

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MISIÓN MÉDICA CUBANA
BARRIO ADENTRO

TITULO:

*Morbilidad por Urgencias Estomatológicas en
el Municipio Independencia.*

AUTOR:

Dra.: Rosabel Sánchez Rodríguez
Especialista de I Grado en Estomatología General Integral

TUTOR:

Dra. Martha Socarrás Conde
Especialista de II Grado en Fisiología
Profesora Auxiliar

**Trabajo para optar por el título de Master en Atención de
Urgencias en Estomatología**

2007

"Año del 49 Aniversario de la Revolución"

Pensamiento

Todo el oro del planeta no puede doblegar la conciencia de un verdadero guardián de la salud y de la vida.

Fidel Castro Ruz

Dedicatoria

A mi hijo

A mis padres

A mi esposo

A mi familia y amistades

A la Revolución Cubana

Agradecimientos

A mis padres que con todo el cariño y amor me educaron y cuidan de mi hijo para que pueda cumplir con esta hermosa misión.

A mi hijo por ser fuente de luz para mi vida y soportar tanto tiempo separado de mi sin poderle brindar el cariño que se merece.

A mi esposo por todo su amor y comprensión

A mis hermanos por darme su cariño y apoyo en todo momento.

A mi tutora Dra. Martha Socarras conde por su ayuda incondicional y aportarme sus conocimientos.

A mi amiga y compañera de misión Madelin Miranda Naranjo por todo su cariño y apoyo.

A mi familia y amistades por todo su amor.

A todos muchas gracias

Resumen

Se realizó una investigación descriptiva transversal para describir algunos aspectos relacionados con la morbilidad de las afecciones bucales que constituyeron urgencias estomatológicas en los pacientes atendidos en los consultorios odontológicos del Municipio Independencia. Estado Yaracuy, en el período comprendido entre Septiembre 2006 a junio 2007. El universo de trabajo estuvo definido por todos los pacientes atendidos en los consultorios odontológicos del Municipio Independencia en el período establecido para este estudio, la muestra estuvo constituida por el total de pacientes diagnosticados con Urgencias Estomatológicas que fue de 739 pacientes. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron: Edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, tipos de urgencias estomatológicas y factores de riesgos; las cuales fueron recogidas en la historia clínica y la encuesta elaborada, el sexo más afectado fue el femenino (54,39%), el grupo de edad de 35-59 años (39.9%) el nivel educacional de primaria terminada 26,3%, el tipo de urgencia que predominó fueron los procesos pulpares y periapicales 66,3% y dentro de estos la hiperemia (41,4%), los factores de riesgo que predominaron fueron la higiene bucal deficiente (85,6%) y la dieta cariogénica (81,8%). Se recomendó

incorporar a los Odontólogos vinculados a la misión Barrio Adentro a un programa de prevención y promoción de salud en la comunidad.

Palabras Claves: Urgencia Estomatológica

Índice

| <u>Contenido</u> | <u>Página</u> |
|--|----------------------|
| Introducción..... | 1 |
| Objetivos..... | 32 |
| Método..... | 33 |
| Análisis y discusión..... | 40 |
| Conclusiones..... | 60 |
| Recomendaciones..... | 61 |
| Referencias bibliográficas..... | 62 |

INTRODUCCIÓN:

Planteamiento del problema:

La presente investigación comprende un estudio de los casos de urgencias estomatológicas que se presentan en la población atendida en los consultorios Odontológicos de la Misión Barrio Adentro en el municipio Independencia. Estado Yaracuy, a los que asisten diariamente un alto número de pacientes de las comunidades vecinas, integrada por los barrios: Brisas del Terminal, Los Pinos, Recta de Apolonio, Los Mochuelos, El Samán, entre otros; todas ubicadas en una zona urbana del referido municipio, y donde habita una población heterogénea formada por personas de bajos y medios recursos.

Se pudo observar que muchas carecen de recursos económicos para adquirir los productos alimenticios esenciales o básicos necesarios para un buen desarrollo de todas las capacidades psico-biológica, aspectos que pudieran constituir la base para la aparición de algunos factores de riesgos favorecedores o condicionantes de enfermedades, sobre todo las relacionadas con la salud bucal.

En dicho territorio hasta el año 2004 eran escasos los centros de salud donde pudieran recibir atención gratuita, por el hecho de que los consultorios existentes en el municipio eran privados y altamente costosos, solo al alcance de la población adinerada.

Este precedente económico social, unido a deficientes hábitos de higiene bucal, al desconocimiento sobre posibles factores que incrementan el riesgo de sufrir caries u otras enfermedades bucales, determina el aumento de la morbilidad por las afecciones estomatológicas; por tanto, la mayoría de

casos una vez que acuden a consulta es porque presentan una urgencia, generalmente al referir el paciente como manifestación clínica de la misma el dolor dental, síntoma que ocasiona el mayor número de afecciones estomatognáticas en la rutina diaria de atención estomatológica.

El dolor es probablemente el principal motivo de consulta en las urgencias estomatológicas, en las mismas el estomatólogo se enfrenta a diario principalmente con dolores agudos provenientes de estructuras dentarias o de sus tejidos adyacentes. (1)

Desde la implantación de los servicios de estomatología en el Municipio a través de la Misión Barrio Adentro, se considera que los problemas de salud bucal no son de simples soluciones, y la caries es una enfermedad infecto-contagiosa que comprende aspectos médicos, sociales, económicos y psicológicos; lo que hace necesario incrementar y perfeccionar la atención estomatológica, interrelacionando e integrando las acciones de todos los factores sociales y económicos con el fin de alcanzar mayor eficiencia de los servicios y un mejor grado de satisfacción del individuo, la familia y la comunidad en correspondencia con las necesidades de salud a través de una atención integral.

La salud bucal es una parte integrante de la salud general, razón por la cual la Estomatología se esfuerza en prevenir y controlar las enfermedades bucales que tiene repercusión en la salud general del individuo, en este hecho estriba que ninguna persona pueda ser considerada sana si presenta una enfermedad bucal activa.

La necesidad de enfrentar los problemas odontológicos en un marco de salud individual, familiar y colectiva, conlleva necesariamente a la profesión odontológica a revisar y reorientar su rol en la pesquisa y control de las enfermedades bucales más comunes, entre ellas la caries. Esta reorientación asigna al odontólogo la misión de procurar que el paciente y la comunidad

adquieran conciencia de la importancia de mantener la salud y no solo de curar la enfermedad.

En esta área de salud se observa la incidencia frecuente de afecciones bucales debido a que esta población está sometida a múltiples factores de riesgos en mucho de los casos desconocidos por los pacientes, por lo que se hace necesario realizar una investigación para identificar las principales Urgencias estomatológicas y cuales son los riesgos presentes para poder prevenir las.

Antecedentes del problema:

La calidad de los servicios de salud en el mundo actual se ha convertido en motivo de interés para todos procesos sociales, en busca siempre de la obtención de mejores resultados para la población, al proporcionar el mínimo de riesgos, tanto para el enfermo, como para los profesionales y tecnólogos de la salud; además de un adecuado aprovechamiento de los recursos disponibles para ejecutar las acciones. En la estomatología el objetivo primordial es la prevención, la cual se basa en la educación para la salud, éste es el elemento principal de todas sus acciones, encaminadas a orientar al pueblo sobre lo que debe hacer para mantener una adecuada salud bucal, la cual repercutirá en el estado de salud del organismo en general.

La salud bucal debe considerarse como uno de los factores del bienestar general de la sociedad, por lo cual se justifica la existencia de un sistema de vigilancia en la medida que éste contribuye a conservar la salud general de la comunidad, desde el nivel local hasta el nivel nacional, en que se cumplan los objetivos y actividades que garanticen la salud.(2)

Mundialmente se realizan diversos estudios sobre las afecciones bucales que muestran la variabilidad que existe en cuanto a la magnitud y severidad de la enfermedad en las diferentes poblaciones, lo cual está muy estrechamente relacionado con las condiciones económicas sociales de cada uno de ellas, los hábitos y estilos de vida de las personas.

En Cuba, el mantenimiento de la salud del hombre es una de las tareas más importantes a llevar a cabo por el sistema de salud pública. Este país es uno de los pocos en el mundo que ha puesto a disposición de su población una serie de recursos humanos y materiales para satisfacer las necesidades de atención estomatológica, siempre crecientes. En los últimos años se ha dado una extraordinaria importancia a la prevención de enfermedades: no sólo de aquellas causantes de la muerte sino, también de las que representan una amenaza para el bienestar y entre estas, está presente la caries dental.^(3,4)

En este país, además existe una amplia divulgación de las medidas preventivas a través de programas televisivos y radiales, independientemente de la labor educativa que realizan cara a cara de forma sistemática con la población y con grupos de riesgos los profesionales de la Atención Primaria y Secundaria de salud en cada una de las instituciones correspondientes.

Otras medidas importantes para el control de estas enfermedades llevadas a cabo por lo diferentes organizaciones, instituciones, agencias y gobiernos del área de América Latina y el mundo han sido el tratamiento y/o potabilización del agua de consumo de la población, a través de acciones de desinfección del agua con hipoclorito de calcio y cloro, así como la fluoración de las mismas, producción de dentífricos con fluor y cariostáticos y fluoración de la sal de consumo. Además la implementación de programas de atención a grupos priorizados como niños menores de un año, atención a menores de 19 años, embarazadas, retrasados mentales, impedidos físicos o deficientes discapacitados, etc.⁽⁴⁾

Otro elemento que no deja de ser importante, lo ha sido la capacitación del personal de la salud pública, con Programas de Superación que van desde

los cursos, diplomados y maestrías para el adiestramiento con vista a elevar la competencia y el desempeño de los profesionales de la estomatología y de la salud en general. ^(5,6)

Las enfermedades bucales, por su alta morbilidad, se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población. ⁽⁷⁾

Las afecciones y alteraciones buco dentales son enfermedades que tienen una prevalencia muy alta en la mayoría de la población mundial, que si no se previene y/o detienen no solo provocan la pérdida dentaria y la incapacidad masticatoria con sus consecuencias físicas, estéticas y psicológicas, sino que también son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades otorrinolaringológicas y respiratorias (amigdalitis, otitis, faringitis, etc.) y otras como fiebre reumática, cardiopatía reumática, valvulopatías, pericarditis, miocarditis, y problemas digestivos por las deficiencias en la masticación, por falta de dientes o alteraciones en la articulación temporomandibular y por maloclusiones. ^(3,7)

En la medida que las enfermedades bucodentales no se previenen implican tratamientos más complejos y costosos.

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población.

En estudios previos realizados en Nicaragua en niños de 6-12 años de edad se ha obtenido una prevalencia de caries cercana al 75%, así como índices de caries entre 4.36 en dentición temporal y 11.62 en permanentes. ^(6,8)

En investigaciones realizadas para determinar las causas y factores de riesgo de esta patología en Venezuela se constató que la prevalencia de la

misma en la población es aproximadamente del 90%. Otros autores han determinado que los factores predisponentes son: hábitos deficientes de higiene bucal, hábitos alimentarios y cultura en general.

En este país la profesión es uno de los desafíos de mayor trascendencia, pero en general ha sido tratado sin sustentación científica, por lo que se percibe con claridad que el momento reclama decisiones relacionadas estrictamente con el bienestar de la población. Junto a esto cada área del país tiene problemas propios y originales, donde la política de salud bucal debe conducirnos dentro del programa de descentralización al desarrollo de un modelo práctico regionalizado por niveles de atención enmarcados en la estrategia de atención primaria y participación de la comunidad. No hay dudas que en Venezuela como en Latinoamérica se han polarizado los servicios de salud dentro de la sociedad, las clases privilegiadas tienen acceso en servicios privados a tratamientos equivalentes a los de las naciones desarrolladas, mientras que el resto de la población depende de centros de salud pública que carecen de los suministros más esenciales. ⁽⁹⁾

El bajo nivel cultural y de educación para la salud en esta comunidad, las pocas acciones de promoción y prevención, provoca que estas personas no comprendan lo referente a su auto responsabilidad en los aspectos higiénicos, entre otros.

En Cuba existe un programa de Atención Estomatológica donde se controlan las afecciones bucales y las causas que la provocan, en el tratamiento de estas se aplican las mismas técnicas que en el mundo capitalista, con la diferencia que se encuentra en manos del que la necesite debido a la política de salud del gobierno, hay que tener en cuenta que el sistema integral de atención al paciente enfermo hace que la incidencia de cualquier enfermedad sea mucho menor y en los casos positivos las complicaciones son mínimas por el tratamiento precoz, lo que reduce el costo, además se realizan múltiples trabajos científicos sobre el tema que permiten orientar y prevenir a la población tanto enferma como sana, lo que hace que éstas afecciones no sean tan frecuentes.

En este sentido, en Venezuela la Federación Odontológica y la empresa Colgate Palmolive realizan programas orientados a la prevención que buscan crear en los niños el hábito de cepillado dos o tres veces al día; sin embargo no se encontró investigaciones que permitan determinar en que medida estos programas son efectivos; de igual manera, en el estado Yaracuy el Instituto Autónomo de la Salud Pro salud, institución rectora de los programas asistenciales cuenta con el programa Clínica Móvil que lleva a los planteles educativos públicos la atención médica odontológica para el adiestramiento en técnicas de cepillado con la dotación de cepillos dentales y dentífricos.

Antes de iniciarse la Revolución Bolivariana y la creación de la Misión Barrio Adentro, la salud contaba con un precario sistema de atención estomatológica sobre la base de instituciones privadas propio del capitalismo donde la atención odontológica solo era un privilegio de la clase pudiente, es natural que las afecciones bucales fueran numerosas y sin ningún control y mucho menos sin políticas de salud para prevenir ni orientar, lo que trajo como consecuencia la alta incidencia de las enfermedades bucales.

El servicio estomatológico funcionaba sobre la base de clínicas privadas con el propósito netamente mercantilista, con una población enferma en su mayor dimensión pobre, sin tener ningún acceso a este tipo de atención, no existe ninguna investigación sobre el tema a nivel local, ni a nivel del estado.

Aunque en el estado Yaracuy existen programas de atención estomatológica como La Misión “Barrio Adentro”, aun es mucho lo que en materia de prevención y promoción de salud queda por hacer para lograr disminuir la alta prevalencia de las enfermedades buco dentales en la región y lograr la elevación de la calidad de vida de sus pobladores.

De igual modo, en el estado Yaracuy el Instituto Autónomo de la Salud, (PROSALUD), institución rectora de los programas asistenciales, cuenta con un programa de Clínicas estomatológicas móviles, que llevan a los planteles educativos públicos la atención médica odontológica, para el adiestramiento en técnicas de cepillado, con la dotación de cepillos dentales y dentífrico. Sin embargo; los registros llevados a cabo para este programa, han tomado como primera variable de su impacto, la cantidad de niños atendidos, sin que existan

registros clínicos que permitan dar seguimiento a indicadores reales del problema: la disminución de la prevalencia de la caries dental en la población beneficiada.

Por lo anteriormente expuesto se puede apreciar que ninguna de las atenciones concebidas en los programas de atención estomatológica planificados y estructurados permitió una atención sistemática que elevara la calidad de salud bucal de la población. A partir de este hecho, con la atención odontológica totalmente gratuita, esta población sin recursos económicos tiene a su alcance la posibilidad de recibir los servicios necesarios para mantener una buena salud bucal así como el tratamiento de las lesiones y su rehabilitación, para ello se hace necesario conocer las características de estas afecciones y cuales son los principales factores de riesgo, para crear una estrategia de trabajo que permita elevar el conocimiento de estos pacientes y de esta forma prevenir y promover salud.

Justificación de la investigación:

El investigador considera que la investigación es necesaria por cuanto:

- Permitirá conocer la caracterización de los pacientes que frecuentemente asisten a los consultorios Odontológicos por afecciones bucales que constituyen urgencias.
- Facilitará impartir actividades de educación para la salud en todos los pacientes atendidos.
- Se podrá evitar con el diagnóstico y atención a tiempo de estos pacientes la pérdida de las estructuras dentales
- Al mismo tiempo el estudio facilitara:

En el paciente:

- Orientar e instruir al paciente sobre los cuidados de la salud bucal.
- Disminuir el malestar y la inseguridad del paciente con la atención estomatológica.
- Planificar de forma adecuada las necesidades de tratamientos para casos futuros.
- Evitar complicaciones de enfermedades sistémicas.

En la familia:

- Incrementar el nivel de satisfacción de los pacientes con los servicios ofertados.
- Reducir el costo económico por conceptos de tratamiento y atención en relación con los servicios privados.
- Incrementar el nivel de instrucción y educación sobre la salud y sus factores de riesgo.

En el profesional:

- Planificar adecuadamente las necesidades de recursos para la atención y tratamiento de los casos.
- Servir de apoyo para una adecuada implementación de políticas de prevención.
- Lograr un impacto social y económico en la salud bucal.

En la sociedad:

- Reducción del ausentismo laboral por concepto de afecciones bucales.
- Realizar programas educativos a través de órganos de difusión masiva sobre la prevención de los factores de riesgos para lograr una adecuada salud bucal.

Dentro de este marco de ideas se espera que luego de concluida esta investigación:

- Se cuente con un respaldo científico para futuros investigadores sobre problemas estomatológicos similares, que favorezcan el impacto de la misión Barrio Adentro.
- Mejorar las condiciones de salud bucal de dicha población.
- Aumentar la competencia y desempeño profesional de los estomatólogos, tanto cubanos como venezolanos.

Por consiguiente esta investigación, además es necesaria ya que no se requiere la utilización de material adicional, puesto que es un estudio epidemiológico, para lo que se dispone de los conocimientos científicos y la metodología que permite abordar y concluir el estudio, es oportuna en el aspecto de marcar el precedente para describir la influencia que esta ejerciendo la misión Barrio Adentro en favorecer las condiciones de salud bucal de la población, de igual manera quedará el basamento para apoyar nuevas investigaciones y proporcionará un adecuado conocimiento de la incidencia de

estas afecciones en esta población.

Problema científico:

Se desconocen a través de investigaciones científicamente probadas, la morbilidad por urgencias estomatológicas en el Municipio Independencia Estado Yaracuy. Independientemente de la frecuencia con que se presentan los pacientes aquejados por el dolor que ocasionan las afecciones bucales que constituyen urgencias estomatológicas. Por lo que cabe preguntarse ¿Cuál será la morbilidad por urgencias Estomatológicas en los pacientes atendidos en los consultorios Odontológicos del municipio Independencia?

MARCO TEORICO:

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Las enfermedades buco dentales son diversas así como sus factores etiológicos y predisponentes por lo que se pueden considerar enfermedades multifactoriales que afectan de diferente manera la cavidad bucal. (5)

Llamamos urgencias estomatológicas a aquellas enfermedades o complicaciones que se presentan agudamente, que de no ser tratadas o de no tomar las medidas rápidas pertinentes presentarán un desenlace fatal para el diente, de ahí la importancia que tiene que el estomatólogo general posea un amplio conocimiento sobre las mismas en lo que a diagnóstico, características y tratamiento se refiere.

Como un fenómeno de la experiencia humana, el dolor no es una sensación perceptiva tal como la visión, el olfato o el movimiento, sino un estado emocional anormal producido generalmente por el desarrollo de cambios químicos o estructurales en varios tejidos del cuerpo, dando origen a una actividad en los sistemas aferentes dentro del sistema nervioso.(10)

Los dientes ocupan una posición estructural y funcional única; son estructuras que funcionan como parte del sistema músculo esquelético-masticatorio, y desde el punto de vista de su capacidad neural, poseen una dotación nociceptiva que detecta cualquier posible daño en su estructura. Esta función nerviosa y de defensa es atribuida a la pulpa dental (1,11). La pulpa, como cualquier otro tejido conectivo, requiere de aporte nervioso para realizar dos de sus funciones primarias: defensa y control vasomotor. La inervación vasomotora controla los movimientos de la capa muscular de la pared de los vasos sanguíneos, produciendo vasodilatación o vasoconstricción estos(11).

Las fibras aferentes de la pulpa envían impulsos nerviosos al sistema nervioso central, estos pueden ser sensaciones dolorosas o información acerca del tono vasomotor de los vasos sanguíneos. El retorno del flujo de impulsos a las células musculares lisas de la pared de los vasos sanguíneos (túnica media) interviene en la regulación de los mecanismos de defensa del tejido. El dolor es probablemente el principal motivo de consulta en las urgencias estomatológicas. Según sus características clínicas puede ser localizado o difuso y agudo o sordo, dependiendo del tipo de fibras nerviosas involucradas.(11,12)

El diente (pulpa) es una estructura profusamente dotada con fibras nociceptivas: por ejemplo unas 700 fibras A δ y 1,800 fibras C salen por el agujero apical del premolar adulto. La estimulación de las fibras pulpares – mediante calor, frío, acción mecánica o química – produce una sensación dolorosa casi pura; la estimulación eléctrica con el vitalómetro también activa dichas fibras.(10)

Un problema estomatológico común también lo constituyen los dientes traumatizados, los cuales siempre deben de ser considerados como una situación de urgencia.

Resulta evidente que los traumatismos dentarios se presentan en la clínica estomatológica con una frecuencia cada vez mayor y suelen producirse en niños y adolescentes más frecuentemente que en el adulto.⁽¹⁰⁾

Un trauma dental puede originar desde una hiperemia, hasta procesos más complejos como abscesos alveolares agudos o crónicos, granulomas o quistes, se desconoce el número exacto de pacientes que sufren traumas en los dientes, sin embargo la frecuencia a juzgar por el número de lesiones que se observan debe ser elevada. Existen en la literatura numerosos estudios sobre traumatismos de los dientes, tanto de los temporales como de los permanentes, encontrándonos así los trabajos realizados por Ellis, Andreasen, Marcus, Gut y otros autores. Ellis y Davey informaron que de 4,251 niños de escuelas secundarias el 4.2 % presentaban dientes anteriores fracturados. Marcus y Gut en estudios separados, informaron sobre mayores frecuencias de 16 y 20.2 % respectivamente mientras que Andreasen reporta un estudio realizado en Dinamarca informando un 30 % de lesiones en los dientes temporales y un 22 % en los dientes permanentes. ⁽¹³⁾

Otras urgencias en estomatología son: los procesos sépticos odontogénicos, las hemorragias, las disfunciones agudas de la ATM y los traumatismos de los maxilares, las cuales se presentan con mucha frecuencia en las clínicas y es por eso que cada día debemos ampliar los conocimientos, en especial sobre este tema, ya que el paciente cuando acude a nosotros se encuentra incómodo, adolorido, necesita de nuestra atención especializada y para corresponderle debemos estar bien capacitados.⁽¹⁰⁾

La enfermedad buco dental más prevalente es la caries, que es una enfermedad infecciosa, crónica, irreversible y dependiente del azúcar, afecta los tejidos de los órganos dentarios en diferentes grados hasta producir la destrucción de los mismos y por lo que deben llevarse a cabo tratamientos diferentes, que varían en técnicas y costos; cuando el grado de caries es muy avanzado debe recurrirse a la mutilación, es decir, a la extracción que provoca alteraciones estomatognáticas importantes. (5)

La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y por causa del desequilibrio entre las sustancias dentales y el fluido de placa circundante, esto da como resultado una pérdida del mineral de la superficie dental cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.

Es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (particularmente saliva y dientes), la microflora y el sustrato, además se debe tener en cuenta el tiempo, el cual deberá considerarse en todo estudio acerca de la etiología de la caries; para que se forme una caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo.^{5,8.}

Varias son las enfermedades que llevan a los pacientes a acudir a una consulta de urgencias, pero la gran mayoría corresponde a patologías Pulpares y periapicales, debido a la sintomatología dolorosa que las caracteriza. Es evidente que en estos casos para una correcta indicación de tratamiento, es de suma importancia el establecimiento de un diagnóstico más preciso. De este modo, el profesional deberá buscar la correlación de la sintomatología dolorosa

con otros aspectos clínicos, o lo que podrá representar lo más aproximadamente posible el estado fisiopatológico de la pulpa y los tejidos periapicales, lo que contribuye a un perfecto diagnóstico y permite señalar la terapéutica ideal de preservación de la vitalidad de la pulpa o no. Nunca podemos dejarnos llevar por aquellos pacientes que agobiados por el dolor llegan a nosotros para que se les haga la extracción dentaria, cuando se puede resolver su situación con un tratamiento endodóntico parcial o total y muchas veces con solo un buen tratamiento operatorio.⁽¹⁴⁾

Desde épocas tempranas se ha tratado de proteger la pulpa aplicando diferentes medicamentos en la caries profunda. Al diagnosticar y tratar precozmente una caries o un traumatismo, realizar una preparación cavitaria teniendo en cuenta esta relación dentino-pulpar y al colocar una correcta base intermedia, estamos realizando prevención de las patologías pulpares y periapicales.

En el Siglo I cuando se trabajaba empíricamente para aliviar el dolor, se utilizaban diferentes técnicas como fueron la cauterización, la aplicación de arsénicos y los drenajes, las que se fueron perfeccionando con el tiempo. Ya en 1890 se evidenció la presencia de bacterias en los conductos, que en la actualidad se considera es el factor etiológico principal de las enfermedades pulpares y periapicales. Comienza entonces una nueva etapa, donde se incrementa el uso de diferentes medicamentos muy cáusticos, la llamada época de la terapia medicamentosa que se extendió por casi un siglo. Un salto importante lo constituyó la aparición de los rayos X, que mejoró notablemente la calidad del diagnóstico y tratamiento de las patologías pulpares y periapicales. ⁽¹⁵⁾

A partir de la década de los años 80 del pasado siglo, ocurre un cambio radical, pues se reconoce que lo principal es la prevención de éstas afecciones y cuando ya la patología se instala de forma irreversible, se hace necesario realizar el tratamiento pulporradicular donde la instrumentación biomecánica de los conductos juega un papel muy importante para lograr el éxito del tratamiento y evitar llevar a los mismos sustancias irritantes conservando el fisiologismo de los tejidos, por lo que se evidenció que es más importante lo que se elimina del conducto que lo que se lleva a su interior.

La pulpa tiene unas características anatómicas y estructurales que la hacen fácilmente alterable debido a diferentes motivos, como pueden ser, entre otros, procesos periodontales (vecindad), alteraciones iatrogénicas, infecciones y afectación del paquete vasculonervioso.

Los procesos inflamatorios pulpares muestran básicamente las mismas características que los observados en otras partes del tejido conectivo con las siguientes consideraciones.⁽¹⁶⁾

1. La pulpa es un tejido único en el sentido de que está compuesto por tejido conectivo totalmente cercado por tejidos duros. Esto limita las posibilidades de expansión tisular, lo que disminuye la capacidad de la pulpa para tolerar el edema.
2. Un factor que limita la capacidad de curación pulpar es la carencia casi completa de circulación colateral. Existen unos pocos vasos principales que irrigan a la pulpa a través del foramen apical y pequeños vasos que ingresan a través de conductos laterales o accesorios, pero este sistema vascular dista de ser comparable al sistema de circulación colateral presente en otros tejidos conectivos.

3. La pulpa es el único órgano capaz de producir dentina reparadora para protegerse de las agresiones (17)

La infección y la inflamación pulpar y de los tejidos periapicales han sido consideradas como extensiones del proceso carioso dental. Esto era una interpretación razonable en vista de la dominación de la caries como una fuente de infección de la sustancia dental. Sin embargo, la infección de la pulpa, la infección periapical y la consiguiente reacción tisular, son probablemente una ocurrencia biológica más antigua y más generalizada que la caries dental; aunque no podemos descartar que en la era actual, si tenemos en cuenta toda una serie de factores de riesgos que están incidiendo, sobre todo la conducta alimentaria en las personas, conspiran a favor que sea la caries dental la más propagada como causa de la infestación de un órgano dentario.(18)

La Alveolitis es la complicación más frecuente de la extracción dentaria, es considerada como una urgencia estomatológica. Su frecuencia varía del 1 al 4 % y puede llegar del 20 al 30 % en extracciones de terceros molares mandibulares. Se describen algunos factores de riesgo que aumentan su incidencia, aunque se habla de un origen multifactorial. La clínica y los síntomas subjetivos nos permiten su diagnóstico y clasificación. Para tratar las alveolitis se han utilizado localmente distintos productos para inducir la formación del coágulo: antibióticos, anestésicos, analgésicos y antiinflamatorios, asociados o no con corticoides, analgésicos y antibióticos sistémicos. También la medicina natural y tradicional ocupa un lugar importante en el tratamiento de esta urgencia estomatológica, y se destacan terapéuticas como: la apiterapia, la acupuntura y la ozonoterapia, además tecnologías de avanzada como los soft láser. (10)

Una de las complicaciones más asombrosas que puede presentarse como consecuencia de una perturbación en la cicatrización de la herida alveolar es la alveolitis.^{2,3}

Tiene una incidencia del 2 % al 7 % de todas las extracciones; se presenta con mayor frecuencia en terceros molares inferiores, más asiduamente entre los 20 a 40 años de edad, raramente antes de los 18 y es más común en el sexo femenino. Los síntomas son variados e intensos, el dolor domina el cuadro y se describe como pulsátil, irradiado, de localización profunda que aparece usualmente 48 a 72h después de una extracción dental, además se puede encontrar halitosis, ausencia o desorganización del coágulo, falta de reparación tisular, en algunos pacientes puede haber aumento de la temperatura corporal y ganglios linfáticos tributarios al alvéolo infartados, una vez instaurada la alveolitis tiende a remitir en un período de siete a diez días, (19,20)

Se describe como la complicación más frecuente de la extracción dental y la causa más común de dolor en el postoperatorio tardío de las consultas de urgencias. Aunque no existe actualmente un conocimiento concreto de cuál es la etiología del proceso, se considera como una afección multifactorial. Definirla es difícil, pero se consideran algunos factores que aumentan su frecuencia como: aporte vascular disminuido del hueso, pacientes con hueso esclerótico, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo, extracción de dientes con procesos periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares, de quistes y granulomas. (21-25)

La clasificación de las alveolitis difiere según los autores. Se agrupa generalmente en:

- *Alveolitis seca*: alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante, perturbador y con irradiaciones, que se exacerba con la masticación y que impide en la mayoría de los casos la actividad normal del paciente, especialmente el sueño.
- *Alveolitis húmeda o supurada*: inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo; se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado. Suele ser producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo después de haberse realizado la extracción dentaria, el dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado.(22)

El diagnóstico se realiza mediante el interrogatorio y el examen clínico y se confirma al pasar una cureta dentro del alvéolo seco y encontrar hueso desnudo con gran sensibilidad o coágulo necrótico, que al ser irrigado y desplazado, muestra las paredes desnudas e hipersensibles. (26,27)

Si la alveolitis no se trata remite en 15 a 20 días. Sin embargo, con un adecuado tratamiento médico-quirúrgico disminuye notablemente el intervalo de curación. (28)

La terapéutica deberá estar encaminada a:

- Eliminar la sintomatología dolorosa.
- Promover la curación de la herida alveolar.

El tratamiento convencional utilizado para esta afección se ha basado en la aplicación de 2 medicamentos fundamentales (siguiendo los pasos establecidos): Alvogil o gasa yodoformada. (29)

Para el tratamiento, algunos cirujanos utilizan irrigación, anestesia local, curetaje del alvéolo para inducir la formación de otro coágulo, curas locales intraalveolares de sustancias antibióticas anestésicas, analgésicas o antiinflamatorias para el tratamiento del dolor, que se sustituyen cada 2 a 3 días con una nueva colocación del material en el alvéolo, pero la posibilidad de reacción a un cuerpo extraño ha hecho que tales prácticas caigan en desuso.⁽²²⁾ Además puede indicarse farmacoterapia con antibióticos, analgésicos poderosos y antihistamínicos, de acuerdo con el criterio del profesional.^(22,28-31)

Algunos autores contraindican el legrado del alvéolo porque puede retardar la cicatrización y diseminar la infección. (22, 25,28)

Existen multitud de fórmulas y pastas para el tratamiento de las alveolitis, la mayoría llevan eugenol y glicerina asociada con antibióticos, xilocaína o corticoides, pueden emplearse también preparados magistrales como el bálsamo del Perú y productos comerciales como el "alvogil". (22)

En la actualidad múltiples son los esfuerzos para encontrar terapéuticas eficaces e inocuas para el paciente donde lo natural prevalezca, así por ejemplo se han realizado estudios con apifármacos como el propóleo al 8% con resultados alentadores, también las propiedades de la miel como antiséptica, analgésica, antiinflamatoria, cicatrizante, antitóxica, germicida y sedante se han empleado para tratar esta urgencia estomatológica y han reportado beneficios importantes para el paciente.⁽³²⁻³⁵⁾

Existe además la tendencia a investigar métodos de origen oriental como la acupuntura para tratar el dolor posextracción dental por sus efectos

terapéuticos, de gran importancia en el control del dolor. Se reportan estudios que demuestran su eficacia. (36-40)

El ozono posee numerosas propiedades que lo hacen muy útil en el campo de la medicina. Como vehículos adecuados para la terapéutica con ozono en estomatología se han utilizado los aceites de origen vegetal, el más usado es el aceite de oliva y en nuestro país el aceite de girasol (oleozón), que además de sus ventajas económicas ha pasado satisfactoriamente las pruebas preclínicas de irritabilidad dérmica, ensayos de mutagenicidad y teratogenicidad, y se ha demostrado su efectividad en el tratamiento de las alveolitis. (41)

Recordemos finalmente algunos de los métodos físicos que de forma experimental se utilizan en el tratamiento de las alveolitis: electroterapia, rayos ultravioleta, ultrasonido y oxígeno hiperbárico (21)

Otros de estos métodos físicos que promueven o aceleran el proceso de curación alveolar son los *soft láser*, y nuestro país cuenta con el equipo Lasermed 101 MD, láser de helio neón, de fabricación cubana, que se utiliza para tratar afecciones en odontología y medicina por sus propiedades, entre las que se destacan: acción analgésica, antiinflamatoria, antibacteriana y estimulante del metabolismo y reparación hística. (42)

Otra urgencia Estomatológica es la Hiperestesia dentinal, la cual se define como una respuesta exagerada frente a los estímulos sensitivos, táctiles, térmicos, químicos u homeostáticos, que afectan a la dentina expuesta con túbulos abiertos y permeables. Se presenta como una sensación dolorosa de intensidad variable, desde leve a moderada, que puede llegar a convertirse en una molestia constante. Cualquier alteración del complejo dentino-pulpar, si no es tratada puede actuar como irritante y desencadenar un proceso inflamatorio

pulpar, es una afección común por lo que un gran número de pacientes acuden a la consulta aquejados de ella.(43-46)

Según su etiología se divide en dos grandes grupos: Hiperestesia dentaria primaria o esencial (sin alteración o trastorno dental) e Hipersensibilidad dentaria o secundaria (de causa conocida). Nadal-Valldaura (1.987) remarca claramente la diferencia entre hiperestesia dentaria primaria o esencial (pulpalgia hiperreactiva), de la secundaria a otras causas.(47)

El aumento en el número de pacientes con retracción gingival, sus efectos estéticos desfavorables y su condición como favorecedora de retención de placa, sarro o de hiperestesia dentinal, hacen necesario un cambio en nuestras prioridades terapéuticas, para desplazarlas hacia la prevención, o lo que es lo mismo, para evitar las causas que puedan provocar la retracción gingival. Si a lo anterior sumamos que la evolución de esta entidad en algunos pacientes resulta lenta, así como lo reservado de su pronóstico, nos percataremos que la prevención es el único camino que nos conduce a solucionar esta problemática. (48-52)

Su tratamiento constituye una acción preventiva contra las enfermedades pulpares, de etiología diversa, las causas que producen la exposición dentinaria son:

- Técnica de cepillado incorrecto
- Uso de pastas dentales abrasivas
- Erosión química
- Abrasión y Atrición
- Frenillos patológicos
- Disfunción oclusal
- Movimientos ortodóncicos incorrectos
- Malposición dentaria
- Mala higiene bucal y algunos tipos de dieta. (53-55)

El tratamiento convencional de esta entidad se basa en la aplicación tópica de agentes desensibilizantes que pueden prescribirse al paciente para que los emplee en casa o pueden aplicarse a nivel profesional, algunos pacientes pueden llegar a necesitar tratamientos más complejos como puede ser endodoncia o cirugía periodontal (56,57)

El agente desensibilizante ideal debería no irritar o poner en peligro la integridad pulpar, ser relativamente indoloro al aplicarlo o inmediatamente después, de fácil aplicación y rápido en su acción, eficaz a largo plazo y por supuesto, no teñir los dientes (56).

La mayor parte de agentes terapéuticos en el control de la hipersensibilidad dentinaria pretenden ocluir o reducir el número y diámetro de los túbulos dentinarios o bloquear la actividad de las fibras nerviosas de la pulpa de una manera directa o indirecta; lo habitual es formular productos con dos o más agentes desensibilizantes para obtener mejores resultados (56-59).

Otra enfermedad bucal considerada como una urgencia estomatológica es la Pericoronaritis, complicación local que puede suceder al brotar cualquier diente y es una causa frecuente de dolor punzante, inflamación e infección sobreañadida.

La evolución filogenética de la especie humana ha traído como consecuencia que la mandíbula del hombre sea cada vez mas pequeña, debido a la alimentación que no necesita del desgarrar de alimentos crudos por lo que el desarrollo cráneo facial a tenido modificaciones importantes que dan al traste con la erupción dentaria (60).

Por estudios realizados del crecimiento y desarrollo cráneo facial se conoce que la erupción dentaria del tercer molar en un por ciento elevado trae

trastornos y uno de ellos es la Pericoronaritis, la cual da manifestaciones clínicas que hacen de ella una urgencia estomatológica.

En el desarrollo de una pieza dentaria se han descrito diversas etapas hasta que ésta se ubica en su posición normal dentro de la arcada, la cual comienza con el período de crecimiento que a su vez consta de las etapas de: iniciación, proliferación, histodiferenciación, morfodiferenciación y aposición. Luego estos tejidos se mineralizan lo cual constituye la etapa de calcificación y enseguida sobreviene la erupción y la atrición⁽⁶¹⁾.

Lo más característico del cuadro agudo, es el dolor intenso, espontáneo y localizado en la zona afectada; sin embargo, hay cuadros severos en los que el dolor es irradiado a otras zonas, en especial si se trata del tercer molar inferior como en esa zona alcanzan algunas fibras de los músculos pterigoideo interno o del pilar anterior del paladar, se presenta trismos o pseudotrisismus. El dolor se exagera con las variaciones de temperatura y el roce de los alimentos, como es un cuadro bacteriano frecuentemente se encuentra compromiso del estado general ⁽⁶²⁾.

A pesar de que el umbral para reconocimiento del dolor parece ser aproximadamente el mismo para todas las personas, el grado de reacción de cada uno varía enormemente. Las personas serenas reaccionan al dolor mucho menos intensamente que las personas emocionales, el dolor causa reacciones motoras reflejas y psíquicas. Algunas de ellas están relacionadas con la médula espinal pues los impulsos dolorosos que penetran en la sustancia gris medular pueden iniciar directamente “reflejos de retracción” que alejan todo el cuerpo o parte del mismo del estímulo nocivo. Estos reflejos medulares primitivos, aunque muy importantes en animales inferiores, quedan modulados en el hombre por acción del centro nervioso cortical, en su lugar los estímulos dolorosos originan reflejos mucho más eficaces a nivel de la corteza cerebral que corrigen rápidamente el trastorno doloroso, si ello puede lograrse con un movimiento del cuerpo. Las reacciones al dolor son mucho más sutiles e incluyen todos los conocidos aspectos del dolor como son: la angustia, la ansiedad, el llanto, la depresión, entre otros. Estas reacciones varían tremendamente según las personas para grados comparables de estímulos dolorosos.

Por compromiso de fibras superiores del constrictor superior de la faringe el enfermo presenta odinofagia e incluso disfagia. Existe edema en la zona, lo que puede producir al mismo tiempo asimetría facial. El exámen en ocasiones resulta dificultoso pero puede constatarse una mucosa enrojecida, edematosa, tanto en la parte vestibular como en la lingual, con impronta del homólogo de la arcada contraria, y a nivel cervical habrá ganglios con características inflamatorias y gran sensibilidad al palpar el ángulo de la mandíbula, si se presiona suavemente esta mucosa se exacerba la sensación dolorosa y es posible detectar la salida de exudado purulento (63,64).

El diagnóstico de la pericoronaritis aguda es eminentemente clínico y al ser detectada debe definirse si es pericoronaritis sola o con pulpalgias, periodontalgias o complicaciones de gangrenas pulpares de piezas vecinas (65,66).

En el manejo de las pericoronaritis se debe considerar un tratamiento sistémico, especialmente en el cuadro agudo que se refiere al uso de antimicrobianos como las Penicilinas más una isosaxonil penicilina como la Cloxacilina o la Flucloxacilina y las medidas que tiendan a compensar el estado febril y el dolor, por lo cual se indicarán analgésicos, antiinflamatorios, antipiréticos e hidratación según sea la magnitud del compromiso del estado general (67,68).

Además, deben implantarse algunas medidas locales como el alivio del capuchón pericoronario si éste ha sido traumatizado por la oclusión del diente antagonista, por lo que deben desgastarse las cúspides del antagonista o incluso debe extraerse el antagonista en caso de terceros molares que así lo ameriten (69).

El dolor y la disfunción de la Articulación Temporomandibular también constituyen urgencias Estomatológicas.

La articulación temporomandibular es la más compleja del cuerpo: se abre y cierra como una bisagra y se desliza hacia adelante, hacia atrás y lateralmente, y está sometida a una gran presión durante la masticación, contiene una pieza de cartílago especializado denominado disco que evita la fricción entre la mandíbula y el cráneo (70).

Cuando los dientes están en contacto en oclusión dentaria céntrica las dos articulaciones temporomandibular forman la articulación de la mandíbula con el cráneo y con el esqueleto facial, es una de las más complejas del organismo clasificada como gínglimoartroïdal o diartrosis bicondílea, a pesar de estar formada por dos huesos es considerada como compuesta y funcionalmente es la única articulación bilateral (71).

Su interacción con la oclusión dentaria hace posible las funciones de masticación, deglución y fonación. Las superficies óseas articulares están recubiertas por un fibrocartílago con un menisco articular interpuesto que las hace compatibles, lo cual facilita los movimientos básicos de la mandíbula (apertura y cierre, lateralidades derecha e izquierda, protusión y retrusión).

Los trastornos de la articulación temporomandibular incluyen problemas relativos a las articulaciones y músculos que la circundan. A menudo, la causa del trastorno de esta es una combinación de tensión muscular y problemas anatómicos dentro de las articulaciones, a veces, también interviene un componente psicológico, estos trastornos son más frecuentes en mujeres de 20 a 50 años de edad.(72)

En las últimas décadas se han llevado a cabo varios estudios epidemiológicos sobre los trastornos temporomandibulares (TTM) y se ha hecho un esfuerzo notable por esclarecer su causa. De forma general, se acepta la idea de que el origen de los disturbios funcionales del sistema estomatognático es multifactorial, pero a pesar de que tanto en niños como en adultos la prevalencia de los trastornos temporomandibulares (TTM) ha sido alta, no se ha evidenciado un factor causal predominante (73,74).

Las alteraciones patológicas de la articulación temporomandibular (ATM) conocidas como "la tierra de nadie" adquirieron importancia a principios de 1930, cuando la Good Friend publicó su trabajo original en 1933, seguido poco después por el trabajo ampliamente difundido de Costen en 1934, quien nota que las quejas de sus pacientes no se limitaban a los síntomas típicos de artritis. (75,76)

Una consecuencia de este trabajo fue la aparición del término Síndrome de Costen⁽⁷⁷⁾.

Son múltiples los factores de riesgo que intervienen en la aparición del síndrome dolor-disfunción, aunque los más relevantes son las alteraciones oclusales y el estrés.

Los signos y síntomas más frecuentes en los trastornos funcionales de los músculos y de las articulaciones Temporomandibular, son el **dolor** y la **disfunción**:

- Dolor espontáneo a la palpación o al movimiento de los músculos de la masticación, y asociados.
- Disfunción: limitación del rango de movimientos, desviaciones y deflexiones.

Al examinar la ATM se presentan ruidos articulares, existen dos tipos fundamentales:

- Chasquido: Ruido seco de estallido que se produce por la incoordinación en el movimiento del disco respecto al cóndilo.
- Crepitación: Ruido granuloso como al estrujar una hoja de papel duro, o el ruido de la goma de un carro sobre la gravilla. Se asocia a procesos degenerativos.⁽⁷⁸⁾

En la disfunción de la ATM los trastornos funcionales del sistema dentario más comunes son:

- El desgaste dentario.
- La pulpitis.
- La movilidad.

Otros signos y síntomas asociados son:

- La cefalea.
- Los dolores óticos.

Los Desordenes Funcionales se clasifican en:

1- trastornos de los músculos masticatorios: los mismos se presentan de la siguiente forma:

- Contracción protectora.
- Dolor muscular local.
- Dolor miofacial.
- Mioespasmo.
- Miositis.

2-Alteración del complejo cóndilo-disco.

- Desplazamiento del disco
- Luxación discal con reducción
- Luxación discal sin reducción

3-Incompatibilidad estructural de las superficies articulares.

a-Trastornos inflamatorios

- Sinovitis
- Capsulitis
- Retrodiscitis
- Artritis

b-Hipomovilidad mandibular crónica.

- Anquilosis.
- Contractura muscular.
- Impedimento coronoideo.
- Trastornos del crecimiento.(79,80)

Las afecciones de las ATM se tratan de la siguiente forma:(81)

- Atención Primaria: realizará el diagnóstico e interconsultará con el nivel secundario para su remisión y atención, cooperando en el tratamiento de apoyo y definitivo de todas las entidades.
- Atención Secundaria: se realizará por el grupo multidisciplinario a este nivel el tratamiento, de acuerdo a los medios y equipos disponibles, interconsultará con el tercer nivel de atención y remitirá al Grupo Multidisciplinario de ATM, cooperando en los tratamientos de apoyo y definitivo.

- Atención Terciaria: representada por el Grupo Multidisciplinario de ATM, ejecutará los tratamientos requeridos, apoyándose en los niveles de atención inferiores.

Pueden clasificarse en dos tipos:

- Definitivos: busca eliminar los factores etiológicos que han creado el trastorno.
- De apoyo: se refiere a los métodos terapéuticos para modificar los síntomas del paciente.

El Síndrome dolor-disfunción ha sido reconocido por múltiples autores como una urgencia estomatológica entre ellos encontramos a Rev Sanid Milit (1999) mostró una prevalencia de estrés en un 26%, las alteraciones oclusales con una prevalencia de un 72%, dolor muscular con 5.1%, dolor de ATM con un 1.6%, la prevalencia de las alteraciones de la ATM resultó de 24.7%, la prevalencia de hábitos bucales anormales fue de 39%. Encontró asociación entre el estrés y la presencia de hábitos bucales anormales, las alteraciones oclusales resultaron significativas con la presencia de dolor muscular ($p < 0.05$), con la presencia de alteraciones de las ATM y también resultaron significativas ($p < 0.05$), asociadas a l rechinar los dientes ($p < 0.005$). En este estudio se concluyó que las alteraciones oclusales son el principal factor de riesgo, para la presencia de disfunción temporomandibular (78,79)

Todos los autores mencionados anteriormente coinciden en relación a lo planteado en cuanto a las manifestaciones y causas que provocan las diferentes afecciones bucales que constituyen urgencias estomatológicas.

Las investigaciones existentes explican a plenitud el problema investigado en otro contexto y universo de trabajo, en la población que se atiende en los consultorios odontológicos del Municipio Independencia, no se conoce dato alguno de las manifestaciones y características de estas afecciones ni cuales son sus dimensiones, conociendo la parte teórica y partiendo de las manifestaciones de estas alteraciones encontradas en la bibliografía revisada, se tiene una información y una visión sobre el tema, del cual pudo partir el autor para ver en que medida es similar o no al problema

investigado y de esta forma planificar tareas para que den respuesta a las situaciones encontradas en este estudio y tratar de hacer programas de prevención y promoción de las alteraciones bucales en esta área de salud.

POSICIÓN DEL AUTOR FRENTE A LA REVISIÓN REALIZADA.

El autor considera que las afecciones bucales que constituyen urgencias estomatológicas no han sido abordadas con la suficiente profundidad.

Es del criterio de que por la estrecha relación existente entre el diente y las estructuras de protección y soporte que forman el periodonto cualquier proceso, lesión o enfermedad que afecte a unas u otras estructuras tenga indiscutiblemente una respuesta por parte de la estructura vecina, entendiéndose que procesos que tuvieron origen a nivel pulpar tengan consecuencias por ejemplo para el ligamento periodontal, la encía y el hueso alveolar y procesos originados en estas últimas estructuras penetren al diente a través del foramen apical originando una respuesta pulpar, y con ello el dolor.

Cualquier proceder estomatológico traerá una respuesta adaptativa por parte del diente y los tejidos de protección y soporte. En dependencia de la magnitud de la agresión propinada y del punto en que se sobrepase la capacidad adaptativa de la estructura dental así se convertirá el tratamiento realizado al paciente en la solución a su problema dental o en el inicio de uno nuevo.

En realidad se conoce muy bien este tipo de afecciones, mas son muy pocos los profesionales que se ocupan del tratamiento preventivo de las mismas, sobre todo en edades tempranas, por lo general el paciente acude a consulta por dolor, por lo que el tratamiento es puramente curativo, en ocasiones tratamientos radicales, que por lo avanzado de la enfermedad, no admite otra conducta, lo que trae consecuencias mucho mas agravantes y el no hacer un diagnostico integral hace que no detecten signos y síntomas que al no ser tratados oportunamente llevan a alteraciones mas complejas.

Los factores de riesgos que llevan a la caries dental son conocidos y abordados por múltiples autores, no obstante, la caries dental es considerada según la OMS como la tercera calamidad sanitaria que afecta a la humanidad, esto se debe a la mala aplicación de políticas de salud y modelos de promoción y prevención de las enfermedades, los cuales deben de estar en manos del estado y no de un grupo de profesionales que practican la odontología solo con fines mercantilistas, razón por lo cual el porcentaje de afectados es tan grande a nivel mundial y la comunidad en la cual se realiza este estudio, no escapa de ello y mucho menos la población infantil, por el no conocimiento de padres, tutores y maestros de la importancia de los tejidos bucales y como prevenir las afectaciones de estos. El signo mas relevante de la caries dental aguda, o de cualquier otra enfermedad bucal en estado agudo sea cual sea la edad es el dolor, el cual constituye una urgencia en estomatología.

Una vez analizada la bibliografía corresponde establecer los criterios que conducirán a esta investigación para conocer la morbilidad por urgencias Estomatológicas en la población a estudiar.

OBJETIVOS:

General

Describir la Morbilidad por Urgencias Estomatológicas en pacientes atendidos en el Municipio Independencia Estado Yaracuy en el período comprendido de Septiembre 2006 a Junio 2007.

Específicos.

1- Caracterizar la población estudiada según variables demográficas seleccionadas.

2- Determinar las urgencias Estomatológicas más frecuentes.

3- Identificar los factores de riesgos que influyen en la aparición de las urgencias Estomatológicas.

METODO:

Se realizó una investigación descriptiva transversal para describir algunos aspectos relacionados con la morbilidad de las afecciones bucales que constituyeron urgencias estomatológicas en los pacientes atendidos en los consultorios odontológicos del Municipio Independencia. Estado Yaracuy, en el período comprendido entre Septiembre 2006 a junio 2007

➤ METÓDICA:

Para cumplir con los objetivos propuestos, dicho estudio se realiza en 4 momentos fundamentales:

- Revisión bibliográfica
- Recolección de la información preliminar.
- Recolección de los resultados.
- Presentación de la investigación.

Los métodos que permiten llevar a cabo la investigación son.

1. Métodos teóricos.

- Análisis Documental para la revisión y utilización de la bibliografía.
- Método de Análisis – Síntesis para la caracterización del objeto y campo de acción de la investigación.

- Método histórico – lógico para analizar las referencias históricas de los procesos pulpares y periapicales agudos.
 - Método de abstracción – concreción para formular los aportes de la investigación.
2. Métodos estadísticos.
- Cálculo porcentual.

Universo y Muestra

El universo de trabajo estuvo definido por todos los pacientes atendidos en los consultorios odontológicos del Municipio Independencia en el período establecido para este estudio, la muestra estuvo constituida por el total de pacientes diagnosticados con Urgencias Estomatológicas que fue de 739 pacientes.

Criterios de inclusión

-Pacientes que acudieron a la consulta de Estomatología con una afección que fuera considerada como urgencia estomatológica, de ambos sexos y que dieran su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

-Pacientes que no dieran su consentimiento para ser incluidos en la muestra
 -pacientes con algún trastorno mental que le impidiera comprender y colaborar con el estudio.

Para la realización de este trabajo se realizó un examen bucal a cada paciente en el sillón dental con buena iluminación e instrumental de diagnóstico, lo cual permitió la confección de la historia clínica individual, el mismo fue realizado por los estomatólogos que trabajan en dichos consultorios, a los cuales previamente se les dio un taller para ser orientados en los parámetros y características del estudio. Se tuvo en cuenta las variables que a continuación relacionamos, las que fueron vaciadas en una planilla de recolección de datos y que permitieron dar salida a los objetivos propuestos.

Para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos propuestos fue necesario realizar los siguientes pasos:

Para caracterizar la población objeto de estudio se distribuyeron los pacientes por grupos de edad según los criterios señalados por la OSM para realizar el análisis de la situación de salud en Estomatología.

-0_18.

-19_34.

-35_59.

60y más

- Por sexo: Según sexo biológico.

- Masculino.

- Femenino.

- Nivel de instrucción:

Primaria no terminada

Primaria terminada

Secundaria

Técnico medio

Pre-Universitario

Universitario

- Ocupación:

Jubilado: Todo aquel que se encuentre acogido al retiro laboral.

Ama de casa: Mujeres dedicada a las labores del hogar.

Estudiante: Todas personas que tiene vínculos estudiantiles.

Trabajador: Toda persona que tenga vínculo laboral

Desocupado: Toda persona con edad laboral que no estudia ni trabaja.

Para dar cumplimiento al objetivo 2 se tuvieron en cuenta las siguientes urgencias estomatológicas:

- Alveolitis: Todos los pacientes que acudieron a las consultas por dolor y a los mismos se les diagnosticó Alveolitis.
- Procesos pulpares y periapicales

Para identificar los tipos de procesos pulpares y /o periapicales agudos presentes en la población estudiada se tuvieron en cuenta los siguientes procesos.

Procesos Pulpares agudos:

- Hiperemia pulpar. K04.00
- Pulpitis transitoria. K04.00
- Pulpitis irreversible aguda. K04.01

Procesos Periapicales:

- Periodontitis apical. K04.4
- Absceso alveolar agudo. K12.2

Los cuales aparecieron como diagnóstico en el acápite correspondiente en la historia clínica según criterio del odontólogo que confeccionó la historia clínica o realizó algún tratamiento al paciente.

- Hiperestesia Dentinal: Todos los pacientes que acudieron a la consulta por dolor y se diagnosticó que el mismo era ocasionado por una hiperestesia dentinal.
- Traumatismo Dentario: Todos los pacientes que acudieron a la consulta cuyo motivo de consulta fue un trauma dentario.
- Pericoronaritis: Todos los pacientes que acudieron a la consulta por dolor y se les diagnosticó una pericoronaritis.
- Dolor y disfunción de ATM: Todos los pacientes que acudieron a la consulta de urgencia por dolor ocasionado por dolor o disfunción en la Articulación Temporomandibular.
- Hemorragia: Todos los pacientes que acudieron a la consulta por sangramiento abundante después de una extracción dentaria.

Se analizaron en cada historia clínica los resultados de la anamnesis, examen clínico, características del dolor descritas y resultados de otros exámenes como la percusión, palpación, y pruebas térmicas.

Para describir los factores de riesgo de la población estudiada se realizó un interrogatorio minucioso (Anexo2) y un examen de la cavidad bucal; se tuvo en cuenta los siguientes factores:

- Higiene Bucal. Se valoró según observación clínica.

Higiene bucal deficiente: Se identificó clínicamente la higiene bucal deficiente o mala; cuando hay mayor acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores, al facilitar el proceso de desmineralización y elevar el riesgo a caries y otras afecciones bucales, sobre todo en personas con alto número de microorganismos cariogénicos, presencia de tártaro y materia alba.

Higiene bucal buena: cuando al exámen clínico no hubo placa dentobacteriana, ni caries, ni tártaro, ni materia alba

- Dieta cariogénica: Se tomó para definir dieta cariogénica más de cuatro momentos de ingestión de sacarosa así como contenido de azúcar, la frecuencia y horario de su consumo
- Maloclusiones: Los dientes mal alineados, fuera de posición, volteados o situados en cualquier posición que no es normal.
- Trauma por accidente. Se consideró cuando el diente afectado sufrió algún trauma por caída del paciente o por el mismo haber recibido un golpe
- Obturaciones defectuosas. Se valoró su presencia o no
 - Retracción gingival: Se consideró cuando la encía se encuentra retraída en sentido apical.
- Apiñamiento dentario: Dificultad para realizar correcta fisioterapia bucal, acumulación de placa dentobacteriana; y además el uso de aparatología ortodóncica y protésica, factores que favorecen la desmineralización.

Hábitos perniciosos: acción que se realiza con frecuencia y que son perjudiciales.

-Hábito de fumar

-Morder objetos con los dientes

-Bruxismo

-Onicofagia

- Otros: Dentro estos consideramos:

--Experiencia anterior de caries: El tratamiento curativo recibido, la experiencia anterior de caries en personas no afectadas por caries, tiene mayor probabilidad a seguir desarrollando la enfermedad y aumentar riesgos de severidad de las lesiones.

--Aparatos protésicos u Ortodóncicos: Si el paciente era portador o no de ellos

--Enfermedad gingival o periodontal: Se consideró su presencia o no. Las personas que presentan enfermedad periodontal o secuelas de esta, tiene mayor riesgo a caries radicular. La recesión gingival al dejar expuesta la unión cemento – esmalte, crea condiciones para la acumulación de la bio-película dental.

--Hipoplasias del esmalte. Se valoró su presencia o no. Favorecen la acumulación de placa dentobacteriana con el aumento de desmineralización y del riesgo de caries.

--Fluorosis dental. Se valoró su presencia o no. La inexistencia de terapias con flúor ya sea sistémica o tópica favorece la aparición de la caries dental

--Masticación unilateral. Si el paciente refirió masticar de un solo lado

--Desdentamiento. Pérdida de dientes, ya sea total o parcial

Uso de prótesis dentales inadecuadas (desajustadas o fracturadas) o incorrectas (no se cumplió con los principios biomecánicos en su confección).

Recolección de la información.

Para recolectar la información fueron analizadas las historias clínicas y encuestas (anexo 2) confeccionadas a cada uno de los pacientes objeto de estudio en su primera visita al consultorio odontológico. Estudiándose detalladamente en cada historia clínica, el motivo de consulta, historia de la enfermedad actual, examen físico intra y extraoral, dentigrama, diagnóstico establecido por el estomatólogo.

Procesamiento de la información.

Todos estos datos se transcribieron a un registro primario de datos y fueron procesados mediante microcomputadora con el programa Microsoft Office, a través de su Herramienta Microsoft Excel. Los resultados fueron expresados en porcentajes por medio de cuadros. Como medida de resumen para variables cualitativas se utilizaron el porcentaje y los números absolutos.

Análisis y discusión de los resultados.

Los resultados se presentaron en tablas simples y de doble entrada para su mejor interpretación.

Cada uno de los datos analizados, fueron ordenados según su incidencia y discutidos acordes a los criterios implícitos del autor y el tutor, según la bibliografía cubana e internacional disponible en el contexto venezolano.

ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Cada uno de los pacientes a estudiar fueron informados y motivados, explicándoles la importancia de la investigación, la forma en que se les realizaría el examen bucal, al mismo tiempo se informó los beneficios, que podría asumir con la participación voluntaria en la investigación y que si por algún motivo deseaba retirarse podía seguir recibiendo el tratamiento adecuado para su enfermedad. Se informó sobre los aspectos éticos de la investigación y sobre todo, de que la información obtenida de la misma sería utilizada con el máximo secreto profesional con fines netamente científicos (ver Anexo 1)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1.

Pacientes con Urgencias Estomatológicas según sexo y edad.

| Grupos de edad | Sexo | | | | | |
|----------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % |
| 0-18 | 84 | 11.3 | 75 | 10.1 | 159 | 21.5 |
| 19-34 | 115 | 15.5 | 82 | 11.0 | 197 | 26.6 |
| 35-59 | 130 | 17.5 | 121 | 16.3 | 251 | 33.9 |
| 60 y mas | 73 | 9.8 | 59 | 7.9 | 132 | 17.8 |
| Total | 402 | 54.3 | 337 | 45.6 | 739 | 100 |

Fuente: Historia clínica.

Al analizar la distribución de los pacientes, según edad y sexo en la tabla 1, se aprecia un predominio de los pacientes del sexo femenino aunque no fue muy significativo, las mismas representaron el 54,3% de los casos estudiados y los hombres el 45,6%. El grupo de edad que predominó fue el de 35-59 con 251 pacientes, seguido del grupo de 19-34 años con 197 pacientes representando el 33.9 y el 26.6% respectivamente.

Estos resultados pudieran estar determinados por el hecho de que a estas consultas según las estadísticas del Municipio el mayor por ciento de pacientes que asiste se encuentra entre las edades de 19 - 50 años y

pertencen al sexo femenino. También pueden estar dados porque las mujeres tienen más preocupación por la estética y en este caso más tiempo para acudir a la consulta porque la mayoría eran amas de casa, que sean más frecuentes en estos grupos de edades puede deberse a que a medida que la edad va aumentando las consecuencias de las enfermedades se hacen mas graves y sobre todo la caries dental que si no se realiza un correcto tratamiento de las mismas pueden traer consecuencias fatales para los dientes incluso su perdida, de ahí que a medida que aumenta la edad el número de pacientes con dientes perdidos es mayor.

Por otra parte, el hecho de que sean las féminas las más afectadas pudieran estar condicionado por ser las mujeres las que con mayor prontitud necesitan atención médica estomatológica, independientemente de los cambios hormonales sistemáticos que en ellas se producen como factor coadyuvante de la caries dental y además en ellas se inicia más tempranamente el brote dentario, lo que coincide con literaturas revisadas. (2,3)

Estudios realizados en la universidad del Nordeste, en estados Unidos coinciden con estos resultados al plantear que las enfermedades bucales son tan frecuentes en las mujeres como en los hombres, pero que las mujeres asisten con mayor frecuencia a los consultorios odontológicos para su atención por motivos estéticos. ⁸²

TABLA 2:
Pacientes con Urgencias Estomatologicas según Grupos de edades y Nivel Educativo.

| Nivel educacional | GRUPOS DE EDADES | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|------|-------|-----|-------|-----|----------|-----|-------|------|
| | 0-18 | | 19-34 | | 35-59 | | 60 y más | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Primaria no terminada | 75 | 10.1 | 24 | 3.2 | 38 | 5.1 | 35 | 4.7 | 172 | 23.2 |
| Primaria terminada | 38 | 5.1 | 37 | 5.0 | 55 | 7.4 | 65 | 8.7 | 195 | 26.3 |
| Secundaria | 30 | 4.05 | 48 | 6.4 | 69 | 9.3 | 19 | 2.5 | 166 | 22.4 |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|
| Técnico medio | 12 | 1.6 | 21 | 2.8 | 41 | 5.5 | 8 | 1.08 | 82 | 11.0 |
| Pre-Universitario | 4 | 0.54 | 29 | 3.9 | 36 | 4.8 | 5 | 0.6 | 74 | 10.0 |
| Universitario | 0 | 0 | 38 | 5.1 | 12 | 1.6 | 0 | 0 | 50 | 6.7 |
| Total | 159 | 21.5 | 197 | 26.6 | 251 | 33.9 | 132 | 17.8 | 739 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla 2 analizamos los pacientes con urgencias estomatológicas según nivel educacional y grupos de edades, donde pudimos observar que predominó el nivel educacional de primaria terminada con 195 pacientes que representó el 26.3%, seguido de la primaria no terminada con 172 pacientes (23.2%), predominando en las edades de 60 y más y 35-59 años. Solo 50 pacientes eran universitarios que constituían el 6,7%, estos resultados pueden estar dados por el sistema imperante en este país antes del triunfo de la revolución bolivariana donde la educación solo era para la clase privilegiada y la mayoría de estas personas no tenían acceso al estudio, solo con el actual gobierno se han creado muchas misiones educativas que están liberando al país del analfabetismo.

El bajo nivel de escolaridad no determina en la aparición de una enfermedad, sin embargo el escaso nivel intelectual si influye de forma negativa, ya que estos pacientes serán pocos receptivos ante las actividades orientadas para mantener una adecuada salud bucodental.

Los pacientes con menor nivel de instrucción, estaban más afectados que los que tenían un alto nivel de instrucción, al ser el universitario el grupo menos afectado, lo que muestra que mientras más alto sea el nivel de instrucción de las personas, serán más capaces de interpretar, entender y concientizar los mensajes de orientación sobre promoción y prevención de salud, lo que puede influir en el mantenimiento de una buena salud bucal.

Trabajos realizados por otros autores como por ejemplo la Dra. Aldereguía plantea que una baja escolaridad puede exponer al individuo a la enfermedad, mientras que la alta escolaridad lo protege de riesgos específicos para su salud, permitiéndole una vida más higiénica, disciplinada y sistemática,

ya que amplía los aspectos cognoscitivos de la imagen del mundo y por consiguiente de la salud y de la enfermedad, así como una mayor capacidad para saber orientarse y autorregular su comportamiento. ^{83,84}

Resultados similares fueron referidos por Mijares A. y cols. 1986 en su estudio sobre el Estado de Salud Oral del venezolano (85).

Tabla 3

Pacientes con Urgencias Estomatológicas según Ocupación y grupos de Edades

| Ocupación | Grupo de Edades | | | | | | | | | |
|------------|-----------------|------|-------|------|-------|------|----------|------|-------|------|
| | 0-18 | | 19-34 | | 35-59 | | 60 y mas | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Jubilado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0.5 | 4 | 0.5 |
| A. de Casa | 0 | 0 | 98 | 13.2 | 88 | 11.9 | 70 | 9.4 | 256 | 34.6 |
| Estudiante | 157 | 21.2 | 57 | 7.7 | 6 | 0.8 | 0 | 0 | 220 | 29.7 |
| Trabajador | 0 | 0 | 33 | 4.4 | 132 | 17.8 | 13 | 1.7 | 178 | 24.0 |
| Desocupado | 2 | 0.2 | 9 | 1.2 | 25 | 3.3 | 45 | 6.0 | 81 | 10.9 |
| Total | 159 | 21.5 | 197 | 26.6 | 251 | 33.9 | 132 | 17.8 | 739 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla 3 analizamos los pacientes con urgencias estomatológicas según ocupación y grupos de edades, observándose que predominaron las amas de casa con 256 que representó el 34.6% y en el grupo de edad de 19-34 años, seguido por los estudiantes con 220 pacientes que representó el 29.7% estando mayormente representado por el grupo de edad de 0-18años con 157 pacientes (21,2%).

Este por ciento tan alto de amas de casa esta justificado por el sistema social de este país antes del actual gobierno, donde la educación y la salud solo estaba en manos de la clase pudiente, la existencia de un gran desempleo y la total discriminación de la mujer, como son las que mayor tiempo están en

su casa, son las que con mayor frecuencia acuden a consulta, y también las que menor nivel de instrucción tienen y por lo tanto más vulnerables a padecer enfermedades.

El grupo de estudiantes estuvo bastante representado en las edades apropiadas para el estudio, ya que con la nueva política del gobierno se le ha dado un gran valor a la educación y además las afecciones bucales comienzan en edades tempranas de la vida si no se hace una correcta prevención y educación para la salud, pueden convertirse en urgencias estomatológicas. También pudimos observar un bajo porcentaje de jubilados que puede estar justificado porque fueron pacientes mayores de 60 años que no le dan mucha importancia al cuidado de la salud bucal y además como no existía mucha fuente de empleo en anteriores gobiernos, son escasas las jubilaciones.

En la literatura revisada no hay investigaciones que reflejen este tema, por lo que el autor no pudo realizar comparaciones al respecto.

Tabla 4

Tipos de Urgencias Estomatológicas según grupos de edades

| Tipos de Urgencias | GRUPOS DE EDADES | | | | | | | | | |
|----------------------------------|------------------|------|-------|------|-------|------|----------|------|-------|------|
| | 0-18 | | 19-34 | | 35-59 | | 60 y más | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Alveolitis | 0 | 0 | 16 | 2.1 | 13 | 1.7 | 1 | 0.1 | 30 | 4.0 |
| Por traumas dentales | 14 | 1.8 | 6 | 0.8 | 2 | 0.2 | 0 | 0 | 22 | 2.9 |
| Hiperestesia Dentinal | 0 | 0 | 17 | 2.3 | 27 | 3.6 | 46 | 6.2 | 90 | 12.1 |
| Pericoronaritis | 9 | 1.2 | 28 | 3.7 | 1 | 0.1 | 0 | 0 | 38 | 5.1 |
| disfunción y dolor de ATM | 0 | 0 | 11 | 1.4 | 31 | 4.1 | 8 | 1.0 | 50 | 6.7 |
| Procesos Pulpares y Periapicales | 135 | 18.2 | 115 | 15.5 | 166 | 22.4 | 74 | 10.0 | 490 | 66.3 |
| Hemorragia | 1 | 0.1 | 4 | 0.5 | 11 | 1.4 | 3 | 0.4 | 19 | 2.5 |
| Total | 159 | 21.5 | 197 | 26.6 | 251 | 33.9 | 132 | 17.8 | 739 | 100 |

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 4 se analizó los tipos de urgencias estomatológicas según los grupos de edades observándose que los procesos pulpares y periapicales

fueron los que más predominaron con 490 pacientes que representó el 66.3%, seguido de las hiperestesia dentinal con 90 que constituyó el 12.1%, y el dolor y disfunción de ATM en el 6.7%. La Pericoronaritis estuvo en el 5.1, la alveolitis en el 4% de los pacientes, los traumas en el 2.9% y las hemorragias en el 2.5%. Estos resultados se deben a que los procesos pulpares y periapicales tienen como una de las causas fundamentales para su aparición la caries dental, enfermedad que afecta a más del 90% de la población mundial y esta es una población que nunca antes había tenido una atención estomatológica gratuita y los escasos recursos económicos no les permitía atenderse en clínicas privadas, además no existía educación para la salud que permitiera prevenir las enfermedades. El grupo de edad mayormente afectado fue el de 35-59 años con 166 pacientes que representó el 22.7%.

El resultado obtenido coincide con los del estudio de la Dra. Quiñones Márquez donde el 92% de los pacientes padecían de procesos Pulpares y periapicales agudos (86), y similares a los resultados de las investigaciones de los doctores Fabregues y Martínez Arroniz .(87,88)

La hiperestesia Dentinal predominó en el grupo de edades de 60 y más años con 46 pacientes que representó el 6,2%, esto se debe a que a medida que avanza la edad la retracción gingival se va haciendo mayor por los cambios fisiológicos que van ocurriendo en los tejidos según van envejeciendo, y sobre todo si a esto se añade un cepillado traumático y de manera incorrecta, esta retracción es una de las causas fundamentales para que ocurra la hiperestesia, pues los canalículos dentinarios quedan más expuestos a los estímulos lo que coincide con lo planteado por el Dr. Sotres en su estudio, que

la hiperestesia dentinal aumenta considerablemente a medida que aumenta la edad.⁽⁸⁹⁾

La pericoronaritis predominó en un 3,7% en el grupo de edad de 19-34 años, este resultado se debe a que es en estas edades el brote de los terceros molares y es en ellos donde con mayor frecuencia ocurre esta afección. Lo que coincide con lo planteado en sus publicaciones por Peltroche-Llacdsahuanca, Reichhart, Schmitt y Luttkick ^(90.), que este proceso infeccioso es propio de la segunda y tercera década de la vida y ocasionalmente aparece en otras etapas de la vida.

La disfunción de la ATM predominó en las edades de 35-59 años en un 4,1%, lo que se debe a que estos pacientes tenían muchos dientes perdidos por lo que desarrollaron maloclusiones que es una de las causas importantes de esta enfermedad, y es consecuencia de que esta población no ha recibido una atención adecuada durante su vida lo que hace que desde edades mas tempranas comience a tener enfermedades que son predominantes en edades mas avanzadas de la vida. Estos resultados difieren de los obtenidos por Jiménez y Matsumoto donde la afección predomino en edades mas avanzadas^(91,92)

Los traumas dentales predominaron en las edades de 0-18 años en un 1,8%, lo que se debe a que en estas edades los niños realizan juegos, deportes y se exponen a situaciones propias de su irresponsabilidad que los hacen más propensos a los traumas, lo que coincide con algunos autores que plantean

que los traumas suelen producirse en niños y adolescentes más frecuentemente que en el adulto.(10)

Tabla 5

Tipos de Urgencias Estomatológicas según sexo

| Tipos de Urgencias | SEXO | | | | | |
|----------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL | |
| | No | % | No | % | No | % |
| Alveolitis | 11 | 1.4 | 19 | 2.5 | 30 | 4.05 |
| Por traumas dentales | 15 | 2.0 | 7 | 0.9 | 22 | 2.9 |
| Hiperestesia Dentinal | 50 | 6.7 | 40 | 5.4 | 90 | 12.1 |
| Pericoronaritis | 16 | 2.1 | 22 | 2.9 | 38 | 5.1 |
| disfunción y dolor de ATM | 19 | 2.5 | 31 | 4.1 | 50 | 6.7 |
| Procesos Pulpares y Periapicales | 215 | 29.0 | 275 | 37.2 | 490 | 66.3 |
| Hemorragia | 8 | 1.0 | 11 | 1.4 | 19 | 2.5 |
| Total | 337 | 45.6 | 402 | 54.3 | 739 | 100 |

Fuente: Historia Clínica

La tabla 5 muestra los tipos de urgencias estomatológicas según sexo, se observó que los procesos pulpares y periapicales agudos fueron las urgencias que más se presentaron con un total de 490 pacientes lo que constituyó el 66.3% de la población estudiada y fueron más frecuente en el sexo femenino con 275 pacientes que representó un 37.2%. Estos resultados se deben a que el sexo femenino fue el que predominó en nuestro estudio, además por los cambios hormonales que ocurren en su cuerpo son más susceptibles a las enfermedades fundamentalmente durante el embarazo y la lactancia donde hay un aumento de la secreción de muchas hormonas como la tiroxina, las suprarrenales, sexuales y la paratormona esta última especialmente por las implicaciones que tiene en el metabolismo del calcio y el fósforo; la demanda creciente de estos elementos por el feto hacen que esta hormona extraiga calcio de estructuras óseas y dentarias, si a esto se añade un insuficiente aporte con la dieta provoca mayor descalcificación de las estructuras dentarias, lo que unido a una higiene inadecuada aumenta el riesgo para que se produzcan las enfermedades bucales.

Este estudio difiere del realizado por la Dra. Quiñones Márquez titulado, "Patologías pulpares y periapicales más frecuentes en urgencias en 2 clínicas estomatológicas", las patologías pulpares agudas se presentaron más en el sexo masculino que en el femenino, con el 54,3 %.(86)

La hiperestesia Dentinal fue más frecuente en el sexo masculino con un 6.7% con relación al femenino que fue en un 5.4%. Por lo que en este estudio el sexo no fue significativo en la aparición de esta afección, situación que coincide con lo planteado por algunos autores en la bibliografía consultada.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por el Dr. Sotres en su estudio, donde plantea que no existió diferencias significativas de hiperestesia dentinal según el sexo(89)

Los traumas dentales también fueron más frecuentes en el sexo masculino en un 2% con relación al 0.9% en el femenino. Estos resultados pueden deberse a que los varones están más sometidos a factores de riesgo como los juegos, las peleas, y las acrobacias que hacen en su cotidianidad aun en las edades más

tempranas de la vida. La pericoronaritis predominó en el sexo femenino con 2.9% sobre el sexo masculino 2,1% estos resultados aunque no son muy significativos pueden deberse a que los hombres tienen mayor desarrollo maxilar que las mujeres y por tanto mas espacio para el brote de los dientes, fundamentalmente los terceros molares, que es donde más frecuente se observa esta enfermedad, lo que coincide con los estudios realizados por el profesor de cirugía de Buenos Aires, Ríes Centeno ^(93,94) y difieren con los del Dr. Carlos Cabreja ⁽⁹⁵⁾ que da un ligero predominio para el sexo masculino.

La disfunción y dolor de la ATM predominó en el sexo femenino en un 4,1% sobre el masculino 2,5%, resultado que puede deberse a que fueron las mujeres las mas afectadas por las enfermedades bucales y por ende las que peores consecuencias tenían, como restos radiculares, dientes perdidos, que son unas de las causas de estos trastornos. Las afecciones de las ATM afectan con mayor frecuencia al sexo femenino, en una relación de 4:1 y de 2:1, según otros autores⁽⁹⁶⁾.

Los estudios precisan que las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 35 años presentan disfunción cráneo-mandibular con más asiduidad. Al parecer, la condición estrogénica de las mujeres hace que este grupo de población sea uno de los más afectados, aunque deben darse otros factores de oclusión y parafunción mandibular, estos resultados son similares a los obtenidos por los doctores Jiménez y Matsumoto en relación al sexo mas afectado ^(90,91)

Tabla 6

Pacientes con procesos pulpares y Periapicales Agudos según grupos de edades.

| Procesos Pulpares y periapicales agudos | Grupos de edades | | | | | | | | | |
|---|------------------|-----|-------|------|-------|------|----------|-----|-------|------|
| | 0-18 | | 19-34 | | 35-59 | | 60 y más | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Hiperemia | 41 | 5.5 | 104 | 14.0 | 147 | 19.8 | 14 | 1.8 | 306 | 41.4 |
| Pulpitis Transitoria | 22 | 2.9 | 8 | 1.0 | 9 | 1.2 | 3 | 0.4 | 42 | 5.6 |
| Pulpitis irreversible aguda | 11 | 1.4 | 27 | 3.6 | 29 | 3.9 | 17 | 2.3 | 84 | 11.3 |
| Peridontitis Apical aguda | 5 | 0.6 | 8 | 1.0 | 5 | 0.6 | 0 | 0 | 18 | 2.4 |
| Absceso Alveolar Agudo | 8 | 1.0 | 16 | 2.1 | 12 | 1.6 | 4 | 0.5 | 40 | 5.4 |

| | | | | | | | | | | |
|-------|----|------|-----|------|-----|------|----|-----|-----|------|
| Total | 87 | 11.7 | 163 | 22.0 | 202 | 27.3 | 38 | 5.1 | 490 | 66.3 |
|-------|----|------|-----|------|-----|------|----|-----|-----|------|

Fuente: Historia Clínica

Se analizaron los pacientes con procesos pulpares y periapicales agudos según grupos de edades en la tabla 6, donde se observó que la hiperemia pulpar fue la que más predominó con 306 casos que representó un 41.4%, siendo más frecuente en el grupo de edad de 35-59 años con 147 pacientes que constituyen el 19.8%, estos resultados pueden deberse a que con la incorporación de Barrio Adentro a la república de Venezuela, los pacientes que nunca antes habían tenido una atención estomatológica al alcance de sus posibilidades acudían al estomatólogo por cualquier afección bucal aunque fuera sin presentar una sintomatología muy dolorosa, es decir acudían al sentir la menor molestia. Los resultados de este estudio coinciden con el realizado por la Dra. Quiñones Márquez; donde la hiperemia fue el proceso pulpar más frecuente al afectar el 45,7% de la población estudiada por ella, la cual tuvo un predominio en el grupo de edad de 21 a 30 años.⁸⁶ Difiere del estudio realizado por el Dr. González Román titulado "Frecuencia de diagnósticos y tratamientos pulpares según indicadores de la demanda realizados en una clínica dental universitaria", el cual plantea que en su investigación el diagnóstico más frecuente fue el de pulpitis transitoria (45,1%), presentándose estas en mayor cantidad en pacientes entre las edades de 25 y 35 años (86 casos).⁹⁷

Tabla 7

Pacientes con procesos pulpares y Periapicales Agudos según sexo.

| Procesos Pulpares y periapicales agudos | Sexo | | | | | |
|---|----------|------|-----------|------|-------|------|
| | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % |
| Hiperemia | 181 | 24.4 | 125 | 16.9 | 306 | 41.4 |
| Pulpitis Transitoria | 23 | 3.1 | 19 | 2.5 | 42 | 5.6 |
| Pulpitis irreversible aguda | 57 | 7.7 | 27 | 3.6 | 84 | 11.3 |
| Peridontitis Apical aguda | 11 | 1.4 | 7 | 0.9 | 18 | 2.4 |
| Absceso Alveolar Agudo | 28 | 3.7 | 12 | 1.6 | 40 | 5.4 |
| Total | 300 | 40.5 | 190 | 25.7 | 490 | 66.3 |

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 7 se analizó los pacientes con procesos pulpares y periapicales agudos según sexo, donde se obtuvo como resultado que el sexo más afectado fue el femenino con 300 pacientes que constituyó el 40.5% y predominó la

hiperemia con 181 pacientes que representó el 24.4%. Estos resultados pueden deberse a que el sexo femenino es más preocupado que el masculino por la atención de las enfermedades y por la estética, También las mujeres por los cambios hormonales que sufren son más propensas a enfermedades bucales y entre ellas con mayor frecuencia la caries dental.

Estudios realizados en países industrializados, muestran una prevalencia mas alta de enfermedad en mujeres que en hombres lo cual es semejante a los resultados obtenidos en este estudio, sin embargo estas diferencias tienden a desaparecer y a ser contrarias en países subdesarrollados, lo que indica que son las condiciones socioeconómicas y culturales en estos casos las que están determinando estas diferencias y no el sexo (Barry Gómez).

El absceso alveolar agudo con 5,4% predominó sobre la peridontitis apical aguda 2.4%, este resultado aunque no fue muy significativo puede deberse a que los pacientes acudieron a la consulta cuando el proceso ya había avanzado a una etapa superior y los síntomas eran mas dolorosos, lo que coincide con los obtenido por la Dra. Perdomo en el estudio “Principales aspectos clínicos de las afecciones endoperiodontales”, en su investigación el 88,9% de las lesiones endodònticas relacionadas con procesos periodontales estaban representadas por abscesos dentoalveolares agudos.(98)

La investigación realizada por la Dra. Quiñones Márquez coincide con este resultado, en su estudio la patología periapical más frecuente fue el absceso alveolar agudo, el que predominó en el grupo de 35 a 48 años de edad, no encontró ningún paciente con periodontitis apical aguda .(86)

En el estudio de la Dra. González-Longoria y del Dr. González Román igualmente fue el absceso alveolar agudo el proceso periapical que prevaleció.

95,97

Tabla 8

Factores de riesgo en pacientes con urgencias estomatológicas según grupos de edades.

| Factores de Riesgo | Grupos de Edades | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|------|-------|------|-------|------|----------|------|-------|------|
| | 0-18 | | 19-34 | | 35-59 | | 60 y mas | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Higiene-bucal deficiente | 121 | 16.3 | 168 | 9.2 | 220 | 29.7 | 124 | 16.7 | 633 | 85.6 |
| Dieta cariogénica | 159 | 21.5 | 165 | 22.3 | 196 | 26.5 | 85 | 11.5 | 605 | 81.8 |
| Trauma | 14 | 1.8 | 6 | 0.8 | 2 | 0.2 | 0 | 0 | 22 | 2.9 |
| Apiñamiento | 45 | 6.0 | 98 | 13.2 | 115 | 15.5 | 51 | 6.9 | 309 | 41.8 |
| Obturaciones defectuosas | 28 | 6.0 | 85 | 11.5 | 91 | 12.3 | 34 | 0.4 | 238 | 32.2 |
| Hábitos perniciosos | 11 | 1.4 | 74 | 10.0 | 86 | 11.6 | 98 | 13.2 | 269 | 36.4 |
| Retracción gingival | 0 | 0 | 41 | 5.5 | 102 | 13.8 | 118 | 15.9 | 261 | 35.3 |

| | | | | | | | | | | |
|-------|----|-----|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| Otros | 19 | 2.5 | 95 | 12.8 | 88 | 11.9 | 96 | 12.9 | 298 | 40.3 |
|-------|----|-----|----|------|----|------|----|------|-----|------|

Fuente: Historia Clínica

Los factores de riesgo en pacientes con urgencias estomatológicas según grupos de edades se muestran en la tabla 8, predominó la higiene bucal deficiente en 633 pacientes que representó un 85.6%, seguido de la dieta cariogénica en 608 que constituye el 81.8%, predominando más en el grupo de 35-59 años siendo significativa en los demás grupos de edades, estos resultados pueden deberse a que estos pacientes no habían recibido nunca educación para la salud sobre como mantener un correcto cepillado y están acostumbrados a una dieta rica en azúcar y carbohidratos sin conocer la frecuencia y horarios correctos en que se deben ingerir. Se sabe que la higiene deficiente y la dieta rica en azúcar son factores primordiales para que se produzca la caries, pues los microorganismos presentes en la placa dentobacteriana que se forma en la superficie de los dientes y encías cuando el cepillado no es correcto ni tiene la frecuencia adecuada, actúan sobre los restos de alimentos sobre todo los azúcares y carbohidratos en forma sólida y producen ácidos que al entrar en contacto con la superficie de los dientes producen la descalcificación de los mismos y con ello la Caries dental.

Estos resultados se asocian a los de numerosos estudios que confirman que la mala higiene bucal es un riesgo significativo en la caries dental y que se encuentra relacionada con la prevalencia de caries.

La higiene bucal es la clave de la prevención de la caries y la base del éxito del tratamiento de la gingivitis. Muchos de los fracasos del control de las 2 grandes enfermedades producidas por la placa bacteriana pueden atribuirse a la higiene

inadecuada. Por otra parte la edad de la placa tiene un efecto significativo sobre la producción ácida. Las placas viejas tienen una mayor habilidad para disminuir el pH a partir de soluciones de azúcar que las placas recientemente formadas (99).

Piket plantea que básicamente el inicio y progreso de la lesión requiere de la formación y presencia de la placa dento bacteriana ¹⁰⁰. Resultados similares obtuvo Fures,Zickest , ¹⁰¹ en su estudio de 92 pacientes con higiene bucal deficiente (85%) tenía caries dental, considerado este factor de riesgo por diferentes autores condicionante o predisponente para la aparición de las mismas.

Diversos estudios confirman que una buena higiene bucal tiene un gran impacto en la futura salud dental por lo que se deben cambiar los hábitos de higiene inadecuados para prevenir las caries. Se recomienda el cepillado dental; si se realiza solamente una vez al día contribuye a la mala higiene bucal y la confirma como un factor de riesgo, pero si su uso es adecuado contribuye a la prevención de caries, particularmente si se utilizan dentífricos fluorados ¹⁰².

Los traumas predominaron mas en las edades tempranas de la vida pues como ya habíamos explicado ellos son mas vulnerables a los mismos desde que comienzan a gatear hasta que llegan a la edad adulta, Los demás factores de riesgos se comportaron con menos frecuencia en todos los grupos de edades.

Tabla 9

Factores de riesgo en pacientes con urgencias estomatológicas según sexo.

| Factores de Riesgo | SEXO | | | | | |
|--------------------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % |
| Higiene-bucal deficiente | 302 | 40.8 | 331 | 44.7 | 633 | 89.7 |
| Dieta cariogénica | 301 | 40.7 | 304 | 41.1 | 605 | 81.8 |
| Trauma | 7 | 0.9 | 15 | 2.0 | 22 | 2.9 |
| Apiñamiento | 153 | 20.7 | 156 | 21.1 | 309 | 41.81 |
| Obturaciones defectuosas | 135 | 18.2 | 103 | 13.9 | 238 | 32.2 |
| Hábitos perniciosos | 108 | 14.6 | 161 | 21.7 | 269 | 36.4 |
| Retracción gingival | 155 | 20.9 | 106 | 14.3 | 261 | 35.3 |
| Otros | 136 | 18.4 | 162 | 21.9 | 298 | 40.3 |

Fuente: Historia Clínica

Los factores de riesgo en pacientes con urgencias Estomatológicas según sexo se muestran en la tabla 9, observándose que la higiene bucal deficiente

predominó en el sexo masculino con 331 pacientes que representó el 44.7% y en el sexo femenino predominó en un 40.8%.

Aunque la diferencia no es alta, esto nos demuestra que desde edades muy tempranas la mujer juega un rol decisivo en la familia. Toledo en su estudio, plantea que son las más preocupadas por todos los problemas, entre ellos la salud, hábitos de alimentación, higiénicos ¹⁰³.Taco obtuvo resultados similares planteando que el sexo masculino disminuye la preocupación y motivación de la estética descuidando la higiene más que el sexo femenino (104).

Los traumas dentarios prevalecieron en el sexo masculino con 2% sobre el femenino 0.9% este resultado se debe a que están más expuestos a estos factores porque realizan juegos y trabajos donde se exponen al peligro, lo que coincide con la literatura revisada. El apiñamiento y la dieta cariogénica se comportaron de manera similar en ambos sexos, las obturaciones defectuosas, la retracción gingival y otros factores predominaron en el sexo femenino con 18.2%, 20.9% y 18.4% respectivamente, dado este resultado por lo planteado anteriormente.

Los hábitos perniciosos predominaron en el sexo masculino con 21.7%, sobre el sexo femenino 14.6%, este resultado puede deberse a que los hombres tienen más hábito de fumar que las mujeres en esta población estudiada y además algunos mordían objetos con los dientes, quizás por estar más sometidos a situaciones estresantes como la falta de empleo y de recursos para mantener el hogar.

CONCLUSIONES:

- Predominó el sexo femenino, el grupo de edad de 35-59 años, con nivel educacional de primaria terminada y las amas de casa.
- Los tipos de Urgencia estomatológica que predominaron fueron los procesos pulpares y periapicales y de estos la Hiperemia pulpar.
- Los factores de riesgo que mas influyeron en la aparición de las urgencias estomatológicas fueron la higiene bucal deficiente seguida de la dieta hipercariogenica.

RECOMENDACIONES:

- Incorporar a los Odontólogos vinculados a la Misión Barrio Adentro a un programa de promoción y prevención de salud en las comunidades para poder actuar sobre los factores de riesgos y así prevenir las enfermedades que pueden convertirse en urgencias estomatológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1-Pérez Andrés O. Nuevo enfoque de la interpretación del dolor en una pulpitis aguda. *Revista Cubana de Estomatología*.2000.37 (1): 62-66.

2-Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal. *Rev Cubana Estomatol*, Mayo-ago. 1999, vol.36, no.2, p.158-170. ISSN 0034-7507.

3-Colectivo de autores. Guías prácticas clínicas de Caries Dental. Guías Prácticas de Estomatología. Editorial ciencias Médicas. La Habana. 2003.

4-Programa Nacional de Atención Estomatológico Integral a la población. Ciudad de la Habana. Cuba febrero 2002.

5-Gispert Estela, Sistema Pronóstico del riesgo de Caries en encolares de 7-14 años de edad (tesis de especialidad). Ciudad de la Habana. Facultad de Estomatología; 2001.

6-García Barbero G. Patología y terapéutica Dental. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.Pp.138-147.

7-Cuenca E, Manau C, Sierra L. Manual de Odontología Preventiva. Barcelona: Editorial. Masson; 1991. Pp. 144-5, 153-4.

8-Brown P. Caries. Mar de Plata, Argentina: Editorial de la Universidad del Mar; 1991.

- 9-World Health Organization. 1992. Global Oral Data Department of Noncommunicable Diseases Surveillance/ Oral Health. Dental Caries level at 12 years.
- 10-Lasmary M, Inés P, Daybel R, Heiler F. Urgencias Estomatólgicas. Material de apoyo a la docencia. Facultad de Estomatología. ISCM-VC.2006
- 11-Torabinejad, W. Endodoncia: Principios y Práctica, Segunda Edición. McGrawHill-Interamericana, 1996. Pág 14-18
- 12-Rodd and F.M Boissonade. Inervation of human tooth pulp in relation to caries and dentition type. J dent Res 80(1): 389-393, 2001
- 13-Andreasen JD. Lesiones traumáticas de los dientes. Edición Revolucionaria. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987:21-31.
- 14-Quiñonez Márquez D . **Patologías pulpares y periapicales más frecuentes en urgencias en 2 clínicas estomatológicas.** *Rev Cubana Estomatol*, Mayo-ago. 2000, vol.37, no.2, p.84-88. ISSN 0034-7507.
- 15-Siqueira J, Rocas I, Souto R, Uzeda M, Colombo A. Microbiological evaluation of acute periradicular abscesses by DNA-DNA hybridization. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;92(4):451-7.
- 16-Siqueira J, Rocas I, Oliveira J, Santos K. Molecular detection of black-pigmented bacteria in infections of endodontic origin. *J Endod.* 2003;27(9):563-6.
- 17-Colectivo de autores. Guías prácticas de estomatología. Capítulo 2 .Enfermedades pulpares y periapicales La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003. 76-127.
- 18-Rodríguez Calzadilla OL. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis facial odontógena. *Acta Odontol Venezolana* 2001;39(3):25-31.
- 19-Maccan Filho M, Palombo CR. Alveolitis. Diagnóstico y tratamiento. Centro odontológico virtual

[en línea] 2001 [fecha de acceso 20 de junio de 2004]. URL disponible en: http://www.niv.unicamp.br/cou/artigos/artigo_7/alveolit.htm

20-Baeza Martínez DA. Etiología, prevención y tratamiento de la alveolitis [en línea] [fecha de acceso 10 de Septiembre de 2004]. URL disponible en: [http://www.iztalaca.unam.mx/temas/foropalas/35 TCDO5lb.htm](http://www.iztalaca.unam.mx/temas/foropalas/35_TCDO5lb.htm)

21-Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73:93-7.

22-Torres Lagares D, Serrera Figallo Ma. A, Romero Ruiz M Ma, Infante Cossio P, García Calderón M, Gutiérrez Pérez JL. Alveolitis seca. Rev Med Oral Patol Oral y Cirug. Bucal [en línea] 2005 [fecha de acceso 24 abril 2005]; 10 (1): 77-85. URL disponible en: <http://www.adobe.es/products/acrobat/arupdate.html>

23-Oviedo Montes A, Ramblas Ángeles MP. Guía diagnóstica del dolor orofacial. Rev ADM 1994; 51(6):333-8.

24-Filho Maccari M, Palombo CR. Alveolite. Diagnóstico e tratamento [en línea] 2001 [fecha de acceso 20 de enero de 2004]. URL disponible en: <http://mailto:%20covanib.unicamp.br>

25-Martorell Catalayud L, García Mira B, Peñarrocha Diago M. Actualización en el tratamiento del dolor orofacial. Rev Med Oral 2004; 9(4):293-9.

26-Sosa Rosales, Maritza de la Caridad. El Sistema Nacional de Salud Cubana: Introducción.-p.13-2 En Guías Practicas de Estomatología.- La Habana: Editorial Ciencias Medicas, 2003.- p. 562.

27-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población.- La Habana MINSAP, 2002.- 139p

28-Berini L, Gay Escoda C. Cefaleas y algias faciales por enfermedad máxilofacial, oto-sinusal y ocular. En: Aliaga L, Baños JE, Barutel C de, Molet J,

Rodríguez de la Serna A. Tratamiento del dolor: teoría y práctica. Barcelona: Editorial MCR, 1995:193.

29-García Murcia MJ, Peñarosa Diago M. Alveolitis seca; revisión de la literatura y metanálisis. Rev Actual Odontoestomatol Esp 1994; 54(437):25-34.

30-Martorell Catalayud L, García Mira B, Peñarrocha Diago M. Actualización en el tratamiento del dolor orofacial. Rev Med Oral 2004; 9(4):293-9.

31-Baeza Martínez DA, Gómez Clavel JF. Etiología, prevención y tratamiento de la alveolitis [en línea] [fecha de acceso 25 de marzo de 2005]. URL disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/35TCD051b.htm>

32-Quintana JC. El uso de la propolina al 8% en el tratamiento de las alveolitis. Estudio preliminar. Rev Cubana Estomatol 1992; 29(2):93-7.

33-Driggs Pérez, Y. Uso preventivo de la miel en las exodoncias. Diplomado de Estomatología Natural y Tradicional. FCM. Holguín.2004.

34-Bravo Serrano R, Orzaiz Villanueva MT, Díaz Marquina A. Edulcorante natural por excelencia. Alimentaria 1994; 31(253):25-35.

35-Rivero Varona T, Martín Reyes O, Cuan Corrales M. Eficacia de la miel en el tratamiento de las alveolitis. Arch Med Camagüey (Rev electrónica) 1999; 3(4).

36-Lao L, Berman S, Langenberg P, Wong RH, Berman B. Efficacy of chinese acupuncture on postoperative oral surgery pain. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 79(4):423-8.

37-Csiszar R. Basic of acupuncture in the oral cavity-oral acupuncture. Forgov Szemle 1993; 86(7):233-8.

38-Jayasuriya A. Clinical acupuncture. 16 ed. Sri Lanka: Ed. Medicina Alternativa Internacional, 1999:6-72.

39-Lima Alvarez M, Martín Reyes O. Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de las alveolitis. Arch Med Camaguey [en línea] 1999 [fecha de acceso 16 de febrero del 2004]; 3 (1). URL disponible en:

[http://www.cmw.sld.cu/amc/v3n1/amc3\(1\)09.htm](http://www.cmw.sld.cu/amc/v3n1/amc3(1)09.htm)

40-Martín Reyes O, Lima Alvarez M, Sulueta Izquierdo M. Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. Rev Cubana Estomatol [en línea] 2001 [fecha de acceso 9 de febrero del 2004]; 38(3): 176-80. URL disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_3_0/est05301.htm

41-Cruz Guerra O, Menéndez Cepero S, Martínez Jordán ME, Clavera

Vázquez T. Aplicación de la ozonoterapia en el tratamiento de las alveolitis.

Rev Cubana Estomatol 1997; 34(1):21.

42-Furze HA, Gutierrez R, Maravankin FD. El láser y la odontología. Rev Asoc Odontol Argent 2000; 88(2):137-40.

43-Thomas A, Coleman D, Grippo J, Linderknecht E. Hipersensibilidad Dentinaria cervical. Parte II: asociación lesiones por abfracción. Quintessence Int 2002; 15(3): 147-155.

44-Jacobsen P, Bruce G. Clinical dentin hypersensitivity: Understanding the causes and prescribing a treatment. J Contemp Dent Pract 2001; 1(2): 2001-12.

45-Gillan D, Bulman J, Eijkman M, Newman H. Prevalence and intra-oral distribution of dentine hypersensitivity. J Oral Rehabil 2002; 29: 226-231.

46-Gillan D, Bulman J, Eijkman M, Newman H. Dentists' perceptions of dentine hypersensitivity and knowledge of its treatment. J Oral Rehabil 2002; 29: 19-225.

47_Sergio Palacio. Hipersensibilidad dentaria. Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. Febrero 2001

48-akagawa, I.; Amano, A.; Ohara, Y.; Endoh, N.; Morisaki, I.; Kimura, S.; Hamada, S. 2002: Identification of a new variant of fim A gene of Porphyromonas gingivalis and its distribution in adults and disabled populations with periodontitis. J. Periodontol. Res. 37:425-432.

49_Segovia R, Salazar C, Paz M. Factores Precipitantes en el Desarrollo de Recesión Gingival. Acta Odontológica Venezolana. Universidad Central

de Venezuela. Aceptado para Publicación. 2002; 40(1).

50_osiris Bracho de Peña; Nelson Hernández Vicuña; Luis Elejalde; Olga Zambrano de Ceballos; Mercedes Paz de Gudiño. Recesión gingival de incisivos inferiores en adolescentes, su asociación con factores de riesgo Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la [Universidad del Zulia](#). Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. Fecha de ingreso: 30/07/2002. Aceptado para publicación: 17/03/2003.

51_Andlin-sobocki a, Bodin L. (1993). Dimensional Alterations of the Gingiva Related to Changes of Facial/Lingual Tooth Position in Permanent Anterior Teeth of Children. Journal Clinical Periodontology 2002; 20: 219-224.

52_Dababnheh R, Khouri A, Addy M. Hipersensibilidad dentinaria, ¿Un enigma? Una revisión de la terminología, los mecanismos, l a etiología y el tratamiento. Arch odontoestomat 2000; 16(2): 101-110

53-Bender IB. Pulpal pain diagnosis- a review. J Endodon 2000; 26(3):175-179.

54-Marsh, P.; Martin, M.2000: Oral Microbiology. Fourth edition. Wright. England. Pg 50-70.

55-Colectivos de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana. Editorial de Ciencias Médicas. 2003. Pg 52-54; 85-88.

56- Dababnheh R, Khouri A, Addy M. Hipersensibilidadaddentinaria, ¿Un enigma?Una revisión de la terminología, los mecanismos,la etiología y el tratamiento.Arch odontoestomat 2000; 16(2): 101-110.

57-Yates R, Owens J, Jackson R, NewcombeR, Addy M. A slipt-mouth placebocontrolledstudy to determine the effectof amorphous calcium phosphate in the treatment of dentine hypersensitivity.J Clin Periodontol 1998; 25:687-692.

- 58-. Jacobsen P, Bruce G. Clinical dentin hypersensitivity: Understanding the causes and prescribing a treatment. *J Contemp Dent Pract* 2001; 1(2): 2001-12
- 59-. Plagman C, König J, Bernimoulin J-P, Rudhart C, Deschner J. A clinical study comparing two high-fluoride dentifrices for the treatment of dentinal hypersensitivity. *Quintessence Int* 1997; 28 (6): 403-408.
- 60_ Wilhelm RJ, Sutley SH, Quigley NC. Antimicrobial management of third molars: survey results for military dentists. *Gen Dent* 2005; 44(6):538-43.
- 61-Gerhard BK, Spinkle PM, Veltri RW. Bacteriología básica y aplicada a la otorrinolaringología. En: Paparella M. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2003
- 62-Kay LW. Investigations into the nature of pericoronitis. *Br J Oral Surg* 2003; 3:188-205.
- 63-Laskin DM. Cirugía bucal y maxilo facial. Buenos Aires: Panamericana, 2001.
- 64- Incidence of large third molar associated cystic lesions requiring hospitalization. *Acta Odontol Scand* 2002; 54:327-31.
- 65-Haug R, Hoffman MJ, Indresano AT. An epidemiologic and anatomic survey of odontogenic infection. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 976-80.
- 66-Lysell L, Rohlin M. A study of indications used for removal of mandibular third molar. *Oral Maxillofac Surg* 2001; 17:161-4.
- 67-Dolter J, Wong J, Janda JM. Association of Neisseria Cinerea with ocular infections in paediatric patients. *J Infect* 1998; 36(1):49-52.
- 68-Donald A. Otorrinolaringología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2001; t.1.
- 69-Brock TD, Madigan MT, Martinko J, Parker J. Host-parasite relationships. En: *Biology of microorganisms*. 7ma ed. New Jersey: Prentice Hall, 1994:400-3, 526.

- 70.-Vasconcelos B.C., Bessa-Nogueira R.V., Cypriano R.V. [Treatment of temporomandibular joint ankylosis by gap arthroplasty.](#) Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006 Jan 1;11(1):E66-9.
- 71- Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. Age and sex distribution of symptoms is dysfunction of the masticatory system in laps in the north of Finland. Acta Odontol Scand 1974; 32(4):225-59.
- 72.-Garcia [Trastorno doloroso y vertigo referido al oído. Derivación frecuente al ORL.](#) An Med Interna. 2005 Feb;22(2):88-90.
- 73.-Martin-Granizo R., Sanchez J.J., Jorquera M., Ortega L. [Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: a clinical, radiological and histological study.](#) Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005 May-Jul;10(3):272-6.
- 74.- Cebrian-Carretero J.L., Lopez-Arcas-Calleja J.M. [Gastroesophageal reflux diagnosed by occlusal splint tintion.](#) Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006 Jan 1;11(1):E26-8.
- 75.- Campos A. Oclusión y Articulación Temporomandibular. En: Rehabilitación Oral y Oclusal. Barcelona; Harcourt Internacional. 2000, Vol.1
- 76- Colectivos de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana. Editorial de Ciencias Médicas. 2003.
- 77.- Revista Cubana de Estomatología 2001. Factores de Riesgo en la predicción de las Principales enfermedades bucales, 111-9.
- 78- Seligman DA., Pullinger AG. Analysis of occlusal variables, dental attrition, and age for distinguishing healthy control from female patients with intracapsular temporomandibular disorders J Prosthet Dent 2000; 83(1):76-82.
- 79.-Tratado de Patología Bucal 4ta Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2000.
- 80.-Magnusson T, Egermark J, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic Study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 year of age. J Orofacial Pain 2000; 14(4):310.
- 81.-Programa Nacional de Atención Estomatología Integral a la población. C. Habana, Cuba, 2002

82-Borges A, Maupomé G, Tsuchiya J. Características sociodemográficas y condiciones generales en un grupo de pacientes mayores de 60 años, atendidos en una clínica universitaria en 1991. *Dentista y paciente* 1991; 1(6):20-28.

83-Nancy RD. Aldereguia. HJ. *Medicina Social y Salud Pública en Cuba*. La Habana. Editorial Pueblo y Educación 2000.

84-Colectivo de autores. *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000.p.32-43, 294-332.

85-Mijares A. y cols. 1986. *Estado de Salud Oral del Venezolano*. Fundación Centro de Estudios Biológicos sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana. Secretaría de la Presidencia de la República. Divisiones de Investigaciones Biológicas, departamento de Odontología. 1986, Caracas, DF, Venezuela.

86-Quiñónez Márquez, Dinhora. *Patologías pulpares y periapicales*

87-Fabregues LI, Herrera Ureca J, Vallorcoba Plana I, Alandez Chomorro F, Sanz J, Alonso M. *Patología endodóntica-periodontal: revisión bibliográfica pulpar-periodontal*. *Av Periodoncia* 2002; 2(2):81-102.

88-Martínez Arroniz. *Diagnóstico y tratamiento endoperiodontal*. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. RESPIN. México Edición Especial núm. 7,2003. Disponible en: <http://www.van/mx/publicaciones/respyn/especiales/>[consulta: 6 de abril del 2007]

89-González Sotres, Navajas JM: *Hipersensibilidad dentaria. Parte I. Revisión de las teorías cito patogénicas*. *Rev. Europ Odontoestomatol*, 1992,4:25-31

90-Peltroche-Llacsahuanga H, Reichhart E, Schmitt W, Lutticken R, Haase G. *Investigación of infectious organisms causing pericoronitis of the mandibular third molar*. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58(6):611-6.

. 91.-Jiménez Castellanos, BE López LM, *la prótesis dental en Gerontología*

Geriátrica. La Atención Odontológica Integral de edad avanzada. Madrid, Editorial IM&C, 2000: 353-360.

92.-Matsumoto Ma, Matsumoto W, Bolognese AM. Study of The sign and symptoms of temporomandibular dysfunction individuals with normal occlusion and malocclusion. *Cranio* 2002;

93_Ries Centeno GA. Cirugía bucal. Buenos Aires: El Ateneo, 1987.

94_Ballinger PW, Merrill's. Atlas of radiographic positions Donado M, Aguado A. Cirugía bucal. Patología técnica. Madrid: Los Llanos, 2001:399-404.

20(4):274-81.

95-Cabreja Hernández C, Díaz Valladares I, Fernández Medina O. Prevalencia de los terceros molares retenidos en alumnos de la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. *Rev Cubana Estomatol* 2003; 27(3):313-21.

96-Martinez B., Bagan J.V., Fons A., Poveda R. [Osteoarthritis of the temporomandibular joint. A clinical and radiological study of 16 patients.](#) *Med Oral*. 2004 Mar-Apr;9(2):110-15, 106-10.

97-Gonzales Román A, Quintana del Solar M, Matta Moralez C. *et al.* Frecuencia de diagnósticos y tratamientos pulpares según indicadores de la demanda realizados en una clínica dental universitaria. *Rev. Estomatol. Herediana*. [online]. jul./dic. 2005, vol.15, no.2 [citado 09 Julio 2007], p.150-154. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000200010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1019-4355.

98-Perdomo Marsilly X, Ortiz Moncada C, La O Salas NO, Corona Carpio MO,

León Betancourt EC. Principales aspectos clínicos de las afecciones

endoperiodontales

[artículo en línea]. *MEDISAN* 2006; 10(1) http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san071

99-Laurell, C. 2004. "La salud de derecho social a mercancía". En Laurel, C.

(coordinadora). Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. UAMX
Fundación Friedrich Ebert. México.

100-Piket GLas tres Fases de la Medicina Preventiva en América Bot. Of. san
PANM. 1997 82 397- 405

101-Fures Zickes I. Niveles y tipo bacteriano Colombia c.o.n. J 20042004http /
w ww informed .Sld. Cu. Consult ado 5-5 2005

102-Ramirez PBS Torres TLS . Porfil Breu Estudios en los niños de pre
escolar area urbana. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioquia 2000.

103-Toledo Curbelo GI Carballos Hernandez M, Cruz Acosta A. Generalidades
de la salud de la población. Editorial de Ciencias Médicas de la Habana 1999:
75-2.

104-Taco II La caries . Part htmd . Hopewood.Australia. infomed. Sld.cu.
Consultado 25-3 - 2004.

CONSULTADA

- American Academy of Periodontology. Mucogingival therapy. 1996.1, (1), 675-706. Coartrell James, Mathews David, P. Recession Gingival. The condition, process and treatment. Dent Clin North Am.1976;(1):199-213.
- ADDY, M: Etiology and Clinical implication of dentine hypersensitivity. Dent Clin Nort Am ,1990;34:503-514.
- Álvarez Valls L. Endodoncia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1989:298-368, 396-441.
- Bissada N.F. Symptomatology and clinicalfeatures of hypersensitive teeth.Archs Oral Biol 1994; 39 suppl: 31s-32s.
- Bajwa ZH, Borsook D. Introducción al tratamiento del dolor. En: Borsook D, Le Bel AA, Mc Peek B, editores. Massachussets general hospital tratamiento del dolor. España. Marban, 1999:3-7.
- Bases Estructurales y respuestas biológicas del Complejo Dentino-Pulpar. Dr. Llamas Carvajal. 1999. Pag. www.dentalw.com.
- Borsook D, Le Bel AA, Mc Peek B. Valoración del dolor. En: Borsook D, Le Bel AA, McPeek B, editores. Massachusetts general hospital tratamiento del dolor. España. Marban, 1999:40-43.
- Baumgartner J, Khemaleelakul S, Xia T. Identification of spirochetes (treponemes) in endodontic infections. J Endod. 2003;29(12):794-7.
- Brooks G, Butel J, Morse S. Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg. Editorial El Manual Moderno s.a. Mexico D.F. 2002. pag. 683.
- Cohen S. Procedimientos diagnósticos. En: Cohen S, Burns R editores. Vías de la Pulpa. Madrid. Harcourt, 1999:1-19.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado

Por este medio expreso mi conformidad como paciente y/o la de mi hijo para formar parte de ésta investigación, después de haber escuchado la explicación e información que si yo no quería continuar la participación en el estudio podía retirarme sin que dejara de continuar el tratamiento, realizada por el

Dr. _____

Firma del paciente: _____

Anexo - No.2

Encuesta de Salud Buco – Dental.

Estomatólogo que Encuesta:

Fecha: _____ **No. de HC** _____

Información General:

1-Nombres y Apellidos:

2-Sexo: Masculino ___ Femenino ___

3-Ocupación:

----Jubilado

----Estudiante

---Ama de casa

----Trabajador

----Desocupado

4-Nivel Educativo:

Primaria no terminada

Primaria terminada

Secundaria

Técnico medio

Pre-Universitario

Universitario

6-Factores de riesgos:

___ Dieta cariogénica.

Frecuencia de la ingestión de sacarosa.

---Durante las comidas

--- Entre las comidas

___ Higiene bucal deficiente.

___ Aparatos Protésicos u Ortodóncicos.

___ Hipoplasias del esmalte.

___ Fluorosis dental.

-----Masticación unilateral

Hábitos

-Hábito de fumar

-Morder objetos con los dientes

-Bruxismo

-Onicofagia