



Universidad
Europea VALENCIA

**Grado en ODONTOLOGIA Trabajo de fin
de grado Curso 2024-2025**

**Urgencias odontológicas , conocimiento y gestión
por parte de la población general**

Presentado por: Marc Rozier Philippe MAHAVORY

Tutor : Pedro Garcia BERMEJO

Campus de valencia : 7 Paseo de la Alameda, 46010 Valencia

universidadeuropea.com

AGRADECIMIENTOS

Quiero comenzar agradeciendo a Pedro Garcia Bermejo, uno de los primeros profesores que conocí al llegar a Valencia. Fue con él con quien empecé esta aventura, y es también con él con quien la concluyo. Ha sido un verdadero placer poder cerrar esta etapa a su lado, con respeto y gratitud por su acompañamiento en este trabajo.

A mis padres y a mi hermano, que nunca han dejado de creer en mí. Su apoyo incondicional, su paciencia infinita y su presencia constante han sido el motor que me ha permitido avanzar incluso en los momentos más inciertos. Gracias por haber estado ahí, firmes y generosos, cada vez que lo necesité.

A mi familia, que desde la distancia o la cercanía ha sabido darme la fuerza y el calor que solo se encuentra en el hogar.

Una mención especial y profundamente emotiva a mi abuelo paterno, que tristemente nos dejó, pero cuya huella vive en mí cada día. Él fue, más que nadie, quien me transmitió las ganas de superarme, de construir algo valioso, de luchar por mis sueños con humildad y determinación. Le debo en gran parte la ambición de llegar hasta aquí. Espero, con todo mi corazón, que esté orgulloso del hombre en el que me he convertido.

A mis amigos, que han sido mi familia elegida durante estos seis años. Gracias por acompañarme, por hacerme reír, por compartir conmigo esta etapa tan intensa y transformadora. Habéis sido un refugio, una motivación y, sobre todo, una alegría constante en este camino.

Gracias a todos los que, de una forma u otra, habéis formado parte de esta historia. Este logro también os pertenece.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	4
PALABRAS CLAVES	6
1. INTRODUCCION	8
1.1. Odontología y Salud	8
1.2. Motivos de Consulta Odontológicos	11
1.3. Relación Salud Bucodental - Enfermedades Sistémicas	12
1.4. Principales barreras que limitan el acceso a la asistencia	13
1.5. Urgencia y emergencia. Diferencias	14
1.6. Urgencias en odontología	15
1.7. El desconocimiento de las señales de emergencia: un gran obstáculo	16
2. JUSTIFICACION & HIPOTESIS	19
Justificación	19
Objetivo ODS	19
HIPOTESIS	20
3. OBJETIVOS	22
4. MATERIAL Y MÉTODO	24
4.1. Material	24
4.1.1. Diseño del estudio	24
4.1.2. Selección de pacientes	25
4.1.3. Población y Tamaño muestral	25
4.1.4. Material empleado	26
4.2. Método	26
4.2.1. Descripción del procedimiento	26
4.2.2. Aprobación del Comité de ética y autorización de la clínica	29
4.2.3. Consentimiento informado	29
4.2.4. Realización de la encuesta	29
4.3. Variables	31
4.4. Recogida y análisis de datos	33
5. RESULTADO	36
6. DISCUSION	69
7. CONCLUSIONES	75
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS	80

RESUMEN

Introducción

Las urgencias odontológicas son un problema frecuente que repercute directamente sobre la salud general. Muchos pacientes no saben cómo actuar correctamente. La falta de conocimiento y educación sanitaria puede retrasar la atención, aumentar complicaciones y generar desigualdades de acceso al tratamiento.

Objetivos

El objetivo principal del estudio fue evaluar el nivel de conocimiento y la forma de actuación de los pacientes ante una urgencia odontológica, así como explorar los factores que influyen en esta respuesta.

Material y Métodos

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante un cuestionario. Este fue distribuido entre pacientes que acudieron con carácter urgente a las Clínicas Odontológicas Universitarias de la Universidad Europea de Valencia entre febrero y marzo de este año. Se incluyeron pacientes mayores de edad que comprendieran el castellano y aceptaran participar mediante consentimiento informado. El cuestionario fue dividido en cuatro bloques: datos sociodemográficos, reconocimiento de urgencias, experiencia y conducta ante el dolor, y vías de información.

Resultados

Participaron 127 personas. Solo el 42,5 % sabía con certeza a qué servicio acudir en caso de urgencia y más del 60 % desconocía la existencia de servicios fuera del horario habitual. El síntoma más reconocido como urgente fue el dolor intenso (42,5 %). El análisis mostró que factores como el nivel educativo, la relación con el ámbito sanitario y el seguimiento odontológico influyen significativamente en el conocimiento y comportamiento ante una

urgencia. Las barreras más frecuentes fueron la falta de tiempo, el coste económico y el miedo.

Conclusiones

El estudio confirma que el conocimiento sobre urgencias odontológicas es limitado y desigual. Es necesario mejorar la educación sanitaria, especialmente en poblaciones con menor nivel educativo o sin contacto habitual con servicios odontológicos.

ABSTRACT

Introduction

Dental emergencies are a common issue that directly impacts overall health. Many patients do not know how to act appropriately. A lack of knowledge and health education can delay care, increase complications, and create inequalities in access to treatment.

Objectives

The main objective of the study was to assess the level of knowledge and the response of patients when facing a dental emergency, as well as to explore the factors that influence such responses.

Materials and Methods

This was an observational, descriptive, and cross-sectional study conducted through a questionnaire. The survey was distributed among patients who attended the University Dental Clinics of the Universidad Europea de Valencia on an urgent basis between February and March of this year. Adult patients who understood Spanish and agreed to participate by signing an informed consent form were included. The questionnaire was divided into four sections: sociodemographic data, recognition of emergencies, experience and behavior regarding pain, and sources of information.

Results

A total of 127 individuals participated. Only 42.5% knew exactly which service to contact in case of an emergency, and over 60% were unaware of the existence of out-of-hours emergency services. The most commonly recognized urgent symptom was intense pain (42.5%). Analysis showed that factors such as educational level, healthcare background, and regular dental follow-up significantly influenced knowledge and behavior in emergency situations. The most frequent barriers were lack of time, financial cost, and fear.

Conclusions

The study confirms that knowledge regarding dental emergencies is limited and uneven. There is a need to improve health education, particularly among populations with lower educational levels or without regular contact with dental services.

PALABRAS CLAVES

- Urgencias odontológicas
- Dolor dental
- Conocimiento del paciente
- Acceso a la atención dental
- Educación sanitaria

1. INTRODUCCION

1.1. Odontología y Salud

La odontología es una disciplina que forma parte de la medicina y, al igual que ésta, ha evolucionado constantemente desde una práctica rudimentaria hasta convertirse en una especialidad científica avanzada. Los primeros tratamientos dentales se remontan al año 7000 a.C. (1).

Los cuidados dentales fueron observados en el antiguo Egipto, pero también por griegos y romanos, quienes, bajo la influencia de Aristóteles e Hipócrates, empezaron a adoptar un enfoque más científico de los cuidados dentales (1).

Durante la Edad Media, la odontología aún se practicaba de forma rudimentaria. No fue hasta el Renacimiento cuando empezó a practicarse y a percibirse como una disciplina médica por derecho propio, gracias a Pierre Fauchard que, en el siglo XVIII, publicó un libro titulado «Le Chirurgien Dentiste» (El Cirujano Dentista) que sentó las bases científicas y prácticas de la odontología (1).

En el siglo XIX, se inventaron la anestesia y la radiografía dental, lo que marcó una evolución en la práctica odontológica y tendió a reglamentar la profesión con la creación de las primeras escuelas de odontología, como el Baltimore College of Dental Surgery, que abrió sus puertas en 1840 (1).

Hoy en día, la odontología sigue evolucionando con los avances en odontología digital, implantología y regeneración de tejidos. Por lo tanto, puede decirse que la odontología ha evolucionado con los tiempos, siguiendo el ritmo de los avances tecnológicos y adaptándose a las necesidades de la salud pública (1). Esto demuestra que la odontología es un pilar fundamental de la medicina.

Nuestra boca desempeña un papel importante en nuestro bienestar físico y psicológico. En nuestra vida diaria, nos permite hacer un gran número de cosas, como comer, beber y hablar, por lo que, además de contribuir a nuestra calidad de vida, también nos permite integrarnos socialmente. Sabemos que las enfermedades relacionadas con el sector bucodental, constituyen un importante problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dice que alrededor de 3.500 millones de personas padecen enfermedades bucodentales cuales no son tratadas. Esta falta de tratamiento puede provocar infecciones graves, dolores crónicos o, lo que es más grave, repercusiones no sólo en la boca, sino también en el estado de salud general de la persona (2,3).

Entre las enfermedades más frecuentes de la cavidad bucal se encuentran las caries, la enfermedad periodontal y las infecciones dentales. Es importante el diagnóstico y el tratamiento precoz para evitar complicaciones como los abscesos o celulitis, aun es más, estas complicaciones pueden diseminarse produciendo complicaciones en otros sistemas, como el respiratorio y cardiovascular (3,4,5). En la mayoría de los casos, la población percibe la atención odontológica sólo desde un aspecto curativo, cuando sabemos que la prevención desempeña un papel preponderante en el mantenimiento de la salud bucodental (6,7).

Vemos pues que existe una relación muy estrecha entre la salud bucodental y la salud general, comenzando por la alimentación esencial para el desarrollo de la vida y el cuidado e higiene dental repercute directamente con el estado de salud general. En las poblaciones vulnerables o en situación precaria, la falta de acceso a la atención sanitaria y las medidas preventivas inadecuadas agravan su impacto (4). La enfermedad periodontal no tratada puede provocar o contribuir al desarrollo de enfermedades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, o causar dificultades durante el embarazo, por ejemplo aumentando el riesgo de parto prematuro (4,5).

Al hacer de la salud bucodental una de las prioridades de salud pública y fomentar su integración en la atención primaria, la OMS intenta reducir las desigualdades en el acceso y establecer así una cobertura universal (2,3). Sin embargo, en numerosos países las políticas sanitarias no siguen esta normativa, dado que en muchos sistemas sanitarios la atención a la salud bucodental no está incluido dentro de su cartera de servicios básicos. El objetivo de OMS es de mejorar la detección precoz de los problemas dentales, fomentando así la prevención y sensibilizando a la población sobre los vínculos existentes entre la salud bucodental y la salud general. Sin embargo, hay que señalar que esta integración sigue siendo desigual en las distintas regiones, ya que las disparidades en términos de recursos y estatus socioeconómico impiden la aplicación efectiva de estas medidas.

Hoy día, la educación en salud a nivel general y en particular la salud bucodental sigue siendo insuficiente en muchos países. Esto hace que la población no sea consciente de los síntomas o signos que deberían llevarla a consultar a un especialista lo antes posible y, por lo tanto, puede conducir a un tratamiento inadecuado, que puede dar lugar a complicaciones importantes (5,6). Este problema es aún mayor cuando se trata de urgencias odontológicas, ya que la falta de tratamiento o el diagnóstico tardío pueden dar lugar a complicaciones, como ya hemos dicho con anterioridad.

Para superar estas desigualdades es necesario un enfoque multidimensional que combine la educación, la mejora del acceso a la asistencia sanitaria y la sensibilización. Los programas de promoción de la salud bucodental, las campañas de información y las intervenciones comunitarias pueden contribuir a reducir las desigualdades fomentando comportamientos preventivos, y también pueden mejorar la gestión de las situaciones de emergencia (8).

1.2. Motivos de Consulta Odontológicos

El análisis de los motivos de consulta al odontólogo revela una diferencia significativa entre el comportamiento de la población y la necesidad real de atención odontológica. Un estudio francés muestra que más del 50% de las consultas se deben a dolor agudo, lo que demuestra que los pacientes acuden tarde al dentista (6). Los pacientes suelen consultar en una fase avanzada de su patología, cuando la situación se vuelve más compleja y se convierte en una urgencia (7,9). Esto demuestra que pocos pacientes tienen en cuenta la prevención y se centran únicamente en el aspecto curativo.

Los principales motivos de consulta son :

- El dolor agudo es el principal motivo de consulta. A menudo se produce como consecuencia de una caries profunda o de una lesión pulpar no tratada. Los pacientes acuden a nosotros cuando experimentan este tipo de dolor, porque afecta a su calidad de vida. Con un seguimiento regular y un diagnóstico precoz, este tipo de dolor podría evitarse en muchos casos (6,10).
- Las infecciones dentales y periapicales, si no se tratan a tiempo, pueden derivar en complicaciones sistémicas, poniendo en riesgo el pronóstico vital del paciente. Debe prestarse especial atención a este aspecto en pacientes con sistemas inmunitarios comprometidos (7).
- Los traumatismos dentales también son una de las principales causas de lesiones, sobre todo en niños y adolescentes, que son más propensos a sufrir accidentes cotidianos, como actividades deportivas. Este tipo de lesiones requiere tratamiento inmediato para evitar consecuencias irreversibles, como la pérdida de dientes (9).
- Las necesidades estéticas y funcionales, como los dientes fracturados o descoloridos, afectan a la autoestima y la integración social de los pacientes.

Por ello, los pacientes se sienten incómodos, lo que les lleva a buscar ayuda (6,10).

1.3.Relación Salud Bucodental - Enfermedades Sistémicas

Como ya se ha mencionado, la relación entre la salud bucodental y nuestra salud general está bien establecida. Las enfermedades que afectan a la boca, como la periodontitis, están asociadas a numerosas enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades neurodegenerativas y ciertos tipos de cáncer (11).

Esta relación se basa principalmente en los mecanismos de inflamación crónica presentes en la enfermedad periodontal, que pueden contribuir al agravamiento de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (11). Por ejemplo, si tomamos el ejemplo de la diabetes, sabemos que la inflamación causada por la enfermedad oral complica el tratamiento de la diabetes, al aumentar el riesgo de resistencia a la insulina (11).

También sabemos que:

- las enfermedades relacionadas con la boca representan un riesgo durante el embarazo, especialmente el riesgo de parto prematuro y el riesgo de que el bebé tenga un peso bajo al nacer (11).
- Se han encontrado bacterias como *Porphyromonas gingivales* en el cerebro de pacientes con enfermedad de Alzheimer (11).

Estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de un enfoque global de la salud. Y como parte de este enfoque, es vital que se incluya el cuidado de la salud bucodental, incluso en el tratamiento de enfermedades crónicas.

1.4. Principales barreras que limitan el acceso a la asistencia

Como hemos mencionado antes, los pacientes tienden a buscar asistencia en una fase avanzada de su enfermedad, lo que a menudo conduce a urgencias evitables. Estas consultas tardías suelen deberse a importantes barreras que limitan el acceso a la atención sanitaria. Estas barreras son :

- El coste del tratamiento: en muchos países, el tratamiento odontológico no está reembolsado y lo paga el paciente. Esto provoca desigualdades en el acceso a la asistencia, a la que es muy difícil acceder para las personas con poco dinero, y también significa que la asistencia dental no es una prioridad para ellas (9).
- Miedo al dentista: esta fobia, a menudo ligada a experiencias negativas en el dentista, hace que en la mayoría de los casos los pacientes, por miedo, pospongan su tratamiento dental todo lo posible, hasta que el dolor ya no es soportable. En la mayoría de los casos, el aplazamiento del tratamiento agrava el problema y conduce a tratamientos más invasivos y costosos (5).
- Falta de información: el hecho de que los pacientes desconozcan los signos y las consecuencias de los problemas bucodentales suele retrasar el tratamiento. Por ejemplo, la gingivitis, que provoca el sangrado de las encías y requiere un tratamiento regular desde el principio para evitar que el problema empeore (9).

Estas barreras se aplican a la población en general, pero los factores socioeconómicos, culturales y educativos acentúan las diferencias en la población. Las barreras serán mayores para las personas de entornos desfavorecidos. Para estas personas, la salud bucodental no es una prioridad y se considera más bien un lujo que no pueden permitirse (9).

Para reducir las desigualdades y las barreras, es necesario cambiar la

visión que tienen las personas de la atención odontológica mediante un enfoque preventivo. Hay que sensibilizar y educar a la población, pero también facilitar el acceso a la asistencia. Gracias a la prevención, los pacientes estarían mejor informados, lo que reduciría el empeoramiento de ciertas afecciones y, por tanto, la incidencia de las urgencias odontológicas.

1.5. Urgencia y emergencia. Diferencias

Nos parece esencial hacer una clara distinción entre las dos situaciones que representan las urgencias y las emergencias. Las urgencias hacen referencia a situaciones en las que se tiene que valorar la paciente de una manera precoz, viene definida por el paciente, más que por el clínico y es subjetiva. Un ejemplo de urgencia dental es el dolor agudo causado por una caries profunda (12). A diferencia de una urgencia, durante una emergencia la vida del paciente corre un peligro inmediato y, por lo tanto, requiere una intervención médica inmediata. Un ejemplo de emergencia es un absceso dental potencialmente mortal con celulitis cervicofacial (12). También debe tenerse en cuenta que las urgencias pueden tratarse directamente en el dentista (12).

Con el fin de diferenciar ambos términos de la forma más eficaz posible y mejorar la eficiencia en el manejo de los pacientes, se estableció la clasificación del Índice de Gravedad de las Urgencias (ESI):

- ESI 1: Emergencia vital como parada respiratoria, shock anafiláctico o traumatismo grave con dificultad respiratoria (12).
- ESI 2: Urgencia crítica como sepsis grave que puede estar causada por un absceso dental que se ha extendido sistemáticamente, sospecha de ictus o dolor torácico con sospecha de infarto (12).
- ESI 3: Urgencia moderada como dolor abdominal intenso, fracturas dentales complejas que requieren una intervención especial o

infecciones urinarias con análisis de sangre y perfusión (12).

- ESI 4: Urgencias leves como un dolor dentaría intensa, un esguinces de tobillo, heridas que requieran puntos de sutura o cefaleas moderadas en las que sea necesaria una valoración (12).

Lo más habitual es agrupar las emergencias en ESI 1 y 2, mientras que las urgencias se agrupan en ESI 3, 4.

1.6. Urgencias en odontología

Como ya hemos comentado, es posible evitar muchas de las consultas solicitadas con carácter urgente, debido a la falta de información o de conocimiento por parte de los pacientes. Las urgencias dentales, van destinadas a requerir tratamiento rápido para aliviar el dolor, prevenir futuras complicaciones y restablecer la función dañada.

Los tipos más comunes de urgencia dental son:

- Dolor intenso, a menudo debido a caries no tratadas o lesiones profundas que han alcanzado la pulpa del diente. Si no se tratan rápidamente, pueden desarrollarse abscesos o infecciones óseas, lo que conduce a un tratamiento más complicado e invasivo (7,10).
- los abscesos dentales pueden causar complicaciones sistémicas, por lo que constituyen una urgencia absoluta. Por ejemplo, si no se trata, un absceso puede derivar en una celulitis, que puede ser mortal (7). El ejemplo de los abscesos también pone de relieve el hecho de que un tratamiento rápido puede reducir las complicaciones.
- los traumatismos dentales, como avulsiones, fracturas o luxaciones,

requieren una intervención rápida para preservar al máximo las posibilidades de conservar el diente que ha sufrido el traumatismo. Hay que tener en cuenta que este tipo de urgencia es más frecuente en niños y adolescentes (7,10)

- Las hemorragias que se producen tras una exodoncia o un quirúrgica dentaría requieren una repuesta rápida si no parra de sangrar cuando el paciente se ha ido a casa para evitar que el paciente pierda demasiada sangre. Los trastornos de la coagulación no detectados o el uso de anticoagulantes requieren una atención especial por parte del dentista para evitar hemorragias persistentes (7).

1.7. El desconocimiento de las señales de emergencia: un gran obstáculo

Como ya se ha mencionado, lo más importante a la hora de hacer frente a una urgencia es tratarla con rapidez. El primer paso para lograrlo es que el paciente reconozca o entienda que se encuentra en una situación de urgencia, y es esta falta de comprensión lo que a menudo impide un tratamiento rápido. En muchos casos, el desconocimiento de los signos de una urgencia impide un tratamiento rápido y eficaz. Es más, esta falta de conocimiento también afecta a las medidas que deben tomarse cuando se produce este tipo de situación, lo que puede aumentar las posibilidades de xitéxito del tratamiento. Como en el caso de un diente avulsionado, por ejemplo, los pacientes son conscientes de que se enfrentan a una situación de urgencia, pero a menudo no saben que poner el diente en la leche puede aumentar las posibilidades de éxito del reimplante (13).

Por ello, muchos errores se deben a que no se reconocen los signos o síntomas de una urgencia. Uno de los más importantes es la llegada tardía del paciente para recibir tratamiento. A menudo, los pacientes deciden consultar al médico sólo cuando el dolor se hace insoportable o surgen complicaciones. Y como ya hemos señalado, pero que es importante mencionar, en algunos casos pueden producirse complicaciones sistémicas que pongan en peligro la vida del paciente (13).

Por eso es necesario mejorar los conocimientos de los pacientes mediante medidas preventivas como la introducción de campañas de información para concienciar a la población. Al mejorar la prevención, podemos mejorar la rapidez del tratamiento y evitar un gran número de complicaciones (13).

2. JUSTIFICACION & HIPOTESIS

Justificación

Como hemos mencionado en la introducción, las urgencias dentales son frecuentes. Sin embargo, la interpretación que hacen los pacientes de las mismas hacen que se creen motivos de consulta inmediatos, los cuales podrían ser evitables o por el contrario retrasos en la atención. Esto indica que es importante valorar los motivos de consulta de los pacientes y determinar lo que ellos consideran urgente o no. Determinar los motivos de asistencia de los pacientes y su relación con la urgencia, puede establecer mecanismos de actuación para mejorar la asistencia odontológica.

Los estudios realizados sobre las urgencias odontológicas se centran más en su prevalencia y tratamiento. Muy pocos estudios han analizado el impacto del nivel de conocimientos y los factores sociodemográficos en la percepción y el acceso a la atención de urgencia. El objetivo de esta investigación es, por tanto, colmar estas lagunas estudiando el comportamiento y los obstáculos asociados a las urgencias odontológicas.

Objetivo ODS

Dentro de los ODS, establecidos por las Naciones Unidas para lograr un futuro sostenible, este estudio se correlacionaría con cuatro de ellos.

- ODS 3: Buena salud y bienestar

La salud bucodental contribuye a nuestro bienestar general. Una mejor gestión de las urgencias dentales puede prevenir complicaciones y mejorar nuestra calidad de vida.

- ODS 4: Educación de calidad

Nuestro trabajo destaca la importancia de educar a los pacientes sobre los signos de las urgencias y los reflejos que deben adoptar antes o cuando se enfrentan a ellas.

- ODS 10: Reducir las desigualdades

Nuestro estudio permite determinar si los pacientes de ONG o asociaciones tienen menos acceso a la atención odontológica. Por tanto, los resultados podrían poner de manifiesto las disparidades y fomentar una mayor acción preventiva con las poblaciones vulnerables.

- ODS 17: Asociaciones para alcanzar los objetivos

Los resultados obtenidos pueden animar a los profesionales sanitarios a colaborar en el desarrollo de campañas de sensibilización.

HIPOTESIS

La población general tiene un conocimiento insuficiente de los servicios de atención odontológica de urgencia y de los motivos de consulta rápida, lo que provoca retrasos en el tratamiento, complicaciones evitables.

3. OBJETIVOS

Principal:

- Evaluar el nivel de conocimiento y la forma de actuación de los pacientes ante una urgencia odontológica.

Secundarios:

- Determinar la frecuencia y los tipos de urgencias odontológicas encontrada.
- Valorar los factores socioeconómicos y demográficos de los pacientes que acuden con un motivo urgente a ser valorados por los odontólogos.
- Determinar factores que pueden modificar la determinación de la urgencia odontológica.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Material

4.1.1. Diseño del estudio

Nuestro trabajo es un estudio observacional, transversal que se basa en la realización de un cuestionario (ANEXO 1) en el que se valora los motivos y los conocimientos de los pacientes en relación a las urgencias odontológicas. El trabajo se llevará a cabo en las dos Clínicas Universitarias Odontológicas de la Universidad Europea de Valencia. La población fueron los usuarios que acuden a las clínicas universitarias y la muestra viene dada por los pacientes que acuden con carácter urgente para ser atendidos en dichos centros.

Los pacientes rellenarán los cuestionarios entre marzo y abril.

Este trabajo se realizó siguiendo las recomendaciones de la guía STROBE. En base a las directrices establecidas en la Declaración de Helsinki para la investigación en humanos, a todos los pacientes encuestados se les explicó detalladamente en qué consistía el estudio y todos autorizaron su participación mediante la firma de un consentimiento informado (Anexo 2).

El cuestionario seleccionado se pasó a una pequeña muestra para valorar su comprensión y desarrollo y con posterioridad hacerlo extensible para la determinación de nuestra población que será establecida mediante la muestra representativa (pendiente de los permisos y autorizaciones correspondientes por los responsables de los centros).

4.1.2. Selección de pacientes

La selección los pacientes se basa en los siguientes criterios de inclusión y exclusión que siguen:

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de edad.
- Hablar y entender el castellano
- Acudir para ser atendido con carácter urgente.
- Rellenar el cuestionario voluntariamente y firmar el consentimiento informado
- Ser independiente.

Criterios de exclusión:

- pacientes menores de edad.
- pacientes que no hablen español.
- negativa del paciente a participar en el estudio.
- problemas físicos, cognitivos o psicológicos que impidan al paciente responder al cuestionario.

4.1.3. Población y Tamaño muestral

La población de nuestro estudio comprendía los pacientes que asistían a las clínicas universitarias de la población Odontológica de Valencia, siendo la muestra aquellos que acudían con carácter urgente para la atención en las mismas.

En relación al tamaño muestral se pretendía conocer el número de pacientes que son atendidas en las clínicas y haber obtenido una muestra con un nivel de confianza de un 95 % y un margen de error de un 5 %, pero por motivos ajenos a los investigadores, no se ha podido, finalmente tener acceso a estos datos.

4.1.4. Material empleado

- PAGES
- EXCEL
- GOOGLE FORMS
- GOOLE SITES
- QRFY

4.2. Método

4.2.1. Descripción del procedimiento

A continuación, se describen todos los pasos seguidos para la elaboración del estudio:

Selección de la encuesta

Para este estudio se buscaba un cuestionario en el que se recogieran datos sobre los antecedentes, conocimientos y percepciones de los pacientes acerca de las urgencias odontológicas, tras revisión de la literatura el cuestionario CUD (Conocimiento sobre las Urgencias dentales) es el que más se adecuaba para el trabajo. El CUD es un cuestionario multidimensional que incluye varios parámetros que permiten una correcta medición de los datos que pretendíamos obtener y que no recogían otros cuestionarios. Asimismo, su validez ha sido probada y reportada en trabajos anteriores.

Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto de la encuesta durante una semana entre el 20 de enero y el 14 de febrero, con la misma se pretendía valorar el entendimiento y comprensibilidad para el tipo de pacientes y el medio en el que lo realizábamos. Se eligieron 12 pacientes al azar para testar la claridad y la eficiencia del cuestionario. Gracias a esta prueba piloto pudimos hacer ajustes para mejorar la comprensión de lo que se preguntaba, ya que queríamos asegurarnos de que el paciente pudiera rellenar el cuestionario de forma independiente y evitar que se alargara demasiado.

Una vez recogida las encuestas y comentado con los pacientes procedimos a realizar una serie de modificaciones sobre el mismo, para intentar evitar resultados inapropiados.

Lo primero que observamos fue que los pacientes no estaban seguros de la definición exacta de urgencia dental. Para algunos, un simple dolor se consideraba una situación de emergencia, mientras que para otros comprometía directamente su integridad física a corto plazo. Para aclarar este punto, decidimos añadir una definición en la introducción del cuestionario para que los pacientes pudieran orientarse y comprender el contexto antes de responder: «Una urgencia dental es una situación que requiere atención rápida debido a dolor intenso, infecciones graves o traumatismos dentales que pueden afectar la salud general ».

También observamos que la escala de 0 a 10 utilizada para evaluar la intensidad del dolor que sentían los pacientes en las urgencias odontológicas no era adecuada. La mayoría de los pacientes eran incapaces de cuantificar el dolor y dudaban. Para aclararlo, agrupamos los niveles y añadimos una breve descripción para normalizar las respuestas:

- 0 = Ninguno
- 1-3 = Leve (molestias ocasionales)
- 4-6 = Moderado (interfiere con las actividades)
- 7-9 = Grave (perturba considerablemente la vida diaria)
- 10 = Insoportable

Además, los pacientes consideraron que la pregunta «¿Sabe a qué servicios de salud puede acudir en caso de una urgencia dental?» era demasiado imprecisa y algunos no sabían qué centros médicos estaban incluidos en los servicios de urgencia. Para evitar problemas, realizó una variación con opciones más detalladas para especificar el tipo de centro al que pueden acudir los pacientes:

- Sí, conozco los servicios de urgencias en hospitales
- Sí, conozco clínicas privadas especializadas
- Sí, pero no sé exactamente a dónde acudir
- No tengo información sobre los servicios

Tras estas modificaciones, la encuesta que se paso a los usuarios se recoge en el Anexo 1. Se volvió a realizar una prueba piloto el 13/02/2025 con otros 12 pacientes y ninguno de ellos informó de ninguna dificultad en la cumplimentación del mismo.

El cuestionario consta de 22 preguntas. El tiempo estimado para responderlas es de unos 5 minutos.

4.2.2. Aprobación del Comité de ética y autorización de la clínica

Una vez clara la encuesta y su método de empleo, se pidió la autorización para su uso a las clínicas Universitarias de la Universidad Europea de Valencia. Se mandó toda la documentación al Comité de ética y de Investigación de la Universidad Europea solicitando la evaluación del proyecto y su aprobación. Adjuntamos la aprobación (Anexo 3).

Tras la aprobación del proyecto por parte del Comité de ética el día 7 de Marzo de 2025 hasta el día 20 de Abril de 2025, se comenzó con su distribución.

4.2.3. Consentimiento informado

Se elaboró un consentimiento informado (Anexo 2) donde se explicaban los fines y el propósito del estudio, además de la confiabilidad y el tratamiento completamente anónimo de los datos. Se hizo hincapié en que los datos recogidos no se usarían para otro fin fuera de esta investigación y se solicitó el consentimiento del paciente y su participación voluntaria. Este consentimiento fue directamente a disposición de los pacientes cuando abren la página en Google Forms para que fuera firmando por todos los pacientes antes de acceder a la encuesta. Cabe destacar que si algún paciente no estaba de acuerdo y no quiere firmar el consentimiento no podía visualizar la encuesta ni realizarla.

4.2.4. Realización de la encuesta

Para garantizar que el mayor número posible de pacientes pudiera acceder al cuestionario, se decidió colocar un código QR en la recepción de ambas clínicas. Este código QR da acceso a una página web donde los pacientes pueden leer el consentimiento informado. Una vez leído, pueden pulsar «acepto y continuo» para acceder al cuestionario.

En la encuesta se pueden establecer cuatro elementos diferenciados entre ellos:

- 1 parte: de la pregunta 1 a 6, tiene por objeto recoger los datos sociodemográficos de los participantes. Se incluyen la edad, el sexo, la situación laboral y el nivel de estudios. Esta parte nos permite identificar el perfil sociodemográfico de los participantes y evaluar el impacto de las desigualdades sociales y económicas en el acceso a la atención odontológica. Además, queremos saber si las personas trabajan en el ámbito médico y determinar si estas personas tienen una mejor percepción y gestión de las urgencias odontológicas.
- 2 parte: de la pregunta 7 a 16, nos permite ver si los participantes son capaces de reconocer una urgencia dental. Esta parte también nos permite evaluar el nivel de conocimiento de las complicaciones sistémicas de las infecciones dentales y comprobar si los pacientes saben dónde y cómo consultar en caso de urgencia dental, así como comprobar si existen lagunas de información.
- 3 parte: de la pregunta 17 a 19, nos permite determinar la frecuencia de las urgencias dentales y ver si son más frecuentes en determinados perfiles de pacientes. También nos permite medir el umbral de tolerancia al dolor y el impacto del dolor en la toma de decisiones. También nos permite identificar comportamientos de automedicación.
- 4 parte: de la pregunta 20 a 22, nos permite evaluar el papel de los medios de comunicación y de los profesionales de la salud en la transmisión de información. Identificar la manera más eficaz de sensibilizar al público y determinar si existe una falta de acceso a la información, en particular entre determinadas poblaciones.

4.3. Variables

Los datos fueron recogidos en una tabla Excel y posteriormente se realizó un análisis estadístico utilizando el programa SPSS.

Las variables recogidas incluyen a continuación (tabla 1):

Tabla 1. Variables recogidas

Variable	Tipo	Naturaleza	Descripción
Edad	Independiente	Cuantitativa continua	Edad del participante en años.
Sexo	Independiente	Cualitativa nominal	Hombre, mujer, otro.
Situación laboral	Independiente	Cualitativa nominal	Empleado, estudiante, jubilado, desempleado.
Nivel educativo	Independiente	Cualitativa ordinal	Sin estudios, primaria, secundaria, universidad, posgrado.
Ingresos anuales	Independiente	Cuantitativa continua	Categorías de ingresos.
Frecuencia de visitas al dentista	Independiente	Cuantitativa discreta	Número de consultas por año.
Presencia de un dentista habitual	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí / No.
Número de urgencias dentales experimentadas	Dependiente	Cuantitativa discreta	Número total de urgencias declaradas.

Tipo de urgencia	Dependiente	Cualitativa nominal	Clasificación de la urgencia.
Tiempo de espera antes de la consulta	Dependiente	Cuantitativa continua	Número de días antes de consultar.
Reconocimiento de situaciones de urgencia	Dependiente	Cualitativa nominal	El paciente sabe identificar una urgencia o no.
Fuentes de información sobre urgencias dentales	Independiente	Cualitativa nominal	Internet, dentista, familia, otro.
Actitud frente al dolor dental	Dependiente	Cualitativa ordinal	Consulta inmediata, toma de analgésicos, espera.

Fuente: elaboración propia

4.4. Recogida y análisis de datos

Inicialmente se realizaron carteles informativos, con un código QR mediante el cual accedían directamente al cuestionario, y que se colocaron en las recepciones de las clínicas de nuestro trabajo, con el objetivo de que los pacientes pudieran acceder libremente y participar de forma autónoma. Sin embargo, con el transcurso del estudio, se observó que la gran mayoría de las respuestas fueron obtenidas tan solo cuando el investigador estaba en la clínica y animaba activamente a los pacientes a participar.

La presencia del investigador fue clave para lograr un mayor volumen de encuestas, se decidió, de manera aleatoria los martes y jueves de 15:30 horas a 20:00 horas. Durante esos turnos, se informaba a los pacientes sobre el estudio y se les ofrecía ayuda para acceder al cuestionario, lo cual fue determinante, ya que muy pocos pacientes escaneaban el código QR de forma espontánea. Una vez cumplimentadas las encuestas los datos serán recogidos en una hoja de calculo Excel y el estudio estadístico se realiza mediante el programa SSPS.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS 29.0 para Windows.

- Estadística descriptiva de las variables cualitativas (procedimiento CTABLES), con la obtención de frecuencias y porcentajes de las categorías. (*Ferrán, 1996*).
- Tablas de contingencia para la relación entre variables cualitativas (procedimiento CROSSTABS). Test Exacto de Fisher o Prueba de Chi-cuadrado para contrastar la influencia entre dos variables cualitativas, con información en cada casilla de la tabla del porcentaje en fila y los residuos corregidos no tipificados para ayudar a descubrir las influencias significativas. (*Everitt, 1992 y Ferrán, 1996*).

Para la interpretación de los resultados fue consultada la siguiente bibliografía.

Everitt, B. S. The Analysis of Contingency Tables. Chapman & Hall. Second Edition. 1992.

Ferrán Aranaz, M. SPSS para Windows. Programación y Análisis Estadístico. Mc Graw Hill. 1996.

IBM SPSS Statistics 29. SPSS Inc. 2021. Información de manuales técnicos sobre Análisis estadísticos: Estadísticas avanzadas V29 y IBM SPSS Statistics Base V29

https://www.ibm.com/docs/SSLVMB_29.0.0/pdf/IBM_SPSS_Advanced_Statistics.pdf

https://www.ibm.com/docs/SSLVMB_29.0.0/pdf/IBM_SPSS_Statistics_Base.pdf

5. RESULTADO

El numero final de cuestionarios redogido fue de 127. La mayoría (70 %) tenía más de 36 años, distribuidos entre un 41 % de personas de 36 a 55 años y un 29 % de mayores de 55. En general, había una ligera predominancia de mujeres (59,8 %). En términos de situación laboral, predominaban los empleados activos (63,8 %), seguidos por jubilados (17,3 %) y estudiantes (11,8 %). (Tabla 2)

Tabla 2. Edad / Sexo / Situación laboral

Edad	Hasta 35	39	30,71%
	36 a 55	52	40,94%
	Mayor de 55	36	28,35%
	Total	127	100,00%
Sexo	Hombre	51	40,16%
	Mujer	76	59,84%
	Total	127	100,00%
Situcación laboral	Desempleado	9	7,09%
	Empleado	81	63,78%
	Estudiante	15	11,81%
	Jubilado	22	17,32%
	Total	127	100,00%

Fuente : Elaboración propia

En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de los participantes tenía estudios universitarios (37,8 %) o secundarios (33,1 %). Un 24,4 % contaba con formación de posgrado, mientras que solo un 4,7 % no tenía estudios formales. Un 50 % de los participantes afirmaron tener una formación o profesión relacionada con el ámbito sanitario. (Tabla 3,4)

Tabla 3. Nivel de estudio

Nivel de estudios	Posgrado	31	24,41%
	Secundario	42	33,07%
	Sin estudios	6	4,72%
	Universitarios	48	37,80%
	Total	127	100,00%

Fuente : Elaboración propia

Table 4. Profesión o formación en relación con la ciencias de la Salud

Su profesión o formación está relacionada con las ciencias de la salud	No	63	50,00%
	Sí	63	50,00%
	Total	126	100,00%

Fuente : Elaboración propia

Respecto a los ingresos anuales, el grupo más representado fue el de personas con ingresos entre 15.000 € y 30.000 € (33,9 %), seguido de cerca por aquellos entre 30.000 € y 70.000 € (31,5 %). Un 18,9 % declaró tener ingresos por debajo de 15.000 €, mientras que solo el 5,5 % percibía más de 100.000 € anuales. (Tabla 5)

Tabla 5. Ingresos económicos anuales

Ingresos económicos anuales	70 000 y 100 000	4	3,15%
	Entre 15 000 y 30 000	43	33,86%
	Entre 30 000 y 50000	27	21,26%
	Entre 50 000 y 70 000	11	8,66%
	Más de 100 000	7	5,51%
	Menos de 15000 euros al año	24	18,90%
	Sin ingresos	11	8,66%
	Total	127	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, la mayoría de los participantes (69,3 %) afirmó acudir regularmente al dentista para revisiones, mientras que el 22,8 % solo lo hacía en caso de urgencia y un 7,9 % nunca había acudido (Tabla 6).

Tabla 6. Revisión al dentista

Acude regularmente al dentista para revisiones?	No, solo si tengo una urgencia	29	22,83%
	Nunca	10	7,87%
	Sí	88	69,29%
	Total	127	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Objetivo 1: Evaluar el conocimiento y la gestión de las urgencias odontológicas

Los resultados muestran que el conocimiento sobre qué hacer en caso de una urgencia dental sigue siendo limitado entre los participantes del estudio. En la pregunta 15, solo una minoría de los participantes (42,5 %) afirma saber exactamente a qué servicios acudir en caso de una urgencia. Una cuarta parte (25,2 %) cree conocerlos, pero no está segura, y casi un tercio (32,3 %) declara no saber cómo actuar en una situación de urgencia. (Tabla 7)

Tabla 7. Conocimiento sobre qué hacer en caso de urgencia dental

Conocimiento sobre qué hacer en caso de urgencia dental	Porcentaje (%)
Sabe exactamente a qué servicio acudir	42,5 %
Cree conocerlos, pero no está seguro/a	25,2 %
No sabe cómo actuar en una situación de urgencia	32,3 %

Fuente: Elaboración propia

La pregunta 20, aporta unas informaciones complementarias sobre el conocimiento de servicios disponibles fuera del horario habitual. Solo el 36,2 % de los encuestados saben que existen servicios especializados, mientras que el 63,8 % no tiene conocimiento alguno.

No se observa ninguna diferencia significativa según el sexo ($p = 0,853$), la edad ($p = 0,582$), la situación profesional ($p = 0,836$), el nivel educativo ($p = 0,075$) o los ingresos ($p = 0,377$), lo cual muestra que este déficit de conocimiento es generalizado, independientemente del perfil sociodemográfico del encuestado.

Reconocimiento de las situaciones de urgencia (Pregunta 16)

Cuando se pregunta a los participantes qué situaciones consideran como urgencias dentales, los resultados muestran una comprensión bastante incompleta (Tabla 8):

- Dolor intenso y repentino: 42,5 % (respuesta más frecuente)
- Dientes rotos o desplazados: 25,2 %
- Hinchazón del rostro o de la mandíbula: 22,8 %
- Sangrado persistente de encías: 8,7 %
- Pérdida de un empaste: 0,8 %

Esto sugiere que los síntomas visibles o dolorosos son bien identificados, mientras que otros signos importantes (como el sangrado de encías) están ampliamente subestimados.

Tabla 8. Síntoma considerado como urgencia dental

Síntoma considerado como urgencia dental	Porcentaje (%)
Dolor intenso y repentino	42,5 %
Dientes rotos o desplazados	25,2 %
Hinchazón del rostro o de la mandíbula	22,8 %
Sangrado persistente de encías	8,7 %
Pérdida de un empaste	0,8 %

Fuente: Elaboración propia

Es importante destacar que haber experimentado previamente una urgencia dental (Pregunta 9) no mejora el reconocimiento de las situaciones críticas. El análisis no muestra ninguna asociación significativa entre estas dos variables ($p = 0,440$).

Conocimiento de los servicios según si se tiene dentista habitual (Pregunta 14 × Pregunta 15)

Entre los encuestados que tienen un dentista habitual ($n = 101$), el 58,5 % saben a dónde acudir en caso de urgencia. Entre quienes no tienen dentista asignado ($n = 26$), este porcentaje baja al 34,6 %. (Tabla 9)

Existe una relación estadísticamente significativa ($p = 0,047$) entre tener un dentista habitual (Pregunta 14) y conocer los servicios de urgencias (Pregunta 15).

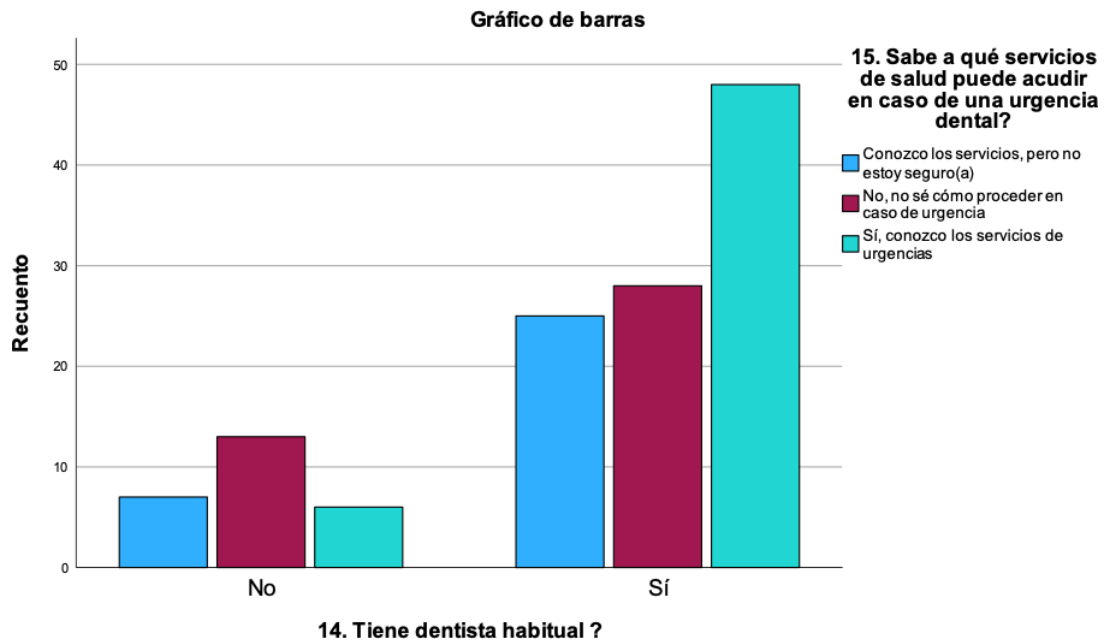
Tabla 9. Conocimiento de los servicios de urgencias según si tiene dentista habitual

Dentista habitual	Conoce los servicios	No conoce / No está seguro	Total
Sí	58,5 %	41,5 %	101
No	34,6 %	65,4 %	26

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de visualizar mejor los datos presentados en la Tabla 9, el gráfico 1 ilustra la relación entre contar o no con un dentista habitual y el conocimiento de los servicios de urgencia dental.

Gráfico 1. Conocimiento de los servicios de urgencia dental según si se tiene un dentista habitual



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Tener un dentista de referencia favorece significativamente un mejor conocimiento de los servicios de urgencia, y por lo tanto, una mejor preparación ante una situación crítica.

Reacción ante el dolor (Pregunta 19)

Frente a un dolor dental, los comportamientos de los participantes son diversos:

- El 50,4 % toma un analgésico,
- El 23,6 % consulta inmediatamente con un dentista,
- El 23,6 % prefiere esperar,
- El 2,4 % da otras respuestas (no tiene dolor, respuesta ambigua).

Reacción según el seguimiento dental regular (Pregunta 7 x Pregunta 19)

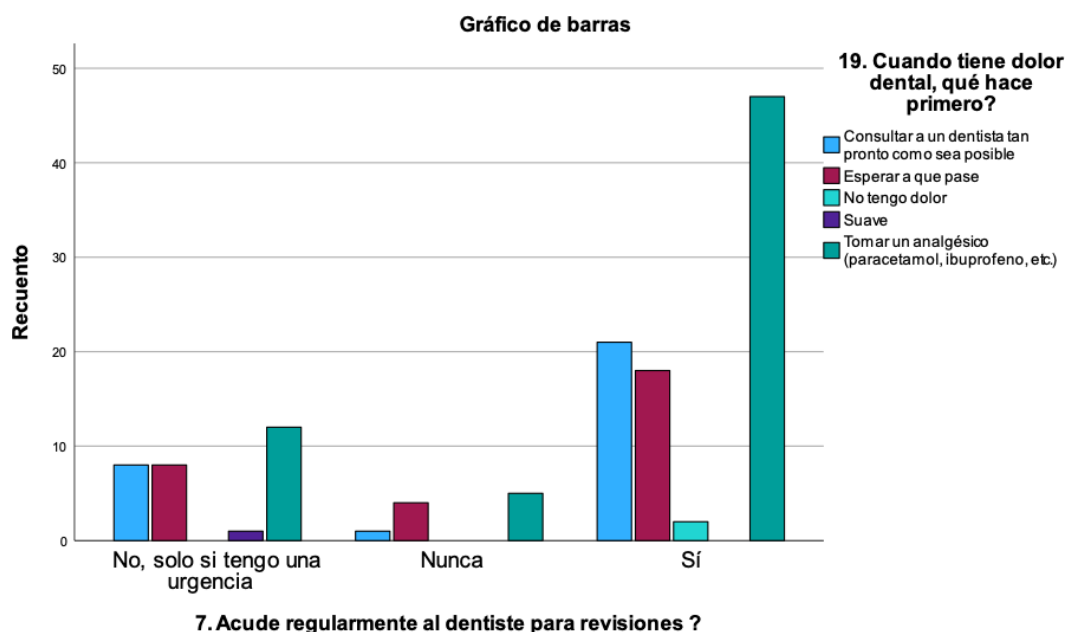
Las personas que acuden regularmente al dentista tienden más a tomar un analgésico (53,4 %) o a consultar rápidamente (23,9 %). En cambio, quienes nunca acuden muestran una tendencia marcada a esperar que el dolor pase (40 %) o a tratarse por su cuenta. (Gráfico 2)

Los comportamientos pasivos (esperar, no reaccionar) parecen más frecuentes entre quienes no tienen seguimiento dental regular.

No se detectó ninguna diferencia significativa entre los grupos en cuanto a su comportamiento frente al dolor, según la frecuencia con la que consultan al dentista.

(Prueba estadística: Test exacto de Fisher-Freeman-Halton: $p = 0,481$ / χ^2 de Pearson: $p = 0,476$)

Gráfico 2. Comportamiento frente al dolor dental según la frecuencia de visitas al dentista (Pregunta 7x Pregunta 19).



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, se observa una tendencia en el comportamiento:

- Las personas que tienen un seguimiento dental regular adoptan más frecuentemente una estrategia activa (consultan rápidamente o toman un analgésico).
- Por el contrario, quienes no acuden nunca al dentista o solo lo hacen en casos de urgencia tienden más a esperar a que el dolor desaparezca o a manejar los síntomas por sí mismos.

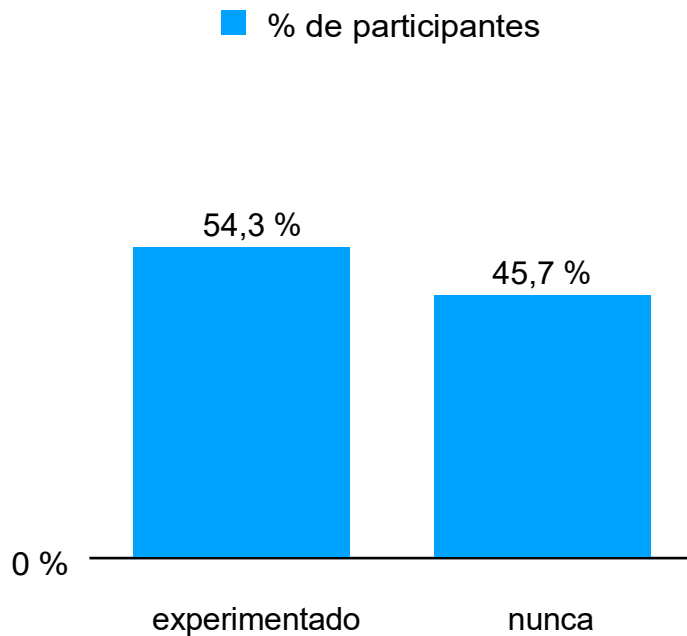
Esta diferencia sugiere que el hábito de consultar a un profesional podría influir positivamente en la gestión del dolor, aunque los datos disponibles no permiten llegar a una conclusión definitiva.

Objetivo 2: Determinar la frecuencia y los tipos de urgencias odontológicas experimentadas

Experiencia de urgencias previas (Pregunta 9)

Entre los 127 participantes 69 personas (54,3 %) declararon haber experimentado alguna vez una urgencia dental y 58 personas (45,7 %) indicaron no haber tenido nunca una. (Gráfico 3)

Gráfico 3 – Frecuencia de antecedentes de urgencias dentales



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Aproximadamente uno de cada dos participantes ha experimentado una urgencia dental, lo cual evidencia que estas situaciones son relativamente comunes en la población general.

Número de episodios de urgencia (Pregunta 10)

Entre los que sí han vivido una urgencia dental ($n = 72$) ,43,1 % afirman haber tenido solo un episodio ,36,1 % indican haber tenido entre 2 y 3 urgencias y 20,8 % reportan más de 3 urgencias. (Tabla 10)

Tabla 10. Número de urgencias dentales vividas

Número de urgencias	Porcentaje
Una sola vez	43,1 %
2–3 veces	36,1 %
Más de 3 veces	20,8 %

Fuente: Elaboración propia

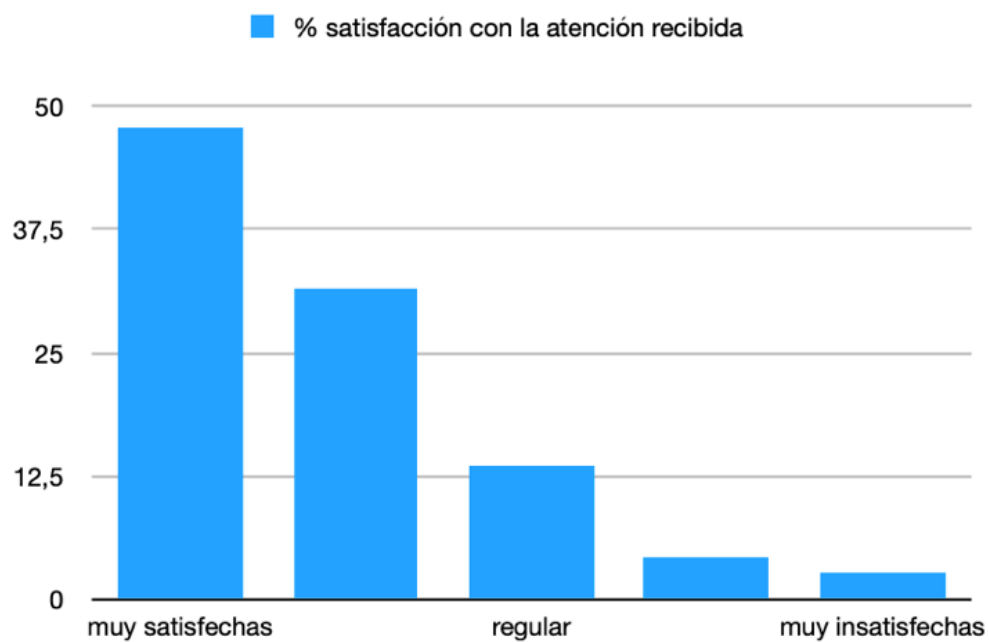
Interpretación:

Casi la mitad de los casos representan episodios recurrentes, lo que puede indicar una atención preventiva inadecuada o insuficiente.

Satisfacción con la atención recibida (Pregunta 11)

Entre las 73 personas que respondieron podemos ver que 47,9 % se sienten muy satisfechas ,31,5 % satisfechas ,13,7 % dicen que la atención fue regular y 4,1 % insatisfechas y 2,7 % muy insatisfechas.

Gráfico 5. Nivel de satisfacción con la atención recibida



Fuente : Elaboración propia

Interpretación:

Cerca del 80 % de los encuestados expresan satisfacción con la atención, aunque un 20 % no están completamente satisfechos, lo cual podría desincentivar futuras consultas urgentes.

Motivos para no acudir a una urgencia (Pregunta 12)

Entre los 73 que han vivido una urgencia vemos con los siguientes datos (Tabla 11):

- 32,9 % afirman que consultaron a pesar de las barreras.
- 24,7 % alegan falta de tiempo.
- 17,8 % mencionan el costo como la principal razón.
- 12,3 % temen al dentista.
- 9,6 % indican falta de información.
- 2,7 % señalan indisponibilidad del profesional o ausencia de cita.

Tabla 11. Razones por las cuales se evitó consultar por una urgencia

Motivo	Porcentaje
Ha consultado	32,9 %
Falta de tiempo	24,7 %
Costo del tratamiento	17,8 %
Miedo al dentista	12,3 %
Falta de información	9,6 %
No tenía cita	2,7 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Las barreras para acceder al cuidado urgente son mayormente prácticas o económicas. El miedo y la desinformación también juegan un rol importante.

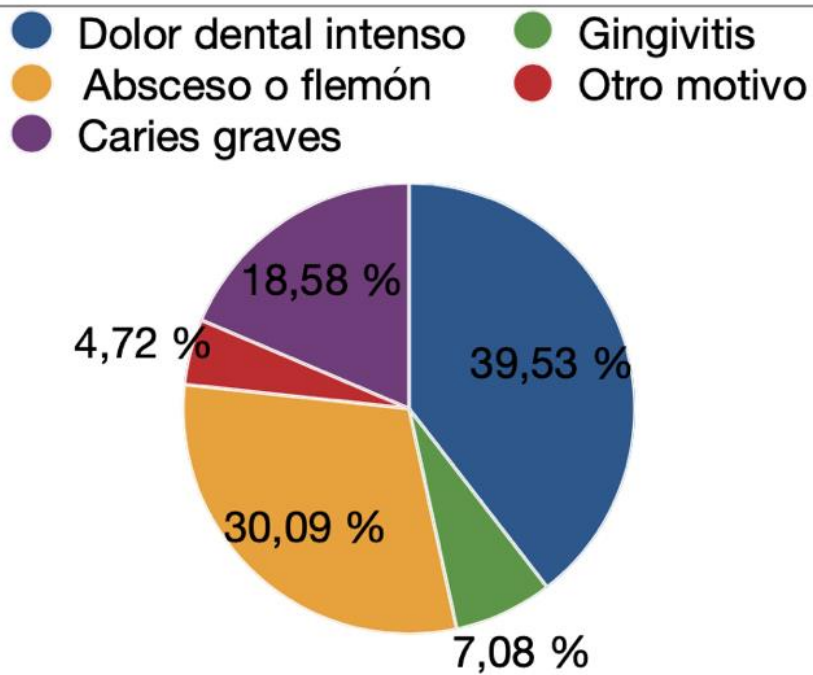
Urgencias entre personas a cargo (Pregunta 13)

Un 33,9 % de los participantes han tenido a su cargo a una persona que necesitó atención dental urgente.

Entre estos pacientes, observamos que (gráfico 6):

- 39,53 %: dolor dental intenso.
- 30,09 %: absceso o flemón.
- 18,58 %: caries graves.
- 7,08 %: gingivitis.
- 4,72%: otro motivo.

Grafico 6. Motivos de urgencia



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El dolor intenso y las infecciones son las causas más comunes de urgencia, tanto para los encuestados como para sus dependientes.

Objetivo 3: Evaluar los factores sociodemográficos asociados con las urgencias

El análisis de los datos cruzados permite explorar si ciertos perfiles sociodemográficos influyen en la probabilidad de haber experimentado previamente una urgencia dental (Pregunta 9).

Edad y urgencias previas (Pregunta 1 × Pregunta 9)

Las personas mayores de 55 años son las que con mayor frecuencia declaran haber tenido una urgencia dental (63,9 %). Les siguen las personas de entre 36 y 55 años con un 59,6 %. Los menores de 35 años están menos afectados, solo el 38,5 % declara haber tenido una urgencia dental previa. (Tabla 12)

$p = 0,056$ (no significativo, pero con una tendencia marcada)

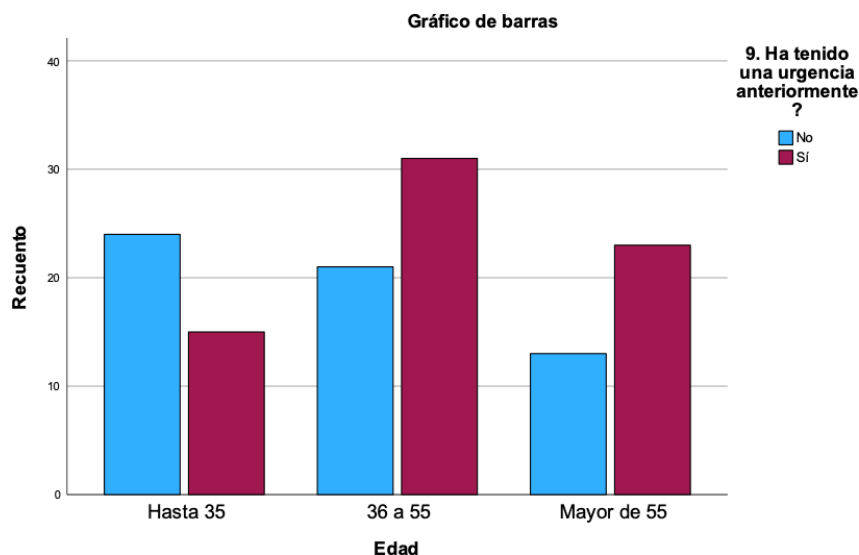
Tabla 12. Frecuencia de urgencia dentales según el rango de edad

Rango de edad	Ha tenido urgencia	No ha tenido urgencia	Total
≤ 35 años	38,5 %	61,5 %	39
36–55 años	59,6 %	40,4 %	52
> 55 años	63,9 %	36,1 %	36

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de facilitar la interpretación de estos resultados, se presenta el gráfico 7.

Gráfico 7. Frecuencia de urgencia dentales según el rango de edad



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Las urgencias dentales son más frecuentes en los participantes de mayor edad, lo cual es lógico debido a la acumulación de patologías dentales con el paso del tiempo. La diferencia se acerca al umbral de significancia estadística ($p \approx 0,05$), lo que sugiere una tendencia que merece ser observada.

Sexo y urgencias (Pregunta 2 × Pregunta 9)

Obtenemos que el 64,7 % de los hombres declara haber experimentado una urgencia dental, frente al 47,4 % de las mujeres. (Tabla 13)

La diferencia observada no es estadísticamente significativa al nivel del 95% ($p = 0,070$, prueba exacta de Fisher).

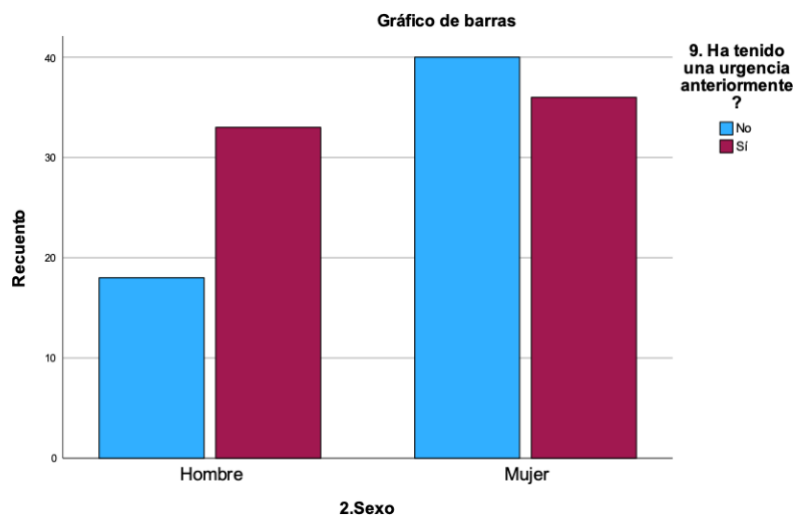
Tabla 13. Frecuencia de urgencia dentales según el sexo

Sexo	Ha tenido una urgencia	No ha tenido una urgencia	Total
Hombre	64,7 %	35,3 %	51
Mujer	47,4 %	52,6 %	76

Fuente: Elaboración propia

Todavía Con el fin de facilitar la interpretación de estos resultados, se presenta el gráfico 8.

Gráfico 8. Frecuencia de urgencia dentales según el sexo



Fuente: Elaboración propia

Interpetación:

Los hombres parecen estar más afectados por las urgencias dentales que las mujeres en esta muestra. Sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa y podría deberse al azar.

Situación laboral y urgencias (Pregunta 3 × Pregunta 9)

La situación laboral revela algunas diferencias (Tabla 14):

- Estudiantes: solo el 26,7 % ha experimentado una urgencia.
- Personas desempleadas: 66,7 %.
- Personas empleadas: 56,8 %.
- Personas jubiladas: 59,1 %.

$p = 0,142$ (no significativo).

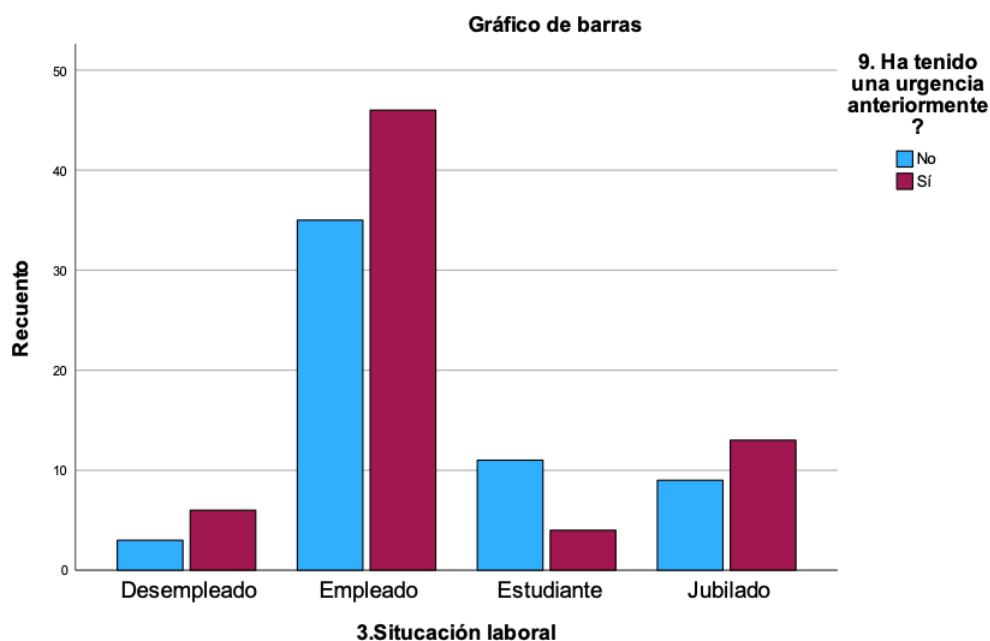
Tabla 14. Frecuencia de urgencia dentales según la situación laboral

Situación laboral	Ha tenido una urgencia	Total
Empleado	56,8 %	81
Estudiante	26,7 %	15
Jubilado	59,1 %	22
Desempleado	66,7 %	9

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de facilitar la interpretación de estos resultados, se presenta el gráfico 9.

Gráfico 9. Frecuencia de urgencia dentales según la situación laboral



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Los estudiantes se ven mucho menos afectados por las urgencias dentales en comparación con otras categorías. Este resultado es coherente con su edad promedio. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Ingresos y antecedentes de urgencias dentales (Pregunta 5 × Pregunta 9)

Podemos notar que los participantes con ingresos medios (entre 15 000 y 70 000 €) presentan los porcentajes más altos de haber experimentado una urgencia dental (entre el 55 % y el 64 %). Por el contrario, las personas ubicadas en los extremos económicos sin ingresos o con más de 100 000 € anuales muestran tasas ligeramente más bajas de urgencias reportadas (41,7 % y 42,9 %, respectivamente). (Tabla 15)

$p = 0,810$ (no significativo).

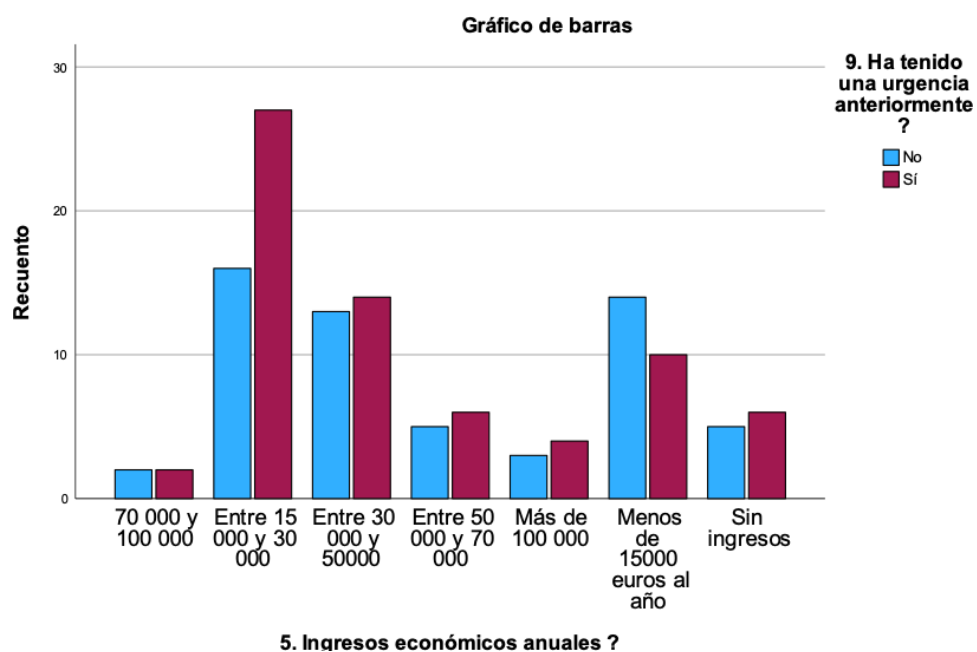
Tabla 15. Frecuencia de urgencia dentales según

Ingreso anual	%Ha tenido una urgencia
<15 000 €	41,7 %
15–30 000 €	62,8 %
30–50 000 €	55,6 %
50–70 000 €	63,6 %
70–100 000 €	50,0 %
>100 000 €	42,9 %

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de facilitar la interpretación de estos resultados, se presenta el gráfico 10.

Gráfico 10. Frecuencia de urgencia dentales según la situación laboral



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

No se observa una relación clara entre los ingresos y la aparición de urgencias dentales. La población con ingresos intermedios parece estar ligeramente más afectada, pero sin significancia estadística. Esto es importante porque te das cuenta que realmente unos ingresos altos o muy bajos no determinan el asistir a urgencias.

Nivel educativo y antecedentes de urgencia dental (Pregunta 4 × Pregunta 9)

La tasa más alta de urgencias dentales se observa en las personas sin ningún nivel de estudios formales: el 100 % de ellas declara haber experimentado al menos una urgencia dental.

En contraste, los individuos con formación de posgrado son los menos afectados: solo el 38,7 % ha vivido una urgencia dental.

Los grupos con nivel de estudios secundarios (57,1 %) y universitarios (56,3 %) muestran tasas intermedias, relativamente cercanas al promedio general (54,3 %). (Tabla 16)

Los resultados revelan una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la probabilidad de haber experimentado una urgencia dental ($p = 0,037$).

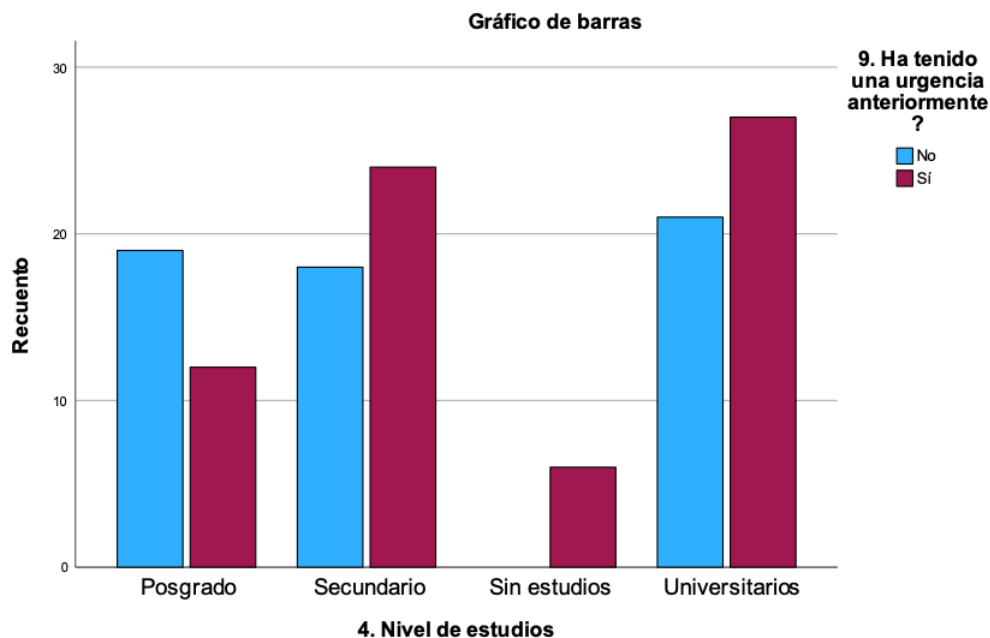
Tabla 16. Frecuencia de urgencia dentales según el nivel de estudio

Nivel educativo	Ha tenido urgencia	No ha tenido	Total
Sin estudios	100,0 %	0,0 %	6
Secundario	57,1 %	42,9 %	42
Universitario	56,3 %	43,8 %	48
Posgrado	38,7 %	61,3 %	31

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de facilitar la interpretación de estos resultados, se presenta el gráfico 11.

Gráfico 11. Frecuencia de urgencia dentales según el nivel



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Este resultado es estadísticamente significativo. Cuanto más alto es el nivel educativo, menos frecuentes son las urgencias dentales. Esto confirma que la educación desempeña un papel protector, posiblemente debido a una mejor prevención o una mayor comprensión de los cuidados dentales.

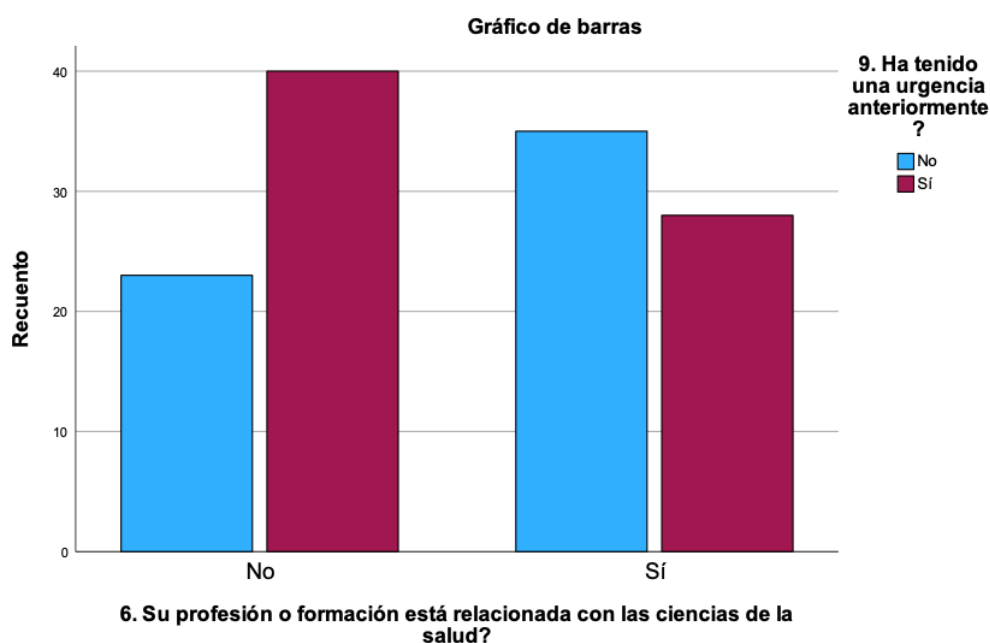
Profesión o formación relacionada con la salud y antecedentes de urgencias (Pregunta 6 × Pregunta 9)

Entre los participantes con una profesión o formación vinculada a las ciencias de la salud, solo el 44,4 % ha experimentado una urgencia dental, en comparación con el 63,5 % de aquellos sin relación con el ámbito sanitario.

A la inversa, el 55,6 % de los profesionales o personas formadas en salud nunca han tenido una urgencia, frente al 36,5 % de los no profesionales. (Gráfico 12)

Esta diferencia es estadísticamente significativa según el test exacto de Fisher ($p = 0,024$), lo que indica que pertenecer al sector salud influye de forma significativa en la probabilidad de haber tenido una urgencia dental.

Gráfico 12. Frecuencia de urgencia dentales según el nivel



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Las personas con formación en el ámbito sanitario presentan significativamente menos antecedentes de urgencias dentales. Esto refuerza la hipótesis de que la cultura sanitaria actúa como factor protector frente a las situaciones agudas

Objetivo 4: Determinar los factores que pueden modificar la percepción o el manejo de una urgencia dental

Este objetivo busca comprender cómo ciertos perfiles influyen en la forma en que los participantes reconocen una urgencia dental (Pregunta 16), reaccionan ante el dolor (Pregunta 19) y saben o no a qué servicio acudir (Pregunta 15, Pregunta 20).

Relación con un dentista habitual y comportamiento frente al dolor (Pregunta 14 × Pregunta 19)

A observar la tabla 9 y el gráfico 13 que ilustra esa tabla podemos decir que, las personas que tienen un dentista habitual son casi cuatro veces más propensas a consultar rápidamente a un profesional (27,7 %) en comparación con aquellas que no tienen un dentista de referencia (7,7 %).

Por el contrario, el 50 % de las personas sin dentista habitual prefieren esperar a que el dolor pase, frente a solo el 16,8 % de quienes tienen seguimiento regular. El uso de analgésicos es la respuesta más frecuente en ambos grupos, aunque más marcada aún entre quienes sí tienen un dentista de referencia. (Tabla 17)

Existe una relación significativa entre tener un dentista habitual y la forma en que se reacciona ante un dolor dental agudo.

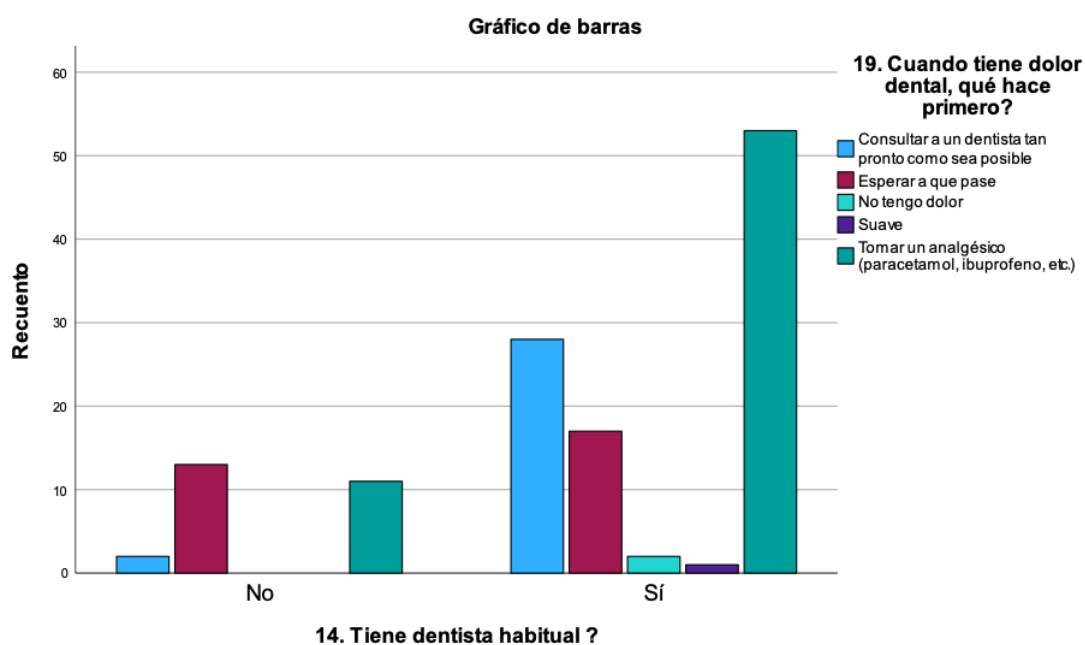
Test exacto de Fisher: $p = 0,006$

Tabla 17. Relación con un dentista habitual y comportamiento frente al dolor (P14 × P19)

Dentista habitual	Consultar a un dentista	Esperar a que pase	No tiene dolor	Dolor suave	Tomar analgésico	Total
Non (n = 26)	7,7 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	42,3 %	100 %
Oui (n = 101)	27,7 %	16,8 %	2,0 %	1,0 %	52,5 %	100 %
Total (n = 127)	23,6 %	23,6 %	1,6 %	0,8 %	50,4 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 13. Relación con un dentista habitual y comportamiento frente al dolor (P14 × P19)



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Tener un dentista de referencia modifica significativamente el comportamiento: casi el 28 % de quienes tienen un dentista consultan inmediatamente en caso de dolor, frente a solo el 8 % de quienes no tienen. Por el contrario, la mitad de las personas sin dentista habitual prefieren esperar a que el dolor pase, lo que puede retrasar la atención necesaria. Esto demuestra que el seguimiento regular favorece una reacción rápida y adecuada en caso de urgencia.

Frecuencia de las visitas de control y comportamiento frente al dolor (Pregunta 7 × Pregunta 19)

Observamos que: (Tabla18)

Pacientes con revisiones regulares (n = 88) :

- 53,4 % toman un analgésico
- 23,9 % consultan inmediatamente
- 20,5 % esperan que el dolor pase

Pacientes que consultan solo en caso de urgencia (n = 29) :

- 41,4 % toman un analgésico
- 27,6 % consultan inmediatamente
- 27,6 % esperan

Pacientes que no consultan nunca (n = 10) :

- 50 % toman un analgésico
- 10 % consultan inmediatamente
- 50 % esperan

La prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton arroja un $p = 0,481$ (no significativo).

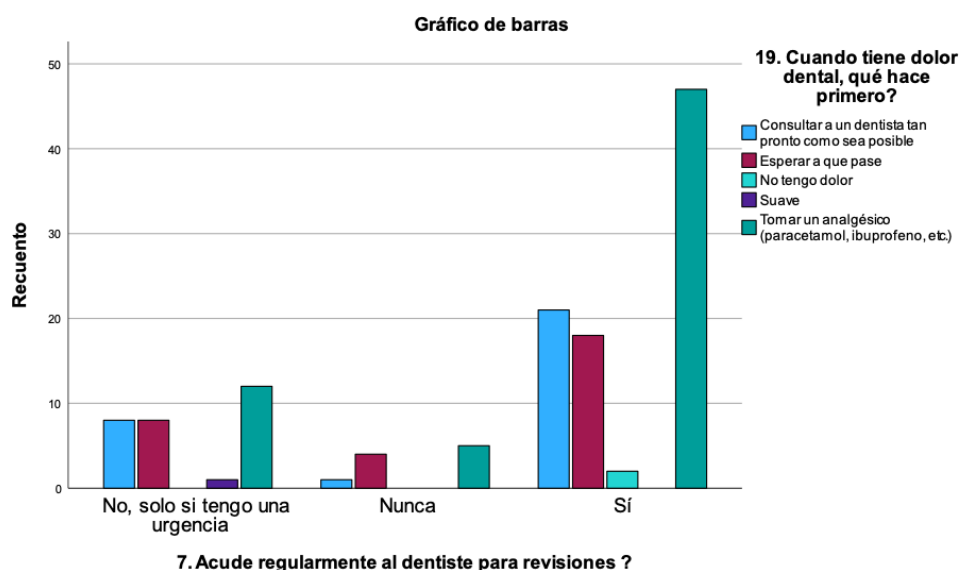
Tabla 18. Frecuencia de las visitas de control y comportamiento frente al dolor

Frecuencia de las revisiones	Consultar al dentista (%)	Esperar que pase (%)	Tomar un analgésico (%)	Otros	Total (n)
Si	23,9 %	20,5 %	53,4 %	Reste <3%	88
No, solo en caso de urgencia	27,6 %	27,6 %	41,4 %	Reste <5%	29
Nunca	10,0 %	40,0 %	50,0 %	Autres = 0	10
Total	23,6 %	23,6 %	50,4 %		127

Fuente: Elaboración propia

Todos estos datos están ilustrados en el gráfico 14.

Gráfico 14. Frecuencia de las visitas de control y comportamiento frente al dolor



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, se observa que las personas que nunca consultan o que lo hacen solo en caso de urgencia tienden más a adoptar una gestión pasiva (esperar o automedicarse), mientras que quienes acuden regularmente al dentista reaccionan de forma más activa ante el dolor.

Conocimiento de los servicios en caso de urgencia (Pregunta 15)

Los resultados muestran que solo el 42,5 % de los encuestados afirma conocer con certeza los servicios a los que acudir en caso de una urgencia dental. Un 25,2 % cree saberlo, pero con dudas, y un 32,3 % reconoce no saber cómo actuar en esa situación. Estos datos evidencian que más de la mitad de la población no tiene una orientación clara en caso de emergencia, lo que podría retrasar la búsqueda de atención adecuada. (Tabla 19)

Tabla 19. Conocimiento de los servicios en caso de urgencia (P15)

Conocimiento de los servicios de urgencias	Porcentaje
Si, conozco	42,5 %
No conozco	32,3 %
Conozco pero no estoy seguro	25,2 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Más de un tercio de la población no sabe cómo actuar ante una urgencia dental, y solo el 42,5 % tiene una respuesta clara. Esto refleja una falta de orientación en la gestión de situaciones de urgencia odontológica, que podría abordarse mediante una mejor comunicación e información pública.

Conocimiento de la existencia de servicios fuera del horario habitual (P20)

Los resultados muestran que una gran mayoría de los participantes (63,8 %) desconoce la existencia de servicios dentales de urgencia disponibles fuera del horario normal. Solo un 36,2 % está informado al respecto. Esta falta de conocimiento puede causar retrasos en la atención, especialmente en situaciones que ocurren por la noche o durante los fines de semana. (Tabla 20)

Tabla 20. Conocimiento de la existencia de servicios fuera del horario habitual (Pregunta 20)

Respuesta	Porcentaje
No	63,8 %
Si	36,2 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La mayoría de los encuestados desconoce que existen servicios odontológicos fuera del horario habitual, lo que puede provocar retrasos en la consulta en caso de una urgencia ocurrida por la noche o durante el fin de semana.

Reconocimiento de los síntomas de urgencia (Pregunta 16)

A los encuestados se les pidió que identificaran las situaciones que consideran urgencias odontológicas. La mayoría reconoce el dolor intenso como un motivo válido de urgencia (42,5 %). Sin embargo, síntomas menos visibles como el sangrado persistente de encías (8,7 %) o la pérdida de un empaste (0,8 %) son escasamente reconocidos. Esto indica un conocimiento parcial, enfocado principalmente en los signos más notorios o dolorosos. (Tabla 21)

Tabla 21. Reconocimiento de los síntomas de urgencia (P16)

Síntoma reconocido como urgencia	% des répondants
Dolor intenso y repentino	42,5 %
Diente roto o desplazado	25,2 %
Hinchazón del rostro o de la mandíbula	22,8 %
Sangrado persistente de encías	8,7 %
Pérdida de un empaste	0,8 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El dolor agudo es ampliamente reconocido como un signo de urgencia, pero los síntomas menos visibles o indoloros, como el sangrado persistente de encías (8,7 %) o la pérdida de un empaste (0,8 %), están subestimados. Esto evidencia un conocimiento parcial de los signos de urgencia, centrado principalmente en las manifestaciones más visibles o dolorosas

6. DISCUSION

Conocimiento de los servicios de urgencias odontológicas

Nuestro estudio revela que una parte significativa de la población presenta un conocimiento insuficiente sobre cómo actuar ante una urgencia dental. Solo el 42,5 % de los encuestados sabía con certeza a qué servicio acudir, mientras que un 32,3 % admitió no saber cómo actuar. Esta falta de orientación puede tener consecuencias graves, especialmente en el contexto de traumatismos dentales, donde el tiempo de respuesta es un factor crucial para el pronóstico del diente afectado.

Este hallazgo se alinea con los resultados obtenidos en el estudios de Nourwali IM et al (14) que el 64 % de los participantes sabían dónde acudir en caso de traumatismo dental, pero el 83 % no había recibido nunca información sobre su gestión.

Aunque en el estudio de Alyahya L et al (15) se observa que el 70,6 % de los padres eran conscientes de la necesidad de atención urgente, solo el 15,2 % conocía correctamente el medio de transporte adecuado para un diente avulsionado, lo que limita la efectividad de la intervención inmediata.

Ambos estudios muestran que el conocimiento teórico general puede estar presente, pero no se traduce en una actuación adecuada. Esta disociación entre saber que hay que actuar rápido y saber cómo actuar subraya una carencia formativa crítica en la población general.

Reconocimiento de los signos de urgencia

Nuestros datos reflejan que, aunque el dolor agudo (42,5 %) es bien identificado como una urgencia, otros síntomas igualmente importantes, como el sangrado persistente de encías (8,7 %) o la pérdida de un empaste (0,8 %), no son percibidos como urgentes. Esto demuestra una visión parcial y reduccionista del concepto de urgencia dental, limitada principalmente a signos intensos y evidentes.

Este patrón ha sido corroborado por Addo et al (16), quienes evaluaron el conocimiento sobre avulsiones dentales entre profesores y personal médico en Londres. El estudio mostró que incluso entre profesionales, el conocimiento sobre primeros auxilios dentales era bajo, especialmente en cuanto a medidas inmediatas como la reimplantación y el uso de un medio de transporte adecuado (16).

Esto resalta una deficiencia educativa que no solo afecta al público general, sino también a quienes podrían ser primeros intervinientes.

Factores sociodemográficos asociados

El análisis de nuestros datos sugiere que factores como la edad y el nivel educativo influyen en la experiencia con urgencias dentales. Por ejemplo, el 63,9 % de los mayores de 55 años reportaron haber vivido al menos una urgencia dental, frente al 38,5 % de los menores de 35 años. Esta diferencia, aunque no significativa ($p = 0,056$), puede atribuirse a la acumulación de patologías bucales con la edad.

Más revelador es el impacto del nivel educativo: el 100 % de los encuestados sin estudios formales habían sufrido una urgencia dental, frente al 38,7 % de quienes contaban con estudios de posgrado ($p = 0,037$). Este resultado concuerda con el trabajo de Anthoney et al (17), quienes señalaron que el nivel educativo y el estatus socioeconómico son determinantes clave en el acceso a cuidados preventivos y en la incidencia de problemas odontológicos agudos.

Además, nuestros resultados muestran que los participantes con formación en el ámbito de la salud presentan significativamente menos urgencias (44,4 % frente al 63,5 %; $p = 0,024$). Esta observación es coherente con la literatura que destaca el efecto protector del conocimiento clínico y de la educación sanitaria. Yousuf et al. también confirmaron que los profesionales con formación específica en traumatismos dentales tienen puntuaciones significativamente más altas en conocimiento y capacidad de actuación en urgencias dentales (18).

Seguimiento odontológico y reacción ante el dolor

Los datos revelan que tener un dentista habitual se asocia a una mejor gestión del dolor: el 27,7 % de quienes tenían un dentista de referencia consultaron de inmediato ante una urgencia, frente al 7,7 % de quienes no lo tenían. Además, el 50 % de estos últimos optó por esperar, lo que podría agravar el problema.

Este comportamiento está en línea con lo observado por Al-Omiri et al (19), quienes destacaron que la falta de contacto regular con los servicios odontológicos y la ansiedad dental limitan la búsqueda de atención profesional, especialmente ante dolor o trauma (19).

Del mismo modo, el seguimiento dental regular se ha vinculado con una mayor probabilidad de respuesta activa ante el dolor, lo que puede mejorar significativamente los resultados clínicos.

Barreras de acceso a los cuidados de urgencia

Entre los encuestados que habían sufrido una urgencia, un 24,7 % no consultó por falta de tiempo, un 17,8 % debido al coste y un 12,3 % por miedo al dentista. Estas barreras son consistentes con las identificadas por Tramini et al (20), quienes observaron que las dificultades económicas, el miedo y la falta de información son obstáculos frecuentes en el acceso a los cuidados de urgencia en poblaciones vulnerables.

De manera complementaria, el estudio de Balmer et al (20) mostró que incluso entre profesionales del sector educativo y sanitario no especializado, el conocimiento sobre primeros auxilios odontológicos era limitado. Esto genera un vacío informativo en el entorno inmediato de los pacientes, que a menudo no reciben la orientación necesaria de sus redes sociales o escolares.

Limitaciones del estudio.

La limitación inicial fue el no poder obtener una muestra representativa como ya se ha explicado anteriormente

Aunque los resultados obtenidos son interesantes, este estudio presenta varias limitaciones que vale la pena señalar. En primer lugar, al tratarse de un estudio transversal, no se pueden establecer relaciones de causa y efecto entre las variables analizadas.

Además, aunque los participantes fueron reclutados en dos clínicas universitarias, los resultados no se pueden generalizar a toda la población. El estudio se centró en los pacientes que acudieron a estas clínicas, lo que puede limitar la variedad de perfiles, especialmente de personas que no suelen acudir a este tipo de centros para tratar urgencias dentales.

Otra limitación importante tiene que ver con la forma en que se difundió la encuesta. Al principio, se colocó un código QR en las dos clínicas participantes para que los pacientes pudieran acceder libremente al cuestionario desde su teléfono móvil. Sin embargo, yo solo estaba presente físicamente en una de las dos clínicas, y con el tiempo me di cuenta de que casi todas las respuestas provenían justamente de esa clínica, y únicamente durante los momentos en que yo estaba allí para animar a los pacientes a participar. Esto demuestra que la participación espontánea fue muy baja, y que mi presencia fue clave para que los pacientes realmente escanearan el código y respondieran a la encuesta, lo que representa una limitación metodológica importante.

También es posible que el formato digital haya excluido a algunas personas, sobre todo aquellas con poca experiencia con la tecnología o sin acceso a un smartphone, lo que puede haber afectado la diversidad de los participantes.

Proyección futura y posibilidad de ampliación

Aunque este estudio aporta información valiosa sobre el conocimiento y la gestión de las urgencias odontológicas, sus resultados se centran en una muestra concreta de pacientes que acuden a clínicas universitarias. Por tanto, no reflejan necesariamente la realidad de la población general. Sería pertinente replicar este estudio a mayor escala, incluyendo centros de salud pública, clínicas privadas en distintas regiones y perfiles sociodemográficos más amplios.

Una ampliación de la muestra permitiría analizar con mayor precisión las desigualdades en el acceso a la atención urgente, así como las diferencias de conocimiento en función del contexto geográfico, económico y educativo. Además, facilitaría el diseño de estrategias de prevención y educación sanitaria más adaptadas a las necesidades reales de la población.

7. CONCLUSIONES

Conocimiento y actuación ante urgencias odontológicas (Objetivo principal):

El estudio revela que el conocimiento de la población encuestada sobre cómo actuar frente a una urgencia dental es limitado. Solo el 42,5 % sabe con certeza a qué servicio acudir, y muchos desconocen la existencia de atención fuera del horario habitual, lo que puede retrasar la intervención y agravar los casos.

Frecuencia y tipos de urgencias experimentadas (Objetivo secundario 1):

Más de la mitad de los encuestados (54,3 %) ha vivido al menos una urgencia dental, siendo el dolor intenso el motivo más frecuente. Esto muestra que las urgencias odontológicas son comunes y, en muchos casos, podrían prevenirse con un seguimiento adecuado.

Factores sociodemográficos (Objetivo secundario 2):

Variables como el nivel educativo, la formación sanitaria o la edad influyen significativamente en la experiencia y gestión de las urgencias. Las personas sin estudios o sin contacto con el ámbito sanitario presentan mayor incidencia y menor capacidad de respuesta ante una urgencia.

Factores modificadores del manejo de la urgencia (Objetivo secundario 3):

Tener un dentista habitual y acudir a revisiones con regularidad se asocia con una mejor respuesta frente al dolor y una actitud más activa. En cambio, la falta de seguimiento odontológico favorece comportamientos pasivos, como esperar o automedicarse, lo que puede agravar la situación clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. Hussain A, Khan FA. History of dentistry. *Arch Med Health Sci*. 2014;2(1):106-110.
2. World Health Organization. *Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030*. Geneva: World Health Organization; 2022. ISBN 978-92-4-006184-2.
3. World Health Organization. *Global strategy on oral health 2023–2030*. Geneva: World Health Organization; 2024.
4. World Health Organization. *World Oral Health Report 2003*. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. World Health Organization. *Seventy-fourth World Health Assembly. Oral Health. WHA74.5*; 2021.
6. Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and orofacial pain in an adult population. *Pain*. 1987;30(1):11-4.
7. Nasseh K, Vujicic M. Disparities in Access to Oral Health Care. *J Dent Res*. 2020;99(9):1022-1028.
8. Nourwali IM, Maddhar AK, Alsaati BH, Alhazmi RA, AlAyoubi SM, AlHarbi SS. Emergency management of dental trauma: a survey of public knowledge, awareness, and attitudes in Al-Madinah Al-Munawwarah. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2019 Aug 27;11:279-284.
9. Mehraban S, Roozbeh N, Ahmadi-Motemaye F. The Impact of Socioeconomic Factors on Pediatric Oral Health. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2024;14(1):12-20.
10. Lacoste-Ferré MH, et al. Soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en psychiatrie : expérience du CHS du Gers. *L'Information psychiatrique*. 2016;92(8):649-56.

11. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. *Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4*. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; November 2011.
12. Nghayo HA, Palanyandi CE, Ramphoma KJ, Maart R. Oral health community engagement programs for rural communities: A scoping review. *PLoS One*. 2024;19(2):e0297546.
13. Botelho J, Mascarenhas P, Viana J, et al. An umbrella review of the evidence linking oral health and systemic noncommunicable diseases. *Nat Commun*. 2022;13:761..
14. Nourwali IM, Maddhar AK, Alsaati BH, Alhazmi RA, AlAyoubi SM, AlHarbi SS. Emergency management of dental trauma: a survey of public knowledge, awareness, and attitudes in Al-Madinah Al-Munawwarah. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2019;11:279–284.
15. Alyahya L, Alkandari SA, Alajmi S, Alyahya A. Knowledge and Sociodemographic Determinants of Emergency Management of Dental Avulsion among Parents in Kuwait: A Cross-Sectional Study. *Med Princ Pract*. 2018;27(1):55–60.
16. Addo ME, Parekh S, Moles DR, et al. Knowledge of dental trauma first aid: the example of avulsed incisors in casualty departments and schools in London. *Br Dent J*. 2007;202(7):E19.
17. Anthoney D, Syed FA, Khan M, et al. Impact of Sociodemographic Factors on the Access to Oral Healthcare Facilities among Adults of High- and Low-Income Families. *Pak J Med Health Sci*. 2021;15(2):438–443.

18. Yousuf T, Khan MS, Ghafoor R. Knowledge and awareness of emergency department residents and physicians regarding the management of dentofacial traumatic injuries: a cross-sectional study. *BDJ Open*. 2024;10:85.
19. Al-Omiri MK, Al-Wahadni AM, Saeed KN. Awareness of Emergency Management of Traumatic Dental Injuries among Jordanian School Teachers. *Dent Traumatol*. 2006;22(6):291–295.
20. 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(2):66–71.

ANEXOS

Anexo I. Encuesta lanzada a la población.

Cuestionario: Conocimiento de las Urgencias Dentales.

Este cuestionario tiene como objetivo comprender la experiencia y conocimientos sobre urgencias dentales. Una urgencia dental es una situación que requiere atención rápida debido a dolor intenso, infecciones graves o traumatismos dentales que pueden afectar la salud general.

Sección 1: Información General

1. Edad: ____ años

2. Sexo:

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Otro

3. Situación laboral:

- ☐ Empleado
- ☐ Jubilado
- ☐ Desempleado
- ☐ Estudiante

4. Nivel de estudios:

- ☐ Sin estudios
- ☐ Primarios
- ☐ Secundarios
- ☐ " Universitarios
- ☐ " Posgrado

5. Ingresos económicos anuales (en euros, netos individuales):

- ☐ Sin ingresos
- ☐ Menos de 15 000
- ☐ Entre 15 000 y 30 000
- ☐ Entre 30 000 y 50 000
- ☐ Entre 50 000 y 70 000
- ☐ Entre 70 000 y 100 000
- ☐ Más de 100 000

6. Su profesión o formación está relacionada con las ciencias de la salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

Sección 2: Experiencia con urgencias dentales

7. Acude regularmente al dentista para revisiones?

- ☐ Nunca
- ☐ No, solo si tengo una urgencia
- ☐ Sí

8.Cuál es el motivo de las revisiones?

- ☐ Recomendación profesional
- ☐ Problemas dentales (prótesis, estética, etc.)

9. Ha tenido una urgencia dental ?

- ☐ Sí
- ☐ No

10. Si respondió "Sí", ¿cuántas veces en el último año?

- ☐ 1 vez
- ☐ 2-3 veces
- ☐ Más de 3 veces

11. Si ha tenido una urgencia dental, cómo calificaría la atención que recibió?

- ☐ Muy satisfactoria
- ☐ Satisfactoria
- ☐ Regular
- ☐ Insatisfactoria
- ☐ Muy insatisfactoria

12. Si ha evitado acudir a una urgencia dental en el pasado, ¿cuál fue la razón principal?

- ☐ Costo del tratamiento
- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Miedo al dentista
- ☐ Falta de información sobre dónde acudir
- ☐ Otro: _____

13. Tiene un dentista habitual?

- ☐ Sí
- ☐ No

14. Tiene personas dependientes bajo su cuidado que hayan requerido atención odontológica urgente?

- ☐ No
- ☐ Sí, por dolor dental
- ☐ Sí, por caries
- ☐ Sí, por gingivitis
- ☐ Sí, por absceso o flemón dental
- ☐ Sí, por otro motivo: _____

15. Sabe a qué servicios de salud puede acudir en caso de una urgencia dental?

- ☐ Sí, conozco los servicios de urgencias en hospitales
- ☐ Sí, conozco clínicas privadas especializadas

" Sí, pero no sé exactamente a dónde acudir

" No tengo información sobre los servicios

16. Según sus criterios , que situaciones justifican una visita de urgencia dental
(Marque la opción que considere adecuada)

"Movilidad de un diente sin dolor

"Pérdida de un empaste

"Hinchazón en el rostro o la mandíbula

"Sangrado persistente de las encías

☐ Diente roto o desplazado

☐ Dolor intenso y repentino

Sección 3: Experiencia del Dolor

17. Evalúe la intensidad de su dolor dental habitual (cuando lo tiene) en una
escala de 0 a 10:

(0 = ningún dolor, 10 = dolor insoportable)

☐ 0 (Ningún dolor)

☐ 1-3 (Leve: molestia ocasional)

☐ 4-6 (Moderado: interfiere con actividades)

☐ 7-9 (Severo: afecta significativamente la vida diaria)

☐ 10 (Insufrible)

18. Cómo describiría generalmente su dolor dental?

☐ Sordo y constante

☐ Agudo e intermitente

☐ Pulsátil (como un latido)

☐ No tengo dolor

19. Cuando tiene dolor dental, qué hace primero?

☐ Tomar un analgésico (paracetamol, ibuprofeno, etc.)

☐ Esperar a que pase

☐ Consultar a un dentista tan pronto como sea posible

- ☐ No tengo dolor

Sección 4: Conocimientos y Sensibilización

20. Sabe si existen servicios especializados en urgencias dentales fuera del horario habitual?

- ☐ Sí
- ☐ No

21. Cómo obtiene información sobre cuidados dentales de urgencia?

- ☐ Internet
- ☐ Familia/Amigos
- ☐ Profesionales de la salud
- ☐ Otro: _____

22. Qué medio considera más adecuado para sensibilizar al público sobre urgencias dentales? (Marque todas las opciones que considere adecuadas)

- ☐ Campañas de sensibilización (carteles, videos)
- ☐ Redes sociales
- ☐ Información en el consultorio dental
- ☐ Medios tradicionales (radio, TV)

Anexo II: Consentimiento informado para la participación al estudio

UEV

Marc MAHAVORY

Departamento, Facultad

HOJA DE INFORMACIÓN

Título del estudio: Urgencias Odontológicas. Dolor y Odontología. Conocimiento de las labores profesionales por parte de la población general

Promotor: Universidad Europea de Valencia

Investigadores: Pedro García Bermejo- Marc Rozier Philippe Mahavory

Centro: Universidad Europea de Valencia

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que se va a realizar en la Universidad Europea de Valencia, en el cual se le invita a participar. Este documento tiene por objeto que usted reciba la información correcta y necesaria para evaluar si quiere o no participar en el estudio. A continuación, le explicaremos de forma detallada todos los objetivos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Si usted tiene alguna duda tras leer las siguientes aclaraciones, nosotros estaremos a su disposición para aclararle las posibles dudas. Finalmente, usted puede consultar su participación con las personas que considere oportuno.

¿Cuál es el motivo de este estudio?

Valorar los conocimientos y motivos de consultas relacionados con las urgencias odontológicas, de la Población

RESUMEN DEL ESTUDIO:

Se pretende valorar el porque los pacientes deciden que su patología, requiere de una atención urgente, basándonos en sus conocimientos de las urgencias odontológicas. Se les pasará un cuestionario, previamente comentando el mismo y solicitando consentimiento informado que consta de 24 preguntas, en relación a datos sociodemográficos y motivos de asistencia, además de antecedentes odontológicos, con posterioridad se realizará un análisis de los datos para poder tener una visión del porque los pacientes solicitan atención urgente odontológica. La recogida de datos se realizara a los pacientes que acudan a las clínicas odontológicas de Valencia.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA DEL ESTUDIO: La participación en este estudio es voluntaria, por lo que puede decidir no participar. En caso de que decida participar, puede retirar su consentimiento en cualquier momento. En caso de que usted decidiera abandonar el estudio, puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta ese momento para la finalidad del estudio, o si fuera su voluntad, todos los registros y datos serán borrados de los ficheros informáticos.

¿Quién puede participar? El estudio se realizará en voluntarios mayores de 18 años. El reclutamiento de los participantes será a través de su asistencia a las clínicas odontológicas.

¿En qué consiste el estudio y mi participación?

Realización de cuestionario de preguntas

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos derivados de mi participación?

Beneficios, establecer criterios de posible formación y organización de las urgencias odontológicas.

Título proyecto y nombre del IP, fecha Página 5

¿Quién tiene acceso a mis datos personales y como se protegen? El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la persona responsable del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el investigador responsable podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal. Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país. El acceso a su información personal quedará restringido al responsable del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo con la legislación vigente.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica? No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio. Si bien, su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

¿Quién financia esta investigación? El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo, en su caso.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE: Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y puede exigir la destrucción de sus datos y/o de todos los registros

identificables, previamente retenidos, para evitar la realización de otros análisis. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

CALIDAD CIENTÍFICA Y REQUERIMIENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO: Este estudio ha sido sometido a aprobación por la Comisión de Investigación de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias, que vela por la calidad científica de los proyectos de investigación que se llevan a cabo. Cuando la investigación se hace con personas, este Comité vela por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente sobre investigación biomédica (ley 14/2007, de junio de investigación biomédica) y ensayos clínicos (R.D. 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, modificado por Real Decreto 1276/2011, del 16 de septiembre).

Título proyecto y nombre del IP, fecha

Página 6

UEV

Marc MAHAVORY

Departamento, Facultad

PREGUNTAS: Llegando este momento le damos la oportunidad de que, si no lo ha hecho antes, haga las preguntas que considere oportunas. El equipo investigador le responderá lo mejor que sea posible.

INVESTIGADORES DEL ESTUDIO: Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de preguntar a los miembros del equipo investigador: xxxxxxxxxxxx y teléfono. En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas decida participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento informado. Este estudio ha sido aprobado por la Comisión de Investigación de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias.

Título proyecto y nombre del IP, fecha

Página 7

UEV

Marc MAHAVORY

Departamento, Facultad

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

D./D^a. _____, de _____ años,
con DNI _____ y domicilio en _____,
declara que ha recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del
estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas.

Asimismo, que ha quedado satisfecho/a con la información recibida, la
ha comprendido, se han respondido todas sus dudas y comprende que su
participación es voluntaria.

Por lo tanto, declara que presta su consentimiento para el procedimiento
propuesto y conoce su derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única
obligación de informar sobre su decisión a la persona responsable del estudio.

En a día _____ de _____ de _____.

Firma y del investigador

Firma y N° de DNI del participante

**En casos de menores entre 12 y 18 años, debe hacerse una hoja por
duplicado: una para el menor (con el texto informativo adaptado a la
comprensión y el trato correspondientes a un adolescente) y otra para el
representante legal de ese menor. En caso de menores de 12 años, solo
firma el consentimiento el representante legal. El modelo para ambos casos
varía en la primera línea y en la firma, del siguiente modo:*

D./D^a. _____, de _____ años, con DNI _____,
representante legal de D./D^a. _____, de _____ años, con DNI _____,
(...)

Firma y N° de DNI del representante legal del
paciente

Título proyecto y nombre del IP, fecha

Página 8

ANEXO IV.

Tabla 1. Variables recogidas

Variable	Tipo	Naturaleza	Descripción
Edad	Independiente	Cuantitativa continua	Edad del participante en años.
Sexo	Independiente	Cualitativa nominal	Hombre, mujer, otro.
Situación laboral	Independiente	Cualitativa nominal	Empleado, estudiante, jubilado, desempleado.
Nivel educativo	Independiente	Cualitativa ordinal	Sin estudios, primaria, secundaria, universidad, posgrado.
Ingresos anuales	Independiente	Cuantitativa continua	Categorías de ingresos.
Frecuencia de visitas al dentista	Independiente	Cuantitativa discreta	Número de consultas por año.
Presencia de un dentista habitual	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí / No.
Número de urgencias dentales experimentadas	Dependiente	Cuantitativa discreta	Número total de urgencias declaradas.
Tipo de urgencia	Dependiente	Cualitativa nominal	Clasificación de la urgencia.
Tiempo de espera antes	Dependiente	Cuantitativa continua	Número de días antes de consultar.

de la consulta			
Reconocimiento de situaciones de urgencia	Dependiente	Cualitativa nominal	El paciente sabe identificar una urgencia o no.
Fuentes de información sobre urgencias dentales	Independiente	Cualitativa nominal	Internet, dentista, familia, otro.
Actitud frente al dolor dental	Dependiente	Cualitativa ordinal	Consulta inmediata, toma de analgésicos, espera.

Fuente: elaboración propia

ANEXO V.

Tabla 2. Edad / Sexo / Situación laboral

Edad	Hasta 35	39	30,71%
	36 a 55	52	40,94%
	Mayor de 55	36	28,35%
	Total	127	100,00%
Sexo	Hombre	51	40,16%
	Mujer	76	59,84%
	Total	127	100,00%
Situación laboral	Desempleado	9	7,09%
	Empleado	81	63,78%
	Estudiante	15	11,81%
	Jubilado	22	17,32%
	Total	127	100,00%

Fuente: Elaboración propia

ANEXO VI.

Tabla 3. Nivel de estudio

Nivel de estudios	Posgrado	31	24,41%
	Secundario	42	33,07%
	Sin estudios	6	4,72%
	Universitarios	48	37,80%
	Total	127	100,00%

Fuente: Elaboración propia

ANEXO VII.

Table 4. Profesión o formación en relación con las ciencias de la Salud

Su profesión o formación está relacionada con las ciencias de la salud	No	63	50,00%
	Sí	63	50,00%
	Total	126	100,00%

Fuente: Elaboración propia

ANEXO VIII.

Tabla 5. Ingresos económicos anuales

Ingresos económicos anuales	70 000 y 100 000	4	3,15%
	Entre 15 000 y 30 000	43	33,86%
	Entre 30 000 y 50000	27	21,26%
	Entre 50 000 y 70 000	11	8,66%
	Más de 100 000	7	5,51%
	Menos de 15000 euros al año	24	18,90%
	Sin ingresos	11	8,66%
	Total	127	100,00%

Fuente: Elaboración propia

ANEXO IX.

Tabla 6. Revisión al dentista

Acude regularmente al dentista para revisiones?	No, solo si tengo una urgencia	29	22,83%
	Nunca	10	7,87%
	Sí	88	69,29%
	Total	127	100,00%

Fuente: Elaboración propia

ANEXO X.

Tabla 7. Conocimiento sobre qué hacer en caso de urgencia dental

Conocimiento sobre qué hacer en caso de urgencia dental	Porcentaje (%)
Sabe exactamente a qué servicio acudir	42,5 %
Cree conocerlos, pero no está seguro/a	25,2 %
No sabe cómo actuar en una situación de urgencia	32,3 %

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XI.

Tabla 8. Síntoma considerado como urgencia dental

Síntoma considerado como urgencia dental	Porcentaje (%)
Dolor intenso y repentino	42,5 %
Dientes rotos o desplazados	25,2 %
Hinchazón del rostro o de la mandíbula	22,8 %
Sangrado persistente de encías	8,7 %
Pérdida de un empaste	0,8 %

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XII.

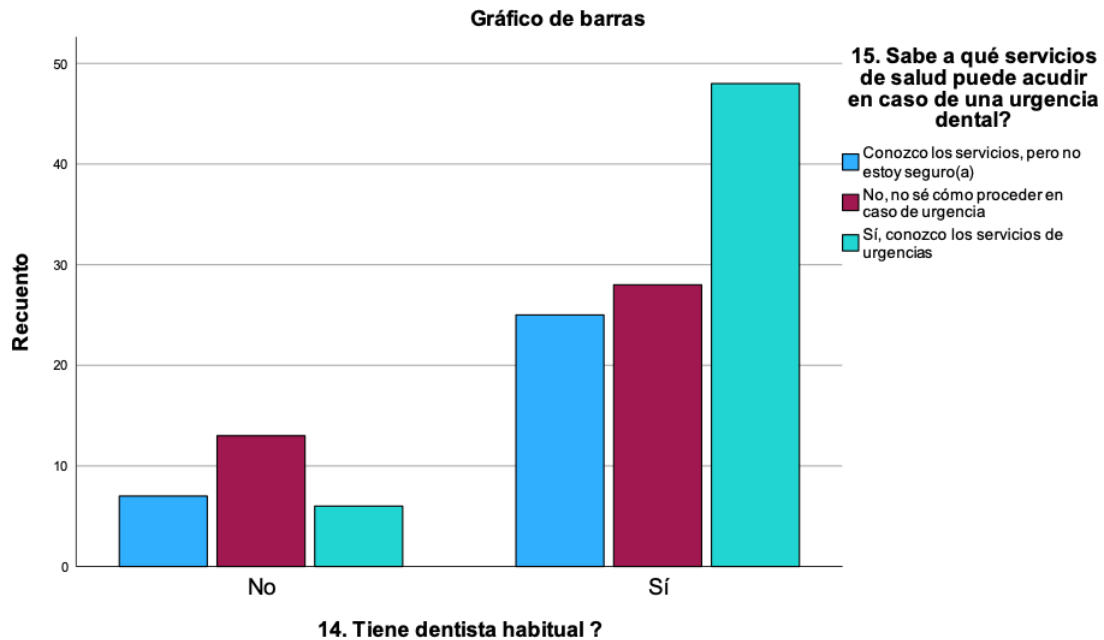
Tabla 9. Conocimiento de los servicios de urgencias según si tiene dentista habitual

Dentista habitual	Conoce los servicios	No conoce / No está seguro	Total
Sí	58,5 %	41,5 %	101
No	34,6 %	65,4 %	26

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XIII.

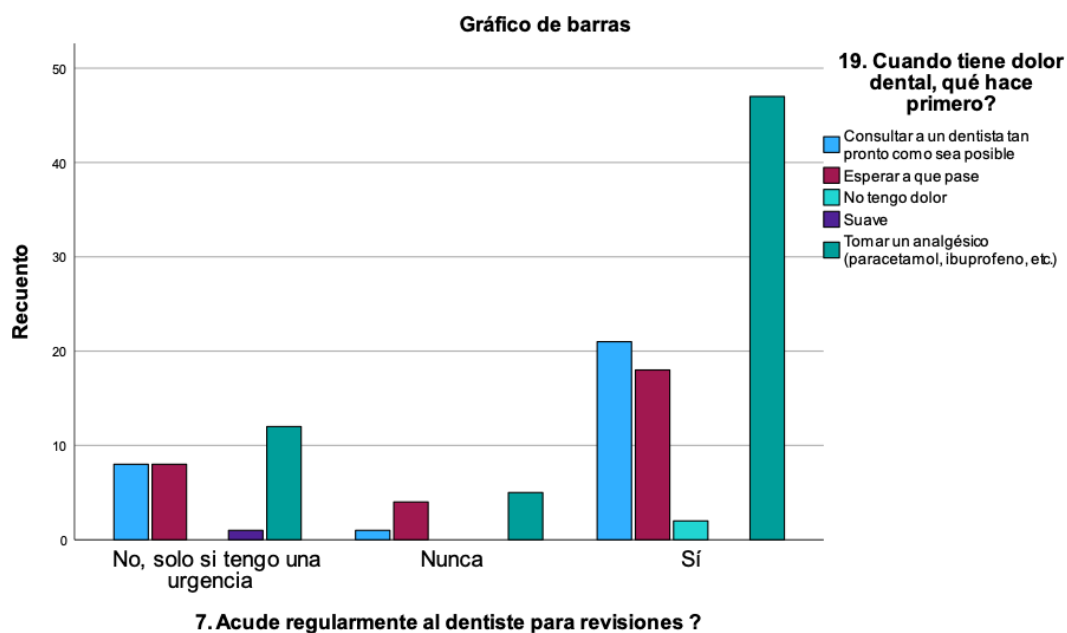
Gráfico 1. Conocimiento de los servicios de urgencia dental según si se tiene un dentista habitual



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XIV.

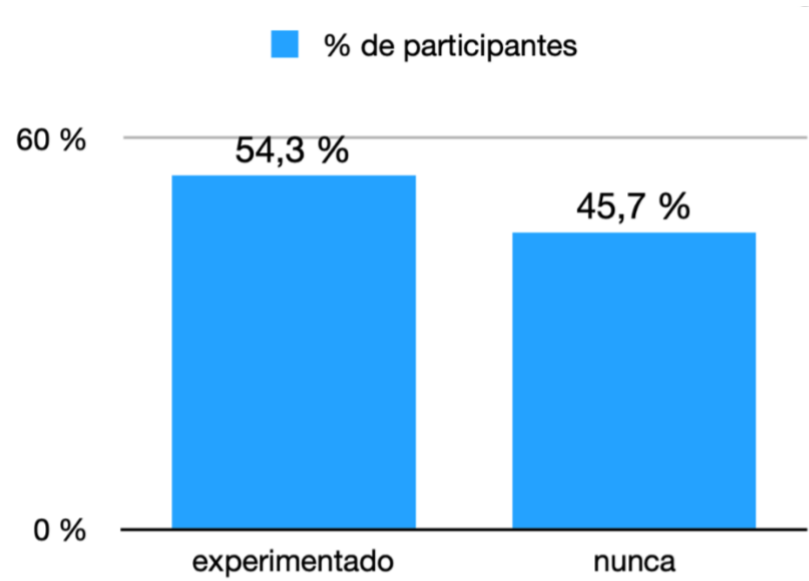
Gráfico 2. Comportamiento frente al dolor dental según la frecuencia de visitas al dentista (Pregunta 7x Pregunta 19).



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XV.

Gráfico 3 – Frecuencia de antecedentes de urgencias dentales



Fuente : Elaboración propia

ANEXO XVI.

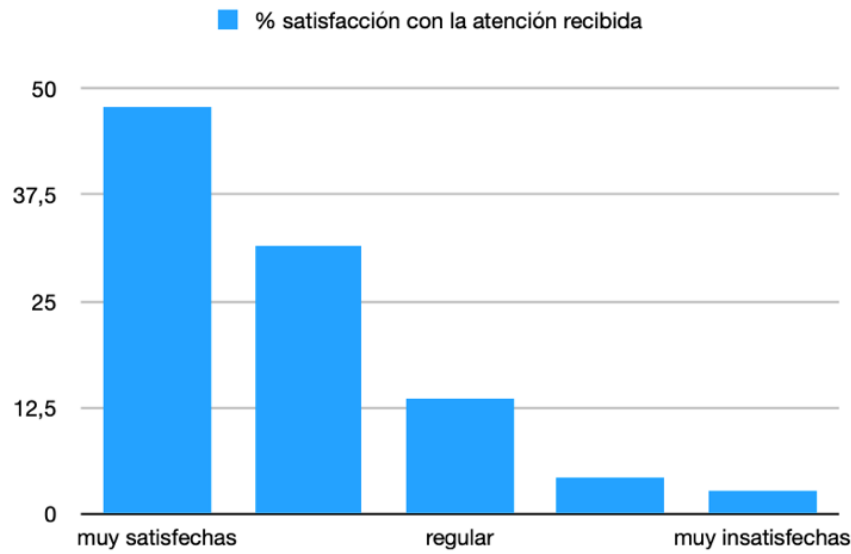
Tabla 10. Número de urgencias dentales vividas

Número de urgencias	Porcentaje
Una sola vez	43,1 %
2–3 veces	36,1 %
Más de 3 veces	20,8 %

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XVII.

Gráfico 5. Nivel de satisfacción con la atención recibida



Fuente : Elaboración propia

ANEXO XVIII.

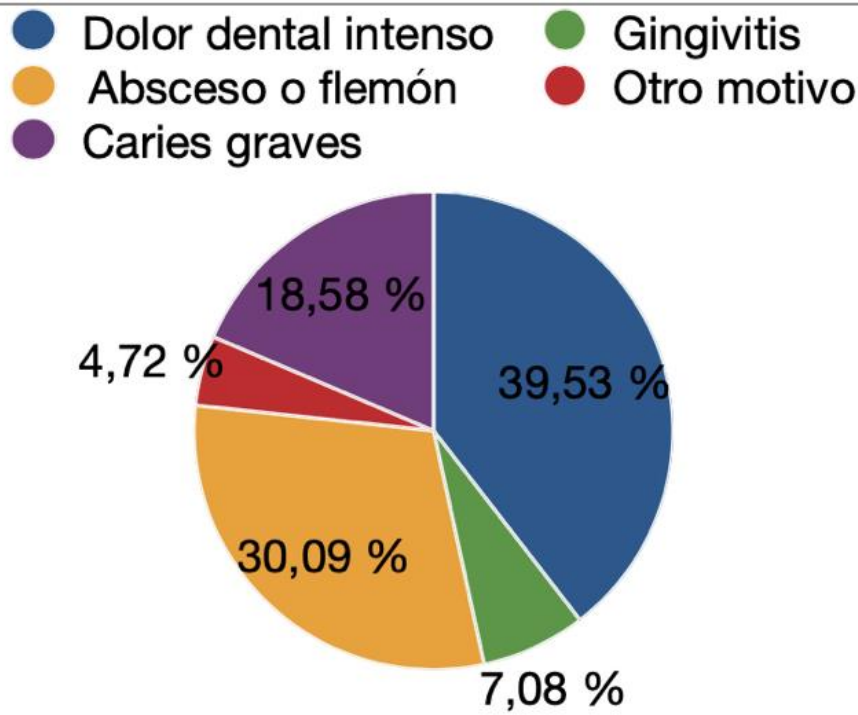
Tabla 9. Razones por las cuales se evitó consultar por una urgencia

Motivo	Porcentaje
Ha consultado	32,9 %
Falta de tiempo	24,7 %
Costo del tratamiento	17,8 %
Miedo al dentista	12,3 %
Falta de información	9,6 %
No tenía cita	2,7 %

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XIX.

Grafico 6. Motivos de urgencia



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XX.

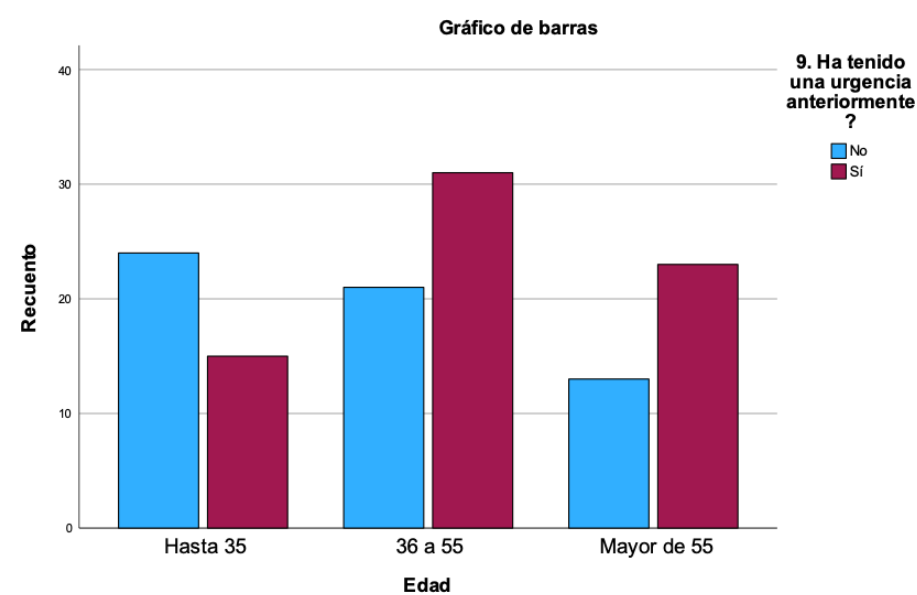
Tabla 12. Frecuencia de urgencia dentales según el rango de edad

Rango de edad	Ha tenido urgencia	No ha tenido urgencia	Total
≤ 35 años	38,5 %	61,5 %	39
36–55 años	59,6 %	40,4 %	52
> 55 años	63,9 %	36,1 %	36

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXI.

Gráfico 7. Frecuencia de urgencia dentales según el rango de edad



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXII.

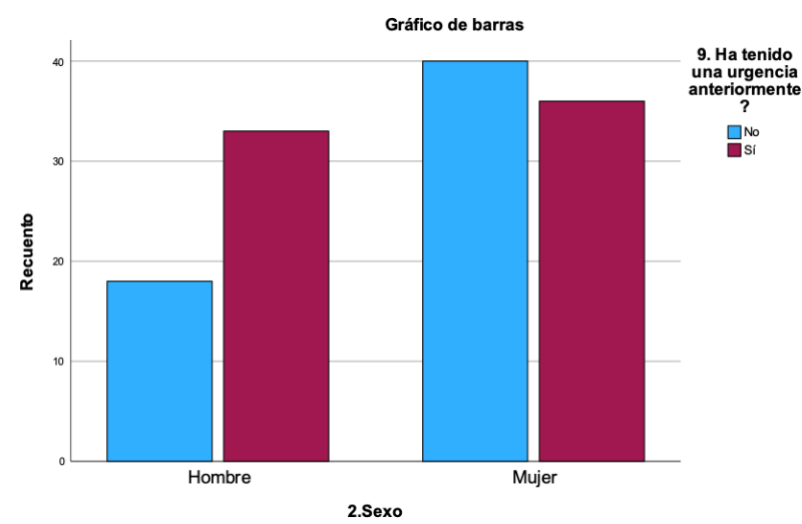
Tabla 13. Frecuencia de urgencia dentales según el sexo

Sexo	Ha tenido una urgencia	No ha tenido una urgencia	Total
Hombre	64,7 %	35,3 %	51
Mujer	47,4 %	52,6 %	76

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXIII.

Gráfico 8. Frecuencia de urgencia dentales según el sexo



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXIV.

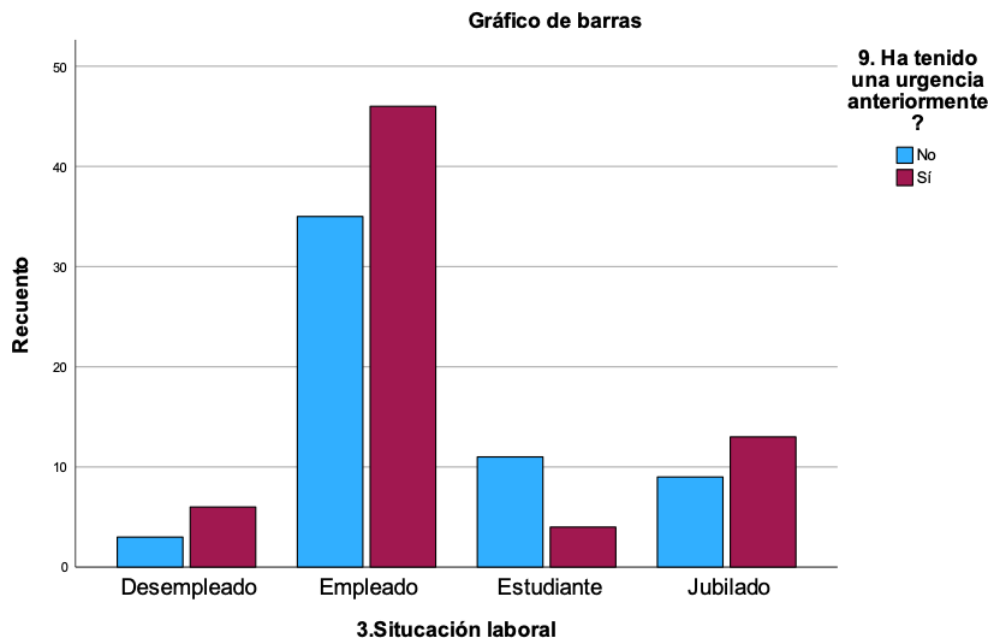
Tabla 14. Frecuencia de urgencia dentales según la situación laboral

Situacion laboral	Ha tenido una urgencia	Total
Empleado	56,8 %	81
Estudiante	26,7 %	15
Jubilado	59,1 %	22
Desempleado	66,7 %	9

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXV.

Gráfico 9. Frecuencia de urgencia dentales según la situación laboral



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXVI.

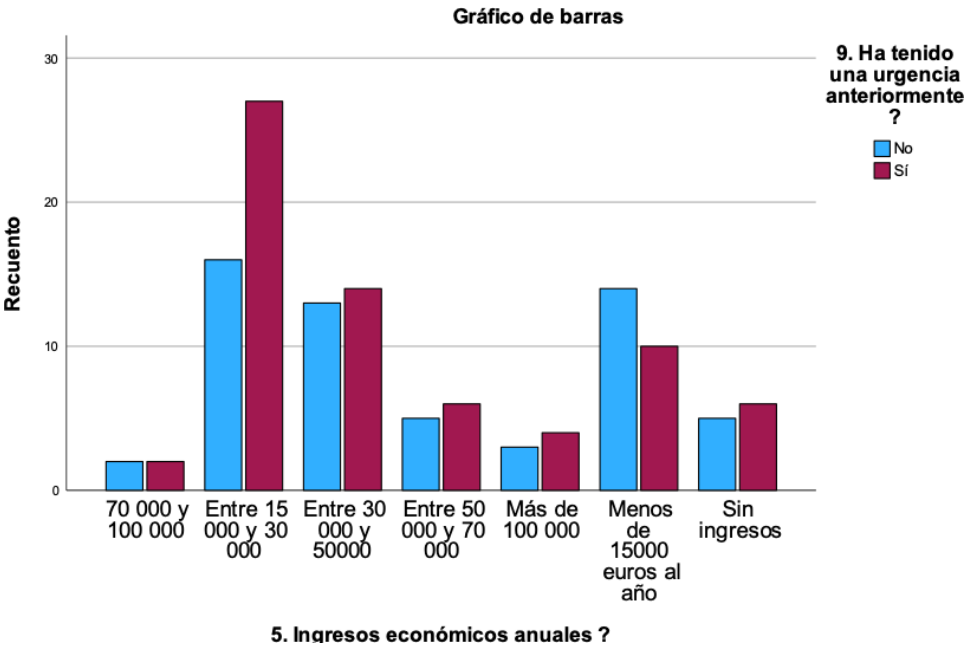
Tabla 15. Frecuencia de urgencia dentales según

Ingreso anual	%Ha tenido una urgencia
<15 000 €	41,7 %
15–30 000 €	62,8 %
30–50 000 €	55,6 %
50–70 000 €	63,6 %
70–100 000 €	50,0 %
>100 000 €	42,9 %

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXVII.

Gráfico 10. Frecuencia de urgencia dentales según la situación laboral



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXVIII.

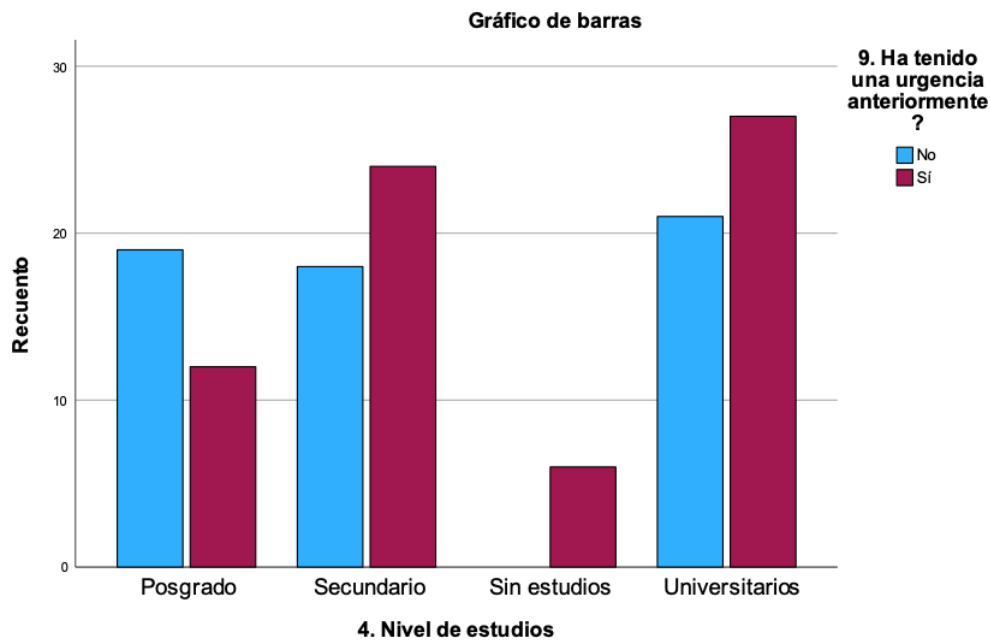
Tabla 16. Frecuencia de urgencia dentales según el nivel de estudio

Nivel educativo	Ha tenido urgencia	No ha tenido	Total
Sin estudios	100,0 %	0,0 %	6
Secundario	57,1 %	42,9 %	42
Universitario	56,3 %	43,8 %	48
Posgrado	38,7 %	61,3 %	31

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXIX.

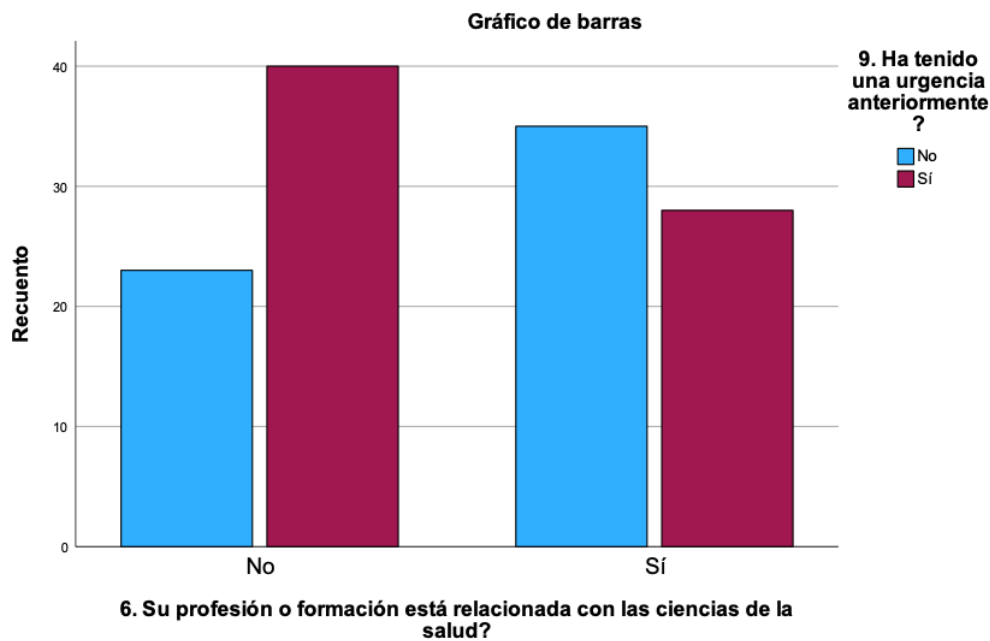
Gráfico 11. Frecuencia de urgencia dentales según el nivel



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXX.

Gráfico 12. Frecuencia de urgencia dentales según el nivel



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXXI.

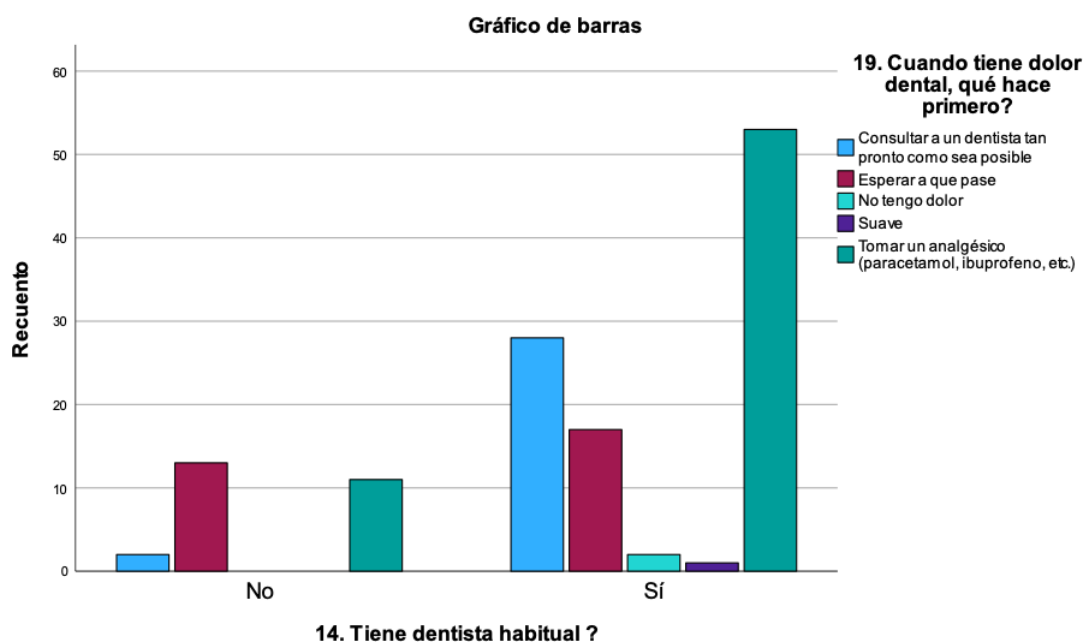
Tabla 17. Relación con un dentista habitual y comportamiento frente al dolor (P14 × P19)

Dentista habitual	Consultar a un dentista	Esperar a que pase	No tiene dolor	Dolor suave	Tomar analgésico	Total
Non (n = 26)	7,7 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	42,3 %	100 %
Oui (n = 101)	27,7 %	16,8 %	2,0 %	1,0 %	52,5 %	100 %
Total (n = 127)	23,6 %	23,6 %	1,6 %	0,8 %	50,4 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXXII.

Gráfico 13. Relación con un dentista habitual y comportamiento frente al dolor (P14 × P19)



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXXIII

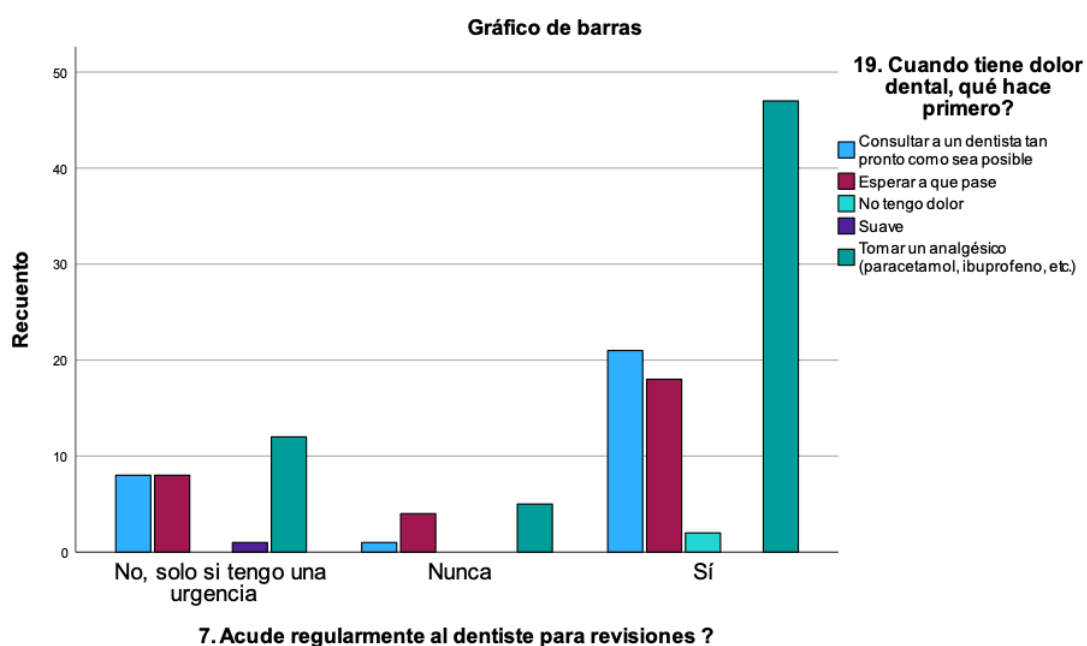
Tabla 18. Frecuencia de las visitas de control y comportamiento frente al dolor

Frecuencia de las revisiones	Consultar al dentista (%)	Esperar que pase (%)	Tomar un analgésico (%)	Otros	Total (n)
Si	23,9 %	20,5 %	53,4 %	Reste <3%	88
No, solo en caso de urgencia	27,6 %	27,6 %	41,4 %	Reste <5%	29
Nunca	10,0 %	40,0 %	50,0 %	Autres = 0	10
Total	23,6 %	23,6 %	50,4 %		127

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXXIV.

Gráfico 14. Frecuencia de las visitas de control y comportamiento frente al dolor



Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXXV.

Tabla 17. Conocimiento de los servicios en caso de urgencia (P15)

Conocimiento de los servicios de urgencias	Porcentage
Si, conozco	42,5 %
No conozco	32,3 %
Conozco, pero no estoy seguro	25,2 %

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXXVI.

Tabla 20. Conocimiento de la existencia de servicios fuera del horario habitual (Pregunta 20)

Respuesta	Porcentaje
No	63,8 %
Si	36,2 %

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXXVII.

Tabla 21. Reconocimiento de los síntomas de urgencia (P16)

Síntoma reconocido como urgencia	% des répondants
Dolor intenso y repentino	42,5 %
Diente roto o desplazado	25,2 %
Hinchazón del rostro o de la mandíbula	22,8 %
Sangrado persistente de encías	8,7 %
Pérdida de un empaste	0,8 %

Fuente: Elaboración propia

ANEXO XXXVII.

Declaración detallada de uso de Inteligencia Artificial (IA)

Herramienta utilizada: ChatGPT (OpenAI)

Funciones:

La inteligencia artificial fue utilizada de forma puntual y limitada como herramienta de apoyo lingüístico durante la redacción del Trabajo de Fin de Grado (TFG). En ningún caso sustituyó mi trabajo académico ni generó contenido original del proyecto.

Las funciones concretas en las que se utilizó la herramienta fueron:

- Verificación de la coherencia general de párrafos redactados previamente por el estudiante.
- Sugerencias para mejorar la claridad y fluidez del texto en frases propuestas por el autor.
- Apoyo gramatical en cuanto a la concordancia de tiempos verbales y estructuras sintácticas.
- Reformulación opcional de frases puntuales para evitar repeticiones o mejorar el estilo.
- Confirmación de la estructura lógica de ciertas secciones (introducción, discusión, conclusión), siempre a partir de contenidos previamente redactados por el autor.
- Evaluación informal de la redacción de tablas, leyendas o títulos, ya creados por el estudiante.
- Revisión puntual de traducciones propias del autor (francés ↔ español / español ↔ inglés).

En todo momento, los textos base, el análisis de resultados, las interpretaciones clínicas y las conclusiones fueron elaborados de forma autónoma por mi. El uso de la IA fue complementario y orientado exclusivamente a la mejora de la presentación escrita.

Prompts utilizados (ejemplos representativos):

- Está bien redactado este párrafo en español?
- Esta conclusión es coherente con los datos que doy?
- Puedo mejorar esta frase que he escrito así: '...'?
- Hay errores gramaticales o de concordancia aquí?
- Este resumen que hice se entiende bien en inglés?
- Esta estructura de objetivos te parece lógica?

URL de acceso: <https://chat.openai.com>

Dental Emergencies and Toothache: Knowledge and Management Among the General Population

Short Title: Dental Emergencies: Knowledge and Patient Management

Authors:

Marc Rozier Philippe MAHAVORY¹, Pedro Garcia BERMEJO²

¹5th-year Dental Student, Universidad Europea de Valencia.

²Professor at the Faculty of Dentistry, Universidad Europea de Valencia.

CORRESPONDENCE:

Pedro Garcia BERMEJO

Paseo Alameda 7, Valencia 46010, Valencia

Email: pedro.garcia@universidadeuropea.es

ABSTRACT

Introduction

Dental emergencies are a common health issue and can become serious if not properly managed. However, a large portion of the population does not know how to act in such situations. This study analyzes the level of knowledge, perception, and factors influencing patients' actions when facing a dental emergency.

Materials and Methods

An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted at the University Dental Clinics of the European University of Valencia. A validated questionnaire was used, divided into four sections: sociodemographic data, recognition of emergencies, experience and response to pain, and sources of information. The sample consisted of 127 patients who sought urgent care between February and March 2025.

Results

42.5% of respondents knew with certainty which service to contact in the event of an emergency, while 63.8% were unaware of the existence of after-hours services. Intense pain was the most commonly recognized symptom (42.5%). More than half (54.3%) had experienced a dental emergency. A significant relationship was found between higher educational level, health training, or having a regular dentist and better emergency management.

Discussion

The data confirm a widespread lack of knowledge about dental emergencies, mainly focused on the most obvious symptoms. Sociodemographic factors such as education and regular dental follow-up significantly influence the ability to act. Barriers such as cost, lack of time, or fear of the dentist further hinder access to care.

Conclusion

This study highlights the need to strengthen health education, especially among individuals without academic training or regular contact with dental professionals. Improving knowledge and accessibility could optimize responses to emergencies and reduce avoidable complications.

INTRODUCTION

Dentistry, as a branch of medicine, has undergone a constant evolution, moving from rudimentary practices to becoming a highly specialized scientific discipline. From the earliest dental treatments in 7000 B.C. to the establishment of modern dentistry with figures like Pierre Fauchard in the 18th century, the field has advanced thanks to the incorporation of technologies such as anesthesia and radiography (1).

Today, dentistry plays a key role in public health, with advancements in implantology, tissue regeneration, and digital dentistry (1). The oral cavity is essential not only for basic functions such as eating and speaking but also directly influences psychological well-being and social integration.

Oral health problems remain a global concern. According to the WHO, nearly 3.5 billion people suffer from untreated oral diseases, which can lead to severe infections and systemic complications (2,3). The most common conditions include cavities, periodontitis, and dental infections, which can progress to abscesses, cellulitis, or even affect vital organs like the heart and lungs (3,4). There is also a clear link between oral health and systemic diseases such as diabetes, cardiovascular disease, and pregnancy complications (4,5). However, dental care is mainly perceived as curative when, in fact, prevention should be the cornerstone of the system (6,7).

In many populations especially vulnerable ones lack of access to dental care and limited health education exacerbate the problem (4). Despite WHO efforts to integrate oral health into primary care systems and reduce disparities (2,3), these goals are far from being achieved equitably worldwide.

Oral health education remains insufficient, preventing people from recognizing clinical signs that should prompt early consultation (5,6). This issue becomes even more critical in the case of dental emergencies, where delays in care can lead to serious complications.

The main reasons for seeking dental care continue to be acute pain, infections, and trauma often in advanced stages due to a lack of prevention (6,7,9,10). Added to this are barriers such as treatment costs, fear of the dentist, and lack of information, all of which further hinder access to care (5,9).

For these reasons, it is essential to differentiate between dental urgencies and emergencies and to educate the public on how to respond to symptoms such as pain, infections, or trauma. Lack of knowledge about these signs causes patients to delay seeking care, increasing the risk of systemic complications (11,12).

In response, a comprehensive approach is needed—one that combines prevention, health education, accessibility, and swift action. Information campaigns, community interventions, and better training for first responders could significantly improve the management of dental emergencies (8,12).

MATERIALS AND METHODS

An observational, cross-sectional study was conducted with the aim of assessing the general population's knowledge of dental emergencies and their management. The study took place at the two University Dental Clinics of the European University of Valencia during February and March 2025. The sample consisted of patients who visited the clinics for urgent care.

The tool used was a structured questionnaire (CUD – Knowledge about Dental Emergencies), previously validated in the literature, adapted and tested through a two-phase pilot study. The first pilot phase, conducted with 12 patients, helped adjust the clarity of the questions and the pain scale and included a definition of dental urgency at the beginning of the form. The second pilot confirmed its comprehensibility after modifications.

The final questionnaire consisted of 22 questions divided into four sections:

- Sociodemographic data and professional profile (Questions 1–6)
- Recognition of emergency signs and knowledge of services (Questions

7–16)

- Frequency of experienced emergencies and response to pain (Questions 17–19)
- Sources of information and the role of healthcare professionals (Questions 20–22)

Inclusion criteria: being of legal age, speaking and understanding Spanish, attending for a dental emergency, signing informed consent, and being able to respond autonomously. Exclusion criteria included being a minor, having language or cognitive barriers, or refusing to participate.

Access to the questionnaire was through a QR code placed at the reception of both clinics. However, most responses were collected in the clinic where the researcher was physically present, indicating low spontaneous participation. All participants signed digital informed consent before accessing the questionnaire, in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

Data were collected in Excel spreadsheets and statistically analyzed using SPSS 29.0. Descriptive analyses (frequencies and percentages) and comparative analyses were performed using contingency tables, Fisher's exact test, and the Chi-square test, depending on the variable type.

RESULTS

Objective 1: Assess knowledge and management of dental emergencies

Data show that public knowledge of how to act in the event of a dental emergency remains limited. Only 42.5% of respondents (Question 15) reported being certain about which services to access, while 32.3% did not know how to act and 25.2% were unsure.

Furthermore, 63.8% were unaware of emergency services outside regular hours (Question 20), which could contribute to care delays during nights or weekends. Regarding recognition of clinical signs of urgency (Q16), the most painful or visible symptoms were the most identified:

- Intense and sudden pain: 42.5%

- Broken or displaced teeth: 25.2%
- Facial or jaw swelling: 22.8%
- Persistent gum bleeding: 8.7%
- Lost filling: 0.8%

No association was found between having experienced a dental emergency (Q9) and better recognition of clinical signs ($p = 0.440$).

A statistically significant relationship was observed between having a regular dentist and knowing emergency services ($Q14 \times Q15$, $p = 0.047$).

These results suggest that lack of knowledge about how to act in a dental emergency is widespread and does not depend on sociodemographic profile. However, having a regular dentist significantly improves awareness and preparedness for critical situations.

Objective 2: Determine frequency and types of dental emergencies experienced

Of the total participants ($n = 127$), 54.3% (69 people) had experienced at least one dental emergency in their lifetime (Q9). Among these:

- 43.1% had one episode
- 36.1% had 2–3 episodes
- 20.8% had more than 3 emergencies (Q10)

Regarding satisfaction with the care received (Q11):

- 47.9% very satisfied
- 31.5% satisfied
- 13.7% neutral
- 4.1% dissatisfied
- 2.7% very dissatisfied

Top reasons for not seeking care during an emergency (Q12):

- Lack of time: 24.7%
- Cost: 17.8%
- Fear of the dentist: 12.3%
- Lack of information: 9.6%

Dental emergencies are common and often recurring. Although most patients are satisfied with the care received, practical, economic, and psychological barriers still affect access to urgent care.

Objective 3: Assess sociodemographic factors associated with emergencies

Analysis by age (Q1 × Q9) shows higher prevalence of emergencies among people over 55 years (63.9%), followed by those aged 36–55 (59.6%) and under 35 (38.5%), with a trend close to significance ($p = 0.056$). By sex (Q2 × Q9), men reported more emergencies (64.7%) than women (47.4%, $p = 0.070$). Educational level showed a statistically significant difference (Q4 × Q9, $p = 0.037$). A significant difference was also found based on health-related education (Q6 × Q9, $p = 0.024$). Only 44.4% of those studying or working in health reported emergencies, compared to 63.5% of others.

Education and health training appear to offer protective effects against dental emergencies. Although factors like age or employment show trends, they did not reach statistical significance in this study.

Objective 4: Identify factors influencing perception or management of dental emergencies

Having a regular dentist is associated with a more active response to dental pain. People with regular follow-up sought care more quickly (27.7%) than those without (7.7%), while the latter were more likely to wait for the pain to subside (50.0%, $p = 0.006$).

Although not statistically significant ($p = 0.481$), it was also observed that people who never consult or only do so in emergencies are more prone to self-medication or not reacting to pain. Having a regular dentist is linked to a more proactive attitude and better management of urgent situations. Education and follow-up appear to be key to improving the population's response to these events.

DISCUSSION

This study highlights important gaps in public knowledge and management of dental emergencies. Although 42.5% of participants recognized intense pain as urgent, other clinically significant signs such as persistent gum bleeding or a lost filling were rarely identified as emergencies. This reflects a partial understanding focused on the most obvious and painful symptoms, which can delay care and worsen complications. This pattern aligns with studies from other countries (13,14,15), which emphasize the gap between theoretical recognition of urgency and practical action capacity. Even among healthcare or education professionals, knowledge about dental first aid and trauma protocols remains inadequate.

From a sociodemographic perspective, educational level clearly acts as a protective factor. Participants with postgraduate studies reported significantly fewer emergencies than those without formal education ($p = 0.037$), as did healthcare professionals ($p = 0.024$). These findings are consistent with prior studies linking education, prevention, and better use of health services (16,17). The importance of regular dental care is also confirmed. Having a regular

dentist influences both knowledge of available services and pain response. People with a dentist consult more quickly, while those without tend to wait or self-medicate, delaying appropriate intervention (18).

Additional structural barriers were reported. Among those who did not seek care during an emergency, the main reasons were lack of time, financial cost, and fear of the dentist. These obstacles are widely documented and underscore the need for accessibility policies, especially in vulnerable settings (19).

Several methodological limitations should be noted: as a cross-sectional study, causal relationships cannot be established. Additionally, although the survey was implemented in two clinics, most responses came from the clinic where the researcher was present, reflecting low spontaneous participation. The digital format may have excluded certain profiles, particularly older individuals, those without regular access to technology, or with limited digital literacy. Despite adjustments, some questions may have caused confusion due to clinical terminology.

This study focuses on university clinic patients and provides valuable yet limited insights. A broader sample including public health centers and private clinics would offer a more representative view and help identify inequalities in access to urgent care, thus informing better educational and preventive strategies.

CONCLUSION

This study reveals that knowledge and the ability to act during dental emergencies remain limited among respondents, with only 42.5% certain about which service to contact. Emergencies are frequent (54.3% have experienced at least one), with pain being the main trigger. Factors such as education level, age, and health training significantly affect the experience and management of these situations.

Having a regular dentist and undergoing periodic check-ups promotes faster and more appropriate responses, whereas lack of follow-up is associated with passive attitudes like self-medication or waiting, which can worsen the

prognosis.

BIBLIOGRAFY

1. Hussain A, Khan FA. History of dentistry. *Arch Med Health Sci.* 2014;2(1):106-110.
2. World Health Organization. Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022. ISBN 978-92-4-006184-2.
3. World Health Organization. *Global strategy on oral health 2023–2030*. Geneva: World Health Organization; 2024.
4. World Health Organization. *World Oral Health Report 2003*. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. World Health Organization. Seventy-fourth World Health Assembly. Oral Health. WHA74.5; 2021.
6. Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and orofacial pain in an adult population. *Pain.* 1987;30(1):11-4.
7. Nasseh K, Vujicic M. Disparities in Access to Oral Health Care. *J Dent Res.* 2020;99(9):1022-1028.
8. Nourwali IM, Maddhar AK, Alsaati BH, Alhazmi RA, AlAyoubi SM, AlHarbi SS. Emergency management of dental trauma: a survey of public knowledge, awareness, and attitudes in Al-Madinah Al-Munawwarah. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2019 Aug 27;11:279-284.
9. Mehraban S, Roozbeh N, Ahmadi-Motemaye F. The Impact of Socioeconomic Factors on Pediatric Oral Health. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2024;14(1):12-20.
10. Lacoste-Ferré MH, et al. Soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en psychiatrie : expérience du CHS du Gers. *L'Information psychiatrique.* 2016;92(8):649-56.
11. Nghayo HA, Palanyandi CE, Ramphoma KJ, Maart R. Oral health community engagement programs for rural communities: A scoping review. *PLoS One.* 2024;19(2):e0297546.
12. Botelho J, Mascarenhas P, Viana J, et al. An umbrella review of the evidence linking oral health and systemic noncommunicable diseases.

Nat Commun. 2022;13:761. doi:10.1038/s41467-022-35337-8.

13. Nourwali IM, Maddhar AK, Alsaati BH, Alhazmi RA, AlAyoubi SM, AlHarbi SS. Emergency management of dental trauma: a survey of public knowledge, awareness, and attitudes in Al-Madinah Al-Munawwarah. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2019;11:279–284.
14. Alyahya L, Alkandari SA, Alajmi S, Alyahya A. Knowledge and Sociodemographic Determinants of Emergency Management of Dental Avulsion among Parents in Kuwait: A Cross-Sectional Study. *Med Princ Pract.* 2018;27(1):55–60.
15. Addo ME, Parekh S, Moles DR, et al. Knowledge of dental trauma first aid: the example of avulsed incisors in casualty departments and schools in London. *Br Dent J.* 2007;202(7):E19.
16. Anthoney D, Syed FA, Khan M, et al. Impact of Sociodemographic Factors on the Access to Oral Healthcare Facilities among Adults of High- and Low-Income Families. *Pak J Med Health Sci.* 2021;15(2):438–443.
17. Yousuf T, Khan MS, Ghafoor R. Knowledge and awareness of emergency department residents and physicians regarding the management of dentofacial traumatic injuries: a cross-sectional study. *BDJ Open.* 2024;10:85.
18. Al-Omiri MK, Al-Wahadni AM, Saeed KN. Awareness of Emergency Management of Traumatic Dental Injuries among Jordanian School Teachers. *Dent Traumatol.* 2006;22(6):291–295.
19. 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(2):66–71. doi:10.1111/j.1754-4505.2009.00125.x.

Urgencias odontológicas y dolor dental: nivel de conocimiento y gestión por parte de la población general

Titulo corto: Urgencias odontológicas, conocimiento y gestión por parte de la población general

Autores:

Marc Rozier Philippe MAHAVORY¹, Perdro Garcia BERMEJO²

¹Estudiante del 5º curso del Grado en Odontología, Universidad Europea de Valencia.

²Profesora de la Facultad de Odontología, Universidad Europea de Valencia.

CORRESPONDANCIA:

Pedro Garcia BERMEJO

Paseo Alameda 7, Valencia 46010, Valencia

Email: pedro.garcia@universidadeuropea.es

RESUMEN

Introducción

Las urgencias odontológicas representan un problema de salud frecuente y potencialmente grave si no se gestionan adecuadamente. Sin embargo, gran parte de la población desconoce cómo actuar ante este tipo de situaciones. Este trabajo analiza el nivel de conocimiento, la percepción y los factores que influyen en la actuación de los pacientes ante una urgencia dental.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en las Clínicas Odontológicas Universitarias de la Universidad Europea de Valencia. Se utilizó un cuestionario validado, dividido en cuatro bloques: datos sociodemográficos, reconocimiento de urgencias, experiencia y respuesta ante el dolor, y fuentes de información. La muestra estuvo compuesta por 127 pacientes que acudieron con carácter urgente entre febrero y marzo de 2025.

Resultados

El 42,5 % de los encuestados sabía con certeza a qué servicio acudir en caso de urgencia, mientras que el 63,8 % desconocía la existencia de servicios fuera del horario habitual. El dolor intenso fue el síntoma más reconocido (42,5 %). Más de la mitad (54,3 %) había experimentado una urgencia dental. Se observó una relación significativa entre mayor nivel educativo, formación sanitaria o tener un dentista habitual, y una mejor gestión de la urgencia.

Discusión

Los datos confirman una falta generalizada de conocimiento sobre las urgencias odontológicas, centrada principalmente en los síntomas más evidentes. Factores sociodemográficos como la educación y el seguimiento odontológico influyen notablemente en la capacidad de actuación. Barreras como el coste, la falta de tiempo o el miedo al dentista dificultan aún más el acceso a la atención.

Conclusión

Este estudio pone de manifiesto la necesidad de reforzar la educación sanitaria, especialmente en población sin formación académica o sin contacto regular con profesionales dentales. Mejorar el conocimiento y la accesibilidad

permitiría optimizar la respuesta ante urgencias y reducir complicaciones evitables.

INTRODUCION

La odontología, como rama de la medicina, ha experimentado una evolución constante desde prácticas rudimentarias hasta convertirse en una disciplina científica altamente especializada. Desde los primeros tratamientos dentales en el 7000 a.C. hasta la consolidación de la odontología moderna con figuras como Pierre Fauchard en el siglo XVIII, el campo ha avanzado gracias a la incorporación de tecnologías como la anestesia y la radiografía (1).

Actualmente, la odontología juega un papel clave en la salud pública, con avances en implantología, regeneración tisular y odontología digital (1). La cavidad bucal no solo es esencial para funciones básicas como comer y hablar, sino que influye directamente en el bienestar psicológico y en la integración social de las personas.

Los problemas bucodentales siguen siendo una preocupación global. Según la OMS, cerca de 3.500 millones de personas padecen enfermedades bucodentales no tratadas, lo que puede derivar en infecciones graves y complicaciones sistémicas (2,3). Las patologías más comunes incluyen caries, periodontitis e infecciones dentales, cuya evolución puede generar abscesos, celulitis o incluso afectar órganos vitales como el corazón y los pulmones (3,4). Además, existe una conexión clara entre la salud oral y enfermedades sistémicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o las complicaciones durante el embarazo (4,5). No obstante, la atención odontológica se percibe principalmente como una medida curativa, cuando en realidad la prevención debería ser el pilar principal del sistema (6,7).

En muchas poblaciones, especialmente las vulnerables, la falta de acceso a cuidados odontológicos y la escasa educación sanitaria agravan la situación (4). A pesar de los esfuerzos de la OMS para integrar la salud bucodental en

los sistemas de atención primaria y reducir las desigualdades (2,3), estas metas están lejos de alcanzarse de forma equitativa a nivel mundial.

La educación en salud bucodental sigue siendo insuficiente, lo que impide que la población reconozca señales clínicas que deberían motivar una consulta precoz (5,6). Esta carencia es aún más grave en el caso de las urgencias odontológicas, donde el retraso en la atención puede llevar a complicaciones importantes.

Los principales motivos de consulta siguen siendo el dolor agudo, las infecciones y los traumatismos, que muchas veces se presentan en fases avanzadas por falta de prevención (6,7,9,10). A esto se suman barreras como el costo del tratamiento, el miedo al dentista o la falta de información, que dificultan aún más el acceso a la atención (5,9).

Por todo ello, es fundamental diferenciar entre urgencias y emergencias odontológicas, y educar a la población sobre cómo actuar ante síntomas como el dolor, las infecciones o los traumatismos. El desconocimiento de estas señales provoca que los pacientes consulten tarde, lo que aumenta el riesgo de complicaciones sistémicas (11,12).

Frente a esta realidad, se necesita un enfoque integral que combine prevención, educación sanitaria, accesibilidad y actuación rápida. Campañas de información, intervenciones comunitarias y una mejor formación de los primeros intervinientes pueden mejorar significativamente la gestión de las urgencias odontológicas (8,12).

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio observacional, transversal, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento de la población general sobre las urgencias odontológicas y su manejo. El estudio se llevó a cabo en las dos Clínicas Universitarias de Odontología de la Universidad Europea de Valencia, durante los meses de febrero y marzo de 2025. La muestra estuvo compuesta por pacientes que acudieron a estos centros con carácter urgente.

El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado (CUD – Conocimiento sobre las Urgencias Dentales), validado previamente en la literatura, adaptado y probado mediante una doble prueba piloto. La primera fase piloto, realizada con 12 pacientes, permitió ajustar la claridad de las preguntas y la escala de dolor, así como añadir una definición de urgencia dental en la introducción del formulario. La segunda fase piloto confirmó su comprensibilidad tras las modificaciones.

El cuestionario final constó de 22 preguntas distribuidas en cuatro bloques:

1. Datos sociodemográficos y perfil profesional (preguntas 1–6);
2. Reconocimiento de signos de urgencia y conocimiento de servicios (preguntas 7–16);
3. Frecuencia de urgencias vividas y respuesta ante el dolor (preguntas 17–19);
4. Fuentes de información y papel de los profesionales sanitarios (preguntas 20–22).

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, hablar y entender castellano, acudir por una urgencia odontológica, firmar el consentimiento informado y poder responder de forma autónoma. Se excluyeron pacientes menores, con barreras idiomáticas, dificultades cognitivas o rechazo a participar. El acceso al cuestionario se realizó mediante un código QR colocado en la recepción de ambas clínicas. No obstante, la mayoría de las respuestas se obtuvieron en la clínica donde el investigador estuvo presente físicamente, lo que sugiere una baja participación espontánea. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado digital antes de acceder al cuestionario, conforme a los principios de la Declaración de Helsinki.

Los datos se recopilaron en hojas de cálculo de Excel y fueron analizados estadísticamente mediante SPSS 29.0. Se realizaron análisis descriptivos (frecuencias y porcentajes) y comparativos utilizando tablas de contingencia, la prueba exacta de Fisher y el test de Chi-cuadrado, según el tipo de variable.

RESULTADOS:

Objetivo 1: Evaluar el conocimiento y la gestión de las urgencias odontológicas

Los datos muestran que el conocimiento de la población sobre cómo actuar ante una urgencia dental sigue siendo limitado. Solo el 42,5 % de los encuestados (Pregunta 15) afirma saber con certeza a qué servicios acudir en caso de urgencia, mientras que un 32,3 % no sabe cómo actuar y un 25,2 % tiene dudas.

Además, el 63,8 % desconoce la existencia de servicios de urgencia fuera del horario habitual (Pregunta 20), lo cual podría contribuir a retrasos en la atención durante noches o fines de semana. En cuanto al reconocimiento de signos clínicos de urgencia (P16), los síntomas más visibles o dolorosos fueron los más identificados:

- Dolor intenso y repentino: 42,5 %
- Dientes rotos o desplazados: 25,2 %
- Hinchazón facial o mandibular: 22,8 %
- Sangrado persistente de encías: 8,7 %
- Pérdida de un empaste: 0,8 %

No se observó asociación entre haber tenido una urgencia dental (P9) y un mejor reconocimiento de signos clínicos ($p = 0,440$).

Un dato relevante fue la relación estadísticamente significativa entre tener un dentista habitual y conocer los servicios de urgencia (Pregunta 14 x Pregunta 15, $p = 0,047$).

Estos resultados indican que el desconocimiento sobre cómo actuar ante una urgencia es generalizado y no depende del perfil sociodemográfico. Sin embargo, contar con un dentista habitual mejora significativamente el nivel de información y preparación ante una situación crítica.

Objetivo 2: Determinar la frecuencia y los tipos de urgencias odontológicas experimentadas

Del total de participantes ($n = 127$), el 54,3 % (69 personas) había experimentado al menos una urgencia dental en su vida (P9). Entre estos:

- 43,1 % tuvo un solo episodio.
- 36,1 % tuvo entre 2 y 3 episodios.
- 20,8 % más de 3 urgencias (Pregunta 10).

Respecto al nivel de satisfacción con la atención recibida (Pregunta 11):

- 47,9 % muy satisfechos.
- 31,5 % satisfechos.
- 13,7 % regular.
- 4,1 % insatisfechos.
- 2,7 % muy insatisfechos.

En cuanto a los motivos para no consultar ante una urgencia (Pregunta 12), los más comunes fueron:

- Falta de tiempo: 24,7 %
- Costo: 17,8 %
- Miedo al dentista: 12,3 %
- Falta de información: 9,6 %

Las urgencias dentales son frecuentes y en muchos casos recurrentes. Aunque la mayoría de los pacientes se muestran satisfechos con la atención recibida, las barreras prácticas, económicas y psicológicas siguen influyendo en el acceso a la atención urgente.

Objetivo 3: Evaluar los factores sociodemográficos asociados con las urgencias

El análisis por edad (Pregunta 1 x Pregunta 9) muestra una mayor prevalencia de urgencias en personas mayores de 55 años (63,9 %), seguido de los grupos de 36–55 años (59,6 %) y menores de 35 años (38,5 %), con una tendencia cercana a la significación ($p = 0,056$). Por sexo (Pregunta 2 x Pregunta 9), los hombres reportaron más urgencias (64,7 %) que las mujeres (47,4 %, $p = 0,070$). El nivel educativo mostró una diferencia estadísticamente significativa (Pregunta 4 x Pregunta 9, $p = 0,037$). También se detectó una diferencia significativa según formación sanitaria (P6 x P9, $p = 0,024$). Solo el 44,4 % de quienes trabajan o estudian en salud reportaron urgencias, frente al 63,5 % del resto.

La educación y la formación sanitaria parecen ejercer un efecto protector frente a las urgencias odontológicas. Aunque otros factores como edad o situación laboral muestran tendencias, no alcanzan significación estadística en este estudio.

Objetivo 4: Determinar factores que pueden modificar la percepción o el manejo de una urgencia dental

Tener un dentista habitual se asocia a una respuesta más activa ante el dolor dental. Las personas con seguimiento consultan más rápidamente (27,7 %) que aquellas sin dentista (7,7 %), mientras que estas últimas tienden a esperar que el dolor pase (50,0 %, $p = 0,006$). Aunque no se halló significancia estadística ($p = 0,481$), también se observó que las personas que no consultan nunca o solo en caso de urgencia tienen mayor tendencia a automedicarse o no reaccionar ante el dolor. Tener un dentista de referencia se relaciona con una

actitud más proactiva frente al dolor y con una mejor gestión de las situaciones urgentes. La educación y el seguimiento parecen ser claves para mejorar la respuesta de la población ante estos eventos.

DISCUSION:

Este estudio pone de manifiesto importantes carencias en el conocimiento y manejo de las urgencias odontológicas por parte de la población general. A pesar de que el dolor intenso es reconocido como una situación urgente por el 42,5 % de los participantes, otros signos clínicamente relevantes, como el sangrado persistente de encías o la pérdida de una obturación, apenas son identificados como urgencias. Esto revela una comprensión parcial, centrada únicamente en lo más evidente y doloroso, lo cual puede retrasar la atención y agravar las complicaciones. Este patrón coincide con estudios realizados en otros países (13,14,15), que destacan la brecha entre el reconocimiento teórico de una urgencia y la capacidad práctica de actuación. Incluso entre profesionales de la salud o del ámbito educativo, el conocimiento sobre primeros auxilios dentales y protocolos adecuados ante traumas sigue siendo insuficiente.

Desde una perspectiva sociodemográfica, se observa una tendencia clara: el nivel educativo actúa como un factor protector. Los encuestados con estudios de posgrado reportan significativamente menos urgencias que aquellos sin estudios formales ($p = 0,037$), y lo mismo ocurre entre los profesionales del sector sanitario ($p = 0,024$). Estos hallazgos concuerdan con trabajos previos que vinculan educación, prevención y mejor uso de los servicios sanitarios (16,17). También se confirma el papel fundamental del seguimiento odontológico. Tener un dentista habitual influye tanto en el conocimiento de los recursos disponibles como en la reacción ante el dolor. Las personas que disponen de un profesional de referencia consultan más rápido, mientras que aquellas sin seguimiento tienden a esperar o automedicarse, lo que puede retrasar la intervención adecuada (18).

A ello se suman barreras estructurales importantes. Entre quienes no acudieron ante una urgencia, los principales motivos fueron la falta de tiempo, el coste

económico y el miedo al dentista. Este tipo de obstáculos ha sido ampliamente documentado, y subraya la necesidad de políticas de accesibilidad, especialmente en entornos vulnerables (19).

Finalmente, conviene señalar varias limitaciones metodológicas: al tratarse de un estudio transversal, no pueden establecerse relaciones causales. Además, aunque la encuesta fue implementada en dos clínicas casi todas las respuestas provinieron de aquella en la que el investigador estaba presente, lo que muestra una baja participación espontánea. El uso de un formato digital para la encuesta pudo haber limitado la participación de ciertos perfiles, especialmente personas mayores, aquellas sin acceso regular a dispositivos tecnológicos o con escasas competencias digitales. Algunas preguntas del cuestionario, aunque ajustadas tras una prueba piloto, pudieron haber generado confusión por el uso de terminología clínica. Este estudio está centrado en pacientes de clínicas universitarias y ofrece datos relevantes pero limitados en su alcance. Para obtener una visión más representativa de la población general sería útil ampliarlo a otros entornos como centros de salud públicos y clínicas privadas, abarcando una mayor diversidad sociodemográfica. Esto permitiría identificar con más precisión las desigualdades en el acceso a la atención urgente y diseñar estrategias educativas y preventivas mejor adaptadas a las necesidades reales de la población.

CONCLUSION:

Este estudio pone en evidencia que el conocimiento y la capacidad de actuación ante urgencias odontológicas sigue siendo limitado entre la población encuestada, con solo un 42,5 % sabiendo con certeza a qué servicio acudir. Las urgencias son frecuentes (54,3 % de los participantes ha experimentado al menos una), siendo el dolor el principal motivo. Factores como el nivel educativo, la edad y la formación en salud influyen significativamente en la experiencia y gestión de estas situaciones. Además, tener un dentista habitual y realizar controles periódicos favorece una respuesta más rápida y adecuada, mientras que la falta de seguimiento se asocia con actitudes pasivas como la automedicación o la espera, lo que puede empeorar el pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Hussain A, Khan FA. History of dentistry. *Arch Med Health Sci*. 2014;2(1):106-110.
2. World Health Organization. Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022. ISBN 978-92-4-006184-2.
3. World Health Organization. *Global strategy on oral health 2023–2030*. Geneva: World Health Organization; 2024.
4. World Health Organization. *World Oral Health Report 2003*. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. World Health Organization. Seventy-fourth World Health Assembly. Oral Health. WHA74.5; 2021.
6. Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and orofacial pain in an adult population. *Pain*. 1987;30(1):11-4.
7. Nasseh K, Vujicic M. Disparities in Access to Oral Health Care. *J Dent Res*. 2020;99(9):1022-1028.
8. Nourwali IM, Maddhar AK, Alsaati BH, Alhazmi RA, AlAyoubi SM, AlHarbi SS. Emergency management of dental trauma: a survey of public knowledge, awareness, and attitudes in Al-Madinah Al-Munawwarah. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2019 Aug 27;11:279-284.
9. Mehraban S, Roozbeh N, Ahmadi-Motemaye F. The Impact of Socioeconomic Factors on Pediatric Oral Health. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2024;14(1):12-20.
10. Lacoste-Ferré MH, et al. Soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en psychiatrie : expérience du CHS du Gers. *L'Information psychiatrique*. 2016;92(8):649-56.
11. Nghayo HA, Palanyandi CE, Ramphoma KJ, Maart R. Oral health community engagement programs for rural communities: A scoping review. *PLoS One*. 2024;19(2):e0297546.

12. Botelho J, Mascarenhas P, Viana J, et al. An umbrella review of the evidence linking oral health and systemic noncommunicable diseases. *Nat Commun.* 2022;13:761. doi:10.1038/s41467-022-35337-8.
13. Nourwali IM, Maddhar AK, Alsaati BH, Alhazmi RA, AlAyoubi SM, AlHarbi SS. Emergency management of dental trauma: a survey of public knowledge, awareness, and attitudes in Al-Madinah Al-Munawwarah. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2019;11:279–284.
14. Alyahya L, Alkandari SA, Alajmi S, Alyahya A. Knowledge and Sociodemographic Determinants of Emergency Management of Dental Avulsion among Parents in Kuwait: A Cross-Sectional Study. *Med Princ Pract.* 2018;27(1):55–60.
15. Addo ME, Parekh S, Moles DR, et al. Knowledge of dental trauma first aid: the example of avulsed incisors in casualty departments and schools in London. *Br Dent J.* 2007;202(7):E19.
16. Anthoney D, Syed FA, Khan M, et al. Impact of Sociodemographic Factors on the Access to Oral Healthcare Facilities among Adults of High- and Low-Income Families. *Pak J Med Health Sci.* 2021;15(2):438–443.
17. Yousuf T, Khan MS, Ghafoor R. Knowledge and awareness of emergency department residents and physicians regarding the management of dentofacial traumatic injuries: a cross-sectional study. *BDJ Open.* 2024;10:85.
18. Al-Omiri MK, Al-Wahadni AM, Saeed KN. Awareness of Emergency Management of Traumatic Dental Injuries among Jordanian School Teachers. *Dent Traumatol.* 2006;22(6):291–295.
19. 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(2):66–71. doi:10.1111/j.1754-4505.2009.00125.x.