

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cómo deben responder los médicos de los servicios de urgencias a las necesidades dentales no cubiertas?

Alexa Curt y Margaret Samuels-Kalow, MD, MPhil, MSHP

Resumen

La división entre la atención médica y la dental empeora la inequidad sanitaria, lo que obliga a muchas personas con dificultades de acceso a solicitar atención bucodental en los servicios de urgencias (ED, por sus siglas en inglés). Dado que los odontólogos son los más capacitados para ofrecer una atención de calidad para la mayoría de los problemas de salud bucodental de los pacientes, el comentario en este caso sugiere por qué los médicos del ED deberían ofrecer derivaciones y recursos de salud bucodental adecuados a las personas que atienden y por qué todos los profesionales de la salud deberían abogar por una política a nivel de sistema y por cambios de organización para ampliar el acceso de los pacientes a la atención de salud bucodental.

Caso

La Dra. M está haciendo su turno en un servicio de urgencias (ED) cuando recibe a la Sra. O, quien presenta unos signos vitales estables, pero un dolor bucal intenso que describe como un dolor de muelas repetitivo. La Dra. M observa que esta visita al ED es la tercera de la Sra. O durante el último mes a causa de este problema y confirma, tras la exploración, que esta paciente tiene una caries dental generalizada. La Dra. M prescribe un antibiótico y recomienda a la Sra. O que visite a un odontólogo lo antes posible. La Sra. O empieza a llorar y dice: “No puedo pagar la visita al odontólogo, por eso estoy aquí”.

Comentario

El acceso al sistema de atención médica suele estar influido por los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la situación del seguro, la raza y la etnia,^{1,2,3,4} debido a prácticas de exclusión y discriminación tradicionales.⁵ La **división entre la atención médica y la dental** empeora la inequidad en el acceso a la atención.⁶ Resulta imprescindible solucionar esta diferencia entre la medicina y la odontología para crear un sistema de atención médica más equitativo. El servicio de urgencias (ED), que representa la **red de seguridad** del sistema de atención médica y, con frecuencia la principal fuente de atención para las poblaciones de pacientes vulnerables, es un lugar fundamental para el desarrollo de estrategias que permitan superar esta diferencia.⁷

La Sra. O acudió a tres visitas al ED en un mes sin recibir atención definitiva en ninguna de ellas y experimentó un claro empeoramiento sintomático de su salud bucodental debido al retraso en la atención dental. Además de sufrir daños personales, los pacientes que acuden

a los ED por necesidades dentales suponen un alto costo para el sistema.^{8,9} La cantidad de pacientes como la Sra. O que no tienen acceso a la atención dental es cada vez mayor.¹⁰ Es frecuente que estos pacientes sean dados de alta tras recibir antibióticos o un plan de cuidados paliativos, pero sin recibir un tratamiento definitivo que solucione la causa principal de las molestias bucales,¹¹ muy probablemente la causa por la que la Sra. O haya vuelto al ED tres veces en un mes por el mismo dolor. Es posible que el motivo del alta sin tratamiento definitivo sea el hecho de no poder proporcionar el procedimiento dental definitivo dentro del ED (por ejemplo, la extracción o la obturación por caries).³

El retraso en la atención dental tiene consecuencias para la salud mental y física. La salud bucodental deficiente se asocia a una disminución de la confianza y del autocontrol¹²; a comorbilidades a largo plazo, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diabetes mellitus¹³ y a infecciones agudas, como un mayor riesgo de bacteriemia y endocarditis infecciosa.^{6,14} Además, tratar los síntomas de la infección y el dolor en vez de tratar el problema subyacente aumenta el riesgo de empeorar la resistencia antimicrobiana y de **recetar en exceso analgésicos adictivos**. Ante estas secuelas y otras más, es esencial superar la división entre la atención médica y la dental para eliminar los retrasos en la prestación de la atención dental, lo que comienza con la derivación adecuada desde el ED y con actividades conjuntas de promoción para mejorar las políticas que tendrán un efecto positivo a largo plazo.

Responsabilidades éticas

El dilema ético de la Dra. M es saber hasta dónde llegan la atención dental y el seguimiento integral dentro del ámbito de su responsabilidad como médica. Lo más probable es que la Dra. M no tenga la formación clínica necesaria para prestar una atención bucodental completa, pero puede ayudar a la Sra. O si sigue los cuatro principios de la deontología médica: el respeto a la autonomía, la no maleficencia, el principio de beneficio y la justicia, para abordar este dilema ético.¹⁵ El *respeto a la autonomía* exige que la Sra. O reciba la información necesaria para tomar una decisión informada y que lo haga por su propia voluntad. La *no maleficencia* y el *principio de beneficio* destacan la necesidad de no hacer daño y de hacer el bien de manera activa. La *justicia* exige un trato equitativo sin tener en cuenta otros factores, lo que constituye un principio vital cuando factores como la situación del seguro afectan al acceso a la atención médica. La justicia también obliga a la Dra. M a ayudar a mejorar el sistema de atención para pacientes como la Sra. O. La Dra. M tiene dos responsabilidades éticas principales hacia los pacientes:

1. Atender al paciente en el momento.
2. Proporcionar una derivación o atención de seguimiento adecuada.

En general, el plan de atención de la Dra. M para la Sra. O debe garantizar que su dolor e infección se traten de manera adecuada y que se establezca un plan claro para tratar las caries actuales y futuras o para evitar cualquier infección. La Dra. M debe investigar las opciones disponibles para que la Sra. O pueda acceder a un seguro dental público o a clínicas dentales locales. Si se cuenta con la colaboración de un trabajador social o de un gestor de casos, la Dra. M podría recibir asesoramiento experto sobre los programas a los que puede recurrir la Sra. O. Además, según los recursos del ED de la Dra. M, un odontólogo podría atender a la Sra. O en el ED.

La Dra. M tiene estas mismas obligaciones con cualquier otro paciente con necesidades médicas severas en el ED. No obstante, como el seguro dental en general no forma parte del seguro médico^{16,17} y la mayoría de los planes de seguros públicos tienen una cobertura limitada (o no la tienen),¹⁶ el acceso a la atención dental suele ser más difícil que el acceso a otros tipos de atención médica de rutina. En consecuencia, los pacientes como la Sra. O se ven obligados a acudir a los ED, donde con frecuencia no hay personal odontológico y se limitan a tratar el dolor o las infecciones agudas y a derivar a los pacientes a las clínicas gratuitas y las facultades de odontología de la zona. Teniendo en cuenta los problemas específicos que plantea la atención dental en materia de seguros, los médicos de los ED deben estar informados sobre los recursos de la comunidad para la prestación de atención dental a los pacientes sin seguro.

Poblaciones vulnerables

Se ha estimado que el dolor dental no traumático es responsable del 1.8 % de todas las visitas al ED, con un costo de más de \$ 2,400 millones anuales.¹⁸ Los usuarios más frecuentes de los ED que acuden a los servicios de salud bucodental suelen ser afrodescendientes no latinos y adultos jóvenes (19-34 años) que los usuarios menos frecuentes (tres o menos visitas a los ED en dos años).¹ Los pacientes que no tienen seguro médico^{1,2} o tienen un seguro médico público^{3,4} también son más propensos a usar el ED para las dolencias dentales, junto con los pacientes sin hogar.⁴ Desde 2018, se estima que la tasa de no asegurados en el sector de la salud dental es 2.5 veces mayor que la tasa de no asegurados en el sector médico.⁶ Teniendo en cuenta que en 2018 el 93 % de los estadounidenses con cobertura dental privada tenían un seguro dental a través de su empleador o de otro programa de grupo¹⁷ y que la pandemia de la COVID-19 podría aumentar las tasas de desempleo, es probable que la cantidad de pacientes sin seguro dental aumente.

La ampliación del seguro público para incluir la atención dental podría disminuir los obstáculos que impiden la visita al odontólogo en caso de dolor dental no traumático y de atención dental de rutina.³ Lo ideal sería que los consultorios dentales aceptaran a todos los pacientes que se presentaran a recibir atención, sin importar su seguro. Es fundamental incentivar económicamente a los consultorios dentales con el fin de que acepten tanto los seguros privados como los públicos y aplicar un sistema de responsabilidad que garantice que los consultorios acepten una cantidad adecuada de pacientes con seguro público y así garantizar que el aumento de la cobertura del seguro equivalga a un mayor acceso. Sin embargo, **la ampliación de la cobertura del seguro dental** es necesaria aunque no suficiente para reducir las disparidades en la salud bucodental,¹⁹ ya que los determinantes sociales de la salud, como el transporte,²⁰ la inseguridad alimentaria,²¹ los ingresos,²² y la educación,¹⁹ también desempeñan una función importante en el acceso de los pacientes a una atención dental de calidad. Por otro lado, las personas podrían no aprovechar la atención dental por desconfianza, desconocimiento de la odontología o por no poder ausentarse del trabajo durante el día.²⁰

Planificar la atención dental de seguimiento de la Sra. O dentro del sistema actual requerirá tiempo y recursos mientras la Sra. O esté en el ED. Lo mejor sería que la Sra. O se comunicara con un odontólogo externo que pudiera evaluarla con precisión y luego hacer un seguimiento integral. Se ha demostrado que los pacientes con condiciones de salud bucodental entre aceptables y deficientes pueden tener más ideas erróneas sobre la salud bucodental y menos conocimientos sobre odontología que otros grupos.²³ Los médicos y los odontólogos pueden fomentar hábitos controlables, como el uso de la seda dental, el cepillado, los cambios en la dieta y el uso de agua fluorada y las citas periódicas con el odontólogo, para ayudar a prevenir un mayor deterioro de la salud bucodental. Es muy importante que los médicos reconozcan los factores sociales que podrían dificultar que los pacientes sigan las recomendaciones (por ejemplo, la inseguridad alimentaria que hace imposible los cambios en la dieta o los horarios limitados de las clínicas dentales).

Ayuda para acceder a la atención

La Dra. M podría utilizar la historia de este paciente y otras similares para abogar por la ampliación de las instalaciones hospitalarias y los sistemas para explorar recursos. Una posible mejora institucional sería una clínica dental dotada de personal dentro del hospital que aceptara a los pacientes del ED cuando acudieran con dolor dental no traumático. Esta disposición permitiría una atención dental inmediata y adecuada. Mientras el paciente recibe atención en la clínica dental del hospital, un trabajador social, un gestor de casos o un profesional sanitario de la comunidad podría poner al paciente en contacto con una clínica gratuita o, si el paciente tiene seguro, con un odontólogo de la comunidad que acepte el seguro del paciente. Si se familiariza a los pacientes con la atención dental a través de los odontólogos de la clínica del hospital, además del traspaso directo, se podrían mejorar las tasas de seguimiento y garantizar que los pacientes reciban un acceso rápido a la atención adecuada. En un hospital de Maine se abrió una clínica de este tipo, que contaba con un higienista dental para los pacientes que acudían al ED con una necesidad dental.²⁴ Si el paciente requiriera una atención de mayor nivel por parte de

un odontólogo, la clínica ponía al paciente en contacto con una clínica dental local dispuesta a aceptarlo.

Cuando no sea posible crear una clínica de este tipo, el ED podría asociarse con una clínica dental de la comunidad que ofrezca atención a los pacientes que acudan al ED por caries. Existen algunas asociaciones de este tipo. Por ejemplo, en Detroit, la VINA Community Dental Center (Clínica Dental de la Comunidad VINA) acepta pacientes con necesidades dentales derivados de los ED locales e incluso los odontólogos de la clínica realizaron un seguimiento integral de casi la mitad de los pacientes derivados con carácter urgente desde los ED.²⁵

Además de trabajar en la aplicación de los cambios institucionales antes mencionados, el ED podría crear una base de datos de recursos que ayude a los médicos a conocer las opciones de la comunidad para los pacientes, en especial si los trabajadores sociales o los gestores de casos no están disponibles. Así, se agilizaría el seguimiento de los pacientes si se les ayudara a entender cómo acceder a estos recursos y qué necesitan para demostrar su idoneidad (por ejemplo, el documento de identidad necesario, el papeleo de derivación).

En este contexto, cuando un paciente se tuerce un tobillo, el médico del ED puede derivarlo a una clínica de medicina deportiva con la que trabaje de manera frecuente. Fomentar y reforzar los vínculos similares con las clínicas dentales no solo permitiría una mejor atención al paciente, sino que también agilizaría el proceso de derivación. Si se establecen estas expectativas de atención clínica de calidad en una etapa tan temprana como en la facultad de medicina, se obtendrán nuevas generaciones de médicos y odontólogos que contemplen la atención médica y dental como fuerzas cohesivas que deben trabajar juntas.

Conclusión

El escenario clínico de la Dra. M y la Sra. O es una desafortunada realidad que experimentan muchos médicos y pacientes. La Sra. O sufrió repetidos fracasos a causa de un sistema fragmentado que perpetúa la división existente entre la medicina y la odontología. Esta situación perjudica la salud física y psicológica de los pacientes y resulta costosa para el sistema. Si conociera directamente los recursos de la comunidad, la Dra. M podría orientar a la Sra. O hacia una atención dental de calidad cuando se presentara por primera vez en el ED; y si promoviera a largo plazo la mejora de la cobertura y la atención dental, la Dra. M podría ayudar a mejorar el sistema actual para evitar que los futuros pacientes sufrieran la misma experiencia que la Sra. O.

Los principales ajustes a nivel institucional, como la apertura de clínicas dentales dentro de los hospitales, constituirían la vía de acceso más sencilla a la integración, pero se enfrentarían a grandes limitaciones dentro de la actual estructura de seguros. La ampliación de la cobertura de los seguros dentales y la creación de relaciones entre los ED y los odontólogos de la comunidad son también medidas esenciales para la integración. Es necesario complementar la ampliación de la cobertura para garantizar la existencia de suficientes clínicas dentales de calidad que acepten los seguros públicos en las zonas donde más se necesitan, lo que reduciría de manera eficaz los obstáculos que impiden el acceso a la atención. Asimismo, abordar los determinantes sociales más generales de la salud, como las disparidades de ingresos y educación, mejorará los resultados de la salud bucodental.

References

1. DeLia D, Lloyd K, Feldman CA, Cantor JC. Patterns of emergency department use for dental and oral health care: implications for dental and medical care coordination. *J Public Health Dent.* 2016;76(1):1-8.
2. Allareddy V, Rampa S, Lee MK, Allareddy V, Nalliah RP. Hospital-based emergency department visits involving dental conditions: profile and predictors of poor outcomes and resource utilization. *J Am Dent Assoc.* 2014;145(4):331-337.
3. Sun BC, Chi DL, Schwarz E, et al. Emergency department visits for nontraumatic dental problems: a mixed-methods study. *Am J Public Health.* 2015;105(5):947-955.

4. Figueiredo R, Dempster L, Quiñonez C, Hwang SW. Emergency department use for dental problems among homeless individuals: a population-based cohort study. *J Health Care Poor Underserved*. 2016;27(2):860-868.
5. Feagin J, Bennefield Z. Systemic racism and US health care. *Soc Sci Med*. 2014;103:7-14.
6. Mertz EA. The dental-medical divide. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(12):2168-2175.
7. Gordon JA. The hospital emergency department as a social welfare institution. *Ann Emerg Med*. 1999;33(3):321-325.
8. Salomon D, Heidel RE, Kolokythas A, Miloro M, Schlieve T. Does restriction of public health care dental benefits affect the volume, severity, or cost of dental-related hospital visits? *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(3):467-474.
9. Okunseri C. Limiting dental benefits may lead to hospital emergency department visits for nontraumatic dental conditions. *J Evid Based Dent Pract*. 2018;18(2):185-186.
10. Wall T, Nasseh K; Health Policy Institute. Dental-related emergency department visits on the increase in the United States. American Dental Association; May 2013. Accessed September 24, 2021. <https://txohc.org/wp-content/uploads/2018/10/dental-related-emergency-department-visits-on-the-increase-in-the-united-states.pdf>
11. McCormick AP, Abubaker AO, Laskin DM, Gonzales MS, Garland S. Reducing the burden of dental patients on the busy hospital emergency department. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013;71(3):475-478.
12. Dumitrescu AL, Dogaru BC, Dogaru CD. Self-control and self-confidence: their relationship to self-rated oral health status and behaviours. *Oral Health Prev Dent*. 2009;7(2):155-162.
13. Stephens MB, Wiedemer JP, Kushner GM. Dental problems in primary care. *Am Fam Physician*. 2018;98(11):654-660.
14. Lockhart PB, Brennan MT, Thornhill M, et al. Poor oral hygiene as a risk factor for infective endocarditis-related bacteremia. *J Am Dent Assoc*. 2009;140(10):1238-1244.
15. Tunzi M, Ventres W. Family medicine ethics: an integrative approach. *Fam Med*. 2018;50(8):583-588.
16. Dental care. Medicaid.gov. Accessed June 17, 2021. <https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/dental-care/index.html>
17. National Association of Dental Plans™. Understanding dental benefits. WhyDental.org. Accessed August 11, 2021. <https://community.nadp.org/whydentalorg/about/understanding-dental-benefits>
18. Kelekar U, Naavaal S. Dental visits and associated emergency department-charges in the United States: nationwide emergency department sample, 2014. *J Am Dent Assoc*. 2019;150(4):305-312.e1.
19. Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(3):295-303.
20. US Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000. Accessed November 8, 2021. <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-10/hck1ocv.%40www.surgeon.fullrpt.pdf>
21. Wiener RC, Sambamoorthi U, Shen C, Alwhaibi M, Findley P. Food security and unmet dental care needs in adults in the United States. *J Dent Hyg*. 2018;92(3):14-22.
22. Rebelo MAB, de Castro PHD, Rebelo Vieira JM, Robinson PG, Vettore MV. Low social position, periodontal disease, and poor oral health-related quality of life in adults with systemic arterial hypertension. *J Periodontol*. 2016;87(12):1379-1387.
23. Jones M, Lee JY, Rozier RG. Oral health literacy among adult patients seeking dental care. *J Am Dent Assoc*. 2007;138(9):1199-1208.
24. Maine hospital opens dental clinic to alleviate ER burdens. *DentistryIQ*. August 20, 2013. Accessed November 15, 2021. <https://www.dentistryiq.com/practice-management/insurance/article/16353323/maine-hospital-opens-dental-clinic-to-alleviate-er-burdens>

25. Michigan clinic serves as dental home for patients seeking treatment at emergency room. American Dental Association. September 30, 2014.

Alexa Curt es estudiante de primer año de medicina en la Facultad de Medicina de Harvard en Boston, Massachusetts. Sus intereses de investigación incluyen la mejora del acceso a la atención médica de calidad y el refuerzo de las conexiones entre los servicios de urgencias y los miembros de la comunidad que no tienen cubiertas sus necesidades sanitarias.

Margaret Samuels-Kalow, MD, MPhil, MSHP es profesora titular de medicina de urgencias y pediatría en la Facultad de Medicina de Harvard y médica adjunta de medicina de urgencias y medicina de urgencias pediátricas en el Hospital General de Massachusetts en Boston, Massachusetts. Su trabajo se centra en el desarrollo de intervenciones que mitiguen la inequidad y mejoren la calidad de la atención.

Nota del editor

El caso al que responde este comentario fue desarrollado por el personal editorial.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(1):E13-18.

DOI

10.1001/amajethics.2022.13.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.