



ARTÍCULO
ORIGINAL



Varela-Montes, Luis

Grado de Odontología. Estudiante del Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Universidad Rey Juan Carlos.

Gómez de Diego, Rafael

Médico estomatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor del máster de Cirugía Bucal e Implantología. Universidad Rey Juan Carlos.

Marcianes Moreno, María

Doctor en Odontología. Adjunto de la Unidad de Ortodoncia y docente del Programa de Postgrado de Ortodoncia del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

García-Camba Varela, Pablo

Doctor en Odontología. Adjunto de la Unidad de Ortodoncia y jefe de estudios del Programa de Postgrado de Ortodoncia del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Varela Morales, Margarita

Médico estomatólogo. Doctora en Medicina y Cirugía. Jefe de la Unidad de Ortodoncia y directora del Programa de Postgrado de Ortodoncia del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECS
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Luis Varela-Montes
luvarelam@gmail.com
Calle Emilio Coll, 22 Casa 18
28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid.
Tel. 618925364

Fecha de recepción: 3 de noviembre de 2020.
Fecha de aceptación para su publicación:
14 de diciembre de 2020.

CAMBIOS EN EL PERFIL DE LAS URGENCIAS ATENDIDAS POR UN DENTISTA DE GUARDIA 24 HORAS DURANTE LAS ETAPAS INICIALES DE LA PRIMERA OLA DE COVID-19

Varela-Montes L, Gómez de Diego R, Marcianes Moreno M, García-Camba Varela P, Varela Morales M. Cambios en el perfil de las urgencias atendidas por un dentista de guardia 24 horas durante las etapas iniciales de la primera ola de COVID-19. *Cient. Dent.* 2020; 17; 3; 7-14

RESUMEN

Objetivo: Comparar la asistencia urgente prestada por un dentista de guardia 24 horas a dos grupos de pacientes en dos periodos de la primera ola de Covid-19 en Madrid: durante el confinamiento de la población y cierre de la mayoría de las clínicas dentales y una vez levantado el confinamiento y reabiertas las clínicas.

Método: En ambos grupos se compararon edad y sexo, tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas, frecuencia de citas nocturnas, frecuencia y duración de tratamientos médicos previos, patologías objeto de consulta y tratamientos realizados.

Resultados: En el primer periodo (45 días) se vieron 187 pacientes y en el segundo (19 días), 94 (4.15 y 4.8 pacientes/día, respectivamente). El tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas en ambos periodos fue 10+/-1 y 3+/-1 días. Habían recibido tratamiento antibiótico/antiinflamatorio previo el 80% y el 30% de los pacientes, respectivamente. El diagnóstico más frecuente en el primer periodo fue inflamación pulpar ($p = 0.001$) y en el segundo, pulpitis irreversible ($p < 0.05$). En el primer periodo se realizaron más extracciones (58.7% vs 41.5%, $p < 0.05$) y en el segundo más endodoncias (8.5% vs 2.1%, $p < 0.05$) y tratamientos farmacológicos (19.1% vs 9.6%, $p < 0.05$).

Conclusiones: Durante el segundo periodo de la primera ola de COVID-19, cuando el confinamiento se levantó y se reabrieron las clínicas, la atención dental urgente cambió con respecto a las primeras 6 semanas de confinamiento estricto, tanto en el perfil de la patología, como en los tratamientos realizados que fueron más conservadores.

CHANGES IN URGENT DENTAL CARE PROVIDED BY A 24-HOUR ON-CALL DENTIST DURING THE FIRST WAVE OF THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Aim: To compare urgent dental care provided by a general dentist 24-hours on-call at two early stages of the first wave of Covid-19 pandemic in Madrid (Spain): during the lockdown of the population and closure of most dental clinics, and once the lockdown was relaxed and dental offices partially reopened.

Method: In both groups we compared demographic data, time elapsed from onset of symptoms, rate of late-night appointments, proportion of patients receiving pharmacologic treatment and frequencies of the pathologies causing the consultation and treatments performed.

Results: In the first and second stages -45 and 19 days respectively- 187 and 94 patients, (4.15 and 4.8 patients/day, respectively) were seen. The time elapsed from onset of symptoms was 10+/-1 days in the first group and 3+/-1 days in the second, while 80% and 30% of patients were receiving some medical treatment respectively. Pulpal inflammation predominated in the first stage ($p = 0.001$) and irreversible pulpitis in the second ($p < 0.05$). Extractions were more frequent in the first stage (58.7% vs 41.5%, $p < 0.05$), and root canal therapy (8.5% vs 2.1%, $p < 0.05$) and pharmacological treatment (19.1% vs 9.6%, $p < 0.05$) in the second.

Conclusion: During the second stage of the first wave of COVID-19 pandemic, once lockdown was partially relaxed,

PALABRAS CLAVE

COVID-19; Infección por Coronavirus; Atención dental urgente; Pandemia.

significant differences were observed in urgent dental care compared with the first six weeks of the pandemic, both in the profile of the pathology and the treatments provided, which were more conservative.

KEY WORDS

COVID-19; Coronavirus infection; Urgent dental care; Pandemic.

INTRODUCCIÓN

A principios de marzo de 2020, poco después de irrumpir en Europa desde China, la pandemia por COVID-19 se propagó rápidamente en España, con un crecimiento exponencial de pacientes infectados y de fallecimientos. En Italia se había instaurado un escenario similar en febrero y al cabo de algunas semanas la pandemia estaba ya presente en Francia, Bélgica, Reino Unido, Suecia y otros países europeos. Su aparición en América y en el resto del mundo no se hizo esperar.

En el periodo inicial de lo que sería la primera ola de la pandemia, el Gobierno español decretó el confinamiento obligatorio de la población con interrupción de las actividades productivas no esenciales. Aunque la atención sanitaria en principio estaba permitida, la mayoría de las clínicas dentales, tanto privadas como dependientes de instituciones públicas y universitarias, se cerraron incluso para la asistencia urgente. Ello se debió en gran medida a la escasez de equipos de protección personal (EPP), un problema que en aquel momento afectaba a la mayoría de los países desarrollados¹. Sin embargo, también contribuyó la grave ansiedad que experimentaron muchos odontólogos conscientes de que su riesgo de adquirir y transmitir la infección era uno de los más elevados entre los profesionales sanitarios². Este hecho se había comunicado no sólo en la literatura científica³, sino también a través de los medios de comunicación⁴. Por otra parte, en las primeras semanas de la pandemia los servicios de urgencia de los hospitales, que en condiciones normales atienden muchas de las emergencias dentales más graves, sobre todo en horarios no laborables⁵, se vieron desbordados por los pacientes COVID y las autoridades sanitarias aconsejaron que las personas afectadas por otros procesos no acudieran al hospital, excepto en casos de riesgo vital.

En estas circunstancias de amenaza sin precedentes para la salud pública, solo estaba disponible para atender urgencias dentales un pequeño porcentaje de los dentistas colegiados, algunos de ellos profesionales de guardia empleados en clínicas abiertas 24 horas, exclusivamente para tratar urgencias, y publicitadas a través de las redes sociales. Estos dentistas de guardia tenían que trabajar en condiciones poco convencionales, con un horario prolongado y con poca o ninguna información sobre la historia

clínica dental o los registros previos de los pacientes. A falta de una normativa de actuación uniforme en el contexto de una pandemia hasta entonces totalmente desconocida, dichos profesionales de guardia tuvieron que guiarse por su experiencia, sentido común y espíritu de servicio a la comunidad, protegiéndose a sí mismos y a sus pacientes con los medios disponibles en cada caso.

Cuando al cabo de algunas semanas la propagación del virus pareció estar más controlada como consecuencia de las medidas de contención, las autoridades sanitarias flexibilizaron el confinamiento. Las urgencias odontológicas empezaron a ser gestionadas de nuevo por un número importante de dentistas que habían reabierto sus consultas siguiendo protocolos preventivos estrictos⁶ según las directrices del Consejo General de Dentistas de España y de los diferentes Colegios locales. Por otro lado, los pacientes con emergencias de causa odontológica volvieron a tener acceso a los servicios de urgencias de los hospitales. En este nuevo escenario, era de esperar un cambio en el perfil de la asistencia odontológica urgente solicitada a clínicas abiertas 24 horas y publicitadas por internet. Este cambio podría afectar al volumen de pacientes atendidos en dichas clínicas, al perfil de la patología objeto de la consulta y a los tratamientos propuestos.

OBJETIVO

Comparar las características de la atención odontológica urgente prestada en dos momentos de la primera ola de la pandemia de COVID-19 en Madrid por un dentista general disponible 24 horas, en clínicas abiertas exclusivamente para atender urgencias, en las que trabajaba como único odontólogo.

- Durante el periodo inicial en el que se decretó el confinamiento estricto de la población, se cerraron la mayor parte de las clínicas dentales y se restringió la asistencia a pacientes no COVID sin riesgo vital en los servicios de urgencia de los hospitales.
- En el segundo periodo, una vez se relajó el confinamiento, se reabrieron las consultas dentales y se redujo la presión en los servicios de urgencia de los hospitales.

MATERIAL Y MÉTODO

Un dentista de guardia 24 horas al día proporcionó atención odontológica urgente con ayuda de una auxiliar durante la primera ola de la pandemia en Madrid. Las clínicas en las que se prestaba asistencia estaban cerradas y sólo se abrían para atender urgencias contactando los pacientes (no habituales de dichas clínicas) a través de internet. El dentista de guardia, estudiante de Máster en Cirugía Bucal e Implantología, era el único odontólogo encargado de dicha asistencia a todo tipo de pacientes (niños, adultos y diferentes patologías).

Antes de la cita en la consulta, el dentista realizaba personalmente un triaje telefónico para obtener información sobre la patología urgente objeto de la consulta, posibles tratamientos farmacológicos seguidos en los días previos y antecedentes médicos. Asimismo, interrogaba sobre síntomas compatibles con infección por COVID-19 -fiebre, tos, disnea, diarrea, anosmia y disgeusia- así como posible contacto con personas afectadas por la enfermedad. En caso de respuesta positiva, el paciente era remitido a su médico de familia. Tanto el dentista como la auxiliar dispusieron durante todo el periodo de estudio de los EPP adecuados, consistentes en bata impermeabilizada, mascarilla FFP2, pantalla de metacrilato, gafas de protección, gorro y calzas. Además, se sometieron a pruebas de detección de anticuerpos contra el SARS-COV-2 en dos momentos de forma aleatoria durante el estudio, siendo negativo el resultado de ambas determinaciones.

Recogida de datos

Los datos se recogieron en dos momentos de la primera ola de la pandemia:

- a) En el periodo inicial, del 17 de marzo al 3 de mayo de 2020 (45 días), cuando la población se encontraba totalmente confinada en sus domicilios y la mayoría de las consultas dentales se encontraban cerradas incluso para atender urgencias.
- b) En el segundo periodo, del 4 al 23 de mayo (19 días), una vez se relajaron las medidas de confinamiento y se reabrieron muchas consultas dentales.

Diseño del estudio

En ambos periodos se registró el número total de pacientes atendidos y la frecuencia de citas por día, edad y sexo de los pacientes, el momento en que tuvo lugar la cita (por el día o por la noche), el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y la consulta urgente, y el tratamiento farmacológico seguido, en su caso.

Las patologías se clasificaron de acuerdo con las directrices sobre el tratamiento de las emergencias dentales durante la pandemia de COVID-19 publicadas por la ADA el 18 de marzo de 2020 (Tabla 1)⁷ y se registraron las frecuencias

correspondientes. También se analizaron las frecuencias de los distintos tratamientos realizados en cada etapa y se especificaron los casos que por su gravedad fueron remitidos a un servicio de urgencia hospitalario.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos en cada uno de los dos periodos se compararon mediante la prueba de Chi cuadrado o, en caso necesario, la prueba exacta de Fisher.

Aprobación ética

Este estudio clínico fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz con el procedimiento número EO138-20.

RESULTADOS

Los resultados preliminares correspondientes al primer periodo han sido previamente publicados⁸. Durante dicho periodo (45 días), el dentista de guardia atendió 187 pacientes y durante el segundo (19 días) 94 pacientes.

En las tablas 2 y 3 se resumen los datos descriptivos y demográficos de ambos grupos de pacientes. La distribución por sexos y edades fue comparable en ambos periodos, así como el número de pacientes atendidos por día. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta clínica en el segundo periodo fue sólo de 3 días, frente a 10 días en el primero. El porcentaje de pacientes que habían recibido algún tratamiento farmacológico durante los días previos a la consulta urgente fue mayor en el primer periodo. La proporción de consultas nocturnas en el segundo periodo duplicó la registrada en el primero.

La tabla 4 muestra las frecuencias correspondientes de las patologías reclasificadas según la ADA. Los diagnósticos más comunes en ambos periodos fueron la inflamación pulpar aguda y la pulpitis irreversible, pero la inflamación pulpar aguda fue mucho más frecuente en el primer periodo ($p = 0,001$), mientras que la pulpitis irreversible predominó en el segundo ($p < 0,05$).

La tabla 5 recoge algunos aspectos del tratamiento realizado en ambos periodos. Se practicaron una o más extracciones en el 57,7% de los casos en el primer periodo frente al 41,5% en el segundo ($p = 0,01$); se llevó a cabo algún tipo de tratamiento de conductos en el 2,1% de los pacientes en el primer periodo y en el 8,5% en el segundo ($p < 0,05$). Por último, se prescribió tratamiento médico (principalmente antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios) en el 9,6% y el 19,1% de los pacientes, respectivamente ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Durante la primera ola de la pandemia de COVID-19, la precariedad de la asistencia odontológica urgente y la

Tabla 1. Guía de emergencias dentales y asistencia odontológica urgente durante la pandemia de COVID-19, según la Asociación Dental Americana⁷.

| Emergencias dentales |
|---|
| - Hemorragia no controlada |
| - Celulitis o infección bacteriana difusa de tejidos blandos con inflamación intra o extraoral que pueda comprometer las vías respiratorias |
| - Traumatismo con afectación de los huesos faciales, que pueda comprometer las vías respiratorias |
| Asistencia odontológica urgente |
| - Dolor dental severo por inflamación pulpar |
| - Pericoronitis o dolor del tercer molar |
| - Osteítis postoperatoria, curas de alveolitis seca. |
| - Absceso, o infección bacteriana localizada que provoca dolor e inflamación localizados |
| - Fractura dental que provoca dolor o traumatiza los tejidos blandos |
| - Traumatismo dental con avulsión/luxación |
| - Caries dentales extensas o restauraciones defectuosas que producen dolor |
| - Manejo con técnicas de restauración provisionales cuando sea posible (fluoruro de diamínico de plata, ionómeros de vidrio) |
| - Eliminación de suturas |
| - Ajuste de prótesis en pacientes en tratamiento de radioterapia/oncológicos |
| - Ajustes o reparaciones de prótesis cuando hay afectación grave de la función |
| - Sustitución de la obturación provisional en aperturas camerales de endodoncias cuando existe dolor |
| - Tratamientos dentales necesarios antes de procedimientos médicos críticos |
| - Cementación de coronas/puentes cuando la restauración temporal se pierde, se rompe o produce irritación gingival |
| - Biopsias de tejidos patológicos |
| - Recorte o ajuste de alambres o aparatos de ortodoncia que producen lesiones en la mucosa oral |

Tabla 2. Algunas características de las consultas odontológicas urgentes en el primer y segundo periodos de la primera ola de la pandemia COVID-19: durante y después del confinamiento de la población.

| | Primer periodo | Segundo periodo |
|--|----------------|-----------------|
| Número de pacientes atendidos | 187 | 94 |
| Duración de las fases del estudio | 45 días | 19 días |
| Pacientes atendidos por día | 4,15 | 4,8 |
| Tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y la cita | 10 ± 2 días | 3 ± 1 días |
| Porcentaje de consultas desde la medianoche hasta las 6 a.m. | 24 % | 52 % |
| Tratamiento farmacológico previo (porcentaje de pacientes) | 80 % | 30 % |

TABLA 3. SEXO Y GRUPOS DE EDAD DE LOS PACIENTES TRATADOS EN EL PRIMER Y SEGUNDO PERIODOS DE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA DE COVID-19: DURANTE Y DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO DE LA POBLACIÓN.

| Pacientes | Primer periodo | | | Segundo periodo | | | P |
|----------------|---------------------|------|-------|---------------------|------|--------|-------|
| | | N | % | | N | % | |
| | Total | 187 | | Total | 94 | | |
| Sexo | Hombres | 78 | 47,6% | Hombres | 48 | 51,1% | 0,673 |
| | Mujeres | 98 | 52,4% | Mujeres | 46 | 48,8% | |
| | Hombres/ mujeres | 0,90 | | Hombres/ mujeres | 1,04 | | |
| Grupos de edad | < 12 años | 7 | 3,7 % | < 12 años | 2 | 2,1 % | 0,722 |
| | 12-70 años | 172 | 92 % | 12-70 años | 87 | 92,6 % | 1 |
| | > 70 años | 8 | 4,3 % | > 70 años | 5 | 5,3 % | 0,766 |

necesidad de aplicar protocolos unificados para reorganizar los servicios de odontología y cirugía oral se hizo evidente en muchos países desarrollados¹. Aunque poco a poco se fueron publicando directrices para orientar a los dentistas⁹, lo cierto es que en las primeras semanas de esa primera ola de la pandemia no existían normas de aplicación general. Probablemente, las características de la asistencia odontológica urgente descrita en este estudio son representativas de la que se prestó durante las primeras semanas de la pandemia en muchos países en los que se había decretado el confinamiento de la población y se tuvieron que cerrar la mayoría de las clínicas dentales por falta de EPP y por miedo al contagio: dentistas trabajando solos, sin apoyo de otros especialistas, en clínicas abiertas exclusivamente para tratar casos urgentes.

En este estudio, realizado en dos periodos de la primera ola de la pandemia, el segundo periodo de recopilación de datos fue más corto que el primero. Sin embargo, aunque el número absoluto de pacientes atendidos por el dentista de guardia fue proporcionalmente menor, el número de citas por día resultó comparable en ambas fases. Este hallazgo puede sorprender, ya que una vez se hubieron relajado las restricciones excepcionales que prevalecían en el primer periodo de confinamiento, era previsible una menor demanda en las clínicas de urgencia de 24 horas publicitadas a través de internet. En efecto, después de varias semanas de inactividad, muchas clínicas dentales convencionales se habían reabierto y podían atender a sus pacientes habituales y, por otra parte, los servicios de urgencia de los hospitales ya aceptaban emergencias no Covid sin riesgo vital, entre ellas las dentales. Sin embargo, se mantuvo la demanda de atención urgente solicitada por internet al dentista de guardia 24 horas. Una posible explicación es que en el segundo periodo los estrictos

protocolos para prevenir la propagación de la infección aplicados en las consultas dentales reabiertas limitaron considerablemente el número de citas disponibles por día. Como consecuencia, muchos pacientes tendrían que seguir recurriendo a las clínicas de guardia abiertas 24 horas. Por otra parte, aunque en condiciones normales muchos pacientes con emergencias dentales sin riesgo vital acuden a los servicios de Urgencia de los hospitales, ya por propia iniciativa o remitidos por sus dentistas o sus médicos, en particular, durante las horas no laborables o los fines de semana¹⁰, cuando se levantó el confinamiento la población seguía teniendo miedo de acudir a urgencias de un hospital. A este respecto, cabe señalar que la proporción de pacientes atendidos por el dentista de guardia durante la noche en el segundo periodo fue casi el doble que en el primero, lo que podría deberse también al hecho de que muchas personas habían reiniciado su actividad laboral tras el confinamiento.

La proporción de hombres y mujeres que solicitaron tratamiento en ambos periodos fue similar. Este hallazgo coincide con el registrado por Carter y cols.,¹¹ en su investigación sobre la atención dental urgente durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, contrasta con el predominio de los varones observado en otros estudios sobre el acceso a la asistencia odontológica de urgencia fuera de la pandemia¹². El perfil de los grupos de edades en ambos periodos también fue similar, con una escasa proporción de pacientes de más de 75 años. Se ha comprobado que los ancianos solicitan asistencia odontológica urgente por procesos no relacionados con traumatismos dentofaciales con menor frecuencia que los adultos más jóvenes^{13,14}. Esta relativa inhibición de los ancianos para solicitar asistencia urgente puede incluso haber aumentado durante toda la pandemia, debido a la

Tabla 4. Frecuencia de las patologías tratadas en el primer y segundo periodos de la primera ola de la pandemia de COVID-19: durante y después del confinamiento de la población.

| | | Primer periodo | | Segundo periodo | | |
|------------------------------|--|----------------|--------|-----------------|--------------|--------------|
| | | Pacientes | | | | |
| | | 3 | | 1 | | |
| EMERGENCIAS | | N | % | N | % | |
| | Hemorragia no controlada | 0 | 0 % | 0 | 0 % | |
| | Celulitis | 3 | 1,60% | 1 | 1,06 % | |
| | Traumatismo orofacial | 0 | 0 % | 0 | 0 % | |
| URGENCIAS | | Primer periodo | | Segundo periodo | | P |
| | | Pacientes | | | | |
| | | 187 | | 94 | | |
| | Dolor por inflamación pulpar | 93 | 49,7 % | 26 | 27,7 % | 0,001 |
| | Pulpitis irreversible | 24 | 12,8 % | 22 | 23,4 % | 0,037 |
| | Pericoronitis tercer molar | 15 | 8 % | 9 | 9,6 % | 0,831 |
| | Alveolitis seca | 0 | 0 % | 2 | 2,1 % | 0,111 |
| | Absceso | 13 | 7 % | 8 | 8,5 % | 0,819 |
| | Fractura dental | 20 | 10,7 % | 11 | 11,7 % | 0,958 |
| | Traumatismo dental con avulsión/luxación | 1 | 0,5 % | 1 | 1,1 % | 1,000 |
| | Caries | 2 | 1,1 % | 3 | 2,1 % | 0,338 |
| | Ajustes protésicos | 12 | 6,41 % | 3 | 3,2 % | 0,393 |
| | Tratamientos incompletos | 2 | 1,1 % | 0 | 0 % | 0,553 |
| | Lesiones de la mucosa por aparatos de ortodoncia | 1 | 0,5 % | 2 | 2,1 % | 0,260 |
| | Otros | | | | | |
| | Herpes intraoral | 1 | 0,5 % | 0 | 0 % | 1 |
| | Fractura de implante | 1 | 0,5 % | 0 | 0 % | 1 |
| | Absceso de diente temporal | 2 | 1,1 % | 0 | 0 % | 0,553 |
| Obturación fracturada | 0 | 0 % | 3 | 3,2 % | 0,036 | |

recomendación de las autoridades sanitarias de mantener el máximo confinamiento de ese sector de población por su alto riesgo de contagio. De hecho, durante el segundo periodo, la relajación de las condiciones de confinamiento para niños y adultos no se extendió a los ancianos, que siguieron siendo considerados altamente vulnerables¹⁵.

El tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la cita urgente durante el primer periodo del estudio fue de 10 días, frente a sólo 3 días en el segundo. En las primeras semanas de la pandemia, la escasez de dentistas y clínicas

disponibles pudo condicionar el retraso en el tratamiento y la consiguiente evolución negativa de procesos que en circunstancias normales se habrían tratado antes¹⁶.

En el periodo inicial, durante el confinamiento domiciliario, un alto porcentaje de pacientes había estado recibiendo tratamiento farmacológico prescrito por teléfono por algún médico o dentista, o debido a la inaccesibilidad de aquellos, autoprescrito, sin que ello hubiera resuelto los síntomas que finalmente condujeron a la consulta urgente. La frecuencia y duración de los tratamientos médicos

TABLA 5. Tratamientos realizados en el primer y segundo periodos de la primera ola de la pandemia de COVID-19: durante y después del confinamiento de la población.

| Tratamiento | Primer periodo | | Segundo periodo | | P |
|----------------------------------|----------------|--------|-----------------|--------|--------------|
| | Pacientes | | | | |
| | Total | 187 | Total | 84 | |
| | N | % | N | % | |
| Extracción | 108 | 57,7 % | 39 | 41,5 % | 0,014 |
| Raspado y alisado radicular | 11 | 5,9 % | 9 | 9,6 % | 0,373 |
| Tratamiento farmacológico | 18 | 9,6 % | 18 | 19,1 % | 0,039 |
| Tratamiento de conductos | 4 | 2,1 % | 8 | 8,5 % | 0,024 |
| Instrumentación | 9 | 4,8 % | 3 | 3,2 % | 0,756 |
| Obturación | 10 | 5,3 % | 4 | 4,3 % | 0,780 |
| Cementación de coronas y puentes | 7 | 3,7 % | 6 | 6,4 % | 0,371 |
| Ajuste de prótesis | 10 | 5,4 % | 2 | 2,1 % | 0,348 |
| El paciente rechaza tratamiento | 8 | 4,27 % | 0 | 0 % | 0,055 |
| No se indica ningún tratamiento | 2 | 1,07 % | 1 | 1,1 % | 1 |
| Tratamiento de alveolitis seca | 0 | 0 % | 1 | 1,1 % | 0,334 |
| Ajuste oclusal | 0 | 0 % | 2 | 2,1 % | 0,111 |
| Reposicionamiento de incisivos | 0 | 0 % | 1 | 1,1 % | 0,334 |

antes de la consulta urgente disminuyeron en el segundo periodo, cuando los dentistas habituales y médicos de familia se hicieron más accesibles¹⁷. Durante el confinamiento, 3 pacientes, todos ellos afectados por una celulitis difusa grave, fueron remitidos al servicio de urgencias de un hospital general, a pesar de las restricciones impuestas para la referencia, ya que el dentista de guardia consideró que se trataba de emergencias con eventual riesgo vital. La guía de la ADA sobre la atención a urgencias odontológicas durante la pandemia de COVID-19⁷ clasifica como “emergencias” las situaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente y que requieren un tratamiento inmediato. Estas emergencias incluyen hemorragias no controladas y procesos que pueden comprometer la permeabilidad de las vías respiratorias, ya sea por inflamación difusa o tras un traumatismo orofacial. En el segundo periodo del estudio sólo se remitió un paciente al servicio de urgencias del hospital. Esta diferencia puede atribuirse a que, al reabrirse las clínicas, los dentistas habituales pudieron tratar precozmente patologías que de otro modo habrían evolucionado negativamente, comportando incluso riesgo vital. Sin embargo, también es posible que en el segundo periodo algunos pacientes con patologías muy graves hubieran acudido al servicio de urgencias del hospital por propia iniciativa sin una consulta previa con

el dentista, por lo que no pudo ser computado en este estudio.

Los diagnósticos más frecuentes en ambos periodos analizados fueron la inflamación pulpar y la pulpitis irreversible. Sin embargo, en el primero de ellos la proporción de casos de inflamación pulpar duplicó la proporción de casos de pulpitis irreversible, mientras que en la segunda ocurrió lo contrario. El síntoma más común que condujo a solicitar la consulta urgente en ambos periodos fue el dolor, lo que coincide con los hallazgos de otros autores^{18,19}. La frecuencia de complicaciones inflamatorias por impacción de cordales, abscesos periodontales, fracturas verticales y horizontales y otros diagnósticos, así como los problemas asociados con prótesis dentales rotas o desajustadas, no mostraron diferencias significativas entre los dos periodos analizados.

En el primer periodo algunos casos se trataron con enfoques atípicos o protocolos no convencionales que no se habrían aplicado fuera de la situación excepcional creada por la pandemia²⁰. Concretamente, durante el confinamiento el 57% de las consultas se resolvieron mediante extracciones. Esta elevada frecuencia de extracciones es similar a la registrada por Carter et al. en el Reino Unido durante las primeras seis semanas de la pandemia¹¹. En algunos

casos dudosos se decidió extraer en vez de intentar un tratamiento conservador, como hubiera sido recomendable en condiciones normales, simplemente para evitar nuevas citas con el dentista de guardia o incluso la derivación al hospital en caso de falta de respuesta o mala evolución¹. En el segundo periodo se realizaron menos extracciones ya que, una vez controlados los síntomas urgentes, el dentista de guardia pudo recomendar en algunos casos a los pacientes que, una vez resuelta la urgencia, solicitaran cita a su dentista habitual para que realizara un tratamiento conservador. Por esa misma razón el número de tratamientos de conductos también fue mayor en el segundo periodo, así como los tratamientos farmacológicos de los trastornos inflamatorios o infecciosos. Los dientes que durante el segundo periodo pudieron conservarse mediante esos tratamientos, en las primeras semanas probablemente se habrían extraído.



BIBLIOGRAFÍA

1. Dave M, Seoudi N, Coulthard P. Urgent dental care for patients during the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2020;395: 1257.
2. Ahmed MA, Jouhar R, Ahmed N, et al. Fear and Practice Modifications among Dentists to Combat Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17: 2821.
3. Pereira LJ, Pereira CV, Murata RM, Pardi V, Pereira-Dourado SM. Biological and social aspects of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) related to oral health. *Braz Oral Res* 2020;34: e041. doi:10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0041.
4. Lazaro Gamio. The workers who face the greatest coronavirus risk. *The New York Times*. March 15, 2020.
5. Verma S, Chambers I. Dental emergencies presenting to a general hospital emergency department in Hobart, Australia. *Aust Dent J* 2014;59:329-333.
6. Cirillo N. COVID-19 outbreak: succinct advice for dentists and oral health-care professionals. *Clin Oral Investig* 2020;24:2529-2535.
7. Solana K. ADA develops guidance on dental emergency, nonemergency care: <https://www.ada.org/In/publications/ada-news/2020-archive/march/ada-develops-guidance-on-dental-emergency-non-emergency-care>.
8. Varela-Montes L, Gómez de Diego R, Varela Morales M. COVID-19 in Madrid. *Br Dent J* 2020;228: 812-813.
9. Abramovitz I, Palmon A, Levy D, et al. Dental care during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: operatory considerations and clinical aspects. *Quintessence Int* 2020;51: 418-429.
10. Kim PC, Zhou W, McCoy SJ, et al. Factors associated with preventable emergency department visits for nontraumatic dental conditions in the U.S. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16: 3671.
11. Carter E, Currie CC, Asuni A, Goldsmith R, Toon G, Horridge C, et al. The first six weeks - setting up a UK urgent dental care centre during the COVID-19 pandemic. *Br Dent J* 2020;228: 842-8.
12. 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: 883-889.
13. Okunseri C, Okunseri E, Fischer MC, Sadeghi SN, Xiang Q, Szabo A. Non-traumatic dental condition-related visits to emergency departments on weekdays, weekends and night hours: findings from the National Hospital Ambulatory Medical Care survey. *Clin Cosmet Investig Dent* 2013;5:69-76.
14. Tramini P, Al Qadi Nassar B, Valcarcel J, Gibert P. Factors associated with the use of emergency dental care facilities in a French public hospital. *Spec Care Dentist* 2010;30: 66-71.
15. Savulescu J, Cameron J. Why lockdown of the elderly is not ageist and why levelling down equality is wrong [published online ahead of print, 2020 Jun 19]. *J Med Ethics* 2020. doi:10.1136/medethics-2020-106336.
16. Guo H, Zhou Y, Liu X, Tan J. The impact of the COVID-19 epidemic on the utilization of emergency dental services [published online ahead of print, 2020 Mar 16]. *J Dent Sci* 2020. doi:10.1016/j.jds.2020.02.002.
17. Cope AL, Wood F, Francis NA, Chestnutt IG. General practitioners' attitudes towards the management of dental conditions and use of antibiotics in these consultations: a qualitative study. *BMJ Open* 2015;5(10): e008551. doi:10.1136/bmjopen-2015-008551.
18. Guivarc'h M, Saliba-Serre B, Le Coz P, Bukiet F. A cross-sectional analysis of patient care pathways and profiles in a dental emergency department. *Int Dent J* 2020;70: 21-28.
19. Currie CC, Stone SJ, Connolly J, Durham J. Dental pain in the medical emergency department: a cross-sectional study. *J Oral Rehabil* 2017;44: 105-111.
20. Menhadji P. Restorative consequences. *Br Dent J* 2020; 229:69. doi:10.1038/s41415-020-1917-8.

CONCLUSIÓN

En la primera ola de la pandemia de COVID-19, la asistencia odontológica urgente que llevó a cabo un dentista de guardia 24 horas mostró características diferentes en el periodo inicial de confinamiento de la población y cierre de la mayoría de las clínicas dentales, y una vez que se relajó el confinamiento y se reabrieron muchas clínicas.

Estas diferencias afectaron al perfil de la patología -que había evolucionado hacia una mayor gravedad en el primer periodo- así como a los tratamientos aplicados, que durante el confinamiento fueron menos conservadores y defensivos.

Inmersos ya en la segunda ola, estos hallazgos referidos a dos periodos de la primera ola, subrayan la necesidad de implementar protocolos de aplicación general que aseguren una adecuada asistencia odontológica urgente en casos de grandes crisis y catástrofes que amenacen la salud pública.