

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. José Assef Yara

Policlínico Majagua

**Comportamiento de la atención de
urgencias estomatológicas en el
Municipio de Majagua**

Autora: Dra. Daynelkis Santana Echevarría

Residente de 1er. Año de Estomatología General Integral

Profesor Instructor

Tutor : Dr. Armando L. Torres Díaz

Asesor: Dr. Vicente Martínez Cruz

Especialistas de 1er grado en EGI

Master en Urgencias Estomatológicas

Profesores Asistentes

**Tesis en opción al título académico de Máster en la Atención de Urgencias en
Estomatología.**

Año 2009

<u>INDICE</u>	<u>PÁGINAS</u>
Resumen	
Introducción	1
Marco Teórico	6
1.2-Antecedentes	6
1.3-Definiciones de Términos y Bases Teóricas	10
Objetivos	23
Material y Método	24
Análisis y Discusión de los Resultados	27
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias Bibliográficas	43
Anexos	

RESUMEN: Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo de corte transversal en el servicio de Estomatología del Municipio de Majagua de Octubre del 2008 a Marzo del 2009, con el objetivo de analizar y caracterizar el nivel de atención de urgencias en el servicio estomatológico. El Universo estuvo constituido por 1710 pacientes de los que 413 se presentaron como urgencias. Los datos fueron obtenidos durante el interrogatorio y examen clínico y recogidos en el formulario (Anexo 2). Los pacientes que acudieron a consulta por urgencia constituyeron casi un cuarto de la población atendida con predominio del sexo femenino. Las patologías que predominaron fueron las de origen dentino pulpar principalmente los estados pulpares reversibles en el grupo de 19 a 34 seguido de las pulpitis irreversibles en el grupo de 5 a 11 años. En las patologías de origen séptico, el predominio fue el de 35 a 59 años con los Abscesos Alveolares Agudos. Los de origen periodontal, el dolor por movilidad dentaria en los de 60 y más años, seguido del dolor y sangramiento gingival en el de 19 a 34 años. Los de origen eruptivo estuvo en el grupo de 5 a 11 años, y los de otras causas como los traumatismos en los menores de 14 años. Se propuso desarrollar estrategias preventivas, y educativas de las principales patologías y sus formas de prevención y la necesaria atención estomatológica oportuna y sistemática de la cavidad bucal.

INTRODUCCIÓN

En la práctica estomatológica es común observar pacientes que solicitan atención por encontrarse afligidos por dolor. De las urgencias en los servicios de estomatología se destacan las enfermedades pulpares, las periodontales, la hipersensibilidad dentinaria, lesiones de la mucosa bucal y los Traumatismos Dento Alveolares, entre otras, éstas son situaciones de carácter agudo y tienen como síntoma principal el dolor causadas por procesos odontológicos que normalmente no precisan hospitalización. (1-5)

A pesar de las medidas profilácticas preventivas y curativas en función de la caries dental, esta sigue siendo la enfermedad que se encuentra más diseminada en los seres humanos con una prevalencia promedio del 90 %. El avance progresivo de esta patología y la falta de tratamiento para la misma, se traduce finalmente en cuadros clínicos motivo de consulta en un importante número de pacientes. (6, 7,8)

La frecuencia de las urgencias varía con el tipo de práctica dental y la población de pacientes, aunque ocurren en cualquier edad y en todas las capas socioeconómicas, su comportamiento varía entre los países influyendo el estilo de vida, el medio y el sistema de salud. (1, 9, 10)

El traumatismo accidental de los dientes es quizá uno de los accidentes más dramáticos que le suceden a un individuo. Los datos reunidos por las estadísticas, revelan cifras considerablemente significantes en cuanto a la incidencia y prevalencia de estos accidentes, por lo tanto se han llegado a considerar como un problema de Salud Pública Global. (11-15)

La Urgencia se clasifica en Urgencia de Primera Prioridad o Emergencia cuando existe un peligro vital inmediato por fallos de los índices vitales, la Urgencia de Segunda Prioridad es cuando existe un problema sin peligro inmediato pero que puede comprometer los signos vitales de forma mediata, la Urgencia de Tercera Prioridad es cuando existe un problema agudo sin peligro vital y la Urgencia Sentida es la que es solo urgente para el paciente o familiares, pero en el orden social está relacionado con la expectativas de los pacientes y sus familiares ante una necesidad sentida de atención de salud. (16,17). En el consultorio estomatológico la urgencia de tercera prioridad y la urgencia sentida son las más frecuentes por pertenecer al primer nivel de atención, pero no por ser la de menor importancia carecen de ésta ya que influyen de manera importante en la calidad de vida de los individuos que se ven afectados.(7, 18, 19)

Caracterización del Problema

Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad, y el incremento del nivel educacional las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyendo su atención un reto y logro de la Estomatología. Aunque actualmente el desarrollo científico técnico, de materiales y equipos ha avanzado en el mundo, la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de Salud se han pronunciado hacia la labor preventiva para disminuir los índices de enfermedades de la población, países como los de

América Latina aún se encuentran lejos de alcanzar estas metas en las zonas de población más humildes.

Resulta de suma utilidad la evaluación de los problemas de las poblaciones a sentir como sus necesidades, en los aspectos relacionados con su estado de Salud Bucal, no estando identificados como problema y no buscar vías para su disminución.

En el seguimiento y recolección sistemática, análisis e interpretación de los datos de salud en el proceso de descripción y monitoreo de un evento de salud resulta provechosa para planificar, aplicar y evaluar las intervenciones y los programas de salud pública.

En las consultas estomatológicas es donde se detectan todos los pacientes portadores de eventos de interés para el conocimiento del comportamiento de la morbilidad bucodental. Los resultados de investigaciones puntuales que se realicen permitirán dar explicaciones a determinados problemas o hipótesis planteados o identificar nuevos problemas, todo lo cual enriquecerá el conocimiento y apoyará las decisiones y acciones a ejecutar. La caries y la enfermedad periodontal, son las enfermedades bucodentales más extendidas, pueden transcurrir de manera crónica y solo ocasionar ligeras molestias a los pacientes, a pesar del daño que esté ocurriendo en los tejidos, o manifestarse de manera aguda con dolores de intensidad variable que ocasionan malestar y trastornos en la vida del paciente.

Según cifras del Ministerio de Salud al traumatismo accidental corresponden el 3,6% de causas de consulta de urgencia en los consultorios odontológicos. Las causas de los traumatismos dentales son de naturaleza compleja y están influenciadas por diferentes factores, incluyendo a la biología humana,

comportamiento y el medio ambiente. Entre un 4 y un 30% de la población ha sufrido alguna vez un traumatismo en los dientes anteriores. Los niños son más propensos a sufrir traumatismos debido a su participación más activa en juegos y deportes. (11, 12 17,18).

Delimitación del Problema En nuestro trabajo exploramos el comportamiento de la solicitud de atención estomatológica por presentar dolor, como motivo de consulta al servicio de Estomatología del Municipio de Majagua, en el período de Octubre del 2008 a Marzo del 2009

Formulación del Problema

¿Cuáles son las causas de las urgencias en el servicio de estomatología del Municipio de Majagua en relación a los pacientes atendidos en el servicio?

Justificación del problema

Resulta necesaria la determinación de las características epidemiológicas de la atención de un servicio de urgencia, para dar mayor continuidad al sistema de atención primaria, desarrollar estrategias preventivas y educativas enfocadas a la realidad local e incrementar la calidad de la atención ofrecida.

MARCO TEÓRICO

➤ **Antecedentes históricos**

El cuidado y tratamiento de los padecimientos bucales es tan antiguo como el hombre mismo. Desde que el hombre primitivo comenzó a desarrollarse en comunidad se le presentaron algunas “soluciones” de sus principales dificultades tales como asegurar la alimentación, la transmisión de sentimientos, la comunicación, la convivencia y hasta el dolor. Este último aspecto era de vital importancia ya que estaba presente en su vida diaria. Así empezó a preguntarse el porqué y como resolverlo aunque las “soluciones” muchas veces se complicaban más que las propias dolencias. Gracias a estos dolores surgiría la medicina, 20 mil años atrás con el fin de contrarrestarlas.

El cambio que supuso dejar de ser nómadas, por una vida sedentaria, implicó que la boca fuese aún más propensa a enfermar. (23).

La caries apareció hace millones de años, afectando a la pulpa dental y provocando dolores intensos, inflamaciones e infecciones, así como la enfermedad periodontal que ha afligido a la humanidad desde tiempos inmemoriales. (23, 24).

Nuestros antepasados además de quejarse buscaron la manera de atemperar aquellas situaciones con mayor o menor acierto, surgieron los hechiceros que, con sus magias y ofrendas, hacían de la atención médica y estomatológica un ritual fantástico y místico; todos con un interés de poder. Algunos pidieron ayudas a los dioses, otros conjuraron a los demonios y no faltaron los que buscaron remedios más próximos en el mundo vegetal y mineral, como en siglo XII donde se recomendaban diversas fórmulas para aliviar el dolor de dientes como hacer colutorios con hierbas y presentaron formulaciones que incluían plantas y minerales que se aplicaban a la encía en forma de pasta acompañada con miel. (23).

De la antigua Mesopotamia se relatan datos referentes al conjuro del gusano dentario para aliviar los dolores de muelas, escritos en unas tablillas de arcillas que datan de 3000 años antes de nuestra era. Los chinos consideraban como causa del dolor y de la caries un gusano con un lunar negro en la cabeza y planteaban que el excremento del murciélago era el mejor procedimiento terapéutico para este mal y para eliminar el dolor se utilizó el arsénico mezclado con otras sustancias provocando abscesos de los maxilares por el uso descuidado de estas sustancias. (23, 25).

Conjuntamente al dolor aparece la infección y viceversa y se han encontrado procesos osteolíticos y osteomielíticos en huesos de maxilares de infinidad de fósiles humanos, donde abundan las huellas de tumores, quistes, fístulas, que demuestran las inflamaciones y dolores sufridas por sus propietarios. (20,24).

Primero se intentó aliviar la urgencia, es decir, el dolor. Luego cuando se fueron desarrollando las diferentes teorías sobre la causa del mismo, procuraron combatir las enfermedades y sus secuelas más frecuente, la infección. (23, 24).

Hipócrates 460-335 a. c. (padre de la medicina moderna) fundamentaba la experiencia racional en vez de empírica o supersticiosa, discutió acerca de la etiología de la enfermedad periodontal, creía que la inflamación de la encía podía ser atribuida a la acumulación de sarro con hemorragia gingival en casos persistentes.(23).

Aulus Cornelius Celso 25 a.c.- 50 d.c. reconoció el absceso periodontal y describió la cirugía de las encías utilizando lancetas y cauterio. Avicenna 980-1037 d.c. en su tratado Canon menciona la "Hemorragia de las encías", "Fisuras de las encías", "Ulceras de las encías" y otras. (22, 23).

La medicina árabe- española adquirió prestigio por toda Europa, pero la Cirugía y el arte dental por creencias religiosas y por desprecios a las artes manuales fueron dejados a segundo planos. A pesar de esta situación sobresalió por el año 1080 Albucasis que tenía un claro entendimiento del tártaro como factor etiológico de la enfermedad periodontal. El empirismo se fue adueñando de la profesión hasta que Ambrosio Paré (1517-1590), que antes de ejercer la medicina fue barbero sacamuelas, escribió obras sobre las enfermedades dentales y sus remedios. (23).

Pierre Fauchard, médico francés 1680-1761, es considerado el Padre de la Odontología debido a su obra escrita en dos tomos llamada Le Chirurgien Dentiste, del año 1728, hablaba de diversos remedios y recomendaba, en caso de existir dolor, torundas de algodón con aceite de clavo, e indicaba enjuagues bucales al levantarse y antes de dormir. Escribió del sarro y sus efectos, comentó acerca de cefaleas y otalgias de etiología dental, entre múltiples descripciones anatómicas, de instrumentos, materiales y técnicas de tratamientos conservadores y de rehabilitación. (21,23, 25).

Los accidentes por erupción de los terceros molares eran ya conocidos en la antigüedad. Hemard, en su libro que tituló " La verdadera anatomía de los dientes" en el año 1580, relataba las particularidades de la erupción de los terceros molares en la edad de la "prudencia y la discreción". Posteriormente, a la erupción de la pieza dentaria, se le hizo responsable de inflamaciones mucosas y óseas; en el siglo XIX se insistió sobre uno de los caracteres que le daban importancia clínica: la falta de espacio; otros autores consideraban ya el hecho de la infección. (23- 25).

El dolor y las infecciones amordazaban la ley de la cirugía, que toma importancia cuando se realizaron dos descubrimientos: primero la aplicación de la antisepsia por el célebre cirujano inglés J. Lister (1827-1912) verdadero creador de la antisepsia y por último la anestesia (óxido nitroso) aplicado por primera vez en 1844 por Horacio Wells que permitió hacer las intervenciones indoloras abriendo una nueva era en la Odontología. (24).

Las alteraciones patológicas de la ATM adquirieron importancia a principios de 1930, cuando *Good Friend* publica 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, con la aparición del término síndrome de Costen. En 1955 *Schwartz* utiliza el término de síndrome dolor disfunción de la ATM y más tarde apareció el término alteraciones funcionales de la ATM, acuñado por Ramfjord y Ash. (26).

➤ **Definiciones de términos y bases teóricas.**

Teorías sobre la percepción del dolor dental: El dolor tiene una gran importancia biológica porque sirve como mecanismo corporal defensivo al avisar de un peligro anatómico y funcional. Es una modalidad sensorial cuyo estímulo adecuado no corresponde con una forma específica de energía, ya que cualquier tipo de estimulación, si es lo suficientemente intensa para producir daño tisular, provoca dolor. Aunque el dolor es bien identificado y reconocido como una manifestación subjetiva, no existe una definición universal del mismo, ya que las diferentes especialidades lo enuncian de acuerdo con su esfera de trabajo. La asociación internacional para el estudio

del dolor (AIED) lo define como "experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño real o potencial de los tejidos y descrito en términos semejantes a como si ese daño existiera" Esta definición plantea que la sensación dolorosa es un estado afectivo, una experiencia emocional y no sólo la mera percepción de un estímulo sensorial. (27-32).

Los procesos patológicos que afectan las estructuras bucales pueden tener diversos orígenes y evolucionar con manifestaciones clínicas similares, pero como no hay signos ni síntomas patognomónicos que indiquen una causa concreta, se impone utilizar todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas disponibles para confirmarla.

Se ha demostrado que la infección tisular en una región determinada puede provocar signos y síntomas de enfermedad en tejidos vecinos, así el dolor pulpar en sí mismo es similar al dolor que resulta por inflamación de los órganos viscerales. (28, 31,32).

El diente está profusamente dotado de fibras nerviosas nociceptivas; por el agujero apical del premolar adulto salen unas 700 fibras A delta y unas 1 800 fibras C. Las fibras finas A delta son de pequeño diámetro y mielinizadas, conducen impulsos relativamente rápidos variando de 5 a 50 m/seg, algunas de ellas responden a la estimulación química o térmica en forma proporcional con el grado de lesión tisular; otras, sin embargo, se activan principalmente por estimulación mecánica como presión, lo que evidencia que se localizan en el lugar de la lesión. (28, 29, 31,32).

Las fibras C son de conducción lenta, muy inferior incluso a la rapidez de conducción de las fibras A delta, son estructuras no mielinizadas que

responden a estímulos térmicos, mecánicos y químicos, y son llamadas nociceptores-C polimodales (N-CPM). (32).

Es importante destacar que se conoce en el momento actual, mediante la investigación experimental que algunas fibras A delta pueden tener respuestas polimodales y comenzar a excitarse después que se haya alcanzado un umbral alto de excitación luego de producirse el daño tisular. (32).

La fibra aferente sensorial primaria relacionada con la nocicepción es denominada *nociceptor*. Debido a que el verdadero receptor de esta fibra frecuentemente no está bien definido, identificamos indistintamente con el término *nociceptor* tanto a la fibra como a su receptor. (28, 32).

Las estructuras viscerales están inervadas por receptores con alto umbral de estimulación y el dolor no será detectado hasta que este umbral sea superado, por ello, este tipo de algia no presenta una respuesta gradual al estímulo, cuando se manifiesta ya será de una intensidad considerable y se le asocia generalmente un importante cortejo neuro-vegetativo en que los signos y síntomas generales más frecuentes son: náuseas, vómitos, taquicardias, hipertensión, sudoración, cambios en la motilidad gastrointestinal y secreción de otras vísceras. Lo acompañan también reflejos motores caracterizados por contracciones musculares esqueléticas y espasmos que duran considerable tiempo y contribuyen en gran manera al displacer del paciente. (32,28).

El establecimiento de una analogía entre el dolor de las diferentes vísceras del organismo y el dolor pulpar es que el dolor de la pulpa suele ser difícil de analizar y localizar por diferentes motivos y el dolor procedente de las vísceras

frecuentemente se localiza en 2 áreas superficiales del cuerpo, a consecuencia de la doble vía de transmisión del dolor.

La transmisión de la información nociceptiva de los tejidos perifaciales desde el elemento periférico hasta la corteza cerebral, comprende el ganglio trigémino (donde se localizan los cuerpos celulares aferentes primarios), las neuronas de segundo orden en el complejo nuclear bulbo trigeminal del tallo encefálico, las neuronas de tercer orden y las neuronas de la corteza somato-sensorial. La información nociceptiva puede activar a núcleos motores de nervios craneales, a formación reticular (FR) y a niveles cerebrales superiores como el sistema límbico. (32).

No se conoce por completo qué mecanismos transmiten dolor por estímulos térmicos, químicos, eléctricos o táctiles por la dentina. El que ésta tenga inervación o que los odontoblastos sean transductores de impulsos nerviosos, es motivo de discusión, así como el punto de vista tradicional que señala que la irritación dentinaria sólo estimula nociceptores. (27,31).

Se han postulado varias teorías sobre sensibilidad dentinaria:

1. Teoría de la estimulación nerviosa dentinaria. (inervación de la dentina). (27,31).
2. Teoría del receptor dentinario. (los odontoblastos y sus prolongaciones participan en el inicio y transmisión de estímulos sensitivos en la dentina). (27, 31).

3. Teoría hidrodinámica. El líquido dentinario se expande y contrae en respuesta al estímulo. El contenido de túbulos dentinarios se desplaza a la pulpa o hacia afuera en respuesta a un estímulo determinado. (27, 31).

- **Hiperestesia**

La hiperestesia dentinal se describe clínicamente como una reacción exagerada ante un estímulo sensitivo inocuo, esta se produce por la presencia de túbulos dentinarios que son permeables en la superficie frente a estímulos como la exploración, que la caracteriza y diferencia de otro tipo de dolor, al aire comprimido, el cepillado dentinal, al frío, los alimentos dulces, ácidos o salados, desapareciendo cuando estos dejan de actuar. Se presenta como una sensación dolorosa de intensidad variable, desde leve a moderada, que puede llegar a convertirse en una molestia constante (27,33).

- **Estado Pulpar Reversible**

La caries dental que compromete a la pulpa provoca un proceso inflamatorio que progresa por varias fases o estadios. El tejido pulpar agredido por microorganismos va sucumbiendo progresivamente, se puede ir identificando mediante el dolor con sus características semiológicas propias de cada fase, lo que permite precisar con bastante certeza el estado pulpar por el que avanza el proceso inflamatorio en dicho tejido y así se relaciona con las posibilidades de tratamiento. (34- 37, 35).

La pulpa responde a cualquier agresión por medio de una reacción inflamatoria, la cual adquiere una característica especial en la pulpa debido al

hecho de estar confinada en una cavidad de paredes rígida al estar mineralizada y con irrigación sanguínea terminal. (34, 37).

- **Estado Pulpar Irreversible**

Se presenta con sintomatología, y predominio de dolor intenso, espontáneo, continuo e irradiado; el cual se incrementa en decúbito nocturno (produce gran congestión de los vasos pulpares), y con el esfuerzo por modificaciones de la presión intrapulpar. De no recibir tratamiento pasa a una fase que se diferencia de la anterior, en que el dolor es predominantemente pulsátil y se calma brevemente con la aplicación de frío que es siempre intenso y la mayoría de las veces mantiene despierto al paciente durante la noche; y continúa hasta hacerse intolerable, pese a todos los recursos para calmarlo. Este tipo de pulpitis casi puede diagnosticarse por el aspecto y la actitud del paciente, "quien con la cara contraída por el dolor y la mano apoyada contra la zona adolorida, pueden llegar al consultorio pálido y con aspecto de agotamiento por falta de sueño". (37, 38).

Las pulpitis hiperplásticas y ulcerosas se presentan asintomáticas y no son causa frecuente de consulta por urgencia, aunque por empaquetamiento de comida o traumatismos en la zona pueden presentar molestias en diferentes grados e intensidad. La reabsorción interna, también asintomática, puede en su proceso avanzado, ocasionar fractura radicular espontánea que conlleve a una fase dolorosa. (9,34). Siguiendo los principios en el dolor inflamatorio pulpar agudo, si la transición de la inflamación pulpar evoluciona hacia una necrosis pulpar con afectación periapical rápida, podemos observar en el mismo paciente dolor pulpar que puede referirse a zonas alejadas en la hemiarcada y dolor periodontal a la vez. (38, 39, 41).

Absceso Alveolar Agudo

Es la inflamación de los tejidos alrededor del diente a partir de un proceso degenerativo pulpar que afecta el periodonto con manifestación dolorosa a la percusión y al contacto, espontáneo y provocado, dolor agudo intenso, localizado y pulsátil, movilidad dentaria, sensación de diente extruído, aumento de volumen y/o inflamación local con secreciones que fluyen hacia el exterior del diente. Se caracteriza por pérdida o disminución de la vitalidad pulpar, y en ocasiones, por no tratarse, procesos fistulosos intra y extrabucales. (34, 42,43)

- **Absceso periodontal**

Es la tumefacción de los tejidos que sostienen y rodean el diente a partir de un proceso degenerativo inflamatorio agudo purulento originado por microorganismos piógenos, localizado en la pared blanda de la bolsa periodontal. Se caracteriza por movilidad dentaria, dolor agudo, aumento de volumen y en ocasiones, por no tratarse, procesos fistulosos intra y extrabucales. Constituye la complicación más frecuente de las enfermedades periodontales. Es causa importante de pérdidas dentarias si no se sigue una conducta conservadora y se atienden las enfermedades gingivales y periodontales de forma adecuada. (39, 42,44-46).

- **Alveolitis**

Proceso inflamatorio en el hueso maxilar posterior a una extracción dentaria, se presenta de dos formas, húmeda o seca, debido a diferentes causas, que se caracteriza por dolor fuerte e irradiado, difícil de aliviar, incluso con analgésicos. Los síntomas son intensos, el dolor domina el cuadro y se describe como pulsátil, de localización profunda, halitosis, ausencia o desorganización del coágulo, falta de reparación tisular, en algunos pacientes

puede haber aumento de la temperatura corporal y encontrarse infartados los ganglios linfáticos tributarios al alveolo infectado.(47,48). Aunque no existe actualmente un conocimiento concreto de cuál es la etiología del proceso, se considera como una afección multifactorial. Algunos de los factores que aumentan su frecuencia son: 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. (48- 55, 58).

- **Dolor y sangramiento gingival**

Sensación de malestar en las encías asociados a sangramientos al contacto y/ o espontáneo, Absceso gingival, Gingivoestomatitis herpética, Ulceronecrotizante aguda según definiciones de las Guías Prácticas. (45). La enfermedad normalmente se inicia con la inflamación de la encía papilar que cambia de color y duele a la mínima presión. A este tipo de enfermedad se le conoce como gingivitis. Si con estos signos y síntomas la persona no es atendida, puede la enfermedad complicarse y provocarse una más severa, como son las bolsas periodontales, retracción de la encía, halitosis, así como destrucción ósea y de no atenderse, es causa de movilidad dentaria con la probable pérdida de dientes y causante entonces de edentualismo.

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales, y particularmente de la situación de higiene bucal individual. Los primeros signos de periodontopatías suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida

y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años. (44,45).

- **Dolor por movilidad dentaria por periodontitis avanzada**

La Periodontitis del adulto se caracteriza por pérdida de inserción periodontal que se inicia alrededor de los 30 a 35 años de edad, puede afectar toda la dentadura o a un grupo de dientes, es de progresión lenta y puede presentarse en forma leve, moderada o severa. Cuando es avanzada, en su etapa terminal, el diente ha perdido el soporte óseo en tal grado que puede presentar una movilidad dentaria que lesione los tejidos blandos periodontales, ocasionando dolor al hablar y a la masticación con pérdida de la función masticatoria, dar un sonido apagado a la percusión con instrumento metálico y ser depresible en el alveolo.(44,45,59,60).

- **Eruptivo:**

Zona donde se encuentra un diente en proceso eruptivo que, la mucosa se observa tumefacta, la palpación de la región es dolorosa y sensible, con dolor por trauma, y puede existir un diente ejerciendo presión sobre los demás en el proceso de brote siendo el motivo de consulta.

- **Pericoronaritis**

Proceso infeccioso agudo caracterizado por la inflamación del tejido blando que rodea el diente retenido. Se manifiestan dolores de intensidad variable que se pueden irradiar. La región retromolar es turgente y eritematosa pudiendo existir dolor por la cúspide del molar antagonista, la palpación de la región es dolorosa y puede sangrar a la menor presión, puede palparse una adenopatía simple y trismo dependiendo del tipo de pericoronaritis presente. (61-63). La

pericoronaritis puede originarse a partir de una infección o por accidente mecánico.

- Origen Infeccioso: Se produce a partir de los elementos infecciosos que circulan por la sangre o de los que ya existen en la cavidad; también puede deberse a modificaciones vasomotoras provocadas por la evolución del germen con la infección consiguiente del rodete fibromucoso. Se admite actualmente que el punto de partida de la infección se sitúa en el espacio pericoronario: el saco que rodea la corona forma una cavidad virtual que puede infectarse al ponerse en comunicación con el medio bucal, bien directamente, por penetración a nivel del saco pericoronario, o bien por intermedio del alveolo de segundo molar.(61, 62, 63).
- Accidente mecánico: Cuando el tercer molar inferior (más frecuente) u otro diente retenido se encuentra cubierto en su porción coronaria por el tejido fibromucoso adyacente, el diente antagonista que se encuentra brotado, durante la masticación, traumatiza con sus cúspides, esta fibromucosa, comienza el proceso inflamatorio, que llega a la infección.(62)
- Articulación Temporo Mandibular Dolor o molestias. El Paciente puede referir dolor por alguna de estas causas: artritis, sinovitis, capsulitis, Síndrome doloroso miofacial, luxaciones agudas, desplazamiento anterior del disco con o sin reducción La disfunción temporomandibular (TMD) o síndrome de Costen, es una entidad patológica relacionada con problemas funcionales de la ATM y/o de los músculos que mueven la mandíbula

(músculos masticatorios). Uno de los mecanismos para el desencadenamiento lo presentan las interferencias oclusales, que se acompañan de parafunciones del sistema estomatognático con el componente del estrés. Éstas ocasionan una actividad muscular exagerada y asincrónica, que se traduce en alteraciones importantes del complejo cóndilo-disco interarticular-eminencia articular, que se manifiesta como un desplazamiento anteromedial del disco con alteraciones mesiales y distales de la posición mandibular, que van acompañadas de una sintomatología muy compleja y variada. (26,30)

- **Traumatismos:**

Lesiones o alteraciones funcionales inmediatas proveniente de un trauma dento facial y/o lesiones de tejidos blandos bucales.

Las caídas de sus propios pies, de escaleras, muros, al correr en el patio, choque contra objetos, en juegos infantiles, accidentes de bicicletas, automóviles, patines, patinetas, motocicletas, deportes violentos o de riesgos, suelen citarse como las causas más frecuentes de traumas dentales.

Los daños traumáticos han sido clasificados de muchas maneras; una sencilla es la de clasificar primero el traumatismo que afecta al diente y su tipo de fractura, y segundo, si se encuentra afectando al periodonto. Los dientes primarios suelen ser clasificados de la misma manera que los permanentes, por ejemplo: la fractura clase I involucra la fractura del esmalte solamente, la clase II se refiere a esmalte y dentina, la clase III esmalte, dentina, y pulpa, la clase IV involucra además dentina, así hasta llegar a la clase VI. La clasificación del traumatismo dentario que afecta al periodonto es más difícil, algunos autores utilizan términos como concusión, subluxación, luxación, etc. y se refieren a la

movilidad y al grado de desplazamiento del diente dependiendo de esto el tipo de tratamiento. (9, 64,67).

OBJETIVOS

GENERAL:

Caracterizar la población que acude para la atención de urgencia en el servicio de Estomatología del Municipio de Majagua de Octubre del 2008 a Marzo del 2009.

ESPECIFICOS:

1. Caracterizar la población estudiada según la necesidad de atención de urgencia.
2. Identificar las urgencias estomatológicas más frecuentes según tipo.
3. Precisar por causas de urgencia los pacientes según variables demográficas

METODO

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo de corte transversal en el servicio Estomatológico del Municipio de Majagua para caracterizar la asistencia de los pacientes a consulta de estomatología para la atención de urgencia de Octubre del 2008 a Marzo del 2009.

El Universo estuvo constituido por 1682 pacientes que asistieron al servicio Estomatológico del Municipio de Majagua en el período comprendido de Octubre del 2008 a Marzo del 2009 , de los que 393 de ellos se presentaron como urgencias. Se solicitó el consentimiento a participar en el estudio de todos los pacientes que acudían al consultorio para atención estomatológica. Se respetó la decisión de aceptar o no ser incluido en la investigación, con el acta de consentimiento informado. (anexo I)

Los datos fueron obtenidos durante el interrogatorio y examen clínico, reflejándose en el registro de datos (anexo2), utilizando sillón móvil con luz artificial, aire, espejo plano numero 5 y explorador dental numero 23 del consultorio estomatológico.

Criterios de Inclusión: Todas las personas que refieran de forma espontánea la solicitud de atención por dolor que acudan a consulta estomatológica en el Municipio de Majagua y que están dispuestas a cooperar con la investigación.

Criterios de exclusión: Personas que no deseen colaborar o que no autoricen la participación del menor.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Operacionalización
-Motivo de consulta	No Urgencia Urgencia
-Edad	1-4, 5-11, 12-14, 15-18, 19-34, 35-59, 60 y más años
-Sexo	F (femenino) M (masculino)
-Tipos de sintomatología	Hiperestesia Estado Pulpar Reversible Estado Pulpar Irreversible Absceso Alveolar Agudo Absceso Periodontal Alveolitis

VARIABLES	Operacionalización
	Dolor y sangramiento gingival

Dolor por movilidad dentaria

por periodontitis avanzada

Eruptivo

Pericoronaritis

Articulación temporomandibular,

dolor o molestias

Traumatismos

Los datos se procesaron en una base de datos en Microsoft Office Excel con autofiltro, presentándose en números y porcentos, a través de gráficos y cuadros estadísticos lo que nos permitió su análisis y discusión.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La población estudiada se caracterizó según la necesidad de atención de urgencias y se realizó la distribución de los pacientes que asistieron a consulta en el período de estudio, los que se reflejaron en la Tabla 1. De la totalidad de pacientes que se presentaron en el servicio de estomatología solo el 24.15% de los pacientes solicitaron su atención por dolor en algunas de sus formas, se pudo observar que existe una alta prevalencia de urgencia, similares resultados

a los estudios realizados por González J en la Clínica Centro en el 2005 que presentó el 22,2% de solicitud de atención por urgencias.

Además de corresponde con investigaciones realizadas en el Estudio Nacional de Salud Bucal realizado en Colombia en el Año 2000 en la que en relación con la demanda y utilización de servicios de salud bucal, del 82.9% de la población que refiere haber sentido alguna vez dolor en una muela o diente, solo el 66% consultó al odontólogo, el 32% tomó analgésicos, el 16% utilizó remedios caseros y el 7% uso antibióticos, con niveles de automedicación y sólo se consultó al odontólogo cuando la enfermedad se tornó incapacitante.

En la Tabla 2 se determinó que en la población que acudió a consulta como atención de urgencia según sexo y grupos de edades, el sexo femenino predominó con el 60% sobre el masculino con el 40 %, lo que coincidió con los estudios realizados por González J en el 2005 y Rodríguez Ruiz en la universidad de Cádiz en el 2003, en que las féminas fueron los que más asistieron a consulta, y en todos los grupos de edades excepto en los dos extremos, los menores hasta 4 años y los de 60 años y más. (1,7).

Con respecto a los grupos de edades el de mayor afluencia fue el de 19 a 34 años con 119 pacientes y el 29% del total, le continuó en orden decreciente el grupo de 5 a 11 años con un 24 % y el grupo de 35 a 59 años con el 22%, los demás grupos de edades resultaron con cifras mucho mas bajas. Con estos resultados la población adulta fue la más afectada, lo que coincide con los estudios de Guilarte C en Caracas en el año 2000, González, Castillo Molina realizado en Venezuela en el año 2005 y Alam Pares, Caracas 2000, donde refieren que los pacientes mayores de 20 años son los que acuden con mayor frecuencia a consulta por dolor, sin embargo, se destacó las cifras de los

niños de 5 a 11 años que acudieron a recibir tratamiento de urgencia. (35, 37, 38).

En la Tabla 3 donde se recogieron la distribución de pacientes según la causa de la urgencia se pudo observar que la mayor solicitud de atención por urgencia estuvo en la odontalgia por estado pulpar reversible, con un 42.13% de los pacientes atendidos por ésta causa, le continuó en orden decreciente los estados pulpares irreversible con el 30.27% y luego los Abscesos Alveolares Agudos con el 7.99%, aunque en menor grado de su presentación, relacionado con la caries como etiología de las anteriores. De las demás causas, el dolor por proceso eruptivo, la hiperestesia dentinaria, dolor y sangrado gingival y el dolor y movilidad dentaria por periodontitis avanzada se encontró en el rango del 4%, correspondiendo estas causas a problemas periodontales. coincidiendo con estudios realizados por Glendor U, Koucheiki B en el año 2000.

La Alveolitis, Pericoronaritis, y dolor en la ATM solo se presentó en dos paciente en cada caso para un 0,48% de las causas por la que asistieron a consulta como urgencia.

Cuando se comparó los resultados de la Tabla 3 con otras investigaciones como las de Fragoso Ríos R, Magaña Barrios V del año 2000 y González Rey y Castillo Molina, Venezuela 2005, se observó como los problemas más frecuente a la odontalgia (60.5%), la presencia de caries dental, sangrado de la encía, pérdida de obturaciones y dientes, fracturas dentales, inflamación de la cara, dificultad para abrir la boca y otros. (9, 37). Varios estudios epidemiológicos como los de Peral Cagigal B, Barrientos Lezcano BJ, Galdeano Arenas M, Sánchez Cuellar LA, Verrier Hernández A y Diez

Betancourt J, Rivero Agudo ME, Alea Cardero A, García González afirman que la pulpitis es la más frecuente. (17, 19)

El dolor por ATM fue bajo, cuando se comparó con los resultados obtenidos por los estudios referentes a las lesiones de la ATM de Grau León I, Fernández Lima K, González G, Osorio Núñez M, pero en el grupo de investigación no se consideró la presencia de alteración de la ATM presente en la población, sino al dolor en la ATM como causa de solicitar atención inmediata de urgencia. (26).

Las causas de los traumatismos dentales son de naturaleza compleja y están influenciadas por diferentes factores, incluyendo a la biología humana, comportamiento y el medio ambiente. Entre un 4 y un 30% de la población ha sufrido alguna vez un traumatismo en los dientes anteriores. Los niños son más propensos a sufrir traumatismos que las niñas debido a su participación más activa en juegos y deportes. (10-12, 64-67).

Para precisar por causas de urgencia a los pacientes según variables demográficas se reflejó los datos según sexo y grupos de edades en la Tabla 4, donde se observó que el mayor porcentaje correspondió al sexo Femenino con un 60.05 % de éste grupo etéreo, con predominio en todas las causas, excepto en el dolor por movilidad dentaria debido a periodontitis avanzada y en los traumatismos, en que se presentaron más pacientes masculinos.

Al comparar los resultados de cada causa de urgencias por sexo se pudo observar que el sexo femenino constituyó el 100 % de las alveolitis, pericoronaritis y dolor de la ATM presentadas, el dolor y sangramiento gingival con el 92,86% le continuó y los estados pulpares reversibles e irreversibles

con el 66.67% y el 53,60%, así como los dolores por erupción dentaria con el 64.71%; hubo predominio de los abscesos periodontales con el 66.67% y un ligero incremento en los abscesos alveolares agudos con el 53,12% con respecto al sexo masculino. No hubo diferencias en sexo con respecto a la hiperestesia.

Este predominio está vinculado a características fisiopatológicas de los géneros, coincidiendo con las investigaciones realizadas por Graham Roberts, Crispian Scully, Rosemary Shotts del año 2001 y Martín Reyes O, Paz Latorre E, Mejías Peralta M, Miranda Naranjo del año 2006 que plantean que el sexo femenino acude con mayor frecuencia al consultorio. Los estudios epidemiológicos han detectado distintos factores de riesgo en el desarrollo de la alveolitis postextracción entre ellos el sexo femenino por estar relacionadas con el uso de contraceptivos ya que los estrógenos y otras drogas activarían el sistema fibrinolítico de una forma indirecta (aumentando los factores II, VII, VIII, X y el plasminógeno), contribuyendo a la lisis prematura del coágulo y al desarrollo de la alveolitis. Las dosis de estrógenos endógenos cambiantes durante el ciclo menstrual también influyen en este sentido, disminuyendo la influencia fibrinolítica de los mismos en los días 23 - 28 del ciclo menstrual. La alveolitis puede llegar a afectar a las mujeres en relación de 5:1 respecto al sexo masculino, presentando una mayor frecuencia entre las mujeres que toman anticonceptivos orales. (18, 48).

Los trastornos de la ATM afectan con mayor frecuencia al sexo femenino, en una relación de 4:1 y de 2:1, según los estudios de Grau León I, Fernández Lima K, González G, Osorio Núñez M. 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. Alrededor del 33 % tiene síntomas como dolor y limitación funcional. (26). Sin embargo la Pericoronaritis y los Abscesos Alveolares Agudos, según los estudios de Rodríguez Calzadilla OL del año 2000 y Rodríguez Calzadilla O publicado en la Revista Cubana de Medicina en año 2001, se plantean en un porcentaje ligeramente mayor para los hombres, lo que no coincide con los resultados del trabajo, aunque solo hubo una paciente que presentó con Pericoronaritis durante el período de estudio y los Abscesos se presentaron mayor cantidad de personas en cada género. (61,68).

El resultado con respecto a los traumas coincidió con la literatura consultada de Casaban García M. del año 2004, en el que se plantea que en fase de dentición definitiva, los niños son más propensos a sufrir traumatismos que las niñas, debido a una participación de manera más brusca por parte de ellos en juegos y deportes. (14).

Al analizar los resultados obtenidos en las causas de origen dentino- pulpar por grupo de edades en el Tabla 5, se presentó en orden decreciente las patologías pulpares reversibles con 174 pacientes, las patologías pulpares irreversibles con 125 pacientes y la hiperestesia con 13 pacientes, en las patologías pulpares reversibles el grupo de edad más afectado fue el de 19 a 34 años con el 37.36% seguido del de 5 a 11 años, las patologías pulpares irreversibles el que mayor se presentó fue en el grupo de 5 a 11 años con el 32,80% y le siguió 19 a 34 años con el 23.20% continuando con cifras muy semejantes el de 35 a 59 años el 21,60%.

Se pudo observar que la hiperestesia se presentó en aquellos pacientes mayores de 19 años, con un incremento en el grupo de 35 a 59 años en el

constituyó el 76.92% de los pacientes que presentaron esta causa, disminuyendo en el de 60 años y más, con solo 1 paciente.

En las patologías pulpares reversibles los autores consultados como es el caso de Villasana A en su investigación del año 2002 reflejaron idénticos resultados al estudio, donde se apreció un mayor número de consultas en los pacientes mayores de 20 años que acuden solicitando los servicios odontológicos de urgencia. (20). Le siguió la cantidad de procesos reversibles en el grupo de 5 a 11 años que se correspondió con los resultados de los procesos irreversibles, en que este grupo de edad fue el más afectado, estando en relación con la poca importancia que los padres conceden al cuidado y atención de la dentición temporal lo que lleva a situaciones extremas en la dentición mixta. (6, 9, 12,18).

Los grupos de edades de 19 a 34 y de 35 a 59 años, con cifras muy semejantes, se correspondieron con estudios realizados en Cuba por Villasana A y Guilarte C en el año 2000, donde plantean que estos grupos de edades acuden con mayor frecuencia padeciendo de enfermedades pulpares a los servicios de estomatología. (20,35).

Se observó que la hiperestesia se presentó con predominio en el grupo de 35 a 59 años que constituyó el 75% de los pacientes por esta causa, en este grupo de edad es donde más cantidad de dientes se encuentran afectados por problemas periodontales; el que disminuyera en el de 60 años y más, con solo 1 paciente, puede deberse a la gran pérdida dentaria de esta población. Estos resultados concuerdan con los trabajos realizados por Llanes LI E, del Valle C, Rodríguez G, Almarales S. y Carranza en el año 2003 en Ciudad de la Habana

que han hallado un incremento de estas enfermedades con la edad, por existir un efecto acumulativo de daño periodontal durante toda la vida. (45, 46).

En la Tabla 6, distribución de pacientes de urgencias por causas de Origen séptico según grupos de edades, del total de pacientes afectados por Absceso Alveolar Agudo el mayor porcentaje correspondió al grupo de edad de 35 a 59 años de edad con 15 pacientes y un 45.46%, seguido por el grupo de 19 a 34 años con 5 pacientes para un 15.15% y le continúa el de 5-11 con 7 pacientes y un 21,21%. Se destacó que el grupo de 12 a 14 años, etapa de dentición mixta 4 pacientes presentaron abscesos agudos para un 12.12% del total de pacientes con abscesos pero.

Del total de pacientes afectados por Absceso Alveolar Agudo (AAA), a partir del grupo de 15 a 18 años en adelante se incrementó el porcentaje hasta la edad de 59 años en el que desapareció en la edad de 60 y más años, pudiendo corresponderse por las pérdidas dentarias en este grupo de edad o haber pasado a procesos crónicos de baja virulencia, pendientes a extracción. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Rodríguez Calzadilla donde el grupo de edades de mayor incidencia de Celulitis por caries fue el de 2 a 11 años (34.22%) y dentro de él, las de edades de 6 a 11 años (60.78%), seguido del grupo de 20 a 29 años (28.55%) y dentro de él, las edades de 20 a 24 años (62.79%). (68).

Los Abscesos Periodontales como complicación de la Periodontitis, se comportaron con menor cantidad que los Abscesos Alveolares Agudos, donde no hubo en los menores de 19 años pero se fueron incrementando a medida que aumentaba la edad en el que se reflejó que el mayor número de pacientes

afectados por esta patología correspondió a las edades de 35-59 con el 50 % respectivamente.

De los estudios realizados por diferentes autores como Melgar Hermoza RA en Argentina en el año 2003 y Rodríguez Ruiz JA. Universidad de Cádiz año 2003, se sabe que hay grandes diferencias entre las distintas poblaciones y edades incluso dentro de un mismo país, sin embargo, existe consenso que las Periodontitis comienzan a aparecer a los 20 años con una prevalencia de un 13 a un 15%, aumentan con la edad aproximadamente al 60% entre los 30 y 35 años y a partir de los 50 años alrededor de un 80% puede padecer periodontitis. (6, 7, 44 ,45). En relación con la severidad se considera que un 20% de la población presenta formas más severas de la enfermedad.

La periodontitis del adulto se caracteriza por pérdida de inserción periodontal que se inicia alrededor de los 30 a 35 años de edad, puede afectar toda la dentadura o a un grupo de dientes, es de progresión lenta y puede presentarse en forma leve, moderada o severa. En el curso de la misma puede ocurrir la formación de abscesos, lo que representa una complicación de la periodontitis. (43, 45,46).

La alveolitis se comportó con un solo caso en el grupo de edad de 19-34 y 35-59 para un 0,48% de las urgencias como se observó en la Tabla 3.

La frecuencia de aparición de la alveolitis se ha referido en un margen muy amplio, desde el 1 % hasta el 70 %. La cifra promedio de aparición de la alveolitis en el conjunto de todas las exodoncias es, según las investigaciones de Torres Lagares D, Serrera Figallo Ma A, Romero Ruíz M Ma, Infante Cossio P, García Calderón M, Gutiérrez Pérez J y Baeza Martínez DA, Gómez Clavel JF publicadas ambas en el año 2000 del 3-4%. Generalmente se acepta que la

mayor incidencia de alveolitis acontece tras la extracción de terceros molares retenidos, en los que la aparición de esta complicación se tasa en un 20-30 % de las extracciones, diez veces más que en el resto de extracciones dentales. (49- 53,69).

En la Tabla 7, distribución de pacientes de urgencias por causas de Origen Periodontal según grupos de edades, se pudo observar que la mayor cantidad de pacientes que se presentaron a consulta con dolor gingival y sangramiento fue el grupo de edad de 19 a 34 años, con 7 pacientes y un 43.75%, le continuó los grupos de 15 a 18 años y de 35 a 59 años con 4 pacientes cada uno, siguiendo las edades de 60 y más años con un paciente en ese grupo. El Dolor y Movilidad por enfermedad periodontal avanzada se presentó en los mayores de 19 años con 1 pacientes, con una mayor cantidad en los pacientes mayores de 60 años con 9 pacientes, para el 64.29%, se presentaron con movilidad por pérdida ósea en tal grado que ocasionaban dolor al hablar y masticar.

Las publicaciones consultadas de. Baclum V, Luan WM, Chen X, Fejerskou del año 2005 reporta la importancia desde el punto de vista epidemiológico, por la cantidad de dientes que se pierden por su causa, lo cual hace que las periodontopatías representen el segundo lugar en la jerarquización de los problemas de salud bucal. (41, 45, 60).

La Tabla 8, distribución de pacientes de urgencias por causas de Origen Eruptivo según grupos de edades, mostró el grupo de edad de 5 a 11 años como el que más sintomatología dolorosa presentó por proceso eruptivo con el 64.71%, le continuó el grupo de edad de 15 a 18 años con el 23.53 % en orden

decreciente estuvo el grupo de edades de 12 a 14 con dos pacientes para un 17.76%.

, Se presentó pericoronaritis sólo en dos pacientes pertenecientes al grupo de edades de 15 a 18 años para un 1005%, coincidiendo con los resultados del estudio de Peñarrocha M, Sanchos JM, Sáez U, Gay C, Bagán JV. En el año 2001 que citan predominio en las edades de 18 y 28 años, otros estudios como los de Sosa Acosta A se refieren al grupo de edades de 21 y 25 años, y de 20 a los 30 años de edad para la presentación de la pericoronaritis. (16, 70).

De la alteración de la Articulación Temporo Mandibular con dolor agudo, Tabla 9, distribución de pacientes con dolor por causas de otro origen según grupos de edades, como causa de la consulta de urgencia, solo se presentó 2 paciente de la edad de 60 y más años.

En los Traumatismos, el mayor porcentaje correspondió a los menores de 14 años de edad con 9 pacientes de los 9 que se presentaron con traumatismos, ningún pacientes se presentó en los mayores de 19 años. La literatura consultada como la investigación de Figueiredo, Izaira Maria Bruno; Aguiar, Andréa Silvia Walter de; Cridrack, Marlene Lopes realizadas em São Paulo en el año 2001 plantea que los trastornos de la ATM son las causas más comunes de dolor facial después del dolor dental, que puede afectar hasta el 15 % de la población general y que alrededor del 33 % tiene síntomas como dolor y limitación funcional, lo que no coincide con los resultados del estudio en que este síntoma no fue el que predominó, aunque sí se coincidió en la franja etaria que se plantea que la edad predominante es entre los 20 y 40 años; otros autores como Grau León I, Fernández Lima K, González G, Osorio Núñez M precisan que es la de 21 a 30 años y hay quienes exponen

no haber encontrado diferencias importantes entre los distintos grupos de edades. (12, 26).

En el resultado de los traumatismos que acudieron a consulta de urgencia, hubo un predominio de las edades menores de 14 años, en el que todos los grupos de edades estuvieron representados con 5 de los 7 pacientes atendidos, con un 1,78% (Tabla 3) del total de pacientes de urgencias por esta causa. En la bibliografía consultada Casaban García M quien realizó un estudio en el año 2004 y Ranalli DN, Rye LA de Estados Unidos de América del año 2001 plantean que la prevalencia oscila entre el 4,2%-36%. La diferencia de cifras tan considerable se debe a múltiples factores, como la denominación de las lesiones, lugar del estudio, población analizada, edades y país. (14, 64-67).

En los grupos de edades afectados por urgencia por traumatismos se coincidió con los estudios realizados por, Baclum V, Luan WM, Chen X, Fejerskou O en el que se plantea que los niños son más propensos a sufrir traumas debido a una participación más brusca en juegos y deportes. Las lesiones observadas por el Departamento de Ortodoncia y Odontopediatria, una Unidad de Emergencia del Geneve University (Suiza), fueron mayores en la dentición temporal (78%) que en la dentición permanente (39.1%).(66).

CONCLUSIONES:

- De los pacientes que acudieron a consulta en el periodo de estudio, casi la cuarta parte solicitaron su atención por dolor.
- Las mayores solicitudes de atención por urgencia estuvieron en la odontalgia por estado pulpar reversible, los estados pulpares irreversible y los Abscesos Alveolares Agudos.
- El mayor porcentaje de los pacientes de urgencias correspondió al sexo Femenino, con predominio en todas las causas, excepto en el dolor por movilidad dentaria debido a periodontitis avanzada y en los traumatismos.

- Los grupos de edades según las causas de urgencias más frecuentes se registraron en: de origen dentino pulpar , el grupo de 19 a 34 años, de origen séptico, fue el de 35 a 59 años, de origen periodontal, 60 y más años, de origen eruptivo, el grupo de 5 a 11 años, y los traumatismos en los menores de 14 años.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar estrategias preventivas y educativas dirigidas a padres, escolares, médicos y enfermeras, en el que se enfatice en los hábitos higiénicos y alimentarios, importancia de la dentición temporal y del primer molar permanente, ejecutar operativos curativos para niños y niñas de la comunidad para disminuir el nivel de infección bucal por caries, placa bacteriana, la necesaria atención estomatológica oportuna y la prevención de las periodontopatías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- González J J, González P S: Resolutividad de los servicios de urgencia estomatológica en la Clínica Centro [En línea] abril del 2005 [Fecha de acceso: 12 de Noviembre del 2008] URL disponible en: http://www.webodontológica.com/odon_arti.asp_rav.asp

2.- Garcia Ballesta, C, Perez Lajarin, I y Castejon Navas, I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. RCOE. [online]. 2003,8(2): 131-141 [citado 12 Noviembre 2008]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2003000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1138-123X

3.- González Naya G, Garmendia Hernández G, Granados Martínez AM, Beauballet Fernández B, et al. Guías Prácticas Clínicas Ante Traumatismos Dentarios y Faciales. En: Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.88

4.- Glendor U, Kouchecki B, Halling A. Risk evaluation and type of treatment of multiple dental trauma episodes to permanent teeth. Endodontics & Dental Traumatology 2000; 16:205-210.

- 5.- [Carrascoz A., Ferrari C., Ferreira de Medeiros J., Simi J. Epidemiología e etiología do traumatismo dental em dentes permanentes na regio de Braganca Paulista. Medcenter Brazil Odontologia \[en linea \]2000. \[Fecha de acceso: 2 Diciembre 2008 \] URL disponible en: <http://www.medcenter/odontologia.com.br/artigos.asp?id=143&idesp=4&ler=s - 142k>](#)
- 6.- Melgar Hermoza RA. Caries de a infancia temprana según determinantes sociodemográficos, conductuales y relacionados a la transmisión de microorganismos. Bol Asoc Argent Odontol Niños 2003; 32 (3): 8-14
- 7.- Rodríguez Ruiz JA. Urgencias en Cirugía oral y Maxilofacial de la Universidad de Cádiz, Servicio de Publicaciones; Madrid: Stratec Medical 2003;p.19-23.
- 8.- Díaz Y, Marcelo A. Conceptos generales y aplicaciones en odontología. Rev. Fac Odontol Univ Valparaíso 2002; 2 (6): 498 – 501.
- 9.-Fragoso Ríos R, Magaña Barrios V. Urgencias en estomatología. Bol Asoc Argent Odontol Niños 2000;27(1):20-4.
- 10.- Abreu Correa JM, Caridad Sarría M. Diagnóstico y tratamiento del trauma dental. Rev Cubana Estomatol 1997;34(2):62-66
- 11.- Oviedo Montes, Alejandro; Ramblas Angeles, María Paulina. Guía terapéutica del dolor orofacial. Rev ADM 2003; 60(3):101-109
- 12.- Figueiredo, Izaira Maria Bruno; Aguiar, Andréa Silvia Walter de; Cridrack, Marlene Lopes. Emergencias odontológicas ambulatoriais, São Paulo; Santos 2001. 185 p. ilustr. (BR)
- 13.- Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, Informe Ejecutivo Semanal No. 8 del 2000. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000

- 14.-** Casaban García M. Traumatismos en los dientes definitivos. Saludalia Interactiva [en línea] 2004 [Fecha de acceso 2 Diciembre 2008] URL disponible en: <http://www.saludalia.com>
- 15.-** Flores, MT; Andreasen, JO; Bakland, LK. Protocolos para la Evaluación y Tratamiento de los Traumatismos Dentarios. Esthetics-Biology. Compassion IADT International Association of Dental Traumatology [en línea] 2000 [Fecha de acceso 2 Diciembre 2008] URL disponible en: <http://www.thejcdp.com/issue020/martins/martins.pdf>
- 16.-** Sosa Acosta A. y otros. Urgencia Médica. Guía de primera atención. La Habana. Ed. Cap 1 p 1. 2003
- 17.-** Peral Cagigal B, Barrientos Lezcano BJ, Galdeano Arenas M, Sánchez Cuellar LA, Verrier Hernández A. Estudio epidemiológico de las urgencias en cirugía oral y maxilofacial en un hospital general. Rev Cirug Oral y Maxilofac 2004; 26(6) : 29-39
- 18.-** Graham Roberts, Crispian Scully, Rosemary Shotts. ABC of oral health, Dental emergencies. BMJ 2001 September 2; 321(7260): 559–562.
- 19.-** Diez Betancourt J, Rivero Agudo ME, Alea Cardero A, García González B. El impacto de la salud bucal en la calidad de vida. Rev Cubana Estomatol 2004;3 (8)
- 20.-** Villasana A: Patología Pulpar y su Diagnóstico. [En línea] julio del 2002 [Fecha de acceso: Enero del 2009] disponible en URL: [http://www. Odontólogo Invitado /Endodoncia - Carac.htm](http://www.OdontólogoInvitado/Endodoncia-Carac.htm)
- 21.-** Cronología de la colaboración Cuba-Venezuela. [biblioteca virtual en línea] 2006 [consulta: 21 Enero 2009] URL disponible en: <http://www.jovenclub.cu/pri/emb/cooperacion.php>

- 22.-** Odontólogos Venezuela adentro [biblioteca virtual en línea] 2006
[consulta: 21 Enero 2009] URL disponible en:
<http://www.misionvenezuela.gov.ve/01BarrioAdentro/01Odontologia.html>
- 23.-** Hadgar E Antonio J. Evolución de una ciencia. Acta Odontol Venez 1994;
32(2): 41-4.
- 24.-** González Iglesias J. Lucha contra el dolor y la infección: analgésicos,
anestésicos y antibióticos Gac Dent 1997; 8 (79): 20-31.
- 25.-** Gallego Rodríguez C R. Pierre Fouchart, Padre de la estomatología
moderna. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2006;12(1)
- 26.-** Grau León I, Fernández Lima K, González G, Osorio Núñez M Algunas
consideraciones sobre los trastornos temporo mandibulares. Rev Cubana
Estomatol 2005; 42(3)
- 27.-** Pérez Ruiz a, Cabrera Duranza M, Santos Rodríguez PE. Hipótesis
actuales relacionadas con la sensibilidad dentinal. Rev Cubana Estomatol
1999;36(2): 171-5.
- 28.-** Pérez Ruiz AO, Roseñada Cepero R, Grau León I, González Ramos RM.
Interpretación fisiopatológica de los diferentes estadios de una pulpitis Rev.
Cubana Estomatol [en línea] 2005 [Fecha de acceso 21 Enero 2009]
42 (2) Mayo-ago. URL disponible en:
<http://scielo.sld.cu/est07205.htm#cargo>
- 29.-** Rodd and F.M Boissonade. Inervation of human tooth pulp in relation to
caries and dentition type. J Dent Res 2001; 80(1): 389- 93.
- 30.-** Oviedo Montes A., Ramblas Ángeles M. Guía terapéutica del dolor
orofacial, Rev. ADM 2003; 60 (3): 101 – 09

- 31.-** Ochoa Carlos. Tejido nervioso en pulpa dental. Rev Oral Biol Med [en línea] 2005 [Fecha de acceso 21 Enero 2009] URL disponible en: http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Odontoloa/postgrado/acadendo/i_profesores3.html
- 32.-** [Pérez Ruiz AO, Cartaya Padrón L, Rodríguez Palacios JA, Grau León I.](#) Nuevo enfoque de la interpretación del dolor en una pulpitis aguda Rev Cubana Estomatol 2000;37(1)
- 33.-** Torres Sarmiento M E, Pino Hernández B, Peña Felix E, Sánchez Anta A. Laser y propósén en el tratamiento de la hiperestesia dentinal CIGET 2002;6(1)
- 34.-** Díaz Solórzano D, González Naya G, Abreu Correa J M, Gutiérrez Martorell S, Cabañas Lores C, Flores Morales E, et al Guías prácticas clínicas de enfermedades pulpares y periapicales. En: Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.55
- 35.-** Guilarte C: Enfermedades pulpares y periapicales. [En línea] julio del 2000 [Fecha de acceso: 21 Enero del 2009] URL disponible en: <http://www.Odontólogo Invitado - Carac.htm>
- 36.-** Seltzer S, Bender I, Nazimor H. Differential diagnosis of pulp conditions. Oral Medicine 2000; 19 (3):383-391.
- 37.-** [Gonzalez Rey I, Castillo Molina A, Ruiz Pol Y, Acuña García H, Carvajal Roque Y.](#) Comportamiento epidemiológico de las urgencias por caries dental en estomatología [serie en internet]. 2005 [consultado 3 Febrero 2009] [aprox.5p]. URL disponible en: [http://cencomed.sld.cu/barrioadentro05/recursos/ver.php?id=10.](http://cencomed.sld.cu/barrioadentro05/recursos/ver.php?id=10)

- 38.-** Alam Pares A: Reconocimiento de la Pulpitis Irreversible [En línea] julio del 2000 [Fecha de acceso:3 Febrero del 2009] URL disponible en: [http://www. Odontólogo Invitado /Endodoncia - Carac.htm](http://www.Odontólogo Invitado /Endodoncia - Carac.htm)
- 39.-** Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2002 p. 105-6.
- 40.-** Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M, Alfonso AF. Estado de salud bucal de la población cubana, 1995 Rev Cubana Estomatol 1999; 37(3): 217 - 29.
- 41.-** Sosa Rosales M de la C, Mojáiber de la Peña A, González Ramos RM, Gil Ojeda E. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2002. p. 21-59
- 42.-** Pantoja Lobato L. Estudios sobre afecciones estomatológicas. Actualización. Caracas 2001; 9 (2): 13 – 17.
- 43.-** Shafer WG, Hine MK, Levi BM. Tratado de patología bucal. 4ta ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000.p. 627 – 34.
- 44.-** Bermudez, V, Leal, E, Bermudez, F et al. Enfermedad Periodontal como factor de riesgo para la Aterosclerosis. AVFT. [on line]. jul. 2003, vol.22, no.2 [citado 3 Febrero 2009], p.153-162. URL disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642003000200008&lng=es&nrm=iso. ISSN 0798-0264
- 45.-** Llanes LI E, del Valle C, Rodríguez G, Almarales S. C, et al. Guías Prácticas Clínicas Enfermedades Gingivales y Periodontales. En: Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.133

- 46.-** Carranza, Newman. Periodontología Clínica. Novena edición. London: MC Graw Hill – Interamericana, 2003.p 545 – 549.
- 47.-** Rodríguez Cabrera KM, Rosales Álvarez Z, Díaz Cruz CE, Alonso Aguiar OE. Radiación laser de baja potencia en el tratamiento de la alveolitis CIGET. 2002;4 (2)
- 48.-** Martín Reyes O, Paz Latorre E, Mejías Peralta M, Miranda Naranjo M. Evaluación de la eficacia del Lásermed 670-DL en el tratamiento de las alveolitis. Rev. Arch. Med. Camaguey 2006; 10(1): 1025-0255
- 49.-** Torres Lagares D, Serrera Figallo Ma A, Romero Ruíz M Ma, Infante Cossio P, García Calderón M, Gutiérrez Pérez JL. et al. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. Med Oral Patol Oral y Cirug Bucal [en línea] 2005 [fecha de acceso 3 Febrero 2009];10(1):77-85. URL disponible en: <http://www.adobe.es/products/acrobat/arupdate.htm>.
- 50.-** Houston JP, McCollum J, Pietz D, Schneck D. Alveolar osteitis: a review of its etiology, prevention, and treatment modalities. Gen Dent 2002;50: 457-63.
- 51.-** Simon E, Matee M Post-extraction complications seen at a referral dental clinic Dar Es Salaam, Tanzania. Int Dent J 2001;51:273-6.
- 52.-** Alexander RE. Dental Extraction wound management. A case against medicating postextraction sockets. J Oral Maxillofac Surg 2000;58:538-51.
- 53.-** Baeza Martínez DA, Gómez Clavel JF. Etiología. Prevención y tratamiento de la alveolitis. J Oral and Maxillofac Surg [en línea] 2000 [fecha de acceso 3 Febrero de 2009] 58: 43. URL disponible en: <http://www.iztacala.unars.mx/temas/foropaca/35tcdo51b.htm>.

- 54.-** Martín Reyes O, Lima Álvarez M y Zulueta Izquierdo MM Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. Rev Arch Med Camagüey 2003;7(2):176-80.
- 55.-** Maccari Filho M, Palombo CR. Alveolitis. Diagnóstico e tratamiento [en línea] 2001 [fecha de acceso 3 Febrero del 2009]: URL disponible en: <http://maisto:%20covanib.unicamp.br>.
- 56.-** Jaafar N, Nor GM. The prevalence of post-extraction complications in an outpatient dental clinic in Kuala Lumpur Malaysia--a retrospective survey. Singapore Dent J 2000;23:24-8.
- 57.-** Cheung LK, Chow LK, Tsang MH, Tung LK. An evaluation of complications following dental extractions using either sterile or clean gloves. Int J Oral Maxillofac Surg 2001;30:550-4
- 58.-** Camino Junior R. Joao Gualberto C. Alveolite: prevenção e principios de tratamento JBC 2003; 7 (39): 228 – 32.
- 59.-** Montenegro Escalón M. Manejo odontológico del paciente con enfermedades sistémicas. JADA 2001; 132: 1. 425 – 31.
- 60.-** Baclum V, Luan WM, Chen X, Fejerskou O: A 10 – years study of the progression of destructive periodontal disease in adult and elderly chinese. J Periodontal 1997; 68 (11): 1033 – 1042.
- 61.-** Rodríguez Calzadilla OL. Pericoronaritis. [en línea] 2000[fecha de acceso 3 Febrero de 2009] 58: 43. URL disponible en: <http://www.dentistasperu.com>.
ISSN: 1681-4827
- 62.-** Moron López E, Cruz Paulin Y. Pericoronaritis. Criterios Actuales. Revisión Bibliográfica. Rev. Cubana Estomatol 2001; 38 (3): 192 – 204

- 63.-** Peltroche Llacsahuanga H, Reichhort E, Schmitt W, Lutticken R, Haase G. Investigation of infectious organisms causing pericoronaritis of the mandibular third molar. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58 (6): 611 – 16.
- 64.-** Ranalli DN, Rye LA. Oral Health Issues for women athletes. Den Clin North Ame 2001 July; 45(3):523-39.
- 65.-** Veleiro Rodríguez,C. Traumatismos dentales en niños y adolescentes. Ortodoncia y Odontopediatría [en línea] 2002 [Fecha de acceso 20 Febrero 2009] URL disponible en:
http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2002/traumatismos_dentales.asp
- 66.-** Ranalli DN: Prevention of Sports-Related Traumatic dental injuries. Dent Clin North Ame 2000 Jan; 44(1)35-51.
- 67.-** Gallego Rodríguez J. Diagnóstico y tratamiento de las fracturas coronarias: una revisión de la literatura. Acta Odontol Venez 2004;42(3).
- 68.-** Rodríguez Calzadilla O. Celulitis Facial Odontógena. Rev Cubana Estomatol 2001; 34(1): 15 – 20.
- 69.-** Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. Int J Oral Maxillofac Surg 2002;31:309-17.
- 70.-** Peñarrocha M, Sanchos JM, Sáez U, Gay C, Bagán JV. Oral hygiene and postoperative pain after mandibular third molar surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod 2001;92:260-4

ANEXO 1

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Informado por el Dr. que me brinda atención odontológica de la confidencialidad y secreto profesional del uso de los datos que me están solicitando, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación manteniendo el anonimato de mi persona.

ANEXO 2

FORMULARIO DE URGENCIA EN ESTOMATOLOGÍA

NOMBRE Y APELLIDOS _____

Lugar de residencia _____

Marcar con una X según corresponda:

1. Sexo: F: _____ M: _____ (Según género)

2. Edad: _____ años cumplidos

Clasificación por edades: Menos de 4 años: _____ 5- 11 años: _____

12- 14 años: _____ 15- 18 años: _____ 19- 34 años: _____

35- 59 años: _____ 60 y + años de edad años: _____

3. El motivo de consulta

• No Urgencia: _____ Urgencia: _____

4. Tipos de sintomatologías estomatológicas

- Hiperestesia: _____
- Estado Pulpar Reversible: _____
- Estado Pulpar Irreversible: _____
- Absceso Alveolar Agudo: _____
- Absceso periodontal: _____
- Alveolitis: _____
- Dolor y sangramiento gingival: _____
 - Absceso gingival: _____
 - Gingivostomatitis herpética (GEHA): _____
 - Ulceronecrotizante aguda (GUNA): _____
- Dolor por movilidad dentaria por periodontitis avanzada: _____
- Eruptivo: _____
- Pericoronaritis: _____
- Articulación temporo Mandibular Dolor o molestias: _____
- Traumatismos: _____

FECHA DE RECOGIDA DE DATOS: _____

ANEXO 3

TABLA 1

Distribución de pacientes según motivo de consulta.

Servicio Estomatológico del Municipio de Majagua en el periodo comprendido de Octubre del 2008 a Marzo del 2009.

.MOTIVO DE CONSULTA	n	%
NO URGENCIAS	1297	75.85
URGENCIAS	413	24.15
TOTAL DE CONSULTAS	1710	100

Fuente: Formulario

TABLA 2

Distribución de pacientes con urgencias según edad y sexo.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	n	%	n	%	n	%
1-4	7	41	10	59	17	4
5-11.	50	51	49	49	99	24
12- 14.	22	67	11	33	33	8
15-18	29	74	10	26	39	10
19-34	79	66	40	34	119	29
35-59	55	60	37	40	92	22
60 Y MAS	6	43	8	57	14	3
TOTAL	248	60	165	40	413	100

FUENTE: Formulario

TABLA 3

Distribución de pacientes según la causa de la urgencia

CAUSA DE LA URGENCIA	TOTAL	%
Hiperestesia dentinaria	13	3.15
Estado Pulpar Reversible	174	42.13
Estado Pulpar Irreversible	125	30.27
Absceso Alveolar Agudo	33	7.99
Absceso periodontal	6	1.45

Alveolitis	2	0.48
Dolor y sangramiento gingival	16	3.87
Dolor y movilidad por Periodontitis avanzada	14	3.40
Eruptivo	17	4.12
Pericoronaritis	2	0.48
Articulación temporo Mandibular	2	0.48
Traumatismos	9	2.28
TOTAL	413	100

FUENTE: Formulario

TABLA 4

Distribución de pacientes de urgencias según sexo y causa de urgencia presentada.

CAUSA DE LA URGENCIA	SEXO				TOTAL
	F	%	M	%	
Hiperestesia dentinaria	7	53.85	6	46.15	13
Estado Pulpar Reversible	116	66.67	58	33.33	174
Estado Pulpar Irreversible	67	53.60	58	46.40	125
Absceso Alveolar Agudo	18	54.55	15	45.45	33
Absceso periodontal	4	66.67	2	33.33	6
Alveolitis	2	100	0	0	2
Dolor y sangramiento gingival	14	87.50	2	12.50	16
Dolor y movilidad por Periodontitis avanzada	6	42.86	8	57.14	14
Eruptivo	11	64.71	6	35.29	17
Pericoronaritis	2	100	0	0	2
Articulación temporo Mandibular	2	100	0	0	2
Traumatismos	2	22.22	7	77.78	9
TOTAL	251	60.77	162	39.23	413

FUENTE: Formulario

TABLA 5

Distribución de pacientes de urgencias por causas de Origen Dentino- Pulpar según grupos de edades.

GRUPOS DE EDADES	Origen Dentino- Pulpar					
	Hiperestesia		Pulpar Reversible		Pulpar Irreversible	
	n	%	n	%	n	%
1- 4	0	0	10	5.75	2	1.60
5- 11	0	0	41	23.55	41	32.80
12- 14	0	0	18	10.35	10	8.00
15- 18	0	0	9	5.17	15	12.00
19- 34	2	15.39	65	37.36	29	23.20
35- 59	10	76.92	31	17.82	27	21.60
60 y más	1	7.69	0	0	1	0.80
TOTAL	13	100	174	100	123	100

FUENTE: Formulario

TABLA 6

Distribución de pacientes de urgencias por causas de Origen Séptico según grupos de edades.

GRUPOS DE EDADES	De origen Séptico					
	Absceso Alveolar Agudo		Absceso periodontal		Alveolitis	
	n	%	n	%	n	%
1- 4	0	0	0	0	0	0
5- 11	7	21.21	0	0	0	0
12- 14	4	12.12	0	0	0	0
15- 18	2	6.06	0	0	0	0
19- 34	5	15.15	1	16.67	1	50
35- 59	15	45.46	3	50	1	50
60 y más	0	0	2	3.33	0	0
TOTAL	33	100	6	100	2	100

FUENTE: Formulario

TABLA 7

Distribución de pacientes de urgencias por causas de Origen Periodontal según grupos de edades.

GRUPOS DE EDADES	De origen periodontal			
	Dolor y sangramiento gingival		Dolor y movilidad	
	n	%	n	%
1-4	0	0	0	0
5- 11	0	0	0	0
12- 14	0	0	0	0
15- 18	4	25	0	0
19- 34	7	43.75	1	7.14
35- 59	4	25	4	28.57
60 y más	1	6.25	9	64.29
TOTAL	16	100	14	100

FUENTE: Formulario

TABLA 8

Distribución de pacientes de urgencias por causas de Origen Eruptivo según grupos de edades.

GRUPOS DE EDADES	De origen Eruptivo			
	Eruptivo		Pericoronaritis	
	n	%	n	%
1- 4	0	0	0	0
5- 11	11	64.71	0	0
12- 14	2	17.76	0	0
15- 18	4	23.53	2	100
19- 34	0	0	0	0
35- 59	0	0	0	0
60 y más	0	0	0	0
TOTAL	17	100	2	100

FUENTE: Formulario

TABLA 9

Distribución de pacientes con dolor por causas de Otros Origen según grupos de edades.

GRUPOS DE EDADES	Otros orígenes			
	ATM		Traumatismos	
	n	%	n	%
1- 4	0	0	3	33.33
5- 11	0	0	2	22.22
12- 14	0	0	4	44.45
15- 18	0	0	0	0
19- 34	0	0	0	0
35- 59	0	0	0	0
60 y más	2	100	0	0
TOTAL	2	100	9	100

FUENTE: Formulario