
Clinica estomatológica, Policlínico: "Robert M. Zulueta", Municipio: Habana Vieja.

Necesidades de Prótesis Buco-Máxilo-Facial en el Municipio Habana Vieja. Plan Piloto. (2000-2001)

Dra. Ana Esther Moreno Granados *, Dr. Alfredo Álvarez Rivero **.

* Especialista de 1er. Grado en Prótesis Estomatológica

** Especialista de 2do. Grado en Prótesis Estomatológica, Profesor Auxiliar Dpto. Prótesis Facultad. Estomatología ISCMH, Investigador Auxiliar CIMEQ, Jefe Programa. Nacional Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco Máxilo Facial.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de la población del municipio Habana Vieja para identificar las necesidades de prótesis Buco-Máxilo-Faciales en la misma según edad, sexo, tipo de lesión y etiología, para lo que se utilizó una encuesta elaborada al efecto y se trabajó con el apoyo de los Médicos de la Familia en la detección de los casos. Los resultados mostraron que del total de habitantes de este municipio (96112) solo 34 personas estaban afectadas lo que representó una tasa de prevalencia de 3,53 por cada 10000 habitantes; el grupo de edad donde más casos se detectaron fue el de 35-59 años (29,4%), el sexo masculino predominó con un 52,9%, el tipo de lesión más frecuente fue la ocular con un 55,8% y la causa traumática con un 64,7%.

SUMMARY

A descriptive study was carried out in the population of the Old Havana municipality to identify the oral-maxillofacial prosthesis necessities according to age, sex, lesion type and etiologic, using a survey and working with the help of the Family Doctors in the cases detection. The results showed that in the whole population of this municipality (96112), only 34 persons were affected representing a rate of prevalence of 3,53 for each 10000 inhabitants; the age group with more cases was 35-59 years old (29,4%), the prevalent sex was masculine with 52,9%, the most frequent lesion type was the ocular lesion with 55,8% and the traumatic cause was predominant with 64,7%.

INTRODUCCIÓN

La gran afectación física, psíquica y socioeconómica a la que están sometidos los pacientes con defectos en el complejo Buco-Máxilo-Facial, nos lleva a abordar el tratamiento de los mismos de forma multidisciplinaria, dirigiendo todos los esfuerzos a que cada vez se logren mejores resultados estéticos y funcionales para reincorporar a estas personas a la sociedad. ^(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)

Las causas fundamentales que originan estos defectos son las congénitas, las traumáticas y las patológicas, siendo dentro de estas últimas las más frecuentes las de origen oncológico. ⁽²⁾

Debido a la necesidad cada vez más imperante de tratamiento para estos pacientes, fue creada la Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco-Máxilo-Facial cuyo proyecto se incluyó dentro del Plan Maestro de Inversiones de la Salud en Cuba, 1999. ⁽¹¹⁾

Para facilitar la organización del trabajo de dicha Red, se impartieron previamente adiestramientos a los Grupos Básicos de Salud de los diferentes municipios para que se realizara una investigación de los requerimientos de este tipo de prótesis, siendo el presente el trabajo realizado en el municipio Habana Vieja de la provincia Ciudad Habana.

OBJETIVOS

General:

Identificar las necesidades de prótesis buco-máxilo-facial en el municipio Habana Vieja en el período 2000-2001.

Específicos:

- Determinar las necesidades de prótesis buco-máxilo-facial según grupos de edades y sexo.
- Caracterizar las necesidades de prótesis buco-máxilo-facial según el tipo de lesión que la provoque y etiología de la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio con los pacientes de este municipio que presentan defectos en el complejo Buco-Máxilo-Facial, los que fueron localizados por los Médicos de la Familia y citados al Policlínico "Robert M. Zulueta" donde se les llenó a cada uno una encuesta que incluía entre otros datos personales la edad, el sexo y además el tipo de defecto y la causa del mismo.

Los grupos de edades establecidos por la Dirección Nacional de Estadísticas sobre Prótesis Buco-Máxilo-Facial son:

0-4; 5-11; 12-14; 15-18; 19-34; 35-59; 60 y más años. Los tipos de lesiones analizados fueron: ocular, auricular, orbital, nasal, defectos maxilares, defectos mandibulares, craneales y complejas que son las que involucran dos o más regiones de la cara. Dentro de las causas halladas están las congénitas, las traumáticas, las oncológicas y otras donde están incluidas infecciones, glaucomas, retinopatía diabética, etc.

Los datos se procesaron de forma automatizada, se calculó la tasa de prevalencia general para los

pacientes afectados por cada 10,000 habitantes y las tasas específicas para edad y sexo.

Se utilizó el porcentaje como medida resumen y todos los resultados se presentaron en tablas estadísticas.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 1:

Tasa de prevalencia y porcentaje de pacientes necesitados de prótesis buco- máxilo- facial.

Total de población	Necesitados	%	Tasa X 10000 hab
96112	34	0.03	3,53

Aunque los resultados muestran un porcentaje (0,03%) y una tasa de prevalencia bajos (3,53 x 10000 hab.), debemos tener presente la magnitud del daño que padecen estos pacientes desde el punto de vista psicosocial por lo visible de su afección.

Tabla 2:

Tasa de prevalencia y porcentaje de pacientes según grupo de edades.

Grupos de edades	POB.	NECESITADOS	Tasa x 10,000 hab.	%
0-4 años	5939	2	3,36	5,8
5-11 años	8929	2	2,23	5,8
12-14 años	3884	2	5,14	5,8
15-18 años	4452	2	4,49	5,8
19-34 años	24609	7	2,84	20,5
35-59 años	31948	10	3,13	29,4
60 y más	16351	9	5,50	26,4
TOTAL	96112	34	3,53	100

En la tabla 2 se observa que en este municipio la distribución por grupos de edades se comportó de manera tal que el grupo más afectado fue el de 35-59 años con un 29,4% seguido de cerca por el grupo de 60 años y más que tuvo la mayor tasa de prevalencia de todos con 5,5 afectados por 10,000 habitantes. No obstante se destaca la incidencia en edades más tempranas, donde la rehabilitación reviste gran im-

portancia no solo desde el punto de vista estético sino también por la necesidad de interceptar cualquier deformidad ocasionada por el natural proceso de crecimiento y desarrollo propio de esta etapa de la vida, y así evitar secuelas que obstaculicen su tratamiento cuando sea adulto. ^(12,13)

Tabla 3:
Tasa de prevalencia y porcentaje de pacientes según sexo.

SEXO	POB.	CANT.	Tasa x 10000 hab.	%
Fem.	50620	16	3,16	47.0
Masc.	45492	18	3,95	52.9
TOTAL	96112	34	3,53	100

Debido a las características más peligrosas de las actividades de los hombres en comparación con las mujeres, los hace inevitablemente más vulnerables de padecer de este tipo de afecciones por traumas, a lo que se añade una mayor incidencia de cáncer en el sexo masculino. ⁽¹⁴⁾

En este caso se observa que los hombres con un 52,9% y una tasa de 3,95 x 10,000 hab. fueron los más afectados.

Tabla 4:
Distribución de pacientes según el tipo de la lesión.

TIPO DE LESIÓN	CANTIDAD	%
Ocular	19	55.8
Auricular	1	2.9
Orbital	2	5.8
Nasal	-	-
Defecto maxilar	3	8.8
Defecto mandibular	-	-
Defecto craneal	-	-
Compleja	9	26.4
TOTAL	34	100

En esta tabla se muestra que el defecto ocular fue el más frecuente con un 55.8% con respecto al total de pacientes encuestados, lo que pudiera estar condicionado por el hecho de que el ojo es un órgano más sensible o delicado en comparación con los del resto de la cara, y además porque se encuentra en número de dos, lo que aumenta las probabilidades de ser dañado.

Tabla 5:
Distribución de pacientes según etiología de la lesión.

ETIOLOGÍA	CANTIDAD	%
Congénita	9	26.4
Traumática	22	64.7
Oncológica	2	5.8
Otras	1	2.9
TOTAL	34	100

De forma general la causa más frecuente fue la traumática (64,7%) y dentro de ella se pueden destacar las ocurridas en actividades laborales, juegos violentos, actividades deportivas, accidentes en el hogar y automovilísticos, etc.

CONCLUSIONES

- El estudio realizado dio como resultado un total de 34 pacientes afectados para un 0.03 % de la población del municipio y una tasa de prevalencia de 3,53 por cada 10,000 habitantes.
- El grupo etáreo más afectado fue el de 35-59 años con 10 personas necesitadas para un 29,4 %.
- El sexo masculino fue el más afectado con 18 pacientes lo que representó un 52,9 %.
- El tipo de lesión más frecuente fue la ocular con 19 pacientes y un 55,8% del total de necesitados.
- Las lesiones de origen traumático fueron las de mayor incidencia presentándose en 22 casos para un 64,7%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trigo JC, Trigo GC. Prótesis Restauratriz Máxilo-Facial. Buenos Aires: Editorial Mundi S.A.I.C y F, 1987: 9-10 83-98.
2. Álvarez Rivero A. Conceptos y principios generales en Prótesis Máxilo-Facial. Ciudad Habana: Editorial Palacio de las Convenciones, 1993: 8-18.
3. Douglas J. Psychological consideration for the anophthalmic patient. *Movements* 1995; 2(1): 1-4.
4. Norducht S. Facial disfigurement and psychiatric sequel, *H Y State J. Med.* 1979: 1382.
5. Turns D, Sands R G. Psychological problems of patients with head and neck cancer. *J Prosthet Dent* 1978, 39: 68.
6. Tang RY W. Role of the general dentist in maxillo-facial prosthetics. *J Prosthet Dent* 1976; 36: 416.
7. Bailey L W, Edwards D. Psychological

consideration in maxillofacial prosthetics. *J Prosthet Dent* 1975; 34: 533.

8. Sykes B E. Psychosocial aspects of maxillofacial rehabilitation. Part II. A long-range evaluation. *J Prosthet Dent* 1972; 28: 540.

9. Rosen R D. Psychological aspects of maxillofacial rehabilitation. Part I. the effect of primary cancer treatment. *J Prosthet Dent* 1972; 28: 423.

10. Davidson J T, Drane J B. Emotional aspects of new prostheses for previously treated maxillofacial patients. *J Prosthet Dent* 1975; 21:55.

11. Plan maestro de inversiones en la salud en Cuba: 1,17. proyecto creación de una red asistencial para la rehabilitación de la cara y prótesis Buco-Máximo-

Facial Dic 1997: 52-55.

12. Álvarez Rivero A. Prótesis oculares y orbitales. Ciudad Habana: Editorial Palacio de las Convenciones, 1995: 6-34.

13. Finger P T, Packer S. Use of the hydroxyapatite orbital implant in the paediatric population. *Arch Ophthalmol* 1995; 113(1): 16-7.

14. Galán Álvarez Y, Martín García A, Rodríguez Salvá A, Luaces Álvarez P. Estimación de la integridad de casos del registro nacional del cáncer en Cuba. *Rev Cubana de Oncología* 1996; vol 12 (1).

Diseño y Maquetación
Alexander Blanca