ese mismo año, y que esta integrado por 6 centros distribuidos en todo el territorio nacional: tres en Ciudad de la Habana: Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ) como centro coordinador, Facultad de Estomatología ISCM-H y el Instituto de Medicina Militar “Luis Díaz Soto”, para la atención de las provincias occidentales, un servicio en el Centro Nacional de Ciegos y Débiles Visuales de Bejucal, Provincia La Habana, uno en Villa Clara para el centro y otro en Santiago de Cuba para las provincias orientales ⁽⁶⁾.

También se ha demostrado que en los últimos 10 años la población cubana en general tiende en un gran porcentaje a envejecer, lo que ha provocado que las lesiones oncológicas hayan aumentado, esto está aparejado con el desarrollo acelerado de las especialidades quirúrgicas y su actividad en todo el territorio nacional que ha posibilitado una disminución de los peligros de muerte pero también ha incrementado las necesidades de rehabilitación de PBMF

Por estos motivos nuestro Sistema Nacional de Salud se propuso investigar las necesidades reales de prótesis Buco- Máxilo- Facial en la población de Ciudad de la Habana y del resto del país, para así tomar una serie de medidas, en cuanto a planificación de recursos, centros disponibles y formación de personal especializado, encaminado a satisfacer las demandas existentes, por lo que fue necesaria la realización de una encuesta en el ámbito nacional que brindara estos datos.

Este trabajo forma parte de esta investigación nacional para conocer las necesidades que existen en el Municipio Playa. y que posteriormente se vinculará al estudio de la Ciudad de la Habana.

Material y Método:

La presente investigación es un estudio descriptivo de toda la población con necesidad de PBMF en el Municipio Playa, durante el periodo comprendido desde noviembre del 2000 a septiembre del 2003. Esto se realizó mediante un cuestionario previamente

diseñado que se entregó a los pacientes a través del Sistema Primario de Salud (Médico de la Familia.)

La región del Municipio Playa objeto de este trabajo tiene una población de 184 105 habitantes, en un área de 25 Km. 2, donde se ubican numerosas playas que sirven para el disfrute y esparcimiento de nuestra población, además de una amplia red hotelera para el desarrollo del turismo en todo el litoral, al norte de la Capital.

Una de las peculiaridades de este municipio es su extensión en longitud, muy significativa, que dificulta el acercamiento de los núcleos poblacionales a la infraestructura medico asistencial ⁽⁷⁾; aún así tiene la ventaja de ser uno de los pocos municipios que cuenta con un centro especializado en PBMF que por demás es el centro coordinador, ubicado en el Hospital CIMEQ. También cuenta con 9 policlínicos 20 Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y 293 consultorios del médico de la familia, agrupados todos en un sistema único de asistencia que proporciona una atención integral a todos los habitantes de la región. (Anexo 1)

Se logró identificar 117 pacientes de ambos sexos residentes en el área de salud escogida para el estudio, los mismos presentaban mutilaciones faciales o intraorales que fueron identificadas mediante el examen físico facial con el uso de depresores linguales o espejos bucales.

El procesamiento estadístico se basó en técnicas descriptivas de porcentajes y se empleó tasa general de prevalencia para los individuos con necesidad de prótesis PBMF, cada 10 000 habitantes, los resultados fueron vaciados en tablas estadísticas. Se tuvo en cuenta el Sistema Estadístico Nacional diseñado para la Red Asistencial Nacional.

Se trabajó con las variables de edad, sexo, etiología del defecto y zona afectada.

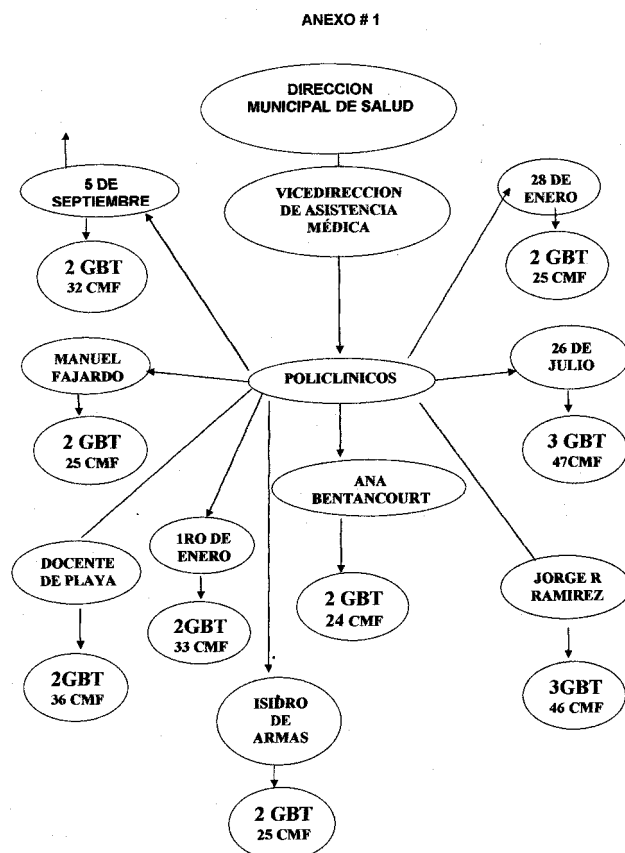
En el manejo de la edad se dividió en varios grupos de edades para que sea más significativo, estos grupos son: 0-4, 5-11, 12-14, 15-18, 19-34, 35-59, 60 y más años.

En cuanto al sexo se incluyó dentro del sexo femenino todas las mujeres y dentro del sexo masculino todos los hombres.

Dentro de la etiología del defecto se incluye las congénitas, traumáticas, oncológicas y otras. Entendiéndose por congénitas todas aquellas deformaciones que se tienen al nacer, por traumáticas las deformaciones producidas por traumas y que necesitan rehabilitación, y por último las oncológicas que incluye las intervenciones quirúrgicas por neoplasias que se tengan que rehabilitar.

Dentro de otras etiologías se encuentran los producidos por infecciones, retinopatías diabética, etc.

En la investigación el criterio de inclusión comprende todos aquellos pacientes que tengan pérdida parcial o total de alguna de las estructuras del macizo cráneo facial., y en el criterio de exclusión todos aquellos pacientes que no tengan pérdida de las estructuras cráneo- faciales.



Análisis y Discusión de los Resultados

Tabla 1 Comportamiento de la tasa de prevalencia de necesidad de prótesis Buco-Máximo-Facial.

TOTAL DE POBLACION	NECESITADOS	TASA POR 10 000
184 105	117	6.35

En la tabla 1 se puede apreciar el comportamiento de la tasa general de prevalencia de necesidad de Prótesis Buco-Máximo-Facial. En este caso tenemos que para un total de 184 105 habitantes en el Municipio Playa, existen 117 afectados para una tasa de prevalencia de 6.35 por cada 10 000 habitantes, siendo el municipio capitalina de mayor tasa de incidencia. Si establecemos una comparación con otros problemas de salud como la hipertensión arterial y la diabetes en nuestro municipio, podemos afirmar que este problema de salud presenta una baja tasa de prevalencia. Sin embargo, al comparar dicha tasa con la obtenida por el Dr. Roger Peña en un estudio similar al nuestro realizado en el Municipio Especial Isla de la Juventud ⁽⁷⁾, se puede ver que nuestra tasa fue mayor que la obtenida en dicho estudio que fue de 3.25.

Tabla 2 Comportamiento de la tasa de prevalencia para la edad

EDAD	POBLACIÓN	NECESITADOS	TASA POR 10 000
0-4	10927	1	0.91
5-11	11825	2	1.69
12-14	12168	6	4.93
15-18	10142	3	2.95
19-34	43019	13	3.02
35-59	63525	43	6.76
60+	32499	49	15.0

En la tabla No 2 se puede observar que la edad que más riesgo tiene de padecer este tipo de lesión dentro del municipio es la de 60 años y más con una tasa de 15 por 10 000 hab., seguido por el grupo de 35 a 59 con una tasa de 6.76 por 10 000 hab. Esta tendencia coincide con la observada como resultado

de estudios realizados en Argentina, donde se aprecia una mayor incidencia de este problema de salud a partir de la séptima década de vida ⁽⁸⁾.

La mayor prevalencia de necesitados a edades mayores de 60 años puede responder a varios factores, entre los que se pueden mencionar el hecho de que a los 60 años los individuos han tenido mayor probabilidad de haber sufrido durante su vida alguna de las afecciones que provocan lesiones Buco-Máximo-Faciales ⁽⁹⁾.

Estudios realizados demuestran que en los últimos años la población cubana tiende a envejecer debido entre otros factores, a la elevación de la esperanza de vida por encima de 75 años (10), lo cual provoca que las lesiones oncológicas hayan aumentado y esto junto con el avance de las técnicas terapéuticas hace que sea mayor la demanda de prótesis Buco-Máximo-Facial.

Tabla 3 Comportamiento de tasa de prevalencia para el sexo

SEXO	POBLACION	NECESITADOS	TASA POR 10000
FEMENINO	97 766	47	4.80
MASCULINO	86 339	70	8.10

En la tabla No 3 se refleja la tasa de prevalencia para el sexo, dando como resultado que el sexo masculino es el que mayor riesgo tiene de padecer estas lesiones en la población del municipio Playa, con una tasa de 8.10 por 10 000 hab.

Esto se debe a que el sexo masculino está más expuesto por causas de índole social, cultural y física a sufrir traumatismos ⁽¹¹⁾, etiología que como se podrá observar más adelante, es la que más afecciones Buco-Máximo-Faciales produce.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por la Dra. Esther Ma. Sánchez Díaz en estudio similar realizado en la provincia de Sancti Spiritus ⁽¹²⁾.

Tabla 4 Porcentaje de pacientes necesitadas según tipo de prótesis Buco-Máxilo-Facial

TIPO DE AFECCION	PACIENTES	%
OCULAR	85	72.6
AURICULAR	4	3.4
NASAL	5	4.2
MAXILAR	15	12.8
MANDIBULAR	3	2.5
COMPLEJA	2	1.7
CRANEAL	3	2.5
TOTAL	117	100

En la tabla No 4 se observa que para un total de 117 personas encuestados el mayor porcentaje de defecto corresponde a las lesiones oculares con 85 casos para un 76.2%. No se presenta ningún caso afectado en la región orbital.

En la provincia de Santis Spiritus se realizó un trabajo similar y de 332 pacientes afectados 150 presentan pérdida del globo ocular para un 45.2%.⁽¹²⁾

Igualmente en el municipio especial de la Isla de la Juventud de 26 casos se obtuvieron 21 afectados de esta región para un 80%.⁽⁷⁾

El trauma ocular es una de las principales causas de pérdida visual en el mundo. En los EE.UU. se producen más de 2.5 millones de traumatismos oculares al año dejando miles de personas visualmente discapacitadas⁽¹³⁾.

Según estudios realizados la segunda causa de pérdida del globo ocular se debe a los tumores ya sean malignos o benignos ocupando un 50 % de las patologías no traumáticas, dentro de las malignas el más frecuente es el seudo tumor inflamatorio⁽¹⁴⁾.

En orden decreciente le siguen los defectos maxilares con un 12.8 % y los defectos nasales con un 4.2 %, debido a que es la parte más prominente de la cara y queda expuesta ante la mayoría de los traumatismos⁽¹⁵⁾.

Tabla 5 Distribución de pacientes según etiología de la lesión

ETIOLOGIA DE LA LESION	PACIENTES	%
TRAUMATICA	65	55.5
ONCOLOGICA	20	17.1
CONGENITA	10	8.5
OTROS	22	18.8
TOTAL	117	100

En la tabla no 5 se refleja los casos de defectos craneo faciales según la causa dando como resultado que el trauma es la etiología predominante con 65 afectados para un 55.5%. Coincidiendo con los resultados obtenidos en la Isla de la Juventud que fueron de 73% de afectados por esta etiología⁽⁹⁾, al igual que en la provincia Spirituana los datos fueron predominante para esta etiología con un 44.9% de los casos encuestados⁽¹²⁾.

Sin embargo difiere con estudios realizados en los Estados Unidos donde la causa más frecuente de lesiones Buco-Máxilo-Faciales es la oncológica con un 80%⁽³⁾.

Los traumas más frecuentes ocurren en ambientes laborales. El traumatismo es, en gran medida, prevenible, si se toman las precauciones adecuadas de protección al estar expuesto al riesgo. Aquellos traumatismos que ocurren en el hogar son, en general, producidos por actividades semejantes a las que los generan en ambientes laborales, tales como uso descuidado de herramientas, y cáusticos, entre otros. De ahí la importancia de la toma de conciencia, por parte de la población, de este tipo de accidentes que pueden incapacitar a una persona de por vida. El uso de lentes protectores, y otras medidas de seguridad, es algo en extremo sencillo y de alto rendimiento, en términos de la protección que otorgan. La actividad deportiva es otra circunstancia que debe tenerse presente, ya que los traumatismos producidas por ella son frecuentemente graves⁽¹³⁾.

Otra causa frecuente de traumatismo lo constituyen los accidentes automovilísticos, dentro de los cuales los principales factores que lo propician son las indisciplina vial, la recuperación de la intensidad

de la circulación, el deterioro de la red vial, el deficiente estado de las señalizaciones y la heterogeneidad en el parque de vehículos, así como el uso de sustancias estimulantes mientras se conduce, sin embargo estudios realizados demuestran que entre el 80% y 95% de los accidentes de tránsito dependen de factores humano. ⁽¹⁶⁾

Le sigue en frecuencia las de causa oncológicas con 20 casos para un 17.1% de necesitados. Tanto en los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo (como es el caso de Cuba), se observa un marcado incremento en la población mayor de 60 años, como resultado del desarrollo del sistema de salud. El riesgo de padecer cáncer se incrementa con la edad por causa de un periodo mayor de exposición a numerosos cancerígenos ⁽⁹⁾. Otro elemento positivo a tener en cuenta es la efectividad del Programa Nacional de Detección del Cáncer Precoz.

Tabla 6 Porcentaje de pacientes según sexo

SEXO	PACIENTES	%
MASCULINO	70	59.8
FEMENINO	47	40.1
TOTAL	117	100

En la tabla No 6 los resultados coinciden con los obtenidos en la tabla No 3, siendo el sexo masculino el más necesitado dentro de las lesiones Buco-Máximo-Faciales con 70 casos para un 59.8% mientras que el sexo femenino fue de un 40.1%.

En el trabajo realizado en Santis Spiritus el sexo masculino también fue el predominante con 217 casos para un 65.3 %.

Así mismo ocurre en la Isla de la Juventud donde el sexo masculino ocupa un 88.4%.

El predominio del sexo masculino se debe a que realizan actividades cotidianas más fuertes e intensas que son capaces de provocar lesiones ⁽¹⁵⁾. Se debe tener en cuenta además la indisciplina en el uso de los medios de protección.

Esto ocurre igualmente en la infancia ya que las actividades y juegos de varones son más violentos, riesgosos y agresivos que en los que participan las hembras ⁽¹⁶⁾.

Tabla 7 Porcentaje de pacientes necesitados según grupo de edades

En la tabla 7 se puede observar que el grupo de edad más necesitado fue el de 60 y más, con 49 casos para un 41.8%, repitiéndose el comportamiento de la tabla No 2. Este resultado está seguido por el grupo de 35-59 años con 43 afectados para un 36.7%, mientras que en los grupos de 0-18 años se observa solo un 10.2%.

Los pocos casos encontrados en menores de 18 años se pueden relacionar con la extrema elasticidad de los huesos de los niños, que estos tienen más pequeña la cara en relación con el cráneo y que no están frecuentemente expuestos a traumatismos tan intensos como los adultos ⁽³⁴⁾. Aunque estos traumatismos van aumentándose a medida que el niño aumenta su radio de actividad dentro y fuera del hogar y se independizan ⁽¹⁷⁾.

Conclusiones:

- La tasa general de prevalencia de necesidad de Prótesis Buco-Máximo-Facial se comporto al 6.35 por cada 10 000 hab.
- La edad con mayor riesgo de presentar defectos Buco-Máximo-Facial es la de 60 años y mas, para un 41.8 %.
- El sexo masculino tiene mayor riesgo de padecer estos defectos faciales, con el 59.8%.
- El tipo de lesión que reportó el mayor número de pacientes fue el ocular, con el 72.6%.
- El factor etiológico más frecuente resultó ser el traumático, representando el 55,5%.

Bibliografía:

1. Rahn, Boucher Prótesis Máxilo – Facial. Principios y Conceptos Ed. Toray S.A. Barcelona 1973.
2. Gómez Rivero V. Rehabilitación Máxilo Facial por Somatoprotesis. Tesis de Grado. 1984.
3. Moore D.J., Dexter W.S. The current status of maxilo facial prosthetics training programs in the Unite States. Maxilo Facial prothetic and dental implant. 1994 Nov 72(5): 469-72.
4. Jankielewicz I, y coautores. Prótesis Buco Máxilo Facial. Ed Quintessence, S.L. Barcelona; 2003. Pág. 45.
5. Alvarez Rivero, A: Conceptos y Principios Generales en Prótesis Buco Máxilo Facial. Ciudad de la Habana: Ed Palacio de las Convenciones 1993.
6. Álvarez Rivero, A Novoa Castro, A. Una Inquietud Milenaria. Rev. Avances Médicos (1) Enero- Abril 1999.
7. Peña Wong R. Necesidad de Prótesis BMF en el Municipio Isla de la Juventud. 2002. Facultad de Estomatología, Ciudad Habana.
8. González Aguiar O. ¿Es la calidad de vida un obstáculo de la cirugía de cabeza y cuello? <http://www.clinano.com.Ar/> [consulta 02/2002].
9. Soriano García J.C., Galán Álvarez y, Luaces Álvarez P. Incidencia en Cuba del Cáncer en la 3ra edad. Rev. Cubana Ontología 1998; 14(2): 121-28.
10. Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Revista Editorial Científico Técnica, 1996, 257, 6.
11. Pierola Gil G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Ed. Científico Técnica S.A. Mason S.A., 1994. Barcelona.
12. Sánchez Díaz E. M. Necesidad de Prótesis BMF en la Ciudad de Santis Spiritus. 2001. Facultad de Estomatología, Santis Spiritus.
13. López Astaburiaga J. M. Trauma Ocular. [Biblioteca Virtual en línea]. 2003. [http://Escuela. Med. Puc. Cl.](http://Escuela.Med.Puc.Cl.) [consulta 18. 04. 03]
14. Melgares Ramos Ma.A, Cordies Justin N, Puig Mora M. Incidencia de la Patología Orbitaria en el INOR durante el año 1998. Revista Cubana Ontología 1999; Vol. 15(3): 156-9.
15. Quintana Díaz J.C., Hdez Izquierdo D, Giralt López B. Incidencia de Fracturas Máxilo Faciales en el Municipio de Artemisa. Rev. Cubana Ortopedia y Traumatología 1998; 12(1-2): 69-71.
16. Rierra L. Aumentan muertes por accidentes de tránsito. [articulo en línea] Diario Gramma Internacional 2002 sept. 24; nacionales. [http:// www.gramma. cu /](http://www.gramma.cu/) [consulta 18. 04. 03]
17. Moreira Guillén E, Romeu Yunaka S.E, Martín J.C. Traumatismo ocular en el niño. Repercusión visual. Rev. cubana de Oftalmología 1999; 12(2): 141-45.