

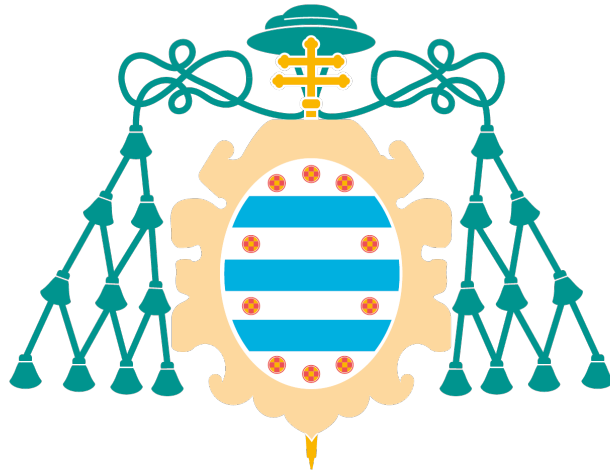
Universidad de Oviedo

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

ESTUDIO DE LAS CONSULTAS ODONTOESTOMATOLÓGICAS
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
COMARCAL

Montserrat Suárez Ardura

Noviembre 2023



Universidad de Oviedo

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

ESTUDIO DE LAS CONSULTAS ODONTOESTOMATOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Autor

Montserrat
Suárez Ardura

Director

María José
García-Pola Vallejo

Tutor

Marcelino
Cuesta Izquierdo

RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Estudio de las consultas odontoestomatológicas en el Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal	Inglés: Study of odontostomatological visits in the Emergency Department of a Regional Hospital

2.- Autor	
Nombre: Montserrat Suárez Ardura	
Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud	
Órgano responsable: Centro Internacional de Postgrado. Universidad de Oviedo.	

RESUMEN (en español)

Estudio de las consultas odontoestomatológicas en un servicio de urgencias (SU) de un hospital comarcal.

Objetivos: Registrar la prevalencia de dichas consultas en el contexto general y atendiendo a la distribución topográfica y patogénica de las mismas. Determinar la prevalencia de variables demográficas, clínicas, patológicas y terapéuticas, y su alcance en la atención del SU hospitalario. Exponer datos relevantes para el desarrollo de protocolos de actuación.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, epidemiológico, observacional, transversal y retrospectivo de los pacientes que solicitaron asistencia urgente odontoestomatológica en el Área de Urgencias del Hospital V. Álvarez Buylla de Mieres, Asturias, entre el 1 de junio de 2014 y el 30 de mayo de 2017. Cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, y de la Comisión de Investigación y del AGC de Urgencias del HVAB. Se realizó análisis estadístico descriptivo y multivariante de variables demográficas, antecedentes personales y variables patológicas. Se estableció como nivel de significación estadística un valor de $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se usó el programa IBM SPSS®, versión 26 para Mac.

Resultados: El total de consultas odontoestomatológicas en el SU fue del 0,85%. La franja de edad más prevalente fue de 30 a 59 años (35,3%), seguida de la pediátrica (23,5%), de los mayores de 60 años (21,9%) y de 14 a 29 años (19,2%). En la edad infantil predominaron las enfermedades infecciosas y los traumatismos, y en la madurez el sangrado, mientras que entre los 14-29 años y los 30-59 años preponderó la patología dental. El sexo masculino predominó de 30-59 años. Sin embargo, en mayores de 60 años, lo hicieron las mujeres, con más patología de mucosas, de glándulas salivales y de ATM. El horario de asistencia más habitual fue el diurno (66,6%), siendo el nocturno más frecuente en 14-29 años. De 30 a 59 años, en el nocturno predominó la patología dentaria y en los mayores de 60 años, los sangrados. El porcentaje de pacientes con hábitos tóxicos fue superior entre los 14-29 y los 30-59 años, en mayor número el tabáquico. Los hábitos tóxicos resultaron ser factor de riesgo para el sangrado en la franja de 30 a 59 años. Acudieron por iniciativa propia el 87,5%. Un 36,7% realizaron consultas previas con otros profesionales que solo derivaron al 12,5%. El requerimiento de pruebas

complementarias aumentó con la edad. La franja de edad que recibió más tratamientos en el SU fue la edad madura (48%). La diferencia entre los pacientes que recibieron tratamiento en el SU, el 33,7%, y los que lo llevaron al alta, el 87,0%, plantea duda de la necesidad de tratamiento urgente. La fiebre fue factor de riesgo de las infecciones de mucosa en la edad infantil. El dolor se manifestó más entre 30 y 59 años (78,3%). El sangrado fue más prevalente en mayores de 60 años, asociándose con las enfermedades cardiorrespiratorias, pero no con los tratamientos anticoagulantes, aunque estaban sometidos en mayor proporción a ellos. Este grupo de edad manifestó significativamente más HTA y enfermedades cardiorrespiratorias. La patología más frecuente fue la dentaria (38,0%), seguida de lesiones mucosas (16,8%), traumatismos (15,1%), infecciones (12,8%), de glándulas salivales (6,5%), sangrados (6,1%), de ATM (4,4%), y de cuerpo extraño (0,4%). Todos los pacientes con patología dentaria presentaron dolor, y los de 14 a 59 años precisaron tratamiento en mayor medida en el SU.

Conclusiones: El limitado porcentaje de consultas odontostomatológicas en un SU hospitalarias (0,85%), de marcado perfil de patología dentaria (38%), expresa la necesidad de fomentar su conocimiento entre los profesionales, así como de recursos. En la madurez se objetivó predominio del sexo femenino, presencia de mayor patología cardiovascular y mayor requerimiento de pruebas complementarias. La elevada proporción de pacientes que acudieron por iniciativa propia (87,5%), de los cuales el 29,7% ya habían consultado en el SUH y, el tratamiento previo en el 45,8% y en menor número en el SUH (33,7%), mientras que al alta se prescribieron al 87,0%, indican la necesidad de reforzar la educación de la población en el empleo de las instituciones sanitarias y de la terapia farmacológica por iniciativa propia. La patología dental, caracterizada por dolor, con necesidad de tratamiento en urgencias y de derivación a otro profesional, ratifica que esta patología no debería de ser propia de un SUH. Entre la población infantil menor de 6 años, preponderó la fiebre y a partir de esta franja etaria, el dolor, orientando la primera hacia las infecciones de mucosa y el segundo hacia la patología dental.

RESUMEN (en Inglés)

Study of odontostomatological visits in an emergency department (ED) of a regional hospital.

Objectives: To record the prevalence of these visits in the general context and according to their topographic and pathogenic distribution. To determine the prevalence of demographic, clinical, pathological and therapeutic variables and their scope in hospital ED care. To present relevant data for the development of action protocols.

Material and Methods: Descriptive, epidemiological, observational, cross-sectional and retrospective study of patients who requested urgent odontostomatological care in the Emergency Department of the Hospital V. Álvarez Buylla de Mieres, Asturias, between 1 June 2014 and 30 May 2017. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Principality of Asturias, and by the Research Committee and the Emergency Department CGA of the HVAB. Descriptive and multivariate statistical analysis of demographic variables, personal history and pathological variables was performed. The level of statistical significance was set at a value of $p < 0.05$. For the statistical analysis, the IBM SPSS® programme, version 26 for Mac was used.

Results: The total number of odontostomatological visits in the ED was 0.85%. The most prevalent age group was 30-59 years (35.3%), followed by paediatric (23.5%), over 60 years (21.9%) and 14-29 years (19.2%). Infectious diseases and trauma predominated in children, bleeding in adults, while dental pathology predominated in 14-29 and 30-59 year olds. The male sex predominated from 30-59 years. However, in the over-60 age group, women predominated, with more pathology of the mucous membranes, salivary glands and TMJ. The most common time of attendance was during the day (66.6%), with nocturnal attendance being more frequent in 14-29 year olds. From 30 to 59 years of age, dental pathology predominated at night, and in those over 60 years of age, bleeding. The percentage of patients with toxic habits was higher among 14-29 and 30-59 year olds, with smoking being the most common. Toxic habits were found to be a risk factor for bleeding in the 30-59 age group. A total of 87.5% attended on their own initiative. A total of 36.7% had prior visits with other professionals who only referred 12.5%. The need for complementary tests increased with age. The age group that received the most ED treatment was middle age (48%). The difference between patients who received ED treatment (33.7%) and those who were discharged (87.0%) raises doubts about the need for urgent treatment. Fever was a risk factor for mucosal infections in children. Pain was more prevalent between 30 and 59 years of age (78.3%). Bleeding was more prevalent in those over 60 years of age and was associated with cardiorespiratory diseases, but not with anticoagulant treatments, although they were more frequently undergoing them. This age group had significantly more HTN and cardiorespiratory diseases. The most frequent pathology was dental (38.0%), followed by mucosal lesions (16.8%), trauma (15.1%), infections (12.8%), salivary gland (6.5%), bleeding (6.1%), TMJ (4.4%), and foreign body (0.4%). All patients with dental pathology presented with pain, and those aged 14-59 years required treatment to a greater extent in the ED.

Conclusions: The limited percentage of odontostomatological visits in a hospital ED (0.85%), with a marked dental pathology profile (38%), expresses the need to promote its knowledge among professionals, as well as resources. In terms of maturity, there was a predominance of female patients, a greater presence of cardiovascular pathology and a greater need for complementary tests. The high proportion of patients who attended on their own initiative (87.5%), of whom 29.7% had already consulted the ED, and prior treatment in 45.8% and in smaller numbers in the ED (33.7%), while at discharge 87.0% were prescribed, indicate the need to reinforce the education of the population in the use of health institutions and pharmacological therapy on their own initiative. Dental pathology, characterised by pain, with the need for treatment in the ED and referral to another professional, confirms that this pathology should not be a characteristic of an ED. Among the population of children under 6 years of age, fever predominated, and from this age group onwards, pain, with the former being oriented towards mucosal infections and the latter towards dental pathology.

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

*A mis padres.
Que siempre habéis creído en mí,
más que yo misma.
Papá, mamá, os debo todo.*

*A mi abuela materna.
Que compartió mis logros académicos desde niña.
Espero güelita, que desde tu descanso eterno
te sientas orgullosa de este último.*

*A Siro Bosque.
Primer y distinguido técnico del Servicio de Radiología
de la Escuela de Estomatología.
AMIGO, que sembró en mí la querencia por
esta institución universitaria.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero mostrar mi más profundo agradecimiento a la Dra. Dña. María José García-Pola, directora de esta Tesis. Su implicación en el trabajo, su apoyo y disponibilidad, así como su inestimable paciencia y comprensión en los momentos de ralentización del mismo, han sido fundamentales para llevarlo a término. Sin ti, María José, no habría sido capaz.

A Jose, mi marido. Este trabajo es un poco tuyo también, por muchos motivos. Por sufrir conmigo los momentos de más estrés, por el tiempo restado a nuestra vida, por las esperanzas puestas en el final y, sobre todo, por tu ayuda con la parte estadística que tanto te gusta. Formamos un buen equipo.

A mi hermano, Mael. Siempre solícito para cuestiones técnicas y estéticas, así como para mostrarme la visión más pragmática de la vida. Tan distintos y, sin embargo, tan unidos. Espero que sepas transmitir a tus hijas, el amor fraterno que nos profesamos.

A los profesores que he tenido a lo largo de mi formación académica, por las enseñanzas recibidas y, especialmente, al Dr. D Juan Sebastián López-Arranz, que me abrió las puertas a la docencia en esta universidad

A mis amigos. Por su apoyo y por ayudarme a relajarme compartiendo momentos de ocio. No los nombraré a todos, ellos saben quiénes son, pero sí quiero hacer mención especial de la Dra. Dña. Rosa María Suárez Feito. Rosa, si no fuera por tu perseverancia y empeño, no hubiera llegado a este punto.

A mis compañeros del servicio de urgencias del Hospital V. Álvarez Buylla. De forma indirecta han colaborado en este trabajo, con su labor asistencial registrada.

Y finalmente a los pacientes. Objetivo último del estudio, y quienes ponen a diario su confianza en nuestra praxis.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.	Concepto de urgencia.....	1
1.2.	Urgencias odontoestomatológicas.....	5
1.3.	Estructura del Servicio de Salud del Principado de Asturias	18
1.4.	Asistencia odontoestomatológica en Asturias.....	20
1.5.	Programa de salud bucodental	22
1.5.1.	Protocolo para la Atención a la Salud Oral de la Población Vulnerable en Asturias	23
1.5.2.	Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria en Asturias	24
1.5.3.	Protocolos Clínicos Atención Primaria/Atención Especializada	25
2.	JUSTIFICACIÓN	26
3.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	30
3.1.	Hipótesis	30
3.2.	Objetivos	30
4.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	32
4.1.	Tipo de estudio	32
4.2.	Población a estudio.....	32
4.3.	Ámbito de estudio.....	33
4.4.	Variables a estudio	37
4.5.	Procedimiento de recogida de datos	42
4.6.	Análisis de datos	43
4.7.	Aspectos éticos y legales	44
5.	RESULTADOS	46
5.1.	Total de pacientes atendidos	46
5.1.1.	Edad	46
5.1.2.	Sexo	47
5.1.3.	Horario.....	48
5.1.4.	Acude por iniciativa propia	48
5.1.5.	Derivación por profesional	49
5.1.6.	Consultas previas.....	50
5.1.7.	Profesionales consultados	51
5.1.8.	Tiempo de evolución	52
5.1.9.	Intervención operatoria odontoestomatológica previa.....	52
5.1.10.	Tipo de intervención odontoestomatológica previa.....	53
5.1.11.	Tratamiento previo	54
5.1.12.	Pruebas complementarias.....	55
5.1.13.	Tratamiento en el servicio de urgencias	55
5.1.14.	Tratamiento al alta	56
5.1.15.	Ingreso hospitalario	57
5.1.16.	Derivación a otros profesionales	58
5.1.17.	Profesionales a derivar	58

5.1.18.	Dolor	59
5.1.19.	Fiebre	60
5.1.20.	Diagnóstico al alta.....	61
5.1.21.	Hábitos tóxicos.....	62
5.1.22.	Tipo de hábito tóxico	62
5.1.23.	Hipertensión arterial.....	63
5.1.24.	Diabetes mellitus	64
5.1.25.	Enfermedad cardiorrespiratoria	64
5.1.26.	Desórdenes psiquiátricos.....	65
5.1.27.	Tratamiento con anticoagulantes	66
5.1.28.	Tratamiento psiquiátrico.....	66
5.1.29.	Tratamiento con benzodiazepinas	67
5.1.30.	Tratamiento con corticoides	68
5.1.31.	Tratamiento con inmunosupresores	68
5.2.	Grupo de edad de 0-13 años.....	69
5.2.1.	Edad	69
5.2.2.	Sexo	70
5.2.3.	Horario.....	71
5.2.4.	Acude por iniciativa propia	72
5.2.5.	Derivación por profesional	72
5.2.6.	Consultas previas	73
5.2.7.	Profesionales consultados	73
5.2.8.	Tiempo de evolución	74
5.2.9.	Intervención operatoria odontoestomatológica previa	75
5.2.10.	Tipo de intervención odontoestomatológica previa	76
5.2.11.	Tratamiento previo	76
5.2.12.	Pruebas complementarias	77
5.2.13.	Tratamiento en el servicio de urgencias	78
5.2.14.	Tratamiento al alta	79
5.2.15.	Ingreso hospitalario	79
5.2.16.	Derivación a otros profesionales	80
5.2.17.	Profesionales a derivar	81
5.2.18.	Dolor	81
5.2.19.	Fiebre	82
5.2.20.	Diagnóstico al alta.....	83
5.2.21.	Hábitos tóxicos.....	84
5.2.22.	Tipo de hábito tóxico	84
5.2.23.	Hipertensión arterial.....	84
5.2.24.	Diabetes mellitus	84
5.2.25.	Enfermedad cardiorrespiratoria	84
5.2.26.	Desórdenes psiquiátricos.....	85
5.2.27.	Tratamiento con anticoagulantes	86
5.2.28.	Tratamiento psiquiátrico.....	86
5.2.29.	Tratamiento con benzodiazepinas	86
5.2.30.	Tratamiento con corticoides	86
5.2.31.	Tratamiento con inmunosupresores	86
5.2.32.	Grupo de edad de 0-13 años frente al resto de grupos	86
5.2.33.	Grupo de edad de >6 años frente al grupo ≤6 años	88
5.2.34.	Patología dental frente al resto de patologías en grupo de edad 0-13 años	90
5.2.35.	Infecciones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 0-13 años	91
5.2.36.	Traumatismos orales frente al resto de patologías en grupo de edad 0-13 años	92
5.2.37.	Lesiones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 0-13 años.....	93
5.3.	Grupo de edad de 14-29 años.....	94
5.3.1.	Edad	94
5.3.2.	Sexo	95
5.3.3.	Horario.....	96
5.3.4.	Acude por iniciativa propia	96
5.3.5.	Derivación por profesional	97
5.3.6.	Consultas previas	97
5.3.7.	Profesionales consultados	98

5.3.8.	Tiempo de evolución	99
5.3.9.	Intervención operatoria odontoestomatológica previa.....	99
5.3.10.	Tipo de intervención odontoestomatológica previa.....	100
5.3.11.	Tratamiento previo	101
5.3.12.	Pruebas complementarias.....	102
5.3.13.	Tratamiento en el servicio de urgencias	102
5.3.14.	Tratamiento al alta	103
5.3.15.	Ingreso hospitalario	104
5.3.16.	Derivación a otros profesionales	104
5.3.17.	Profesionales a derivar	105
5.3.18.	Dolor	106
5.3.19.	Fiebre.....	106
5.3.20.	Diagnóstico al alta.....	107
5.3.21.	Hábitos tóxicos.....	108
5.3.22.	Tipo de hábito tóxico	109
5.3.23.	Hipertensión arterial.....	109
5.3.24.	Diabetes mellitus	110
5.3.25.	Enfermedad cardiorrespiratoria	111
5.3.26.	Desórdenes psiquiátricos.....	111
5.3.27.	Tratamiento con anticoagulantes	112
5.3.28.	Tratamiento psiquiátrico.....	112
5.3.29.	Tratamiento con benzodiacepinas	113
5.3.30.	Tratamiento con corticoides	114
5.3.31.	Tratamiento con inmunosupresores	114
5.3.32.	Grupo de edad de 14-29 años frente al resto de grupos	115
5.3.33.	Patología dental frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años	116
5.3.34.	Infecciones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años	117
5.3.35.	Traumatismos orales frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años	118
5.3.36.	Lesiones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años.....	119
5.3.37.	Patología de ATM frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años	120
5.4.	Grupo de edad de 30-59 años.....	121
5.4.1.	Edad.....	122
5.4.2.	Sexo	122
5.4.3.	Horario.....	123
5.4.4.	Acude por iniciativa propia	124
5.4.5.	Derivación por profesional	125
5.4.6.	Consultas previas	125
5.4.7.	Profesionales consultados	126
5.4.8.	Tiempo de evolución	127
5.4.9.	Intervención operatoria odontoestomatológica previa.....	128
5.4.10.	Tipo de intervención odontoestomatológica previa.....	128
5.4.11.	Tratamiento previo	129
5.4.12.	Pruebas complementarias.....	130
5.4.13.	Tratamiento en el servicio de urgencias	131
5.4.14.	Tratamiento al alta.....	131
5.4.15.	Ingreso hospitalario	132
5.4.16.	Derivación a otros profesionales	133
5.4.17.	Profesionales a derivar	133
5.4.18.	Dolor	134
5.4.19.	Fiebre.....	135
5.4.20.	Diagnóstico al alta.....	136
5.4.21.	Hábitos tóxicos.....	137
5.4.22.	Tipo de hábito tóxico	137
5.4.23.	Hipertensión arterial.....	138
5.4.24.	Diabetes mellitus	139
5.4.25.	Enfermedad cardiorrespiratoria	139
5.4.26.	Desórdenes psiquiátricos.....	140
5.4.27.	Tratamiento con anticoagulantes	141
5.4.28.	Tratamiento psiquiátrico.....	141
5.4.29.	Tratamiento con benzodiacepinas	142
5.4.30.	Tratamiento con corticoides	143

5.4.31.	Tratamiento con inmunosupresores	143
5.4.32.	Grupo de edad de 30-59 años frente al resto de grupos	144
5.4.33.	Patología dental frente al resto de patologías en grupo de edad de 30-59 años	146
5.4.34.	Infecciones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años	147
5.4.35.	Traumatismos orales frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años	149
5.4.36.	Lesiones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años.....	150
5.4.37.	Sangrado oral frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años	152
5.4.38.	Patología de ATM frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años	153
5.4.39.	Patología de glándulas salivales frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años	154
5.5.	Grupo de edad mayores de 60 años.....	156
5.5.1.	Edad	156
5.5.2.	Sexo	157
5.5.3.	Horario.....	157
5.5.4.	Acude por iniciativa propia	158
5.5.5.	Derivación por profesional	159
5.5.6.	Consultas previas	159
5.5.7.	Profesionales consultados	160
5.5.8.	Tiempo de evolución	160
5.5.9.	Intervención operatoria odontoestomatológica previa.....	161
5.5.10.	Tipo de intervención odontoestomatológica previa.....	162
5.5.11.	Tratamiento previo	163
5.5.12.	Pruebas complementarias	163
5.5.13.	Tratamiento en el servicio de urgencias	164
5.5.14.	Tratamiento al alta	165
5.5.15.	Ingreso hospitalario	166
5.5.16.	Derivación a otros profesionales	166
5.5.17.	Profesionales a derivar	167
5.5.18.	Dolor	168
5.5.19.	Fiebre.....	168
5.5.20.	Diagnóstico al alta.....	169
5.5.21.	Hábitos tóxicos.....	170
5.5.22.	Tipo de hábito tóxico	171
5.5.23.	Hipertensión arterial.....	171
5.5.24.	Diabetes mellitus	172
5.5.25.	Enfermedad cardiorrespiratoria	173
5.5.26.	Desórdenes psiquiátricos.....	173
5.5.27.	Tratamiento con anticoagulantes	174
5.5.28.	Tratamiento psiquiátrico.....	175
5.5.29.	Tratamiento con benzodiacepinas	175
5.5.30.	Tratamiento con corticoides	176
5.5.31.	Tratamiento con inmunosupresores	177
5.5.32.	Grupo de edad mayores de 60 años frente al resto de grupos.....	177
5.5.33.	Patología dental frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años.....	179
5.5.34.	Infecciones mucosas frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años.....	181
5.5.35.	Traumatismos frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años	182
5.5.36.	Lesiones mucosas frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años	183
5.5.37.	Sangrado oral frente al resto de patologías en mayores de 60 años	185
5.5.38.	Patología de ATM frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años.....	186
5.5.39.	Patología de glándulas salivales frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años.....	187
6.	DISCUSIÓN	189
7.	CONCLUSIONES	205
8.	BIBLIOGRAFIA	207
9.	ANEXOS.....	222
9.1.	ANEXO 1. Tabla de recogida de datos diseñada <i>ad hoc</i>	222

9.2.	ANEXO 2. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Principado de Asturias.....	225
9.3.	ANEXO 3. Aprobación de la Comisión de Investigación y del AGC de Urgencias del HVAB .	226
9.4.	ANEXO 4. Comunicaciones a Congresos.....	227
9.5.	ANEXO 5. Publicación en revista indexada.....	230

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra por grupos de edad	46
Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo	47
Tabla 3. Distribución de la muestra por horario.....	48
Tabla 4. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia.....	49
Tabla 5. Distribución de la muestra por profesional que deriva al paciente cuando no acude por iniciativa propia....	49
Tabla 6. Distribución de la muestra por realización de consultas previas	50
Tabla 7. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente	51
Tabla 8. Distribución de la muestra por tiempo de evolución	52
Tabla 9. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa	53
Tabla 10. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa	53
Tabla 11. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo	54
Tabla 12. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias	55
Tabla 13. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH	56
Tabla 14. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta.....	56
Tabla 15. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario.....	57
Tabla 16. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales	58
Tabla 17. Distribución de la muestra por profesionales a derivar	59
Tabla 18. Distribución de la muestra por clínica de dolor	59
Tabla 19. Distribución de la muestra por clínica de fiebre	60
Tabla 20. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta.....	61
Tabla 21. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos	62
Tabla 22. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico	62
Tabla 23. Distribución de la muestra por antecedentes de hipertensión arterial.....	63
Tabla 24. Distribución de la muestra por antecedentes de diabetes mellitus	64
Tabla 25. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria	64
Tabla 26. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos	65
Tabla 27. Distribución de la muestra por tratamiento crónico con anticoagulantes.....	66
Tabla 28. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico	66
Tabla 29. Distribución de la muestra por tratamiento con benzodiacepinas	67
Tabla 30. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides	68
Tabla 31. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores.....	69
Tabla 32. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 0-13 años.....	70
Tabla 33. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 0-13 años.....	70
Tabla 34. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 0-13 años	71
Tabla 35. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 0-13 años.....	72
Tabla 36. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 0-13 años	73
Tabla 37. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 0-13 años.....	74
Tabla 38. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 0-13 años.....	74

Tabla 39. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 0-13 años	75
Tabla 40. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 0-13 años	76
Tabla 41. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 0-13 años	77
Tabla 42. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 0-13 años	77
Tabla 43. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 0-13 años	78
Tabla 44. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 0-13 años	79
Tabla 45. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de 0-13 años	79
Tabla 46. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 0-13 años	80
Tabla 47. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 0-13 años	81
Tabla 48. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 0-13 años	81
Tabla 49. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 0-13 años	82
Tabla 50. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 0-13 años	83
Tabla 51. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 0-13 años	84
Tabla 52. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 0-13 años	85
Tabla 53. Modelo de regresión logística. Grupo de 0-13 años frente al resto de grupos de edad.....	88
Tabla 54. Modelo de regresión logística. Grupo >6 años frente a ≤6 años	89
Tabla 55. Modelo de regresión logística. Patología dental en pacientes de 0-13 años.....	90
Tabla 56. Modelo de regresión logística. Infecciones mucosas en pacientes de 0-13 años.....	91
Tabla 57. Modelo de regresión logística. Traumatismos orales en pacientes de 0-13 años.....	92
Tabla 58. Modelo de regresión logística. Lesiones mucosas en pacientes de 0-13 años	93
Tabla 59. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 14-29 años.....	94
Tabla 60. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 14-29 años	95
Tabla 61. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 14-29 años.....	96
Tabla 62. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 14-29 años.....	96
Tabla 63. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 14-29 años	97
Tabla 64. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 14-29 años.....	98
Tabla 65. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 14-29 años.....	99
Tabla 66. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 14-29 años.....	100
Tabla 67. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 14-29 años	100
Tabla 68. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 14-29 años	101
Tabla 69. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 14-29 años.....	102
Tabla 70. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 14-29 años	103
Tabla 71. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 14-29 años.....	103
Tabla 72. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 14-29 años	104
Tabla 73. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 14-29 años	105
Tabla 74. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 14-29 años	106

Tabla 75. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 14-29 años	106
Tabla 76. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 14-29 años	107
Tabla 77. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de 14-29 años	108
Tabla 78. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de 14-29 años.....	109
Tabla 79. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de 14-29 años.....	109
Tabla 80. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de 14-29 años	110
Tabla 81. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 14-29 años	111
Tabla 82. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 14-29 años	111
Tabla 83. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de 14-29 años	112
Tabla 84. Distribución de la muestra por tratamiento con BDZ en el grupo de 14-29 años.....	113
Tabla 85. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de 14-29 años	114
Tabla 86. Modelo de regresión logística. Grupo de 14-29 años frente al resto de grupos de edad.....	116
Tabla 87. Modelo de regresión logística. Patología dental en pacientes de 14-29 años.....	117
Tabla 88. Modelo de regresión logística. Infecciones mucosas en pacientes de 14-29 años.....	118
Tabla 89. Modelo de regresión logística. Traumatismos orales en pacientes de 14-29 años.....	119
Tabla 90. Modelo de regresión logística. Lesiones mucosas en pacientes de 14-29 años	120
Tabla 91. Modelo de regresión logística. Patología de ATM en pacientes de 14-29 años.....	121
Tabla 92. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 30-59 años.....	122
Tabla 93. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 30-59 años	123
Tabla 94. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 30-59 años.....	123
Tabla 95. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 30-59 años.....	124
Tabla 96. Distribución de la muestra por profesional que deriva al paciente cuando no acude por iniciativa propia en el grupo de 30-59 años	125
Tabla 97. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 30-59 años	126
Tabla 98. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 30-59 años.....	126
Tabla 99. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 30-59 años.....	127
Tabla 100. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 30-59 años.....	128
Tabla 101. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 30-59 años	129
Tabla 102. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 30-59 años	129
Tabla 103. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 30-59 años.....	130
Tabla 104. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 30-59 años	131
Tabla 105. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 30-59 años.....	131
Tabla 106. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de 30-59 años	132
Tabla 107. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 30-59 años	133
Tabla 108. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 30-59 años	134
Tabla 109. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 30-59 años	134
Tabla 110. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 30-59 años	135
Tabla 111. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 30-59 años.....	136

Tabla 112. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de 30-59 años	137
Tabla 113. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de 30-59 años.....	137
Tabla 114. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de 30-59 años.....	138
Tabla 115. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de 30-59 años	139
Tabla 116. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 30-59 años	139
Tabla 117. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 30-59 años ...	140
Tabla 118. Distribución de la muestra por tratamiento con anticoagulantes en el grupo de 30-59 años.....	141
Tabla 119. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de 30-59 años	141
Tabla 120. Distribución de la muestra por tratamiento con BZD en el grupo de 30-59 años.....	142
Tabla 121. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides en el grupo de 30-59 años	143
Tabla 122. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de 30-59 años	143
Tabla 123. Modelo de regresión logística. Grupo de 30-59 años frente al resto de grupos de edad.....	146
Tabla 124. Modelo de regresión logística. Patología dental en pacientes de 30-59 años.....	147
Tabla 125. Modelo de regresión logística. Infecciones mucosas en pacientes de 30-59 años.....	148
Tabla 126. Modelo de regresión logística. Traumatismos orales en pacientes de 30-59 años.....	150
Tabla 127. Modelo de regresión logística. Lesiones mucosas en pacientes de 30-59 años	151
Tabla 128. Modelo de regresión logística. Sangrado oral en pacientes de 30-59 años.....	153
Tabla 129. Modelo de regresión logística. Patología de ATM en pacientes de 30-59 años.....	154
Tabla 130. Modelo de regresión logística. Patología de glándulas salivales en pacientes de 30-59 años.....	155
Tabla 131. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de mayores de 60 años	156
Tabla 132. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de mayores de 60 años	157
Tabla 133. Distribución de la muestra por horario en el grupo de mayores de 60 años.....	157
Tabla 134. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de mayores de 60 años.....	158
Tabla 135. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de mayores de 60 años	159
Tabla 136. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de mayores de 60 años	160
Tabla 137. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de mayores de 60 años	161
Tabla 138. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de mayores de 60 años	161
Tabla 139. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de mayores de 60 años.....	162
Tabla 140. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de mayores de 60 años ...	163
Tabla 141. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de mayores de 60 años	164
Tabla 142. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de mayores de 60 años	164
Tabla 143. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de mayores de 60 años.....	165
Tabla 144. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de mayores de 60 años.....	166
Tabla 145. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de mayores de 60 años	166
Tabla 146. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de mayores de 60 años.....	167

Tabla 147. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de mayores de 60 años	168
Tabla 148. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de mayores de 60 años	168
Tabla 149. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de mayores de 60 años.....	169
Tabla 150. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de mayores de 60 años	170
Tabla 151. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de mayores de 60 años	171
Tabla 152. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de mayores de 60 años	171
Tabla 153. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de mayores de 60 años	172
Tabla 154. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de mayores de 60 años.....	173
Tabla 155. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de mayores de 60 años	173
Tabla 156. Distribución de la muestra por tratamiento con anticoagulantes en el grupo de mayores de 60 años	174
Tabla 157. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de mayores de 60 años.....	175
Tabla 158. Distribución de la muestra por tratamiento con BZD en el grupo de mayores de 60 años	175
Tabla 159. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides en el grupo de mayores de 60 años	176
Tabla 160. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de mayores de 60 años	177
Tabla 161. Modelo de regresión logística. Mayores de 60 años frente al resto	179
Tabla 162. Modelo de regresión logística. Patología dental en pacientes mayores de 60 años	180
Tabla 163. Modelo de regresión logística. Infecciones mucosas en pacientes mayores de 60 años	182
Tabla 164. Modelo de regresión logística. Traumatismos orales en pacientes mayores de 60 años	183
Tabla 165. Modelo de regresión logística. Lesiones mucosas en pacientes mayores de 60 años.....	184
Tabla 166. Modelo de regresión logística. Sangrado oral en pacientes mayores de 60 años	186
Tabla 167. Modelo de regresión logística. Patología de ATM en pacientes mayores de 60 años	187
Tabla 168. Modelo de regresión logística. Patología de glándulas salivales en pacientes mayores de 60 años	188

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de las Áreas Sanitarias del Principado de Asturias.....	19
Figura 2. Mapa Sanitario del Área VII de Asturias.....	33
Figura 3. Distribución de la muestra por grupos de edad	47
Figura 4. Distribución de la muestra por sexo.....	47
Figura 5. Distribución de la muestra por horario	48
Figura 6. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia	49
Figura 7. Distribución de la muestra por profesional que deriva al paciente cuando no acude por iniciativa propia ..	50
Figura 8. Distribución de la muestra por realización de consultas previas	50
Figura 9. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente	51
Figura 10. Distribución de la muestra por tiempo de evolución	52
Figura 11. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa	53
Figura 12. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa	54
Figura 13. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo.....	54
Figura 14. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias	55
Figura 15. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH.....	56
Figura 16. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta	57
Figura 17. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario	57
Figura 18. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales.....	58
Figura 19. Distribución de la muestra por profesionales a derivar	59
Figura 20. Distribución de la muestra por clínica de dolor	60
Figura 21. Distribución de la muestra por clínica de fiebre.....	60
Figura 22. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta	61
Figura 23. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos.....	62
Figura 24. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico.....	63
Figura 25. Distribución de la muestra por antecedentes de hipertensión arterial	63
Figura 26. Distribución de la muestra por antecedentes de diabetes mellitus.....	64
Figura 27. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria	65
Figura 28. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos	65
Figura 29. Distribución de la muestra por tratamiento crónico con anticoagulantes	66
Figura 30. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico	67
Figura 31. Distribución de la muestra por tratamiento con benzodiazepinas	67
Figura 32. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides.....	68
Figura 33. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores	69
Figura 34. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 0-13 años	70
Figura 35. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 0-13 años.....	71
Figura 36. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 0-13 años	71
Figura 37. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 0-13 años	72
Figura 38. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 0-13 años.....	73
Figura 39. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 0-13 años	74

Figura 40. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 0-13 años	75
Figura 41. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 0-13 años	75
Figura 42. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 0-13 años	76
Figura 43. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 0-13 años	77
Figura 44. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 0-13 años	78
Figura 45. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 0-13 años	78
Figura 46. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 0-13 años	79
Figura 47. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de 0-13 años	80
Figura 48. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 0-13 años	80
Figura 49. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 0-13 años	81
Figura 50. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 0-13 años	82
Figura 51. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 0-13 años	82
Figura 52. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 0-13 años	83
Figura 53. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 0-13 años	85
Figura 54. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 0-13 años	85
Figura 55. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 14-29 años	95
Figura 56. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 14-29 años	95
Figura 57. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 14-29 años	96
Figura 58. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 14-29 años	97
Figura 59. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 14-29 años	98
Figura 60. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 14-29 años	98
Figura 61. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 14-29 años	99
Figura 62. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 14-29 años	100
Figura 63. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 14-29 años	101
Figura 64. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 14-29 años	101
Figura 65. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 14-29 años	102
Figura 66. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 14-29 años	103
Figura 67. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 14-29 años	104
Figura 68. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 14-29 años	105
Figura 69. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 14-29 años	105
Figura 70. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 14-29 años	106
Figura 71. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 14-29 años	107
Figura 72. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 14-29 años	108
Figura 73. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de 14-29 años	108
Figura 74. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de 14-29 años	109
Figura 75. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de 14-29 años	110

Figura 76. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de 14-29 años.....	110
Figura 77. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 14-29 años	111
Figura 78. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 14-29 años....	112
Figura 79. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de 14-29 años.....	113
Figura 80. Distribución de la muestra por tratamiento con BDZ en el grupo de 14-29 años	113
Figura 81. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de 14-29 años.....	114
Figura 82. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 30-59 años	122
Figura 83. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 30-59 años	123
Figura 84. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 30-59 años	124
Figura 85. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 30-59 años	124
Figura 86. Distribución de la muestra por profesional que deriva al paciente cuando no acude por iniciativa propia en el grupo de 30-59 años	125
Figura 87. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 30-59 años	126
Figura 88. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 30-59 años	127
Figura 89. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 30-59 años	127
Figura 90. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 30-59 años.....	128
Figura 91. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 30-59 años	129
Figura 92. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 30-59 años	130
Figura 93. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 30-59 años	130
Figura 94. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 30-59 años	131
Figura 95. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 30-59 años	132
Figura 96. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de 30-59 años	132
Figura 97. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 30-59 años	133
Figura 98. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 30-59 años.....	134
Figura 99. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 30-59 años.....	135
Figura 100. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 30-59 años	135
Figura 101. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 30-59 años	136
Figura 102. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de 30-59 años.....	137
Figura 103. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de 30-59 años	138
Figura 104. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de 30-59 años	138
Figura 105. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de 30-59 años.....	139
Figura 106. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 30-59 años	140
Figura 107. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 30-59 años..	140
Figura 108. Distribución de la muestra por tratamiento con anticoagulantes en el grupo de 30-59 años	141
Figura 109. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de 30-59 años.....	142
Figura 110. Distribución de la muestra por tratamiento con BZD en el grupo de 30-59 años	142
Figura 111. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides en el grupo de 30-59 años.....	143

Figura 112. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de 30-59 años.....	144
Figura 113. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de mayores de 60 años.....	156
Figura 114. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de mayores de 60 años.....	157
Figura 115. Distribución de la muestra por horario en el grupo de mayores de 60 años.....	158
Figura 116. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de mayores de 60 años.....	158
Figura 117. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de mayores de 60 años.....	159
Figura 118. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de mayores de 60 años.....	160
Figura 119. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de mayores de 60 años.....	161
Figura 120. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de mayores de 60 años.....	162
Figura 121. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de mayores de 60 años.....	162
Figura 122. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de mayores de 60 años..	163
Figura 123. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de mayores de 60 años.....	164
Figura 124. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de mayores de 60 años.....	165
Figura 125. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de mayores de 60 años...	165
Figura 126. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de mayores de 60 años.....	166
Figura 127. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de mayores de 60 años....	167
Figura 128. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de mayores de 60 años.....	167
Figura 129. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de mayores de 60 años.....	168
Figura 130. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de mayores de 60 años.....	169
Figura 131. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de mayores de 60 años.....	170
Figura 132. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de mayores de 60 años.....	170
Figura 133. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de mayores de 60 años.....	171
Figura 134. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de mayores de 60 años.....	172
Figura 135. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de mayores de 60 años.....	172
Figura 136. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de mayores de 60 años.....	173
Figura 137. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de mayores de 60 años.....	174
Figura 138. Distribución de la muestra por tratamiento con anticoagulantes en el grupo de mayores de 60 años...	174
Figura 139. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de mayores de 60 años...	175
Figura 140. Distribución de la muestra por tratamiento con BZD en el grupo de mayores de 60 años.....	176
Figura 141. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides en el grupo de mayores de 60 años.....	176
Figura 142. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de mayores de 60 años.....	177

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

AGC: Área de Gestión Clínica	AH: Atención Hospitalaria
AINE: Antiinflamatorios no esteroideos	AP: Atención Primaria
ATM: Articulación Temporomandibular	ATS: Australian Triage Scale
BZD: Benzodiazepinas	CAI: Centros de Apoyo a la Integración
CTAS: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale	de: Desviación estándar
DM: Diabetes mellitus	EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ERA: Establecimientos Residenciales para Ancianos	ESI: Emergency Severity Index
FDI: Federación Dental Mundial	GUNA: Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda
HTA: Hipertensión arterial	HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias
HVAB: Hospital Vital Álvarez Buylla	IC: Intervalo de confianza
ICOP: International Classification of Orofacial Pain	INE: Instituto Nacional de Estadística
MAT: Model Andorrà de Triage	MTS: Manchester Triage System
OMS: Organización Mundial de la Salud	OR: Odds ratio
ORL: Otorrinolaringología	PAC: Puntos de Atención Continuada
PSBD: Programa de Promoción de la Salud Bucodental	SBD: Salud Bucodental
SEMES: Sociedad Española de Medicina de Emergencias	SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias
SET: Sistema Español de Triage	SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SU: Servicio de Urgencias	SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria
SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario	TAC: Tomografía axial computarizada
TSI: Tarjeta Sanitaria Individual	UC-SBD: Unidad Central de Salud Bucodental
UE-SBD: Unidad Especial de Salud Bucodental	USBD: Unidades de Salud Bucodental

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Concepto de urgencia

Según reflejan Gómez Jiménez¹ y Barroeta Urquiza *et al.*², para la Organización Mundial de la Salud (OMS), una urgencia es “la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”, lo que da idea de la heterogeneidad del concepto, que engloba aspectos tanto objetivos como subjetivos, diferenciándose de las emergencias en que, aunque requieren de una pronta y adecuada atención, no precisan de su inmediatez para minimizar las posibles consecuencias, como en estas últimas^{1,2}. En función de la gravedad de la urgencia, el tiempo de respuesta a la misma será mayor o menor².

Según esta definición, una situación urgente puede tener un componente subjetivo si el paciente, su familia o los testigos de ella, la viven como una situación de gravedad que precisa de atención inmediata¹.

Desde hace años, la demanda asistencial en los servicios de urgencias (SU) de España viene aumentando permanentemente, lo que provoca en numerosas ocasiones la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), dificultando la atención rápida y eficaz esperable en los mismos³.

Esto es debido, en parte, al mal uso de dichos servicios, al acudir a ellos para la atención de situaciones no urgentes o no graves (según estudios hasta el 70%), pudiendo condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves³⁻⁵.

Se trata este, de un fenómeno universal en países desarrollados, como España, Reino Unido, Suiza, Japón, Estados Unidos o Australia⁶⁻⁹. Campagna *et al.*⁸ en un estudio realizado en Italia, constataron que entre los años 2013 y 2017, se produjo un aumento en las llamadas de emergencia en un 34,2%, el 90% se realizaron por iniciativa propia y presentaban un nivel de gravedad bajo, por lo que con una gestión adecuada podrían haber sido tratadas en Atención Primaria (AP).

En España, entre los años 2000 y 2014, hubo un aumento del número de pacientes atendidos en las urgencias hospitalarias del 32,97%. Además, se estima que ocho de cada diez personas que consultaron por iniciativa propia, podrían haber sido atendidas en Atención Primaria⁶.

Diferentes causas y factores influyen en esta hiperfrecuentación a los SUH, muchos de ellos inherentes a los cambios producidos en la propia sociedad. Algunos guardan relación con los avances médicos tanto diagnósticos como terapéuticos, y la mejora de la calidad de vida en los últimos 50 años, lo que supone un aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población, con más dependencia social y sanitaria. Otros van ligados a los cambios en los valores culturales de nuestra sociedad, y a la globalización del mundo en que se encuentra inmersa, donde no existen barreras para el acceso a la información, aunque tampoco a la desinformación. La necesidad de la inmediatez para todo, el temor a la inseguridad, la fascinación por la tecnología y la falta de conciencia del coste, son factores influyentes^{6,10}.

La dificultad de acceso a la asistencia especializada, la dispersión geográfica, el deterioro en la relación médico-paciente con la desconfianza que ello genera, la pobre educación sanitaria de la población y la actual cultura de la inmediatez, son los principales factores favorecedores del aumento de la iniciativa propia para acudir al SUH⁶.

Este mal uso de los recursos sanitarios, observado en la mayoría de los países desarrollados, incrementa la demanda de estos servicios de urgencia sobrecargándolos, y da lugar a un aumento del gasto sanitario^{6,10-12}.

Adaptarse a esta situación ha implicado una transformación profunda de estos servicios durante la última década. Esto se ha logrado mediante cambios estructurales, organizativos y funcionales. Uno de los puntos clave en estas modificaciones ha sido la implementación de sistemas de triaje hospitalario, diseñados para priorizar el orden de asistencia^{3,13}.

El triaje es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, y permite manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes por medio de la gestión del riesgo clínico^{3,14}.

El objetivo del sistema de triaje, es asegurar la asistencia prioritaria a los pacientes más urgentes cuando la situación del servicio origina una eventual espera, mediante la categorización de los mismos^{14,15}.

Este proceso de clasificación debe ser ágil y efectivo, realizándose en breve periodo de tiempo, para garantizar la seguridad de los pacientes que esperan ser atendidos por el médico¹⁵.

En un modelo de triaje estructurado, el grado de urgencia, entendida esta como aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, será el que condicione la respuesta asistencial y la adecuación de recursos necesarios para solucionarla¹⁵.

La llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, debe ser un sistema de triaje estructurado, que tendrá que ser, por tanto, de rápida y fácil aplicación³.

La aplicación de las escalas de triaje estructurado parte de un concepto básico: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Actualmente se reconocen cinco modelos de triaje estructurado con 5 niveles de priorización adaptados al área de urgencias, con una amplia implantación a nivel mundial^{3,14}: Australian Triage Scale (ATS); Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS); Manchester Triage System (MTS); Emergency Severity Index (ESI); Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrà de Triage (MAT).

El MTS, desarrollado en el Reino Unido en 1994, ha sido adoptado en numerosos hospitales de todo el mundo desde entonces, siendo el más utilizado en Europa^{3,15}.

En la actualidad es el sistema elegido por el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), para sus hospitales públicos.

Es un sistema que contempla la priorización de los pacientes en cinco niveles, a cada uno de los cuales se le atribuye un número y un color, definiéndose en términos de “tiempo clave” o “tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta”^{3,15}.

La clasificación de pacientes se basa en los signos observados por el profesional encargado del triaje y en los síntomas expresados por el paciente, contemplando 52 motivos posibles de consulta. En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, se clasifica al paciente en una de las 5 categorías, que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención, según unos discriminadores generales: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución)^{3,15}.

El tiempo de demora asistencial según el nivel de clasificación será^{3,15}:

- Nivel I (rojo): situaciones con prioridad absoluta que requieren atención inmediata.

- Nivel II (naranja): situaciones de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Muy urgentes; serán atendidos en menos de 15 minutos.
- Nivel III (amarillo): situaciones con potencial riesgo vital, pero con estabilidad hemodinámica. Urgentes; la demora en la atención será como máximo de 60 minutos.
- Nivel IV (verde): situaciones sin riesgo vital potencial. Urgencia menor; admite una demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V (azul): situaciones patológicas de poca complejidad o consultas administrativas, etc. No urgente; puede demorarse la atención hasta 240 minutos.

El sistema es muy ágil y rápido, discrimina bien los pacientes críticos y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica^{3,16,17}.

1.2. Urgencias odontoestomatológicas

La salud oral está determinada fundamentalmente por la presencia de enfermedades de los dientes y de la mucosa oral, en la que intervienen numerosos factores concurrentes a nivel comunitario, familiar e individual¹⁸.

La carga de enfermedades bucodentales es particularmente alta en los grupos de población desfavorecidos, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, siendo la caries dental, la enfermedad periodontal, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa oral, los tumores orofaríngeos y los traumatismos orodentales, importantes problemas de salud pública en todo el mundo. Así, una mala salud bucodental tiene profundos efectos en la salud y la calidad de vida general¹⁹.

La práctica totalidad de los problemas generados por estas enfermedades acceden al sistema sanitario público a través de la Atención Primaria, y dentro de la misma, el primer punto de atención suele ser el formado por los odontólogos y estomatólogos de las Unidades de Salud Bucodental (USBD)²⁰.

Casi un tercio de la población acude al dentista sólo cuando tiene un problema agudo, pero en muchas ocasiones los pacientes retrasan la demanda de asistencia debido a razones financieras, no poder ausentarse del trabajo, ansiedad y fobia al dentista, entre otros^{21,22}.

Finalmente, el aumento en la intensidad o frecuencia del dolor, acompañado de uno o varios de los siguientes factores, como la pérdida de sueño o cambios en el tipo o calidad de los síntomas, motiva a los pacientes a buscar atención médica de manera urgente^{21,23}.

Los problemas que generan dichas consultas pueden variar en gravedad, desde un diente levemente fracturado hasta una infección odontogénica del espacio profundo o una lesión maxilofacial^{24,25}.

Algunas emergencias dentales pueden suponer una morbilidad significativa, como pérdida de dientes, dolor crónico, infección y anomalías craneofaciales, mientras que otras pueden llegar a provocar un compromiso de las vías respiratorias poniendo en peligro la vida²⁴.

Las situaciones de urgencia en odontoestomatología representan pues, un capítulo a tener en cuenta dentro del contexto general de todas las urgencias, no ya por la gravedad de las mismas, pues no suelen implicar riesgo vital para el paciente, sino en cuanto a su frecuencia y aparatosidad²⁴.

El médico de urgencias debe distinguir cuáles de estos problemas requieren un tratamiento específico inmediato y cuáles pueden esperar a la valoración por el dentista o el cirujano maxilofacial con un tratamiento sintomático²⁵.

Tratar a estos pacientes en un servicio de urgencias puede constituir una dificultad para los médicos del mismo, normalmente con una elevada demanda asistencial, la mayoría de los cuales no han recibido formación específica en urgencias dentales durante su formación²⁴.

La actual estructura de la Sanidad Pública para la asistencia bucodental y la falta de servicios específicos para esta patología urgente, da lugar a que estos pacientes acudan a Servicios de Urgencias Extrahospitalarios y Hospitalarios, que en la mayoría de los casos no disponen de recursos especializados, situando en muchas ocasiones al personal facultativo de dichos servicios, ante circunstancias en las que asumir la responsabilidad de afrontar y resolver en la medida de sus posibilidades estas urgencias²⁶.

La demanda asistencial por parte de estos pacientes se basa en tres puntos²⁵:

- Aquellas situaciones que requieren una atención médica o quirúrgica inmediata.
- Determinadas condiciones que, en opinión del paciente, sus familiares o responsables, requieren una atención inmediata.
- Necesidad asistencial que, en la mayoría de las ocasiones, se hace fuera del horario normal de trabajo.

Las urgencias que con más frecuencia se van a presentar, son aquellas que implican dolor, infecciones, hemorragias bucales y traumatismos alveolo-dentarios²⁶.

Como en toda buena práctica médica, la atención a estas urgencias debe comenzar por la realización de una historia clínica detallada, siempre que la vía aérea no se encuentre comprometida, en cuyo caso sería prioritaria. Una anamnesis completa y por sistemas, centrada no solo en procesos patológicos agudos sino también en enfermedades crónicas, algunas de las cuales, desde trastornos de la coagulación hasta neoplasias, pueden manifestarse con trastornos

orales, puede revelar información importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento^{26,27}.

A continuación, se realizará la exploración física, que debe ser rutinaria comenzando por fuera de la boca para evitar pasar por alto hallazgos físicos importantes²⁸. Se valorará el aspecto general, existencia de asimetría facial, áreas de edema, eritema u otras lesiones cutáneas, así como la palpación de ganglios linfáticos regionales en busca de linfadenopatías, que pueden estar presentes en infecciones, trastornos autoinmunitarios o neoplasias^{25,28}. Posteriormente se pasará a la exploración intraoral, que se realizará con depresores y buena iluminación, evaluando la apertura bucal, que puede estar limitada tanto en disfunción de la articulación temporomandibular (ATM) como en procesos infecciosos, los tejidos blandos (de fuera a dentro y de delante a atrás: labios, regiones yugales, encía, lengua, paladar...) y finalmente las piezas dentarias²⁵. Es recomendable realizar un segundo examen dirigido a la zona de la queja, en busca de lesiones²⁵.

Con la anamnesis y la exploración física realizadas de forma organizada, podrán diagnosticarse las enfermedades descritas más adelante e iniciar el tratamiento adecuado²⁵.

El dolor dental agudo (odontalgia) es el motivo de consulta odontoestomatológico más frecuente por el que acuden al servicio de urgencias los pacientes, solicitando evaluación, pero sobre todo para alivio de los síntomas. Aunque múltiples problemas pueden causar inicialmente dolor en la zona de los dientes, la causa suele ser una pulpitis, un absceso o un traumatismo dental^{21,24,29}.

La *"International Classification of Orofacial Pain"* (ICOP)³⁰ definió el dolor dental como "dolor causado por lesiones o trastornos que afectan a uno o más dientes y/o por las estructuras inmediatamente circundantes y de soporte: la pulpa del diente, el periodonto y las encías". Otros autores, en la clasificación del dolor orofacial, mencionan a las enfermedades que involucran no solo las de la anatomía dentoalveolar, sino también el dolor que surge de las enfermedades de

la mucosa oral, las glándulas salivales y los maxilares. Existen otros dolores orofaciales, como el miofascial, el de la ATM, el dolor asociado a los nervios craneales e incluso el dolor orofacial idiopático y el psicológico²⁹.

El dolor se describe como un dolor sordo y localizado que se intensifica por provocación (como masticación o percusión). El dolor dental en ocasiones es irradiado a otras zonas de la cara u oídos. El dolor dental agudo puede persistir o recurrir y eventualmente volverse crónico, como también puede constituir un dolor referido, por ejemplo, de origen en una sinusitis aguda. Por ello, es preciso realizar siempre una evaluación completa^{5,30}.

Aunque la remisión a un dentista es lo indicado para el tratamiento etiológico de la odontalgia, el alivio del dolor puede iniciarse en el propio servicio de urgencias y continuarse en el domicilio con una pauta farmacológica adecuada. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el paracetamol, los opiáceos y los bloqueos nerviosos locales serán los indicados en el alivio del dolor, según la situación²⁴.

Cuando no se realiza un tratamiento dental definitivo y el dolor agudo se resuelve, los pacientes pueden correr el riesgo de entrar en un ciclo de asistencia médica repetida cada vez que el dolor reaparezca²¹.

A nivel de un centro de urgencias médicas, se estima que, entre las enfermedades bucodentales, la patología dentaria es el motivo de consulta más frecuente, representando hasta el 65% y destacando que en el 24% de los casos el diagnóstico de la causa es inespecífico³¹.

Entre los diagnósticos clínicos de la patología dentaria se citan en primer lugar a los abscesos seguidos del sintomatológico de dolor³¹. Son múltiples las causas que pueden desencadenar el dolor dental además de los propios abscesos, se incluyen la caries, la enfermedad periodontal, infecciones radiculares, o un traumatismo dental^{21,24,32}.

Tanto la caries como la enfermedad periodontal son las patologías más prevalentes en el ser humano, hasta el punto de que ambas enfermedades pueden considerarse como una pandemia universal que afecta prácticamente a toda la población mundial^{19,20}.

Ambas enfermedades ocasionan una disminución en las funciones de masticación, deglución y habla, además de generar trastornos psicológicos y en las relaciones interpersonales. Esto resulta en un aumento de las consultas médicas urgentes, especialmente cuando se acompañan de dolor o infecciones orales secundarias. Por lo tanto, es necesario asignar tiempos y recursos específicos para su tratamiento^{20,33-35}.

La caries es un proceso destructivo de los tejidos duros del diente, de origen microbiano y multifactorial, que puede ser una de las causas de dolor dental. En su progresión puede dar lugar a la inflamación de la pulpa, pulpitis, en la que el dolor es muy intenso, siendo un motivo frecuente de consulta urgente²⁶.

La pulpitis puede ser aguda o crónica y la fisiología, el tratamiento y el pronóstico serán diferentes en cada paciente^{21,24,26}.

Las pulpitis agudas cursan con dolor agudo desencadenado con bebidas frías y calientes, y alimentos dulces, que desaparece con la retirada del estímulo. En las crónicas, el dolor es pulsátil y aumenta con el calor²⁶.

Las periodontitis apicales agudas son procesos inflamatorios del sistema de soporte del diente (periodonto), consecuencia de una necrosis pulpar o de una pulpitis, o de origen yatrogénico por un tratamiento de conductos. Suelen cursar con dolor intenso, agudo, pulsátil y continuo. La periodontitis crónica, puede presentarse inicialmente como tal o proceder de la evolución de un proceso agudo. En las fases avanzadas de ambas, puede desarrollarse un absceso periapical (periodontitis supurada) que en ocasiones buscará drenaje dando lugar a fístulas³⁶.

Cualquier infección del área maxilofacial tiene la posibilidad de difundir a los diferentes espacios anatómicos, tanto superficiales como profundos, produciendo abscesos y flemones en ellos, que clínicamente se manifestarán además de con dolor, inflamación, rubor y calor, con afectación del estado general y fiebre²⁶.

Otra entidad frecuente es la pericoronaritis. Se trata de un proceso infeccioso del tejido gingival que rodea un diente parcialmente erupcionado, generalmente los terceros molares, y más frecuentemente los inferiores. El dolor local e irradiado, la inflamación de la zona y en ocasiones el *trismus* que presenta, hacen que sea un motivo frecuente de consulta en los SU²⁶.

Dentro de la patología gingival, la gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GUNA), también es un motivo de consulta urgente debido a la clínica que presenta de papilas inflamadas, ulceradas, sangrantes y dolorosas²⁶.

Otro motivo de consulta en los SU, por el dolor que origina, es la alveolitis seca. Se trata de un proceso infeccioso del alveolo dentario como complicación de la exodoncia, que requerirá derivación al dentista para el legrado del mismo²⁶.

En la infección de origen odontogénico, el tratamiento de urgencia se basa en la gravedad, pero suele consistir en la administración oral de antibióticos (p. ej.: penicilina, clindamicina, eritromicina, metronidazol, amoxicilina-clavulánico) a la espera de la evaluación por el profesional especialista en odontoestomatología^{24,25}.

En el caso de la odontalgia por caries o pulpitis, los antibióticos no aportan ningún beneficio ni alivian la clínica, si bien muchos médicos de urgencias los pautan empíricamente, ante el desconocimiento de la posible existencia de un absceso periapical y el posible retraso en la valoración y tratamiento definitivo por parte del dentista, lo que hace de ello una actitud en muchos casos, cuando menos, razonable²⁶.

La mucosa de la cavidad oral también puede presentar múltiples lesiones o alteraciones, de muy diversa etiología que, aunque con baja prevalencia respecto a otras patologías, en ocasiones son motivo de consulta en un servicio de urgencias. Su variabilidad tanto en la etiología como en la propia sintomatología asociado al desconocimiento que la mayoría de los médicos tienen de la cavidad oral, supone un desafío para estos por la complejidad diagnóstica y terapéutica^{24,28}.

Esto, asociado a la posibilidad de no ser solo de causa local, sino también expresión de procesos patológicos sistémicos³⁷ condiciona la necesidad de actualización del profesional en estas entidades para una evaluación y tratamiento precisos. Las lesiones orales tienen un amplio espectro de gravedad, desde las benignas (como la lengua geográfica) hasta las potencialmente mortales (como el síndrome de Stevens-Johnson o el melanoma oral)^{28,38}.

En el examen intraoral, es importante observar el color, si hay ulceración, el tamaño y el número de lesiones (únicas o múltiples)^{28,39,40}.

Las de origen infeccioso, y en especial las víricas, son los motivos más frecuentes de consulta por problemas orales en los SU en la edad pediátrica, seguidas de la estomatitis aftosa⁴¹.

Pueden ser bacterianas, víricas o micóticas. Las de origen bacteriano suelen ser infecciones sistémicas con manifestaciones orales, como por ej.: la escarlatina producida por el estreptococo betahemolítico del grupo A, que en la boca se muestra con la típica lengua "afambuesada"²⁶.

Dentro de las víricas, la prevalencia varía según autores. En estudio de Suárez Ardura *et al.*⁴¹ son la herpangina (caracterizada por vesículas a nivel de paladar blando, úvula y pilares), seguida de las producidas por el virus herpes simple (las vesículas están distribuidas por toda la mucosa oral), como primoinfección herpética o como herpes recidivante, y la enfermedad mano-pie-boca (las vesículas intraorales se acompañan de otras en manos y pies), las más prevalentes. Según otros autores, predomina la patología herpética sobre las otras dos^{42,43}.

En las de origen micótico, destaca la candidiasis pseudomembranosa (muguet), frecuente en los lactantes, que presentan lesiones blanquecinas con base eritematosa, que se desprenden con el raspado, en mucosa yugal, vestibular, lengua, paladar y encías. También puede darse en adultos, tras toma de antibióticos y corticoides²⁶.

Otras lesiones micóticas son la candidiasis atrófica, frecuente en mucosa palatina en portadores de prótesis, la queilitis angular y la lengua negra vellosa²⁶.

Una entidad de origen vírico a encuadrar a parte es el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), por las manifestaciones orales tanto de origen micótico (por ej.: candidiasis), bacteriano (por ej.: gingivitis, periodontitis), víricas (por ej.: herpéticas, leucoplasia vellosa) o tumorales (por ej.: sarcoma de Kaposi, linfoma no-Hodgkin)²⁶.

El tratamiento de las lesiones de la mucosa oral será etiológico (antibióticos, antivirales, antimicóticos) y sintomático (colutorios, analgésicos, AINE)²⁶. Muchas de estas afecciones son susceptibles de derivación ambulatoria; sin embargo, el médico de urgencias debe ser capaz de identificar las lesiones que requieren una intervención inmediata^{28,38}.

El traumatismo dentoalveolar es un motivo frecuente de visitas al servicio de urgencias, siendo el de incisivos centrales superiores el más común (80%), seguido de incisivos laterales superiores e incisivos inferiores. Su etiología varía con la edad²⁶.

El gran avance de la tecnología y los medios de transporte, así como ciertos juegos (monopatines, patinetes, bicicletas de montaña, etc.) o deportes, han dado lugar a un incremento en el número de accidentes con traumatismos orofaciales, con consecuencias negativas para la dentadura de los que los sufren, generalmente jóvenes²⁶.

El traumatismo agudo de los dientes no suele poner en peligro la vida; sin embargo, la morbilidad asociada con fracturas dentales mal manejadas puede ser significativa pudiendo dar lugar a la

falta de erupción completa, cambio en el color del diente, absceso, pérdida de espacio en la arcada dental, anquilosis, exfoliación anormal y reabsorción radicular. Las lesiones dentales a menudo se asocian con laceraciones intraorales²⁴.

La clasificación de los traumatismos dentoalveolares incluye las injurias que involucran a la corona del diente, a nivel de esmalte y dentina, y de la raíz. También se incluyen en un segundo grupo las que recaen sobre el tejido periodontal, siendo las más representativas la concusión, subluxación, extrusión, luxación lateral y la avulsión⁴⁴.

Varios estudios epidemiológicos siguen mostrando niveles significativos de traumatismos dentales en muchos países³³. En los países industrializados, aproximadamente uno de cada cinco niños sufre una lesión dental traumática en dientes permanentes antes de dejar la escuela. La prevalencia de lesiones dentales descrita en la bibliografía varía entre el 10% y el 51%. La naturaleza y la complejidad de los traumatismos dentales en niños varían mucho. Es necesario un tratamiento rápido y adecuado para mejorar significativamente el pronóstico de muchas lesiones dentoalveolares, especialmente en un paciente joven⁴⁵⁻⁴⁷.

Las fracturas complicadas de la corona que se extienden hasta la pulpa del diente son verdaderas urgencias dentales, pues suelen ser muy dolorosas, además de dar lugar en muchos casos a necrosis pulpar que requerirá tratamiento de conductos. Estas deben derivarse para manejo inmediato por un dentista, pero debe considerarse por parte del médico de urgencias, la cobertura antibiótica a fin de prevenir la formación de posibles abscesos²⁴.

Secundario a los traumatismos bucodentales, los dientes también pueden sufrir subluxaciones (adquieren movilidad, pero no se desplazan) y luxaciones (se desplazan parcial o completamente de sus alveolos). Estas últimas se dividen en extrusión (el diente queda luxado axialmente hacia el exterior del alveolo), intrusión (se desplaza apicalmente), luxación lateral (existe un

desplazamiento hacia vestibular, lingual, mesial o distal y suele acompañarse de lesiones de la pared alveolar) y luxación completa o avulsión (el diente sale completamente del alveolo)²⁴.

En todos los traumatismos de la cavidad oral, tanto en lesiones evidentes como en traumatismos menores, deberá realizarse una exploración exhaustiva en busca de ausencias o movibilidades dentarias, o sangrados en el surco gingival sugestivo de traumatismo dental²⁴.

Ante fragmentos dentales o dientes avulsionados, existe el riesgo de ser tragados pasando tracto gastrointestinal, aspirados al árbol respiratorio o intruidos completamente en el seno maxilar, el hueso alveolar o la cavidad nasal, ante cuya sospecha deberá realizarse siempre estudio radiográfico²⁴.

Con frecuencia, los médicos del servicio de urgencias son los primeros en proporcionar el tratamiento primario. Está bien documentado que el pronóstico de los dientes traumatizados depende en gran medida de un tratamiento de urgencia oportuno y adecuado. La fractura dental que afecta a la pulpa, las lesiones por luxación y, especialmente, las avulsiones requieren una evaluación y un tratamiento rápidos para obtener los mejores resultados posibles⁴⁵.

Los dientes con gran movilidad requerirán lo antes posible de algún tipo de estabilización, salvo en el caso de aquellos con enfermedad periodontal avanzada que condicione su irrecuperabilidad, por lo que también serán subsidiarios de derivación precoz (en las primeras 24 h) al odontoestomatólogo²⁴.

En el caso de un diente avulsionado, las expectativas de supervivencia del mismo no son buenas y no se espera del médico de urgencias que consiga salvarlo, si bien una actitud correcta en las indicaciones de almacenamiento y transporte de la pieza (en soluciones comerciales específicas, p. ej.: solución salina balanceada de Hank, o suero fisiológico, leche o saliva, en su defecto) así

como una derivación inmediata al especialista, puede proporcionarle más posibilidades de éxito a la reimplantación del mismo^{26,48}.

Bahammam⁴⁹, en un estudio realizado en Arabia Saudí, ha reflejado que la mayoría de los médicos de urgencias carecen de conocimientos necesarios para manejar los casos de avulsiones. Por lo tanto, es esencial que los profesionales médicos de urgencias reciban una formación adecuada en los principios básicos del tratamiento de los traumatismos dentales⁴⁹.

Otro motivo de consulta de origen bucodental, frecuente en los servicios de urgencia, son los sangrados, cuya importancia radica en lo alarmante de la situación y la gravedad que pueden llegar a adquirir²⁶.

Estos sangrados pueden presentarse tras una extracción dental, una biopsia, una intervención de implantología e incluso espontáneamente, pudiendo ser de origen local (secundarios a la propia operatoria, destrucción del coágulo, etc.) o general, por alteraciones de la coagulación, hereditarias o adquiridas, entre las que se encuentran la toma de anticoagulantes orales, que ha aumentado en los últimos años para la prevención de eventos trombóticos²⁶.

Su control puede requerir hemostasia local, sutura de la herida e incluso vitamina K u otros factores de la coagulación, dependiendo del origen de los mismos²⁶.

Las glándulas salivales principales, -parótidas, submandibulares y sublinguales-, así como las menores o accesorias, también son subsidiarias de un amplio abanico de patologías, ya sean procesos infecciosos (víricos o bacterianos), inflamatorios (sialoadenitis), autoinmunes, litiásicos (sialolitiasis) y tumorales (benignas o malignas), pudiendo suponer un reto diagnóstico incluso para los clínicos más expertos. La clínica de estos cuadros, más o menos aguda o subaguda (dolor, inflamación, tumoración, etc.), puede inducir también al paciente a consultar en un SUH aunque suelen ser poco frecuentes en los mismos^{50,51}.

Dado que el dolor a cualquier nivel es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los SUH, el de origen a nivel de la ATM, también genera un porcentaje reseñable de consultas. Esta articulación se compone de una serie de estructuras anatómicas sometidas a gran presión durante la función de la masticación, lo que explica las alteraciones que con frecuencia se presentan en la misma, dando lugar al llamado síndrome de disfunción de la ATM. Es de reseñar que estos pacientes no solo consultan por dolor. En ocasiones acuden a los SUH con luxaciones o subluxaciones de dicha articulación, que dada su escasa prevalencia provoca que los profesionales sanitarios no tengan suficiente experiencia en la ejecución de las maniobras específicas para su reducción (maniobra de Nelaton, etc), que a su vez pueden precisar o no analgesia y/o sedación^{52,53}.

El manejo de urgencias dentales específicas requiere un conocimiento de la dentición adulta y pediátrica, y debe centrarse en el alivio inmediato de la clínica, como el dolor o el sangrado, siendo en la mayoría de los casos, tratamientos provisionales hasta la derivación para un tratamiento definitivo^{24,54}.

Ningún protocolo de atención exige que los problemas odontoestomatológicos complejos (p. ej.: reemplazo de dientes avulsionados, drenaje de infecciones de espacios profundos) se manejen definitivamente en el entorno de urgencias. Sin embargo, la estabilización inicial de dientes fracturados, subluxados, luxados y avulsionados, así como el sangrado y el tratamiento de alveolitis seca, se considera dentro del campo de tratamiento del médico de urgencias. Asimismo, los abscesos e infecciones deben ser identificados adecuadamente y drenados si es necesario. Posteriormente, los casos de patología dental significativa serán referidos a un dentista o cirujano maxilofacial²⁴.

1.3. Estructura del Servicio de Salud del Principado de Asturias

El Principado de Asturias es una comunidad autónoma uniprovincial, con una superficie de 10.603 km² y una población de 1.004.499 habitantes en 2022, según el Instituto Nacional de Estadística (INE)⁵⁵. Esta, se caracteriza a su vez, por un progresivo envejecimiento poblacional, condicionado por una tasa de mortalidad muy alta, a la par que una tasa de natalidad muy baja. La mayor parte de esta población se concentra en la zona central de la región, habiéndose despoblado progresivamente las zonas del oriente y occidente⁵⁶.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias tiene por función mantener la salud de la población, estableciendo para ello recursos de diferentes ámbitos relacionados entre sí. Estos pueden ser recursos sanitarios, educativos, laborales, medioambientales y de cualquier índole, siempre que contribuyan a la mejora de la salud. Este Sistema Sanitario, de carácter público, forma parte del Sistema Nacional de Salud y tienen derecho a acceder a él, todos los individuos que residan en el Principado de Asturias⁵⁷⁻⁵⁹.

Para poder realizar esta organización de recursos y gestionar la Red de Salud, se ha elaborado un instrumento de trabajo y planificación que divide territorialmente la Comunidad Autónoma. Este elemento es el Mapa Sanitario, el cual divide al Principado de Asturias en ocho Áreas de Salud (Figura 1), que son las siguientes⁵⁸:

- Área I, con cabecera en Jarrío.
- Área II, con cabecera en Cangas del Narcea.
- Área III, con cabecera en Avilés.
- Área IV, con cabecera en Oviedo.
- Área V, con cabecera en Gijón.
- Área VI, con cabecera en Arriondas.

- Área VII, con cabecera en Mieres del Camín.
- Área VIII, con cabecera en Langreo.

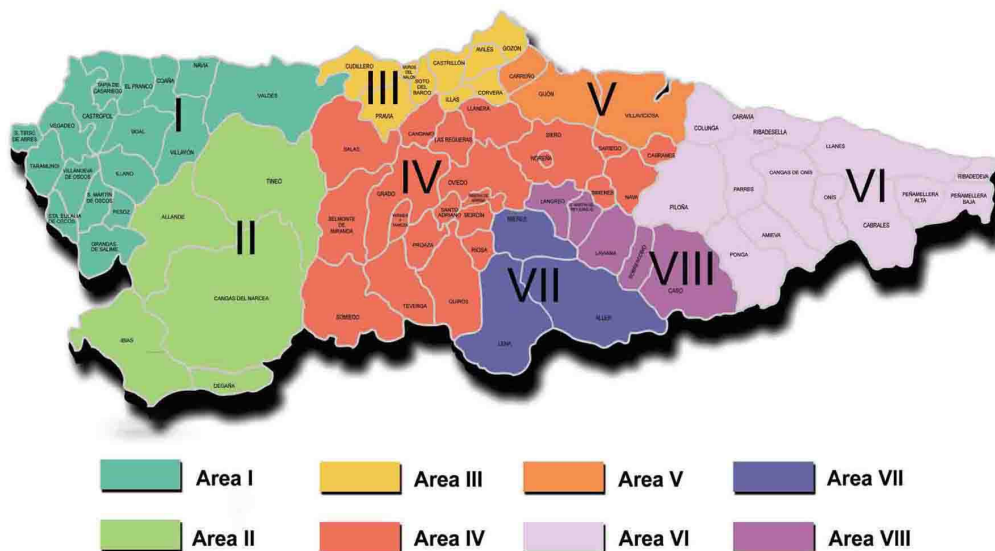


Figura 1. Mapa de las Áreas Sanitarias del Principado de Asturias

Fuente: Gobierno del Principado de Asturias⁵⁸

Un Área de Salud es la unidad funcional y administrativa del SESPA. Para poder hacer esta división en Áreas Sanitarias, se han tenido en cuenta una serie de factores como los geográficos o los demográficos, entre otros. Cada una de estas Áreas de Salud debe contar con los recursos sanitarios para hacer frente a la demanda de salud de la población, con cabecera cada una, en al menos un hospital perteneciente a la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias⁵⁷⁻⁵⁹.

A su vez, el Mapa Sanitario divide cada Área Sanitaria en Zonas Básicas y Zonas Especiales de Salud, teniendo en cuenta diferentes parámetros que permiten ajustar los recursos a la densidad de población y necesidades de cada Área⁵⁷⁻⁵⁹.

En total dispone de 9 hospitales (el Área V, queda dividida en 2 distritos, con un hospital de cabecera por distrito), y un total de 66 centros de Atención Primaria⁵⁸.

La prestación de servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma se organiza dividiendo la atención en dos niveles: Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH). Cada una tiene diferentes funciones, pero es necesario que trabajen conjuntamente en aras de ofrecer servicios de calidad a la población. La AP es el primer nivel asistencial, el más cercano a la población y con mayor facilidad de acceso. La AH es el siguiente nivel asistencial, de mayor complejidad y funciones específicas⁵⁷⁻⁵⁹.

1.4. Asistencia odontoestomatológica en Asturias

En nuestra comunidad autónoma existen protocolos específicos de atención dirigidos a la salud bucodental (SBD) de los siguientes grupos de población²⁰:

- Niños (hasta 14 años), por medio del Programa de Promoción de la Salud Bucodental (PSBD).
- Embarazadas.
- Personas con discapacidad.

Aunque no existen programas preventivos o asistenciales específicos para la población general que consulta con su médico de AP por problemas bucodentales, también se contempla su atención en las USBD, incluyendo actividades de cirugía bucal en alguna de las Áreas Sanitarias²⁰.

Los dispositivos asistenciales que desarrollan las actuaciones dirigidas al cuidado de la SBD en Asturias son los siguientes²⁰:

- *Unidades de Salud Bucodental (USBBD) de AP: Ubicadas en 58 Centros de Salud.*

- *Unidad Central de Salud Bucodental (UC-SBD)*: Unidad de referencia para tratamientos de la dentición definitiva que no pueden ser atendidos por otras USBD (tratamientos pulpares, malformaciones dentales o traumatismos de incisivos y caninos).
- *Unidad Especial de Salud Bucodental (UE-SBD)*. Atiende pacientes con discapacidades tanto físicas como psíquicas, y aquellos médicamente comprometidos, que no pueden ser asumidos en las USBD.
- *Servicios de Cirugía Maxilofacial* del Hospital de Cabueñes (Gijón) y del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) (Oviedo). Llevan a cabo la mayor parte de la cirugía bucal y maxilofacial que se realiza en Asturias.

La Estrategia en Salud Oral del SESPA, incluye actuaciones e iniciativas diseñadas para promover la salud de la boca de la población asturiana, entre las que destacan programas, protocolos y guías de asistencia, así como proyectos educativos en salud bucodental⁶⁰:

- Programa de salud bucodental.
- Protocolo para la Atención a la Salud Oral de la Población Vulnerable en Asturias.
- Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria en Asturias.
- Protocolos Clínicos Atención Primaria/Atención Especializada.
- La Conquista de la Boca Sana.
- Guía para la Salud Oral de la mujer embarazada.
- Encuesta de Salud Oral en Escolares del Principado de Asturias 2008.

Aunque los dentistas e higienistas de Área de AP son los responsables de la atención a la SBD en este nivel asistencial, otros profesionales sanitarios como los pertenecientes a los campos de la Medicina Familiar y Comunitaria, la Pediatría, la Enfermería, Cirujanos Maxilofaciales, y otros Médicos de Atención Especializada, tienen un destacado papel en la atención a los pacientes que no han tenido contacto aún con las USBD. Su participación en el campo de la SBD, como

consultores, prestando consejo o derivando aquellos casos que lo precisen, e incluso como parte implicada en alguna de las actuaciones terapéuticas, resulta fundamental²⁰.

1.5. Programa de salud bucodental

A partir del año 2010 se actualizó el Programa de Promoción de la Salud Bucodental Infantil autonómico, que incluye a los niños residentes en el Principado de Asturias, que dispongan de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) y que tengan entre 5 y 14 años de edad durante el año en curso⁶¹.

En todas estas cohortes, además de actividades educativas, tales como talleres integrados en el proyecto “La Conquista de la Boca Sana”, otras didácticas e instrucciones en materia de higiene oral y dieta saludable orientadas tanto al niño como al progenitor o tutor, se incluyen actividades asistenciales específicas dirigidas a la dentición definitiva, excluyendo las exodoncias que se realizarán también sobre dientes deciduos enfermos⁶¹⁻⁶².

Para las cohortes de 5 y 6 años, se contemplan la exodoncia de dientes deciduos o definitivos enfermos, así como la derivación a la USBD por parte del pediatra de AP en aquellos casos que considere de riesgo, incluyéndose en el Programa de cohortes superiores si fuera preciso⁶¹.

Las prestaciones incluidas para el resto de las cohortes son: exploración clínica anual con estudio radiográfico si procede, fluoraciones tópicas (ya sea con barnices fluorados o cubetas) si presentan criterios de riesgo, sellados de fisuras en dentición definitiva, obturaciones en la dentición definitiva una vez se ha comprobado que la lesión no es susceptible de remineralización, exodoncia de dientes enfermos (deciduos o definitivos) y tartrectomías en la dentición definitiva⁶¹.

Para los niños de edades comprendidas entre 7 y 10 años, ambas inclusive, se indican, además, tratamientos pulpares (endodoncia y apicoformación) de dentición definitiva en casos de daño

pulpar irreversible con indicación de tratamiento conservador, y reconstrucción no protética de incisivos y caninos definitivos que han sufrido caries, malformación o traumatismo. Estos se realizan en la UC-SBD de referencia⁶¹.

No se consideran citas de revisión para las cohortes de 11 y 13 años, no obstante, pueden realizarse a solicitud tanto de tutores legales como de otros profesionales si las consideran necesarias, pudiendo recibir todas las asistencias preventivas y terapéuticas del Programa para las cohortes de 12 y 14 años, así como con anterioridad a los 7 años, edad en que se envía a domicilio la primera invitación a participar en el PSBD⁶¹.

Los tratamientos de la dentición decidua, la ortodoncia, los tratamientos protéticos y los implantes, quedan excluidos de las prestaciones financiadas por el SESPA⁶¹.

1.5.1. Protocolo para la Atención a la Salud Oral de la Población Vulnerable en Asturias

Fruto de la colaboración entre la Consejería de Salud y la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, surge el Protocolo para la Atención a la Salud Oral de la Población Vulnerable en Asturias, cuya finalidad es proporcionar a los profesionales que atienden a los usuarios de los Establecimientos Residenciales para Ancianos (ERA), de los Centros de Apoyo a la Integración (CAI), de los Centros Residenciales para Personas con Diversidad Funcional y de los Centros Hospitalarios del Principado de Asturias, recomendaciones destinadas a atender las necesidades de higiene oral básica de esta población (junto con un sistema de registro y monitorización), así como a mejorar su bienestar, las cuales también pueden ser de aplicación en el ámbito familiar²⁰

1.5.2. Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria en Asturias

Recoge las recomendaciones para el enfoque y acometida de la salud oral en la población infantil de 7 a 14 años, a la que se prioriza la atención, embarazadas, discapacitados y pacientes médicamente comprometidos, además de a la población general que acude a la consulta de AP por un problema de salud oral⁶³.

Su objetivo es reducir la variabilidad individual estableciendo criterios uniformes en la prestación de asistencia en SBD, fomentar actividades de promoción y prevención eficaces en la reducción de la caries y de la enfermedad periodontal, y mejorar el abordaje de la atención a los problemas de salud oral que se realiza desde los centros de salud²⁰.

Consta de una serie de protocolos para las distintas actividades preventivas y terapéuticas en SBD²⁰.

La prevención irá enfocada a tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria en los niños, y primaria y secundaria en el caso de la embarazadas, tanto de la caries como de la enfermedad periodontal²⁰.

También se realiza una valoración del riesgo individual de caries, clasificándolos en bajo, moderado y alto, en función de factores predisponentes, y ante los que asignar recomendaciones concretas²⁰.

Dentro de la cirugía oral se incluyen: exodoncia de cordal incluido o impactado, o de otros dientes incluidos si suponen un problema de salud, exodoncias complejas o seriadas, restos radiculares, intervención de frenillo labial si produce interferencia funcional real tras erupción de caninos definitivos, biopsia/exéresis de lesiones mucosas no filiadas o con sospecha de malignidad, quistes maxilares de origen infeccioso o inflamatorio, cirugía preprotésica para regularización mucosa y ósea, y drenaje bucal de abscesos de origen dentario o periodontal²⁰.

1.5.3. Protocolos Clínicos Atención Primaria/Atención Especializada

Ofrecen a los profesionales del Servicio de Salud del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, mediante algoritmos sencillos y concretos, la manera más adecuada de afrontar situaciones clínicas complejas. Son los siguientes⁶⁴:

- Atención al paciente con medicación antiagregante/anticoagulante. En aquellos que van a ser sometidos a procedimientos odontológicos, invasivos y quirúrgicos.
- Atención al paciente en riesgo de osteonecrosis maxilar. Actuación en pacientes que van a recibir tratamiento con bisfosfonatos o denosumab, y en los que los reciben y precisan tratamiento odontológico.
- Profilaxis de la endocarditis infecciosa. Según cardiopatía, según procedimiento y las pautas antibióticas para la profilaxis.

2. JUSTIFICACIÓN

La salud general y la salud bucal están estrechamente entrelazadas, no pudiendo existir de manera independiente ni aislada, y ambas a su vez, están directamente relacionadas con la calidad de vida de los individuos. Los estudios de investigación que exploran estas interrelaciones resultan sumamente valiosos a varios niveles. Para los profesionales clínicos, son fundamentales en la elección de tratamientos y en el seguimiento de los pacientes. Los investigadores, por su parte, pueden beneficiarse al identificar factores determinantes y de riesgo para la salud en ambos ámbitos, así como al determinar cómo se utilizan los servicios de atención en diferentes poblaciones. Asimismo, aquellos encargados de la formulación de políticas pueden aprovechar estos datos para establecer prioridades, definir políticas y tomar decisiones de financiación tanto a nivel programático como institucional⁶⁵⁻⁶⁶.

*La Federación Dental Mundial (FDI)*⁶⁵ reconoce “la necesidad de integrar la salud bucal en la agenda general de salud y desarrollo y asegurar que para 2030, la atención de salud bucal y general centrada en la persona esté integrada, lo que conducirá a una prevención y gestión más efectivas de las enfermedades bucales y a una mejor salud bucal”.

En su *Informe Visión 2030: Lograr una salud bucal óptima para todos*, plantea el objetivo de garantizar que la salud bucal se incluya en la salud en todas las políticas y en cualquier debate posterior sobre salud y atención sanitaria, abogando por que los profesionales de la salud bucodental participen activamente en ellos. Para su creación, valoró los cambios existentes en la atención médica, reconociendo la creciente carga de enfermedades bucodentales y la insuficiencia de la prevención a nivel poblacional, y la atención eficaz para quienes la necesitan⁶⁵.

La FDI⁶⁵ reconoce “la necesidad de una cobertura universal para la salud bucodental y garantizar que para 2030, los servicios esenciales de salud bucodental estén integrados en la atención sanitaria de todos los países y una atención bucodental de calidad adecuada esté disponible, sea accesible y asequible para todos”.

Para ello, uno de los cometidos propuestos para el año 2030 es que los profesionales de la salud tengan conocimientos, habilidades y medios para contribuir adecuadamente a la prevención y el manejo efectivos de las enfermedades bucodentales y que colaboren en todas las disciplinas de la salud para mejorar la salud y el bienestar, lo que requerirá un apoyo a las actividades educativas requeridas para ello⁶⁵.

La realización de análisis amplios de las relaciones entre la salud bucal, la calidad de vida relacionada con la salud bucal, la salud y la calidad de vida relacionada con la salud, facilitará el desarrollo de conceptos, medidas y modelos para abordarlas⁶⁶.

Los pacientes con problemas generados por patologías del área odontoestomatológica acceden generalmente al sistema sanitario público a través de la AP, siendo habitualmente el primer punto de atención el formado por los odontólogos y estomatólogos de las USBD, aunque también el médico de familia suele ser demandado para dicha asistencia²⁰.

Sin embargo, aquellas situaciones que representan una urgencia, objetiva o subjetiva, que generan, en cualquier caso, conciencia de una necesidad inminente de atención¹, da lugar a que estos pacientes acudan a los SUH en muchas ocasiones, dada la falta de servicios específicos en la actual estructura sanitaria²⁶.

El servicio de urgencia de un hospital general comarcal tiene una afluencia muy variada en tanto al número de pacientes como al tipo de enfermedades que presentan. En la década de los años 90 se puso en conocimiento el incremento de la asistencia a los Servicios de Urgencia en

diferentes hospitales comarcales, entre ellos en el Hospital de Langreo⁶⁷. Este incremento ha sido ampliamente debatido, dado que se ha publicado que entre el 15 y 40% de las atenciones del servicio de urgencias no son necesarias⁶⁸.

Asturias fue pionera en el proceso de reforma sanitaria, con la publicación del Decreto 112/1984 de 6 de setiembre, por el que se aprobó el Mapa Sanitario del Principado de Asturias, que ha sido el instrumento que ha determinado la implantación y ordenación territorial de la Atención Sanitaria en el conjunto del territorio asturiano^{43,45}. Con la intención de facilitar la organización asistencial se fue introduciendo en el sistema sanitario una clasificación o triaje de las urgencias que permite distribuir y atender de una forma segura y adecuada, a los pacientes según el riesgo clínico, especialmente cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos⁶⁹.

La sede del trabajo de campo de la presente investigación ha sido el nuevo hospital comarcal Vital Álvarez Buylla (HVAB), situado en el municipio de Mieres, Asturias. Este hospital general pertenece al Área VII de la estructura del Mapa Sanitario del Principado de Asturias, con un registro poblacional en el año 2017 en el Padrón Municipal, de 51.267 habitantes⁵⁵.

En el ámbito de la investigación los estudios observacionales son diseñados con el objetivo de observar y registrar los acontecimientos sin intervenir el investigador en ellos. Este tipo de estudios ocupan prácticamente el 80% de las investigaciones en biomedicina⁷⁰. Los estudios descriptivos proporcionan las características o distribución de un fenómeno en un tiempo determinado sin la intención de establecer relaciones causales⁷¹.

La dificultad que entraña el elaborar la clasificación de la patología de la mucosa oral, dentaria y peridentaria, se vincula entre otros motivos porque obedecen a muy diferentes estructuras anatómicas y causales, complicando el poder establecer guías o algoritmos de actuación basados en aspectos clínicos. Otra variable que determina un papel importante en la predisposición a enfermar es la edad.

Estas premisas nos llevaron a proyectar una investigación piloto en una muestra de la población infantil que acudieron para asistencia urgente al Área de Gestión Clínica (AGC) de Urgencias del HVAB. El objetivo era enfocar la distribución de las patologías más frecuentes hacia una posible clasificación que sirviera de guía en la futura trayectoria del proyecto de Tesis. Así, la franja seleccionada fue la edad pediátrica que el Sistema Sanitario tiene establecido y que corresponde a los pacientes menores de 14 años⁴¹.

La determinación de un tiempo de trabajo, desde el 1 de junio de 2014 a 30 de mayo de 2017, se argumenta por un doble motivo. Por un lado, el 1 de junio el HVAB cambia su ubicación, marcándose el inicio de la actividad en un nuevo edificio. Un segundo aspecto fue el tener como referencia la investigación de Currie *et al.*³¹, quienes describieron la prevalencia de la patología oral y dentaria que acudía a un servicio de urgencias médicas de un hospital de Newcastle durante un periodo de tiempo de tres años.

La recopilación de los datos que forman la muestra de este trabajo de investigación se ha llevado a cabo en un tiempo más largo de lo intencionado debido a la adaptación de la asistencia a los pacientes en la etapa sufrida de la pandemia de la COVID-19. Ello ha propiciado el retraso en la expresión de los resultados. En el transcurso de estos años de preparación de la investigación tras determinar los objetivos pudiera haber surgido alguna publicación al respecto. Sin embargo, llegada la etapa final de la presente memoria, hemos podido contrastar tras la búsqueda en las bases de datos de PubMed y Web of Science, que no se haya publicado algún trabajo con los mismos objetivos que se han planteado desde un marco hospitalario nacional.

El reconocimiento de la importancia de la patología del área odontoestomatológica por su prevalencia y manifestaciones en un servicio de urgencias como es el de HVAB, podría plantear la inclusión de protocolos basados en síntomas o signos orales que como motivos de consulta actuasen de discriminantes en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Hipótesis

Nuestro proyecto de Tesis se fundamenta en un estudio de investigación observacional de pacientes que acuden al servicio de Urgencias del Hospital V. Álvarez Buylla por motivos odontoestomatológicos cuyo enunciado de su hipótesis es el siguiente:

“la consulta de origen odontoestomatológico a un servicio de urgencias de un hospital comarcal, según su tipología es más prevalente conforme avanza la edad y entre pacientes con patología crónica, requiriendo mayor atención asistencial que entre la población general en edades tempranas de la vida y sin enfermedad previa”.

Formulada la hipótesis de trabajo, enunciaremos los objetivos principales y secundarios planteados.

3.2. Objetivos

1. Registrar la prevalencia de las consultas odontoestomatológicas en el contexto general y atendiendo a cada distribución topográfica y patogénica: dentales, mucosas, traumáticas, infecciosas, glándulas salivales y de articulación temporomandibular.
2. Determinar la prevalencia de las variables demográficas, clínicas, patológicas y terapéuticas de los pacientes que acuden por causa odontoestomatológica, y su alcance en la atención del SUH mediante un análisis multivariante.
 - 2.1. Distinguir la correlación entre las características de los pacientes y los factores inherentes al proceso de la urgencia, desde los motivos e indicación de su admisión,

hasta el procedimiento de tratamientos previos, los administrados en el propio SUH y los emitidos al alta.

- 2.2. Determinar la pertinencia de los factores clínicos, patológicos y terapéuticos sobre las tipologías nosológicas dental, mucosa, traumática, infecciosa, glandular y de la articulación temporomandibular.
3. Exponer los datos relevantes para el desarrollo de futuros protocolos de actuación sobre las patologías motivo del estudio, en aras de facilitar y sistematizar el trabajo de los profesionales de la salud.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, epidemiológico, observacional, transversal y retrospectivo.

4.2. Población a estudio

La población diana de este estudio serán todos los pacientes que solicitaron asistencia urgente en el Área de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital Vital Álvarez Buylla de Mieres, Asturias, de causa odontoestomatológica, entre el 1 de junio de 2014 (fecha de inicio de funcionamiento del HVAB en su nueva ubicación) y el 30 de mayo de 2017.

La población accesible serán aquellos pacientes de los cuales, cumpliendo con las condiciones anteriores, estén disponibles las historias clínico-asistenciales.

Se excluyen:

Todos aquellos pacientes en los que no consta la codificación de su diagnóstico en los listados de "Pacientes atendidos en urgencias" del programa informático SELENE.

Aquellos en los que la codificación fue "No patología urgente", al desconocerse el motivo de consulta.

Los pacientes en los que el diagnóstico codificado no deja de manifiesto la topografía del mismo.

Los pacientes que no tienen diagnóstico clínico al alta, siendo codificados como "Fuga", "Marcha sin ser visto", "Alta Voluntaria", no habiendo sido atendidos o habiendo quedado inconclusa la asistencia, desconociéndose por tanto el motivo de consulta.

4.3. Ámbito de estudio

Este estudio se ha llevado a cabo en el AGC de Urgencias del HVAB, hospital de cabecera del Área Sanitaria VII de Asturias, la cual comprende los concejos de Aller, Lena y Mieres. Esta, cuenta con 6 Zonas Básicas de Salud, 6 Centros de Salud y 20 consultorios Periféricos, 8 Puntos de Atención Continuada (PAC) y 1 Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), englobando esta área una población de unas 51.267 personas en el año 2017⁵⁵.

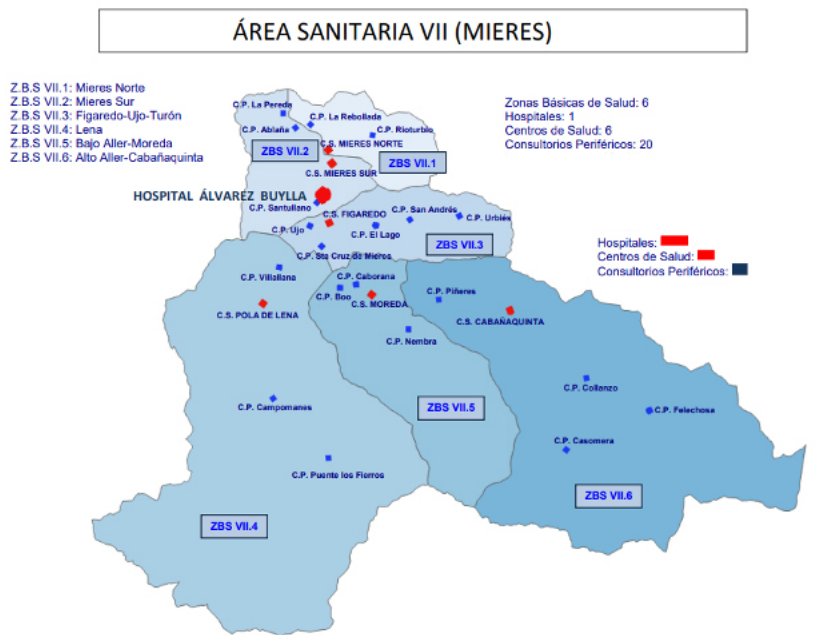


Figura 2. Mapa Sanitario del Área VII de Asturias.

Fuente: Astursalud⁷²

Las 6 Zonas Básicas de Salud del Área VII son⁷³:

- Zona Básica de Salud VII.1: Mieres – Norte.

Comprende el territorio del concejo de Mieres del Camino e incluye las parroquias de La Rebollada, La Peña, Santa Rosa y los núcleos de población situados en la carretera de El Padrún.

- Centro de Salud: Mieres – Norte.

- Consultorios Periféricos: La Rebollada y Rioturbio.
- Zona Básica de Salud VII.2: Mieres – Sur.
Comprende el casco urbano de Mieres y la zona semiurbana y rural que incluye las parroquias de Loreda, Seana, Santullano, Valdecuna, Gallegos y Baiña.
 - Centro de Salud: Mieres Sur.
 - Consultorios Periféricos: La Pereda, Abaña, Santullano.
- Zona Básica de Salud VII.3: Figaredo – Ujo – Turón.
Comprende la zona semiurbana y rural del concejo de Mieres que incluye las parroquias de Urbiés, Turón, Figaredo, Santa Cruz de Mieres y Ujo.
 - Centro de Salud: Figaredo.
 - Consultorios Periféricos: Ujo, Santa Cruz de Mieres, Turón, San Andrés, El Lago y Urbiés.
- Zona Básica de Salud VII.4: Lena.
Comprende las 24 parroquias del concejo de Lena.
 - Centro de Salud: Pola de Lena.
 - Consultorios Periféricos: Villallana, Campomanes y Puente de los Fierros.
- Zona Básica de Salud VII.5: Bajo Aller – Moreda.
Comprende el territorio de Aller formado por las parroquias de Boo, Caborana, Moreda, Murias y Nembra.
 - Centro de Salud: Moreda.
 - Consultorios Periféricos: Caborana, Boo y Nembra.
- Zona Básica de Salud VII.6: Alto Aller – Cabañaquinta.
Comprende el territorio del concejo de Aller formado por las parroquias de Bello, Cabañaquinta, Casomera, Conforcos, Cuérigo, Llamas, Pelúgano, El Pino, Piñeres, Santibáñez de la Fuente, Serrapio, Soto y Vega.

- Centro de Salud: Cabañaquinta
- Consultorios Periféricos: Collanzo, Piñeres, Casomera y Felechosa

El Área Sanitaria VII cuenta entre sus Unidades Funcionales de AP, con 5 Unidades de Salud Bucodental y 1 Unidad de Apoyo de Salud Bucodental⁷⁴.

El Hospital Vital Alvarez Buylla abrió sus puertas en marzo de 1954 en el barrio de Murias, trasladándose en mayo de 2014 desde su ubicación primitiva, a un nuevo edificio en Santullano, donde comenzó su actividad en junio de 2014.

Sus instalaciones cuentan con una superficie construida de 24.884 m².

Las principales áreas asistenciales son:

-El bloque de hospitalización que incluye cinco unidades de 19 habitaciones (95 habitaciones), una unidad de 17 habitaciones (materno-infantil) y una de ocho (psiquiatría), que suman 120 habitaciones, con un total 176 camas en funcionamiento⁵⁶.

-El bloque quirúrgico y obstétrico (con 6 quirófanos, 4 salas de parto y 2 salas de preparación), el área de reanimación (con 10 camas, 7 boxes individuales y 1 box con esclusa), el bloque de consultas externas y gabinetes, 37 en total, con un área de diagnóstico por imagen con ocho salas en las que se instala una resonancia magnética, un sistema de tomografía axial computarizada (TAC) y cinco salas de rayos, el bloque del hospital de día, (dotado con 16 sillones, 4 boxes individuales y 2 boxes dobles), el bloque de hemodiálisis, y por último el bloque de urgencias, con una unidad de observación^{75,76}.

El bloque de urgencias consta de 18 boxes de exploración individuales: 7 generales, 2 de curas, 3 de traumatología, 2 de pediatría, 1 de ginecología, 1 de oftalmología, 1 de otorrinolaringología

(ORL) y 1 de psiquiatría. Además, hay 3 camas para traslados y una sala de atención al paciente crítico con 2 puestos de asistencia⁷⁵.

Este bloque dispone a su vez, de una unidad de observación con 6 camas, 7 boxes individuales y 1 box con esclusa^{75,76}.

El AGC de Urgencias, proporciona asistencia sanitaria a la población, las 24h del día de los 365 días del año, con una plantilla de 20 facultativos, trabajando en horario de mañana (de 08:00h a 15:00h), de tarde (de 15:00h a 21:00h) o de guardia (de 15:00h a 08:00h) de lunes a viernes, y de 08:00h a 08:00h en fin de semana y festivos), con una ratio de 6 facultativos en la mañana, 5 en la tarde y 3 en la noche de lunes a viernes. Durante el fin de semana y festivos, el servicio está atendido por 3 facultativos que realizan guardias de 24h (de 08:00h a 08:00h).

Los pacientes que acuden al AGC de Urgencias del HVAB, tras ser identificados y registrados por personal administrativo, son recibidos por personal de enfermería, quien realiza el triaje de los mismos en una sala destinada a tal fin. Este, se efectúa mediante el Sistema de Triage de Manchester, según el cual, por medio de 6 discriminadores generales: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución), se llegan a establecer cinco niveles de prioridad en la atención en función de la gravedad, diferenciándolos por colores: rojo (atención inmediata), naranja (en 10-15 min.), amarillo (en 60 min.), verde (en 2 horas) y azul (en 4 horas).

Una vez triados, se les asigna una ubicación dentro del servicio, siendo acompañados hasta la misma por un celador, salvo en el caso de los pacientes trasladados en ambulancia, tanto convencional como UVI-móvil, que serán introducidos en camilla por los propios técnicos de emergencias sanitarios.

Posteriormente, una vez en el box de exploración correspondiente, serán atendidos en el tiempo acorde a su prioridad de atención, por personal auxiliar de enfermería, personal de enfermería y personal médico.

Tras anamnesis y exploración física, serán solicitadas pruebas complementarias si el motivo de consulta las requiere, y administrado tratamiento, si precisa.

En ocasiones, puede ser necesaria la interconsulta con especialistas de otras áreas, e incluso con los de otros hospitales.

En el caso de las urgencias que afectan el área odontoestomatológica, los pacientes suelen ser ubicados el box de ORL, si este se encuentra libre, pues dispone además de camilla, de un sillón de ORL adecuado para la exploración bucodental. Los pacientes infantiles, generalmente ocupan los boxes de pediatría. La exploración se realiza bajo luz artificial, utilizando depresor y gasas, y linterna o fotóforo según necesidad.

En el caso de la patología de origen no traumatológico en los niños, será valorada, además, por el Servicio de Pediatría a instancias del médico de urgencias.

4.4. Variables a estudio

Para este estudio, las variables se eligieron con el objetivo de analizar la incidencia de las urgencias odontoestomatológicas en un servicio de urgencias hospitalario, el perfil de los pacientes asistidos, así como las características de la asistencia realizada.

Las variables estudiadas son las siguientes:

- Edad: variable cuantitativa discreta. Unidad de medida: años. En pacientes con meses de vida se expresa como 0 años.

- Edad agrupada: variable cualitativa politómica. Unidad de medida: años. Categorías: de 0 a 13 años, de 14 a 29 años, de 30 a 59 años y mayores de 60 años.
- Sexo: variable cualitativa dicotómica. Categorías: hombre, mujer.
- Horario: hora de registro de entrada en el AGC de Urgencias. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: diurno (de 08:00 h a 20:59h), nocturno (de 21:00h a 07:59h).
- Acude por iniciativa propia: el paciente acude al servicio de urgencias sin indicación de un profesional sanitario. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Derivación por profesional: profesional que deriva al paciente cuando no acude por iniciativa propia. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: médico de AP (médico de familia, ya sea de consulta programada o de urgencias, o pediatra), odontostomatólogo.
- Consultas previas: existencia de consultas realizadas a otros profesionales sanitarios por el mismo motivo, incluyendo aquellas que generan la derivación al servicio de urgencias por parte de estos. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Profesionales consultados: categoría del profesional con quien se ha consultado previamente por el mismo motivo. Variable cualitativa politómica. Categorías: médico AP (médico de familia, ya sea de consulta programada o de urgencias, o pediatra), odontostomatólogo, médico SUH, otros.
- Tiempo de evolución clínica: periodo de tiempo que el paciente refiere llevar con la clínica que genera la consulta. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: menor de 24h, mayor o igual de 24h.
- Intervención odontostomatológica previa: existencia de intervenciones operatorias por parte del odontostomatólogo tales como exodoncias, obturaciones, endodoncias, tratamientos periodontales, tratamientos protéticos, implantes dentales u otros. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.

- Tipo de intervención odontoestomatológica previa: tratamiento operatorio odontoestomatológico realizado con anterioridad a la consulta. Variable cualitativa politómica. Categorías: exodoncia, conservadora, periodoncia, tratamiento protético, implantes dentales, otra.
- Tratamiento previo: realización de tratamiento farmacológico para el mismo motivo de consulta, con anterioridad a la misma incluyendo antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides, antifúngicos, etc. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Pruebas complementarias: realización de pruebas con fines diagnósticos (hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, pruebas de imagen, etc.). Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Tratamiento en el SUH: administración de fármacos en el SUH para tratamiento sintomático y/o etiológico, que incluye antibióticos, analgésicos, AINE, corticoides, hemostáticos, etc. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Tratamiento al alta: indicación de pauta terapéutica al alta incluyendo antibióticos, analgésicos, AINE, corticoides, antifúngicos, etc. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Ingreso hospitalario: hospitalización del paciente para el manejo de su patología, tanto diagnóstico como terapéutico. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Derivación a otros profesionales: indicación de derivación al alta a otros profesionales, para completar estudio, seguimiento o tratamiento de la patología diagnosticada, quedando incluidos los derivados al hospital de referencia desde el propio SUH. No se incluyen los pacientes derivados a los médicos de AP y los pediatras de AP, pues a estos se derivan habitualmente para seguimiento del proceso, existiendo una casilla dentro de

la historia clínica del programa SELENE específica para ello, que suele seleccionarse de forma sistemática. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.

- Profesionales a derivar: facultativos especialistas a los que se derivan los pacientes, para completar estudio, seguimiento o tratamiento de la patología diagnosticada, quedando incluidos los del hospital de referencia al que se derivan desde el propio SUH. No se incluyen los pacientes derivados a los médicos de AP y los pediatras de AP, pues a estos se derivan habitualmente para seguimiento del proceso, existiendo una casilla dentro de la historia clínica del programa SELENE específica para ello, que suele seleccionarse de forma sistemática. Variable cualitativa politómica. Categorías: odontólogo, cirujano maxilofacial, ORL, otro.
- Dolor: existencia de sintomatología de dolor referida por el paciente. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Fiebre: presencia de temperatura mayor de 37°C, bien referida por el paciente, bien constatada en la toma de constantes en el propio SUH. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Hábitos tóxicos: reconocimiento por parte del paciente del consumo de sustancias tóxicas tales como tabaco, alcohol u otras drogas. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Tabaco: paciente fumador en cualquier cuantía, salvo ocasional. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Alcohol: consumo de alcohol en cualquier cuantía, salvo bebedor ocasional. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Drogas: consumo de cualquier tipo de droga y vía de administración. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.

- Hipertensión arterial (HTA): antecedente personal de HTA. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Diabetes Mellitus (DM): antecedente personal de DM. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Enfermedad cardiorrespiratoria: antecedente personal de enfermedad cardiorrespiratoria incluyendo cardiopatía isquémica, valvulopatías, miocardiopatías, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)/asma, etc. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Desórdenes psiquiátricos: antecedente personal de alteraciones de salud mental tales como síndrome ansioso-depresivo, trastornos de la personalidad, psicosis, etc. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Tratamiento con anticoagulantes: tratamiento crónico con anticoagulantes orales incluyendo warfarina, acenocumarol, rivaroxabán, edoxabán, apixabán, dabigatrán. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Tratamiento psiquiátrico: tratamiento crónico con fármacos para problemas de salud mental, que incluyen antidepresivos y antipsicóticos. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Tratamiento con benzodiazepinas (BZD): tratamiento crónico con benzodiazepinas. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Tratamiento con corticoides: tratamiento crónico con corticoides. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Tratamiento con inmunosupresores: tratamiento crónico con inmunosupresores. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.

- Patología dental: diagnóstico al alta de procesos de origen dental, que incluyen infecciones de origen odontogénico y odontalgias. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Infección de mucosas: diagnóstico al alta de patología de infecciones mucosas, de origen bacteriano, vírico, micótico. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Traumatismos orales: diagnóstico al alta de lesiones en el área bucodental de origen traumático, incluyendo tanto los dentales (fracturas, luxaciones, contusiones, avulsiones), como heridas de mucosas del mismo origen (gingivales, linguales, labiales). Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Lesiones mucosas: diagnóstico al alta de lesiones de la mucosa oral que no tienen origen infeccioso ni traumático, como son las lesiones aftosas, premalignas, tumorales, etc. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Sangrado oral: emisión de sangre por la boca procedente de la propia mucosa, dental o periodontal. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Patología de la ATM: diagnóstico al alta de disfunciones de la ATM manifestadas por dolor, luxación, subluxación, etc. de esta. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.
- Patología de glándulas salivales: diagnóstico al alta de procesos de las glándulas salivales de origen infeccioso, inflamatorio, litiásico o neoplásico. Variable cualitativa dicotómica. Categorías: sí, no.

4.5. Procedimiento de recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo revisando en primera instancia, los listados de todos los pacientes atendidos en el AGC de Urgencias del HVAB durante el periodo de estudio, acudiendo al registro del programa informático SELENE donde figura codificado el diagnóstico al alta. De

entre ellos se seleccionaron de forma manual, dado que no existe una función en dicho programa informático que permita la selección automática, aquellos en los que se hacía constar una patología del área odontoestomatológica. Fueron descartados los pacientes en los que no consta codificación de su diagnóstico, los que fueron codificados como “No patología urgente”, “Fuga”, “Marcha sin ser visto” y “Alta Voluntaria”, y aquellos en los que no se especifica la topografía de sus lesiones o patología, por desconocerse en todos ellos el motivo exacto de consulta.

En un segundo tiempo se accedió a cada una de las historias clínico-asistenciales de los pacientes seleccionados, revisando los informes médicos al alta en la fecha de consulta y recabando de los mismos, los datos necesarios para la investigación.

El instrumento utilizado para ello ha sido una tabla de recogida de datos diseñada *ad hoc* por los investigadores de este trabajo, teniendo en cuenta las variables a estudio (Anexo 1).

4.6. Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa IBM SPSS®, en su versión 26 para Mac.

La descripción de variables cuantitativas se ha realizado mediante las medidas de tendencia central y de dispersión, media y desviación estándar (de).

La descripción de las variables cualitativas se ha realizado mediante la distribución de frecuencias de cada una de las categorías. Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado la prueba Chi Cuadrado. Cuando no se cumplían los requisitos necesarios para su aplicación, se usó el test exacto de Fisher.

Para la comparación de variables cualitativas y cuantitativas se ha utilizado la t de Student, o la prueba U de Mann-Whitney en caso de no cumplirse las condiciones exigidas para la aplicación de la primera.

El análisis multivariante se realizó mediante regresión logística binaria, incluyéndose en el modelo como variables independientes estratificadas por edad, las que presentaban en el análisis univariante una significación inferior a 0,20. Se utilizó el “modo de pasos hacia atrás”. Se calculó el *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95 %.

Se estableció como nivel de significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Para la elaboración de gráficas y tablas, se han utilizado los programas informáticos Excel® y Word®.

4.7. Aspectos éticos y legales

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias (Anexo 2), así como de la Comisión de Investigación del HVAB y del AGC de Urgencias del HVAB (Anexo 3).

A lo largo del estudio, en todo momento se ha mantenido la intimidad y confidencialidad de los datos de los pacientes involucrados en el mismo, garantizando su anonimato y respetando su intimidad. El estudio se ha ceñido a la Declaración de Helsinki y se ha realizado de acuerdo con los principios éticos del Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo).

Los datos recogidos no se utilizarán para otro fin más allá que el de este estudio. En todo momento se ha cumplido con la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y según el Reglamento (UE) 2016/679 del

Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

5. RESULTADOS

El AGC de Urgencias del HVAB, atendió durante el periodo de 1 de junio de 2014 a 30 de mayo de 2017, un total de 93.409 pacientes, de los cuales consultaron por causa de origen odontoestomatológico, 790. Esto supone el 0,85% de las consultas urgentes.

De 1 de junio a 31 de diciembre de 2014 se registraron 152 casos; en el año 2015, 244; en el año 2016, 320; y, de 1 de enero a 31 de mayo de 2017; 74 casos.

5.1. Total de pacientes atendidos

5.1.1. Edad

La edad media de los pacientes fue de 37,14 años (de=25,95).

La distribución del número de pacientes por grupos de edad queda descrita en la tabla 1 y figura 3, siendo el más frecuente el de 30 a 59 años con un 35,3 % de las consultas urgentes. La edad media en adultos fue de 46,5 años (de=20,9).

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
0-13 años	186	23,5
14-29 años	152	19,2
30-59 años	279	35,3
≥ 60 años	173	21,9
Total	790	100,0

Tabla 1. Distribución de la muestra por grupos de edad

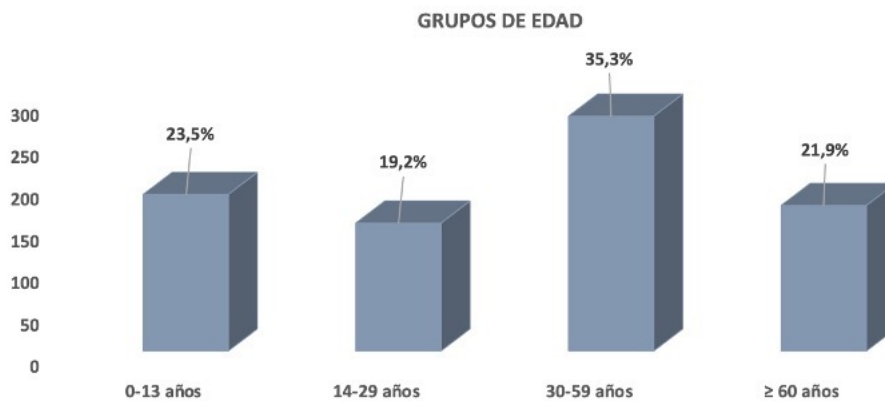


Figura 3. Distribución de la muestra por grupos de edad

5.1.2. Sexo

El 58,7 % de los pacientes que consultaron fueron hombres (Tabla 2; Figura 4).

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	464	58,7
Mujer	326	41,3
Total	790	100,0

Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo

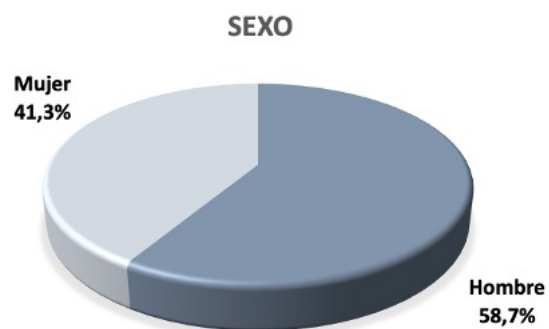


Figura 4. Distribución de la muestra por sexo

5.1.3. Horario

El 66,6% de los pacientes, acudieron en horario diurno (de 8:00 a 20:59 horas) (Tabla 3; Figura 5).

Horario	Frecuencia	Porcentaje
Horario diurno	526	66,6
Horario nocturno	264	33,4
Total	790	100,0

Tabla 3. Distribución de la muestra por horario



Figura 5. Distribución de la muestra por horario

5.1.4. Acude por iniciativa propia

El 87,5% de los pacientes que consultaron por patología odontoestomatológica lo hicieron por iniciativa propia, sin haber consultado previamente con otro profesional que indicara la derivación al servicio de urgencias hospitalario (Tabla 4; Figura 6).

Acude por iniciativa propia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	691	87,5
No	99	12,5
Total	790	100,0

Tabla 4. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia



Figura 6. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia

5.1.5. Derivación por profesional

El 98,0% de los pacientes que no acuden por iniciativa propia son derivados por un médico de Atención Primaria, bien sea de consulta ordinaria del Centro de Salud (Médico de Familia o Pediatra, según edad), de PAC o de SUAP (Tabla 5; figura 7).

Derivado por	Frecuencia	Porcentaje
Médico de Atención Primaria	97	98,0
Odontostomatólogo	2	2,0
Total	99	100,0

Tabla 5. Distribución de la muestra por profesional que deriva al paciente cuando no acude por iniciativa propia

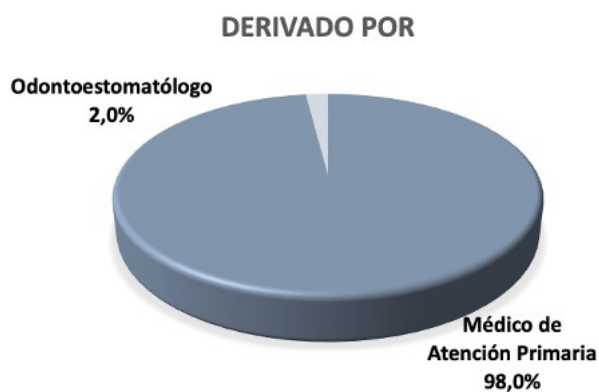


Figura 7. Distribución de la muestra por profesional que deriva al paciente cuando no acude por iniciativa propia

5.1.6. Consultas previas

El 36,7% de los pacientes ya habían consultado previamente por el mismo motivo con otros facultativos o profesionales sanitarios (Tabla 6; Figura 8).

Consultas previas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	290	36,7
No	500	63,3
Total	790	100,0

Tabla 6. Distribución de la muestra por realización de consultas previas



Figura 8. Distribución de la muestra por realización de consultas previas

5.1.7. Profesionales consultados

Cuando han existido consultas por el mismo motivo, previas a la asistencia al SUH que estamos valorando, el profesional con el que más frecuentemente se realizan, es el médico de Atención Primaria, en el 65,9% de las consultas, pudiendo constatarse varias para el mismo paciente, con distintos profesionales (Tabla 7; Figura 9).

Profesionales consultados	Frecuencia	Porcentaje
Médico de Atención Primaria	191	65,9
Servicio de Urgencias Hospitalario	86	29,7
Odontostomatólogo	49	16,9
Otros	28	9,7

Tabla 7. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente

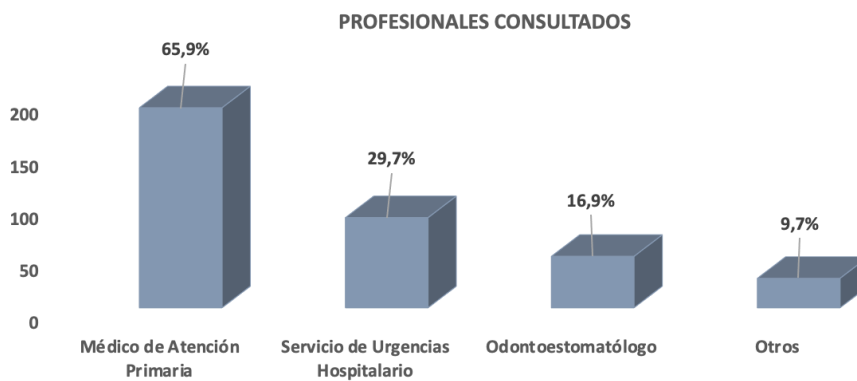


Figura 9. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente

5.1.8. Tiempo de evolución

El 44,4% de los pacientes refirieron llevar con la clínica por la que consultaban, menos de 24 horas (Tabla 8; Figura 10). Es preciso reseñar que en 112 de las historias de los pacientes que consultaron por causa odontoestomatológica, no se hizo constar el tiempo de evolución.

Tiempo de evolución	Frecuencia	Porcentaje
<24 horas	301	44,4
≥24 horas	377	55,6
Total	678	100,0

Tabla 8. Distribución de la muestra por tiempo de evolución



Figura 10. Distribución de la muestra por tiempo de evolución

5.1.9. Intervención operatoria odontoestomatológica previa

Sólo un 10,3% de los pacientes, habían experimentado previamente a la consulta, una intervención odontoestomatológica (Tabla 9; Figura 11).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	81	10,3
No	709	89,7
Total	790	100,0

Tabla 9. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa



Figura 11. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa

5.1.10. Tipo de intervención odontoestomatológica previa

En los pacientes que habían experimentado una intervención odontoestomatológica previa a la consulta urgente, la más frecuente había sido la exodoncia (66,7%) (Tabla 10; Figura 12).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Exodoncia	52	66,7
Conservadora	15	19,2
Implantes dentales	5	6,4
Otra	6	7,7
Total	78	100,0

Tabla 10. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa

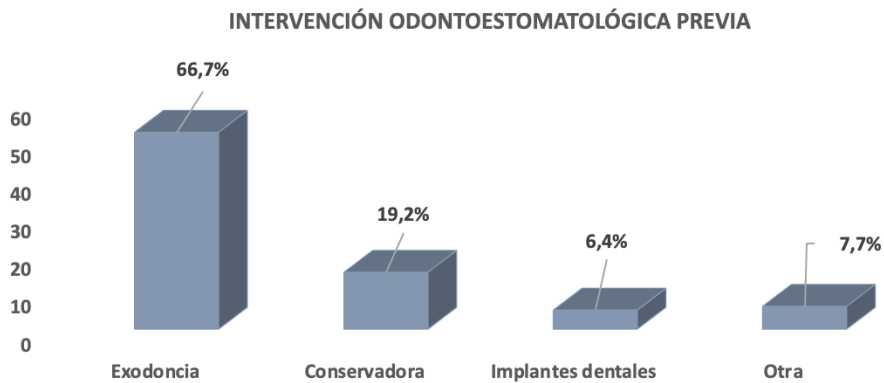


Figura 12. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa

5.1.11. Tratamiento previo

De los pacientes atendidos, el 45,8% ya habían realizado algún tipo de tratamiento para el motivo de la consulta (Tabla 11; Figura 13).

Tratamiento previo	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	362	45,8
No	428	54,2
Total	790	100,0

Tabla 11. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo



Figura 13. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo

5.1.12. Pruebas complementarias

Al 30,3% de los pacientes les fue realizada algún tipo de prueba complementaria con fines diagnósticos (Tabla 12; Figura 14).

Pruebas complementarias	Frecuencia	Porcentaje
Sí	239	30,3
No	551	69,7
Total	790	100,0

Tabla 12. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias



Figura 14. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias

5.1.13. Tratamiento en el servicio de urgencias

En el propio servicio de urgencias, fue administrado algún tratamiento para la patología diagnosticada, al 33,7% de los pacientes (Tabla 13; Figura 15).

Tratamiento en el SUH	Frecuencia	Porcentaje
Sí	266	33,7
No	524	66,3
Total	790	100,0

Tabla 13. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH



Figura 15. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH

5.1.14. Tratamiento al alta

Al 87,0% de los pacientes se le indicó un tratamiento al alta (Tabla 14; Figura 16).

Tratamiento al alta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	687	87,0
No	103	13,0
Total	790	100,0

Tabla 14. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta



Figura 16. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta

5.1.15. Ingreso hospitalario

Solo 21 pacientes (2,7%) requirieron ingreso hospitalario (Tabla 15; Figura 17).

Ingreso hospitalario	Frecuencia	Porcentaje
Sí	21	2,7
No	769	97,3
Total	790	100,0

Tabla 15. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario



Figura 17. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario

5.1.16. Derivación a otros profesionales

Un 52,1% de los pacientes fueron derivados a otros profesionales médicos para el seguimiento de su patología (Tabla 16; Figura 18).

Derivación a otros profesionales	Frecuencia	Porcentaje
Sí	409	52,1
No	376	47,9
Total	785	100,0

Tabla 16. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales



Figura 18. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales

5.1.17. Profesionales a derivar

El odontoestomatólogo es el profesional con mayor número de derivaciones desde el servicio de urgencias, con 54,9% de las registradas (Tabla 17; Figura 19).

Profesionales a derivar	Frecuencia	Porcentaje
Odontoestomatólogo	270	66,0
Otorrinolaringólogo	82	20,0
Cirujano maxilofacial	48	11,7
Otros	9	2,2

Tabla 17. Distribución de la muestra por profesionales a derivar

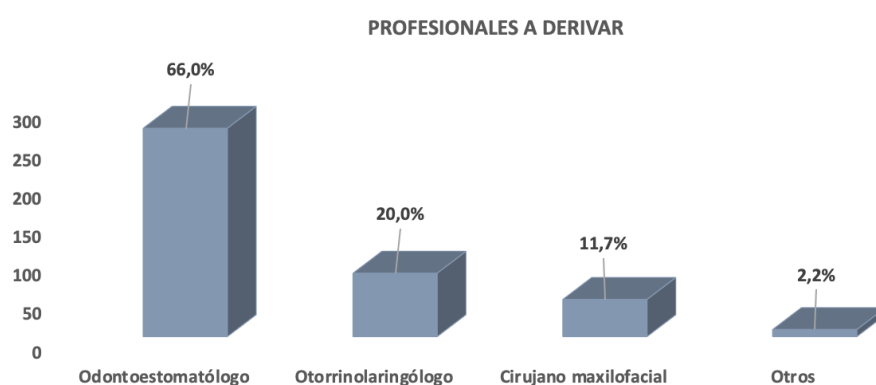


Figura 19. Distribución de la muestra por profesionales a derivar

5.1.18. Dolor

El 58,1% de los pacientes aquejaban dolor entre sus síntomas (Tabla 18; Figura 20).

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Sí	459	58,1
No	331	41,9
Total	790	100,0

Tabla 18. Distribución de la muestra por clínica de dolor

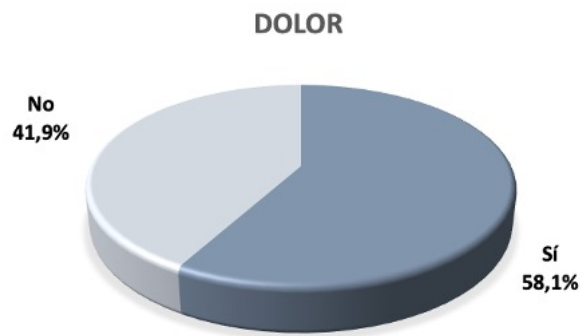


Figura 20. Distribución de la muestra por clínica de dolor

5.1.19. Fiebre

Sólo el 6,6% presentaba fiebre (Tabla 19; Figura 21).

Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
Sí	52	6,6
No	738	93,4
Total	790	100,0

Tabla 19. Distribución de la muestra por clínica de fiebre

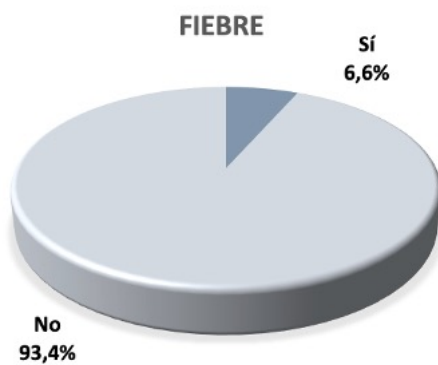


Figura 21. Distribución de la muestra por clínica de fiebre

5.1.20. Diagnóstico al alta

Las patologías más frecuentes registradas en el diagnóstico al alta fueron las de origen dental con un 38,0%, seguidas en menor porcentaje de otras lesiones mucosas (16,8%), los traumatismos orales (15,1%) y las infecciones mucosas (12,8%) (Tabla 20; Figura 22).

Diagnóstico al alta	Frecuencia	Porcentaje
Patología dental	300	38,0
Lesiones mucosas	133	16,8
Traumatismos orales	119	15,1
Infecciones mucosas	101	12,8
Patología glándulas salivales	51	6,5
Sangrado oral	48	6,1
Patología ATM	35	4,4
Cuerpos extraños	3	0,4
Total	790	100,0

Tabla 20. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta

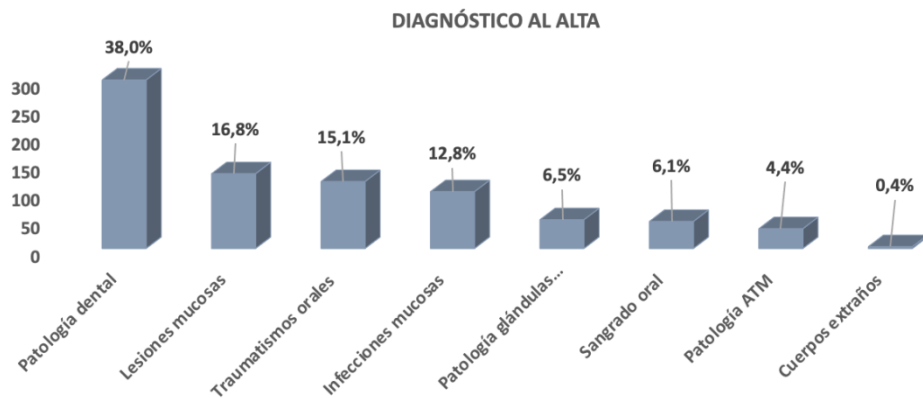


Figura 22. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta

5.1.21. Hábitos tóxicos

El 24,2% de los pacientes reconoció tener algún tipo de hábito tóxico (Tabla 21; Figura 23).

Hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	191	24,2
No	599	75,8
Total	790	100,0

Tabla 21. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos

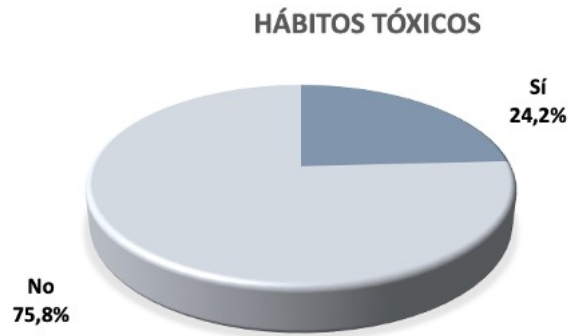


Figura 23. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos

5.1.22. Tipo de hábito tóxico

El hábito tóxico más frecuentemente registrado es el consumo de tabaco, con un 20,4% de pacientes fumadores (Tabla 22; Figura 24).

Tipo de hábito tóxico	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	161	20,4
Alcohol	56	7,1
Drogas	12	1,5

Tabla 22. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico

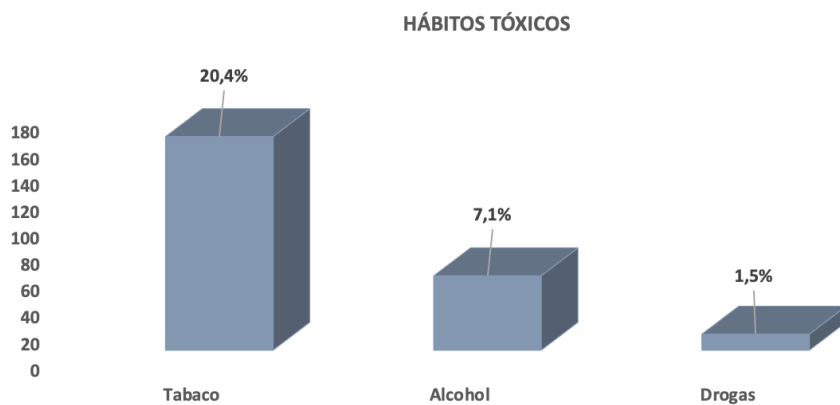


Figura 24. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico

5.1.23. Hipertensión arterial

El 17,8% de los pacientes estaban diagnosticados de hipertensión arterial (Tabla 23; Figura 25).

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Sí	141	17,8
No	649	82,2
Total	790	100,0

Tabla 23. Distribución de la muestra por antecedentes de hipertensión arterial

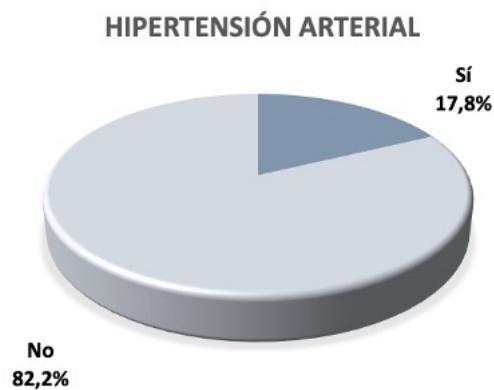


Figura 25. Distribución de la muestra por antecedentes de hipertensión arterial

5.1.24. Diabetes mellitus

El 5,3% de los pacientes presentaron diabetes mellitus entre sus antecedentes personales (Tabla 24; Figura 26).

Diabetes mellitus	Frecuencia	Porcentaje
Sí	42	5,3
No	748	94,7
Total	790	100,0

Tabla 24. Distribución de la muestra por antecedentes de diabetes mellitus

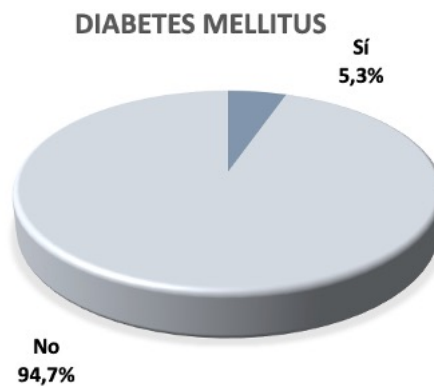


Figura 26. Distribución de la muestra por antecedentes de diabetes mellitus

5.1.25. Enfermedad cardiopulmonar

El 26,5% de los pacientes tenían antecedentes de enfermedad cardiopulmonar (Tabla 25; Figura 27).

Enfermedad cardiopulmonar	Frecuencia	Porcentaje
Sí	209	26,5
No	581	73,5
Total	790	100,0

Tabla 25. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiopulmonar

ENFERMEDAD CARDIORRESPIRATORIA

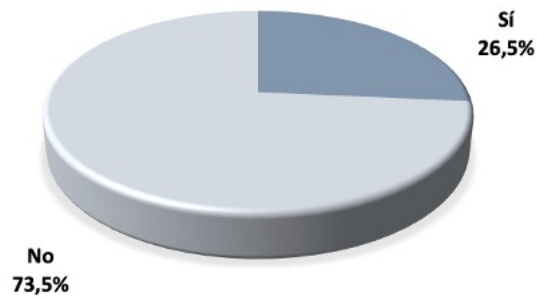


Figura 27. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria

5.1.26. Desórdenes psiquiátricos

El 11,5% de los pacientes tenían antecedentes de desórdenes psiquiátricos (Tabla 26; Figura 28).

Desórdenes psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	91	11,5
No	699	88,5
Total	790	100,0

Tabla 26. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos

DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS

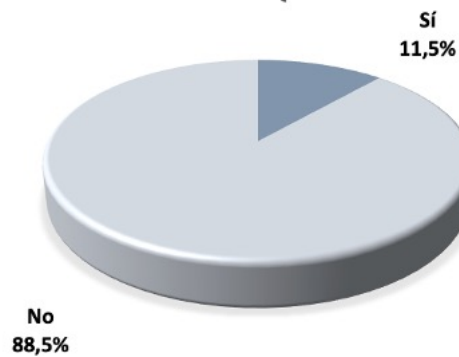


Figura 28. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos

5.1.27. Tratamiento con anticoagulantes

El 7,2% de los pacientes estaban a tratamiento con anticoagulantes orales (Tabla 27; Figura 29).

Tratamiento con anticoagulantes	Frecuencia	Porcentaje
Sí	57	7,2
No	733	92,8
Total	790	100,0

Tabla 27. Distribución de la muestra por tratamiento crónico con anticoagulantes

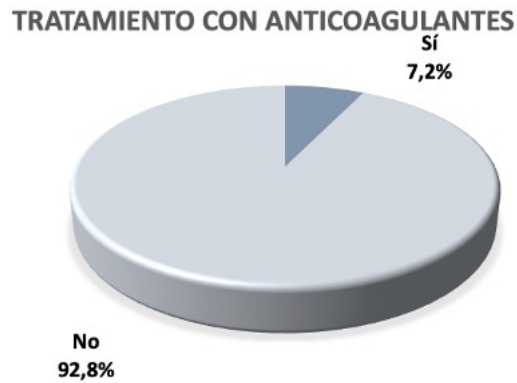


Figura 29. Distribución de la muestra por tratamiento crónico con anticoagulantes

5.1.28. Tratamiento psiquiátrico

El 8,1% de los pacientes estaban a tratamiento farmacológico para desórdenes psiquiátricos (Tabla 28; Figura 30).

Tratamiento psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	64	8,1
No	726	91,9
Total	790	100,0

Tabla 28. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico

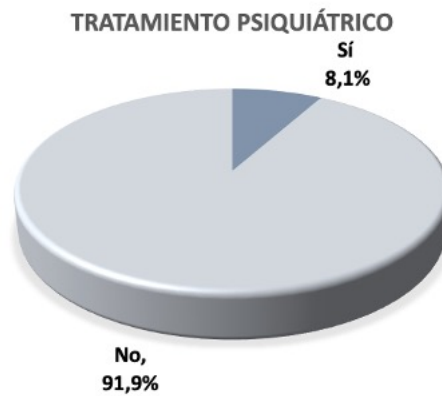


Figura 30. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico

5.1.29. Tratamiento con benzodiacepinas

El 10,6% de los pacientes realizaban tratamiento con benzodiacepinas (Tabla 29; Figura 31).

Tratamiento con BZD	Frecuencia	Porcentaje
Sí	84	10,6
No	706	89,4
Total	790	100,0

Tabla 29. Distribución de la muestra por tratamiento con benzodiacepinas

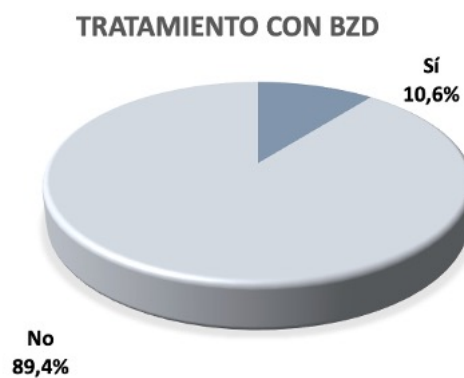


Figura 31. Distribución de la muestra por tratamiento con benzodiacepinas

5.1.30. Tratamiento con corticoides

El 2,3% de los pacientes estaban a tratamiento con corticoides (Tabla 30; Figura 32).

Tratamiento con corticoides	Frecuencia	Porcentaje
Sí	18	2,3
No	772	97,7
Total	790	100,0

Tabla 30. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides

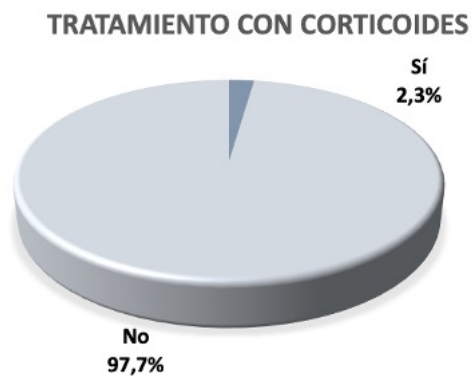


Figura 32. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides

5.1.31. Tratamiento con inmunosupresores

El 2,0% de los pacientes realizaban tratamiento con inmunosupresores (Tabla 31; Figura 33).

Tratamiento con inmunosupresores	Frecuencia	Porcentaje
Sí	16	2,0
No	774	98,0
Total	790	100,0

Tabla 31. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores

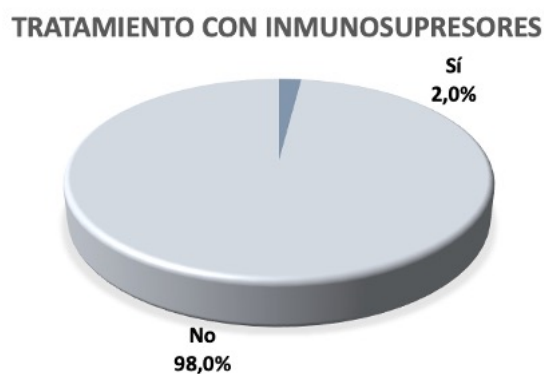


Figura 33. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores

5.2. Grupo de edad de 0-13 años

Se registraron 186 casos de pacientes menores de 14 años que consultaron por urgencias odontoestomatológicas.

Supone un 23,54% de las urgencias de origen odontoestomatológico.

5.2.1. Edad

La edad media de los pacientes menores de 14 años fue de 4,14 años (de=3,54).

Dentro de este grupo de edad, el mayor porcentaje de consultas realizadas fue de menores o igual de 6 años, con un 71,5% (Tabla 32; Figura 34).

Edad	Frecuencia	Porcentaje
≤6 años	133	71,5
>6 años	53	28,5
Total	186	100,0

Tabla 32. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 0-13 años

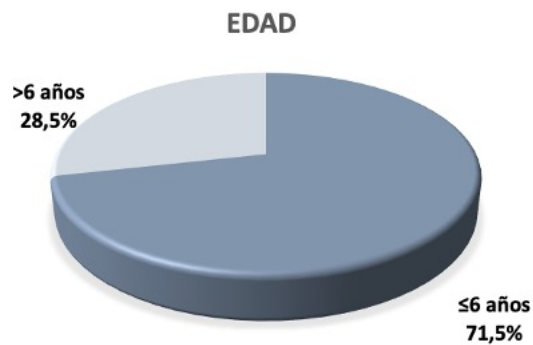


Figura 34. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 0-13 años

5.2.2. Sexo

El 59,1 % de los pacientes menores de 14 años que consultaron, fueron hombres (Tabla 33; Figura 35).

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	110	59,1
Mujer	76	40,9
Total	186	100,0

Tabla 33. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 0-13 años

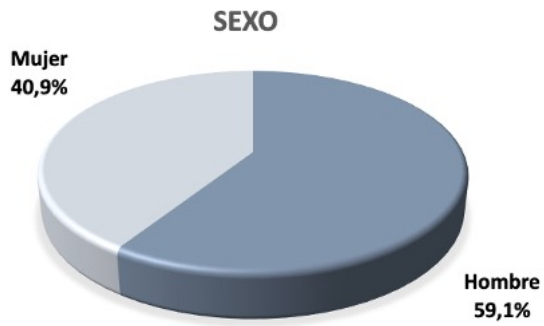


Figura 35. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 0-13 años

5.2.3. Horario

El 73,7% de los pacientes menores de 14 años, acudieron en horario diurno (de 8:00 a 20:59 horas) (Tabla 34; Figura 36).

Horario	Frecuencia	Porcentaje
Horario diurno	137	73,7
Horario nocturno	49	26,3
Total	186	100,0

Tabla 34. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 0-13 años



Figura 36. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 0-13 años

5.2.4. Acude por iniciativa propia

El 93,5% de los pacientes que consultaron por patología odontoestomatológica lo hicieron sin haber sido derivados al servicio por otro profesional sanitario, siendo en estos casos, dado el rango de edad del grupo, por iniciativa de padres o tutores (Tabla 35; Figura 37).

Acude por iniciativa propia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	174	93,5
No	12	6,5
Total	186	100,0

Tabla 35. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 0-13 años



Figura 37. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 0-13 años

5.2.5. Derivación por profesional

Todos los pacientes de 0 a 13 años que no acuden por iniciativa propia lo hacen derivados por el pediatra o médico de Atención Primaria, en este último caso de PAC o SUAP.

5.2.6. Consultas previas

El 24,2% de los pacientes ya habían consultado previamente por el mismo motivo con otros facultativos (Tabla 36; Figura 38).

Consultas previas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	45	24,2
No	141	75,8
Total	186	100,0

Tabla 36. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 0-13 años



Figura 38. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 0-13 años

5.2.7. Profesionales consultados

Cuando ha existido consulta por el mismo motivo, previa a la asistencia al servicio de urgencias hospitalario, el profesional con el que más frecuentemente se realizan es con un médico de Atención Primaria, ya sea pediatra en las consultas programadas, o médico de familia, en el caso de consultas en los PAC o SUAP, con el 55,6% de las consultas (Tabla 37; Figura 39).

Profesionales consultados	Frecuencia	Porcentaje
Médico de atención primaria	25	55,6
Servicio de Urgencias Hospitalario	12	26,7
Odontostomatólogo	8	17,8
Otros	12	26,7

Tabla 37. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 0-13 años

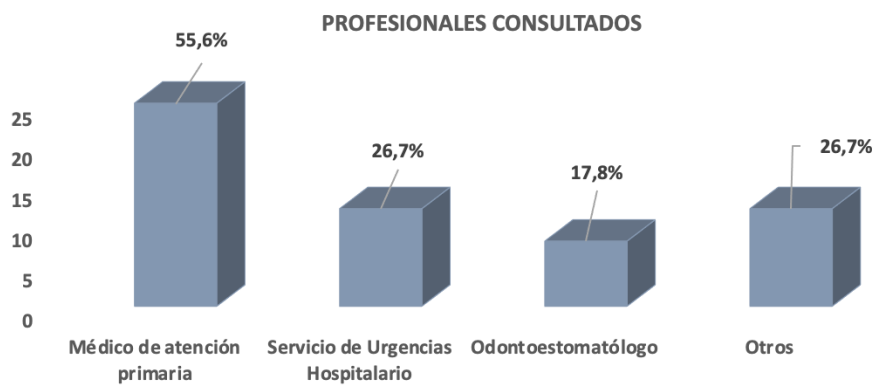


Figura 39. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 0-13 años

5.2.8. Tiempo de evolución

El 53,1%, presentaban la clínica que motivó la consulta desde hacía menos de 24 horas. En 26 casos, no se registró en la historia clínica dicho tiempo de evolución (Tabla 38; Figura 40).

Tiempo de evolución	Frecuencia	Porcentaje
<24 horas	85	53,1
≥24 horas	75	46,9
Total	160	100,0

Tabla 38. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 0-13 años



Figura 40. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 0-13 años

5.2.9. Intervención operatoria odontoestomatológica previa

Sólo un 6,5% de los pacientes habían tenido una intervención odontoestomatológica previa a la consulta (Tabla 39; Figura 41).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	6,5
No	174	93,5
Total	186	100,0

Tabla 39. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 0-13 años



Figura 41. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 0-13 años

5.2.10. Tipo de intervención odontoestomatológica previa

Cuando existió una intervención odontoestomatológica previa a la consulta urgente en pacientes menores de 14 años, las más frecuentes fueron las exodoncias (50,0%) (Tabla 40; Figura 42).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Exodoncia	5	50,0
Conservadora	4	40,0
Otra	1	10,0

Tabla 40. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 0-13 años

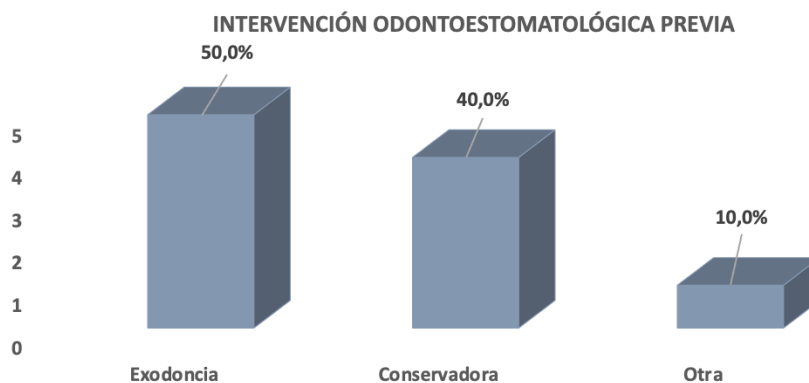


Figura 42. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 0-13 años

5.2.11. Tratamiento previo

Un 27,4% de los pacientes ya habían realizado algún tipo de tratamiento para la patología motivo de consulta (Tabla 41; Figura 43).

Tratamiento previo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	51	27,4
No	135	72,6
Total	186	100,0

Tabla 41. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 0-13 años



Figura 43. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 0-13 años

5.2.12. Pruebas complementarias

Al 9,1% de los pacientes les fue realizada algún tipo de prueba complementaria con fines diagnósticos (Tabla 42; Figura 44).

Pruebas complementarias	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	9,1
No	169	90,9
Total	186	100,0

Tabla 42. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 0-13 años

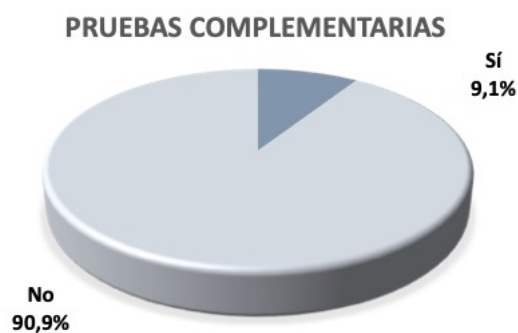


Figura 44. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 0-13 años

5.2.13. Tratamiento en el servicio de urgencias

El 10,8% de los pacientes recibió algún tratamiento para la patología diagnosticada, en el propio servicio de urgencias (Tabla 43; Figura 45).

Tratamiento en el SUH	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	10,8
No	166	89,2
Total	186	100,0

Tabla 43. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 0-13 años



Figura 45. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 0-13 años

5.2.14. Tratamiento al alta

El 86,6% de los pacientes recibieron una pauta terapéutica al alta (Tabla 44; Figura 46).

Tratamiento al alta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	161	86,6
No	25	13,4
Total	186	100,0

Tabla 44. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 0-13 años



Figura 46. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 0-13 años

5.2.15. Ingreso hospitalario

Solo 8 pacientes (4,3%) fueron ingresados para manejo hospitalario de su patología (Tabla 45; Figura 47).

Ingreso hospitalario	Frecuencia	Porcentaje
Sí	8	4,3
No	178	95,7
Total	186	100,0

Tabla 45. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de 0-13 años



Figura 47. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de 0-13 años

5.2.16. Derivación a otros profesionales

Un 22,6% de los pacientes fueron derivados a otros profesionales médicos para el seguimiento de su patología (Tabla 46; Figura 48).

Derivación a otros profesionales	Frecuencia	Porcentaje
Sí	42	22,6
No	144	77,4
Total	186	100,0

Tabla 46. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 0-13 años



Figura 48. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 0-13 años

5.2.17. Profesionales a derivar

El odontoestomatólogo es el profesional con mayor número de derivaciones desde el servicio de urgencias, con 83,3% de las registradas (Tabla 47; Figura 49).

Profesionales a derivar	Frecuencia	Porcentaje
Odontoestomatólogo	35	83,3
Cirujano maxilofacial	7	16,7
Total	42	100,0

Tabla 47. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 0-13 años

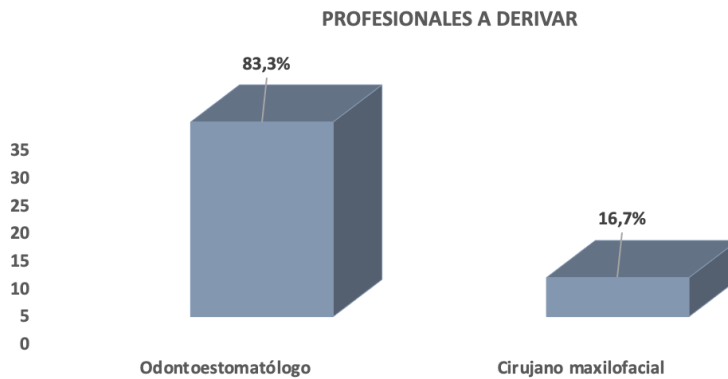


Figura 49. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 0-13 años

5.2.18. Dolor

El 45,7% de los pacientes mostraron dolor entre sus síntomas (Tabla 48; Figura 50).

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Sí	85	45,7
No	101	54,3
Total	186	100,0

Tabla 48. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 0-13 años

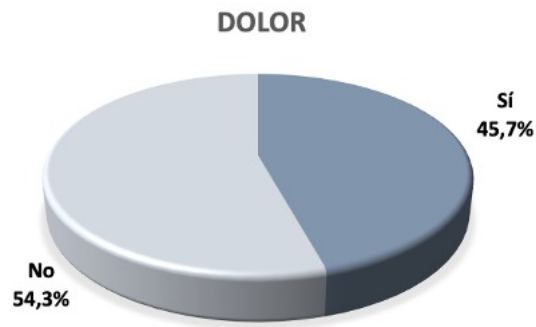


Figura 50. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 0-13 años

5.2.19. Fiebre

El 18,8% de los pacientes menores de 13 años presentó fiebre (Tabla 49; Figura 51).

Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	18,8
No	151	81,2
Total	186	100,0

Tabla 49. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 0-13 años

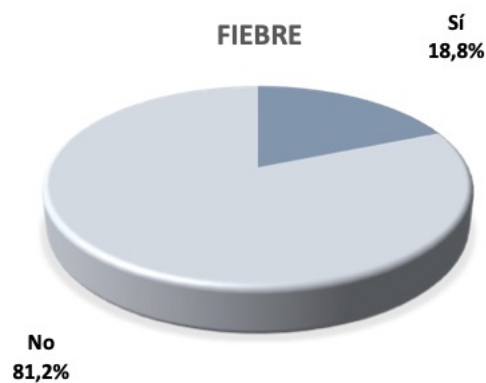


Figura 51. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 0-13 años

5.2.20. Diagnóstico al alta

Dentro de este grupo de edad, las patologías más frecuentes registradas en el diagnóstico al alta fueron los traumatismos orales con un 31,2% y las infecciones mucosas con un 28,5% seguidas de otras lesiones mucosas y patología dental, en igual porcentaje (19,4%) (Tabla 50; Figura 52). No se han registrado casos de sangrado oral, patología de articulación temporomandibular, ni de cuerpos extraños.

Diagnóstico al alta	Frecuencia	Porcentaje
Traumatismos orales	58	31,2
Infecciones mucosas	53	28,5
Patología dental	36	19,4
Lesiones mucosas	36	19,4
Patología glándulas salivales	3	1,6

Tabla 50. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 0-13 años

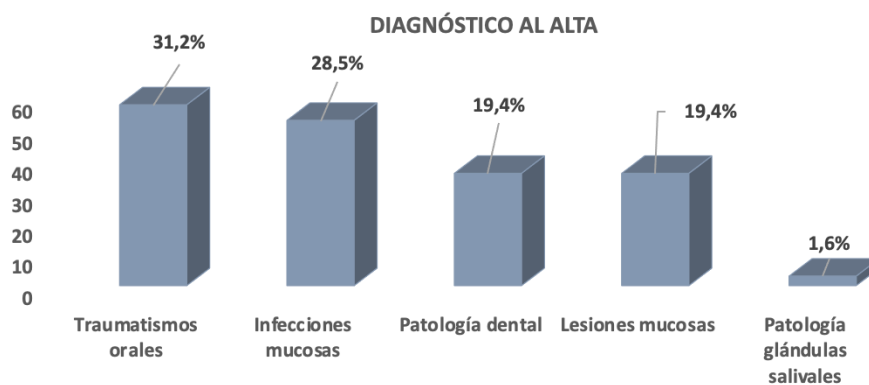


Figura 52. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 0-13 años

5.2.21. Hábitos tóxicos

No se registró ningún caso de existencia de hábitos tóxicos en el grupo de menores de 14 años.

5.2.22. Tipo de hábito tóxico

No se registró ningún caso de existencia de hábitos tóxicos en el grupo de menores de 14 años.

5.2.23. Hipertensión arterial

No se registró ningún caso de antecedente de HTA en el grupo de menores de 14 años.

5.2.24. Diabetes mellitus

No se registró ningún caso de antecedente de diabetes mellitus en el grupo de menores de 14 años.

5.2.25. Enfermedad cardiorrespiratoria

El 17,2% de los pacientes tenían antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria (Tabla 51; Figura 53).

Enfermedad cardiorrespiratoria	Frecuencia	Porcentaje
Sí	32	17,2
No	154	82,8
Total	186	100,0

Tabla 51. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 0-13 años

ENFERMEDAD CARDIORRESPIRATORIA

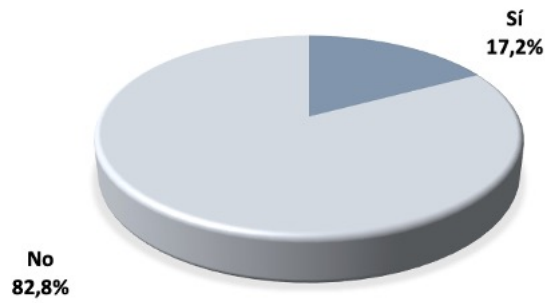


Figura 53. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 0-13 años

5.2.26. Desórdenes psiquiátricos

El 1,1% de los pacientes tenían antecedentes de desórdenes psiquiátricos (Tabla 52; Figura 54).

Desórdenes psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	1,1
No	184	98,9
Total	185	100,0

Tabla 52. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 0-13 años

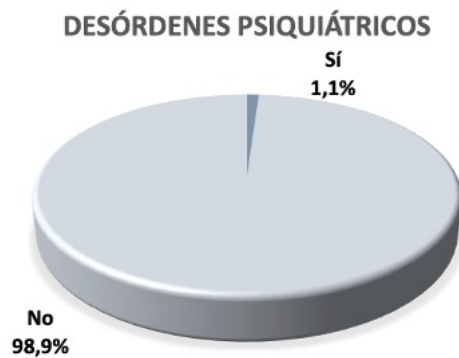


Figura 54. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 0-13 años

5.2.27. Tratamiento con anticoagulantes

No se registró ningún caso de antecedentes de tratamiento con anticoagulantes orales en el grupo de menores de 14 años.

5.2.28. Tratamiento psiquiátrico

No se registró ningún caso de antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el grupo de menores de 14 años.

5.2.29. Tratamiento con benzodiacepinas

No se registró ningún caso de antecedentes de tratamiento con BZD en el grupo de menores de 14 años.

5.2.30. Tratamiento con corticoides

No se registró ningún caso de antecedentes de tratamiento con corticoides en el grupo de menores de 14 años.

5.2.31. Tratamiento con inmunosupresores

No se registró ningún caso de antecedentes de tratamiento con inmunosupresores en el grupo de menores de 14 años.

5.2.32. Grupo de edad de 0-13 años frente al resto de grupos

En el análisis multivariante del grupo de edad de 0 a 13 años, con respecto a los demás grupos de edad, estos muestran menor realización de tratamientos en el propio servicio de urgencias (OR=0,18; IC95%: 0,09-0,38; $p<0,001$), una menor realización de pruebas complementarias

(OR=0,09; IC95%: 0,04-0,22; p<0,001), un mayor porcentaje de ingresos hospitalarios (OR=51,06; IC95%: 10,4-248,54; p<0,001) y una menor derivación a otros profesionales (OR=0,49; IC95%: 0,28-0,86; p<0,001). En cuanto a la sintomatología se constata menos frecuente el dolor (OR=0,49; IC95%: 0,28-0,86; p=0,014) y más, la fiebre (OR=18,10; IC95%: 5,53-59,20; p<0,001). En cuanto a los antecedentes personales, se objetivan menores porcentajes de enfermedad cardiorrespiratoria y de desórdenes psiquiátricos (OR=0,30; IC95%:0,15-0,59; p=0,001 y OR=0,04; IC95%: 0,01-0,26; p<0,001, respectivamente). Existen diferencias de este grupo de edad con el resto, en las infecciones mucosas y en los traumatismos orales, diagnosticadas ambas en mayor porcentaje (OR=2,51; IC95%:1,17-2,36; p=0,017 y OR=5,39; IC95%:2,76-10,51; p<0,001 respectivamente) (Tabla 53).

		Menores de 13 años (%)	Resto (%)	Modelo univariante OR (IC 95%)	p	Modelo multivariante OR (IC 95%)	p																																																																																																																																																					
Sexo	Hombre	110 (59,1)	354 (58,6)	0,97 (0,70-1,46)	0,898																																																																																																																																																							
	Mujer	76 (40,9)	250 (41,4)					Horario	Día	137 (73,7)	389 (64,4)	0,64 (0,44-0,93)	0,019			Noche	49 (26,3)	215 (35,6)	Acude por iniciativa propia	No	12 (6,5)	87 (14,4)	2,40 (1,40-4,57)	0,004			Sí	174 (93,5)	517 (85,6)	Consultas previas	No	141 (75,8)	359 (59,4)	0,46 (0,32-0,67)	<0,001			Sí	45 (24,2)	245 (40,6)	Tiempo de evolución	< 24 h.	85 (53,1)	216 (41,7)	0,63 (0,44-0,90)	0,011			≥ 24 h.	75 (46,9)	302 (58,3)	Intervención previa odontolog.	No	174 (93,5)	535 (88,6)	0,53 (0,28-1,01)	0,051			Sí	12 (6,5)	69 (11,4)	Tratamiento previo	No	135 (72,6)	293 (48,5)	0,35 (0,24-0,51)	<0,001	0,62 (0,33-1,17)	0,148	Sí	51 (27,4)	311 (51,5)	Pruebas complementarias	No	169 (90,9)	382 (63,2)	0,17 (0,10-0,29)	<0,001	0,09 (0,04-0,22)	<0,001	Sí	17 (9,1)	222 (36,8)	Tratamiento en Urgencias	No	166 (89,2)	358 (59,3)	0,17 (0,10-0,28)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001	Sí	20 (10,8)	246 (40,7)	Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852			Sí	161 (86,6)	526 (87,1)	Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001
Horario	Día	137 (73,7)	389 (64,4)	0,64 (0,44-0,93)	0,019																																																																																																																																																							
	Noche	49 (26,3)	215 (35,6)					Acude por iniciativa propia	No	12 (6,5)	87 (14,4)	2,40 (1,40-4,57)	0,004			Sí	174 (93,5)	517 (85,6)	Consultas previas	No	141 (75,8)	359 (59,4)	0,46 (0,32-0,67)	<0,001			Sí	45 (24,2)	245 (40,6)	Tiempo de evolución	< 24 h.	85 (53,1)	216 (41,7)	0,63 (0,44-0,90)	0,011			≥ 24 h.	75 (46,9)	302 (58,3)	Intervención previa odontolog.	No	174 (93,5)	535 (88,6)	0,53 (0,28-1,01)	0,051			Sí	12 (6,5)	69 (11,4)	Tratamiento previo	No	135 (72,6)	293 (48,5)	0,35 (0,24-0,51)	<0,001	0,62 (0,33-1,17)	0,148	Sí	51 (27,4)	311 (51,5)	Pruebas complementarias	No	169 (90,9)	382 (63,2)	0,17 (0,10-0,29)	<0,001	0,09 (0,04-0,22)	<0,001	Sí	17 (9,1)	222 (36,8)	Tratamiento en Urgencias	No	166 (89,2)	358 (59,3)	0,17 (0,10-0,28)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001	Sí	20 (10,8)	246 (40,7)	Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852			Sí	161 (86,6)	526 (87,1)	Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)						
Acude por iniciativa propia	No	12 (6,5)	87 (14,4)	2,40 (1,40-4,57)	0,004																																																																																																																																																							
	Sí	174 (93,5)	517 (85,6)					Consultas previas	No	141 (75,8)	359 (59,4)	0,46 (0,32-0,67)	<0,001			Sí	45 (24,2)	245 (40,6)	Tiempo de evolución	< 24 h.	85 (53,1)	216 (41,7)	0,63 (0,44-0,90)	0,011			≥ 24 h.	75 (46,9)	302 (58,3)	Intervención previa odontolog.	No	174 (93,5)	535 (88,6)	0,53 (0,28-1,01)	0,051			Sí	12 (6,5)	69 (11,4)	Tratamiento previo	No	135 (72,6)	293 (48,5)	0,35 (0,24-0,51)	<0,001	0,62 (0,33-1,17)	0,148	Sí	51 (27,4)	311 (51,5)	Pruebas complementarias	No	169 (90,9)	382 (63,2)	0,17 (0,10-0,29)	<0,001	0,09 (0,04-0,22)	<0,001	Sí	17 (9,1)	222 (36,8)	Tratamiento en Urgencias	No	166 (89,2)	358 (59,3)	0,17 (0,10-0,28)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001	Sí	20 (10,8)	246 (40,7)	Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852			Sí	161 (86,6)	526 (87,1)	Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																	
Consultas previas	No	141 (75,8)	359 (59,4)	0,46 (0,32-0,67)	<0,001																																																																																																																																																							
	Sí	45 (24,2)	245 (40,6)					Tiempo de evolución	< 24 h.	85 (53,1)	216 (41,7)	0,63 (0,44-0,90)	0,011			≥ 24 h.	75 (46,9)	302 (58,3)	Intervención previa odontolog.	No	174 (93,5)	535 (88,6)	0,53 (0,28-1,01)	0,051			Sí	12 (6,5)	69 (11,4)	Tratamiento previo	No	135 (72,6)	293 (48,5)	0,35 (0,24-0,51)	<0,001	0,62 (0,33-1,17)	0,148	Sí	51 (27,4)	311 (51,5)	Pruebas complementarias	No	169 (90,9)	382 (63,2)	0,17 (0,10-0,29)	<0,001	0,09 (0,04-0,22)	<0,001	Sí	17 (9,1)	222 (36,8)	Tratamiento en Urgencias	No	166 (89,2)	358 (59,3)	0,17 (0,10-0,28)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001	Sí	20 (10,8)	246 (40,7)	Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852			Sí	161 (86,6)	526 (87,1)	Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																												
Tiempo de evolución	< 24 h.	85 (53,1)	216 (41,7)	0,63 (0,44-0,90)	0,011																																																																																																																																																							
	≥ 24 h.	75 (46,9)	302 (58,3)					Intervención previa odontolog.	No	174 (93,5)	535 (88,6)	0,53 (0,28-1,01)	0,051			Sí	12 (6,5)	69 (11,4)	Tratamiento previo	No	135 (72,6)	293 (48,5)	0,35 (0,24-0,51)	<0,001	0,62 (0,33-1,17)	0,148	Sí	51 (27,4)	311 (51,5)	Pruebas complementarias	No	169 (90,9)	382 (63,2)	0,17 (0,10-0,29)	<0,001	0,09 (0,04-0,22)	<0,001	Sí	17 (9,1)	222 (36,8)	Tratamiento en Urgencias	No	166 (89,2)	358 (59,3)	0,17 (0,10-0,28)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001	Sí	20 (10,8)	246 (40,7)	Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852			Sí	161 (86,6)	526 (87,1)	Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																							
Intervención previa odontolog.	No	174 (93,5)	535 (88,6)	0,53 (0,28-1,01)	0,051																																																																																																																																																							
	Sí	12 (6,5)	69 (11,4)					Tratamiento previo	No	135 (72,6)	293 (48,5)	0,35 (0,24-0,51)	<0,001	0,62 (0,33-1,17)	0,148	Sí	51 (27,4)	311 (51,5)	Pruebas complementarias	No	169 (90,9)	382 (63,2)	0,17 (0,10-0,29)	<0,001	0,09 (0,04-0,22)	<0,001	Sí	17 (9,1)	222 (36,8)	Tratamiento en Urgencias	No	166 (89,2)	358 (59,3)	0,17 (0,10-0,28)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001	Sí	20 (10,8)	246 (40,7)	Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852			Sí	161 (86,6)	526 (87,1)	Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																		
Tratamiento previo	No	135 (72,6)	293 (48,5)	0,35 (0,24-0,51)	<0,001	0,62 (0,33-1,17)	0,148																																																																																																																																																					
	Sí	51 (27,4)	311 (51,5)					Pruebas complementarias	No	169 (90,9)	382 (63,2)	0,17 (0,10-0,29)	<0,001	0,09 (0,04-0,22)	<0,001	Sí	17 (9,1)	222 (36,8)	Tratamiento en Urgencias	No	166 (89,2)	358 (59,3)	0,17 (0,10-0,28)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001	Sí	20 (10,8)	246 (40,7)	Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852			Sí	161 (86,6)	526 (87,1)	Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																													
Pruebas complementarias	No	169 (90,9)	382 (63,2)	0,17 (0,10-0,29)	<0,001	0,09 (0,04-0,22)	<0,001																																																																																																																																																					
	Sí	17 (9,1)	222 (36,8)					Tratamiento en Urgencias	No	166 (89,2)	358 (59,3)	0,17 (0,10-0,28)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001	Sí	20 (10,8)	246 (40,7)	Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852			Sí	161 (86,6)	526 (87,1)	Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																																								
Tratamiento en Urgencias	No	166 (89,2)	358 (59,3)	0,17 (0,10-0,28)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001																																																																																																																																																					
	Sí	20 (10,8)	246 (40,7)					Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852			Sí	161 (86,6)	526 (87,1)	Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																																																			
Tratamiento al alta	No	25 (13,4)	78 (12,9)	0,95 (0,58-1,54)	0,852																																																																																																																																																							
	Sí	161 (86,6)	526 (87,1)					Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)	Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																																																														
Ingreso hospitalario	No	178 (95,7)	591 (97,8)	2,04 (0,83-5,00)	0,111	51,06 (10,4-248,54)	<0,001																																																																																																																																																					
	Sí	8 (4,3)	13 (2,2)					Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)	Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																																																																									
Derivación a otros prof.	No	144 (77,4)	232 (38,7)	0,18 (0,12-0,27)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	<0,001																																																																																																																																																					
	Sí	42 (22,6)	367 (61,3)					Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)	Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																																																																																				
Dolor	No	101 (54,3)	230 (38,1)	0,51 (0,37-0,72)	<0,001	0,49 (0,28-0,86)	0,014																																																																																																																																																					
	Sí	85 (45,7)	374 (61,9)					Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)	Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																																																																																															
Fiebre	No	151 (81,2)	587 (97,2)	8,00 (4,36-14,67)	<0,001	18,10 (5,53-59,20)	<0,001																																																																																																																																																					
	Sí	35 (18,8)	17 (2,8)					Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																																																																																																										
Hábitos tóxicos	No	186 (100,0)	413 (68,4)	0,68 (0,64-0,72)	<0,001	0,00	0,994																																																																																																																																																					
	Sí	0 (0,0)	191 (31,6)																																																																																																																																																									

Hipertensión arterial	No	186 (100,0)	463 (76,7)				
	Sí	0 (0,0)	141 (23,3)	0,76 (0,73-0,80)	<0,001		
Diabetes mellitus	No	186 (100,0)	562 (93,0)				
	Sí	0 (0,0)	42(7,0)	0,93 (0,91-0,95)	<0,001		
Enfermedad cardiorresp.	No	154 (82,8)	427 (70,7)				
	Sí	32 (17,2)	177 (29,3)	0,50 (0,33-0,76)	0,001	0,30 (0,15-0,59)	0,001
Desorden psiquiátrico	No	184(98,9)	515 (85,3)				
	Sí	2 (1,1)	89 (14,7)	0,06 (0,01-0,25)	<0,001	0,04 (0,01-0,26)	<0,001
Paciente anticoagulado	No	186 (100,0)	540 (89,4)				
	Sí	0 (0,0)	64 (10,6)	0,89 (0,87-0,91)	<0,001		
Tto. Crónico antidepressivo	No	186 (100,0)	451 (89,6)				
	Sí	0 (0,0)	63 (10,4)	0,04 (0,01-0,33)	<0,001		
Tto. Crónico benzodiazepina	No	186 (100,0)	520 (86,1)				
	Sí	0 (0,0)	84 (13,9)	0,86 (0,83-0,89)	<0,001		
Tto. Crónico corticoide	No	186 (100,0)	586 (97,0)				
	Sí	0 (0,0)	18 (3,0)	0,97 (0,95-0,98)	0,011		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	186 (100,0)	588 (97,4)				
	Sí	0 (0,0)	16 (2,6)	0,97 (0,96-0,98)	<0,025		
Patología dental	No	150 (80,6)	340 (56,3)				
	Sí	36 (19,4)	264 (43,7)	0,30 (0,20-0,46)	<0,001		
Infección de mucosas	No	133 (71,5)	556 (92,1)				
	Sí	53 (28,5)	48 (7,9)	4,61 (2,99-7,12)	<0,001	2,51 (1,17-5,36)	0,017
Traumatismos orales	No	128 (68,8)	543 (89,9)				
	Sí	58 (31,2)	61 (10,1)	4,03 (2,68-6,06)	<0,001	5,39 (2,76-10,51)	<0,001
Lesiones mucosas	No	150 (80,6)	507 (83,9)				
	Sí	36 (19,4)	97 (16,1)	1,25 (0,82-1,91)	0,294		
Sangrado oral	No	186 (100,0)	556 (92,1)				
	Sí	0 (0,0)	48 (7,9)	0,06 (0,01-0,45)	<0,001		
Patología ATM	No	186 (100,0)	569 (94,2)				
	Sí	0 (0,0)	35(5,8)	0,94 (0,92-0,96)	0,001		
Patología de gl. Salivales	No	183 (98,4)	556 (92,1)				
	Sí	3 (1,6)	48 (7,9)	0,19 (0,05-0,61)	0,002		

Tabla 53. Modelo de regresión logística. Grupo de 0-13 años frente al resto de grupos de edad

5.2.33. Grupo de edad de >6 años frente al grupo ≤6 años

En el análisis multivariante del grupo de mayores de 6 años, frente a los menores de 6 años, se encontró que los mayores de 6 años consultaron más en horario nocturno que los menores de 6 años (OR=2,99; IC95%: 1,08-8,24; p=0,034), mayor porcentaje de ellos habían realizado tratamientos previos (OR=6,59; IC95%: 1,56-27,85; p=0,010) y tratamientos en el SUH (OR=3,85; IC95%: 1,19-12,48; p=0,024), y en un mayor porcentaje se solicitaron pruebas complementarias (OR=5,94; IC95%: 1,43-24,62; p=0,014). Respecto a los síntomas, presentaron fiebre con menor frecuencia (OR=0,04; IC95%: 0,01-0,41; p=0,007). En cuanto a la patología motivo de consulta, se diagnosticaron menos infecciones mucosas (OR=0,01; IC95%: 0,00-0,03; p<0,001),

traumatismos orales (OR=0,05; IC95%: 0,01-0,21; p<0,001) y lesiones mucosas (OR=0,05; IC95%: 0,01-0,24; p<0,001) que en el grupo de menores de 6 años (Tabla 54).

		>6 años (%)	≤6 años (%)	Modelo univariante OR (IC 95%)	p	Modelo multivariante OR (IC 95%)	p
Sexo	Hombre	33 (62,3)	77 (57,9)				
	Mujer	20 (37,7)	56 (42,1)	0,83 (0,43-1,60)	0,584		
Horario	Día	31 (58,5)	106 (79,7)				
	Noche	22 (41,5)	27 (20,3)	2,78 (1,49-5-,55)	0,003	2,99 (1,08-8,24)	0,034
Acude por iniciativa propia	No	5 (9,4)	7 (5,3)				
	Sí	48 (90,6)	126 (94,7)	0,53 (0,16-1,76)	0,296		
Consultas previas	No	38 (71,7)	84 (63,2)				
	Sí	15 (28,3)	49 (36,8)	0,67 (0,33-1,35)	0,268		
Tiempo de evolución	< 24 h.	21 (55,3)	64 (52,5)				
	≥ 24 h.	17 (44,7)	58 (47,5)	0,89 (0,43-1,85)	0,762		
Intervención previa odontolog.	No	44 (83,0)	130 (97,7)				
	Sí	9 (17,0)	4 (2,3)	8,86 (2,29-34,2)	<0,001		
Tratamiento previo	No	28 (52,8)	107 (80,5)				
	Sí	25 (47,2)	26 (19,5)	3,67 (1,84-7,31)	<0,001	6,59 (1,56-27,85)	0,010
Pruebas complementarias	No	42 (79,2)	127 (95,5)				
	Sí	11 (20,8)	6 (4,5)	5,54 (1,93-15,90)	<0,001	5,94 (1,43-24,62)	0,014
Tratamiento en Urgencias	No	41 (77,4)	125 (94,0)				
	Sí	12 (22,6)	8 (6,0)	4,57 (1,74-11,96)	0,001	3,85 (1,19-12,48)	0,024
Tratamiento al alta	No	10 (18,9)	15 (11,3)				
	Sí	43 (81,1)	118 (88,7)	0,54 (0,22-1,30)	0,171		
Ingreso hospitalario	No	48 (90,6)	130 (97,7)				
	Sí	5 (9,4)	3 (2,3)	4,51 (1,03-10,61)	0,029		
Derivación a otros prof.	No	30 (56,6)	114 (85,7)				
	Sí	23 (43,4)	19 (14,3)	4,60 (2,22-9,53)	<0,001		
Dolor	No	15 (28,3)	86 (64,7)				
	Sí	38 (71,7)	47 (35,3)	4,63 (2,31-1,46)	<0,001		
Fiebre	No	50 (94,3)	101 (75,9)				
	Sí	3 (5,7)	32 (24,1)	0,18 (0,05-0,65)	0,004	0,04 (0,01-0,41)	0,007
Enfermedad cardiorresp.	No	42 (79,2)	112 (84,2)				
	Sí	11 (20,8)	21 (15,8)	1,33 (0,62-3,14)	0,418		
Patología dental	No	23 (43,4)	127 (95,5)				
	Sí	30 (56,6)	6 (4,5)	27,6 (10,33-73,75)	<0,001		
Infección de mucosas	No	51 (96,2)	82 (61,7)				
	Sí	2 (3,8)	51 (38,3)	0,06 (0,01-0,27)	<0,001	0,01 (0,00-0,03)	<0,001
Traumatismos orales	No	41 (77,4)	87 (65,4)				
	Sí	12 (22,6)	46 (34,6)	0,55 (0,26-1,15)	0,011	0,05 (0,01-0,21)	<0,001
Lesiones mucosas	No	46 (86,8)	104 (78,2)				
	Sí	7 (13,2)	29 (21,8)	0,54 (0,22-1,33)	0,180	0,05 (0,01-0,24)	<0,001

Tabla 54. Modelo de regresión logística. Grupo >6 años frente a ≤6 años

5.2.34. Patología dental frente al resto de patologías en grupo de edad 0-13 años

En el análisis multivariante se relaciona la patología dental con mayor porcentaje de niños mayores de 6 años (OR=14,82; IC95%: 4,67-47,02; p<0,001), con una mayor frecuencia de haber tenido intervención odontoestomatológica previa (OR=16,38; IC95%: 3,04-88,23; p<0,001), con una mayor derivación a otros profesionales al alta (OR=6,05; IC95%: 1,94-18,86; p=0,001) y con una mayor existencia de dolor entre sus síntomas (OR=10,27; IC95%: 2,61-40,42; p=0,001) (Tabla 55).

		Patología dental		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		8,0 (2,3)*	3,1 (3,1)*	1,51 (1,32-1,74)	<0,001		
Edad	≤ 6 a.	6 (16,7)	127 (84,7)				
	> 6 a.	30 (83,3)	23 (15,3)	27,60 (10,33-73,75)	<0,001	14,82 (4,67-47,02)	<0,001
Sexo	Hombre	22 (61,1)	88 (58,7)				
	Mujer	14 (38,9)	62 (41,3)	0,90 (0,42-1,90)	0,789		
Horario	Día	23 (63,9)	114 (76,0)				
	Noche	13 (36,1)	36 (24,0)	1,89 (0,82-3,89)	0,138		
Acude por iniciativa propia	No	4 (11,1)	8 (5,3)				
	Sí	32 (88,9)	142 (94,7)	0,45 (0,12-1,58)	0,205		
Consultas previas	No	21 (58,3)	120 (80,0)				
	Sí	15 (41,7)	30 (20,0)	2,85 (1,31-6,19)	0,006		
Tiempo de evolución	< 24 h.	10 (43,5)	75 (54,7)				
	≥ 24 h.	13 (56,5)	62 (45,3)	1,57 (0,64-3,83)	0,316		
Intervención previa odontolog.	No	27 (75,0)	147 (98,0)				
	Sí	9 (25,0)	3 (2,0)	16,33 (4,15-64,35)	<0,001	16,38 (3,04-88,23)	<0,001
Tratamiento previo	No	16(44,4)	119 (79,3)				
	Sí	20 (55,6)	31 (20,7)	4,79 (2,22-10,33)	<0,001		
Pruebas complementarias	No	30 (83,3)	139 (92,7)				
	Sí	6 (16,7)	11 (7,3)	2,52 (0,86-7,36)	0,081		
Tratamiento en Urgencias	No	29 (80,6)	137 (91,3)				
	Sí	7 (19,4)	13 (8,7)	2,54 (0,93-6,93)	0,061		
Tratamiento al alta	No	5 (13,9)	20 (13,3)				
	Sí	31 (86,1)	130 (86,7)	0,95 (0,33-2,74)	0,930		
Ingreso hospitalario	No	33 (91,7)	145 (96,7)				
	Sí	3 (8,3)	5 (3,3)	2,63 (0,60-11,58)	0,184		
Derivación a otros prof.	No	16 (44,4)	128 (85,3)				
	Sí	20 (55,6)	22 (14,7)	7,27 (3,27-16,15)	<0,001	6,05 (1,94-18,86)	0,001
Dolor	No	5 (13,9)	96 (64,0)				
	Sí	31 (86,1)	54 (36,0)	11,0 (4,04-30,0)	<0,001	10,27 (2,61-40,42)	0,001
Fiebre	No	32 (88,9)	119 (79,3)				
	Sí	4 (11,1)	31 (20,7)	0,48 (0,15-1,45)	0,158		
Enfermedad cardiorresp.	No	30 (83,3)	124 (82,7)				
	Sí	6 (16,7)	26 (17,3)	0,95 (0,36-2,52)	0,360		
Desorden psiquiátrico	No	35 (97,2)	149 (99,3)				
	Sí	1 (2,8)	1 (0,7)	4,25 (0,26-69,73)	0,270		

* Media (desviación estándar)

Tabla 55. Modelo de regresión logística. Patología dental en pacientes de 0-13 años

5.2.35. Infecciones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 0-13 años

En el análisis multivariante se relacionan las infecciones mucosas con menor porcentaje de pacientes mayores de 6 años (OR=0,56; IC95%: 0,42-0,74; p<0,001), y con mayor porcentaje de pacientes que presentan fiebre (OR=3,05; IC95%: 1,12-8,26; p=0,028) (Tabla 56).

		Infecciones mucosas		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		2,06 (2,4)*	4,97 (3,57)*	0,71 (0,61-0,83)	<0,001		
Edad	≤ 6 a.	51 (96,2)	82 (61,7)				
	> 6 a.	2 (3,8)	51 (38,3)	0,06 (0,01-0,27)	<0,001	0,56 (0,42-0,74)	<0,001
Sexo	Hombre	31 (58,5)	79 (59,4)				
	Mujer	22 (41,5)	54 (40,6)	1,03 (0,54-1,98)	0,544		
Horario	Día	44 (83,0)	93 (69,9)				
	Noche	9 (17,0)	40 (30,1)	0,47 (0,21-1,06)	0,067		
Acude por iniciativa propia	No	1 (1,9)	11 (8,3)				
	Sí	52 (98,1)	122 (91,7)	4,68 (0,59-37,25)	0,110		
Consultas previas	No	34 (64,2)	107 (80,5)				
	Sí	19 (35,8)	26 (19,5)	2,30 (1,13-4,66)	0,019		
Tiempo de evolución	< 24 h.	19 (37,3)	66 (60,6)				
	≥ 24 h.	32 (62,7)	43 (39,4)	2,58 (1,30-5,13)	0,006	2,32 (0,93-5,81)	0,070
Intervención previa odontolog.	No	53 (100,0)	121 (91,0)				
	Sí	0 (0,0)	12 (9,0)	0,91 (0,86-0,96)	0,024		
Tratamiento previo	No	30 (56,6)	105 (78,9)				
	Sí	23 (43,4)	28 (21,1)	2,87 (1,45-5,70)	0,002		
Pruebas complementarias	No	50 (94,3)	119 (89,5)				
	Sí	3 (5,7)	14 (10,5)	0,51 (0,14-1,85)	0,299		
Tratamiento en Urgencias	No	52 (98,1)	114 (85,7)				
	Sí	1 (1,9)	19 (14,3)	0,11 (0,01-0,88)	0,014		
Tratamiento al alta	No	2 (3,8)	23 (17,3)				
	Sí	51 (96,2)	110 (82,7)	5,33 (1,21-23,48)	0,015		
Ingreso hospitalario	No	51 (96,2)	127 (95,5)				
	Sí	2 (3,8)	6 (4,5)	0,83 (0,16-4,24)	0,823		
Derivación a otros prof.	No	53 (100,0)	91 (68,4)				
	Sí	0 (0,0)	42 (31,6)	0,68 (0,61-0,76)	<0,001	0,00	0,998
Dolor	No	37 (69,8)	64 (48,1)				
	Sí	16 (30,2)	69 (51,9)	0,40 (0,20-0,79)	0,007		
Fiebre	No	31 (58,5)	120 (90,2)				
	Sí	22 (41,5)	13 (9,8)	6,55 (2,96-14,45)	<0,001	3,05 (1,12-8,26)	0,028
Enfermedad cardiorresp.	No	46 (86,8)	108 (81,2)				
	Sí	7 (13,2)	25 (18,8)	0,65 (0,26-1,62)	0,362		
Desorden psiquiátrico	No	53 (100,0)	131 (98,5)				
	Sí	0 (0,0)	2 (1,5)	0,98 (0,96-1,00)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 56. Modelo de regresión logística. Infecciones mucosas en pacientes de 0-13 años

5.2.36. Traumatismos orales frente al resto de patologías en grupo de edad 0-13 años

En el análisis multivariante se relacionan los traumatismos orales con menor realización de tratamientos previos de los mismos (OR=0,02; IC95%: 0,01-0,17; p<0,001) y con una mayor frecuencia de administración de tratamiento en el servicio de urgencias (OR=8,58; IC95%: 1,56-47,12; p=0,013). Así mismo se observa una mayor derivación a otros profesionales médicos (OR=4,42; IC95%: 1,56-12,49; p =0,005). (Tabla 57).

		Traumatismos orales		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		3,6 (2,9)*	4,4 (3,7)*	0,93 (0,83-1,02)	0,153		
Edad	≤6 a.	46 (79,3)	87 (68,0)				
	> 6 a.	12 (20,7)	41 (32,0)	0,55 (0,26-1,15)	0,112		
Sexo	Hombre	34 (58,6)	76 (59,4)				
	Mujer	24 (41,4)	52 (40,6)	1,03 (0,55-1,93)	0,923		
Horario	Día	43 (74,1)	94 (73,4)				
	Noche	15 (25,9)	34 (26,6)	0,96 (0,47-1,95)	0,920		
Acude por iniciativa propia	No	5 (8,6)	7 (5,5)				
	Sí	53 (91,4)	121 (94,5)	0,61 (0,18-2,02)	0,613		
Consultas previas	No	38 (65,5)	84 (65,6)				
	Sí	20 (34,5)	44 (34,4)	1,00 (0,52-1,93)	0,989		
Tiempo de evolución	< 24 h.	39 (70,9)	46 (43,8)				
	≥ 24 h.	16 (29,1)	59 (56,2)	0,61 (0,46-0,81)	0,001		
Intervención previa odontolog.	No	57 (98,3)	117 (91,4)				
	Sí	1 (1,7)	11 (8,6)	0,18 (0,02-1,48)	0,077		
Tratamiento previo	No	55 (94,8)	80 (62,5)				
	Sí	3 (5,2)	48 (37,5)	0,09 (0,02-0,30)	<0,001	0,02 (0,01-0,17)	<0,001
Pruebas complementarias	No	55 (94,8)	114 (89,1)				
	Sí	3 (5,2)	14 (10,9)	0,44 (0,12-1,61)	0,206		
Tratamiento en Urgencias	No	47 (81,0)	119 (93,0)				
	Sí	11 (19,0)	9 (7,0)	3,09 (1,20-7,94)	0,015	8,58 (1,56-47,12)	0,013
Tratamiento al alta	No	12 (20,7)	13 (10,2)				
	Sí	46 (79,3)	115 (89,8)	0,43 (0,18-1,02)	0,051		
Ingreso hospitalario	No	58 (100,0)	120 (93,8)				
	Sí	0 (0,0)	8 (6,2)	0,93 (0,89-0,98)	0,052		
Derivación a otros prof.	No	37 (63,8)	17 (83,6)				
	Sí	21 (36,2)	21 (16,4)	2,89 (1,42-5,88)	0,003	4,42 (1,56-12,49)	0,005
Dolor	No	36 (62,1)	65 (50,8)				
	Sí	22 (37,9)	63 (49,2)	0,63 (0,33-1,18)	0,152		
Fiebre	No	58 (100,0)	93 (72,7)				
	Sí	0 (0,0)	35 (27,3)	0,72 (0,65-0,80)	<0,001	0,0	0,997
Enfermedad cardiorresp.	No	45 (77,6)	109 (85,2)				
	Sí	13 (22,4)	19 (14,8)	1,65 (0,75-3,63)	0,205		
Desorden psiquiátrico	No	58 (100,0)	126 (98,4)				
	Sí	0 (0,0)	2 (1,6)	0,98 (0,96-1,00)	0,339		

* Media (desviación estándar)

Tabla 57. Modelo de regresión logística. Traumatismos orales en pacientes de 0-13 años

5.2.37. Lesiones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 0-13 años

En el análisis multivariante se relacionan las lesiones mucosas con menor edad media de los pacientes menores de 14 años (OR=1,43; IC95%: 1,09-1,59; p=0,008); agrupados por edad se refleja menor frecuencia de estas lesiones en mayores de 6 años que en los menores (OR=0,06; IC95%: 0,01-0,73; p=0,027). Las lesiones mucosas en este rango de edad se relacionan con un menor porcentaje de tratamientos previos (OR=0,06; IC95%: 0,01-0,45; p=0,006) y derivación a otros profesionales al alta (OR=0,08; IC95%: 0,01-0,59; p=0,001) (Tabla 58).

		Lesiones mucosas		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		3,9 (3,6)*	4,1 (3,5)*	0,98 (0,88-1,08)	0,712	1,43 (1,09-1,59)	0,008
Edad	≤ 6 a.	29 (80,6)	104 (69,3)				
	> 6 a.	7 (19,4)	46 (30,7)	0,54 (0,22-1,33)	0,180	0,06 (0,01-0,73)	0,027
Sexo	Hombre	20 (55,6)	90 (60,0)				
	Mujer	16 (44,4)	60 (40,0)	1,20 (0,57-2,50)	0,626		
Horario	Día	25 (69,4)	112 (74,7)				
	Noche	11 (30,6)	38 (25,3)	1,29 (0,58-2,88)	0,523		
Acude por iniciativa propia	No	1 (2,8)	11 (7,3)				
	Sí	35 (97,2)	139 (92,7)	2,77 (0,34-22,1)	0,318		
Consultas previas	No	23 (63,9)	99 (66,0)				
	Sí	13 (36,1)	51 (34,0)	1,09 (0,51-2,34)	0,811		
Tiempo de evolución	< 24 h.	16 (55,2)	69 (52,7)				
	≥ 24 h.	13 (44,8)	62 (47,3)	1,05 (0,67-1,64)	0,807		
Intervención previa odontolog.	No	34 (94,4)	140 (93,3)				
	Sí	2 (5,6)	10 (6,7)	1,20 (0,27-5,24)	0,807	11,8 (0,94-147,83)	0,055
Tratamiento previo	No	32 (88,9)	103 (68,7)				
	Sí	4 (11,1)	47 (31,3)	0,27 (0,09-0,81)	0,015	0,06 (0,01-0,45)	0,006
Pruebas complementarias	No	32 (88,9)	137 (91,3)				
	Sí	4 (11,1)	13 (8,7)	1,31 (0,40-4,30)	0,648		
Tratamiento en Urgencias	No	35 (97,1)	131 (87,3)				
	Sí	1 (2,8)	19 (12,7)	0,19 (0,02-1,52)	0,085		
Tratamiento al alta	No	6 (16,7)	19 (12,7)				
	Sí	30 (83,3)	131 (87,3)	0,72 (0,26-1,97)	0,527		
Ingreso hospitalario	No	33 (91,7)	145 (96,7)				
	Sí	3 (8,3)	5 (3,3)	2,63 (0,60-11,58)	0,184	5,10 (0,46-56,65)	0,184
Derivación a otros prof.	No	35 (97,2)	109 (72,7)				
	Sí	1 (2,8)	41 (27,3)	0,07 (0,01-0,57)	0,002	0,08 (0,01-0,59)	0,001
Dolor	No	22 (61,1)	79 (52,7)				
	Sí	14 (38,9)	71 (47,3)	0,70 (0,33-1,48)	0,361		
Fiebre	No	28 (77,8)	123 (82,0)				
	Sí	8 (22,2)	27 (18,0)	1,30 (0,53-3,16)	0,561		
Enfermedad cardiorresp.	No	31 (86,1)	123 (82,0)				
	Sí	5 (13,9)	27 (18,0)	0,73 (0,26-2,06)	0,262		
Desorden psiquiátrico	No	36 (100,0)	148 (98,7)				
	Sí	0 (0,0)	2 (1,3)	0,98 (0,96-1,00)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 58. Modelo de regresión logística. Lesiones mucosas en pacientes de 0-13 años

No se han incluido en el análisis multivariante las variables: hábitos tóxicos, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tratamiento con anticoagulantes, tratamiento con corticoides, tratamiento con antidepresivos, tratamiento con inmunosupresores y tratamiento con benzodiazepinas por escaso número de casos o por ausencia de estos.

5.3. Grupo de edad de 14-29 años

Se registraron 152 casos de pacientes con edades comprendidas entre 14 y 29 años que consultaron por urgencias odontoestomatológicas.

Esto supone un 19,24% de las urgencias de origen odontoestomatológico.

5.3.1. Edad

La edad media fue de 22,9 años (de=4,31).

Dentro de este grupo de edad, el mayor porcentaje de consultas fue de mayores de 20 años, con un 71,7% (Tabla 59; Figura 55).

Edad	Frecuencia	Porcentaje
≤20 años	43	28,3
>20 años	109	71,7
Total	152	100,0

Tabla 59. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 14-29 años

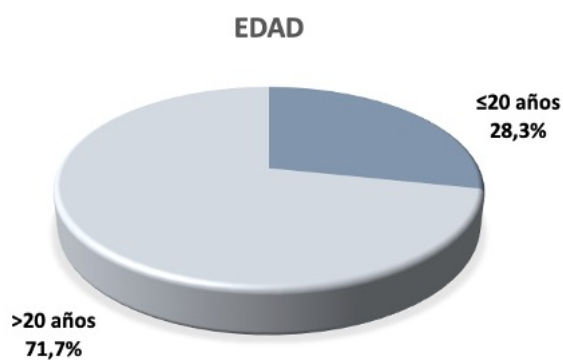


Figura 55. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 14-29 años

5.3.2. Sexo

El 59,2 % de los pacientes de edades entre 14 y 29 años que consultaron fueron hombres (Tabla 60; Figura 56).

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	90	59,2
Mujer	62	40,8
Total	152	100,0

Tabla 60. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 14-29 años

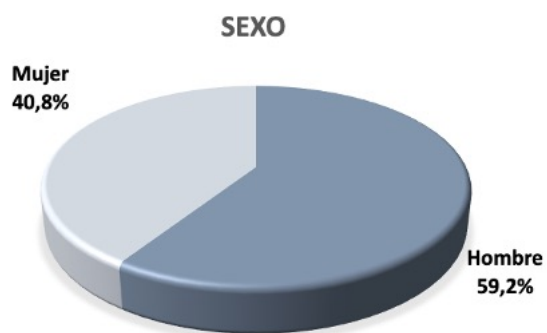


Figura 56. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 14-29 años

5.3.3. Horario

El 55,3% de los pacientes de edades entre 14 y 29 años, acudieron en horario diurno (de 8:00 a 20:59 horas) (Tabla 61; Figura 57).

Horario	Frecuencia	Porcentaje
Horario diurno	84	55,3
Horario nocturno	68	44,7
Total	152	100,0

Tabla 61. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 14-29 años



Figura 57. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 14-29 años

5.3.4. Acude por iniciativa propia

El 91,4% de los pacientes que consultaron por patología odontoestomatológica lo hicieron sin haber sido derivados al servicio por otro profesional sanitario (Tabla 62; Figura 58).

Acude por iniciativa propia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	139	91,4
No	13	8,6
Total	152	100,0

Tabla 62. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 14-29 años

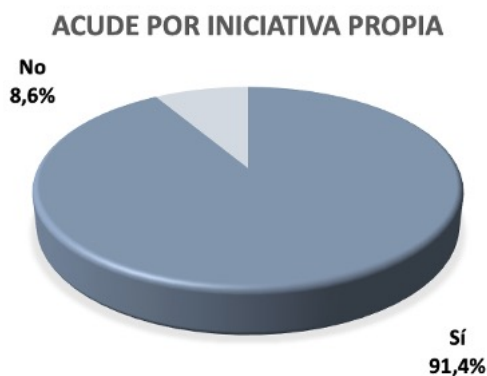


Figura 58. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 14-29 años

5.3.5. Derivación por profesional

Todos los pacientes de 14 a 29 años que no acuden por iniciativa propia lo hacen derivados por el médico de Atención Primaria.

5.3.6. Consultas previas

El 28,9% de los pacientes ya habían consultado previamente por el mismo motivo con otros facultativos (Tabla 63; Figura 59).

Consultas previas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	44	28,9
No	108	71,1
Total	152	100,0

Tabla 63. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 14-29 años



Figura 59. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 14-29 años

5.3.7. Profesionales consultados

Cuando ha existido consulta por el mismo motivo, previa a la asistencia al servicio de urgencias hospitalario, el profesional con el que más frecuentemente se realizan es el médico de Atención Primaria, con el 62,1% de las consultas (Tabla 64; Figura 60).

Profesionales consultados	Frecuencia	Porcentaje
Médico de atención primaria	36	62,1
Servicio de Urgencias Hospitalario	23	39,7
Odontostomatólogo	9	15,5
Otros	4	6,9

Tabla 64. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 14-29 años

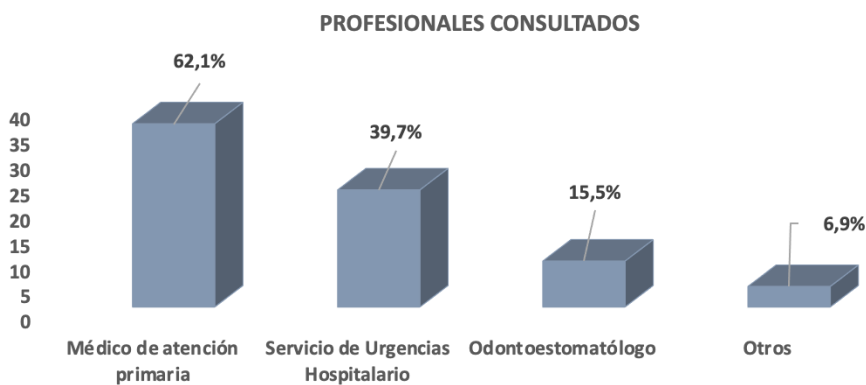


Figura 60. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 14-29 años

5.3.8. Tiempo de evolución

El 53,5%, presentaban la clínica que motivó la consulta desde hacía al menos 24 horas. En 25 casos, no se registró en la historia clínica dicho tiempo de evolución (Tabla 65; Figura 61).

	Frecuencia	Porcentaje
<24 horas	59	46,5
≥24 horas	68	53,5
Total	127	100,0

Tabla 65. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 14-29 años



Figura 61. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 14-29 años

5.3.9. Intervención operatoria odontoestomatológica previa

Sólo un 9,9% de los pacientes, habían tenido una intervención odontoestomatológica previa a la consulta (Tabla 66; Figura 62).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	9,9
No	137	90,1
Total	152	100,0

Tabla 66. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 14-29 años



Figura 62. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 14-29 años

5.3.10. Tipo de intervención odontoestomatológica previa

Cuando existió una intervención odontoestomatológica previa a la consulta urgente en pacientes de 14 a 29 años, las más frecuentes fueron las exodoncias (60,0%) (Tabla 67; Figura 63).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Exodoncia	9	60,0
Conservadora	4	26,7
Otra	2	13,3
Total	13	100,0

Tabla 67. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 14-29 años

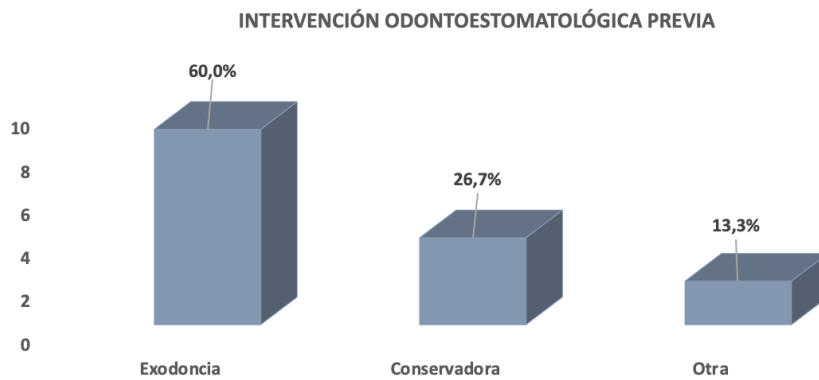


Figura 63. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 14-29 años

5.3.11. Tratamiento previo

Un 57,2% de los pacientes ya habían realizado algún tipo de tratamiento para el motivo de la consulta (Tabla 68; Figura 64).

Tratamiento previo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	87	57,2
No	65	42,8
Total	152	100,0

Tabla 68. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 14-29 años



Figura 64. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 14-29 años

5.3.12. Pruebas complementarias

Al 23,7% de los pacientes les fue realizada algún tipo de prueba complementaria con fines diagnósticos (Tabla 69; Figura 65).

Pruebas complementarias	Frecuencia	Porcentaje
Sí	36	23,7
No	116	76,3
Total	152	100,0

Tabla 69. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 14-29 años



Figura 65. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 14-29 años

5.3.13. Tratamiento en el servicio de urgencias

El 40,1% de los pacientes recibió algún tratamiento para la patología diagnosticada, en el propio servicio de urgencias (Tabla 70; Figura 66).

Tratamiento en el SUH	Frecuencia	Porcentaje
Sí	61	40,1
No	91	59,9
Total	152	100,0

Tabla 70. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 14-29 años



Figura 66. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 14-29 años

5.3.14. Tratamiento al alta

El 90,8% de los pacientes recibieron una pauta terapéutica al alta (Tabla 71; Figura 67).

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	138	90,8
No	14	9,2
Total	152	100,0

Tabla 71. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 14-29 años



Figura 67. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 14-29 años

5.3.15. Ingreso hospitalario

No hubo ningún caso dentro de este grupo de edad que requiriera ingreso hospitalario para el manejo de su patología.

5.3.16. Derivación a otros profesionales

Un 73,0% de los pacientes fueron derivados a otros profesionales médicos para el seguimiento de su patología (Tabla 72; Figura 68).

Derivación a otros profesionales	Frecuencia	Porcentaje
Sí	111	73,0
No	41	27,0
Total	152	100,0

Tabla 72. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 14-29 años



Figura 68. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 14-29 años

5.3.17. Profesionales a derivar

El odontoestomatólogo es el profesional con mayor número de derivaciones desde el servicio de urgencias, con 79,3% de las registradas (Tabla 73; Figura 69).

Profesionales a derivar	Frecuencia	Porcentaje
Odontoestomatólogo	88	79,3
Otorrinolaringólogo	13	11,7
Cirujano maxilofacial	10	9,0

Tabla 73. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 14-29 años

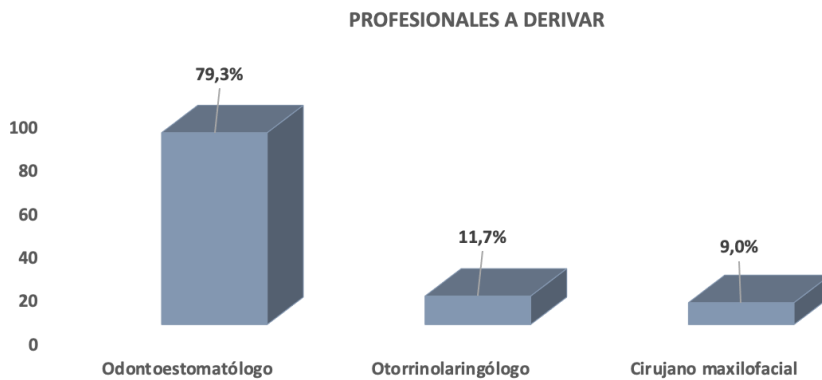


Figura 69. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 14-29 años

5.3.18. Dolor

El 78,3% de los pacientes mostraron dolor entre sus síntomas (Tabla 74; Figura 70).

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Sí	119	78,3
No	33	21,7
Total	152	100,0

Tabla 74. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 14-29 años

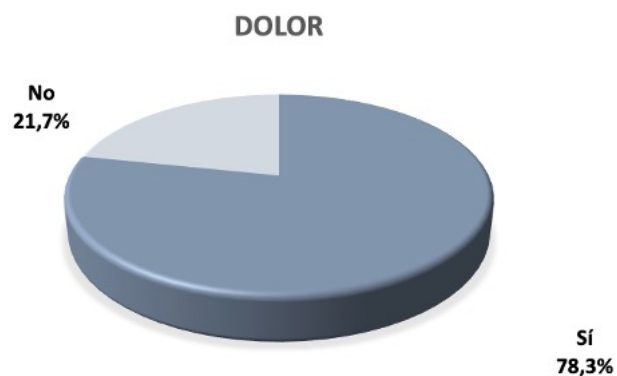


Figura 70. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 14-29 años

5.3.19. Fiebre

Sólo el 2,0% de los pacientes de este grupo de edad, presentó fiebre (Tabla 75; Figura 71).

Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	2,0
No	149	98,0
Total	152	100,0

Tabla 75. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 14-29 años

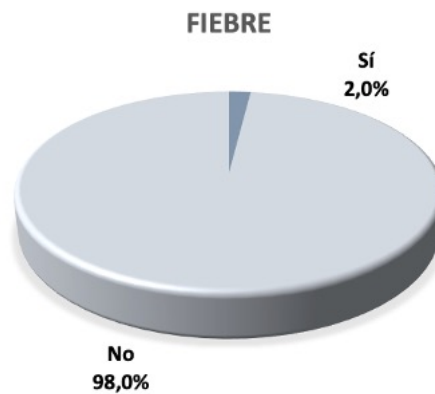


Figura 71. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 14-29 años

5.3.20. Diagnóstico al alta

Dentro de este grupo de edad, la patología más frecuente en el diagnóstico al alta fue la de origen dental con un 67,1%. (Tabla 76; Figura 72). No se registró ningún caso de consulta por sangrado oral.

Diagnóstico al alta	Frecuencia	Porcentaje
Patología dental	102	67,1
Traumatismos orales	15	9,9
Lesiones mucosas	11	7,2
Patología ATM	9	5,9
Infecciones mucosas	8	5,3
Patología glándulas salivales	5	3,3
Cuerpos extraños	2	1,3
Total	152	100,0

Tabla 76. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 14-29 años

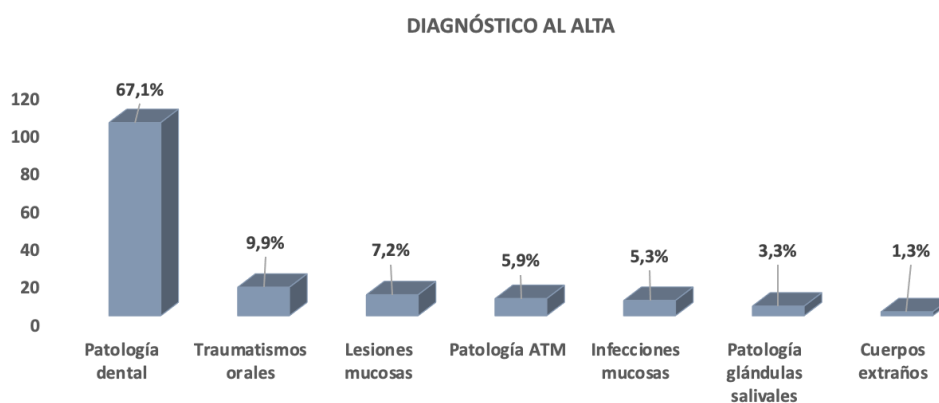


Figura 72. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 14-29 años

5.3.21. Hábitos tóxicos

Se registró un 35,5% de pacientes que reconocieron algún hábito tóxico (Tabla 77; Figura 73).

Hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	54	35,5
No	98	64,5
Total	152	100,0

Tabla 77. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de 14-29 años



Figura 73. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de 14-29 años

5.3.22. Tipo de hábito tóxico

El hábito tóxico más frecuentemente registrado es el consumo de tabaco, con un 35,5% de pacientes fumadores (Tabla 78; Figura 74).

Tipo de hábito tóxico	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	54	35,5
Alcohol	9	5,9
Drogas	6	3,9

Tabla 78. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de 14-29 años

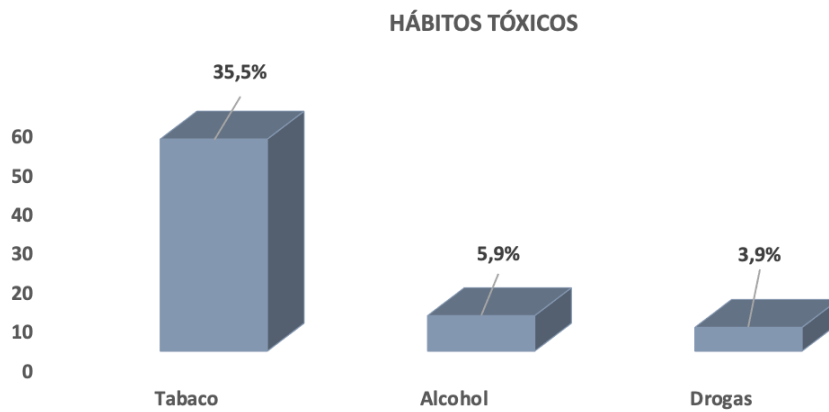


Figura 74. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de 14-29 años

5.3.23. Hipertensión arterial

El 0,7% de los pacientes estaban diagnosticados de hipertensión arterial (Tabla 79; Figura 75).

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Sí	1	0,7
No	151	99,3
Total	152	100,0

Tabla 79. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de 14-29 años

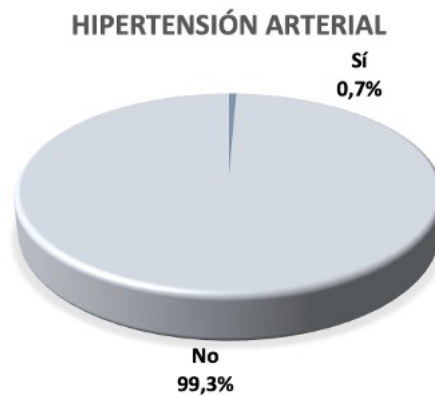


Figura 75. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de 14-29 años

5.3.24. Diabetes mellitus

El 1,3% de los pacientes presentaron diabetes mellitus entre sus antecedentes personales (Tabla 80; Figura 76).

Diabetes mellitus	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	1,3
No	150	98,7
Total	152	100,0

Tabla 80. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de 14-29 años

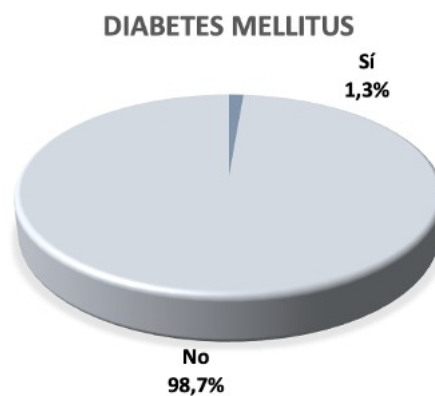


Figura 76. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de 14-29 años

5.3.25. Enfermedad cardiorrespiratoria

El 19,1% de los pacientes tenían antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria (Tabla 81; Figura 77).

Enfermedad cardiorrespiratoria	Frecuencia	Porcentaje
Sí	29	19,1
No	123	80,9
Total	152	100,0

Tabla 81. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 14-29 años

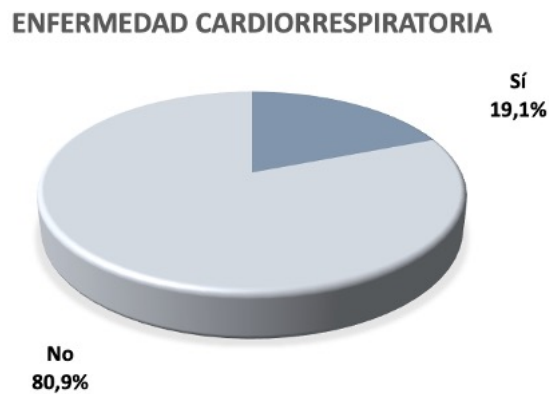


Figura 77. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 14-29 años

5.3.26. Desórdenes psiquiátricos

El 7,9% de los pacientes tenían antecedentes de desórdenes psiquiátricos (Tabla 82; Figura 78).

Desórdenes psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	7,9
No	140	92,1
Total	152	100,0

Tabla 82. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 14-29 años



Figura 78. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 14-29 años

5.3.27. Tratamiento con anticoagulantes

Ninguno de los pacientes estaba a tratamiento con anticoagulantes orales.

5.3.28. Tratamiento psiquiátrico

El 2,6% de los pacientes estaban a tratamiento farmacológico para desórdenes psiquiátricos (Tabla 83; Figura 79).

Tratamiento psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	4	2,6
No	148	97,4
Total	152	100,0

Tabla 83. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de 14-29 años



Figura 79. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de 14-29 años

5.3.29. Tratamiento con benzodiazepinas

El 3,9% de los pacientes realizaban tratamiento con benzodiazepinas (Tabla 84; Figura 80).

Tratamiento con BZD	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	3,9
No	146	96,1
Total	152	100,0

Tabla 84. Distribución de la muestra por tratamiento con BDZ en el grupo de 14-29 años

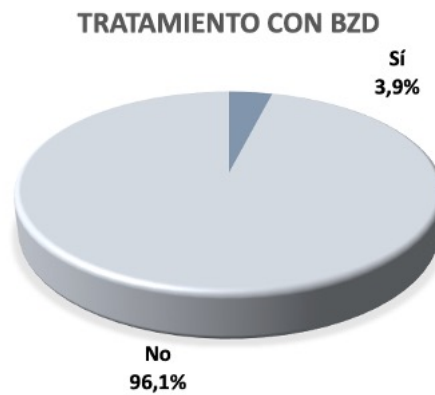


Figura 80. Distribución de la muestra por tratamiento con BDZ en el grupo de 14-29 años

5.3.30. Tratamiento con corticoides

Ninguno de los pacientes estaba a tratamiento con corticoides.

5.3.31. Tratamiento con inmunosupresores

El 1,3% de los pacientes realizaban tratamiento con inmunosupresores (Tabla 85; Figura 81).

Tratamiento con inmunosupresores	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	1,3
No	150	98,7
Total	152	100,0

Tabla 85. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de 14-29 años

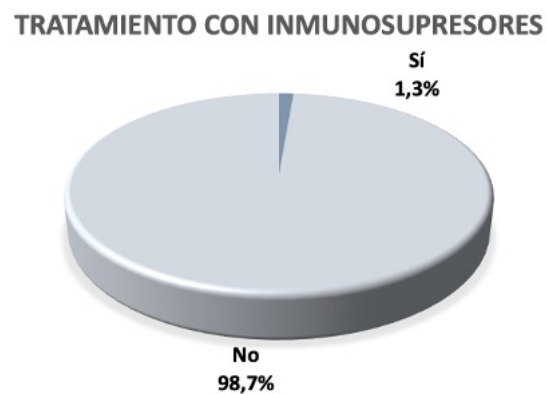


Figura 81. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de 14-29 años

5.3.32. Grupo de edad de 14-29 años frente al resto de grupos

Al analizar el grupo de edad de 14 a 29 años frente al resto de grupos, se observó una mayor frecuencia de dolor (OR=1,76; IC95%: 1,09-2,82; p=0,019) y menor de casos que presentan fiebre (OR=0,22; IC95%: 0,06-0,76; p=0,017) entre sus síntomas, un mayor porcentaje de hábitos tóxicos en este grupo de edad (OR=1,97; IC95%: 1,27-3,04; p=0,002), y menos tratamientos crónicos con benzodiazepinas (OR=0,28; IC95%: 0,11-0,73; p=0,009), no encontrándose ningún paciente anticoagulado. Entre las patologías, cabe destacar un mayor porcentaje de patología dental (OR=2,70; IC95%: 1,76-4,14; p<0,001) (Tabla 86).

		De 14 a 29 años (%)	Resto (%)	Modelo univariante OR (IC 95%)	p	Modelo multivariante OR (IC 95%)	p
Sexo	Hombre	90 (59,2)	374 (58,6)				
	Mujer	62 (40,8)	264 (41,4)	0,97 (0,68-1,39)	0,894		
Horario	Día	84 (55,3)	442 (69,3)				
	Noche	68 (44,7)	196 (30,7)	1,82 (1,27-2,62)	0,001		
Acude por iniciativa propia	No	13 (8,6)	86 (13,5)				
	Sí	139 (91,4)	552 (86,5)	1,66 (0,90-3,07)	0,099		
Consultas previas	No	108 (71,1)	392 (61,4)				
	Sí	44 (28,9)	246 (38,6)	0,65 (0,44-0,95)	0,027		
Tiempo de evolución	< 24 h.	59 (46,5)	242 (43,9)				
	≥ 24 h.	68 (53,5)	309 (56,1)	0,90 (0,61-1,32)	0,604		
Intervención previa odontolog.	No	137 (90,1)	572 (89,7)				
	Sí	15 (9,9)	66 (10,3)	0,94 (0,52-1,71)	0,862		
Tratamiento previo	No	65 (42,8)	363 (56,9)				
	Sí	87 (57,2)	275 (43,1)	1,76 (1,23-2,52)	0,002		
Pruebas complementarias	No	116 (76,3)	435 (68,2)				
	Sí	36 (23,7)	203 (31,8)	0,66 (0,44-1,00)	0,050		
Tratamiento en Urgencias	No	91 (59,9)	433 (67,9)				
	Sí	61 (40,1)	205 (32,1)	1,41 (0,98-2,03)	0,061		
Tratamiento al alta	No	14 (9,2)	89 (13,9)				
	Sí	138 (90,8)	549 (86,1)	1,59 (0,88-2,89)	0,119		
Ingreso hospitalario	No	152 (100,0)	617 (96,7)				
	Sí	0 (0,0)	21 (3,3)	0,80 (0,77-0,83)	0,023		
Derivación a otros prof.	No	41 (27,0)	335 (52,9)				
	Sí	111 (73,0)	298 (47,1)	3,04 (2,05-4,49)	<0,001		
Dolor	No	33 (21,7)	298 (46,7)				
	Sí	119 (78,3)	340 (53,3)	3,16 (2,08-4,79)	<0,001	1,76 (1,09-2,82)	0,019
Fiebre	No	149 (98,0)	589 (92,3)				
	Sí	3 (2,0)	49 (7,7)	0,24 (0,07-0,78)	0,011	0,22 (0,06-0,76)	0,017
Hábitos tóxicos	No	98 (64,5)	501 (78,5)				
	Sí	54 (35,5)	137 (21,5)	2,01 (1,37-2,98)	<0,001	1,97 (1,27-3,04)	0,002
Hipertensión arterial	No	151 (99,3)	498 (78,1)				
	Sí	1 (0,7)	140 (21,9)	0,02 (0,01-0,17)	<0,001		
Diabetes mellitus	No	150 (98,7)	598 (93,7)				
	Sí	2 (1,3)	40 (6,3)	0,19 (0,04-0,83)	0,014		
Enfermedad cardiorresp.	No	123 (80,9)	458 (71,8)				
	Sí	29 (19,1)	180 (28,2)	0,60 (0,38-0,93)	0,022		

Desorden psiquiátrico	No	140 (92,1)	559 (87,6)				
	Sí	12 (7,9)	79 (12,4)	0,60 (0,32-1,14)	0,119		
Paciente anticoagulado	No	152 (100,0)	581 (91,1)				
	Sí	0 (0,0)	57 (8,9)	0,79 (0,76-0,82)	<0,001	0,00	0,997
Tto. Crónico antidepressivo	No	148 (97,4)	578 (90,6)				
	Sí	4 (2,6)	60 (9,4)	0,26 (0,09-0,72)	0,006		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	146 (96,1)	560 (87,8)				
	Sí	6 (3,9)	78 (12,2)	0,29 (0,12-0,69)	0,003	0,28 (0,11-0,73)	0,009
Tto. Crónico corticoide	No	152 (100,0)	620 (97,2)				
	Sí	0 (0,0)	18 (2,8)	0,80 (0,77-0,83)	0,036		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	150 (98,7)	624 (97,8)				
	Sí	2 (1,3)	14 (2,2)	0,59 (0,13-2,64)	0,490		
Patología dental	No	50 (32,9)	440 (69,0)				
	Sí	102 (67,1)	198 (31,0)	4,53 (3,10-6,61)	<0,001	2,70 (1,76-4,14)	<0,001
Infección de mucosas	No	144 (94,7)	545 (85,4)				
	Sí	8 (5,3)	93 (14,6)	0,32 (0,15-0,68)	0,002		
Traumatismos orales	No	137 (90,1)	534 (83,7)				
	Sí	15 (9,9)	104 (16,3)	0,56 (0,31-0,99)	0,046		
Lesiones mucosas	No	141 (92,8)	516 (80,9)				
	Sí	11 (7,2)	122 (19,1)	0,33 (0,17-0,62)	<0,001		
Sangrado oral	No	152 (100,0)	590 (92,5)				
	Sí	0 (0,0)	48 (7,5)	0,79 (0,76-0,82)	<0,001		
Patología ATM	No	143 (94,1)	612 (95,9)				
	Sí	9 (5,9)	26 (4,1)	1,58 (0,67-3,23)	0,320		
Patología de gl. salivales	No	147 (96,7)	592 (92,8)				
	Sí	5 (3,3)	46 (7,2)	0,43 (0,17-1,12)	0,077		

Tabla 86. Modelo de regresión logística. Grupo de 14-29 años frente al resto de grupos de edad

5.3.33. Patología dental frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años

En el análisis multivariante se relaciona la patología dental en el grupo de edad entre 14 y 29 años, con una mayor frecuencia de haber tenido intervención odontoestomatológica previa (OR=10,39; IC95%: 1,57-68,65; p=0,015), con una menor frecuencia de realización de pruebas complementarias (OR=0,24; IC95%: 0,09-0,64; p=0,005), con un mayor número de tratamientos en el propio servicio de urgencias (OR=5,64; IC95%: 2,05-15,50; p=0,001), con una mayor derivación a otros profesionales al alta (OR=9,90; IC95%: 3,79-25,88; p<0,001) y con una mayor existencia de dolor entre sus síntomas (OR=3,18; IC95%: 1,54-11,34; p=0,005) (Tabla 87).

		Patología dental		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		23,4 (3,9)*	21,8 (4,8)*	1,08 (1,00-1,18)	0,035		
Edad	≤ 20 a.	25 (24,5)	18 (36,0)				
	> 20 a.	77 (75,5)	32 (64,0)	1,73 (0,83-3,60)	0,139		
Sexo	Hombre	60 (58,8)	30 (60,0)				
	Mujer	42 (41,2)	20 (40,0)	1,05 (0,52-2,09)	0,890		
Horario	Día	52 (51,0)	32 (64,0)				
	Noche	50 (49,0)	18 (36,0)	1,70 (0,85-3,42)	0,129		
Acude por iniciativa propia	No	2 (2,0)	11 (22,0)				
	Sí	100 (98,0)	39 (78,0)	14,1 (2,98-66,53)	<0,001		
Consultas previas	No	63 (61,8)	31 (62,0)				
	Sí	39 (38,2)	19 (38,0)	1,01 (0,50-2,02)	0,978		
Tiempo de evolución	< 24 h.	36(45,0)	24 (51,1)				
	≥ 24 h.	44 (55,0)	23 (48,9)	1,17 (0,56-2,41)	0,569		
Intervención previa odontolog.	No	89 (87,3)	48 (96,0)				
	Sí	13 (12,7)	2 (4,0)	3,50 (0,75-16,18)	0,089	10,39 (1,57-68,65)	0,015
Tratamiento previo	No	37 (36,3)	28 (56,0)				
	Sí	65 (63,7)	22 (44,0)	2,23 (1,12-4,445)	0,021		
Pruebas complementarias	No	84 (82,4)	32 (64,0)				
	Sí	18 (17,6)	18 (36,0)	0,38 (0,17-0,82)	0,012	0,24 (0,09-0,64)	0,005
Tratamiento en Urgencias	No	50 (49,0)	41 (82,0)				
	Sí	52 (51,0)	9 (18,0)	4,73 (2,08-10,74)	0,001	5,64 (2,05-15,50)	0,001
Tratamiento al alta	No	7 (6,9)	7 (14,0)				
	Sí	95 (93,1)	43 (86,0)	2,21 (0,73-6,86)	0,153		
Derivación a otros prof.	No	13 (12,7)	28 (56,0)				
	Sí	89 (87,3)	22 (44,0)	8,71 (3,89-19,51)	<0,001	9,90 (3,79-25,88)	<0,001
Dolor	No	14 (13,7)	19 (38,0)				
	Sí	88 (86,3)	31 (62,0)	3,85 (1,72-8,59)	<0,001	3,18 (1,54-11,34)	0,005
Fiebre	No	100 (98,0)	49 (98,0)				
	Sí	2 (2,0)	1 (2,0)	0,98 (0,08-11,0)	0,987		
Hábitos tóxicos	No	59 (57,8)	39 (78,0)				
	Sí	43 (42,2)	11 (22,0)	2,58 (1,18-5,61)	0,015		
Enfermedad cardiorresp.	No	83 (81,4)	40 (80,0)				
	Sí	19 (18,6)	10 (20,0)	0,91 (0,39-2,15)	0,840		
Desorden psiquiátrico	No	97 (95,1)	43 (86,0)				
	Sí	5 (4,9)	7 (14,0)	0,31 (0,09-1,05)	0,051		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	98 (96,0)	48 (96,0)				
	Sí	4 (4,0)	2 (4,0)	0,98 (0,17-5,53)	0,173		

* Media (desviación estándar)

Tabla 87. Modelo de regresión logística. Patología dental en pacientes de 14-29 años

5.3.34. Infecciones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años

En el análisis multivariante se relacionan las infecciones mucosas con una menor frecuencia de haber acudido por iniciativa propia (OR=0,02; IC95%: 0,00-0,33; p=0,005), con menor indicación de tratamientos al alta (OR=0,07; IC95%: 0,01-0,91; p=0,043), con una menor existencia de dolor entre sus síntomas (OR=0,03; IC95%: 0,01-0,45; p=0,010), y con una mayor frecuencia de tratamiento crónico con benzodiacepinas (OR=144,11; IC95%: 4,20-4937,30; p=0,006) (Tabla 88).

		Infecciones mucosas		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		23,4 (3,9)*	22,1 (5,2)*	0,95 (0,81-1,12)	0,601		
Edad	≤ 20 a.	3 (37,5)	40 (27,8)				
	> 20 a.	5 (62,5)	104 (72,2)	0,64 (0,14-2,80)	0,688		
Sexo	Hombre	2 (25,0)	88 (61,1)				
	Mujer	6 (75,0)	56 (38,9)	4,71 (0,91-24,18)	0,063	6,41 (0,74-55,0)	0,090
Horario	Día	7 (87,5)	77 (53,5)				
	Noche	1 (12,5)	67 (47,5)	0,16 (0,02-1,36)	0,075		
Acude por iniciativa propia	No	3 (37,5)	10 (6,9)				
	Sí	5 (62,5)	134 (93,1)	0,12 (0,02-0,59)	0,022	0,02 (0,00-0,33)	0,005
Consultas previas	No	4 (50,0)	90 (62,5)				
	Sí	4 (50,0)	54 (37,5)	1,66 (0,40-6,93)	0,481		
Tiempo de evolución	< 24 h.	2 (25,0)	57 (47,9)				
	≥ 24 h.	6 (75,0)	62 (52,1)	2,75 (0,53-14,22)	0,283		
Intervención previa odontolog.	No	7 (87,5)	130 (90,3)				
	Sí	1 (12,5)	14 (9,7)	1,32 (0,15-11,75)	0,573		
Tratamiento previo	No	2 (25,0)	63 (43,8)				
	Sí	6 (75,0)	81 (56,2)	2,33 (0,45-11,95)	0,455		
Pruebas complementarias	No	5 (62,5)	111 (77,1)				
	Sí	3 (37,5)	33 (22,9)	2,01 (0,45-8,89)	0,395		
Tratamiento en Urgencias	No	6 (75,0)	85 (59,0)				
	Sí	2 (25,0)	59 (41,0)	0,48 (0,09-2,46)	0,475		
Tratamiento al alta	No	2 (25,0)	12 (8,3)				
	Sí	6 (75,0)	132 (91,7)	0,27 (0,05-1,50)	0,160	0,07 (0,01-0,91)	0,043
Derivación a otros prof.	No	4 (50,0)	37 (25,7)				
	Sí	4 (50,0)	107 (74,3)	0,34 (0,08-1,45)	0,212		
Dolor	No	6 (75,0)	27 (18,8)				
	Sí	2 (25,0)	117 (81,2)	0,07 (0,01-0,40)	0,001	0,03 (0,01-0,45)	0,010
Fiebre	No	8 (100,0)	141 (97,9)				
	Sí	0 (0,0)	3 (2,1)	0,97 (0,95-1,003)	1,000		
Hábitos tóxicos	No	7 (87,5)	91 (63,2)				
	Sí	1 (12,5)	53 (36,8)	0,24 (0,02-2,04)	0,261		
Enfermedad cardiorresp.	No	8 (100,0)	115 (79,9)				
	Sí	0 (0,0)	29 (20,1)	0,79 (0,73-0,86)	0,354		
Desorden psiquiátrico	No	5 (62,5)	135 (93,8)				
	Sí	3 (37,5)	9(6,2)	9,0 (1,84-43,8)	0,017		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	6 (75,0)	140 (97,2)				
	Sí	2 (25,0)	4 (2,8)	11,66 (1,77-76,75)	0,033	144,11 (4,2-4937,3)	0,006

*Media (desviación estándar)

Tabla 88. Modelo de regresión logística. Infecciones mucosas en pacientes de 14-29 años

5.3.35. Traumatismos orales frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años

En el análisis multivariante se relacionan los traumatismos orales con una menor frecuencia de haber acudido por iniciativa propia (OR=0,02; IC95%: 0,00-0,86; p=0,042), con una menor frecuencia de tratamientos tanto previos realizados para dicha patología (OR=0,01; IC95%: 0,00-0,31; p=0,009) como al alta (OR=0,01; IC95%: 0,00-0,18; p=0,003), y con una menor derivación a otros profesionales al alta (OR=0,03; IC95%: 0,00-0,31; p=0,004) (Tabla 89).

		Traumatismos orales		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		21,4 (3,9)*	23,0 (4,3)*	0,92 (0,81-1,03)	0,179		
Edad	≤ 20 a.	6 (40,0)	37 (27,0)				
	> 20 a.	9 (60,0)	100 (73,0)	0,55 (0,18-1,66)	0,365		
Sexo	Hombre	11 (73,3)	79 (57,7)				
	Mujer	4 (26,7)	58 (42,3)	0,55 (0,15-1,63)	0,241		
Horario	Día	9 (60,0)	75 (54,7)				
	Noche	6 (40,0)	62 (45,3)	0,80 (0,27-2,39)	0,698		
Acude por iniciativa propia	No	3 (20,0)	10 (7,3)				
	Sí	12 (80,0)	127 (92,7)	0,31 (0,07-1,30)	0,095	0,02 (0,00-0,86)	0,042
Consultas previas	No	12 (80,0)	82 (59,9)				
	Sí	3 (20,0)	55 (40,1)	0,37(0,10-1,38)	0,127		
Tiempo de evolución	< 24 h.	12 (80,0)	47 (42,0)				
	≥ 24 h.	3 (20,0)	65 (58,0)	0,18 (0,04-0,67)	0,011	0,09 (0,01-11,5)	0,061
Intervención previa odontolog.	No	15 (100,0)	122 (89,1)				
	Sí	0 (0,0)	15 (10,9)	0,89 (0,84-0,94)	0,364		
Tratamiento previo	No	14 (93,3)	51 (37,2)				
	Sí	1 (6,7)	86 (62,8)	0,04 (0,01-0,33)	<0,001	0,01 (0,00-0,31)	0,009
Pruebas complementarias	No	10(66,7)	106 (77,4)				
	Sí	5 (33,3)	31 (22,6)	1,71 (0,54-5,37)	0,350		
Tratamiento en Urgencias	No	11 (73,3)	80 (58,4)				
	Sí	4 (26,7)	57 (41,6)	0,51 (0,15-1,68)	0,406		
Tratamiento al alta	No	3 (20,0)	11 (8,0)				
	Sí	12 (80,0)	126 (92,0)	0,34 (0,08-1,52)	0,145	0,01 (0,00-0,18)	0,003
Derivación a otros prof.	No	12 (80,0)	29 (21,2)				
	Sí	3 (20,0)	108 (78,8)	0,06 (0,01-0,25)	<0,001	0,03 (0,00-0,31)	0,004
Dolor	No	8 (53,3)	25 (18,2)				
	Sí	7 (46,7)	112 (81,8)	0,19 (0,06-0,58)	0,005		
Fiebre	No	15 (100,0)	134 (97,8)				
	Sí	0 (0,0)	3 (2,2)	0,97 (0,95-1,00)	0,563		
Hábitos tóxicos	No	11 (73,3)	87 (63,5)				
	Sí	4 (26,7)	50 (36,5)	0,63 (0,19-2,09)	0,575		
Enfermedad cardiorresp.	No	11 (73,3)	112 (81,8)				
	Sí	4 (26,7)	25 (18,2)	1,62 (0,48-5,53)	0,488		
Desorden psiquiátrico	No	12 (80,0)	128 (93,4)				
	Sí	3 (20,0)	9 (6,6)	3,55 (0,84-14,92)	0,099		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	15 (100,0)	131 (95,6)				
	Sí	0 (0,0)	6 (4,4)	0,96 (0,92-0,99)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 89. Modelo de regresión logística. Traumatismos orales en pacientes de 14-29 años

5.3.36. Lesiones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años

En el análisis multivariante se relacionan las lesiones mucosas con un menor porcentaje de pacientes que son derivados a otros profesionales al alta (OR=0,23; IC95%: 0,06-0,95; p=0,042) (Tabla 90).

		Lesiones mucosas		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		22,9 (5,5)*	22,9 (4,2)*	1,00 (0,86-1,15)	0,995		
Edad	≤ 20 a.	3 (27,3)	40 (28,4)				
	> 20 a.	8 (72,7)	101 (71,6)	1,05 (0,26-4,18)	1,000		
Sexo	Hombre	9 (81,8)	81 (57,4)				
	Mujer	2 (18,2)	60 (42,6)	0,30 (0,06-1,43)	0,201		
Horario	Día	6 (54,5)	78 (55,3)				
	Noche	5 (45,5)	63 (44,7)	1,03 (0,30-3,53)	1,000		
Acude por iniciativa propia	No	3 (27,3)	10 (7,1)				
	Sí	8 (72,7)	131 (92,9)	0,20 (0,04-0,88)	0,054	0,22 (0,05-1,02)	0,054
Consultas previas	No	4 (36,4)	90 (63,8)				
	Sí	7 (63,6)	51 (36,2)	3,08 (0,86-11,05)	0,105		
Tiempo de evolución	< 24 h.	5 (45,5)	54 (46,6)				
	≥ 24 h.	6 (54,5)	62 (53,4)	1,04 (0,30-3,61)	0,944		
Intervención previa odontolog.	No	11 (100)	126 (89,4)				
	Sí	0 (0,0)	15 (10,6)	0,89 (0,84-0,94)	0,603		
Tratamiento previo	No	2 (18,2)	63 (44,7)				
	Sí	9 (81,8)	78 (55,3)	3,63 (0,75-17,43)	0,117	5,48 (0,98-30,48)	0,054
Pruebas complementarias	No	9 (81,8)	107 (75,9)				
	Sí	2 (18,2)	34 (24,1)	0,69 (0,14-3,39)	1,000		
Tratamiento en Urgencias	No	9 (81,8)	82 (58,2)				
	Sí	2 (18,2)	59 (41,8)	0,30 (0,06-1,48)	0,201		
Tratamiento al alta	No	0 (0,0)	14 (9,9)				
	Sí	11 (100)	127 (90,1)	0,90 (0,85-0,95)	0,600		
Derivación a otros prof.	No	5 (45,5)	36 (25,5)				
	Sí	6 (54,5)	105 (74,5)	0,41 (0,11-1,43)	0,168	0,23 (0,06-0,95)	0,042
Dolor	No	3 (27,3)	30 (21,3)				
	Sí	8 (72,7)	111 (78,7)	0,72 (0,18-2,88)	0,705		
Fiebre	No	11 (100)	138 (97,9)				
	Sí	0 (0,0)	3 (2,1)	0,97 (0,95-1,00)	1,000		
Hábitos tóxicos	No	7 (63,6)	91 (64,5)				
	Sí	4 (36,4)	50 (35,5)	1,04 (0,29-3,72)	1,000		
Enfermedad cardiorresp.	No	7 (63,6)	116 (82,3)				
	Sí	4 (36,4)	25 (17,7)	2,65 (0,72-9,75)	0,222		
Desorden psiquiátrico	No	11 (100)	129 (91,5)				
	Sí	0 (0,0)	12 (8,5)	0,91 (0,87-0,96)	0,602		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	11 (100)	135 (95,7)				
	Sí	0 (0,0)	6 (4,3)	0,95 (0,92-0,99)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 90. Modelo de regresión logística. Lesiones mucosas en pacientes de 14-29 años

5.3.37. Patología de ATM frente al resto de patologías en grupo de edad 14-29 años

En el análisis multivariante de pacientes de 14-29 años, se relaciona la patología de la ATM con una mayor frecuencia de realización de pruebas complementarias (OR=4,90; IC95%: 1,17-20,55; p=0,030), y con una menor derivación a otros profesionales al alta (OR=0,15; IC95%: 0,03-0,66; p=0,012) (Tabla 91).

		Patología ATM		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		22,5 (5,9)*	22,9 (4,2)*	0,98 (0,84-1,14)	0,804		
Edad	≤ 20 a.	3 (33,3)	40 (28,0)				
	> 20 a.	6 (66,7)	103 (72,0)	0,77 (0,18-3,25)	0,713		
Sexo	Hombre	5 (55,6)	85 (59,4)				
	Mujer	4 (44,4)	58 (40,6)	1,17 (0,30-4,55)	1,000		
Horario	Día	6 (66,7)	78 (54,5)				
	Noche	3 (33,3)	65 (45,5)	0,60 (1,14-2,49)	0,732		
Acude por iniciativa propia	No	1 (11,1)	12 (8,4)				
	Sí	8 (88,9)	131 (91,6)	0,73 (0,08-6,36)	0,563		
Consultas previas	No	7 (77,8)	87 (60,8)				
	Sí	2 (22,2)	56 (39,2)	0,44 (0,08-2,21)	0,484		
Tiempo de evolución	< 24 h.	2 (25,0)	57 (47,9)				
	≥ 24 h.	6 (75,0)	62 (52,1)	2,75 (0,53-14,22)	0,283		
Intervención previa odontolog.	No	9 (100,0)	128 (89,5)				
	Sí	0 (0,0)	15 (10,5)	0,89 (0,84-0,94)	0,600		
Tratamiento previo	No	5 (55,6)	60 (42,0)				
	Sí	4 (44,4)	83 (58,0)	0,57 (0,14-2,24)	0,498		
Pruebas complementarias	No	4 (44,4)	112 (78,3)				
	Sí	5 (55,6)	31 (21,7)	4,51 (1,14-17,83)	0,035	4,90 (1,17-20,55)	0,030
Tratamiento en Urgencias	No	9 (100,0)	82 (57,3)				
	Sí	0 (0,0)	61 (42,7)	0,57 (0,49-0,66)	0,011		
Tratamiento al alta	No	1 (11,1)	13 (9,1)				
	Sí	8 (88,9)	130 (90,9)	0,80 (0,09-6,90)	0,591		
Derivación a otros prof.	No	6 (66,7)	35 (24,5)				
	Sí	3 (33,3)	108 (75,5)	0,16 (0,03-0,68)	0,012	0,15 (0,03-0,66)	0,012
Dolor	No	0 (0,0)	33 (23,1)				
	Sí	9 (100,0)	110 (76,9)	0,76 (0,70-0,84)	0,207		
Fiebre	No	9 (100,0)	140 (97,9)				
	Sí	0 (0,0)	3 (2,1)	0,97 (0,95-1,00)	1,000		
Hábitos tóxicos	No	9 (100,0)	89 (62,2)				
	Sí	0 (0,0)	54 (37,8)	0,62 (0,54-0,70)	0,027		
Enfermedad cardiorresp.	No	7 (77,8)	116 (81,1)				
	Sí	2 (22,2)	27 (18,9)	1,22 (0,24-6,24)	0,681		
Desorden psiquiátrico	No	8 (88,9)	132 (92,3)				
	Sí	1 (11,1)	11 (7,7)	1,50 (0,17-13,11)	0,533		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	9 (100,0)	137 (95,8)				
	Sí	0 (0,0)	6 (4,2)	0,95 (0,92-0,99)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 91. Modelo de regresión logística. Patología de ATM en pacientes de 14-29 años

5.4. Grupo de edad de 30-59 años

Se registraron 279 casos de pacientes de edades comprendidas entre 30 y 59 años.

Suponen un 35,316% de las urgencias de origen odontoestomatológico.

5.4.1. Edad

La edad media fue de 43,58 años (de=9,077).

Dentro de este grupo de edad, el mayor porcentaje de consultas fue de pacientes de 45 años o menores, con un 55,9% (Tabla 92; Figura 82).

Edad	Frecuencia	Porcentaje
≤45 años	156	55,9
>45 años	123	44,1
Total	279	100,0

Tabla 92. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 30-59 años

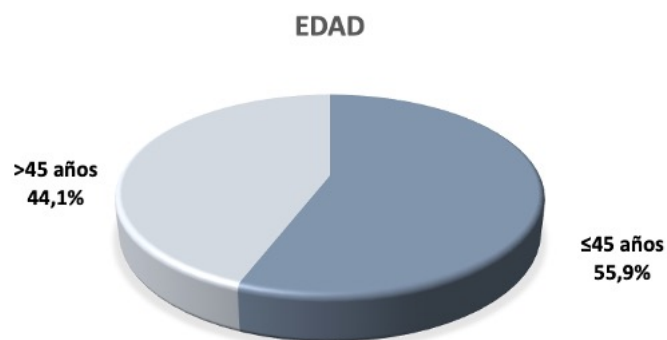


Figura 82. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de 30-59 años

5.4.2. Sexo

El 64,2% de los pacientes de edades comprendidas entre 30 y 59 años que consultaron, fueron hombres (Tabla 93; Figura 83).

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	179	64,2
Mujer	100	35,8
Total	279	100,0

Tabla 93. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 30-59 años

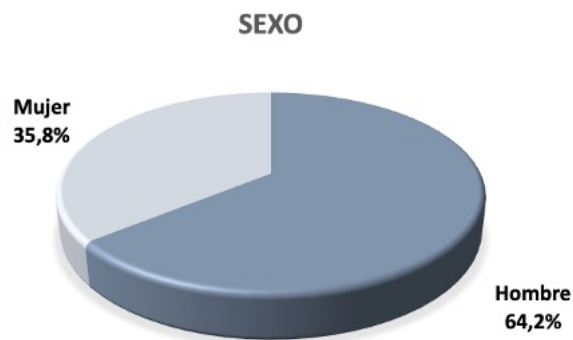


Figura 83. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de 30-59 años

5.4.3. Horario

El 66,3% de los pacientes de edades entre 30 y 59 años, acudieron en horario diurno (de 8:00 a 20:59 horas) (Tabla 94; Figura 84).

Horario	Frecuencia	Porcentaje
Horario diurno	185	66,3
Horario nocturno	94	33,7
Total	279	100,0

Tabla 94. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 30-59 años



Figura 84. Distribución de la muestra por horario en el grupo de 30-59 años

5.4.4. Acude por iniciativa propia

El 86,7% de los pacientes que consultaron por patología odontoestomatológica lo hicieron sin haber sido derivados al servicio por otro profesional sanitario (Tabla 95; Figura 85).

Acude por iniciativa propia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	242	86,7
No	37	13,3
Total	279	100,0

Tabla 95. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 30-59 años

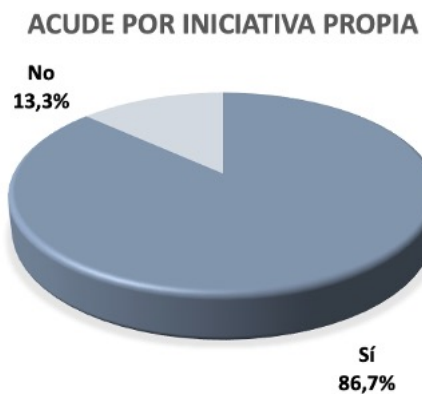


Figura 85. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de 30-59 años

5.4.5. Derivación por profesional

El 94,6% de los pacientes que no acuden por iniciativa propia son derivados por un médico de Atención Primaria, bien sea de consulta ordinaria de Centro de Salud, de PAC o de SUAP (Tabla 96; Figura 86).

Derivado por	Frecuencia	Porcentaje
Médico de Atención Primaria	35	94,6
Odontoestomatólogo	2	5,4
Total	37	100,0

Tabla 96. Distribución de la muestra por profesional que deriva al paciente cuando no acude por iniciativa propia en el grupo de 30-59 años



Figura 86. Distribución de la muestra por profesional que deriva al paciente cuando no acude por iniciativa propia en el grupo de 30-59 años

5.4.6. Consultas previas

El 43,7% de los pacientes ya habían consultado previamente por el mismo motivo con otros facultativos (Tabla 97; Figura 87).

Consultas previas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	122	43,7
No	157	56,3
Total	279	100,0

Tabla 97. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 30-59 años



Figura 87. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de 30-59 años

5.4.7. Profesionales consultados

Cuando ha existido consulta por el mismo motivo, previa a la asistencia al servicio de urgencias hospitalario, el profesional con el que más frecuentemente se realizan es el médico de Atención Primaria, con el 64,8% de las consultas (Tabla 98; Figura 88).

Profesionales consultados	Frecuencia	Porcentaje
Médico de Atención Primaria	79	64,8
Servicio de Urgencias Hospitalario	34	27,9
Odontostomatólogo	23	18,9
Otros	8	6,6

Tabla 98. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 30-59 años

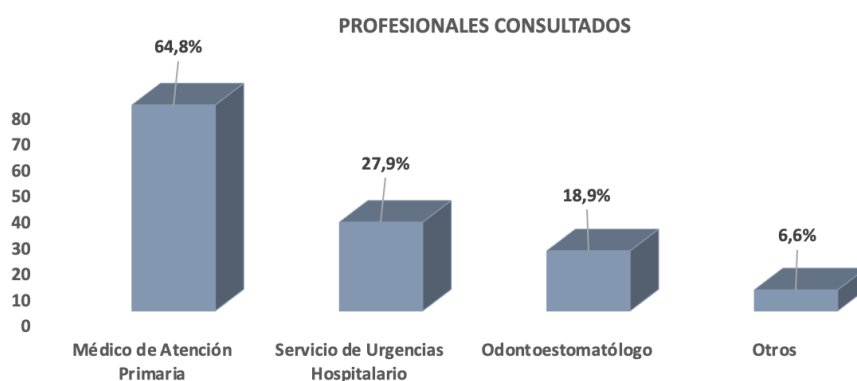


Figura 88. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de 30-59 años

5.4.8. Tiempo de evolución

El 67,5% presentaban la clínica que motivó la consulta desde al menos 24 horas antes. En 39 casos, no se registró en la historia clínica dicho tiempo de evolución (Tabla 99; Figura 89).

Tiempo de evolución	Frecuencia	Porcentaje
<24 horas	78	32,5
≥24 horas	162	67,5
Total	240	100,0

Tabla 99. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 30-59 años



Figura 89. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de 30-59 años

5.4.9. Intervención operatoria odontoestomatológica previa

Sólo un 10,8% de los pacientes, había tenido una intervención odontoestomatológica previa a la consulta (Tabla 100; Figura 90).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	10,8
No	249	89,2
Total	279	100,0

Tabla 100. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 30-59 años



Figura 90. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 30-59 años

5.4.10. Tipo de intervención odontoestomatológica previa

Cuando existió una intervención odontoestomatológica previa a la consulta urgente en pacientes entre 30 y 59 años, las más frecuentes fueron las exodoncias (65,5%) (Tabla 101; Figura 91).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Exodoncia	19	65,5
Conservadora	7	24,1
Otra	3	10,3

Tabla 101. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 30-59 años

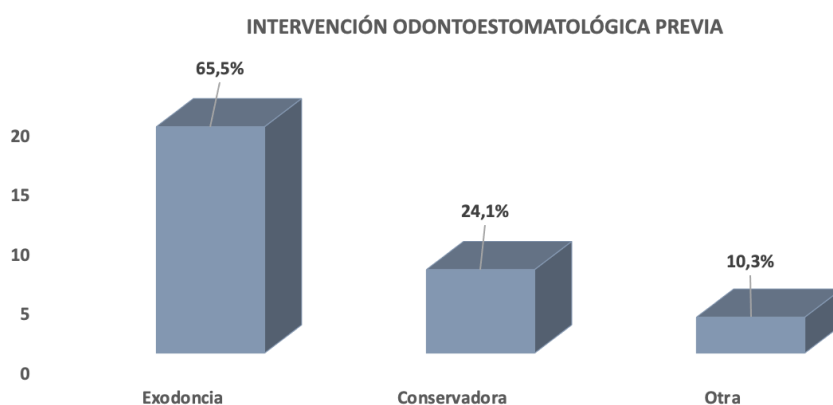


Figura 91. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de 30-59 años

5.4.11. Tratamiento previo

Un 54,8% de los pacientes ya habían realizado algún tipo de tratamiento para el motivo de la consulta (Tabla 102; Figura 92).

Tratamiento previo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	153	54,8
No	126	45,2
Total	279	100,0

Tabla 102. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 30-59 años



Figura 92. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de 30-59 años

5.4.12. Pruebas complementarias

Al 30,5% de los pacientes les fue realizada algún tipo de prueba complementaria con fines diagnósticos (Tabla 103; Figura 93).

Pruebas complementarias	Frecuencia	Porcentaje
Sí	85	30,5
No	194	69,5
Total	279	100,0

Tabla 103. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 30-59 años

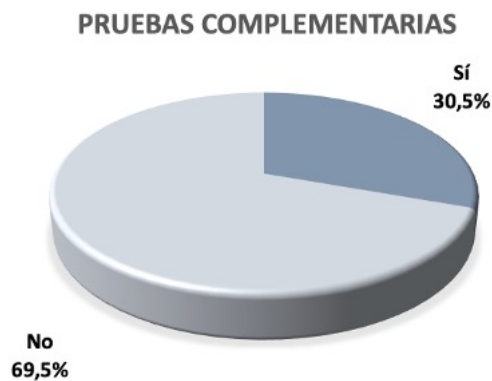


Figura 93. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de 30-59 años

5.4.13. Tratamiento en el servicio de urgencias

El 39,8% de los pacientes recibió algún tratamiento para la patología diagnosticada, en el propio servicio de urgencias (Tabla 104; Figura 94).

Tratamiento en el SUH	Frecuencia	Porcentaje
Sí	111	39,8
No	168	60,2
Total	279	100,0

Tabla 104. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 30-59 años



Figura 94. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de 30-59 años

5.4.14. Tratamiento al alta

El 88,9% de los pacientes recibieron una pauta terapéutica al alta (Tabla 105; Figura 95).

Tratamiento al alta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	248	88,9
No	31	11,1
Total	279	100,0

Tabla 105. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 30-59 años



Figura 95. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de 30-59 años

5.4.15. Ingreso hospitalario

Sólo un 2,2% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario para el manejo de su patología (Tabla 106; Figura 96).

Ingreso hospitalario	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	2,2
No	273	97,8
Total	279	100,0

Tabla 106. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de 30-59 años

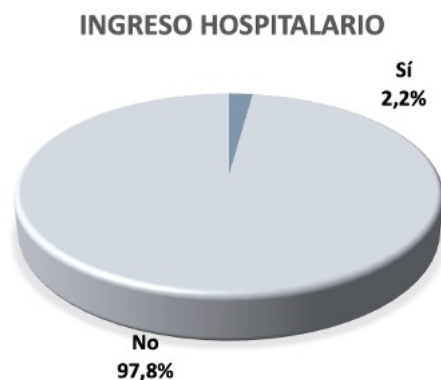


Figura 96. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de 30-59 años

5.4.16. Derivación a otros profesionales

Un 70,1% de los pacientes fueron derivados a otros profesionales médicos para el seguimiento de su patología. Se registraron 5 casos perdidos para esta variable (Tabla 107; Figura 97).

Derivación a otros profesionales	Frecuencia	Porcentaje
Sí	192	70,1
No	82	29,9
Total	274	100,0

Tabla 107. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 30-59 años



Figura 97. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de 30-59 años

5.4.17. Profesionales a derivar

El odontoestomatólogo es el profesional con mayor número de derivaciones desde el servicio de urgencias, con 64,1% de las registradas (Tabla 108; Figura 98).

Profesionales a derivar	Frecuencia	Porcentaje
Odontoestomatólogo	123	64,1
Otorrinolaringólogo	38	19,8
Cirujano maxilofacial	22	11,5
Otros	9	4,7

Tabla 108. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 30- 59 años

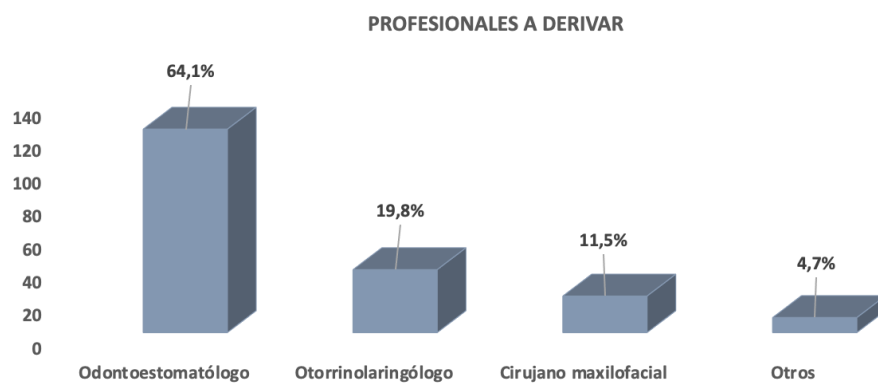


Figura 98. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de 30- 59 años

5.4.18. Dolor

El 66,3% de los pacientes mostraron dolor entre sus síntomas (Tabla 109; Figura 99).

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Sí	185	66,3
No	94	33,7
Total	279	100,0

Tabla 109. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 30-59 años

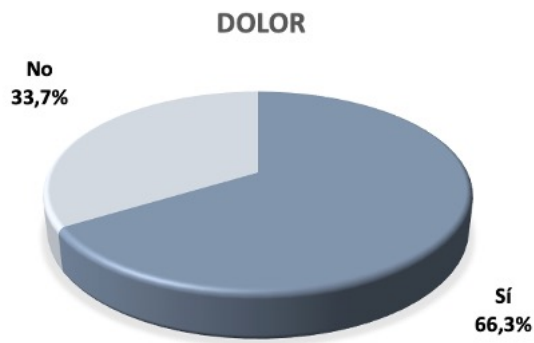


Figura 99. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de 30-59 años

5.4.19. Fiebre

Sólo el 3,9% de los pacientes de este grupo de edad, presentó fiebre (Tabla 110; Figura 100).

Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	3,9
No	268	96,1
Total	279	100,0

Tabla 110. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 30-59 años

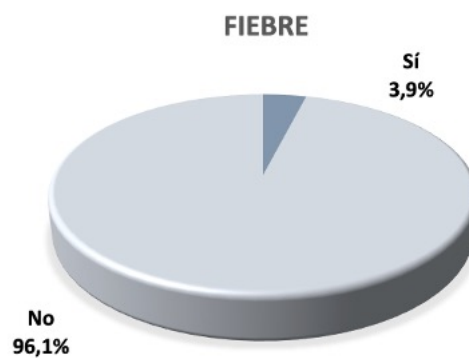


Figura 100. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de 30-59 años

5.4.20. Diagnóstico al alta

Dentro de este grupo de edad, la patología más frecuente en el diagnóstico al alta fue la de origen dental con un 49,8%, seguida, aunque en menor porcentaje, de las lesiones mucosas (16,8%) y patología de glándulas salivales (11,5%) (Tabla 111; Figura 101).

Diagnóstico al alta	Frecuencia	Porcentaje
Patología dental	139	49,8
Lesiones mucosas	47	16,8
Patología glándulas salivales	32	11,5
Traumatismos orales	21	7,5
Patología ATM	17	6,1
Infecciones mucosas	13	4,7
Sangrado oral	9	3,2
Cuerpos extraños	1	0,4
Total	279	100,0

Tabla 111. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 30-59 años

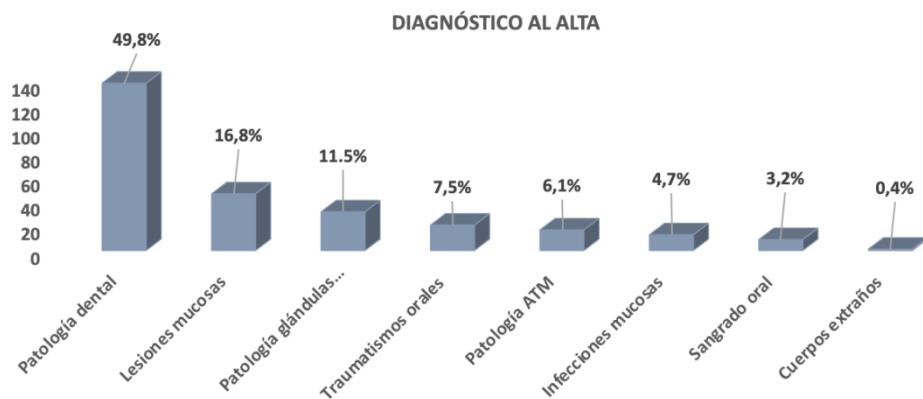


Figura 101. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de 30-59 años

5.4.21. Hábitos tóxicos

Se registró un 38,7% de pacientes que reconocieron algún hábito tóxico (Tabla 112; Figura 102).

Hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	108	38,7
No	171	61,3
Total	279	100,0

Tabla 112. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de 30-59 años



Figura 102. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de 30-59 años

5.4.22. Tipo de hábito tóxico

El hábito tóxico más frecuentemente registrado es el consumo de tabaco, con un 33,3% de pacientes fumadores (Tabla 113; Figura 103).

Tipo de hábito tóxico	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	93	33,3
Alcohol	29	10,4
Drogas	6	2,2

Tabla 113. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de 30-59 años

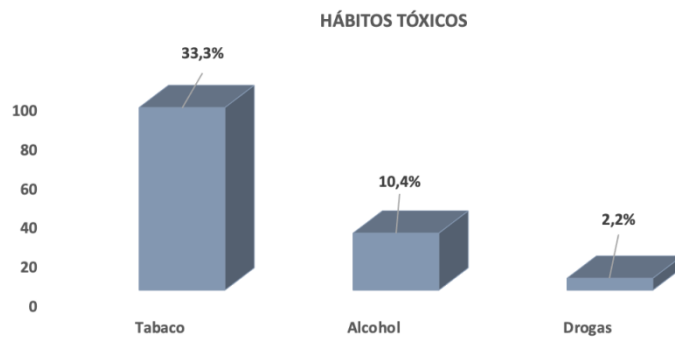


Figura 103. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de 30-59 años

5.4.23. Hipertensión arterial

El 11,8% de los pacientes estaban diagnosticados de hipertensión arterial (Tabla 114; Figura 104).

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Sí	33	11,8
No	246	88,2
Total	279	100,0

Tabla 114. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de 30-59 años

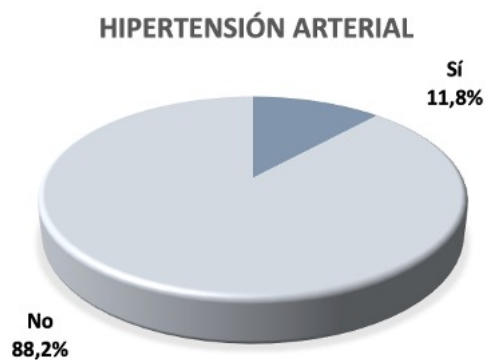


Figura 104. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de 30-59 años

5.4.24. Diabetes mellitus

El 5,4% de los pacientes presentaron diabetes mellitus entre sus antecedentes personales (Tabla 115; Figura 105).

Diabetes mellitus	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	5,4
No	264	94,6
Total	279	100,0

Tabla 115. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de 30-59 años

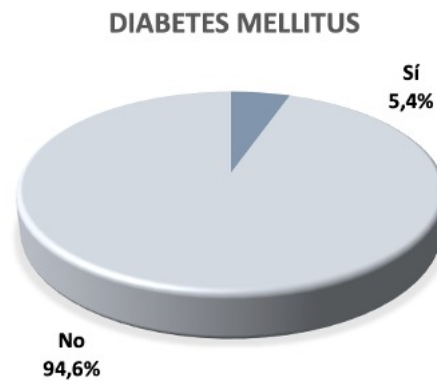


Figura 105. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de 30-59 años

5.4.25. Enfermedad cardiorrespiratoria

El 19,0% de los pacientes tenían antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria (Tabla 116; Figura 106).

Enfermedad cardiorrespiratoria	Frecuencia	Porcentaje
Sí	53	19,0
No	226	81,0
Total	279	100,0

Tabla 116. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 30-59 años

ENFERMEDAD CARDIORRESPIRATORIA

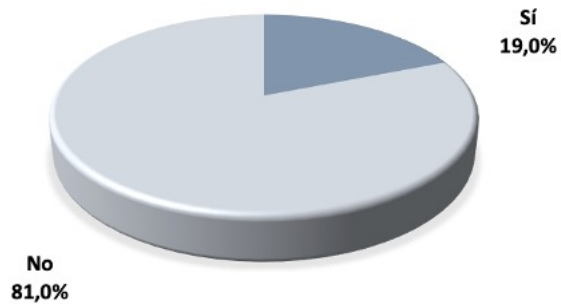


Figura 106. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de 30-59 años

5.4.26. Desórdenes psiquiátricos

El 15,1% de los pacientes tenían antecedentes de desórdenes psiquiátricos (Tabla 117; Figura 107).

Desórdenes psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	42	15,1
No	237	84,9
Total	279	100,0

Tabla 117. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 30-59 años

DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS

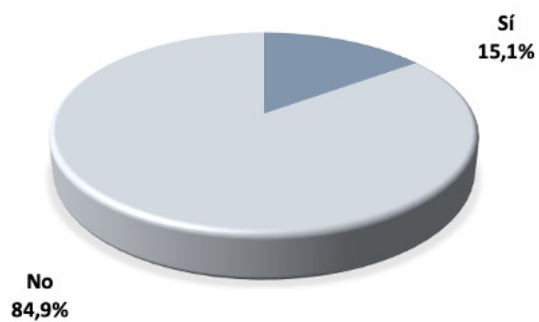


Figura 107. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de 30-59 años

5.4.27. Tratamiento con anticoagulantes

El 1,8% de los pacientes realizaban tratamiento con anticoagulantes orales (Tabla 118; Figura 108).

Tratamiento con anticoagulantes	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	1,8
No	274	98,2
Total	279	100,0

Tabla 118. Distribución de la muestra por tratamiento con anticoagulantes en el grupo de 30-59 años

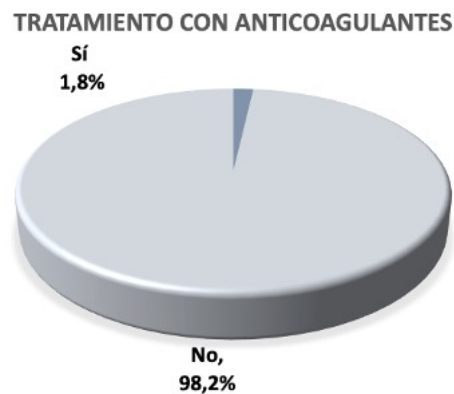


Figura 108. Distribución de la muestra por tratamiento con anticoagulantes en el grupo de 30-59 años

5.4.28. Tratamiento psiquiátrico

El 9,0% de los pacientes estaban a tratamiento farmacológico para desórdenes psiquiátricos (Tabla 119; Figura 109).

Tratamiento psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	25	9,0
No	254	91,0
Total	279	100,0

Tabla 119. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de 30-59 años

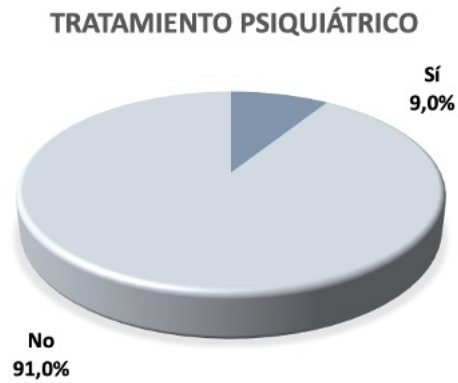


Figura 109. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de 30-59 años

5.4.29. Tratamiento con benzodiazepinas

El 11,5% de los pacientes realizaban tratamiento con benzodiazepinas (Tabla 120; Figura 110).

Tratamiento con BZD	Frecuencia	Porcentaje
Sí	32	11,5
No	247	88,5
Total	279	100,0

Tabla 120. Distribución de la muestra por tratamiento con BZD en el grupo de 30-59 años



Figura 110. Distribución de la muestra por tratamiento con BZD en el grupo de 30-59 años

5.4.30. Tratamiento con corticoides

El 2,5% de los pacientes realizaban tratamiento con corticoides (Tabla 121; Figura 111).

Tratamiento con corticoides	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	2,5
No	272	97,5
Total	279	100,0

Tabla 121. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides en el grupo de 30-59 años

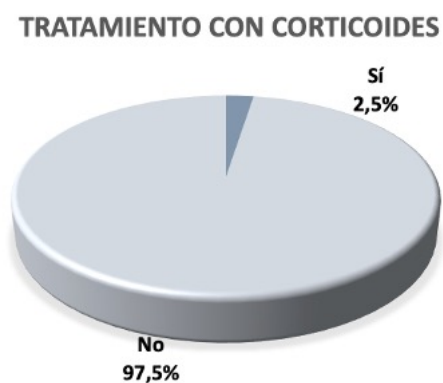


Figura 111. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides en el grupo de 30-59 años

5.4.31. Tratamiento con inmunosupresores

El 3,6% de los pacientes realizaban tratamiento con inmunosupresores en el grupo de 30-59 años (Tabla 122; Figura 112).

Tratamiento con inmunosupresores	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	3,6
No	269	96,4
Total	152	100,0

Tabla 122. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de 30-59 años

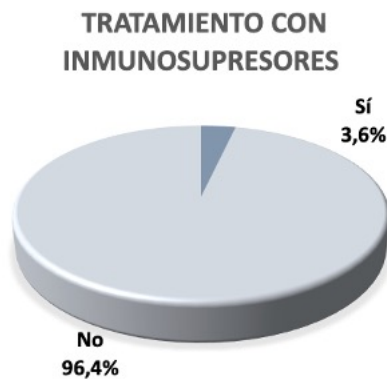


Figura 112. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de 30-59 años

5.4.32. Grupo de edad de 30-59 años frente al resto de grupos

Al analizar el grupo de edad de 30 a 59 años frente al resto de grupos, se observó un mayor porcentaje de pacientes con tiempo de evolución de su patología, mayor de 24 horas (OR=1,77; IC95%: 1,20-2,61; p=0,004), un mayor porcentaje de realización de tratamientos en el Servicio de Urgencias (OR=1,66; IC95%: 1,13-2,44, p<0,010), una mayor derivación a otros profesionales al alta (OR=2,10; IC95%: 1,39-3,16; p<0,001), una mayor existencia de hábitos tóxicos en dichos pacientes (OR=2,36; IC95%: 1,55-2,58; p<0,001), una mayor existencia de hipertensión arterial (OR=0,55; IC95%: 0,31-0,96; p=0,037) y de enfermedades cardiorrespiratorias entre sus antecedentes personales (OR=0,57; IC95%: 0,36-0,91; p=0,018). Así mismo, se objetiva menor porcentaje de pacientes anticoagulados (OR=0,12; IC95%: 0,03-0,43; p=0,001). En cuanto a la patología que generó la consulta se constata mayor porcentaje de patología dental (OR=1,82; IC95%: 1,15-2,89; p=0,010) y menor de infecciones mucosas y traumatismos orales (OR=0,19; IC95%: 0,09-0,42; p<0,001 y OR=0,34; IC95%: 0,18-0,62; p=0,001, respectivamente) (Tabla 123).

		30-59 años (%)	Resto (%)	Modelo univariante		Modelo multivariante	
				OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Sexo	Hombre	179 (64,2)	285 (55,8)				
	Mujer	100 (35,8)	226 (44,2)	0,70 (0,52-0,95)	0,022		
Horario	Día	185 (66,3)	341 (66,7)				
	Noche	94 (33,7)	170 (33,3)	1,01 (0,74-1,38)	0,904		
Acude por iniciativa propia	No	37 (13,3)	62 (12,2)				
	Sí	242 (86,7)	449 (87,8)	0,90 (0,58-1,40)	0,669		
Consultas previas	No	157 (56,3)	343 (67,1)				
	Sí	122 (43,7)	168 (32,9)	1,58 (1,17-2,14)	0,002		
Tiempo de evolución	<24h	78 (32,5)	223 (50,9)				
	≥24h	162 (67,5)	215 (49,1)	2,15 (1,55-2,99)	<0,001	1,77 (1,20-2,61)	0,004
Intervención previa odontolog.	No	249 (89,2)	460 (90,0)				
	Sí	30 (10,8)	51 (10,0)	1,08 (0,67-1,75)	0,732		
Tratamiento previo	No	126 (45,2)	302 (59,1)				
	Sí	153 (54,8)	209 (40,9)	1,75 (1,30-2,35)	<0,001		
Pruebas complementarias	No	194 (69,5)	357 (69,9)				
	Sí	85 (30,5)	154 (30,1)	1,01 (0,74-1,39)	0,923		
Tratamiento en Urgencias	No	168 (60,2)	356 (69,7)				
	Sí	111 (39,8)	155 (30,3)	1,51 (1,11-2,05)	0,007	1,66 (1,13-2,44)	0,010
Tratamiento al alta	No	31 (11,1)	72 (14,1)				
	Sí	248 (88,9)	439 (85,9)	1,31 (0,83-2,05)	0,235		
Ingreso hospitalario	No	273 (97,8)	496 (97,1)				
	Sí	6 (2,2)	15 (2,9)	0,72 (0,27-1,89)	0,512		
Derivación a otros prof.	No	82 (29,9)	294 (57,5)				
	Sí	192 (70,1)	217 (42,5)	3,17 (2,32-4,33)	<0,001	2,10 (1,39-3,16)	<0,001
Dolor	No	94 (33,7)	237 (46,4)				
	Sí	185 (66,3)	274 (53,6)	1,70 (1,25-2,30)	0,001		
Fiebre	No	268 (96,1)	470 (92,0)				
	Sí	11 (3,9)	41 (8,0)	0,47 (0,23-0,93)	0,027		
Hábitos tóxicos	No	171 (61,3)	428 (83,8)				
	Sí	108 (38,7)	83 (16,2)	3,25 (2,32-4,56)	<0,001	2,36 (1,55-2,58)	<0,001
Hipertensión arterial	No	246 (88,2)	403 (78,9)				
	Sí	33 (11,8)	108 (21,1)	0,50 (0,32-0,76)	0,001	0,55 (0,31-0,96)	0,037
Diabetes mellitus	No	264 (94,6)	484 (94,7)				
	Sí	15 (5,4)	27 (5,3)	1,01 (0,53-1,94)	0,956		
Enfermedad cardiorresp.	No	226 (81,0)	355 (69,5)				
	Sí	53 (19,0)	156 (30,5)	0,53 (0,37-0,76)	<0,001	0,57 (0,36-0,91)	0,018
Desorden psiquiátrico	No	237 (84,9)	462 (90,4)				
	Sí	42 (15,1)	49 (9,6)	1,67 (1,07-2,59)	0,021	1,77 (1,00-3,15)	0,050
Paciente anticoagulado	No	274 (98,2)	459 (89,8)				
	Sí	5 (1,8)	52 (10,2)	0,16 (0,06-0,40)	<0,001	0,12 (0,03-0,43)	0,001
Tto. Crónico antidepressivo	No	254 (91,0)	472 (92,4)				
	Sí	25 (9,0)	39 (7,6)	1,19 (0,70-2,01)	0,513		
Tto. Crónico benzodicepina	No	247 (88,5)	459 (89,8)				
	Sí	32 (11,5)	52 (10,2)	1,14 (0,71-1,82)	0,573		
Tto. Crónico Corticoide	No	272 (97,5)	500 (97,8)				
	Sí	7 (2,5)	11 (2,2)	1,17 (0,44-3,05)	0,748		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	269 (96,4)	505 (98,8)				
	Sí	10 (3,6)	6 (1,2)	3,12 (1,12-8,70)	0,022	3,67 (0,89-15,15)	0,071
Patología dental	No	140 (50,2)	350 (68,5)				
	Sí	139 (49,8)	161 (31,5)	2,15 (1,60-2,91)	<0,001	1,82 (1,15-2,89)	0,010
Infección de mucosas	No	266 (95,3)	423 (82,8)				
	Sí	13 (4,7)	88 (17,2)	0,23 (0,12-0,42)	<0,001	0,19 (0,09-0,42)	<0,001
Traumatismos orales	No	258 (92,5)	413 (80,8)				
	Sí	21 (7,5)	98 (19,2)	0,34 (0,21-0,56)	<0,001	0,34 (0,18-0,62)	0,001
Lesiones mucosas	No	232 (83,2)	425 (83,2)				
	Sí	47 (16,8)	86 (16,8)	1,00 (0,67-1,47)	0,995		

Sangrado oral	No	270 (96,8)	472 (92,4)	0,40 (0,19-0,84)	0,013
	Sí	9 (3,2)	39 (7,6)		
Patología ATM	No	262 (93,9)	493 (96,5)	1,77 (0,90-3,50)	0,093
	Sí	17 (6,1)	18 (3,5)		
Patología de gl. Salivales	No	247 (88,5)	492 (96,3)	3,35 (1,86-6,03)	<0,001
	Sí	32 (11,5)	19 (3,7)		

Tabla 123. Modelo de regresión logística. Grupo de 30-59 años frente al resto de grupos de edad

5.4.33. Patología dental frente al resto de patologías en grupo de edad de 30-59 años

En el análisis multivariante se relaciona la patología dental con un tiempo de evolución de su patología mayor de 24h (OR=3,37; IC95%: 1,49-7,59; p=0,003). Con mayor frecuencia de realización de tratamientos previos (OR=3,80; IC95%: 1,82-7,91; p<0,001) y de administración de tratamientos en el servicio de urgencias (OR=3,10; IC95%: 1,47-6,55; p=0,003), así como con una menor realización de pruebas complementarias (OR=0,31; IC95%: 0,14-0,70; p=0,005), y con mayor frecuencia de derivación a otros profesionales al alta (OR=3,34; IC95%: 1,46-7,59; p=0,004). Se relaciona esta patología con una mayor existencia de dolor entre sus síntomas (OR=7,92; IC95%: 3,52-17,81; p=0,004), y con mayor porcentaje de desórdenes psiquiátricos entre sus antecedentes (OR=7,15; IC95%: 2,44-20,89; p<0,001) (Tabla 124).

		Patología dental		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		41,2 (8,7)*	45,9 (8,9)*	0,94 (0,91-0,97)	<0,001		
Edad	≤45 a.	94 (67,6)	62 (44,3)	0,38 (0,23-0,61)	<0,001		
	> 45 a.	45 (32,4)	78 (55,7)				
Sexo	Hombre	86 (61,9)	93 (66,4)	1,21 (0,74-1,99)	0,427		
	Mujer	53 (38,1)	47 (33,6)				
Horario	Día	77 (55,4)	108 (77,1)	2,71 (1,62-4,55)	<0,001		
	Noche	62 (44,6)	32 (22,9)				
Acude por iniciativa propia	No	11 (7,9)	26 (18,6)	2,65 (1,25-5,61)	0,009	2,83 (0,92-8,64)	0,068
	Sí	128 (92,1)	114 (81,4)				
Consultas previas	No	76 (54,7)	81 (57,9)	1,13 (0,71-1,82)	0,592		
	Sí	63 (45,3)	59 (42,1)				
Tiempo de evolución	< 24 h.	21 (19,1)	57 (43,8)	3,30 (1,83-5,96)	<0,001	3,37 (1,49-7,59)	0,003
	≥ 24 h.	89 (80,9)	73 (56,2)				

Intervención previa odontolog.	No	119 (85,6)	130 (92,9)				
	Sí	20 (14,4)	10 (7,1)	2,18 (0,98-4,85)	0,051		
Tratamiento previo	No	45 (32,4)	81 (57,9)				
	Sí	94 (67,6)	59 (42,1)	2,86 (1,75-4,67)	<0,001	3,80 (1,82-7,91)	<0,001
Pruebas complementarias	No	114 (82,0)	80 (57,1)				
	Sí	25 (18,0)	60 (42,9)	0,29 (0,16-0,50)	0,001	0,31 (0,14-0,70)	0,005
Tratamiento en Urgencias	No	76 (54,7)	92 (65,7)				
	Sí	63 (45,3)	48 (34,3)	1,58 (0,98-2,57)	0,060	3,10 (1,47-6,55)	0,003
Tratamiento al alta	No	9 (6,5)	22 (15,7)				
	Sí	130 (93,5)	118 (84,3)	2,69 (1,19-6,08)	0,014		
Ingreso hospitalario	No	139 (100,0)	134 (95,7)				
	Sí	0 (0,0)	6 (4,3)	0,95 (0,92-0,99)	0,030		
Derivación a otros profes	No	23 (16,5)	59 (43,7)				
	Sí	116 (83,5)	76 (56,3)	3,91 (2,23-6,86)	<0,001	3,34 (1,46-7,59)	0,004
Dolor	No	20 (14,4)	74 (52,9)				
	Sí	119 (85,6)	66 (47,1)	6,67 (3,74-11,89)	0,001	7,92 (3,52-17,81)	0,004
Fiebre	No	134 (96,4)	134 (95,7)				
	Sí	5 (3,6)	6 (4,3)	0,83 (0,24-2,79)	0,768		
Hábitos tóxicos	No	85 (61,2)	86 (61,4)				
	Sí	54 (38,8)	54 (38,6)	1,01 (0,62-1,63)	0,962		
Hipertensión arterial	No	126 (90,6)	120 (85,7)				
	Sí	13 (9,4)	20 (14,3)	0,61 (0,29-1,30)	0,202		
Diabetes mellitus	No	131 (94,2)	133 (95,0)				
	Sí	8 (5,8)	7 (5,0)	1,16 (0,40-3,29)	0,780		
Enfermedad cardiorresp.	No	117 (84,2)	109 (77,9)				
	Sí	22 (15,8)	31 (22,1)	0,66 (0,36-1,21)	0,179		
Desorden psiquiátrico	No	110 (79,1)	127 (90,7)				
	Sí	29 (20,9)	13 (9,3)	2,57 (1,27-5,19)	0,007	7,15 (2,44-20,89)	<0,001
Paciente anticoagulado	No	136 (97,8)	138 (98,6)				
	Sí	3 (2,2)	2 (1,4)	1,52 (0,25-9,25)	0,684		
Tto. Crónico antidepresivo	No	125 (89,9)	129 (92,1)				
	Sí	14 (10,1)	11 (7,9)	1,31 (0,57-3,00)	0,517		
Tto. Crónico benzodicepina	No	123 (88,5)	124 (88,6)				
	Sí	16 (11,5)	16 (11,4)	1,00 (0,48-2,10)	0,983		
Tto. Crónico corticoide	No	135 (97,1)	137 (97,9)				
	Sí	4 (2,9)	3 (2,1)	1,35 (0,29-6,16)	0,723		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	135 (97,1)	134 (95,7)				
	Sí	4 (2,9)	6 (4,3)	0,66 (0,18-2,39)	0,749		

* Media (desviación estándar)

Tabla 124. Modelo de regresión logística. Patología dental en pacientes de 30-59 años

5.4.34. Infecciones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años

En el análisis multivariante se relacionan las infecciones mucosas con una mayor existencia de fiebre entre sus síntomas (OR=46,0; IC95%: 7,55-280,80; p<0,001) (Tabla 125).

		Infecciones mucosas		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		39,2 (7,3)*	43,8 (9,1)*	0,94 (0,87-1,00)	0,085		
Edad	≤ 45 a.	10 (76,9)	146 (54,9)				
	> 45 a.	3 (23,1)	120 (45,1)	0,36 (0,09-1,35)	0,118		
Sexo	Hombre	7 (53,8)	172 (64,7)				
	Mujer	6 (46,2)	94 (35,3)	1,56 (0,51-4,80)	0,555		
Horario	Día	9 (69,2)	176 (66,2)				
	Noche	4 (30,8)	90 (33,8)	0,86 (0,26-2,90)	1,000		
Acude por iniciativa propia	No	3 (23,1)	34 (12,8)				
	Sí	10 (76,9)	232 (87,2)	0,48 (0,12-1,86)	0,391		
Consultas previas	No	5 (38,5)	152 (57,1)				
	Sí	8 (61,5)	114 (42,9)	2,13 (0,68-6,69)	0,185		
Tiempo de evolución	< 24 h.	1 (8,3)	77 (33,8)				
	≥ 24 h.	11 (91,7)	151 (66,2)	5,60 (0,71-44,25)	0,110		
Intervención previa odontolog.	No	13 (100,0)	236 (88,7)				
	Sí	0 (0,0)	30 (11,3)	0,88 (0,85-0,92)	0,373		
Tratamiento previo	No	3 (23,1)	123 (46,2)				
	Sí	10 (76,9)	143 (53,8)	2,86 (0,77-10,65)	0,101		
Pruebas complementarias	No	7 (53,8)	187 (70,3)				
	Sí	6 (46,2)	79 (29,7)	2,02 (0,66-6,22)	0,225		
Tratamiento en Urgencias	No	8 (61,5)	160 (60,2)				
	Sí	5 (38,5)	106 (39,8)	0,94 (0,30-2,96)	0,920		
Tratamiento al alta	No	0 (0,0)	31 (11,7)				
	Sí	13 (100,0)	235 (88,3)	0,88 (0,84-0,92)	0,373		
Ingreso hospitalario	No	11 (84,6)	262 (98,5)				
	Sí	2 (15,4)	4 (1,5)	11,90 (1,96-72,14)	0,027		
Derivación a otros prof.	No	4 (36,4)	78 (29,7)				
	Sí	7 (63,6)	185 (70,3)	0,73 (0,21-2,59)	0,738		
Dolor	No	5 (38,5)	89 (33,5)				
	Sí	8 (61,5)	177 (66,5)	0,80 (0,25-2,53)	0,767		
Fiebre	No	7 (53,8)	261 (98,1)				
	Sí	6 (46,2)	5 (1,9)	44,74 (10,98-182,22)	<0,001	46,0 (7,55-280,80)	<0,001
Hábitos tóxicos	No	12 (92,3)	159 (59,8)				
	Sí	1 (7,7)	107 (40,2)	0,12 (0,01-0,96)	0,019	0,00	0,996
Hipertensión arterial	No	12 (92,3)	234 (88,0)				
	Sí	1 (7,7)	32 (12,0)	0,60 (0,07-4,84)	1,000		
Diabetes mellitus	No	13 (100,0)	251 (94,4)				
	Sí	0 (0,0)	15 (5,6)	0,94 (0,91-0,97)	1,000		
Enfermedad cardiorresp.	No	10 (76,9)	216 (81,2)				
	Sí	3 (23,1)	50 (18,8)	1,29 (0,34-4,88)	0,718		
Desorden psiquiátrico	No	12 (92,3)	225 (84,6)				
	Sí	1 (7,7)	41 (15,4)	0,45 (0,05-3,61)	0,699		
Paciente anticoagulado	No	13 (100,0)	261 (98,1)				
	Sí	0 (0,0)	5 (1,9)	0,98 (0,96-0,99)	1,000		
Tto. Crónico antidepressivo	No	13 (100,0)	241 (90,6)				
	Sí	0 (0,0)	25 (9,4)	0,90 (0,87-0,94)	0,615		
Tto. Crónico benzodiazepina	No	11 (84,6)	236 (88,7)				
	Sí	2 (15,4)	30 (11,3)	1,43 (0,30-6,76)	0,650		
Tto. Crónico corticoide	No	12 (92,3)	260 (97,7)				
	Sí	1 (7,7)	6 (2,3)	3,61 (0,40-32,41)	0,287		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	11 (84,6)	258 (97,0)				
	Sí	2 (15,4)	8 (3,0)	5,86 (1,11-30,92)	0,073		

* Media (desviación estándar)

Tabla 125. Modelo de regresión logística. Infecciones mucosas en pacientes de 30-59 años

5.4.35. Traumatismos orales frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años

En el análisis multivariante se relacionan los traumatismos orales con menor porcentaje de consultas realizadas en horario nocturno (OR=0,17; IC95%: 0,03-0,91; p=0,039) y tiempo de evolución de más de 24 horas en también en menor porcentaje de pacientes (OR=0,05; IC95%: 0,01-0,27; p<0,001). Respecto a los tratamientos se relacionan con una menor frecuencia de tratamientos previos (OR=0,17; IC95%: 0,03-0,86; p=0,033) y de tratamientos indicados al alta (OR=0,20; IC95%: 0,04-0,86; p=0,031) (Tabla 126).

		Traumatismos orales		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	P
Edad en años		42,9 (8,8)*	43,6 (9,1)*	0,99 (0,94-1,04)	0,721		
Edad	≤ 45 a.	10 (47,6)	146 (56,6)				
	> 45 a.	11 (52,4)	112 (43,4)	1,43 (0,58-3,49)	0,426		
Sexo	Hombre	16 (76,2)	163 (63,2)				
	Mujer	5 (23,8)	95 (36,8)	0,53 (0,19-1,51)	0,232		
Horario	Día	19 (90,5)	166 (64,3)				
	Noche	2 (9,5)	92 (35,7)	0,19 (0,04-0,83)	0,015	0,17 (0,03-0,91)	0,039
Acude por iniciativa propia	No	4 (19,0)	33 (12,8)				
	Sí	17 (81,0)	225 (87,2)	0,62 (0,19-1,96)	0,498		
Consultas previas	No	15 (71,4)	142 (55,0)				
	Sí	6 (28,6)	116 (45,0)	0,49 (0,18-1,30)	0,145		
Tiempo de evolución	< 24 h.	18 (90,0)	60 (27,3)				
	≥ 24 h.	2 (10,0)	160 (72,7)	0,04 (0,00-0,18)	<0,001	0,05 (0,01-0,27)	<0,001
Intervención previa odontolog.	No	20 (95,2)	229 (88,8)				
	Sí	1 (4,8)	29 (11,2)	0,39 (0,05-3,05)	0,711		
Tratamiento previo	No	18 (85,7)	108 (41,9)				
	Sí	3 (14,3)	150 (58,1)	0,12 (0,03-0,41)	<0,001	0,17 (0,03-0,86)	0,033
Pruebas complementarias	No	15 (71,4)	179 (69,4)				
	Sí	6 (28,6)	79 (30,6)	0,90 (0,33-2,42)	0,844		
Tratamiento en Urgencias	No	14 (66,7)	154 (59,7)				
	Sí	7 (33,3)	104 (40,3)	0,74 (0,28-1,89)	0,530		
Tratamiento al alta	No	7 (33,3)	24 (9,3)				
	Sí	14 (66,7)	234 (90,7)	0,20 (0,07-0,55)	0,004	0,20 (0,04-0,86)	0,031
Ingreso hospitalario	No	21 (100,0)	252 (97,7)				
	Sí	0 (0,0)	6 (2,3)	0,97 (0,95-0,99)	1,000		
Derivación a otros prof.	No	11 (52,4)	71 (28,2)				
	Sí	10 (47,6)	182 (71,8)	0,35 (0,14-0,87)	0,019		
Dolor	No	7 (33,3)	87 (33,7)				
	Sí	14 (66,7)	171 (66,3)	1,01 (0,39-2,61)	0,971		
Fiebre	No	21 (100,0)	247 (95,7)				
	Sí	0 (0,0)	11 (4,3)	0,95 (0,93-0,98)	1,000		
Hábitos tóxicos	No	17 (81,0)	154 (59,7)				
	Sí	4 (19,0)	104 (40,3)	0,34 (0,11-1,06)	0,054	0,28 (0,07-1,12)	0,074
Hipertensión arterial	No	21 (100,0)	225 (87,2)				
	Sí	0 (0,0)	33 (12,8)	0,87 (0,83-0,91)	0,149	0,00	0,997
Diabetes mellitus	No	21 (100,0)	243 (94,2)				
	Sí	0 (0,0)	15 (5,8)	0,94 (0,91-0,97)	0,613		

Enfermedad cardiorresp.	No	14 (66,7)	212 (82,2)		
	Sí	7 (33,3)	46 (17,8)	2,30 (0,88-6,02)	0,089
Desorden psiquiátrico	No	18 (85,7)	219 (84,9)		
	Sí	3 (14,3)	39 (15,1)	0,93 (0,26-3,32)	1,000
Paciente anticoagulado	No	21 (100,0)	253 (98,1)		
	Sí	0 (0,0)	5 (1,9)	0,98 (0,96-0,99)	1,000
Tto. Crónico antidepressivo	No	17 (81,0)	237 (91,9)		
	Sí	4 (19,0)	21 (8,1)	2,65 (0,81-8,61)	0,105
Tto. Crónico benzodiacepina	No	18 (85,7)	229 (88,8)		
	Sí	3 (14,3)	29 (11,2)	1,31 (0,36-4,74)	0,719
Tto. Crónico corticoide	No	21 (100,0)	251 (97,3)		
	Sí	0 (0,0)	7 (2,7)	0,97 (0,95-0,99)	1,000
Tto. Crónico inmunosupresor	No	21 (100,0)	248 (96,1)		
	Sí	0 (0,0)	10 (3,9)	0,96 (0,93-0,98)	1,000

* Media (desviación estándar)

Tabla 126. Modelo de regresión logística. Traumatismos orales en pacientes de 30-59 años

5.4.36. Lesiones mucosas frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años

En el análisis multivariante se relacionan las lesiones mucosas con mayor edad media de los pacientes (OR=1,14; IC95%: 1,04-1,26; p=0,006), con mayor porcentaje de pacientes mayores de 45 años (OR=0,11; IC95%: 0,02-0,67; p=0,016), con una menor frecuencia de haber realizado tratamiento previo (OR=0,23; IC95%: 0,10-0,54; p=0,010), con una mayor realización de pruebas complementarias (OR=3,02; IC95%: 1,36-6,70; p=0,007) y con una menor existencia de dolor entre sus síntomas (OR=0,08; IC95%: 0,03-0,18; p<0,001) (Tabla 127).

		Lesiones mucosas		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		47,9 (8,7)*	42,7 (8,9)*	1,06 (1,02-1,10)	<0,001	1,14 (1,04-1,26)	0,006
Edad	≤ 45 a.	18 (38,3)	131 (56,5)				
	> 45 a.	29 (61,7)	101 (43,5)	2,09 (1,09-3,97)	0,023	0,11 (0,02-0,67)	0,016
Sexo	Hombre	31 (66,0)	148 (63,8)				
	Mujer	16 (34,0)	84 (36,2)	0,90 (0,47-1,76)	0,778		
Horario	Día	34 (72,3)	151 (65,1)				
	Noche	13 (27,7)	81 (34,9)	0,71 (0,35-1,42)	0,337		
Acude por iniciativa propia	No	6 (12,8)	31 (13,4)				
	Sí	41 (87,2)	201 (86,6)	1,05 (0,41-2,68)	0,913		
Consultas previas	No	34 (72,3)	123 (53,0)				
	Sí	13 (27,7)	109 (47,0)	0,43 (0,21-0,85)	0,015		
Tiempo de evolución	< 24 h.	17 (38,6)	61 (31,1)				
	≥ 24 h.	27 (61,4)	135 (68,9)	0,71 (0,36-1,41)	0,336		
Intervención previa odontolog.	No	44 (93,6)	205 (88,4)				
	Sí	3 (6,4)	27 (11,6)	0,51 (0,15-1,78)	0,289		
Tratamiento previo	No	32 (68,1)	94 (40,5)				
	Sí	15 (31,9)	138 (59,5)	0,31 (0,16-0,62)	0,001	0,23 (0,10-0,54)	0,010
Pruebas complementarias	No	21 (44,7)	173 (74,6)				
	Sí	26 (55,3)	59 (25,4)	3,63 (1,90-6,03)	<0,001	3,02 (1,36-6,70)	0,007
Tratamiento en Urgencias	No	30 (63,8)	138 (59,5)				
	Sí	17 (36,2)	94 (40,5)	0,83 (0,43-1,59)	0,579		
Tratamiento al alta	No	9 (19,1)	22 (9,5)				
	Sí	38 (80,9)	210 (90,5)	0,44 (0,18-1,03)	0,055		
Ingreso hospitalario	No	46 (97,9)	227 (97,8)				
	Sí	1 (2,1)	5 (2,2)	0,98 (0,11-1,64)	0,991		
Derivación a otros prof.	No	24 (52,2)	58 (25,4)				
	Sí	22 (47,8)	170 (74,6)	0,31 (0,16 -0,60)	<0,001		
Dolor	No	38 (80,9)	56 (24,1)				
	Sí	9 (19,1)	176 (75,9)	0,08 (0,03-0,16)	<0,001	0,08 (0,03-0,18)	<0,001
Fiebre	No	47 (100,0)	221 (95,3)				
	Sí	0 (0,0)	11 (4,7)	0,95 (0,92-0,98)	0,221		
Hábitos tóxicos	No	25 (53,2)	146 (62,9)				
	Sí	22 (46,8)	86 (37,1)	1,49 (0,79-2,81)	0,211		
Hipertensión arterial	No	36 (76,6)	210 (90,5)				
	Sí	11 (23,4)	22 (9,5)	2,91 (1,39-6,52)	0,007		
Diabetes mellitus	No	43 (91,5)	221 (95,3)				
	Sí	4 (8,5)	11 (4,7)	1,86 (0,56-6,14)	0,296		
Enfermedad cardiorresp.	No	40 (85,1)	186 (80,2)				
	Sí	7 (14,9)	46 (19,8)	0,70 (0,29-1,68)	0,432		
Desorden psiquiátrico	No	42 (89,4)	195 (84,1)				
	Sí	5 (10,6)	37 (15,9)	0,62 (0,23-1,69)	0,352		
Paciente anticoagulado	No	46 (97,9)	228 (98,3)				
	Sí	1 (2,1)	4 (1,7)	1,23 (0,13-11,34)	1,000		
Tto. Crónico antidepressivo	No	42 (89,4)	212 (91,4)				
	Sí	5 (10,6)	20 (8,6)	1,26 (0,44-3,55)	0,659		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	42 (89,4)	205 (88,4)				
	Sí	5 (10,6)	27 (11,6)	0,90 (0,32-2,48)	0,845		
Tto. Crónico corticoide	No	46 (97,9)	226 (97,4)				
	Sí	1 (2,1)	6 (2,6)	0,81 (0,09-6,96)	1,000		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	44 (93,6)	225 (97,0)				
	Sí	3 (6,4)	7 (3,0)	2,19 (0,54-8,80)	0,380		

* Media (desviación estándar)

Tabla 127. Modelo de regresión logística. Lesiones mucosas en pacientes de 30-59 años

5.4.37. Sangrado oral frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años

En el análisis multivariante se relaciona el sangrado oral con un tiempo de evolución mayor de 24h en menor porcentaje de casos (OR=0,12; IC95%: 0,02-0,68; p=0,017), con una menor existencia de dolor entre sus síntomas (OR=0,18; IC95%: 0,03-0,98; p=0,047), con un mayor porcentaje de hábitos tóxicos (OR=8,87; IC95%: 1,13-58,45; p= 0,022), y con mayor porcentaje de pacientes anticoagulados (OR=33,46; IC95%: 1,70-656,23; p=0,021) (Tabla 128).

		Sangrado oral		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	P
Edad en años		50,0 (7,2)*	43,3 (9,0)*	1,09 (1,00-1,19)	0,043		
Edad	≤ 45 a.	2 (22,2)	147 (54,4)				
	> 45 a.	7 (77,8)	123 (45,6)	4,18 (0,85-20,50)	0,087		
Sexo	Hombre	8 (88,9)	171 (63,3)				
	Mujer	1 (11,1)	99 (36,7)	0,21(0,02 -1,75)	0,164		
Horario	Día	4 (44,4)	181 (67,0)				
	Noche	5 (55,6)	89 (33,0)	2,54 (0,66-9,69)	0,170		
Acude por iniciativa propia	No	1 (11,1)	36 (13,3)				
	Sí	8 (88,9)	234 (86,7)	1,23 (0,14-10,1)	0,847		
Consultas previas	No	5 (55,6)	152 (56,3)				
	Sí	4 (44,4)	118 (43,7)	1,03 (0,27-3,92)	0,965		
Tiempo de evolución	< 24 h.	7(77,8)	71 (30,7)				
	≥ 24 h.	2 (22,2)	160 (69,3)	0,12 (0,02-0,62)	0,006	0,12 (0,02-0,68)	0,017
Intervención previa odontolog.	No	5 (55,6)	244 (90,4)				
	Sí	4 (44,4)	26 (9,6)	7,5 (1,89-29,7)	0,009		
Tratamiento previo	No	5 (55,6)	121 (44,8)				
	Sí	4 (44,4)	149 (55,2)	0,65 (0,17-2,47)	0,736		
Pruebas complementarias	No	6 (66,7)	188 (69,6)				
	Sí	3 (33,3)	82 (30,4)	1,14 (0,28-4,69)	0,849		
Tratamiento en Urgencias	No	3 (33,3)	165 (61,1)				
	Sí	6 (66,7)	105 (38,9)	3,14 (0,76-12,83)	0,162		
Tratamiento al alta	No	2 (22,2)	29 (10,7)				
	Sí	7 (77,8)	241 (89,3)	0,42 (0,08-2,12)	0,263		
Ingreso hospitalario	No	9 (100,0)	264 (97,8)				
	Sí	0 (0,0)	6 (2,2)	0,97 (0,96-0,99)	1,000		
Derivación a otros prof.	No	2 (22,2)	80 (30,2)				
	Sí	7 (77,8)	185 (69,8)	1,51 (0,30-7,44)	0,729		
Dolor	No	7 /77,8)	87 (32,2)				
	Sí	2 (22,2)	183 (67,8)	0,13 (0,03-0,66)	0,008	0,18 (0,03-0,98)	0,047
Fiebre	No	9 (100,0)	259 (95,9)				
	Sí	0 (0,0)	11 (4,1)	0,95 (0,93-0,98)	1,000		
Hábitos tóxicos	No	2 (22,2)	169 (62,6)				
	Sí	7 (77,8)	101 (37,4)	5,85 (1,19-28,7)	0,030	8,87 (1,13-58,45)	0,022
Hipertensión arterial	No	8 (88,9)	238 (88,1)				
	Sí	1 (11,1)	32 (11,9)	0,93 (0,11 -7,67)	0,946		
Diabetes mellitus	No	8 (88,9)	256 (94,8)				
	Sí	1 (11,1)	14 (5,2)	2,28 (0,26-19,57)	0,396		
Enfermedad cardiorresp.	No	7 (77,8)	219 (81,1)				
	Sí	2 (22,2)	51 (18,9)	1,22 (0,24-6,08)	0,681		

Desorden psiquiátrico	No	9 (100,0)	228 (84,4)				
	Sí	0 (0,0)	42 (15,6)	0,84 (0,80-0,89)	0,364		
Paciente anticoagulado	No	8 (88,9)	266 (98,5)				
	Sí	1 (11,1)	4 (1,5)	8,31 (0,83-83,0)	0,152	33,46 (1,70-656,23)	0,021
Tto. Crónico antidepressivo	No	9 (100,0)	245 (90,7)				
	Sí	0 (0,0)	25 (9,3)	0,90 (0,87-0,94)	1,000		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	9 (100,0)	238 (88,1)				
	Sí	0 (0,0)	32 (11,9)	0,88 (0,84-0,92)	0,604		
Tto. Crónico corticoide	No	9 (100,0)	263 (97,4)				
	Sí	0 (0,0)	7 (2,6)	0,97 (0,95-0,99)	1,000		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	9 (100,0)	260 (96,3)				
	Sí	0 (0,0)	10 (3,7)	0,96 (0,94-0,98)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 128. Modelo de regresión logística. Sangrado oral en pacientes de 30-59 años

5.4.38. Patología de ATM frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años

No se han registrado diferencias estadísticamente significativas en el análisis multivariante (Tabla 129).

		Patología ATM		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		40,4 (8,1)*	43,7 (9,1)*	0,95 (0,90-1,01)	0,137		
Edad	≤ 45 a.	12 (70,6)	144 (55,0)				
	> 45 a.	5 (29,4)	118 (45,0)	0,50 (0,17-1,48)	0,209		
Sexo	Hombre	11 (64,7)	168 (64,1)				
	Mujer	6 (35,3)	94 (35,9)	0,97 (0,34-2,72)	0,961		
Horario	Día	14 (82,4)	171 (65,3)				
	Noche	3 (17,6)	91 (34,7)	0,40 (0,11-1,43)	0,149		
Acude por iniciativa propia	No	2 (11,8)	35 (13,4)				
	Sí	15 (88,2)	227 (86,6)	1,15 (0,25-5,27)	1,000		
Consultas previas	No	8 (47,1)	149 (56,9)				
	Sí	9 (52,9)	113 (43,1)	1,48 (0,55-3,96)	0,429		
Tiempo de evolución	< 24 h.	7 (43,8)	71 (31,7)				
	≥ 24 h.	9 (56,2)	153 (68,3)	0,59 (0,21-1,66)	0,320		
Intervención previa odontolog.	No	17 (100,0)	232 (88,5)				
	Sí	0 (0,0)	30 (11,5)	0,88 (0,84-0,92)	0,231		
Tratamiento previo	No	8 (47,1)	118 (45,0)				
	Sí	9 (52,9)	144 (55,0)	0,92 (0,34-2,46)	0,871		
Pruebas complementarias	No	11 (64,7)	183 (69,8)				
	Sí	6 (35,3)	79 (30,2)	1,26 (0,45-3,53)	0,655		
Tratamiento en Urgencias	No	13 (76,5)	155 (59,2)				
	Sí	4 (23,5)	107 (40,8)	0,44 (0,14-1,40)	0,158		
Tratamiento al alta	No	1 (5,9)	30 (11,5)				
	Sí	16 (94,1)	232 (88,5)	2,06 (0,26-16,16)	0,704		
Ingreso hospitalario	No	17 (100,0)	256 (97,7)				
	Sí	0 (0,0)	6 (2,3)	0,97 (0,95-0,99)	1,000		

Derivación a otros prof.	No	5 (29,4)	77 (30,0)				
	Sí	12 (70,6)	180 (70,0)	1,02 (0,35-3,01)	0,962		
Dolor	No	0 (0,0)	94 (35,9)				
	Sí	17 (100,0)	168 (64,1)	0,64 (0,58-0,70)	0,002	0,00	0,996
Fiebre	No	17 (100,0)	251 (95,8)				
	Sí	0 (0,0)	11 (4,2)	0,95 (0,93-0,98)	1,000		
Hábitos tóxicos	No	14 (82,4)	157 (59,9)				
	Sí	3 (17,6)	105 (40,1)	0,32 (0,09-1,14)	0,066	0,32 (0,08-1,16)	0,08
Hipertensión arterial	No	16 (94,1)	230 (87,8)				
	Sí	1 (5,9)	32 (12,2)	0,44 (0,05-3,50)	0,703		
Diabetes mellitus	No	16 (94,1)	248 (94,7)				
	Sí	1 (5,9)	14 (5,3)	1,10 (0,13-8,95)	1,000		
Enfermedad cardiorresp.	No	13 (76,5)	213 (81,3)				
	Sí	4 (23,5)	49 (18,7)	1,33 (0,41-4,27)	0,540		
Desorden psiquiátrico	No	15 (88,2)	222 (84,7)				
	Sí	2 (11,8)	40 (15,3)	0,74 (0,16-3,36)	1,000		
Paciente anticoagulado	No	17 (100,0)	257 (98,1)				
	Sí	0 (0,0)	5 (1,9)	0,98 (0,96-0,99)	1,000		
Tto. Crónico antidepressivo	No	16 (94,1)	238 (90,8)				
	Sí	1 (5,9)	24 (9,2)	0,62 (0,07-4,88)	1,000		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	15 (88,2)	232 (88,5)				
	Sí	2 (11,8)	30 (11,5)	1,03 (0,22-4,73)	1,000		
Tto. Crónico corticoide	No	17 (100,0)	255 (97,3)				
	Sí	0 (0,0)	7 (2,7)	0,97 (0,95-0,99)	1,000		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	17 (100,0)	252 (96,2)				
	Sí	0 (0,0)	10 (3,8)	0,96 (0,93-0,98)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 129. Modelo de regresión logística. Patología de ATM en pacientes de 30-59 años

5.4.39. Patología de glándulas salivales frente al resto de patologías en grupo de edad 30-59 años

En el análisis multivariante se relaciona la patología de las glándulas salivales con mayor edad media de los pacientes (OR=1,10; IC95%: 0,99-1,22; p<0,001), con un menor porcentaje de pacientes que consultan por iniciativa propia (OR=0,32; IC95%: 0,13-0,80; p=0,015), y con una mayor frecuencia de ingresos hospitalarios (OR=9,07; IC95%: 1,6-51,3; p=0,013) (Tabla 130).

		Patología glándulas salivales		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		49,5 (7,3)*	42,8 (9,0)*	1,09 (1,04-1,09)	<0,001	1,10 (0,99-1,22)	<0,001
Edad	≤ 45 a.	9 (28,1)	147 (59,5)				
	> 45 a.	23 (71,9)	100 (40,5)	3,75 (1,66-8,45)	0,001		
Sexo	Hombre	19 (59,4)	160 (64,8)				
	Mujer	13 (40,6)	87 (35,2)	1,25 (0,59-2,67)	0,549		
Horario	Día	27 (84,4)	158 (64,0)				
	Noche	5 (15,6)	89 (36,0)	0,32 (0,12-0,88)	0,022		
Acude por iniciativa propia	No	10 (31,2)	27 (10,9)				
	Sí	22 (68,8)	220 (89,1)	0,27 (0,11-0,63)	0,004	0,32 (0,13-0,80)	0,015
Consultas previas	No	14 (43,8)	143 (57,9)				
	Sí	18 (56,2)	104 (42,1)	1,76 (0,84-3,71)	0,129		
Tiempo de evolución	< 24 h.	7 (25,0)	71 (33,5)				
	≥ 24 h.	21 (75,0)	141 (66,5)	1,51 (0,61-3,72)	0,367		
Intervención previa odontolog.	No	30 (93,8)	219 (88,7)				
	Sí	2 (6,2)	28 (11,3)	0,52 (0,11-2,30)	0,549		
Tratamiento previo	No	14 (43,8)	112 (45,3)				
	Sí	18 (56,2)	135 (54,7)	1,06 (0,50-2,24)	0,865		
Pruebas complementarias	No	19 (59,4)	175 (70,9)				
	Sí	13 (40,6)	72 (29,1)	1,66 (0,78-3,54)	0,185		
Tratamiento en Urgencias	No	23 (71,9)	145 (58,7)				
	Sí	9 (28,1)	102 (41,3)	0,55 (0,24-1,25)	0,152		
Tratamiento al alta	No	3 (9,4)	28 (11,3)				
	Sí	29 (90,6)	219 (88,7)	1,23 (0,35-4,32)	0,740		
Ingreso hospitalario	No	29 (90,6)	244 (98,8)				
	Sí	3 (9,4)	3 (1,2)	8,41 (1,62-43,63)	0,022	9,07 (1,6-51,3)	0,013
Derivación a otros prof.	No	12 (40,0)	70 (28,7)				
	Sí	18 (60,0)	174 (71,3)	0,60 (0,27-1,31)	0,202		
Dolor	No	16 (50,0)	78 (31,6)				
	Sí	16 (50,0)	169 (68,4)	0,46 (0,22-0,97)	0,038		
Fiebre	No	32 (100,0)	236 (95,5)				
	Sí	0 (0,0)	11 (4,5)	0,95 (0,93-0,98)	0,621		
Hábitos tóxicos	No	16 (50,0)	155 (62,8)				
	Sí	16 (50,0)	92 (37,2)	1,68 (0,80-3,52)	0,163		
Hipertensión arterial	No	26 (81,2)	220 (89,1)				
	Sí	6 (18,8)	27 (10,9)	1,88 (0,71-4,97)	0,239		
Diabetes mellitus	No	31 (96,9)	233 (94,3)				
	Sí	1 (3,1)	14 (5,7)	0,53 (0,06-4,22)	1,000		
Enfermedad cardiorresp.	No	25 (78,1)	201 (81,4)				
	Sí	7 (21,9)	46 (18,6)	1,22 (0,49-3,00)	0,659		
Desorden psiquiátrico	No	30 (93,8)	207 (83,8)				
	Sí	2 (6,2)	40 (16,2)	0,34 (0,07-1,50)	0,190		
Paciente anticoagulado	No	32 (100,0)	242 (98,0)				
	Sí	0 (0,0)	5 (2,0)	0,98 (0,96-0,99)	1,000		
Tto. Crónico antidepressivo	No	31 (96,9)	223 (90,3)				
	Sí	1 (3,1)	24 (9,7)	0,30 (0,03-2,29)	0,330		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	28 (87,5)	219 (88,7)				
	Sí	4 (12,5)	28 (11,3)	1,11 (0,36-3,42)	0,772		
Tto. Crónico Corticoide	No	31 (96,9)	241 (97,6)				
	Sí	1 (3,1)	6 (2,4)	1,29 (0,15-11,12)	0,578		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	31 (96,9)	238 (96,4)				
	Sí	1 (3,1)	9 (3,6)	0,85 (0,10-6,96)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 130. Modelo de regresión logística. Patología de glándulas salivales en pacientes de 30-59 años

5.5. Grupo de edad mayores de 60 años

Se registraron 173 casos de pacientes mayores de 60 años que consultaron por urgencias odontoestomatológicas.

Suponen un 21,89% de las urgencias de origen odontoestomatológico.

5.5.1. Edad

La edad media fue de 74,76 años (de=8,981).

De los pacientes mayores de 60 años que consultaron, un 34,1% fueron mayores de 80 años (Tabla 131; Figura 113).

Edad	Frecuencia	Porcentaje
≤80 años	114	65,9
>80 años	59	34,1
Total	173	100,0

Tabla 131. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de mayores de 60 años

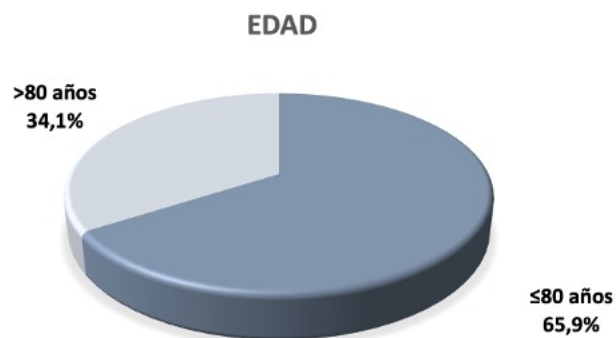


Figura 113. Distribución de la muestra por grupos de edad en el grupo de mayores de 60 años

5.5.2. Sexo

En la distribución por sexo, los porcentajes de hombres y mujeres mayores de 60 años que consultaron fueron similares, con un 49,1% y 50,9% respectivamente (Tabla 132; Figura 114).

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	85	49,1
Mujer	88	50,9
Total	173	100,0

Tabla 132. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de mayores de 60 años

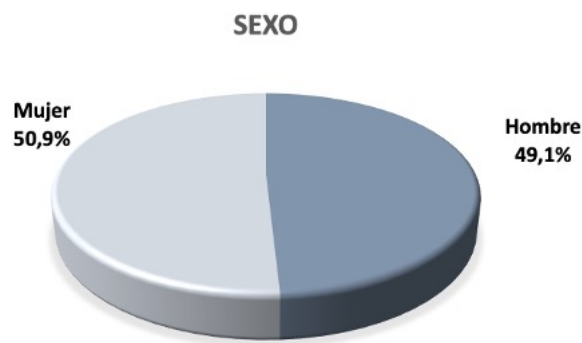


Figura 114. Distribución de la muestra por sexo en el grupo de mayores de 60 años

5.5.3. Horario

El 69,4% de los pacientes mayores de 60 años, acudieron en horario diurno (de 8:00 a 20:59 horas) (Tabla 133; Figura 115).

Horario	Frecuencia	Porcentaje
Horario diurno	120	69,4
Horario nocturno	53	30,6
Total	173	100,0

Tabla 133. Distribución de la muestra por horario en el grupo de mayores de 60 años

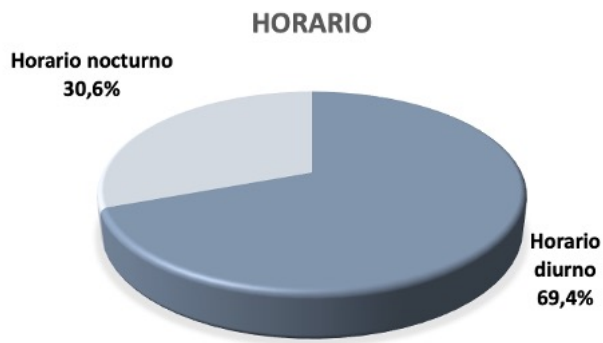


Figura 115. Distribución de la muestra por horario en el grupo de mayores de 60 años

5.5.4. Acude por iniciativa propia

El 78,6% de los pacientes que consultaron por patología odontoestomatológica, lo hicieron sin haber sido derivados al servicio por otro profesional sanitario (Tabla 134; Figura 116).

Acude por iniciativa propia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	136	78,6
No	37	21,4
Total	173	100,0

Tabla 134. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de mayores de 60 años

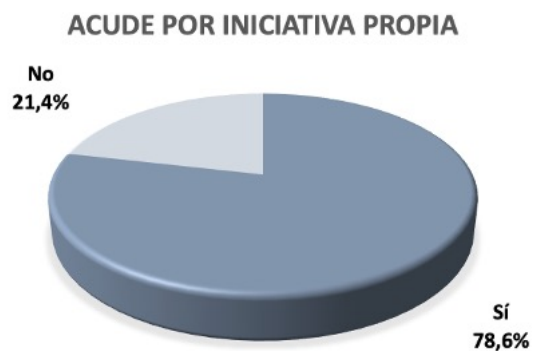


Figura 116. Distribución de la muestra por acudir por iniciativa propia en el grupo de mayores de 60 años

5.5.5. Derivación por profesional

Todos los pacientes mayores de 60 años que no han acudido por iniciativa propia han sido derivados desde Atención Primaria.

5.5.6. Consultas previas

El 37,6% de los pacientes ya habían consultado previamente por el mismo motivo con otros facultativos (Tabla 135; Figura 117).

Consultas previas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	65	37,6
No	108	62,4
Total	173	100,0

Tabla 135. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de mayores de 60 años



Figura 117. Distribución de la muestra por existencia de consultas previas en el grupo de mayores de 60 años

5.5.7. Profesionales consultados

Cuando ha existido consulta por el mismo motivo, previa a la asistencia al servicio de urgencias hospitalario, el profesional con el que más frecuentemente se realizan es el médico de Atención Primaria, con el 78,5% de las consultas (Tabla 136; Figura 118).

Profesionales consultados	Frecuencia	Porcentaje
Médico de Atención Primaria	51	78,5
Servicio de Urgencias Hospitalario	17	26,2
Odontostomatólogo	9	13,8
Otros	4	6,2

Tabla 136. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de mayores de 60 años

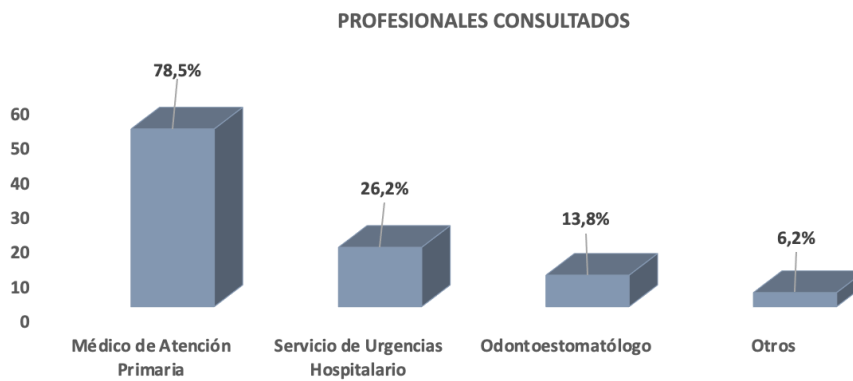


Figura 118. Distribución de la muestra por profesional consultado previamente en el grupo de mayores de 60 años

5.5.8. Tiempo de evolución

El 52,3% presentaban la clínica que motivó la consulta de menos de 24 horas de evolución. En 22 casos, no se registró en la historia clínica dicho tiempo de evolución (Tabla 137; Figura 119)

Tiempo de evolución	Frecuencia	Porcentaje
<24 horas	79	52,3
≥24 horas	72	47,7
Total	151	100,0

Tabla 137. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de mayores de 60 años



Figura 119. Distribución de la muestra por tiempo de evolución en el grupo de mayores de 60 años

5.5.9. Intervención operatoria odontoestomatológica previa

Sólo un 13,9% de los pacientes, había tenido una intervención odontoestomatológica previa a la consulta (Tabla 137; Figura 119).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	13,9
No	149	86,1
Total	173	100,0

Tabla 138. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de mayores de 60 años

INTERVENCIÓN ODONTOESTOMATOLÓGICA PREVIA

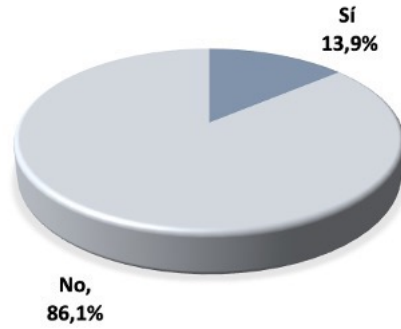


Figura 120. Distribución de la muestra por existencia de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de mayores de 60 años

5.5.10. Tipo de intervención odontoestomatológica previa

Cuando existió una intervención odontoestomatológica previa a la consulta urgente en pacientes mayores de 60 años, las más frecuentes fueron las exodoncias (79,2%) (Tabla 139; Figura 121).

Intervención odontoestomatológica previa	Frecuencia	Porcentaje
Exodoncia	19	79,2
Implantes dentales	5	20,8
Total	24	100,0

Tabla 139. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de mayores de 60 años

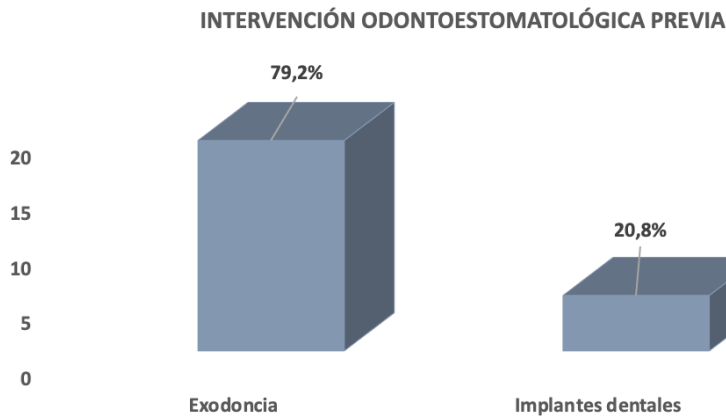


Figura 121. Distribución de la muestra por tipo de intervención odontoestomatológica previa en el grupo de mayores de 60 años

5.5.11. Tratamiento previo

Un 41,0% de los pacientes ya habían realizado algún tipo de tratamiento para la patología motivo de consulta (Tabla 140; Figura 122).

Tratamiento previo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	71	41,0
No	102	59,0
Total	173	100,0

Tabla 140. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de mayores de 60 años



Figura 122. Distribución de la muestra por realización de tratamiento previo en el grupo de mayores de 60 años

5.5.12. Pruebas complementarias

Al 58,4% de los pacientes les fue realizada algún tipo de prueba complementaria con fines diagnósticos (Tabla 141; Figura 123).

Pruebas complementarias	Frecuencia	Porcentaje
Sí	101	58,4
No	72	41,6
Total	173	100,0

Tabla 141. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de mayores de 60 años



Figura 123. Distribución de la muestra por realización de pruebas complementarias en el grupo de mayores de 60 años

5.5.13. Tratamiento en el servicio de urgencias

El 42,8% de los pacientes recibió algún tratamiento para la patología diagnosticada, en el propio servicio de urgencias (Tabla 142; Figura 124).

Tratamiento en el SUH	Frecuencia	Porcentaje
Sí	74	42,8
No	99	57,2
Total	173	100,0

Tabla 142. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de mayores de 60 años



Figura 124. Distribución de la muestra por administración de tratamiento en el SUH en el grupo de mayores de 60 años

5.5.14. Tratamiento al alta

El 80,9% de los pacientes recibieron una pauta terapéutica al alta (Tabla 143; Figura 125).

Tratamiento al alta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	140	80,9
No	33	19,1
Total	173	100,0

Tabla 143. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de mayores de 60 años

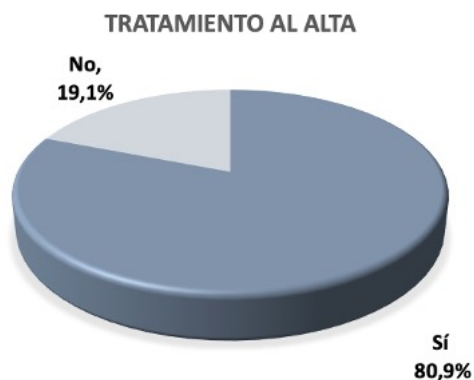


Figura 125. Distribución de la muestra por indicación de tratamiento al alta en el grupo de mayores de 60 años

5.5.15. Ingreso hospitalario

Sólo un 4,0% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario para el manejo de su patología (Tabla 144; Figura 126).

Ingreso hospitalario	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	4,0
No	166	96,0
Total	173	100,0

Tabla 144. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de mayores de 60 años



Figura 126. Distribución de la muestra por ingreso hospitalario en el grupo de mayores de 60 años

5.5.16. Derivación a otros profesionales

Un 37,0% de los pacientes fueron derivados a otros profesionales médicos para el seguimiento de su patología (Tabla 145; Figura 127).

Derivación a otros profesionales	Frecuencia	Porcentaje
Sí	64	37,0
No	109	63,0
Total	173	100,0

Tabla 145. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de mayores de 60 años

DERIVACIÓN A OTROS PROFESIONALES

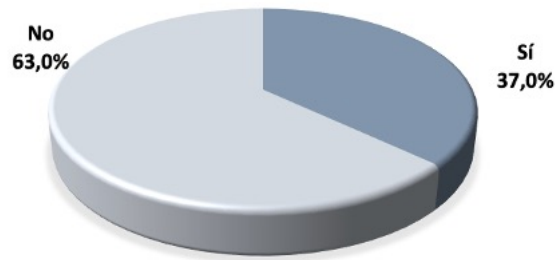


Figura 127. Distribución de la muestra por derivación a otros profesionales en el grupo de mayores de 60 años

5.5.17. Profesionales a derivar

El otorrinolaringólogo es el profesional con mayor número de derivaciones desde el servicio de urgencias, con 47,7% de las registradas (Tabla 146; Figura 128).

Profesionales a derivar	Frecuencia	Porcentaje
Otorrinolaringólogo	31	47,7
Odontoestomatólogo	24	36,9
Cirujano maxilofacial	9	13,8
Otros	1	1,5

Tabla 146. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de mayores de 60 años

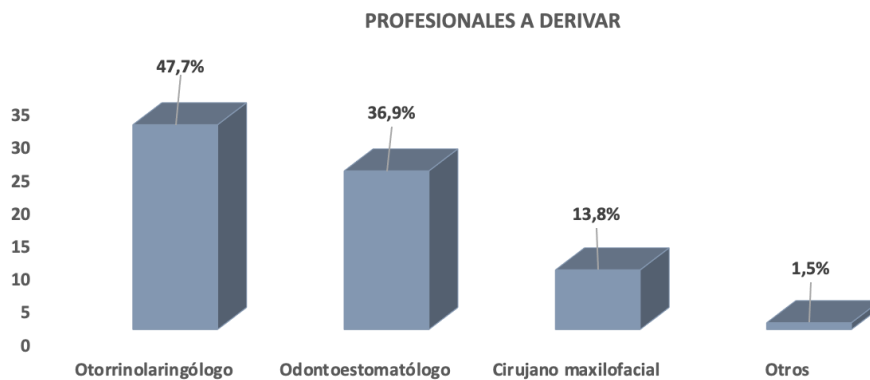


Figura 128. Distribución de la muestra por profesionales a derivar en el grupo de mayores de 60 años

5.5.18. Dolor

El 40,5% de los pacientes mostraron dolor entre sus síntomas (Tabla 147; Figura 129).

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Sí	70	40,5
No	103	59,5
Total	173	100,0

Tabla 147. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de mayores de 60 años

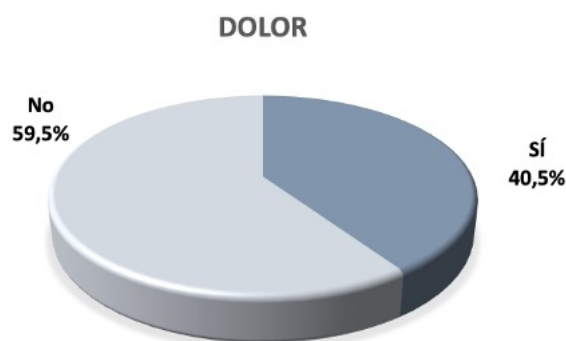


Figura 129. Distribución de la muestra por clínica de dolor en el grupo de mayores de 60 años

5.5.19. Fiebre

Sólo el 1,7% de los pacientes de este grupo de edad, presentó fiebre (Tabla 148; Figura 130).

Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	1,7
No	170	98,3
Total	173	100,0

Tabla 148. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de mayores de 60 años

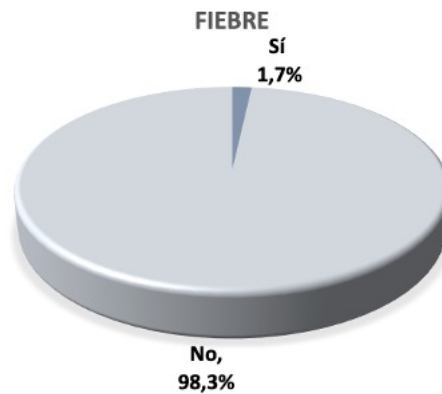


Figura 130. Distribución de la muestra por clínica de fiebre en el grupo de mayores de 60 años

5.5.20. Diagnóstico al alta

Dentro de este grupo de edad, las patologías más frecuentes en el diagnóstico al alta fueron las lesiones mucosas y el sangrado oral, ambas en el mismo porcentaje (22,5%), seguidas de las infecciones mucosas (15,6%), los traumatismos orales (14,5%) y la patología dental (13,3%) (Tabla 149; Figura 131).

Diagnóstico al alta	Frecuencia	Porcentaje
Lesiones mucosas	39	22,5
Sangrado oral	39	22,5
Infecciones mucosas	27	15,6
Traumatismos orales	25	14,5
Patología dental	23	13,3
Patología glándulas salivales	11	6,4
Patología ATM	9	5,2
Total	173	100

Tabla 149. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de mayores de 60 años

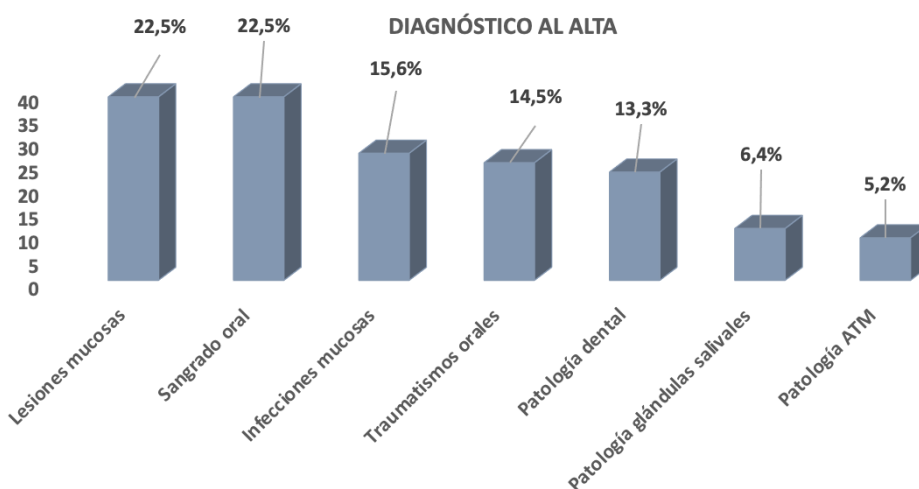


Figura 131. Distribución de la muestra por el diagnóstico al alta en el grupo de mayores de 60 años

5.5.21. Hábitos tóxicos

Se registró un 16,8% de pacientes que reconocieron algún hábito tóxico (Tabla 150; Figura 132).

Hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	29	16,8
No	144	83,2
Total	173	100,0

Tabla 150. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de mayores de 60 años



Figura 132. Distribución de la muestra por la existencia de hábitos tóxicos en el grupo de mayores de 60 años

5.5.22. Tipo de hábito tóxico

El hábito tóxico más frecuentemente registrado es el consumo de alcohol, con un 10,4% de pacientes consumidores habituales (Tabla 151; Figura 133).

Tipo de hábito tóxico	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	18	10,4
Tabaco	14	8,1

Tabla 151. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de mayores de 60 años

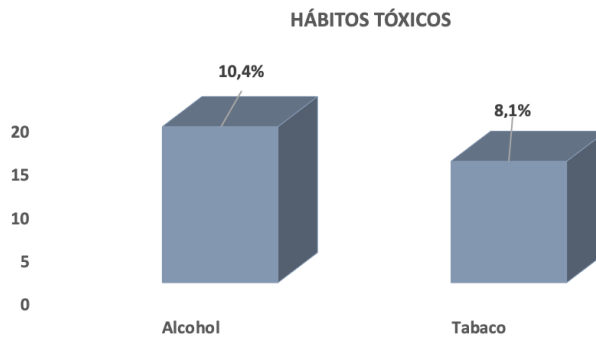


Figura 133. Distribución de la muestra por tipo de hábito tóxico en el grupo de mayores de 60 años

5.5.23. Hipertensión arterial

El 61,8% de los pacientes estaban diagnosticados de hipertensión arterial (Tabla 152; Figura 134).

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Sí	107	61,8
No	66	38,1
Total	173	100,0

Tabla 152. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de mayores de 60 años

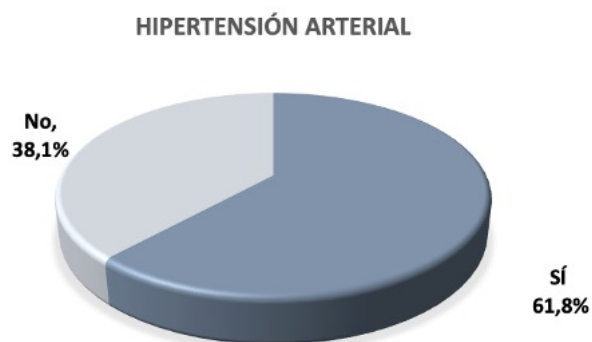


Figura 134. Distribución de la muestra por antecedentes de HTA en el grupo de mayores de 60 años

5.5.24. Diabetes mellitus

El 14,5% de los pacientes presentaron diabetes mellitus entre sus antecedentes personales (Tabla 153; Figura 135).

Diabetes mellitus	Frecuencia	Porcentaje
Sí	25	14,5
No	148	85,5
Total	173	100,0

Tabla 153. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de mayores de 60 años

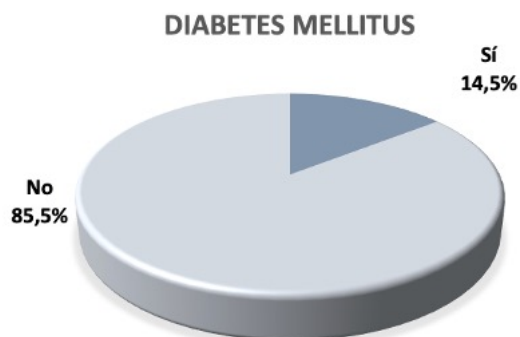


Figura 135. Distribución de la muestra por antecedentes de DM en el grupo de mayores de 60 años

5.5.25. Enfermedad cardiorrespiratoria

El 54,9% de los pacientes tenían antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria (Tabla 154; Figura 136).

Enfermedad cardiorrespiratoria	Frecuencia	Porcentaje
Sí	95	54,9
No	78	45,1
Total	173	100,0

Tabla 154. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de mayores de 60 años

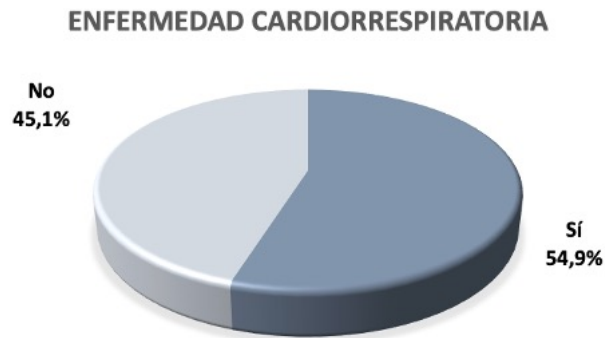


Figura 136. Distribución de la muestra por antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria en el grupo de mayores de 60 años

5.5.26. Desórdenes psiquiátricos

El 20,2% de los pacientes tenían antecedentes de desórdenes psiquiátricos (Tabla 155; Figura 137).

Desórdenes psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	20,2
No	138	79,8
Total	173	100,0

Tabla 155. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de mayores de 60 años



Figura 137. Distribución de la muestra por antecedentes de desórdenes psiquiátricos en el grupo de mayores de 60 años

5.5.27. Tratamiento con anticoagulantes

El 30,1% de los pacientes realizaban tratamiento con anticoagulantes orales (Tabla 156; Figura 138).

Tratamiento con anticoagulantes	Frecuencia	Porcentaje
Sí	52	30,1
No	121	69,9
Total	173	100,0

Tabla 156. Distribución de la muestra por tratamiento con anticoagulantes en el grupo de mayores de 60 años



Figura 138. Distribución de la muestra por tratamiento con anticoagulantes en el grupo de mayores de 60 años

5.5.28. Tratamiento psiquiátrico

El 20,2% de los pacientes estaban a tratamiento farmacológico para desórdenes psiquiátricos (Tabla 157; Figura 139).

Tratamiento psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	20,2
No	138	79,8
Total	173	100,0

Tabla 157. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de mayores de 60 años



Figura 139. Distribución de la muestra por tratamiento crónico psiquiátrico en el grupo de mayores de 60 años

5.5.29. Tratamiento con benzodiacepinas

El 26,6% de los pacientes realizaban tratamiento con benzodiacepinas (Tabla 158; Figura 140).

Tratamiento con BZD	Frecuencia	Porcentaje
Sí	46	26,6
No	127	73,4
Total	173	100,0

Tabla 158. Distribución de la muestra por tratamiento con BZD en el grupo de mayores de 60 años



Figura 140. Distribución de la muestra por tratamiento con BZD en el grupo de mayores de 60 años

5.5.30. Tratamiento con corticoides

El 6,4% de los pacientes realizaban tratamiento con corticoides (Tabla 159; Figura 141).

Tratamiento con corticoides	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	6,4
No	162	93,6
Total	173	100,0

Tabla 159. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides en el grupo de mayores de 60 años



Figura 141. Distribución de la muestra por tratamiento con corticoides en el grupo de mayores de 60 años

5.5.31. Tratamiento con inmunosupresores

El 2,3% de los pacientes realizaban tratamiento con inmunosupresores en el grupo de mayores de 60 años (Tabla 160; Figura 142).

Tratamiento con inmunosupresores	Frecuencia	Porcentaje
Sí	4	2,3
No	169	97,7
Total	173	100,0

Tabla 160. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de mayores de 60 años



Figura 142. Distribución de la muestra por tratamiento con inmunosupresores en el grupo de mayores de 60 años

5.5.32. Grupo de edad mayores de 60 años frente al resto de grupos

Al analizar el grupo de edad de mayores de 60 años frente al resto de grupos, se observó un mayor porcentaje de mujeres que consultan por patología odontoestomatológica (OR=2,99; IC95%: 1,60-5,60; $p=0,001$), una mayor frecuencia de intervenciones odontoestomatológicas previas (OR=0,16; IC95%: 0,03-0,73; $p=0,018$), una mayor realización de pruebas complementarias (OR=2,34; IC95%: 1,30-4,21; $p=0,004$), una menor existencia de hábitos tóxicos

en dichos pacientes (OR=0,30; IC95%: 0,14-0,64; p=0,002), una mayor presencia de HTA y de enfermedades cardiorrespiratorias entre sus antecedentes personales (OR=17,62; IC95%: 8,91-34,82; p<0,001 y OR=3,80; IC95%: 2,04-7,07; p<0,001 respectivamente), con mayor porcentaje de pacientes anticoagulados (OR=39,09; IC95%: 9,64-158,53; p<0,001) y a tratamiento con benzodiazepinas (OR=4,83; IC95%: 2,20-10,59; p<0,001). En cuanto a la patología que generó la consulta se constataron menos patologías dentales (OR=0,36; IC95%: 0,17-0,77; p=0,008) y más sangrados orales (OR=10,89; IC95%: 2,14-55,42; p=0,004) (Tabla 161).

		≥60 años n (%)	Resto n (%)	Modelo univariante OR (IC 95%)	p	Modelo multivariante OR (IC 95%)	p																																																																																																																																																																																																	
Sexo	Hombre	85 (49,1)	379 (61,4)	1,64 (1,17-2,31)	0,004	2,99 (1,60-5,60)	0,001																																																																																																																																																																																																	
	Mujer	88 (50,9)	238 (38,6)					Horario	Día	120 (69,4)	406 (65,8)	0,85 (0,59-1,22)	0,380			Noche	53 (30,6)	211 (34,2)	Acude por iniciativa propia	No	37 (21,4)	62 (10,0)	0,41 (0,26-0,64)	<0,001			Sí	136 (78,6)	555 (90,0)	Consultas previas	No	108 (62,4)	392 (63,5)	1,04 (0,74-1,48)	0,790			Sí	65 (37,6)	225 (36,5)	Tiempo de evolución	< 24 h.	79 (52,3)	222 (42,1)	0,66 (0,46-0,95)	0,026			≥ 24 h.	72 (47,7)	305 (57,9)	Intervención previa odontolog.	No	149 (86,1)	560 (90,8)	1,58 (0,95-2,63)	0,076	0,16 (0,03-0,73)	0,018	Sí	24 (13,9)	57 (9,2)	Tratamiento previo	No	102 (59,0)	326 (52,8)	0,78 (0,55-1,09)	0,153			Sí	71 (41,0)	291 (47,2)	Pruebas complementarias	No	72 (41,6)	479 (77,6)	4,86 (3,40-6,95)	<0,001	2,34 (1,30-4,21)	0,004	Sí	101 (58,4)	138 (22,4)	Tratamiento en Urgencias	No	99 (57,2)	425 (68,9)	1,65 (1,17-2,33)	0,004			Sí	74 (42,8)	192 (31,1)	Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008			Sí	140 (80,9)	547 (88,7)	Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001
Horario	Día	120 (69,4)	406 (65,8)	0,85 (0,59-1,22)	0,380																																																																																																																																																																																																			
	Noche	53 (30,6)	211 (34,2)					Acude por iniciativa propia	No	37 (21,4)	62 (10,0)	0,41 (0,26-0,64)	<0,001			Sí	136 (78,6)	555 (90,0)	Consultas previas	No	108 (62,4)	392 (63,5)	1,04 (0,74-1,48)	0,790			Sí	65 (37,6)	225 (36,5)	Tiempo de evolución	< 24 h.	79 (52,3)	222 (42,1)	0,66 (0,46-0,95)	0,026			≥ 24 h.	72 (47,7)	305 (57,9)	Intervención previa odontolog.	No	149 (86,1)	560 (90,8)	1,58 (0,95-2,63)	0,076	0,16 (0,03-0,73)	0,018	Sí	24 (13,9)	57 (9,2)	Tratamiento previo	No	102 (59,0)	326 (52,8)	0,78 (0,55-1,09)	0,153			Sí	71 (41,0)	291 (47,2)	Pruebas complementarias	No	72 (41,6)	479 (77,6)	4,86 (3,40-6,95)	<0,001	2,34 (1,30-4,21)	0,004	Sí	101 (58,4)	138 (22,4)	Tratamiento en Urgencias	No	99 (57,2)	425 (68,9)	1,65 (1,17-2,33)	0,004			Sí	74 (42,8)	192 (31,1)	Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008			Sí	140 (80,9)	547 (88,7)	Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)						
Acude por iniciativa propia	No	37 (21,4)	62 (10,0)	0,41 (0,26-0,64)	<0,001																																																																																																																																																																																																			
	Sí	136 (78,6)	555 (90,0)					Consultas previas	No	108 (62,4)	392 (63,5)	1,04 (0,74-1,48)	0,790			Sí	65 (37,6)	225 (36,5)	Tiempo de evolución	< 24 h.	79 (52,3)	222 (42,1)	0,66 (0,46-0,95)	0,026			≥ 24 h.	72 (47,7)	305 (57,9)	Intervención previa odontolog.	No	149 (86,1)	560 (90,8)	1,58 (0,95-2,63)	0,076	0,16 (0,03-0,73)	0,018	Sí	24 (13,9)	57 (9,2)	Tratamiento previo	No	102 (59,0)	326 (52,8)	0,78 (0,55-1,09)	0,153			Sí	71 (41,0)	291 (47,2)	Pruebas complementarias	No	72 (41,6)	479 (77,6)	4,86 (3,40-6,95)	<0,001	2,34 (1,30-4,21)	0,004	Sí	101 (58,4)	138 (22,4)	Tratamiento en Urgencias	No	99 (57,2)	425 (68,9)	1,65 (1,17-2,33)	0,004			Sí	74 (42,8)	192 (31,1)	Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008			Sí	140 (80,9)	547 (88,7)	Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																	
Consultas previas	No	108 (62,4)	392 (63,5)	1,04 (0,74-1,48)	0,790																																																																																																																																																																																																			
	Sí	65 (37,6)	225 (36,5)					Tiempo de evolución	< 24 h.	79 (52,3)	222 (42,1)	0,66 (0,46-0,95)	0,026			≥ 24 h.	72 (47,7)	305 (57,9)	Intervención previa odontolog.	No	149 (86,1)	560 (90,8)	1,58 (0,95-2,63)	0,076	0,16 (0,03-0,73)	0,018	Sí	24 (13,9)	57 (9,2)	Tratamiento previo	No	102 (59,0)	326 (52,8)	0,78 (0,55-1,09)	0,153			Sí	71 (41,0)	291 (47,2)	Pruebas complementarias	No	72 (41,6)	479 (77,6)	4,86 (3,40-6,95)	<0,001	2,34 (1,30-4,21)	0,004	Sí	101 (58,4)	138 (22,4)	Tratamiento en Urgencias	No	99 (57,2)	425 (68,9)	1,65 (1,17-2,33)	0,004			Sí	74 (42,8)	192 (31,1)	Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008			Sí	140 (80,9)	547 (88,7)	Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																												
Tiempo de evolución	< 24 h.	79 (52,3)	222 (42,1)	0,66 (0,46-0,95)	0,026																																																																																																																																																																																																			
	≥ 24 h.	72 (47,7)	305 (57,9)					Intervención previa odontolog.	No	149 (86,1)	560 (90,8)	1,58 (0,95-2,63)	0,076	0,16 (0,03-0,73)	0,018	Sí	24 (13,9)	57 (9,2)	Tratamiento previo	No	102 (59,0)	326 (52,8)	0,78 (0,55-1,09)	0,153			Sí	71 (41,0)	291 (47,2)	Pruebas complementarias	No	72 (41,6)	479 (77,6)	4,86 (3,40-6,95)	<0,001	2,34 (1,30-4,21)	0,004	Sí	101 (58,4)	138 (22,4)	Tratamiento en Urgencias	No	99 (57,2)	425 (68,9)	1,65 (1,17-2,33)	0,004			Sí	74 (42,8)	192 (31,1)	Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008			Sí	140 (80,9)	547 (88,7)	Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																							
Intervención previa odontolog.	No	149 (86,1)	560 (90,8)	1,58 (0,95-2,63)	0,076	0,16 (0,03-0,73)	0,018																																																																																																																																																																																																	
	Sí	24 (13,9)	57 (9,2)					Tratamiento previo	No	102 (59,0)	326 (52,8)	0,78 (0,55-1,09)	0,153			Sí	71 (41,0)	291 (47,2)	Pruebas complementarias	No	72 (41,6)	479 (77,6)	4,86 (3,40-6,95)	<0,001	2,34 (1,30-4,21)	0,004	Sí	101 (58,4)	138 (22,4)	Tratamiento en Urgencias	No	99 (57,2)	425 (68,9)	1,65 (1,17-2,33)	0,004			Sí	74 (42,8)	192 (31,1)	Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008			Sí	140 (80,9)	547 (88,7)	Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																		
Tratamiento previo	No	102 (59,0)	326 (52,8)	0,78 (0,55-1,09)	0,153																																																																																																																																																																																																			
	Sí	71 (41,0)	291 (47,2)					Pruebas complementarias	No	72 (41,6)	479 (77,6)	4,86 (3,40-6,95)	<0,001	2,34 (1,30-4,21)	0,004	Sí	101 (58,4)	138 (22,4)	Tratamiento en Urgencias	No	99 (57,2)	425 (68,9)	1,65 (1,17-2,33)	0,004			Sí	74 (42,8)	192 (31,1)	Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008			Sí	140 (80,9)	547 (88,7)	Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																													
Pruebas complementarias	No	72 (41,6)	479 (77,6)	4,86 (3,40-6,95)	<0,001	2,34 (1,30-4,21)	0,004																																																																																																																																																																																																	
	Sí	101 (58,4)	138 (22,4)					Tratamiento en Urgencias	No	99 (57,2)	425 (68,9)	1,65 (1,17-2,33)	0,004			Sí	74 (42,8)	192 (31,1)	Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008			Sí	140 (80,9)	547 (88,7)	Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																								
Tratamiento en Urgencias	No	99 (57,2)	425 (68,9)	1,65 (1,17-2,33)	0,004																																																																																																																																																																																																			
	Sí	74 (42,8)	192 (31,1)					Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008			Sí	140 (80,9)	547 (88,7)	Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																			
Tratamiento al alta	No	33 (19,1)	70 (11,3)	0,54 (0,34-0,85)	0,008																																																																																																																																																																																																			
	Sí	140 (80,9)	547 (88,7)					Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191			Sí	7 (4,0)	14 (2,3)	Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																														
Ingreso hospitalario	No	166 (96,0)	603 (97,7)	1,81 (0,72-4,57)	0,191																																																																																																																																																																																																			
	Sí	7 (4,0)	14 (2,3)					Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001			Sí	64 (37,0)	345 (56,4)	Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																																									
Derivación a otros prof.	No	109 (63,0)	267 (43,6)	0,45 (0,32-0,64)	<0,001																																																																																																																																																																																																			
	Sí	64 (37,0)	345 (56,4)					Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001			Sí	70 (40,5)	389 (63,0)	Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																																																				
Dolor	No	103 (59,5)	228 (37,0)	0,39 (0,28-0,56)	<0,001																																																																																																																																																																																																			
	Sí	70 (40,5)	389 (63,0)					Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)	Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																																																															
Fiebre	No	170 (98,3)	568 (92,1)	0,20 (0,06-0,66)	0,004	0,21 (0,03-1,25)	0,087																																																																																																																																																																																																	
	Sí	3 (1,7)	49 (7,9)					Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)	Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																																																																										
Hábitos tóxicos	No	144 (83,2)	455 (73,7)	0,56 (0,36-0,87)	0,010	0,30 (0,14-0,64)	0,002																																																																																																																																																																																																	
	Sí	29 (16,8)	162 (26,3)					Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)	Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																																																																																					
Hipertensión arterial	No	66 (38,2)	583 (94,5)	27,79 (17,51-44,13)	<0,001	17,62 (8,91-34,82)	<0,001																																																																																																																																																																																																	
	Sí	107 (61,8)	34 (5,5)					Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001			Sí	25 (14,5)	17 (2,8)	Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																																																																																																
Diabetes mellitus	No	148 (85,5)	600 (97,2)	5,96 (3,13-11,32)	<0,001																																																																																																																																																																																																			
	Sí	25 (14,5)	17 (2,8)					Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)	Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																																																																																																											
Enfermedad cardiorresp.	No	78 (45,1)	503 (81,5)	5,37 (3,74-7,71)	<0,001	3,80 (2,04-7,07)	<0,001																																																																																																																																																																																																	
	Sí	95 (54,9)	114 (18,5)					Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001			Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																																																																																																																						
Desorden psiquiátrico	No	138 (79,8)	561 (90,9)	2,54 (1,60-4,03)	<0,001																																																																																																																																																																																																			
	Sí	35 (20,2)	56 (9,1)																																																																																																																																																																																																					

Paciente anticoagulado	No	121 (69,9)	612 (99,2)				
	Sí	52 (30,1)	5 (0,8)	52,60 (20,58-134,41)	<0,001	39,09 (9,64-158,53)	<0,001
Tto. Crónico antidepressivo	No	138 (79,8)	588 (95,3)				
	Sí	35 (20,2)	29 (4,7)	5,14 (3,03-8,70)	<0,001		
Tto. Crónico benzodiazepina	No	127 (73,4)	579 (93,8)				
	Sí	46 (26,6)	38 (6,2)	5,51 (3,44-8,83)	<0,001	4,83 (2,20-10,59)	<0,001
Tto. Crónico corticoide	No	162 (93,6)	610 (98,9)				
	Sí	11 (6,4)	7 (1,1)	5,91 (2,25-15,50)	<0,001		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	169 (97,7)	605 (98,1)				
	Sí	4 (2,3)	12 (1,9)	1,19 (0,38-3,74)	0,761		
Patología dental	No	150 (86,7)	340 (55,1)				
	Sí	23 (13,3)	277 (44,9)	0,18 (0,11-0,30)	<0,001	0,36 (0,17-0,77)	0,008
Infección de mucosas	No	146 (84,4)	543 (88,0)				
	Sí	27 (15,6)	74 (12,0)	1,35 (0,84-2,18)	0,208		
Traumatismos orales	No	148 (85,5)	523 (84,8)				
	Sí	25 (14,5)	94 (15,2)	0,94 (0,58-1,51)	0,799		
Lesiones mucosas	No	134 (77,5)	523 (84,8)				
	Sí	39 (22,5)	94 (15,2)	1,61 (1,06-2,46)	0,023		
Sangrado oral	No	134 (77,5)	608 (98,5)				
	Sí	39 (22,5)	9 (1,5)	19,66 (9,30-41,56)	<0,001	10,89 (2,14-55,42)	0,004
Patología ATM	No	164 (94,8)	591 (95,8)				
	Sí	9 (5,2)	26 (4,2)	1,24 (0,57-2,71)	0,577		
Patología de gl. Salivales	No	162 (93,6)	577 (93,5)				
	Sí	11 (6,4)	40 (6,5)	0,97 (0,49-1,95)	0,953		

Tabla 161. Modelo de regresión logística. Mayores de 60 años frente al resto

5.5.33. Patología dental frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años

En el análisis multivariante se relaciona la patología dental con una mayor existencia de dolor entre sus síntomas (OR=3,32; IC95%: 1,14-9,65; p=0,027), y con un menor porcentaje de enfermedad cardiorrespiratoria entre sus antecedentes personales (OR=0,28; IC95%: 0,09-0,86; p=0,026) (Tabla 162).

		Patología dental		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		72,7 (8,5)*	75,0 (9,0)*	0,97 (0,92-0,97)	0,239		
Edad	≤ 80 a.	18 (78,3)	96 (64,0)				
	> 80 a.	5 (21,7)	54 (36,0)	0,49 (0,17-1,40)	0,179		
Sexo	Hombre	12 (52,2)	73 (48,7)				
	Mujer	11 (47,8)	77 (51,3)	0,86 (0,36-2,09)	0,754		
Horario	Día	20 (87,0)	100 (66,7)				
	Noche	3 (13,0)	50 (33,3)	0,30 (0,85-1,05)	0,049		
Acude por iniciativa propia	No	7 (30,4)	30 (20,0)				
	Sí	16 (69,6)	120 (80,0)	0,57 (0,21-1,51)	0,278		
Consultas previas	No	11 (47,8)	97 (64,7)				
	Sí	12 (52,2)	53 (35,3)	1,99 (0,82-4,83)	0,120		
Tiempo de evolución	< 24 h.	5 (25,0)	74 (56,5)				
	≥ 24 h.	15 (75,0)	57 (43,5)	3,89 (1,33-11,34)	0,009		
Intervención previa odontolog.	No	22 (95,7)	127 (84,7)				
	Sí	1 (4,3)	23 (15,3)	0,25 (0,03-1,95)	0,207		
Tratamiento previo	No	9 (39,1)	93 (62,0)				
	Sí	14 (60,9)	57 (38,0)	2,53 (1,03-6,24)	0,038		
Pruebas complementarias	No	10 (43,5)	62 (41,3)				
	Sí	13 (56,5)	88 (58,7)	0,91 (0,37-2,22)	0,846		
Tratamiento en Urgencias	No	11 (47,8)	88 (58,7)				
	Sí	12 (52,2)	62 (41,3)	1,54 (0,64-3,73)	0,328		
Tratamiento al alta	No	5 (21,7)	28 (18,7)				
	Sí	18 (78,3)	122 (81,3)	0,82 (0,28-2,41)	0,776		
Ingreso hospitalario	No	21 (91,3)	145 (96,7)				
	Sí	2 (8,7)	5 (3,3)	2,76 (0,50-15,15)	0,234		
Derivación a otros prof.	No	10 (43,5)	99 (66,0)				
	Sí	13 (56,5)	51 (34,0)	2,52 (1,03-6,15)	0,037		
Dolor	No	7 (30,4)	96 (64,0)				
	Sí	16 (69,6)	54 (36,0)	4,06 (1,57-10,49)	0,002	3,32 (1,14-9,65)	0,027
Fiebre	No	22 (95,7)	148 (98,7)				
	Sí	1 (4,3)	2 (1,3)	3,36 (0,29-38,66)	0,350		
Hábitos tóxicos	No	17 (73,9)	127 (84,7)				
	Sí	6 (26,1)	23 (15,3)	1,94 (0,69-5,46)	0,230		
Hipertensión arterial	No	10 (43,5)	56 (37,3)				
	Sí	13 (56,5)	94 (62,7)	0,77 (0,31-1,88)	0,572		
Diabetes mellitus	No	19 (82,6)	129 (86,0)				
	Sí	4 (17,4)	21 (14,0)	1,29 (0,40-4,17)	0,749		
Enfermedad cardiorresp.	No	17 (73,9)	61 (40,7)				
	Sí	6 (26,1)	89 (59,3)	0,24 (0,09-0,64)	0,003	0,28 (0,09-0,86)	0,026
Desorden psiquiátrico	No	20 (87,0)	118 (78,7)				
	Sí	3 (13,0)	32 (21,3)	0,55 (0,15-1,97)	0,577		
Paciente anticoagulado	No	15 (65,2)	106 (70,7)				
	Sí	8 (34,8)	44 (29,3)	1,28 (0,50-3,24)	0,596		
Tto. Crónico antidepressivo	No	16 (69,6)	122 (81,3)				
	Sí	7 (30,4)	28 (18,7)	1,90 (0,71-5,07)	0,262		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	16 (69,6)	111 (74,0)				
	Sí	7 (30,4)	39 (26,0)	1,24 (0,47-3,25)	0,654		
Tto. Crónico corticoide	No	21 (91,3)	141 (94,0)				
	Sí	2 (8,7)	9 (6,0)	1,49 (0,30-7,38)	0,642		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	23 (100,0)	146 (97,3)				
	Sí	0 (0,0)	4 (2,7)	0,97 (0,94-0,99)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 162. Modelo de regresión logística. Patología dental en pacientes mayores de 60 años

5.5.34. Infecciones mucosas frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años

En el análisis multivariante se relacionan las infecciones mucosas con menor porcentaje de tratamientos realizados en el servicio de urgencias (OR=0,10; IC95%: 0,03-0,38; p=0,001) y con una menor derivación a otros profesionales al alta (OR=0,34; IC95%: 0,12-0,95; p=0,040). Así mismo se da un mayor porcentaje de pacientes a tratamiento crónico con benzodiazepinas (OR=2,79; IC95%: 1,07-7,24; p=0,035) (Tabla 163).

		Infecciones mucosas		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	P	OR (IC 95%)	p
Edad en años		73,3(8,0)*	75,0 (9,1)*	0,97 (0,93-1,02)	0,358		
Edad	≤ 80 a.	21 (77,8)	93 (63,7)				
	> 80 a.	6 (22,2)	53 (36,3)	0,50 (0,19-1,32)	0,156		
Sexo	Hombre	12 (44,4)	73 (50,0)				
	Mujer	15 (55,6)	73 (50,0)	1,25 (0,54-2,85)	0,596		
Horario	Día	23 (85,2)	97 (66,4)				
	Noche	4 (14,8)	49 (33,6)	0,34 (0,11-1,05)	0,052		
Acude por iniciativa propia	No	4 (14,8)	33 (22,6)				
	Sí	23 (85,2)	113 (77,4)	1,67 (0,54-5,20)	0,365		
Consultas previas	No	13 (48,1)	95 (65,1)				
	Sí	14 (51,9)	51 (34,9)	2,00 (0,87-4,59)	0,095		
Tiempo de evolución	< 24 h.	1 (5,0)	78 (59,5)				
	≥ 24 h.	19 (95,0)	53 (40,5)	27,96 (3,63-215,24)	<0,001		
Intervención previa odontolog.	No	27 (100,0)	122 (83,6)				
	Sí	0 (0,0)	24 (16,4)	0,83 (0,77-0,89)	0,016		
Tratamiento previo	No	14 (51,9)	88 (60,3)				
	Sí	13 (48,1)	58 (39,7)	1,40 (0,61-3,21)	0,414		
Pruebas complementarias	No	15 (55,6)	57 (39,0)				
	Sí	12 (44,4)	89 (61,0)	0,51 (0,22-1,17)	0,110		
Tratamiento en Urgencias	No	24 (88,9)	75 (51,4)				
	Sí	3 (11,1)	71 (48,6)	0,13 (0,03-0,45)	<0,001	0,10 (0,03-0,38)	0,001
Tratamiento al alta	No	2 (7,4)	31 (21,2)				
	Sí	25 (92,6)	115 (78,8)	3,37 (0,75-15,00)	0,093	3,94 (0,82-18,80)	0,085
Ingreso hospitalario	No	25 (92,6)	141 (96,6)				
	Sí	2 (7,4)	5 (3,4)	2,25 (0,41-12,27)	0,300		
Derivación a otros prof.	No	21 (77,8)	88 (60,3)				
	Sí	6 (22,2)	58 (39,7)	0,43 (0,16-1,13)	0,084	0,34 (0,12-0,95)	0,040
Dolor	No	11 (40,7)	92 (63,0)				
	Sí	16 (59,3)	54 (37,0)	2,47 (1,07-5,72)	0,030		
Fiebre	No	26 (96,3)	144 (98,6)				
	Sí	1 (3,7)	2 (1,4)	2,76 (0,24-31,66)	0,401		
Hábitos tóxicos	No	23 (85,2)	121 (82,9)				
	Sí	4 (14,8)	25 (17,1)	0,84 (0,26-2,64)	1,000		

Hipertensión arterial	No	12 (44,4)	54 (37,0)				
	Sí	15 (55,6)	92 (63,0)	0,73 (0,32-1,68)	0,464		
Diabetes mellitus	No	26 (96,3)	122 (83,6)				
	Sí	1 (3,7)	24 (16,4)	0,19 (0,02-1,51)	0,132		
Enfermedad cardiorresp.	No	16 (59,3)	62 (42,5)				
	Sí	11 (40,7)	84 (57,5)	0,50 (0,22-1,16)	0,107		
Desorden psiquiátrico	No	19 (70,4)	119 (81,5)				
	Sí	8 (29,6)	27 (18,5)	1,85 (0,73-4,68)	0,186		
Paciente anticoagulado	No	17 (63,0)	104 (71,2)				
	Sí	10 (37,0)	42 (28,8)	1,45 (0,61-3,44)	0,389		
Tto. Crónico antidepressivo	No	23 (85,2)	115 (78,8)				
	Sí	4 (14,8)	31 (21,2)	0,64 (0,20-2,00)	0,446		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	16 (59,3)	111 (76,0)				
	Sí	11 (40,7)	35 (24,0)	2,18 (0,92-5,13)	0,070	2,79 (1,07-7,24)	0,035
Tto. Crónico corticoide	No	27 (100,0)	135 (92,5)				
	Sí	0 (0,0)	11 (7,5)	0,92 (0,88-0,96)	0,217		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	27 (100,0)	142 (97,3)				
	Sí	0 (0,0)	4 (2,7)	0,97 (0,94-0,99)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 163. Modelo de regresión logística. Infecciones mucosas en pacientes mayores de 60 años

5.5.35. Traumatismos frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años

En el análisis multivariante se relacionan los traumatismos orales con un menor porcentaje de consultas previas (OR=10,57; IC95%: 1,30-85,96; p=0,027), y con un menor porcentaje de pacientes con tiempo de evolución mayor de 24h (OR=0,10; IC95%: 0,02-0,48; p=0,004) (Tabla 164).

		Traumatismos orales		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		77,0 (9,5)*	74,3 (8,8)*	2,03 (0,98-1,08)	0,179		
Edad	≤ 80 a.	14 (56,0)	100 (67,6)				
	> 80 a.	11 (44,0)	48 (32,4)	1,63 (0,69-3,87)	0,259		
Sexo	Hombre	13 (52,0)	72 (48,6)				
	Mujer	12 (48,0)	76 (51,4)	0,87 (0,37-2,04)	0,757		
Horario	Día	18 (72,0)	102 (68,9)				
	Noche	7 (28,0)	46 (31,1)	0,86 (0,33-2,20)	0,757		
Acude por iniciativa propia	No	5 (20,0)	32 (21,6)				
	Sí	20 (80,0)	116 (78,4)	1,10 (0,38-3,17)	0,855		
Consultas previas	No	24 (96,0)	84 (56,8)				
	Sí	1 (4,0)	64 (43,2)	0,05 (0,01-0,41)	<0,001	10,57 (1,30-85,96)	0,027
Tiempo de evolución	< 24 h.	23 (92,0)	56 (44,4)				
	≥ 24 h.	2 (8,0)	70 (55,6)	0,07 (0,01-30)	<0,001	0,10 (0,02-0,48)	0,004

Intervención previa odontolog.	No	25 (100,0)	124 (83,8)				
	Sí	0 (0,0)	24 (16,2)	0,83 (0,78-0,89)	0,027		
Tratamiento previo	No	25 (100,0)	77 (52,0)				
	Sí	0 (0,0)	71 (48,0)	0,52 (0,44-0,60)	<0,001	0,0	0,997
Pruebas complementarias	No	9 (36,0)	63 (42,6)				
	Sí	16 (64,0)	85 (57,4)	1,31 (0,54-3,17)	0,538		
Tratamiento en Urgencias	No	12 (48,0)	87 (58,8)				
	Sí	13 (52,0)	61 (41,2)	1,54 (0,66-3,61)	0,313		
Tratamiento al alta	No	7 (28,0)	26 (17,6)				
	Sí	18 (72,0)	122 (82,4)	0,54 (0,20-1,44)	0,269		
Ingreso hospitalario	No	25 (100,0)	141 (95,3)				
	Sí	0 (0,0)	7 (4,7)	0,95 (0,91-0,98)	0,595		
Derivación a otros prof.	No	20 (80,0)	89 (60,1)				
	Sí	5 (20,0)	59 (39,9)	0,37 (0,13-1,06)	0,057		
Dolor	No	16 (64,0)	87 (58,8)				
	Sí	9 (36,0)	61 (41,2)	0,80 (0,33-1,93)	0,623		
Fiebre	No	25 (100,0)	145 (98,0)				
	Sí	0 (0,0)	3 (2,0)	0,98 (0,95-1,00)	1,000		
Hábitos tóxicos	No	24 (96,0)	120 (81,1)				
	Sí	1 (4,0)	28 (18,9)	0,17 (0,02-1,37)	0,082		
Hipertensión arterial	No	14 (56,0)	52 (35,1)				
	Sí	11 (44,0)	96 (64,9)	0,42 (0,18-1,00)	0,047	0,41 (0,15-1,13)	0,087
Diabetes mellitus	No	25 (100,0)	123 (83,1)				
	Sí	0 (0,0)	25 (16,9)	0,83 (0,77-0,89)	0,027		
Enfermedad cardiorresp.	No	12 (48,0)	66 (44,6)				
	Sí	13 (52,0)	82 (55,4)	0,87 (0,37-2,03)	0,752		
Desorden psiquiátrico	No	21 (84,0)	117 (79,1)				
	Sí	4 (16,0)	31 (20,9)	0,71 (0,23-2,24)	0,569		
Paciente anticoagulado	No	20 (80,0)	101 (68,2)				
	Sí	5 (20,0)	47 (31,8)	0,53 (0,19-1,51)	0,236		
Tto. Crónico antidepressivo	No	19 (76,0)	119 (80,4)				
	Sí	6 (24,0)	29 (19,6)	1,29 (0,47-3,53)	0,612		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	18 (72,0)	109 (73,6)				
	Sí	7 (28,0)	39 (26,4)	1,08 (0,42-2,80)	0,863		
Tto. Crónico corticoide	No	23 (92,0)	139 (93,9)				
	Sí	2 (8,0)	9 (6,1)	1,34 (0,27-6,61)	0,662		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	24 (96,0)	145 (98,0)				
	Sí	1 (4,0)	3 (2,0)	2,01 (0,20-20,16)	0,468		

* Media (desviación estándar)

Tabla 164. Modelo de regresión logística. Traumatismos orales en pacientes mayores de 60 años

5.5.36. Lesiones mucosas frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años

En el análisis multivariante se relacionan las lesiones mucosas con menor porcentaje de pacientes que acuden por iniciativa propia (OR=0,43; IC95%: 0,19-0,97; p=0,042). No se han registrado casos de intervención odontológica previa (Tabla 165).

		Lesiones mucosas		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		72,6 (9,1)*	75,3 (8,8)*	0,96 (0,92-1,00)	0,103		
Edad	≤ 80 a.	29 (74,4)	85 (63,4)				
	> 80 a.	10 (25,6)	49 (36,6)	0,59 (0,27-1,33)	0,205		
Sexo	Hombre	17 (43,6)	68 (50,7)				
	Mujer	22 (56,4)	66 (49,3)	1,33 (0,65-2,73)	0,431		
Horario	Día	27 (69,2)	93 (69,4)				
	Noche	12 (30,8)	41 (30,6)	1,00 (0,46-2,18)	0,984		
Acude por iniciativa propia	No	13 (33,3)	24 (17,9)				
	Sí	26 (66,7)	110 (82,1)	0,42 (0,19-0,95)	0,035	0,43 (0,19-0,97)	0,042
Consultas previas	No	22 (56,4)	86 (64,2)				
	Sí	17 (43,6)	48 (35,8)	1,38 (0,67-2,85)	0,378		
Tiempo de evolución	< 24 h.	21 (61,8)	58 (49,6)				
	≥ 24 h.	13 (38,2)	59 (50,4)	0,60 (0,27-1,32)	0,210		
Intervención previa odontolog.	No	39 (100,0)	110 (82,1)				
	Sí	0 (0,0)	24 (17,9)	0,83 (0,75-0,88)	0,003	0,0	0,997
Tratamiento previo	No	18 (46,2)	84 (62,7)				
	Sí	21 (53,8)	50 (37,3)	1,96 (0,95-4,02)	0,065		
Pruebas complementarias	No	20 (51,3)	52 (38,8)				
	Sí	19 (48,7)	82 (61,2)	0,60 (0,29-1,23)	0,164		
Tratamiento en Urgencias	No	24 (61,5)	75 (56,0)				
	Sí	15 (38,5)	59 (44,0)	0,79 (0,38-1,64)	0,536		
Tratamiento al alta	No	6 (15,4)	27 (20,1)				
	Sí	33 (84,6)	107 (79,9)	1,38 (0,52-3,65)	0,538		
Ingreso hospitalario	No	36 (92,3)	130 (97,0)				
	Sí	3 (7,7)	4 (3,0)	2,70 (0,58-12,65)	0,191		
Derivación a otros prof.	No	26 (66,7)	83 (61,9)				
	Sí	13 (33,3)	51 (38,1)	0,81 (0,38-1,72)	0,591		
Dolor	No	26 (66,7)	77 (57,5)				
	Sí	13 (33,3)	57 (42,5)	0,67 (0,31-1,42)	0,303		
Fiebre	No	39 (100,0)	131 (97,8)				
	Sí	0 (0,0)	3 (2,2)	0,97 (0,95-1,00)	1,000		
Hábitos tóxicos	No	31 (79,5)	113 (84,3)				
	Sí	8 (20,5)	21 (15,7)	1,38 (0,56-3,43)	0,476		
Hipertensión arterial	No	12 (30,8)	54 (40,3)				
	Sí	27 (69,2)	80 (59,7)	1,51 (0,70-3,25)	0,281		
Diabetes mellitus	No	32 (82,1)	116 (86,6)				
	Sí	7 (17,9)	18 (13,4)	1,41 (0,54-3,67)	0,480		
Enfermedad cardiorresp.	No	15 (38,5)	63 (47,0)				
	Sí	24 (61,5)	71 (53,0)	1,42 (0,68-2,94)	0,345		
Desorden psiquiátrico	No	29 (74,4)	109 (81,3)				
	Sí	10 (25,6)	25 (18,7)	1,50 (0,64-3,48)	0,339		
Paciente anticoagulado	No	28 (71,8)	93 (69,4)				
	Sí	11 (28,2)	41 (30,6)	0,89 (0,40-1,96)	0,774		
Tto. Crónico antidepressivo	No	33 (84,6)	105 (78,4)				
	Sí	6 (15,4)	29 (21,6)	0,65 (0,25-1,72)	0,392		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	31 (79,5)	96 (71,6)				
	Sí	8 (20,5)	38 (28,4)	0,65 (0,27-1,54)	0,329		
Tto. Crónico corticoide	No	38 (97,4)	124 (92,5)				
	Sí	1 (2,6)	10 (7,5)	0,32 (0,04-2,63)	0,46		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	37 (94,9)	132 (98,5)				
	Sí	2 (5,1)	2 (1,5)	3,56 (0,48-26,19)	0,219		

* Media (desviación estándar)

Tabla 165. Modelo de regresión logística. Lesiones mucosas en pacientes mayores de 60 años

5.5.37. Sangrado oral frente al resto de patologías en mayores de 60 años

En el análisis multivariante se relaciona el sangrado oral con una mayor frecuencia de pacientes que han tenido una intervención operatoria odontoestomatológica previa (OR=2037,81; IC95%: 43,55-95351,58; p<0,001), con mayor porcentaje de realización de pruebas complementarias (OR=14,09; IC95%: 1,36-145,15; p=0,026) y con mayor porcentaje de enfermedad cardiorrespiratoria (OR=8,25; IC95%: 1,47-46,14; p=0,016) entre sus antecedentes personales (Tabla 166).

		Sangrado oral		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		78,6 (8,5)*	73,6 (8,8)*	1,06 (1,02-1,11)	0,002	1,09 (0,99-1,19)	0,062
Edad	≤ 80 a.	16 (41,0)	98 (73,1)				
	> 80 a.	23 (59,0)	36 (26,9)	3,91 (1,86-8,23)	<0,001		
Sexo	Hombre	25 (64,1)	60 (44,8)				
	Mujer	14 (35,9)	74 (55,2)	0,45 (0,21-0,94)	0,052		
Horario	Día	19 (48,7)	101 (75,4)				
	Noche	20 (51,3)	33 (24,6)	3,22 (1,53-6,75)	0,001		
Acude por iniciativa propia	No	4 (10,3)	33 (24,6)				
	Sí	35 (89,7)	101 (75,4)	2,94 (0,97-8,91)	0,047		
Consultas previas	No	29 (74,4)	79 (59,0)				
	Sí	10 (25,6)	55 (41,0)	0,49 (0,22-1,09)	0,080		
Tiempo de evolución	< 24 h.	25 (73,5)	54 (46,2)				
	≥ 24 h.	9 (26,5)	63 (53,8)	0,30 (0,13-0,71)	0,005		
Intervención previa odontolog.	No	18 (46,2)	131 (97,8)				
	Sí	21 (53,8)	3 (2,2)	50,94 (13,79-188,09)	<0,001	2037,81(43,55-95351,58)	<0,001
Tratamiento previo	No	25 (64,1)	77 (57,5)				
	Sí	14 (35,9)	57 (42,5)	0,75 (0,36-1,58)	0,458		
Pruebas complementarias	No	10 (25,6)	62 (46,3)				
	Sí	29 (74,4)	72 (53,7)	2,49 (1,12-5,53)	0,021	14,09 (1,36-145,15)	0,026
Tratamiento en Urgencias	No	12 (30,8)	87 (64,9)				
	Sí	27 (69,2)	47 (35,1)	4,16 (1,93-8,96)	<0,001		
Tratamiento al alta	No	13 (33,3)	20 (14,9)				
	Sí	26 (66,7)	114 (85,1)	0,35 (0,15-0,79)	0,010		
Ingreso hospitalario	No	39 (100,0)	127 (94,8)				
	Sí	0 (0,0)	7 (5,2)	0,94 (0,91-0,98)	0,352		
Derivación a otros prof.	No	26 (66,7)	83 (61,9)				
	Sí	13 (33,3)	51 (38,1)	0,81 (0,38-1,72)	0,591		

Dolor	No	37 (94,9)	66 (49,3)	0,05 (0,01-0,22)	<0,001	0,13 (0,02-1,16)	0,069
	Sí	2 (5,1)	68 (50,7)				
Fiebre	No	39 (100,0)	131 (97,8)	0,97 (0,95-1,00)	0,953		
	Sí	0 (0,0)	3 (2,2)				
Hábitos tóxicos	No	31 (79,5)	113 (84,3)	1,38 (0,56-3,43)	0,476		
	Sí	8 (20,5)	21 (15,7)				
Hipertensión arterial	No	8 (20,5)	58 (43,3)	2,95 (1,26-6,91)	0,010		
	Sí	31 (79,5)	76 (56,7)				
Diabetes mellitus	No	29 (74,4)	119 (88,8)	2,73 (1,11-6,71)	0,024		
	Sí	10 (25,6)	15 (11,2)				
Enfermedad cardiorresp.	No	6 (15,4)	72 (53,7)	6,38 (2,51-16,25)	<0,001	8,25 (1,47-46,14)	0,016
	Sí	33 (84,6)	62 (46,3)				
Desorden psiquiátrico	No	33 (84,6)	105 (78,4)	0,65 (0,25-1,72)	0,392		
	Sí	6 (15,4)	29 (21,6)				
Paciente anticoagulado	No	25 (64,1)	96 (71,6)	1,41 (0,66-3,00)	0,366		
	Sí	14 (35,9)	38 (28,4)				
Tto. Crónico antidepressivo	No	30 (76,9)	108 (80,6)	1,24 (0,52-2,94)	0,615		
	Sí	9 (23,1)	26 (19,4)				
Tto. Crónico benzodiacepina	No	28 (71,8)	99 (73,9)	1,11 (0,50-2,46)	0,795		
	Sí	11 (28,2)	35 (26,1)				
Tto. Crónico corticoide	No	33 (84,6)	129 (96,3)	4,69 (1,34-16,32)	0,009		
	Sí	6 (15,4)	5 (3,7)				
Tto. Crónico inmunosupresor	No	38 (97,4)	131 (97,8)	1,14 (0,11-11,36)	0,905		
	Sí	1 (2,6)	3 (2,2)				

* Media (desviación estándar)

Tabla 166. Modelo de regresión logística. Sangrado oral en pacientes mayores de 60 años

5.5.38. Patología de ATM frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años

En el análisis multivariante se relaciona la patología de la ATM con una mayor frecuencia de dolor

(OR=11,6; IC95%: 1,37-98,4; p=0,024) (Tabla 167).

		Patología ATM		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		73,2(8,6)*	73,6 (74,8)*	0,98 (0,90-1,05)	0,599		
Edad	≤ 80 a.	7 (77,8)	107 (65,2)	0,53 (0,10-2,66)	0,720		
	> 80 a.	2 (22,2)	57 (34,8)				
Sexo	Hombre	2 (22,2)	83 (50,6)	3,58 (0,72-17,78)	0,169		
	Mujer	7 (77,8)	81 (49,4)				
Horario	Día	6 (66,7)	114 (69,5)	1,14 (0,27-4,74)	1,000		
	Noche	3 (33,3)	50 (30,5)				
Acude por iniciativa propia	No	1 (11,1)	36 (22,0)	2,25 (0,27-18-58)	0,686		
	Sí	8 (88,9)	128 (78,0)				
Consultas previas	No	3 (33,3)	105 (64,0)	3,55 (0,85-14,75)	0,082		
	Sí	6 (66,7)	59 (36,0)				
Tiempo de evolución	< 24 h.	1 (12,5)	78 (54,5)	8,40 (1,00-70,05)	0,028		
	≥ 24 h.	7 (87,5)	65 (45,5)				
Intervención previa odontolog.	No	7 (77,8)	142 (86,6)	1,84 (0,36-9,45)	0,362		
	Sí	2 (22,2)	22 (13,4)				
Tratamiento previo	No	4 (44,4)	98 (59,8)	1,85 (0,48-7,16)	0,490		
	Sí	5 (55,6)	66 (40,2)				

Pruebas complementarias	No	7 (77,8)	65 (39,6)				
	Sí	2 (22,2)	99 (60,4)	0,18 (0,03-0,93)	0,035	0,22 (0,04-1,17)	0,077
Tratamiento en Urgencias	No	7 (77,8)	92 (56,1)				
	Sí	2 (22,2)	72 (43,9)	0,36 (0,07-1,81)	0,304		
Tratamiento al alta	No	0 (0,0)	33 (20,1)				
	Sí	9 (100,0)	131 (79,9)	0,79 (0,74-0,86)	0,210		
Ingreso hospitalario	No	9 (100,0)	157 (95,7)				
	Sí	0 (0,0)	7 (4,3)	0,95 (0,92-0,98)	1,000		
Derivación a otros prof.	No	4 (44,4)	105 (64,0)				
	Sí	5 (55,6)	59 (36,0)	2,22 (0,57-8,60)	0,294		
Dolor	No	1 (11,1)	102 (62,2)				
	Sí	8 (88,9)	62 (37,8)	13,16 (1,60-107,76)	0,003	11,6 (1,37-98,4)	0,024
Fiebre	No	9 (100,0)	161 (98,2)				
	Sí	0 (0,0)	3 (1,8)	0,98 (0,96-1,00)	1,000		
Hábitos tóxicos	No	9 (100,0)	135 (82,3)				
	Sí	0 (0,0)	29 (17,7)	0,82 (0,76-0,88)	0,359		
Hipertensión arterial	No	5 (55,6)	61 (37,2)				
	Sí	4 (44,4)	103 (62,8)	0,47 (0,12-1,83)	0,305		
Diabetes mellitus	No	9 (100,0)	139 (84,8)				
	Sí	0 (0,0)	25 (15,2)	0,84 (0,79-0,90)	0,361		
Enfermedad cardiorresp.	No	6 (66,7)	72 (43,9)				
	Sí	3 (33,3)	92 (56,1)	0,39 (0,09-1,61)	0,302		
Desorden psiquiátrico	No	6 (66,7)	132 (80,5)				
	Sí	3 (33,3)	32 (19,5)	2,06 (0,48-8,69)	0,389		
Paciente anticoagulado	No	7 (77,8)	114 (69,5)				
	Sí	2 (22,2)	50 (30,5)	0,65 (0,13-3,24)	0,726		
Tto. Crónico Antidepresivo	No	7 (77,8)	131 (79,9)				
	Sí	2 (22,2)	33 (20,1)	1,13 (0,22-5,71)	1,000		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	9 (100,0)	118 (72,0)				
	Sí	0 (0,0)	46 (28,0)	0,72 (0,65-0,79)	0,115		
Tto. Crónico Corticoide	No	9 (100,0)	153 (93,3)				
	Sí	0 (0,0)	11 (6,7)	0,93 (0,89-0,97)	1,000		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	9 (100,0)	160 (97,6)				
	Sí	0 (0,0)	4 (2,4)	0,97 (0,95-1,00)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 167. Modelo de regresión logística. Patología de ATM en pacientes mayores de 60 años

5.5.39. Patología de glándulas salivales frente al resto de patologías en grupo de mayores de 60 años

En el análisis multivariante se relaciona la patología de las glándulas salivales con mayor porcentaje de realización de pruebas complementarias (OR=10,66; IC95%: 1,21-93,75; p=0,033), y con una mayor derivación a otros profesionales al alta (OR=9,05; IC95%: 1,75-46,66; p=0,008) (Tabla 168).

		Patología de glándulas salivales		Modelo univariante		Modelo multivariante	
		Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad en años		72,4 (8,5)*	74,9 (9,0)*	0,97 (0,90-1,03)	0,381		
Edad	≤ 80 a.	9 (81,8)	94 (58,0)				
	> 80 a.	2 (18,2)	68 (42,0)	0,30 (0,06-1,46)	0,203		
Sexo	Hombre	4 (36,4)	81 (50,0)				
	Mujer	7 (63,6)	81 (50,0)	1,75 (0,49-6,21)	0,536		
Horario	Día	7 (63,6)	113 (69,8)				
	Noche	4 (36,4)	49 (30,2)	1,31 (0,36-4,70)	0,738		
Acude por iniciativa propia	No	3 (27,3)	34 (21,0)				
	Sí	8 (72,7)	128 (79,0)	0,72 (0,18-2,88)	0,706		
Consultas previas	No	6 (54,5)	102 (63,0)				
	Sí	5 (45,5)	60 (37,0)	1,41 (0,41-4,84)	0,749		
Tiempo de evolución	< 24 h.	3 (30,0)	76 (53,9)				
	≥ 24 h.	7 (70,0)	65 (46,1)	2,72 (0,67-10,98)	0,194		
Intervención previa odontolog.	No	11 (100,0)	138 (85,2)				
	Sí	0 (0,0)	24 (14,8)	0,85 (0,79-0,90)	0,366		
Tratamiento previo	No	7 (63,6)	95 (58,6)				
	Sí	4 (36,4)	67 (41,4)	0,81 (0,22-2,87)	1,000		
Pruebas complementarias	No	1 (9,1)	71 (43,8)				
	Sí	10 (90,9)	91 (56,2)	7,80 (0,97-62,3)	0,027	10,66 (1,21-93,75)	0,033
Tratamiento en Urgencias	No	9 (81,8)	90 (55,6)				
	Sí	2 (18,2)	72 (44,4)	0,27 (0,05-1,32)	0,119	0,19 (0,03-1,06)	0,059
Tratamiento al alta	No	0 (0,0)	33 (20,4)				
	Sí	11 (100,0)	129 (79,6)	0,79 (0,73-0,86)	0,127		
Ingreso hospitalario	No	11 (100,0)	155 (95,7)				
	Sí	0 (0,0)	7 (4,3)	0,95 (0,92-0,99)	1,000		
Derivación a otros prof.	No	2 (18,2)	107 (66,0)				
	Sí	9 (81,8)	55 (34,0)	8,75 (1,82-41,92)	0,001	9,05 (1,75-46,66)	0,008
Dolor	No	5 (45,5)	98 (60,5)				
	Sí	6 (54,5)	64 (39,5)	1,83 (0,53-6,27)	0,355		
Fiebre	No	10 (90,9)	160 (98,8)				
	Sí	1 (9,1)	2 (1,2)	8,0 (0,66-95,9)	0,180		
Hábitos tóxicos	No	9 (81,8)	135 (83,3)				
	Sí	2 (18,2)	27 (16,7)	1,11 (0,22-5,43)	1,000		
Hipertensión arterial	No	5 (45,5)	61 (37,7)				
	Sí	6 (54,5)	101 (62,3)	0,72 (0,21-2,47)	0,750		
Diabetes mellitus	No	8 (72,7)	140 (86,4)				
	Sí	3 (27,3)	22 (13,6)	2,38 (0,58-9,68)	0,200		
Enfermedad cardiorresp.	No	6 (54,5)	72 (44,4)				
	Sí	5 (45,5)	90 (55,6)	0,66 (0,19-2,27)	0,547		
Desorden psiquiátrico	No	10 (90,9)	128 (79,0)				
	Sí	1 (9,1)	34 (21,0)	0,37 (0,04-3,04)	0,466		
Paciente anticoagulado	No	9 (81,8)	112 (69,1)				
	Sí	2 (18,2)	50 (30,9)	0,49 (0,10-2,38)	0,508		
Tto. Crónico antidepressivo	No	10 (90,9)	128 (79,0)				
	Sí	1 (9,1)	34 (21,0)	0,37 (0,04-3,04)	0,466		
Tto. Crónico benzodiacepina	No	9 (81,8)	118 (72,8)				
	Sí	2 (18,2)	44 (27,2)	0,59 (0,12-2,86)	0,730		
Tto. Crónico corticoide	No	11 (100,0)	151 (93,2)				
	Sí	0 (0,0)	11 (6,8)	0,93 (0,89-0,97)	1,000		
Tto. Crónico inmunosupresor	No	11 (100,0)	158 (97,5)				
	Sí	0 (0,0)	4 (2,5)	0,97 (0,95-1,00)	1,000		

* Media (desviación estándar)

Tabla 168. Modelo de regresión logística. Patología de glándulas salivales en pacientes mayores de 60 años

6. DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación ha puesto de manifiesto las características demográficas y asistenciales de la población que ha acudido al servicio de urgencias del Hospital Vital Álvarez Buylla de Mieres (Asturias), en un periodo de tiempo de 3 años, comprendido entre el 1 de junio de 2014 y el 30 de mayo de 2017. El total de pacientes que acudieron al servicio de urgencias en el mencionado periodo fue de 93.409, de los cuales una vez realizado el escrutinio individual de cada una de las historias clínicas se registró que los motivos odontoestomatológicos habían sido del 0,85%.

Se estima que entre el 1 y 2% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias, la causa que lo motiva es de origen odontoestomatológico⁷⁷. En el estudio realizado en Newcastle (Inglaterra) por Currie *et al.*, metodológicamente en consonancia al presente, recogieron también en una muestra de urgencias hospitalarias durante tres años, una prevalencia de pacientes que acudieron para el diagnóstico de patología oral y dental muy similar, del 0,7%³¹.

Para realizar una discusión más precisa y dinámica se buscó en la base de datos PubMed y Web of Science las referencias relacionadas con el objetivo del presente estudio (“pediatric dental services; medical emergencies”). A nuestro entender, revisada la literatura de índole nacional, es un porcentaje cuya expresión global solo se ha podido contrastar con la investigación de Rancaño-García *et al.*⁷⁸, quienes mencionaron que los motivos de urgencias bucodentales representaban el 3,3% sobre una muestra de pacientes que acudieron a cuatro puntos de atención continuada de los servicios de urgencia de AP de Oviedo. No obstante, la diferencia de resultados podría ser consecuencia de tratarse de un nivel asistencial diferente.

Con los datos que se exponen se pretende cumplir una de las premisas de la OMS para el año 2030, en el sentir de poner en conocimiento las necesidades de salud bucodental de la

población, en este caso en el cometido de establecer las necesidades de la población, *a priori* con carácter urgente. Se postula para el año 2030, que el 50% de los países cuenten con estrategias mediante planes, políticos y de la administración, para dotar de personal sanitario en funcionamiento con capacidad para responder a las necesidades de salud bucodental garantizando por tanto estos servicios esenciales de salud oral⁷⁹. Si se tiene en consideración que el 29,7% de la población estudiada acudió previamente a un servicio de urgencias hospitalario, en el cómputo general y valorando la población perteneciente al Área Sanitaria VII de Mieres, se puede reflejar que la muestra de todo el trabajo de campo representa al 1% de la población de este concejo.

El planteamiento inicial del estudio fue incluir a pacientes de todas las edades que acudieran al SU del HVAB. La finalidad de establecer cuatro franjas de edad era la de transmitir mayor información en la forma de enfermar en función de esta variable. Comprendiendo la dificultad y dudas que entraña delimitar las franjas de edad y que puede ser motivo de discrepancia y discusión, se procurará transferir la razón de cada una de ellas. La primera franja, la comprendida hasta los 13 años se debe a que es la delimitada por el Servicio de Salud Pública del Principado de Asturias (SESPA) como edad claramente pediátrica, de atención médica por el especialista pediátrico. Es cierto que los Programas para la promoción de la SBD en el SESPA, cubren hasta la cohorte de los 14 años, pero cuando de atención médica en un SUH se trata, la etapa pediátrica abarca hasta los 13 años. La determinación de la etapa de adultos-jóvenes a criterio de Martín JF, es hasta los 30 años, aducida por el autor como la edad límite de los 30 años, en países desarrollados, a la incorporación al mundo laboral⁸⁰. Para considerar la última franja de edad analizada, se argumentó en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñadas para la década 2021-2030, organismo que ha enmarcado el concepto de envejecimiento saludable de la población, para las personas mayores de 60 años, motivo por el que se ha estipulado a partir de esta edad la etapa de la madurez⁸¹. El autor Martín⁸⁰, al igual

que la institución de la OMS, considera que el proceso de la vejez se adapta más marcando los 60 años por sus características generales sociodemográficas, biomédicas, psicosociales y económicas, que el de los 65 años, basado fundamentalmente en el periodo de finalización del mercado laboral. Las franjas etarias, la de los 14 a los 29 años y la que supera los 60 años, difieren de las empleadas para la elaboración del Mapa Sanitario del Principado de Asturias, en donde solo se recogen tres etapas, hasta los 13 años, desde los 14 a los 64 y a partir de los 65⁵⁷. Para completar el estudio, dentro de cada etapa hemos descrito diferentes subgrupos para aproximarse a un mayor conocimiento del tema. Por ejemplo, debido a que la esperanza de vida ha aumentado, se consideran dos etapas dentro de la madurez, definiendo a los viejos jóvenes entre los 60 y 80 y a partir de esa edad viejos mayores (viejos-viejos)⁸⁰.

De la totalidad de la muestra constituida por los 790 pacientes presentados, la franja de edad más prevalente ha sido la comprendida entre los 30 y 59 años (279; 35,3%), seguida de la pediátrica (186; 23,5%), de los mayores de 60 años (173; 21,9%) y de 14 a 29 años (152; 19,2%). Ahora bien, si comparamos la proporción de pacientes que acudieron al servicio de urgencias según la franja de edad adscrita al área sanitaria VII, el resultado es que proporcionalmente la afluencia de la población en franja de edad inferior a los 14 años es mayor que la del resto poblacional, alcanzando el 4,28%⁵⁷ y la proporción de pacientes que acudieron al servicio de urgencias con edades superiores a los 13 fue del 1,14%. Si consideramos estos datos de asistencia de la población infanto-juvenil hemos aportado una cifra superior a la recogida en EEUU por Parten *et al.*, quienes registraron una prevalencia de patología oral del 0,6% entre los pacientes de edad inferior a los 16 años que se personaron en un servicio de urgencias de Kansas City⁸².

Según el informe sobre envejecimiento y salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), en el año 2020, el número de personas mayores de 60 años superó al número de niños menores de 5 años, considerándose actualmente que el ritmo de envejecimiento poblacional es

mucho mayor que en el pasado⁸³. Al contrastar la cifra que presentamos de los pacientes adultos mayores de 60 años que acudieron a urgencias por motivos odontoestomatológicos, el 21,9%, es superior a la señalada también en Estados Unidos, por Shenvi *et al.*⁸⁴. Estos autores reflejaron, que el 15% de la población con estas edades acuden a los servicios de urgencia con mayor frecuencia y lo justifican en base a que presentan mayor número de trastornos funcionales y cognitivos, además de ser pacientes polimedicados⁸⁴. Esta mayor necesidad de tratamientos se ha observado en nuestra muestra, singularmente en relación a los fármacos anticoagulantes (52/173; 30,1%) y benzodiazepinas (46/173; 26,6%).

De las características demográficas destacamos que la muestra presentó una edad media de 37,14 años (0-93 años) de la que, excluyendo a los niños, cuya edad media fue de 4,4±3,5, la del adulto fue de 46,5±20,9 años. La edad media infantil, ha sido inferior a la de otros estudios realizados en una consulta odontológica universitaria o en una dermatológica con carácter urgente, señalándose una edad media de 6,5 años⁸⁵ y de 7,8 años respectivamente⁸⁶.

La edad media del paciente adulto del presente análisis fue inferior a la descrita por Llorente *et al.*⁶⁷, en un estudio realizado sobre una muestra de 755 sujetos con edades superiores a los 13 años, procedente del servicio de urgencias del Hospital del Valle del Nalón en 1996, cuya edad media presentada fue de 52±23 años. El factor edad se ha presentado como un factor determinante y de riesgo en la interpretación de algunos tipos de patología que se han observado en la muestra de esta investigación, motivo por el que se abordará más adelante. Así en la edad inferior a los 13 años predominaron frente a los otros grupos de edad las enfermedades infecciosas (OR: 2,51) y los traumatismos (OR: 5,39), y en la madurez el sangrado (OR: 10,89). Mientras que entre los 14 y 29 años preponderó la patología dental (OR: 2,70), siendo también esta patología más frecuente de forma estadísticamente significativa entre los 30 y 59 años.

El predominio del sexo masculino ha sido considerado en previos estudios realizados en otros servicios de urgencias, como en el ya señalado del hospital del Valle del Nalón⁶⁷, en el Centro de Salud de Tordesillas⁸⁷, en Barcelona⁸⁸, en Newcastle³¹, en Taichung⁸⁹, además de haber sido destacado en una reciente revisión sistemática⁹⁰. Y así lo hemos podido precisar con una relación frente a las mujeres de 1,42/1 (464; 58,7% vs 326; 41,3%), pero solo manifestándose de forma estadísticamente significativa en la franja de edad de los 30 a los 59 años mediante el análisis univariante ($p=0,022$). Por el contrario, en la edad superior a los 60 años, acudieron proporcionalmente más las mujeres que los varones, manteniéndose en el análisis multivariante un OR de 2,99 ($p=0,001$), consideración que también describieron Stevens *et al.*, sobre una población de Carolina del Norte⁹¹.

Los pacientes varones han manifestado mayor frecuencia de patología dental en todas las franjas de edad, pero sin diferencias estadísticamente significativas. En las mujeres de edad superior a los 60 años, predominaron especialmente las patologías de las mucosas, de las glándulas salivales y de la ATM. Los trastornos temporomandibulares aunque pueden afectar a cualquier grupo de edad y sexo, predominan en el femenino y se incrementan con la edad⁹². Otros autores, como Yap y McCullough⁹³, opinan que los síntomas relacionados con la patología de la ATM pueden disminuir después de los 80 años y el claro predominio femenino a esta edad puede volverse menos marcado.

El comportamiento relacionado con el horario de asistencia al centro de urgencias siguió el mismo patrón que en la mayoría de los estudios previos revisados, siendo el más habitual el diurno. Así se ha manifestado en Barcelona⁹⁴, en el Reino Unido⁹⁵ o en Virginia⁷⁷. Tudela y Mòdol⁹⁴ describieron que la concurrencia al servicio de urgencias se incrementa a partir de las 8 horas, con dos picos de afluencia, de tal manera que el primer pico surge hacia las 11-12 horas y el segundo pico hacia las 16-17 horas. La muestra que presentamos a pesar de que es más asidua a acudir en horario diurno (66,6%), en la franja de edad de 14 a 29 años fue más frecuente

el horario nocturno al compararse con otras edades (análisis univariante, OR: 1,82; p= 0,001). También al analizar los datos de afluencia según la franja de edad y la patología, aportamos que en el grupo de edad de 30 a 59 años en el análisis univariante, no ratificado en el análisis multivariante, ha destacado que en el horario nocturno preponderó la patología dentaria al compararla con otras franjas de edad, cuyo OR fue de 2,71. Otro dato a destacar del análisis univariante, fue el relacionado con los pacientes mayores de 60 años quienes por motivos de sangrado acudieron con más frecuencia en horario nocturno con un OR de 3,22. Por tanto, es posible que dependiendo de la patología y de la edad del paciente sea más frecuente el acudir a una hora determinada. Así, en el estudio de Gong *et al.*⁹⁶, se observó mayor afluencia de traumatismos dentarios en un servicio de urgencias estomatológicas en Beijing, durante la tarde y la noche, atendándose el 74,7% de las mismas.

En el análisis de los hábitos tóxicos se contempló conjuntamente el registro de tabaco, alcohol y otros de forma dicotómica, es decir sin cuantificar la cantidad, ni el tipo. El porcentaje de pacientes con hábitos tóxicos fue estadísticamente superior en las franjas de edades de 14 a 29 años y de 30 a 59, correspondiendo en mayor número al tabáquico, el 35,5% y el 33,3% respectivamente. Sin embargo, el hábito alcohólico fue superior en pacientes mayores de 60 años (10,4%) al compararlo con el hábito tabáquico (8,1%). Esta última cifra se aproxima a la aportada por los autores ya referenciados Stevens *et al.*, sobre una muestra de 138 pacientes mayores de 65 años, cuyo número de pacientes fumadores era del 7% y de bebedores del 10%⁹¹. Especial consideración ha de tenerse del resultado de los hábitos entre la población infanto-juvenil, ya que no hubo ni fumadores ni bebedores, a pesar de que Concha Sanz *et al.*, observaron que la edad media de inicio del hábito tabáquico es de 11,92 años en varones y 12,05 en mujeres, y del alcohol a los 12,25 años en mujeres frente a 12,42 en varones⁹⁷. Esto puede justificarse por ser atendidos los pacientes de esta edad, habitualmente en presencia de sus

padres o tutores, condicionando su respuesta o la decisión por parte del facultativo de incluir la cuestión en la anamnesis.

El sangrado ha estado asociado a estos hábitos tóxicos en la franja de edad de 30 a 59 años, de forma que en el análisis multivariante se determinó que era un factor de riesgo elevado (OR: 8,87; $p=0,02$), pero no en otras edades. Dentro de las complicaciones desarrolladas por el efecto del tabaco, se ha descrito el alveolo seco post-extracción; comparativamente el 13,2% de los pacientes que fuman desarrollan alveolo seco frente al 3,8% de los que no fuman⁹⁸, detalles en los que no hemos podido profundizar en nuestro estudio.

Se ha planteado que el motivo por el que acuden los pacientes al sistema sanitario por urgencias está más justificado cuando lo hacen a través del médico de Atención Primaria, especialmente cuando es el titular de la plaza quien lo indica, que cuando lo hace el sustituto de la misma⁶⁷. Los pacientes suelen acudir por iniciativa propia, entre el 51,1%⁶⁷ y el 80%^{94,99}, sin embargo, entre nuestros pacientes ascendió al 87,5% (n=619).

A criterio de Benzian *et al.*¹⁰⁰, los dentistas por lo general derivan a los pacientes en situaciones que comprometen la vida y lo hacen hacia especialistas o hacia la atención hospitalaria de urgencia. La propuesta que plantean estos autores para la orientación de derivar a un paciente es fusionando el concepto de urgencia y emergencia. Consideran para el término de urgencia/emergencia, la atención de salud bucodental ante situaciones de enfermedades bucodentales y condiciones que son serias en términos de sangrado, infección, hinchazón, dolor o, que de otro modo impacten con consecuencias de trascendencia si no se atienden, requiriendo tratamiento o derivación sin demora.

La proporción de pacientes derivados por los profesionales de la salud ha sido del 12,5%, (99 pacientes). Al analizar conjuntamente las variables “derivados por profesionales” y “consultas previas realizadas”, se observó que a pesar de que el 36,7% de la muestra realizaron consultas

previas para dar solución a su patología, solo ese 12,5% llegó al SU del HVAB con petición previa de un organismo público sanitario, siendo el 98% de procedencia del médico de AP, y el 2% de odontólogos. Sin embargo, en relación a las consultas previas realizadas, se registró que 191 pacientes habían consultado con el médico de AP (65,9%), 86 habían acudido previamente al SUH (29,7%) y 49 al odontoestomatólogo (16,9%). Por tanto, la reflexión se dirige a que se realizaron más consultas previas, entendiendo que, sin resolver, que peticiones de deriva al SUH. La franja de edad que más consultas previas realizó fue la comprendida entre los 30 y 59 años (43,7%; OR=1,58; p=0,002) pero sin ser más preponderante en alguna de las patologías estudiadas.

El número de pacientes que ya habían acudido previamente a un servicio de urgencias (n=86), representa el 7,59% de la totalidad de la muestra. Da Silva *et al.*, observaron que los pacientes que acuden a los servicios de urgencias más de una vez tienen más probabilidades de continuar utilizando los servicios de atención de urgencia como su principal medio de atención dental¹⁰¹. También Ashok *et al.*¹⁰², describieron que los pacientes que tienen que esperar para ser atendidos a nivel privado o en instituciones públicas, en el transcurso del tiempo de espera acuden a un centro de referencia dos o más veces en el 11,5% de los casos, cifra ligeramente superior a la descrita.

Los pacientes con edad inferior a los 14 años fueron los que menos consultas previas habían realizado (24,2%) al compararse con otros grupos de edad (40,6%). También recibieron menos tratamientos previamente, el 27,4%, lo que, considerando la diferencia en los porcentajes entre las consultas previas y los tratamientos recibidos, podría hacer suponer que en un 3% de los niños la prescripción del tratamiento fue establecida por alguien de su entorno. Esta divergencia, fue más evidente en la franja de edad de los 14 a los 29 años, quienes habían consultado previamente en el 28,9% de los casos y en el 57,2% acudieron a urgencias habiendo recibido

tratamiento previamente, es decir, la diferencia en porcentajes de consultas previas y de pacientes que llegan con un tratamiento fue más marcada, del 28,3%.

La iniciativa de acudir a un centro de urgencias en ocasiones viene determinada por la patocronia del cuadro. La variable del tiempo de evolución fue considerada como variable dicotómica, de <24≥ horas, y no pudo registrarse en todos los pacientes, careciendo de esta información en 112 pacientes (14,2%). El número de pacientes que acudió en las primeras 24 horas tras el inicio del proceso fue de 301 (44,4%), siendo más frecuente en la madurez y por una causa traumática ($p=0,004$). De la totalidad de la muestra de pacientes con traumatismos ($n= 119$), tan solo siete habían recibido tratamiento previamente a acudir al SUH, cuestiones que no han podido ser contrastadas con la literatura.

En atención a las pruebas complementarias solicitadas surge el comentario a partir del razonamiento de Sesma, quien afirma que, en términos generales, la consecuencia de la utilización de los servicios de urgencia está sufriendo el incremento de las exploraciones complementarias a las que se somete a la población¹⁰³. Está descrito que las características funcionales de la población mayor que consulta en los SUH empeoran a medida que su edad avanza, y se asocia a un consumo de recursos alto que también se incrementa con la edad¹⁰⁴. Moreno-Millán *et al.*¹⁰⁵, reflejaron que la gravedad, complejidad y empleo de recursos, así como los ingresos de carácter urgente, son mayores a partir de los 65 años, opinión que es respaldada por Bullard *et al.*¹⁰⁶. Estas apreciaciones las hemos constatado con la muestra presentada, cuyo porcentaje de pacientes que requirieron pruebas complementarias para su diagnóstico en el propio servicio de urgencias, fue aumentando con la edad; así en los niños fue del 9,1% y en la etapa de madurez del 58,4% (OR=51,06; $p<0,001$). En la reflexión editorial de Martín-Sánchez y Bermejo se destaca que el paciente que acude a un SUH, por otros motivos no necesariamente odontoestomatológicos, 6 de cada 10 pacientes necesitaron una analítica sanguínea o una radiografía simple¹⁰⁷.

Lewis *et al.*, describieron que los pacientes que acudían a un servicio de urgencias por causas dentarias recibían menos tratamientos que cuando acudían por otras causas, pero proporcionalmente se les administraban más antibióticos y más analgésicos¹⁰⁸. La franja de edad que recibió más tratamientos en el SU del HVAB fue en la edad madura, en un 48% de los pacientes (OR=1,65; p=0,004). Sin embargo, el porcentaje de pacientes a los que se les pautó tratamiento al alta fue muy similar en todas las franjas de edad, entre el 86,6% y el 90,8%, por lo que no manifestaron diferencias estadísticamente significativas. Si consideramos los porcentajes medios de pacientes que recibieron tratamiento en el SU del HVAB, el 33,7%, y el porcentaje de pacientes que llevaron tratamiento al alta, el 87,0%, se plantea una gran divergencia entre la necesidad urgente o/e inmediata de tratamiento y la ambulatoria propiamente dicha. Estos resultados son de mayor interés si se contempla que el 66,6% de los pacientes acudieron en horario diurno, cuestionándose si la urgencia se podría resolver a nivel de AP.

Otro concepto es la derivación hacia otros profesionales para culminar, realizar o establecer el seguimiento del tratamiento propuesto en el SUH. En menor número se derivó a los niños (22,6%) y en mayor número a los pacientes en edades comprendidas entre 14 y los 59 años, siendo en la franja de edad de los 30 a los 59 años, estadísticamente más significativa en el análisis multivariante (OR= 2,10; p<0,001). En esta franja de edad se derivó especialmente al odontoestomatólogo (66,3%).

Machado *et al.*, describieron en una muestra de niños con dolor de dientes la necesidad en el 50% de los casos de prescribir farmacoterapia y la derivación a otros profesionales¹⁰⁹. Mientras que, en la muestra presentada por Martens *et al.*¹¹⁰, con el mismo motivo de odontalgia, el 16,3% de los pacientes en edades inferiores a los 16 años no recibieron tratamiento de forma inmediata. A la hora de establecer las pautas de tratamiento existen múltiples criterios, siendo hace un par de décadas criterio de calidad de un servicio de urgencias el tratamiento de

antibiótico ante un síndrome febril de origen viral¹¹¹. Como también actualmente se considera en determinados protocolos como tratamiento empírico para una odontalgia la pauta de antibioterapia¹¹².

Llorente *et al.*, han reflejado que las urgencias derivadas desde los profesionales de la AP, especialmente las derivadas por el “médico de cabecera”, suelen motivar mayor proporción de ingresos⁶⁷. El número total de pacientes ingresados en el hospital fue de 2,7% (n=21), cifra que se aproxima a la aportada recientemente del 5,2% por Leey-Echavarría *et al.*¹¹³, en un hospital público de Manresa entre todas las urgencias. Dicha cifra dista de las consideradas en otras publicaciones, en cuyo contexto general, existe una variabilidad de entre el 12% y el 48%, y con una media en Inglaterra del 24%⁹⁵ o del 26% en España si se considera la población mayor de 65 años¹⁰⁴. Torné *et al.*⁸⁸, habían señalado que entre la población mayor de 65 años el porcentaje de ingresos era del 20,4% mientras que en edades inferiores el porcentaje de ingresos había sido del 6,9%. Por el contrario, de la muestra presentada el mayor porcentaje de ingresos fue a expensas de los niños (4,3%; $p < 0,001$).

Para Pope *et al.*, la reducida proporción de ingresos al ser contrastada con el número de pacientes que asisten a urgencias es que en muchas ocasiones acuden con formas de enfermar que se puede solucionar de forma ambulatoria¹¹⁴. También se podría inferir que en términos generales los pacientes con patología odontoestomatológica del estudio no cumplen todos los requisitos del concepto de urgencia o de emergencia como ya hemos despejado¹⁰⁰. Recordando conceptos, la OMS define una urgencia como “la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados”^{1,2}. Una emergencia es aquella situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de los primeros auxilios es de vital importancia¹¹⁵.

Aunque se podría plantear que la patología odontoestomatológica no cumple los clásicos requisitos involucrados en los términos urgencia/emergencia, hecho también bastante común en muchas de las consultas a los SUH por otro tipo de patologías, teniendo en cuenta el componente subjetivo de la definición de la misma, justificaría la clasificación de dichos problemas como tal, ante la presencia de signos o síntomas considerados tanto en el triaje de Manchester, como en el concepto de Benzian *et al.*, tales como la fiebre, el dolor o la presencia de sangrado¹⁰⁰.

La fiebre, que ha debutado tan solo en el 6,6% de los pacientes, ha sido un signo cuya presentación osciló entre el 1,7% en la madurez y el 18,8% de los niños (OR=18,10; p<0,001). La fiebre suele ser un signo de enfermedades víricas cuya manifestación puede ser únicamente en la mucosa oral¹¹⁶. En el análisis multivariante, la fiebre fue un factor de riesgo de los procesos infecciosos de mucosa en la franja de la edad infantil, pudiendo deberse este vínculo a que 53 de los 186 niños presentaron un proceso infeccioso de mucosas (OR: 2,51; p=0,017).

Pitoli *et al.*, señalaron que la asociación de la fiebre no implica severidad de la enfermedad. En el análisis realizado por estos autores observaron que entre 250 niños con fiebre la enfermedad se consideraba invasiva en un porcentaje del 3,2%¹¹⁷. Sin embargo, en el Sistema de Triage Canadiense se establece la recomendación de diferenciar la fiebre de 38, 5º C con nivel 2 para los niños menores de 3 meses y con nivel 3 para los niños entre los 3 y los 18 meses¹⁰⁶.

Acudieron con dolor un mayor número de pacientes en edades comprendidas entre los 30 y 59 años (78,3%) al compararlo con las otras edades, siendo el grupo con menor presentación de dolor en la madurez (40,5%). Si consideramos el porcentaje medio de dolor como síntoma entre los pacientes que acudieron al SU del HVAB del 45,7%, fue un porcentaje menor que el reflejado en otro centro asistencial de emergencias odontológicas de Brasil en el que se registró dolor en el 82,03% de pacientes menores de 16 años¹¹⁸. Por el contrario, se ha precisado que el dolor dental de causa no traumática en las consultas de emergencia en EEUU es responsable tan solo

del 1,8 % de todas las visitas al servicio de urgencias¹¹⁹. Como dato global, se ha señalado en una revisión sistemática que la prevalencia general del dolor dental en niños y adolescentes como motivo de consulta es del 36,2%¹²⁰.

El dolor ha sido un síntoma común en los pacientes con patología de la ATM ya que, de los 35 pacientes con trastornos de ATM, con la excepción de uno, todos acudieron con dolor (97,14%). Cifras superiores a las descritas por Tiwary *et al.*, quienes observaron dolor entre los pacientes con desórdenes temporomandibulares en el 84,6% de su muestra¹²¹. Por tanto, los datos reflejados en relación a la manifestación del dolor si se comparan con los señalados en el párrafo anterior, son muy diferentes en función del tipo de patología odontoestomatológica.

Ya se ha reflejado la relación del signo de sangrado con los hábitos tóxicos. El sangrado ha sido más prevalente en pacientes de edad mayor de 60 años de forma estadísticamente significativa (OR=10,89; p=0,004). Se ha comentado que el sangrado ha propiciado el que los pacientes acudan de forma inmediata, en menos de 24 horas al SUH. El sangrado estuvo asociado a las enfermedades cardiorrespiratorias (OR=8,25; p=0,016), y contrariamente no estuvo relacionado con los pacientes sometidos a tratamientos anticoagulantes. Este hecho podría deberse al riguroso control que reciben los pacientes anticoagulados a nivel nacional¹²².

La expresión de sangrado como signo de triaje también puede corresponder al origen traumático de avulsión dentaria. En el País Vasco, la avulsión dentaria de un diente definitivo y la luxación, son consideradas con un nivel de II de emergencia, y las fracturas dentarias en general son de nivel III de urgencia, cuya atención es en 15 minutos (inmediata) o en 30 minutos respectivamente¹²³.

El grupo de edad mayor de 60 años ha manifestado más patología sistémica que otros grupos. Aunque en el análisis univariante la HTA, la diabetes, enfermedades cardiorrespiratorias y los desórdenes psiquiátricos fueron más frecuentes en la edad madura con diferencias

estadísticamente significativas al compararlas con el resto de los grupos de edad, solo mantuvieron la asociación en el análisis multivariante, la HTA (OR: 17,62; $p < 0,001$) y las enfermedades cardiorrespiratorias (OR=3,80; $< 0,001$). También en el análisis multivariante de forma estadísticamente significativa estos pacientes estaban sometidos en mayor proporción a tratamientos con anticoagulantes (OR=39,09; $p < 0,001$) y a tratamientos con benzodiazepinas (OR=4,83; $p < 0,001$). Las benzodiazepinas es uno de los fármacos más prescritos en EEUU para el tratamiento de la ansiedad, el pánico, y el insomnio como también es un tratamiento comúnmente empleado para el dolor orofacial¹²⁴.

En relación al tipo de patología analizada, la más frecuente fue la dentaria (38,0%), seguida de las lesiones de la mucosa (16,8%), los traumatismos (15,1%), las infecciones (12,8%), la patología de las glándulas salivales (6,5%), el sangrado (6,1%), la patología de la ATM (4,4%), y de cuerpo extraño (0,4%).

La prevalencia de la patología dental ha oscilado desde el 67,1% en las edades entre 14 y 29 años y el porcentaje de 13,3% en los mayores de 60 años. Con la excepción de los pacientes mayores de 60 años, todos los pacientes con patología dentaria acudieron con dolor y los comprendidos entre los 14 y 59 años tuvieron que ser tratados de forma estadísticamente significativa en urgencias, además de ser posteriormente derivados a un profesional para el realizar el tratamiento oportuno. A criterio de Fiehn *et al.*¹²⁵, la mayoría de las urgencias de origen dental no se resuelven en un centro de emergencias y tienen que ser remitidos, después de instaurar un tratamiento, a un odontólogo-estomatólogo.

Según el estudio ya citado de Lewis *et al.*¹⁰⁸, cuyos datos fueron abstraídos de cuatro años de diferentes servicios de urgencias de EEUU, la proporción de todas las visitas al servicio de urgencias por problemas dentales fue más alta en el grupo de 19 a 35 años, representando el 1,3% de todas las atenciones de los servicios de urgencias incluidos. Por lo que comparativamente es una cifra inferior a la media que presentamos del 0,32% de todos los

pacientes de nuestra muestra, teniendo en consideración que fue una atención de 300 pacientes entre los 93.409 de la muestra inicial.

Las lesiones de la mucosa, excluyendo la patología infecciosa, ha sido la segunda en prevalencia, fluctuando el porcentaje entre el 12,5% en los mayores de 60 años y el 7,2% en la franja de edad de los 14 a los 29 (7,2%). Solamente podemos destacar que los pacientes entre los 30 y 59 años fueron a los que más pruebas hubo que realizar en el servicio de urgencias para el diagnóstico de este tipo de lesión.

La tercera patología en prevalencia ha sido la traumática. La franja de edad más afectada por lesiones traumáticas fue la de los menores de 14 años (15,1%, OR=5,39; $p < 0,001$), y la que menos la de 30 a 59 años (7,5%). Los niños fueron también los que más tratamientos tuvieron que hacerse en urgencias por este motivo (OR=8,58; $p = 0,013$). Sobre la muestra de Lewis *et al.*¹⁰⁸, también observaron que en el 46% de los niños que acudían en edades superiores a los 7 años, la causa de acudir a un servicio de emergencia era por lesiones traumáticas.

Battenhouse *et al.*¹²⁶, señalaron que los traumatismos orales eran más frecuentes sobre los tejidos blandos (58%) seguidos de los traumatismos dentarios (35%) y de fracturas óseas (3%). En otras investigaciones se ha señalado que estos traumatismos infantiles tienen como causa los accidentes y los factores intraorales parafuncionales^{86,127}. También se ha reflejado que las lesiones en los niños en edad preescolar representan hasta el 17% de todas las lesiones traumáticas corporales⁹⁶.

Las lesiones traumáticas propiamente dichas son frecuentemente observadas en las clínicas dentales privadas, en las instituciones universitarias¹²⁸, e incluso en las consultas de atención primaria de odontología infantil alcanzando hasta el 22,15%¹²⁹, cifras que distan de las referidas en la presente muestra en los niños (31,2%).

Las infecciones fueron también más frecuentes entre los niños (28,5%) y en menor proporción en pacientes de 30 a 59 años (4,7%). Despertó cierta atención el que las infecciones estuviesen asociadas de forma estadísticamente significativa con la ingesta de benzodiazepinas en las franjas de edad entre los 14 y 29 años y en los mayores de 60 años, datos que deben de interpretarse con mucha cautela debido al tamaño reducido de pacientes de la muestra que ingieren estos fármacos en la etapa de los 14 a los 29 años.

La patología de ATM fue motivo de urgencia en el 4,4%, porcentaje muy superior al 1% reflejado por McCormick *et al.*⁷⁷ La disfunción de la ATM es considerada actualmente como un problema sociolaboral¹³⁰. Su etiología es multifactorial⁹², destacando entre los factores desencadenantes, los trastornos del ánimo, especialmente los desórdenes afectivos, el estrés, desórdenes del comportamiento, aunque no se haya relacionado con la esquizofrenia¹³¹.

Finalmente, debemos reseñar que este trabajo de investigación ha presentado limitaciones y sesgos.

En primer lugar, las historias clínicas excluidas por diversos motivos relacionados con la codificación del diagnóstico al alta, tales como: no codificación, codificación como “no patología urgente”, “fuga”, “marcha sin ser visto”, “alta voluntaria”, o sin topografía en el diagnóstico. En todas ellas se desconocía el motivo de consulta. Se calcularon estas, entre un 7 a un 10%.

Los diagnósticos registrados, al ser fundamentalmente clínicos, obligó a agrupar estos en grandes bloques patológicos.

El trabajo de investigación se ha visto interferido por la etapa de pandemia de la Covid-19, alargando el tiempo de recogida de datos y retrasando la expresión de los resultados.

Por último, la escasa bibliografía encontrada ha dificultado la comparación y discusión de nuestros resultados.

7. CONCLUSIONES

En base a los resultados de la presente investigación y asumiendo sus limitaciones, manifestamos las siguientes conclusiones

1. Aceptando el limitado porcentaje del total de las consultas por causas odontoestomatológicas en un servicio de urgencias hospitalario, del 0,85%, pero denotando el marcado perfil de la patología dentaría, el 38%, expresaría la necesidad de fomentar su conocimiento entre los profesionales de los servicios de urgencias, así como de recursos de diagnóstico y/o tratamiento de dicha patología en un servicio de urgencias de atención primaria en aras de atenuar la carga asistencial de un SUH.
2. Del análisis multivariante se desprende que la edad de la madurez ha sido determinante para el predominio del sexo femenino, la presencia de mayor patología cardiovascular y de requerir mayor número de pruebas complementarias, datos que corroborarían los aportados en la literatura en relación al comportamiento de pacientes de dicha edad que acuden a un SUH por motivos no odontoestomatológicos.

2.1. La discrepancia entre los resultados que a continuación exponemos:

- a) la elevada proporción de pacientes que acudieron al SUH por iniciativa propia, el 87,5%, entre los cuales, el 29,7% ya habían consultado previamente en el mismo, es decir el 10,8% de la muestra; y
- b) el cuestionado tratamiento previo en el 45,8% de los pacientes y, el proporcionado en el SUH en menor número, en el 33,7%, mientras que al alta se prescribieron tratamientos para el 87,0% de los sujetos,

son datos que, yuxtapuestos a la asistencia en horario diurno, del 66,6% de la muestra, ponen en alerta la necesidad de reforzar la educación de la población general en el empleo de las instituciones públicas sanitarias de urgencia y de la terapia farmacológica por iniciativa propia.

- 2.2. El comportamiento de la patología dental, a diferencia de las demás patologías, caracterizado por la manifestación de dolor, *a priori* con necesidad de tratamiento en urgencias y secundariamente por precisar la derivación hacia un profesional, le otorga una atención inmediata y de orientación al paciente, ratificando el sentir de que dicha patología no debería de ser propia del contexto de un servicio de urgencias hospitalario, en aras de atenuar su carga asistencial.
3. Entre la población infantil menor de 6 años, preponderó el signo de fiebre y a partir de esta franja, el síntoma de dolor, orientando la primera manifestación hacia las infecciones de mucosa, y la segunda, hacia la patología dental, aportaciones de signo y síntoma que deberían ser considerados en protocolos de actuación en un SUH.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*. 2023;18:156-64.
2. Barroeta Urquiza J, Boada Bravo N, coordinadores. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. 1ª ed. Madrid: Mesor. 2011.
3. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Alvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 Suppl 1:55-68.
4. Millá J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Med Clin*. 2001;117:295-6.
5. Zaragoza M, Calvo C, Saad T, Morán FJ, San José S, Hernández P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2009;21:339-45.
6. Relinque Medina F, Pino Moya E, Gómez Salgado J, Ruíz Frutos C. Aproximación cualitativa al incremento de la demanda asistencial por propia iniciativa en un servicio de Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:e202106087.
7. Díaz Hierro J, Martín JJM, Arenas AV, González MP, Arévalo JM, González CV. Evaluation of time-series models for forecasting demand for emergency health care services. *Emergencias*. 2012;24:181-8.
8. Campagna S, Conti A, Dimonte V, Dalmasso M, Starnini M, Gianino M, et al. Trends and Characteristics of Emergency Medical Services in Italy: A 5-Years Population- Based Registry Analysis. *Healthcare*. 2020;8:551.
9. Andrew E, Nehme Z, Cameron P, Smith K. Drivers of increasing emergency ambulance demand. *Prehosp. Emerg. Care*. 2020;24:385.
10. Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniahho SL. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emerg Med*. 2019;19(1):20.

11. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit.* 2006;20(4):311-5.
12. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias.* 2015;27:113-20.
13. Castro González E, Vázquez Lima M, Abellás Álvarez C, Dorribo Masid M, Santos Guerra F. Validez del Sistema de Triage Manchester en la predicción del volumen de transportes e ingresos en un servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Emergencias.* 2013;25(3):191-5.
14. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De Las Heras Castro EV. El triaje en urgencias en los hospitales españoles / Triage in Spanish hospitals. *Emergencias.* 2013;25(1):66-70.
15. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias.* 2003; 15:165-74.
16. Speake D, Teece S, Mackway-Jones K. Detecting high-risk patients with chest pain. *Emerg Nurse.* 2003; 11: 19-21.
17. Roukema J, Steyerberg EW, Van Meurs A, Ruige M, Van Der Leij J, Moll HA. Validity of triage system in paediatric emergency care. *Emerg Med J.* 2006; 23: 906-10.
18. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics.* 2007;120(3):e510-20.
19. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):661-9.

20. Blanco González JM, Herrero Grandgirard E, García Barrero ME, López-Arranz Monje E, Conde Campos S, Pardo Rodríguez, et al., redactores. Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias [Internet]. Oviedo: Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2017 [citado 22 octubre2022]. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/35439/38802/LIBRO_BUCODENTAL.pdf/bf4dbf20-6fd0-69c5-f17e-ae0573d1b4f0?t=1593778475996
21. Currie CC, Stone SJ, Durham J. Pain and problems: a prospective cross-sectional study of the impact of dental emergencies. *J Oral Rehabil.* 2015;42(12):883-9.
22. Cohen LA, Harris SL, Bonito AJ, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR, et al. Coping with toothache pain: a qualitative study of low-income persons and minorities. *J Public Health Dent.* 2007;67(1):28-35.
23. Anderson R, Thomas DW. 'Toothache stories': a qualitative investigation of why and how people seek emergency dental care. *Community Dent Health.* 2003;20(2):106-11.
24. Benko KR. Emergency Dental Procedures. En: Roberts JR, Custalow CB, Thomsen TV, editors. *Roberts and Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine and Acute Care.* 7ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 1384-404.
25. Hodgdon A. Dental and related infections. *Emerg Med Clin North Am.* 2013;31(2):465-80.
26. Rodríguez de la Iglesia MA, Barbuzano Safont A, Blanco Rodríguez E. Patología bucodental en los servicios de urgencias: Protocolos de tratamiento. *Cad Aten Primaria.* 2004;11:272-90.
27. Chimenos E, López J, Jané E, Berini L. En: Chimenos Küstner E. *La Historia Clínica en Odontología.* Masson, 2002: 65-80.
28. Gibson AM, Sommerkamp SK. Evaluation and management of oral lesions in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 2013;31(2):455-63.

29. Labanca M, Gianò M, Franco C, Rezzani R. Orofacial Pain and Dentistry Management: Guidelines for a More Comprehensive Evidence-Based Approach. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(17):2854.
30. May A, Benoliel R, Imamura Y, Pigg M, Baad-Hansen L, Svensson P, et al. Orofacial pain for clinicians: A review of constant and attack-like facial pain syndromes. *Cephalalgia*. 2023;43(8):3331024231187160.
31. Currie CC, Stone SJ, Connolly J, Durham J. Dental pain in the medical emergency department: a cross-sectional study. *J Oral Rehabil*. 2017;44(2):105-11.
32. Koh SWC, Li CF, Loh JSP, Wong ML, Loh VWK. Managing tooth pain in general practice. *Singapore Med J*. 2019;60(5):413.
33. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, Carvalho JC, Dietrich T, Dörfer C, et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: Consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017;44(Suppl.18):S85-S93.
34. González Navarro B, Pintó Sala X, Jané Salas E. Relationship between cardiovascular disease and dental pathology. Systematic review. *Med Clin*. 2017;149:211-6.
35. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: A global public health challenge. *Lancet*. 2019;394:249-60.
36. Azabal Arroyo M. Patología pulpar y periapical. En: García Barbero J. *Patología y terapéutica dental*. Madrid: Editorial Síntesis; 2000. p. 248-51.
37. Napeñas JJ, Brennan MT, Elad S. Oral Manifestations of Systemic Diseases *Dermatol Clin*. 2020;38(4):495-505.
38. Somacarrera Pérez ML, López Sánchez AF, Martín Carreras-Presas C, Díaz Rodríguez M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Av*

Odontoestomatol [Internet]. 2015 [citado 12 febrero 2023];31(3):129-34. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300003

39. Fitzpatrick SG, Cohen DM, Clark AN. Ulcerated Lesions of the Oral Mucosa: Clinical and Histologic Review. *Head Neck Pathol.* 2019;13(1):91-102.
40. Warnakulasuriya S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018;125(6):582-90.
41. Suárez Ardura M, García-Pola M, Cuervo Menéndez JM. Prevalencia de patología infantil dental y de la mucosa en un servicio de urgencias hospitalario. *An Sist Sanit Navar.* 2023;46(2):e1041.
42. Rioboo-Crespo MR, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10(5):376-87.
43. Hong CHL, Dean DR, Hull K, Hu SJ, Sim YF, Nadeau C, et al. World Workshop on Oral Medicine VII: Relative frequency of oral mucosal lesions in children, a scoping review. *Oral Dis.* 2019;25 Suppl 1:193-203.
44. Petti S, Andreasen JO, Glendor U, Andersson L. NAOd - The new Traumatic Dental Injury classification of the World Health Organization. *Dent Traumatol.* 2022;38(3):170-4.
45. Aren A, Erdem AP, Aren G, Şahin ZD, Güney Tolgay C, Çayırıcı M, et al. Importance of knowledge of the management of traumatic dental injuries in emergency departments. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2018;24(2):136-44.
46. Gassner R, Bösch R, Tuli T, Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries: implications for prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999;87(1):27-33.

47. Levin I, Ashkenazi M, Schwartz-Arad D. Preservation of alveolar bone of un-restorable traumatized maxillary incisors for future. *Refuat Hapeh Vehashinayim*. 2004;21(1):54-9, 101-2.
48. Fowler GC. Management of Dental Injuries and Reimplantation of an Avulsed Tooth. En: Pfenninger JL, Grant GC. Pfenninger and Fowler's Procedures for Primary Care. 4ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 1377-81.
49. Bahammam LA. Knowledge and attitude of emergency physician about the emergency management of tooth avulsion. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):57.
50. Vergez S, Isquierdo J, Vairel B, Chabrilac E, De Bonnecaze G, Astudillo L. Patología médica de las glándulas salivales. *EMC - Otorrinolaringología*. 2023;52 (1):1-20.
51. Armstrong MA, Turturro MA. Salivary gland emergencies. *Emerg Med Clin North Am*. 2013;31(2):481-99.
52. Girish K, Syed S, Shashi SC, Khan M. Manejo de la dislocación de la articulación temporomandibular: revisión de la literatura. *Int J Ciencias Res*. 2016 ;5(1):574-7.
53. Papoutsis G, Papoutsis S, Klukowska-Rötzler J, Schaller B, Exadaktylos AK. Temporomandibular joint dislocation: a retrospective study from a Swiss urban emergency department. *Open Access Emerg Med*. 2018;10:171-6.
54. Rodriguez JM, Kalsi H, Bavisha K, Darbar U. The Emergency Dental Appointment: Restorative Emergencies Part 1 - Tooth Related Problems. *Prim Dent J*. 2017;6(2):52-61.
55. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2023 [citado 3 marzo 2023]. Cifras oficiales de población de los municipios españoles en aplicación de la Ley de Bases del Régimen Local [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2886>
56. Benavente L, Villanueva MJ, Vega P, Casado I, Vidal JA, Castaño B, et al. Code stroke in Asturias. *Neurología*. 2016;31(3):143-8.

57. Astursalud [Internet]. Oviedo: Astursalud; 2022 [citado 8 noviembre 2022]. Mapa Sanitario del Principado de Asturias [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/mapa-sanitario-de-asturi-1>
58. Gobierno del Principado de Asturias [Internet]. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2005 [citado 11 noviembre 2022]. Información sobre Abastecimientos [1 pantalla]. Disponible en: https://tematico8.asturias.es/repositorio/sanidadambiental/articulos/articulo_1372503041940.html
59. Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud. Boletín Oficial del Principado de Asturias, número 71, (11 de abril de 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2019/BOE-A-2019-7841-consolidado.pdf>
60. Astursalud [Internet]. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2021 [citado 24 noviembre 2022]. Salud Oral [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/salud-oral>
61. Astursalud [Internet]. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2021 [citado 24 noviembre 2022]. Programa de Salud Bucodental [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/programa-de-salud-bucodental>
62. Astursalud [Internet]. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2021 [citado 24 noviembre 2022]. La conquista de la boca sana [aprox 7 pantallas]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/la-conquista-de-la-boca-sana>
63. Blanco González JM, coordinador. Protocolo para la Atención a la Salud Oral de la Población Vulnerable en Asturias [Internet]. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2019 [citado 24 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38802/ProtocoloSocioSanitarioSaludOral.pdf/9a1b4f57-7ea9-1cf3-559a-e59a7927b702?t=1615451960683>

64. Astursalud [Internet]. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2021 [citado 24 noviembre 2022]. Protocolos Clínicos AP/AE [aprox 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolos-clinicos-ap-ae>
65. Glick M, Williams DM. FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. *Int Dent J*. 2021;71(1):3-4.
66. Gift HC, Atchison KA. Oral health, health, and health-related quality of life. *Med Care*. 1995;33(11 Suppl):NS57-77.
67. Llorente Álvarez S, Alonso Fernández MB, Buznego Álvarez B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria*. 1996;5:243-7.
68. Ismail SA, Gibbons DC, Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. *Br J Gen Pract*. 2013;63(617):e813-20.
69. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010;(Suppl 1):55-68.
70. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev Chilena Infectol*. 2014;31(6):705-18.
71. Veiga de Cabo J, de la Fuente Díez E, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab*. 2008; 54(210): 81-8.
72. SADEI. Actualización demográfica del Mapa Sanitario de Asturias [Internet]. Oviedo: Dirección General de Política y Planificación sanitarias del Gobierno del Principado de Asturias; 2022 [citado 8 diciembre 2022]. Disponible en:

https://www.astursalud.es/documents/35439/37169/Mapa_Padron_2021_Libro.pdf/0c9cf850-f5d4-9292-3fb1-9fa26d449276

73. Astursalud [Internet]. Oviedo: Astursalud; 2022 [citado 8 diciembre 2022]. Área Sanitaria VII [1 pantalla] Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/area-vii>
74. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Memoria 2017 [Internet]. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2018 [citado 9 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38190/MEMORIA%20SESPA%202017.pdf/aee72d8b-e9e2-1aa1-b071-b7833b19c2ce>
75. Gispasa [Internet]. Oviedo: Gestión de Infraestructuras Sanitarias del Principado de Asturias; [citado 12 diciembre 2022]. Hospital Vital Álvarez Buylla [1 pantalla] Disponible en: <https://gispasa.es/proyectos/hospital-vital-alvarez-buylla/>
76. Ayuntamiento de Mieres [Internet]. Mieres: Ayuntamiento de Mieres; 2022 [citado 12 diciembre 2022]. Hospital Vital Álvarez Buylla [1 pantalla] Disponible en: <https://www.mieres.es/areas-municipales/salud/hospital-vital-alvarez-buylla/>
77. McCormick AP, Abubaker AO, Laskin DM, Gonzales MS, Garland S. Reducing the burden of dental patients on the busy hospital emergency department. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71(3):475-8.
78. Rancaño-García I, Cobo-Barquín JC, Cachero Fernández R, Noya-Mejuto JA, Delgado-González JM, Hernández-Mejía R. Triage en los servicios de urgencia de atención primaria (sistema de triaje en atención primaria) *Semergen.* 2013;39(2):70–6.
79. World Health Organization. Report of the Executive Board on its 151st and 152nd sessions, and on its Sixth special sesión [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [citado 15 mayo 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_2-en.pdf

80. Martín Ruiz JF. Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. *Geo Crítica / Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales* [Internet]. 2005 [citado 15 mayo 2023]; 9:181-204. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/901>
81. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Plan of Action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 15 mayo 2023]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true
82. Parten NJ, Taylor GD, Currie CC, Durham J, Vernazza CR. Medical emergency department attendance of under 16-year-olds with dental problems. *J Oral Rehabil.* 2019;46(5):433-40.
83. Aguiló-Mir S. Identificar al paciente frágil en un servicio de urgencias: un esfuerzo urgente y necesario. *Emergencias.* 2023;35:165-6.
84. Shenvi CL, Platts-Mills TF. Managing the Elderly Emergency Department Patient. *Ann Emerg Med.* 2019;73(3):302-7.
85. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;110(1):e13-8.
86. Köse O, Güven G, Özmen I, Akgün ÖM, Altun C. The oral mucosal lesions in pre-school and school age Turkish children. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(1):e136-7.
87. Rodríguez R, Briso-Montiano RM, López M, García JA, Blázquez A, Mateos R. Análisis epidemiológico de las consultas de urgencia en atención primaria. *SEMERGEN.* 2001; 27: 561-5.

88. Torné Vilagrasa E, Guarga Rojasa A, Torras Boatella MG, Pozuelo García A, Pasarin Ruab M, Borrell Thió C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria*. 2003;32(7):423-9.
89. Huang SM, Huang JY, Yu HC, Su NY, Chang YC. Trends, demographics, and conditions of emergency dental visits in Taiwan 1997-2013: A nationwide population-based retrospective study. *J Formos Med Assoc*. 2019;118(2):582-7.
90. Akinlotan MA, Ferdinand AO. Emergency department visits for nontraumatic dental conditions: a systematic literature review. *J Public Health Dent*. 2020;80(4):313-26.
91. Stevens TB, Richmond NL, Pereira GF, Shenvi CL, Platts-Mills TF. Prevalence of nonmedical problems among older adults presenting to the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2014;21(6):651-8.
92. Florjański W, Orzeszek S. Role of mental state in temporomandibular disorders: A review of the literature. *Dent Med Probl*. 2021;58(1):127-33.
93. Yap T, McCullough M. Oral medicine and the ageing population. *Aust Dent J*. 2015;60 Suppl 1:44-53.
94. Tudela P, Mòdol JM. Hospital emergency rooms *Med Clin (Barc)*. 2003;120(18):711-6.
95. Ismail SA, Pope I, Bloom B, Catalao R, Green E, Longbottom RE, et al. Risk factors for admission at three urban emergency departments in England: a cross-sectional analysis of attendances over 1 month. *BMJ Open*. 2017;7(6):e011547.
96. Gong Y, Xue L, Wang N, Wu C. Emergency dental injuries presented at the Beijing Stomatological Hospital in China. *Dent Traumatol*. 2011;27(3):203-7.
97. Concha Sanz S, Torre Ruiz M, Hurtado Aguilar A. Consumo de tabaco y alcohol en 1º y 2º de E.S.O. en una población rural. *Rev Clin Med Fam*. 2014; 7(3):169-76.

98. Kuśnierek W, Brzezińska K, Nijakowski K, Surdacka A. Smoking as a Risk Factor for Dry Socket: A Systematic Review. *Dent J (Basel)*. 2022;10(7):121.
99. Montero-Pérez J. Triage en urgencias: "Separando el grano de la paja". *Emergencias*. 2022;34:161-2.
100. Benzian H, Beltrán-Aguilar E, Niederman R. Systemic Management of Pandemic Risks in Dental Practice: A Consolidated Framework for COVID-19 Control in Dentistry. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:644515.
101. Da Silva K, Kunzel C, Yoon RK. Utilization of emergency services for non-traumatic dental disease. *J Clin Pediatr Dent*. 2013;38(2):107-12.
102. Ashok M, Lumsden C, Myers A, Yoon R. Emergency dental treatment among patients waitlisted for the operating room. *J Clin Pediatr Dent*. 2023;47(3):54-8.
103. Sesma Sánchez J. Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Anales Sis San Navarra*. 2012; 35(2):195-8.
104. Miró O, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Llorens P, Jiménez S, et al. Características sociodemográficas, funcionales y consumo de recursos de la población mayor atendida en los servicios de urgencias españoles: una aproximación desde la cohorte EDEN. *Emergencias*. 2022;34(6):418-27.
105. Moreno-Millán E, García-Torrecillas JM, Prieto-Valderrey F, Lea-Pereira MC, Carbajal-Guerrero J, Jiménez-Pérez E. et al. Prevalencia de procesos y patologías en la atención urgente hospitalaria. *Anales Sis San Navar*. 2010;33(Suppl 1):47-54.
106. Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, Unger B, Skeldon T, Grierson R, et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. *CJEM*. 2017;19(S2):S18-S27.

107. Martín-Sánchez FJ, Bermejo Boixareu C. EDEN: una oportunidad para conocer y mejorar la atención integral de las personas mayores en los servicios de urgencias españoles. *Emergencias*. 2022;343(6):409-10.
108. Lewis C, Lynch H, Johnston B. Dental complaints in emergency departments: a national perspective. *Ann Emerg Med*. 2003 Jul;42(1):93-9.
109. Machado GC, Daher A, Costa LR. Factors associated with no dental treatment in preschoolers with toothache: a cross-sectional study in outpatient public emergency services. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(8):8058-68.
110. Martens LC, Rajasekharan S, Jacquet W, Vandenbulcke JD, Van Acker JWG, Cauwels RGEC. Paediatric dental emergencies: a retrospective study and a proposal for definition and guidelines including pain management. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2018;19(4):245-53.
111. Luaces C. Servicios de urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria de Urgencias de Pediatría. *Ann Pediatr*. 2004;60(6):569-80.
112. Búrdalo Carrero F, Quintana Reyes K, Reyes de la Cruz GA, Nieto Rojas I. Odinofagia y Odontalgia. En: Julián Jiménez A, coordinador. *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias*. 5ª ed. Toledo: Grupo SANED; 2021. p. 1427-31.
113. Leey-Echavarría C, Zorrilla-Riveiro J, Arnau A, Fernàndez-Puigbó M, Sala-Barcons E, Gené E. Validación prospectiva de un modelo predictivo de ingreso y orientar la seguridad de la derivación inversa desde el triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2022;34(3):165-73.
114. Pope I, Burn H, Ismail SA, Harris T, McCoy D. A qualitative study exploring the factors influencing admission to hospital from the emergency department. *BMJ Open*. 2017;7(8):e011543.

115. Domínguez Romero A, Ciprés Añaños E. Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2020 [citado 15 mayo 2023];1 (7). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-sistemas-de-triaje-en-los-servicios-de-urgencias>
116. Scully C, Samaranayake LP. Emerging and changing viral diseases in the new millennium. Oral Dis. 2016;22(3):171-9.
117. Pitoli PJ, Duarte BK, Fragoso AA, Damaceno DG, Marin MJS. Fever in children: parents' search for urgent and emergency services. Cien Saude Colet. 2021;26(2):445-54.
118. Shqair AQ, Gomes GB, Oliveira A, Goettems ML, Romano AR, Schardozim LR, et al. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. Braz Oral Res. 2012;26(1):50-6.
119. Curt A, Samuels-Kalow M. How Should Emergency Department Clinicians Respond to Unmet Dental Needs? AMA J Ethics. 2022;24(1):E13-8.
120. Santos PS, Barasuol JC, Moccelini BS, Magno MB, Bolan M, Martins-Junior PA, et al. Prevalence of toothache and associated factors in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig. 2022;26(2):1105-19.
121. Tiwari L, Balasubramaniam R. Patterns of orofacial pain practice amongst oral medicine specialists in Australia. J Oral Pathol Med. 2020;49:590-4.
122. Aparicio Ruiz de Castañeda P, Enfedaque Montes MB, Caula Ros JA, Bascou C, Peláez Luque EM, Maso Martínez MA, et al. ¿Mejora el control de los pacientes anticoagulados una visita presencial? Medicina de Familia. SEMERGEN. 2010;36(2):69-74.
123. GIDEP. Protocolo de urgencias pediátricas prehospitalarias [Internet]. Bilbao: Osakidetza; 2018 [citado 15 mayo 2023]. Disponible en:

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/gidep_epdt/es_def/adjuntos/GIDEP_Presentacion_2018_06_19.pdf

124. Farag A, Desai B. Potentially inappropriate medications in geriatric population: A clinical update for oral medicine and orofacial pain practitioners. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;124(6):600-8.
125. Fiehn R, Okunev I, Bayham M, Barefoot S, Tranby EP. Emergency and urgent dental visits among Medicaid enrollees from 2013 to 2017. *BMC Oral Health.* 2020;20(1):355.
126. Battenhouse MA, Nazif MM, Zullo T. Emergency care in pediatric dentistry. *ASDC J Dent Child.* 1988; 55(1):68-71.
127. Owczarek-Drabińska JE, Nowak P, Zimoląg-Dydał M, Radwan-Oczko M. The Prevalence of Oral Mucosa Lesions in Pediatric Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(18):11277.
128. Bulut E, Güçlü ZA. Evaluation of primary teeth affected by dental trauma in patients visiting a university clinic, Part 1: Epidemiology. *Clin Oral Investig.* 2022;26(11):6783-94.
129. García-Pola MJ, García-Martín JM, González-García M. Prevalence of oral lesions in the 6-year-old pediatric population of Oviedo (Spain). *Med Oral.* 2002;7(3):184-91.
130. Pihut M, Orczykowska M, Gala A. Risk factors for the development of temporomandibular disorders related to the work environment - a literature review and own experience. *Folia Med Cracov.* 2022;62(3):43-9.
131. Salinas Fredricson A, Krüger Weiner C, Adami J, Rosén A, Lund B, Hedenberg-Magnusson B, et al. The Role of Mental Health and Behavioral Disorders in the Development of Temporomandibular Disorder: A SWEREG-TMD Nationwide Case-Control Study. *J Pain Res.* 2022;15:2641-55

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1. Tabla de recogida de datos diseñada *ad hoc*

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

ID:		Nº de Historia:	
Fecha de consulta (dd/mm/aa)		Hora:	
Edad:		Sexo: <input type="checkbox"/> <i>Hombre</i> <input type="checkbox"/> <i>Mujer</i>	
Motivo de Consulta:			
Triaje Manchester:			
Derivado por:	<input type="checkbox"/> <i>Médico</i> <input type="checkbox"/> <i>Odontostomatólogo</i> <input type="checkbox"/> <i>Motu propio</i>	Si médico:	<input type="checkbox"/> <i>Indicación verbal</i> <input type="checkbox"/> <i>Indicación escrita</i> <input type="checkbox"/> <i>AP</i> <input type="checkbox"/> <i>AC</i> <input type="checkbox"/> <i>SUAP</i> <input type="checkbox"/> <i>Otros:</i>
		Si Odontostomatólogo:	<input type="checkbox"/> <i>Indicación verbal</i> <input type="checkbox"/> <i>Indicación escrita</i> <input type="checkbox"/> <i>Público</i> <input type="checkbox"/> <i>Privado</i>
Intervención operatoria odontostomatológica previa		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Exodoncia <input type="checkbox"/> Conservadora <input type="checkbox"/> Periodoncia <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Implantes <input type="checkbox"/> Otros:	
Tiempo de evolución clínica:			
Nº de consultas por dicho motivo en días previos		<input type="checkbox"/> MAP: <input type="checkbox"/> Dentista: <input type="checkbox"/> SUH: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Ninguna	
Tratamientos previos por dicho motivo		<input type="checkbox"/> Antibiótico. Vía: <input type="checkbox"/> Analgésico. Vía: <input type="checkbox"/> AINE. Vía: <input type="checkbox"/> Corticoide. Vía: <input type="checkbox"/> Antiséptico. Vía: <input type="checkbox"/> Otros. Vía: <input type="checkbox"/> Ninguno	

Pruebas complementarias solicitadas	<input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Coagulación <input type="checkbox"/> Bioquímica <input type="checkbox"/> Rx simple <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Ninguna
Pruebas complementarias alteradas	<input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Coagulación <input type="checkbox"/> Bioquímica <input type="checkbox"/> Rx simple <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Ninguna
Diagnóstico al alta	<input type="checkbox"/> Traumatismo dental <input type="checkbox"/> Infección odontogénica <input type="checkbox"/> Infección mucosas <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Otras lesiones mucosas <input type="checkbox"/> Patología gls. Salivares <input type="checkbox"/> Odontalgia <input type="checkbox"/> Sangrados <input type="checkbox"/> Patología ATM <input type="checkbox"/> Cuerpos extraños <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No patología oral
Tratamiento en SUH	<input type="checkbox"/> Antibiótico. Vía: <input type="checkbox"/> Analgésico. Vía: <input type="checkbox"/> AINE. Vía: <input type="checkbox"/> Corticoide. Vía: <input type="checkbox"/> Antiséptico. Vía: <input type="checkbox"/> Otros: Vía: <input type="checkbox"/> Ninguno
Tratamiento al alta	<input type="checkbox"/> Antibiótico. Vía: <input type="checkbox"/> Analgésico. Vía: <input type="checkbox"/> AINE. Vía: <input type="checkbox"/> Corticoide. Vía: <input type="checkbox"/> Antiséptico. Vía: <input type="checkbox"/> Otros: Vía: <input type="checkbox"/> Ninguno
Derivación al alta	<input type="checkbox"/> Odontostomatólogo <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Maxilo-facial <input type="checkbox"/> Ninguno
Derivación a Hospital de referencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hábitos tóxicos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas. ¿Cuál?
Antecedentes personales	<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Dislipemias <input type="checkbox"/> EPOC/Asma <input type="checkbox"/> Cardiopatías/valvulopatías <input type="checkbox"/> Enf. Digestivas/hepáticas <input type="checkbox"/> Enf. Nefrourológicas <input type="checkbox"/> Enf. Reumáticas <input type="checkbox"/> Enf. Neurológicas <input type="checkbox"/> Enf. Hematológicas <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencias <input type="checkbox"/> Patología oncológica <input type="checkbox"/> Enf. Endocrinológicas <input type="checkbox"/> Enf. Dermatológicas <input type="checkbox"/> Desórdenes psiquiátricos <input type="checkbox"/> Enf. Ginecológicas <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Traumatismos previos <input type="checkbox"/> Cirugías previas <input type="checkbox"/> Otros
Tratamientos crónicos	<input type="checkbox"/> Antihipertensivos <input type="checkbox"/> Antidiabéticos orales <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Hipolipemiantes <input type="checkbox"/> Inhaladores <input type="checkbox"/> Corticoides sistémicos <input type="checkbox"/> Anticoagulantes orales <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos <input type="checkbox"/> Antiácidos/inh. bomba protones <input type="checkbox"/> Diuréticos <input type="checkbox"/> Inmunosupresores <input type="checkbox"/> AINEs <input type="checkbox"/> Antiepilépticos <input type="checkbox"/> Antipsicóticos <input type="checkbox"/> Quimioterápicos <input type="checkbox"/> Antirretrovirales <input type="checkbox"/> Ttos hormonales <input type="checkbox"/> Anticoncepción oral <input type="checkbox"/> Otros

9.2. ANEXO 2. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Principado de Asturias

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de
Planificación Sanitaria

Comité de Ética de la Investigación con medicamentos
del Principado de Asturias
Hospital Universitario Central de Asturias
N-1, S3.19
Avda. de Roma, s/n
33011 Oviedo
Tfno: 9851079 27 (ext. 37927/38028),
ceim.asturias@asturias.org

Oviedo, 11 de marzo de 2019

El Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 15/19, titulado: "ESTUDIO DE LAS CONSULTAS ODONTOESTOMATOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL". Investigadora Principal Dra. Montserrat Suárez Ardura del Hospital Vital Álvarez Buylla de Mieres

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Se acepta la Exención del Consentimiento Informado.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Mauricio Telenti Asensio
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias



9.3. ANEXO 3. Aprobación de la Comisión de Investigación y del AGC de Urgencias del HVAB



GERENCIA ÁREA SANITARIA VII

HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA
DIRECCIÓN AGC URGENCIAS

Autorizo a la Dra. Montserrat Suárez Ardura, FEA del Área de Gestión Clínica que dirijo, al desarrollo de su Proyecto de Investigación “Estudio de la consultas odontoestomatológicas en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal”, durante el período de enero a septiembre de 2019. Así mismo, certifico que dicho proyecto ha sido notificado a la Comisión de Investigación de este hospital, de la que formo parte.

Mieres, 29 de enero de 2019



Fdo.-Dr. Ramón Rodríguez González
Director del AGC de Urgencias
Hospital V. Álvarez Buylla, Mieres. Asturias

9.4. ANEXO 4. Comunicaciones a Congresos

Suárez Ardura M, García García J, Rodríguez González R, Roza Alonso CL, Canal Sordo L, Cuervo Menéndez JM. Tendinitis calcificante del longus colli. En: XXVI Congreso Nacional de Medicina General de Familia (SEMG). Santiago de Compostela: 2019.

Tendinitis calcificante del longus colli

Suárez Ardura M¹, García García JJ², Rodríguez González R¹, Roza Alonso CL³, Canal Sordo L¹, Cuervo Menéndez JM³
¹Hospital Vital Álvarez-Buylla (Mieres) ² 001 Cantabria ³SAMU-Asturias

Introducción

La tendinitis calcificante del músculo largo del cuello (longus colli) [figura 1], es un proceso inflamatorio aséptico que cursa con dolor y rigidez cervical, disfagia y/o odinofagia. Infrecuente e infradiagnosticada, de fisiopatología no bien conocida y de curso benigno, las pruebas de imagen son la base de su diagnóstico.



Descripción del caso

Varón de 59 años, sin antecedentes de interés salvo sinusitis tratada 10 días antes, que es remitido desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias Hospitalarias por cervicalgia bilateral intensa de 48 horas de evolución irradiada a región occipital, limitación de la movilidad del cuello y disfagia. A la exploración presenta rigidez cervical, leve trismus y cavum abombado.

En TC de cuello [figura 2] se objetiva ocupación de grasa retrofaríngea de C2-C6, por lo que se ingresa para completar estudios y tratamiento por posible flemón prevertebral.



Figura 2. TC de cuello con contraste EV. Imagen de calcificación focal; ocupación de la grasa del espacio retrofaríngeo.

La RMN muestra realce de contraste extendido hacia el lado izquierdo, además de realce del tendón del longus colli a nivel C1-C2 [figura 3]. Revisando imágenes de TC previo, se visualiza calcificación focal en dicho tendón.

Estos hallazgos son sugestivos de tendinitis calcificante del tendón del longus colli izquierdo con edema retrofaríngeo, probablemente secundario.



Figura 3. RMN cervical con contraste EV. Edema retrofaríngeo.

Se inicia tratamiento con dexketoprofeno y paracetamol, que se completa con amoxicilina-clavulánico por posible sobreinfección de proceso inflamatorio previo. La evolución es favorable, siendo alta a los 5 días.

Recomendaciones de buena práctica clínica

Ante una cervicalgia de origen no traumático, el médico de Atención Primaria debe realizar una anamnesis y exploración exhaustivas, antes de diagnosticar una contractura muscular común. El diagnóstico diferencial incluirá la tendinitis calcificante del músculo largo del cuello, de curso benigno y de tratamiento con antiinflamatorios, pero también urgencias neurológicas (accidentes cerebrovasculares, meningitis), hernias discuales, disección de la arteria vertebral o espondilodiscitis, y enfermedades susceptibles de tratamiento quirúrgico (abscesos retrofaríngeos). Ante la sospecha es necesario solicitar pruebas de imagen específicas o derivar al paciente al hospital para su confirmación.

Bibliografía.

1. Ring D, Vaccaro AR, Scuderi G, Pathria MN, Garfin SR. Acute calcific retropharyngeal tendinitis: clinical presentation and pathological characterization. J Bone Joint Surg Am. 1994;76:1636-42.
2. Esmatts F, Derkeme R, Couppes N, Martin B, Gabaudan C, Geoffroy M. Calcific retropharyngeal tendinitis of the longus colli muscle. Diagn Interv Imaging. 2013;94(3):470-3



Suárez Ardura M, Cuervo Menéndez JM, Pola Díaz A, Martínez Tamés M, Bernardo Fernández S, Roza Alonso CL. Dolor orofacial secundario a nitratos. En: XXVII Congreso Nacional de Medicina General y de Familia (SEMG). Palma de Mallorca: 2021



Dolor orofacial secundario a nitratos

Suárez Ardura M¹, Cuervo Menéndez JM², Pola Díaz A¹, Martínez Tamés M¹, Bernardo Fernández S¹, Roza Alonso CL²
¹ Hospital Vital Álvarez-Buylla. ² SAMU-Asturias



Introducción

El mononitrato de isosorbida, es un antianginoso que relaja el músculo liso vascular, disminuye precarga y postcarga por vasodilatación y reduce la demanda de oxígeno por el miocardio. Sus efectos secundarios más usuales, cefalea, hipotensión ortostática, y rubor, entre otros, son debidos a su efecto vasodilatador (Figura 1).

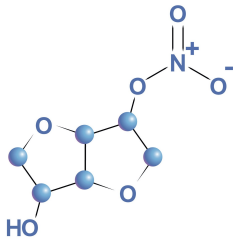


Figura 1. Mononitrato de isosorbida

Caso clínico

Mujer de 78 años, con antecedentes de intolerancia a AINEs, HTA, hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica tipo angor, que inicia tratamiento con mononitrato de isosorbida, asociado a previos de olmesatán/hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico, bisoprolol y rosuvastatina. Comienza con dolor orofacial en hemiarcada inferior izquierda donde lleva prótesis parcial fija (póntico), acudiendo a su dentista. A la exploración oral y



radiológica no objetiva patología aguda, no obstante, pauta antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico 875/125 y analgesia con paracetamol 650 mg y metamizol 575 mg. Tras completar el tratamiento sin mejoría, acude a su médico de Atención Primaria por persistencia del dolor. En anamnesis exhaustiva, se comprueba que el inicio de éste coincidió con la introducción del nitrato, por lo que se decide suspenderlo. A los dos días mejora significativamente, estando asintomática.

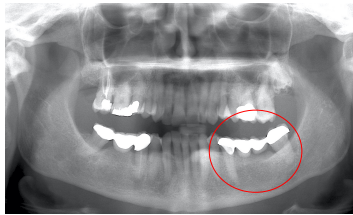


Figura 2. Ortopantomografía. Prótesis parcial fija de 3.5 a 3.8

Recomendaciones de buena práctica clínica

Todo fármaco puede producir efectos adversos no deseados, denominados "reacción adversa a medicamentos", que en el caso de no figurar en ficha técnica, deberán comunicarse al Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano.

Ante un paciente que consulta por clínica de la que no se sospecha origen claro, el médico de Atención Primaria debe realizar una anamnesis exhaustiva, que incluya revisión de fármacos introducidos recientemente. Su mecanismo de acción o las interacciones con tratamientos previos, pueden ser los causantes de la misma.

En el caso del mononitrato de isosorbida, sus efectos adversos suelen desaparecer al continuar con el tratamiento o disminuir la dosis.

Palabras clave

Isosorbida, nitratos, dolor orofacial, reacciones adversas a medicamentos, farmacovigilancia

Bibliografía

- Baret R, Carrete A. Angina de pecho. Tratamiento farmacológico. *Offarm: farmacia y sociedad*. 2008;27(11):52-57
- De la Hoz Aizpurua J. El dolor orofacial. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(2):69-69.
- Neira A, Olaja A. Manejo farmacológico de dolor orofacial: revisión. *Rev Med*. 2010;18(1):58-66
- Miguélez Médrán BC, Coicochea García C, López Sánchez AF, Martínez García MA. Dolor orofacial en la clínica odontológica. *Rev Soc Esp Dolor*. 2019;26(4):233-4

Suárez Ardura M, Cuervo Menéndez JM, García-Pola MJ. Prevalencia de las consultas odontoestomatológicas en el Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal de Asturias. Estudio Piloto. En: XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO). Murcia: 2021.



Prevalencia de las consultas odontoestomatológicas en el Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal de Asturias. Estudio piloto

Suárez Ardura M^{1,2,*}, Cuervo Menéndez JM^{3,4}, García-Pola MJ¹

D. Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas. Universidad de Oviedo¹. D. Medicina. Universidad de Oviedo². Hospital Alvarez-Buylla. Asturias³. SAMU-Asturias⁴.

Introducción

Aún siendo poco frecuente, la patología odontoestomatológica es también un motivo de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios. Los pacientes acuden a los mismos buscando la solución a unos signos o síntomas, que implican un deterioro en su salud, como es el dolor o la infección, pero en ocasiones es por falta de servicios de específicos para esta patología y la escasa formación del médico de familia en este campo, que hace que dichos enfermos no estén, en términos generales, bien atendidos, demandando asistencia inmediata, justificada o no. Esta necesidad asistencial puede deberse a una patología ya existente u originarse tras un tratamiento previo.

Objetivos

Registrar la prevalencia de la patología más común y su relación con el perfil del paciente en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Metodología

Se realizó un protocolo para determinar los motivos odontoestomatológicos de la urgencia del paciente, recogiendo datos del primer semestre de 2019, de las historias clínicas. Se registraron: demográficos de edad y género; patológicos, dentarios (odontalgia, infecciosas y otras) y no dentarios (glándulas salivales, articulación temporomandibular, labial y mucosa intraoral); hora de asistencia; si el motivo de consulta era debido a intervención previa; la derivación desde un servicio de Salud Pública, o no; tratamiento previo. Los datos fueron analizados en programa estadístico SPSS, considerando estadísticamente significativo $p \leq 0.05$.

Resultados

Se registraron 85 casos, cuya media de edad fue 36,91 años, siendo el 54,1% mujeres.

En un 52,9% el motivo de consulta fue de origen dentario, siendo las más frecuentes la odontalgia (44,4%) y la infección odontogénica (40,0%) (Figura 1).

Bibliografía

Roberts G, Scully C, Shotts, R. ABC of oral health. Dental emergencies. BMJ (Clinical research. 2000; BMJ Clinical Research 321(7260):559-6

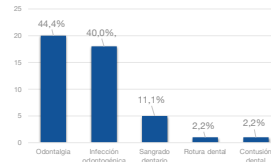


Figura 1. Motivos de consulta por patología dental

La consulta más frecuente por patología no dentaria fue por lesiones en mucosa intraoral (47,5%) (Figura 2).

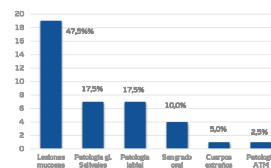


Figura 2. Motivos de consulta por patología no dental

Por iniciativa propia acudieron el 88,1%, en cualquier franja horaria. Un 20,2% había tenido intervención odontoestomatológica previa, siendo en los casos de patología dental el 31,8% y no dental el 7,5% ($p < 0,01$). Un 39,7%, había consultado previamente en el Sistema de Salud Pública, y un 51,9% estaba en periodo de tratamiento, siendo respectivamente, de origen dentario en el 53,8% ($p = 0,02$) y 72,1% ($p < 0,01$).

Tabla 1. Perfil de las urgencias odontoestomatológicas

	Patología dental	Patología no dental	p
Menor de 6 años	2,2%	27,5%	0,01
Hombre	50,1%	40,0%	0,30
Turno de noche	40,0%	22,5%	0,21
Iniciativa propia	90,9%	85,0%	0,40
Intervención previa	31,8%	7,5%	<0,01
Consulta previa	53,8%	27,0%	0,02
Tratamiento previo	72,1%	28,9%	<0,01

Conclusiones

Se necesitaría un estudio con una muestra más amplia para ratificar que las consultas más frecuentes son las de origen dentario en aras de establecer protocolos de actuación.

9.5. ANEXO 5. Publicación en revista indexada

Suárez Ardura M, García-Pola M, Cuervo Menéndez JM. Prevalencia de patología infantil dental y de la mucosa en un servicio de urgencias hospitalario. An Sist Sanit Navar. 2023;46(2):e1041.



An Sist Sanit Navar 2023; 46(2): e1041
<https://doi.org/10.23938/ASSN.1041>
eISSN: 2340-3527 • ISSN: 1137-6627
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/>

ARTÍCULOS ORIGINALES

Prevalencia de patología infantil dental y de la mucosa en un servicio de urgencias hospitalario

Prevalence of dental and mucosal lesions among the pediatric population who attended the emergency department of a general hospital

Montserrat Suárez Ardura^{1,2}, María García-Pola², José Manuel Cuervo Menéndez³

RESUMEN

Fundamento. La elevada prevalencia de la patología oral infantil incentiva a conocer sus manifestaciones y el carácter urgente de las mismas, objetivo del presente estudio.

Metodología. Estudio transversal que incluyó pacientes de edad <14 años que acudieron a un servicio de urgencias durante un año. Se analizó la relación entre las variables recogidas y la patología oral.

Resultados. Se incluyeron 55 pacientes, 45,5% niñas, edad media 4,11 años (10 días a 13 años). Globalmente, predominó la patología mucosa (74,5%) frente a la dentaria, y el origen infeccioso (54,6%) frente al traumático (14,5%). La patología dentaria (50% odontalgia y 35,7% infecciones) se asoció significativamente a edad >6 años (66,7 vs 10%), dolor (40,7 vs 10,7%) y ausencia de fiebre (37,9 vs 11,5%). La patología mucosa (61% infecciones: 53,7% víricas y 31,7% por herpangina) se asoció significativamente a edad ≤6 años (60 vs 6,7%) y fiebre (76,9 vs 17,2%). Se observaron seis lesiones traumáticas sobre la mucosa y dos en los dientes; significativamente más pacientes acudieron a urgencias antes de 24 horas (mediana =1 hora) que en caso de infección (100 vs 51,7%). La edad ≤6 años se asoció significativamente a fiebre, patología mucosa, infección de la mucosa y herpangina, y la >6 años se asoció a dolor, tratamiento antibiótico previo y al alta y pauta previa de AINE.

Conclusión. La patología oral infantil atendida en el servicio de urgencias analizado fue de la mucosa y origen infeccioso, predominando la dentaria en >6 años y la mucosa en ≤6 años, sin diferencia por sexo.

Palabras clave. Enfermedades dentales. Mucosa bucal. Infección focal dental. Servicio de Urgencia en Hospital. Niños.

ABSTRACT

Background. The high prevalence of oral pathology in children encourages to gain further understanding on their manifestations and urgent nature, objective of the present study

Methodology. Cross-sectional study that included patients aged <14 years of age who attended an emergency department over a one-year period. The relationship between the variables collected and oral pathology was analyzed.

Results. Fifty-five patients were included, 45.5% girls, mean age 4.11 years (10 days to 13 years). Overall, mucosal pathology (74.5%) prevailed over dental ones, and lesions of infectious origin (54.6%) over the traumatic ones (14.5%). Dental pathology (50% toothache and 35.7% infections) was significantly associated with being >6 years (66.7 vs 10%), pain (40.7 vs 10.7%) and absence of fever (37.9 vs 11.5%). Mucosal pathology (61% infections: 53.7% viral and 31.7% due to herpangina) was significantly associated with being ≤6 years (60 vs 6.7%) and having fever (76.9 vs 17.2%). Six traumatic lesions on the mucosa and two on the teeth were observed; significantly more patients attended the emergency room within 24 hours (median =1 hour) than in the case of infection (100 vs 51.7%). Being ≤6 years was significantly associated with fever, mucosal pathology, mucosal infection, and herpangina, and being >6 years was associated with pain, previous antibiotic treatment and at discharge, and previous NSAID regimen.

Conclusions. The analyzed pediatric oral pathologies treated in the emergency department are of mucosal and infectious origin. Dental disease prevail in children >6 years of age and mucosal lesions in those ≤6 years; no sex differences are observed.

Keywords. Tooth Diseases. Mouth Mucosa. Focal Infection, Dental. Emergency Service, Hospital. Children.

1. Área de Gestión Clínica de Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias. España.
2. Área de Estomatología. Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas. Universidad de Oviedo. Asturias. España.
3. Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU). Oviedo. Asturias. España.

Recibido: 17/04/2023 • Revisado: 05/06/2023 • Aceptado: 08/06/2023

Correspondencia:

María García-Pola [mjgarcia@uniovi.es]

Citación:

Suárez Ardura M, García-Pola M, Cuervo Menéndez JM. Prevalencia de patología infantil dental y de la mucosa en un servicio de urgencias hospitalario. An Sist Sanit Navar 2023; 46(2): e1041. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1041>



© 2023 Gobierno de Navarra. Artículo Open Access distribuido bajo Licencia Creative Commons Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. Publicado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.