

Urgencias en un servicio de prótesis estomatológica

Emergencies in a service of dental prosthesis

MsC. Pedro Alejandro Torres Márquez,¹ Dra. Mirtha de la Caridad Fuentes González,² MsC. Ramón Vivencio Doce Rodríguez,³ Dr. Felipe Alejandro Clavería Ríos⁴ y Dra. Lorena Beatriz Torres López⁵

- ¹ Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Estomatología. Profesor Asistente. Policlínico Docente "Victoria de Girón" Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.
- ² Especialista de I Grado en Ortodoncia. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente "Pedro Celestino Aguilera", Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.
- ³ Especialista de I Grado en Medicina interna. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", La Habana, Cuba.
- ⁴ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Clínica Estomatológica Docente "Pedro Celestino Aguilera", Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.
- ⁵ Estomatóloga General Integral. Policlínico de Dos Ríos, Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se llevó a efecto un estudio descriptivo y transversal de los pacientes que acudieron al Servicio de Prótesis de la Clínica Estomatológica de Palma Soriano, provincia de Santiago de Cuba, en busca de atención inmediata o de urgencia, con historia clínica o sin ella, para sobre la base de las causas que les obligaron a acudir a la instalación, adoptar las medidas pertinentes sin interferir en el cumplimiento de las consultas programadas. Entre los principales resultados sobresalió la primacía del sexo femenino, del área urbana, de la estomatitis subprotésica, de la úlcera traumática, de las afecciones bucales en las personas ancianas, de las reparaciones (dientes fracturados o caídos) y de las cementaciones de restauraciones individuales o puentes dentarios.

Palabras clave: prótesis, urgencia estomatológica, reparación dentaria.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out in patients who attended the Dental Department at the Dental Clinic in Palma Soriano in Santiago de Cuba province, searching immediate or emergent care, with or without medical record, to adopt the corresponding measures on the base of the causes which forced them to attend the service, without interfering in the programmed visits. Among the main results the female sex, the urban area, subprosthesis stomatitis, traumatic ulcer, buccal disorders in old people, repairs (fractured or fallen teeth) and cementations of individual restorations or dental bridges prevailed.

Key words: prosthesis, stomatological emergency, dental repair.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años, la Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública orientó la revisión y actualización de las normas y procedimientos en cada especialidad, así como la aplicación e inclusión de aspectos que no estaban contemplados. Posteriormente introdujo la consulta externa en la especialidad de prótesis, la cual concibe el tratamiento en 2 fases: diagnóstica y la aparatología, donde se han obtenido experiencias positivas al respecto.

En Cuba, desde la década del 60, la atención estomatológica a la población ha sido una de las principales prioridades del Sistema Nacional de Salud, por ello el estomatólogo debe sentirse profundamente comprometido con su profesión, tanto para conocerla y vivirla intensamente, como para plantear alternativas de soluciones; de hecho, debe comprender que su principal deber ético y moral es conservar sana a la comunidad y que no corresponde con la nobleza y dignidad de la profesión el aferrarse a un ejercicio que condena a las personas a permanecer enfermas.

Actualmente, el estomatólogo de la familia ocupa un lugar relevante en la atención a la salud de la población. El diagnóstico del estado de salud bucal familiar y el establecimiento de la vigilancia y evaluación de este, mediante el plan de acción y ejecución, constituyen los 3 elementos más importantes para desarrollar la estomatología general integral.¹

Muchos investigadores, médicos o no de todo el mundo, se han dedicado al estudio de un problema que afecta al hombre donde vive, en cualquier latitud y es precisamente la atención médica de urgencia;² esta última no es una especialidad reconocida, de manera que no existe calificación del personal ni un programa formativo específico para preparar a quienes se dedican a ella.³

El deber del estomatólogo ante el paciente con una urgencia dental es aliviar las molestias y determinar si la condición es, o puede convertirse, en una amenaza para la salud general de este; también constituye su responsabilidad, capacitarse lo mejor posible para reconocer las diferentes manifestaciones de las enfermedades bucales.⁴ En esta provincia no existen centros con consultas para estas emergencias, lo cual es motivo de inquietud de los especialistas.

Teniendo en cuenta el poco conocimiento sobre las principales urgencias que se presentan en el servicio de prótesis estomatológica de este centro, así como su repercusión y consecuencias para las consultas programadas, este equipo de trabajo, sensibilizado con la afección funcional, estética, psíquica y social que representan estos problemas, decidió realizar la presente investigación para analizar las causas que les obligaron a acudir a la instalación y de esta forma perfeccionar la planificación del trabajo de los especialistas, así como también adoptar las medidas pertinentes sin interferir en el cumplimiento de dichas consultas.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de los 2 262 pacientes (universo) que acudieron al Servicio de Prótesis de la Clínica Estomatológica de Palma Soriano, provincia de

Santiago de Cuba, en busca de atención inmediata o de urgencia, con problemas de prótesis o asociados a ella. Se consideraron como tal a todos aquellos que asistieron a la consulta no programada, fueran o no del área de salud, con historia clínica o sin ella.

Entre las principales variables analizadas figuraron: sexo, edad, procedencia, así como tipos de lesiones y reparaciones.

RESULTADOS

En la casuística (**tabla 1**), predominaron las féminas (59,3 %) procedentes del área urbana (63,0 %).

Tabla 1. *Pacientes atendidos en servicios de urgencia según sexo y procedencia*

Procedencia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Urbana	603	26,7	821	36,3	1424	63,0
Rural	317	14,0	521	23,0	838	37,0
Total	920	40,7	1342	59,3	2262	100,0

Al analizar las variables edad y sexo (**tabla 2**), se halló primacía de los pacientes de 60 años y más (51,2 %), seguidos por el grupo de 40-59 (34,5 %); también se muestra la preponderancia del sexo femenino.

Tabla 2. *Pacientes atendidos en los servicios de urgencia según edad y sexo*

Grupos de edades (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
20-39	128	5,7	196	8,7	324	14,3
40-59	294	13,0	486	21,5	780	34,5
60 y más	498	22,0	660	29,2	1158	51,2
Total	920	40,7	1342	59,3	2262	100,0

Las principales lesiones encontradas (**tabla 3**) resultaron ser la estomatitis subprotésica (25,2 %), la úlcera traumática (20,1 %) y las alteraciones parodontales (19,5 %).

Tabla 3. *Pacientes atendidos en los servicios de urgencia según tipos de lesiones*

Lesiones	No.	%
Estomatitis subprotésica	453	25,2
Úlcera traumática	362	20,1
Alteraciones parodontales	351	19,5
Épulis	187	10,4
Queilitis angular	126	7,0
Disfunción de la articulación temporomandibular	123	6,8
Fractura de dientes	97	5,4
Dolores odontógenos	76	4,2
Restos radiculares	22	1,2
Total	1797	100,0

Entre las principales reparaciones de las prótesis (**tabla 4**) primaron las fracturas de dientes (29,3 %), los dientes caídos (25,8 %) y las fracturas de las bases (21,1 %).

Tabla 4. *Pacientes atendidos en los servicios de urgencia según tipos de reparaciones*

Reparaciones	No.	%
Fracturas de dientes	635	29,3
Dientes caídos	558	25,8
Fractura de bases	458	21,1
Fractura de retenedores	120	5,5
Agregar dientes	114	5,2
Fractura del conector	109	5,0
Agregar dientes inmediatos	105	4,9
Caídas de carillas	32	1,4
Rebases	30	1,3
Total	2161	100,0

Como se muestra en la **tabla 5**, entre otros tipos de urgencias por prótesis sobresalieron las valoraciones, con un elevado porcentaje (51,3 %), seguidas por la confección de coronas provisionales y las cementaciones de restauraciones y puentes, para 15,6 y 14,1 %, respectivamente.

Tabla 5. *Pacientes atendidos según otros tipos de urgencias*

Otras urgencias	No.	%
Confección de coronas provisionales	196	15,6
Cementaciones de restauraciones y puentes	178	14,1
Retiradas de restauraciones y puentes	87	6,9
Molestias	149	11,8
Valoraciones	645	51,3
Total	1255	100,0

DISCUSIÓN

En la década del 80 se realizó en el país un gran esfuerzo por ampliar y modernizar la red de servicios hospitalarios, lo que implicaba aumentar cobertura, accesibilidad, capacidad, confort e incorporar las más novedosas tecnologías. Desde el principio, la orientación hacia esas transformaciones estuvo guiada por lo que el Comandante en Jefe denominó criterios fundamentales: el primero consistía en priorizar la salud pública; el segundo en extender los servicios a todo el país, que contenía la atención médica rural y el tercero en brindar asistencia médica gratuita a todo el pueblo, incluyendo los medicamentos que se consumen en los hospitales.⁵

En la casuística, los resultados en cuanto a sexo y procedencia fueron un poco mayor que la distribución nacional del país; al respecto, otros investigadores también hallaron más afectación de los pobladores del área urbana.⁶

Cabe destacar que existió un porcentaje significativo de pacientes de procedencia rural, quienes para poder atenderse en este servicio necesitan trasladarse desde zonas distantes, lo cual les dificultaba, en ocasiones, asistir temprano en la mañana para poder regresar luego a su lugar de origen.

Los resultados anteriores muestran que tanto los pacientes de las zonas rurales como urbanas tienen acceso a este servicio, dato que obliga a planificar la atención para la población de acuerdo con su procedencia.

Según estudios epidemiológicos, el sexo femenino es el más afectado en todo el orbe, con mayor prevalencia a partir de los 40 años.⁷

El aumento de las personas de edad avanzada será más rápido en los países en desarrollo y se prevé que esa población se cuadruplicará en los próximos 50 años. Actualmente, la proporción media en esas naciones es de 88 hombres por cada 100 mujeres entre las personas con más de 60 años.⁸ En Cuba la esperanza de vida es de 75 años aproximadamente, que comprende casi 13 % de la población, cifra que aumentará hasta 20 % trascurrido el primer cuarto del milenio.^{9,10}

La población de este país se encuentra en vejez demográfica y su crecimiento es cada vez más lento, debido al bajo nivel de fecundidad, a la vez que la mortalidad mantiene niveles muy bajos. De hecho, las necesidades de cualquier tipo de rehabilitación aumentan con el envejecimiento por el normal deterioro de sus condiciones, las funciones biológicas se hacen lentas, disminuye la capacidad reparadora del organismo y se presentan problemas en cuanto a nutrición, cicatrización y reservas físicas.

Al respecto, el análisis de las diferentes variables puso de manifiesto que al relacionar la edad con el sexo, predominaron el femenino y los ancianos de 60 años y más, como también hallaron Díaz *et al*¹² en su serie.

En estudios histoquímicos e histopatológicos se detectó que la prótesis estimula a la mucosa durante los 3 primeros años y esta reacciona con hiperqueratinización y aumento de la actividad enzimática, pero vuelve a normalizarse después de 3 años de realizada una nueva.^{12,13}

Las prótesis mal confeccionadas o conservadas inadecuadamente, que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por el uso muy prolongado, conllevan a la aparición de lesiones en los tejidos bucales.¹²

El estudio de las lesiones de la mucosa bucal y el envejecimiento ha tenido un interés especial en las últimas décadas, dado por la prolongación de la esperanza y la calidad de vida. Dichas afecciones tienen mayor incidencia en la población de edad avanzada, de modo que más de 95 % de estas se presentan en personas mayores de 40 años, con un promedio de 60 al realizarle el diagnóstico.¹⁴⁻¹⁶

Los factores locales más importantes a tener en cuenta en el desarrollo de dichas lesiones parecen ser los de carácter traumático, la mala higiene bucal y la sequedad en esta cavidad; los primeros incluyen quemaduras, mucosa mordisqueada, maceración, efecto local de caramelos y tabaco, así como también el uso de las prótesis, las cuales al estar mal adaptadas, originan continuos microtraumatismos sobre la mucosa de soporte que cubren.

Por otra parte, la incorrecta higiene de las prótesis y de la cavidad bucal propician la acumulación y proliferación de microorganismos que ocasionan, a la vez, el desequilibrio de la microflora bucal y permiten la acción de gérmenes oportunistas como la *Candida albicans*.^{12,13}

La calidad de la prótesis y la aparición de las lesiones bucales resultan de gran interés para la comprensión de las causas de estas enfermedades, de manera que se recomiendan estrategias preventivas y se continúan realizando estudios epidemiológicos que tratan de dar respuestas a las interrogantes que aún subsisten.¹⁴

En esta casuística, los resultados no fueron concluyentes, pues los valores del resto de las afecciones se comportaron de forma similar en relación con la aparición de las lesiones.

Algunos autores^{16,17} afirman que las reparaciones de prótesis más comunes son la caída de los dientes artificiales y las fracturas de las bases, así como también que los aparatos de prótesis se rompen con relativa frecuencia, al decir de los pacientes, casi nunca por caídas o maltrato, sino "al morder algo blando, sin la menor violencia", resultados que no difieren de los encontrados en el presente estudio.

Del total de pacientes atendidos de urgencia, la mayoría presentaba prótesis parciales y totales superiores, hecho que concuerda con los objetivos que se persiguen al implantarlas: restaurar la función masticatoria, recuperar la estética alterada por la pérdida de los dientes naturales, sobre todo en los sectores anterior y lateral y contribuir a devolver la función fonética, entre otras.

Esta frecuencia tiene especial relación con el aspecto estético, principalmente con el que brindan los dientes anterosuperiores, tanto en la risa como en la fonética, además de que se pierden el contorno y el perfil que había caracterizado al paciente hasta entonces; tal vez este sea el principal factor estresante para el sujeto,² lo que hace que se preocupen más por rehabilitarse este sector de los dientes.

Según otros tipos de urgencia, predominaron las valoraciones, aspecto contemplado en el Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población, mediante la interconsulta programada y como solicitud de inmediato proceder durante el desarrollo de cualquier actividad clínica.¹⁸

En la práctica diaria el estomatólogo se enfrenta con bastante frecuencia a situaciones difíciles que presentan algunas personas cuando se le rompe una parte de la prótesis, tales como: flancos, dientes artificiales, cuerpo o fractura de un diente normalmente implantado, el cual, por el daño que presenta, no puede ser tratado con medios restaurativos conservadores, pero sí con una corona provisional.

Ante un caso que presente la fractura coronaria de un ángulo, ya sea mesial o distal, imposible de resolver por medios restaurativos conservadores, se le indica una radiografía para observar si la fractura permite alcanzar el largo requerido para confeccionar un muñón dentario. Se procede entonces a realizar una preparación extracoronal del diente y se construye una corona o funda provisional.

En esta serie predominó el sexo femenino, del área urbana, de la estomatitis subprotésica, de la úlcera traumática, de las afecciones bucales en las personas ancianas, de las reparaciones (dientes fracturados o caídos) y de las cementaciones de restauraciones individuales o puentes dentarios.

A pesar de los esfuerzos, aún todo no se encuentra resuelto, pues en la fase de diagnóstico este servicio se interrumpe constantemente por pacientes que acuden en busca de atención inmediata o de urgencia, con historia clínica o sin ella, por diversas causas relacionadas con las prótesis: molestias de índole variada, accidentes diversos, valoraciones, por citar algunas.

Teniendo en cuenta lo anterior, es cada vez más apremiante crear consultas de urgencias en los servicios de prótesis estomatológica, para garantizar la atención al paciente que acude sin turno previo y, que a su vez, no interfieran en el cumplimiento de las consultas programadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Calvo S. El análisis de la situación de salud. Su historicidad en los servicios. Rev Cubana Salud Pública 1997; 23(1/2):47-54. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 15 de diciembre 2010].
2. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly in Santiago. Chile J Oral Pathol Med 2003; 32(10):571-5.
3. Fariñas García A, Álvarez Pérez AG. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(2). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 4 de diciembre 2010].
4. Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A, Zacca González G. Estado de salud bucal. Evaluación de la situación en Cuba. Años 1984-1998. <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/esbparte1.pdf>> [consulta: 4 de diciembre 2010].
5. Castro F. Discurso pronunciado por el Presidente de la República de Cuba Fidel Castro, en el acto de inauguración de obras del extraordinario programa de salud ya en marcha, que se lleva a cabo en Cuba, efectuado en el teatro Astral, el 7 de abril del 2003. <

- <<http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2003/esp/f070403e.html>> [consulta: 3 febrero 2010].
6. Muñoz M, Reyes B, Cobamibios L. Chile en familia. Un análisis sociodemográfico. Santiago de Chile: UNICEF, 1990.
 7. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid: Naciones Unidas, 2002.
 8. Sánchez Rodríguez Rozable, Socarrás Conde M. Morbilidad por urgencias eestomatológicas en el municipio Independencia, 2007. <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/urgestomatologicas.pdf>> [consulta: 7 de febrero de 2010].
 9. Rodríguez Calzadilla A, Baly Baly MJ. Atención primaria en estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997; 34(1). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071997000100006> [consulta: 3 febrero 2010].
 10. Manolo Gómez J, Machín Díaz MJ, Roque Acanda R, Hernández Medina G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(5). <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI10501.htm> [consulta: 3 febrero 2010].
 11. Lemus Cruz LM, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufín L, Sáez Carriera R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev Cubana Estomatol 2009; 46(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_1_09/est03109.htm> [consulta: 3 febrero 2010].
 12. Díaz Martell Y, Martell Forte IC, Zamora Díaz, JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol 2007; 44(3). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 12 marzo 2010].
 13. Quintana Díaz JC, Fernández Fregio MJ, Laborde Ramos R. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol 2004; 41(3). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007> [consulta: 3 febrero 2010].
 14. Corona Carpio MH, Arias Arañó Z. Eficacia del enjuagatorio con té de Vimang en la estomatitis subprótesis. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(4). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072006000400003&script=sci_arttext&tlng=en#cargo> [consulta: 3 febrero 2010].
 15. Mallo-Pérez, Luciano. Rodríguez-Baciero, Gerardo. Lesiones orales precancerosas en los ancianos. Situación en España. ROCE 2002; 7(2). <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2002000300002&script=sci_abstract> [consulta: 3 febrero 2010].
 16. Reparaciones de prótesis dentales <<http://www.protesis.com.uy/reparaciones-de-protesis-dentales/>> [consulta: 3 febrero 2010].

MEDISAN 2011; 15(10):1401

17. Rebossio AD. Prótesis parcial removible. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1972: 570-7.

18. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa de Atención Estomatológica Integral. La Habana: MINSAP, 2002:1-68.

Recibido: 3 de junio de 2011

Aprobado: 22 de agosto de 2011

MSc. Pedro Alejandro Torres Márquez. Policlínico Docente "Victoria de Girón".
Carretera de San Luis, s/n, La Caridad, Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: ptorres@medired.scu.sld.cu