



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA: ENFOQUE ESTOMATOLÓGICO

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA:

LIC. ESTOMATOLOGÍA MARÍA ELENA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

TUTOR:

DR. EDUARDO DE LA TEJA ÁNGELES

COTUTORES:

CMF. JORGE TÉLLEZ RODRÍGUEZ
CMF. MARÍA CRISTINA RUBÍ LÓPEZ FERNÁNDEZ
DR. AMÉRICO DURÁN GUTIÉRREZ



MÉXICO, D.F.

2011

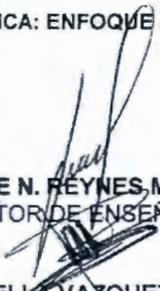
INP
CENTRO DE INFORMACIÓN
Y DOCUMENTACIÓN

TITULO DEL TRABAJO

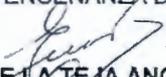
**CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN PEDIÁTRICA: ENFOQUE ESTOMATOLÓGICO.**



DR. JOSE N. REYNES MANZUR
DIRECTOR DE ENSEÑANZA



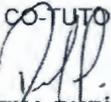
DRA. MIRELLA VAZQUEZ RIVERA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE PRE Y POSGRADO



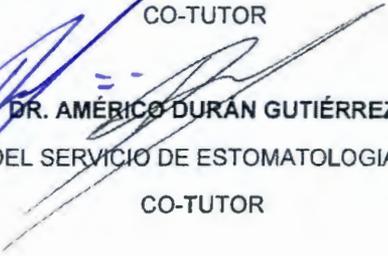
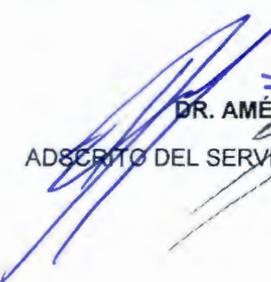
DR. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD Y JEFE DEL SERVICIO DE
ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA
TUTOR DE TESIS



CMF. JORGE TELLEZ RODRIGUEZ
ADSCRITO DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA
CO-TUTOR



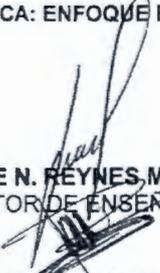
CMF. MARÍA CRISTINA RUBÍ LÓPEZ FERNÁNDEZ
ADSCRITO DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA
CO-TUTOR



DR. AMÉRICO DURÁN GUTIÉRREZ
ADSCRITO DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA
CO-TUTOR

TITULO DEL TRABAJO

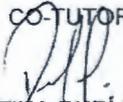
**CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN PEDIÁTRICA: ENFOQUE ESTOMATOLÓGICO.**

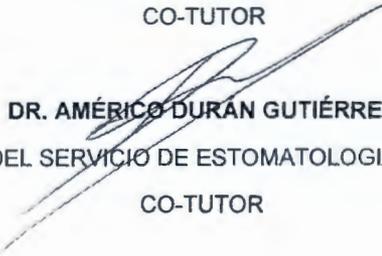

DR. JOSE N. REYNES MANZUR
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

DRA. MIRELLA VAZQUEZ RIVERA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE PRE Y POSGRADO


DR. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD Y JEFE DEL SERVICIO DE
ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA
TUTOR DE TESIS


CMF. JORGE TELLEZ RODRIGUEZ
ADSCRITO DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA
CO-TUTOR


CMF. MARÍA CRISTINA RUBÍ LÓPEZ FERNÁNDEZ
ADSCRITO DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA
CO-TUTOR


DR. AMÉRICO DURÁN GUTIÉRREZ
ADSCRITO DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA
CO-TUTOR

Agradecimientos

A Dios:

Por todas las oportunidades y bendiciones que me ha dado.

A mi familia:

Por estar siempre a mi lado apoyándome.

A mis maestros:

Por la experiencia brindada.

A mis amigos:

Por compartir grandes momentos.

A mis compañeros:

A mis R2 por ser mis maestros de 24 horas y a mis R1 gracias por su linda amistad.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Urgencias estomatológicas de origen infeccioso.....	3
Urgencias estomatológicas de origen traumático.....	4
Medicamente comprometidos.....	5
Apoyo familiar inadecuado.....	7
Análisis.....	7
Conclusiones.....	8
Bibliografía.....	9
Cuadros.....	12

INP
CENTRO DE INFORMACION
Y DOCUMENTACION

Criterios de hospitalización en un centro de tercer nivel de atención pediátrica: enfoque estomatológico.

*Dra. María Elena Rodríguez Álvarez ** Dr. Eduardo De la Teja Ángeles ***CMF. Jorge Téllez Rodríguez. **** CMF. María Cristina Rubí López Fernández ***** Dr. Américo Duran Gutiérrez.

*Residente de estomatología. **Jefe del Servicio de Estomatología Pediátrica. *** CMF Adscrito del Servicio de Estomatología Pediátrica. ****CMF Adscrito del Servicio de Estomatología Pediátrica. ***** Adscrito del Servicio de Estomatología Pediátrica.

RESUMEN

La hospitalización de niños para el tratamiento de urgencias estomatológicas y maxilofaciales así como de pacientes programados para cirugía debe ser juicioso y no tomarse a la ligera ya que implica gastos para los familiares y para la institución. Por otra parte si no se hospitaliza el paciente que lo requiere, se pone en riesgo la función e incluso la vida.

En un hospital de tercer nivel de atención la demanda es muy elevada y no se pueden ingresar a todos los pacientes de una manera arbitraria. En contraste algunos pacientes deben ser hospitalizados para un tratamiento únicamente estomatológico: los cardiopatas descompensados, niños con problemas neurológicos severos o pacientes inmunocomprometidos, debido al riesgo hemodinámico, a compromiso de la vía aérea, a un problema infeccioso, etcétera.

El propósito de este trabajo es identificar, clínicamente, los parámetros para la hospitalización de un niño en un centro de tercer nivel.

Palabras clave: hospitalización, parámetros estomatológicos, urgencia, tercer nivel de atención.

ABSTRACT

Dental and maxillofacial management emergencies of hospitalized pediatric patients and elective procedures must be judicious and taken seriously in view of the high cost for the family and the hospital; however, if a patient requires hospitalization and it is not done, the adequate function and even his life are at risk.

In a third level institution there is a high demand from patients and they can not be admitted in arbitrary way. In contrast, dental emergency need hospitalization in cases of cardiovascular diseases, neurologic problems, inmunosuppression status, because of the hemodynamic risk, a possible respiratory distress, an infection etc. the aim of this paper is to identify, clinical parameters for hospital admission of children in a third level facility.

Key words: Hospital admission, dental parameters, dental emergency, third level facility.

INTRODUCCION

En la población mexicana una hospitalización tiene un costo elevado. Por otro lado no hospitalizar a un paciente por falta de recursos, por negligencia, o por falta de conocimientos para identificar clínicamente un problema de salud puede tener un desenlace fatal.¹

Los niños con afecciones estomatológicas pueden hospitalizarse de dos formas:

De manera programada, para ser operados para excisión de tumores, cirugía ortognática, distracción ósea (cirugía correctiva de los maxilares); procedimientos quirúrgicos menores en pacientes con trastornos sistémicos, así como para ser rehabilitados de la cavidad bucal bajo anestesia general.

De manera urgente, por traumatismo maxilofacial, patologías que involucren de manera directa la vía aérea, común en procesos infecciosos de cabeza y cuello; para

eliminar focos infecciosos de la cavidad bucal previamente a tratamientos como: cirugía de corazón, trasplante de médula ósea, inicio de tratamientos inmunosupresores, entre otros.

Urgencias estomatológicas de origen infeccioso.

Las infecciones de la cabeza y el cuello son comunes en los niños. Por el sitio en que ocurren y los microorganismos responsables, pueden ser difíciles de tratar debido a la proximidad íntima de la piel, dientes, glándulas salivales, senos y conducto auditivo, estas infecciones pueden poner en peligro la vida.² Entre las enfermedades sistémicas comúnmente encontradas en infecciones de origen odontogénico se encuentran: la diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis reumatoide, VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y algunas enfermedades neoplásicas.^{1,3}

Entre las complicaciones de las infecciones odontogénicas hay: celulitis, trombosis del seno cavernoso, absceso cerebral, angina de Ludwing, osteomielitis, sepsis generalizada, infecciones orbitarias, ceguera, meningitis con secuelas neurológicas, fascitis necrotizante; acompañada de trombosis y necrosis de áreas cutáneas amplias, así mismo mediastinitis, provocada por extensión a través de la vaina vascular del cuello o del espacio retrofaríngeo.^{4,5} Las alteraciones que causan en la cavidad oral deshidratación son las infecciones virales y micóticas, gingivostomatitis herpética, varicela y candidiasis entre otras, lo cual requiere apoyo parenteral.^{6,7}

El tratamiento de las infecciones de los espacios celuloadiposos cérvico-faciales incluye: Tratamiento etiológico, incisión, desbridamiento y drenaje de colecciones supuradas, antibioticoterapia, cuidados sistémicos complementarios: hidratación, soporte nutricional, analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios.^{4,5,8,9}

Criterios de hospitalización:

- Disnea.
- Trismus intenso.
- Celulitis rápidamente progresiva.
- Odinofagia. (cambio en la fonación)
- Disfagia.
- Extensión de espacios faciales profundos afectados. (espasmos primarios y secundarios)
- Fiebre superior a 38°C
- Paciente no cooperador o incapaz de seguir por sí mismo el tratamiento ambulatorio. (negligencia familiar y falta de recursos económicos)
- Fracaso del tratamiento inicial.
- Afectación grave del estado general: cefalea, depresión, disminución de la agudeza visual, crisis convulsivas, náuseas, vómitos, deshidratación, anorexia, desnutrición.
- Pacientes inmunocomprometidos.^{10, 11, 12.}

Urgencias estomatológicas de origen traumático.

En los traumatismos faciales es esencial descartar la posibilidad de heridas asociadas, antes de enfocar la atención sobre un problema local, ya que se pueden presentar complicaciones neurológicas por lesiones a estructuras adyacentes durante el traumatismo.¹³ El paciente traumatizado debe considerarse como urgencia y tratarse de forma inmediata, no sólo para aliviar el dolor, sino para mejorar el pronóstico de la lesión. En cuanto a las funciones que se pueden ver alteradas en un traumatismo facial

se encuentran: el olfato, visión, movimiento ocular, expresión facial, audición, equilibrio, función lingual y función masticatoria.

Las lesiones de tejidos blandos pueden ser: abrasiones, contusiones, laceraciones y quemaduras químicas o eléctricas. Entre otras, podemos encontrar, mordeduras de perro, que representan un motivo de consulta frecuente, de éstas las lesiones graves afectan principalmente a niños y comprometen cabeza y cuello.^{14, 15.}

El tratamiento de un traumatismo deberá ser antiséptico, farmacológico y, en algunas ocasiones quirúrgico.¹⁶ Dentro de las consideraciones terapéuticas de las heridas que amenazan la vida, y en que deberá considerarse la hospitalización para intervención inmediata, son:

- 1) Hemorragia no controlable.
- 2) Invasión bacteriana con compromiso sistémico.
- 3) Pérdida de la continuidad del tejido, con riesgo de infección.
- 4) Pérdida de la función, sobretodo en funciones vitales.
- 5) Obstrucción de la vía aérea.
- 6) Paro cardíaco.
- 7) Aumento de la presión intracraneana.
- 8) Fracturas maxilares o mandibulares.
- 9) Maltrato físico.
- 10) Medicamento comprometidos.^{17, 18.}

Medicamento comprometidos:

Los tratamientos odontológicos de bajo riesgo en pacientes sanos se vuelven de alto riesgo en ciertas situaciones, por ejemplo, una infección de origen dental leve en un paciente cardiópata descompensado amerita hospitalización y tratamiento antes de la

intervención estomatológica. De igual manera, un traumatismo dentoalveolar en un paciente con Diabetes Mellitus es de sumo cuidado por el riesgo de infección que puede presentar.

Existen otros problemas que obligan de alguna manera a evaluar de forma minuciosa si el paciente debe ser hospitalizado o no, sobre todo para el control de las infecciones, hemorragia y dolor, pacientes con hemofilia, leucemias, alteraciones neurológicas, difícil manejo de secreciones, entre otros.¹⁹

Evaluación inicial vía aérea:

En el paciente con trastornos de la vía aérea, por procesos infecciosos o traumáticos, se debe valorar si hay dificultad para deglutir y respirar, disfonía, desviación traqueal, cuello rígido, estridor, limitación de la apertura bucal, elevación del piso de la boca, limitación de movimientos de la lengua, protrusión y edema de la misma, afección del paladar con desviación de la úvula y eritema, aumento de volumen asimétrico de la pared faríngea, auxiliándose de radiografías laterales de cuello y tomografía. En alteraciones congénitas o síndromes genéticos, que impidan la ventilación adecuada, como son los casos de síndrome de Down, trisomía 13, mucopolisacaridosis, Pierre Robin, acrocefalopolisindactilia, distrofia muscular y Treacher Collins, entre otros, o en procesos quirúrgicos o traumáticos que involucren edema lingual y probable glosoptosis.²⁰

La vía digestiva.

Pacientes imposibilitados para la alimentación, debido a tumores que interfieren en el trayecto del esófago, en infecciones dentales donde los pacientes cursan con hiporexia y desnutrición, debido a que no han querido comer por dolor a la masticación.

Apoyo familiar inadecuado.

El descuido del paciente por los padres o tutor, ya sea por ignorancia o por negligencia, así como la imposibilidad económica para proporcionar y administrar los medicamentos, entre otros cuidados, después de una intervención por parte del estomatólogo, puede considerarse un factor de internamiento.²¹

Análisis

Un hospital de tercer nivel de atención tiene como función satisfacer la demanda médica, incluyendo la estomatológica para casos de alta complejidad, en pacientes que requieren tratamientos interdisciplinarios de alta especialidad. En este aspecto, el internamiento está destinado a los pacientes que necesitan un control estricto debido a las complicaciones que pueden surgir por la complejidad de su patología primaria. El diagnóstico estomatológico y el tratamiento que debe ser vigilado estrechamente. El no hospitalizar a un paciente porque el diagnóstico es netamente estomatológico puede caer en negligencia que ponga en riesgo la vida del paciente, por las complicaciones que puedan presentarse. De acuerdo a la experiencia de cada institución se norman y se modifican los criterios de ingreso hospitalario, o de mantener hospitalizado a un paciente de acuerdo al tratamiento.^{4, 5, 13, 16, 22, 23, 24} y aplicar métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento especiales; para controlar las enfermedades sistémicas que de no atenderse, aumentan el riesgo de muerte del paciente o prolongan el tiempo de tratamiento y favorecen las complicaciones.

CONCLUSIONES.

El pasar por alto el razonamiento de las bases clínicas del ingreso hospitalario, hacen pensar que el tratamiento estomatológico de un paciente es algo sencillo, que no requiere hospitalización; es tener una visión exclusivamente técnica, es decir, se olvida el estado de salud general del paciente, su edad y por supuesto, su habilidad para establecer comunicación, las estructuras anatómicas y las funciones involucradas, el tratamiento médico que requiera, y la observación y evaluación médico estomatológico posquirúrgica (sangrado, inflamación), se ignoran indebidamente las indicaciones médicas, como son, la valoración del estado neurológico, entre otras.

Omitir la necesidad de vigilancia más estrecha de un paciente, significa no tener en cuenta las medidas preventivas y la identificación de factores que afectan el diagnóstico, manejo y complicaciones, lo cual puede resultar en un desenlace fatal. Es importante realizar una valoración rápida pero profunda sobre los criterios de hospitalización del paciente pediátrico con un problema estomatológico, ya que el área facial está vinculada con las funciones vitales, como son la alimentación y la respiración. De ahí su importancia, de una intervención adecuada. Por otro lado el cuerpo médico que no tiene el concepto de trabajo interdisciplinario subestima la importancia de la salud estomatológica canalizando de forma imprudente a los pacientes con enfermedades odontogénicas a un segundo nivel de atención, postergando así su tratamiento, que en algunos casos es de carácter vital. No solo se trata de odontología, si no de un paciente que requiere atención integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez RGA, Cadena AJL, Arenas OJ, Pacheco RM, Vivanco CB, Baños AG. Impacto de las infecciones cervicofaciales odontogénicas en el Hospital de Infectología, Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS. *Educ Invest Clin.* 2000;1(1): 22-33.
2. Gutiérrez PJ, Perea PE, Romero RM, Girón GA. Infecciones orofaciales de origen odontogénico. *Med Oral.* 2004;9:280-7.
3. Seppänen L, Lauhio A, Lindqvist C, Suuronen R, Rautemaa R. Analysis of systemic and local odontogenic infection complications requiring hospital care. *J Infect.* 2008;57(2):116-22.
4. Jiménez Y, Bagán JV, Murillo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9 Suppl:S139-47.
5. de Vicente-Rodríguez JC. Celulitis maxilofaciales. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9 Suppl:S126-38.
6. Rioboo-Crespo Mdel R, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10(5):376-87.
7. Martínez GMJ. Infecciones virales y exantemas no tradicionales. *Rev. chil. pediatr.* 2005;76(3):309-15.
8. Wang J, Ahani A, Pogrel MA. A five-year retrospective study of odontogenic maxillofacial infections in a large urban public hospital. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34(6):646-9.
9. Bascones Martínez A, Aguirre Urizar JM, Bermejo Fenoll A, Blanco Carrión A, Gay-Escoda C, González Moles MA, Gutiérrez Pérez JL, Jiménez Soriano Y, Liébana Ureña J, López Marcos JF, Maestre Vera JR, Perea Pérez EJ, Prieto Prieto J, Vicente Rodríguez JC. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:363-76.

10. Flynn TR, Shanti RM, Levi MH, Adamo AK, Kraut RA, Trieger N. Severe odontogenic infections, part 1: prospective report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(7):1093-103.
11. Gay-Escoda C, Berini Aytés L. *Tratado de Cirugía Bucal*, Tomo 1. Madrid 2004: Ergon:355-85.
12. Storoe W, Haug RH, Lillich TT. The changing face of odontogenic infections. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:739-48.
13. A. García-Perla García, A. García-Perla García. Actuación en urgencias ante el traumatismo facial. *Emergencias* 2003;15:221-30.
14. Navia JM. Mordedura de perro en cara. *Arch argent pediatr* 2005;103(5):396-400
15. Lackmann GM, Wolfgang Draf W, Isselstein G, Töllner U Surgical treatment of facial dog bite injuries in children. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 1992;20(2):81-6
16. Haug RH, Foss J. Maxillofacial injuries in the pediatric patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;90:126-34
17. Concha Torre A, Rey Galán C, Los Arcos Solas M, Categorización y triage del niño politraumatizado. *Bol Pediatr* 2008; 48:137-44
18. Valencia C, Aguirre AF. Incidencia del Trauma Maxilofacial Asociado a complicaciones de la Vía Aérea. *Rev. Estomat.* 2009; 17(1):13-8
19. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on management of dental patients with special health care needs. *Pediatr Dent.* 2008-2009;30(7 Suppl):107-11.
20. Mancera Elías G, Arenas Venegas AD. La Vía Aérea Difícil y sus Implicaciones en Pediatría. *Anestesia Pediátrica e Neonatale.* 2009;7(2):
21. Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, López-Navarrete GE, Jordán-González N, Trejo-Hernández J. Negligencia o pobreza. El sobrediagnóstico del maltrato al menor. *Acta Pediatr Mex* 2007; 28 (5):193-7
22. Farrier JN, Kittur MA, Sugar AW. Necrotising fasciitis of the submandibular region; a complication of odontogenic origin. *Br Dent J.* 2007;202(10):607-9.
23. Krishnan V, Johnson JV, Helfrick JF. Management of maxillofacial infections: a review of 50 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993;51(8):868-73.

24. Uluibau IC, Jaunay T, AN Goss AN. Severe odontogenic infections. Aust Dent J
2005;50 Suppl 2:S74-S81

I N P
CENTRO DE INFORMACION
y DOCUMENTACIÓN

CUADRO 1. ESCALA DE VALORACION PARA INGRESO HOSPITALARIO EN ESTOMATOLOGIA (EVIHE)

	SIGNO O SÍNTOMA	PRESENTA	OBSERVACIONES O ESTUDIOS
INFECCIOSOS	Disnea	2	Verificar si el proceso infeccioso atraviesa la línea media submandibular o dificulta la respiración. Ultrasonido.
	Trismus	1	Medir apertura bucal (menor de un centímetro ingresar)
	Celulitis rápidamente progresiva	1	Horas de evolución
	Disfagia	0.5	Tolerancia de alimentos por vía oral.
	Odinofagia	0.5	Cambio en la fonación.
	Extensión a espacios aponeuróticos	0.5	Extensión a planos profundos por espacios virtuales.
	Fiebre mayor a 38°	0.5	Sostenida durante mas de 48 horas
	Paciente no cooperador o incapaz de seguir el tratamiento	0.5	Verificar el medio psicosocial.
	Fracaso al tratamiento inicial	0.5	Tratamientos anteriores inadecuados.
	Afección al estado general	1	Somnolencia, letargo astenia y adinamia
Pacientes inmunocomprometidos	0.5	Inmunosupresión e inmunodepresión.	
TOTAL TRAUMÁTICOS	Hemorragia difícilmente controlable	0.5	Daño a grandes vasos o paciente con alteraciones de la coagulación.
	Sepsis	1	Afección sistémica.
	Perdida de continuidad con riesgo de infección	0.5	Heridas profundas y fracturas expuestas.
	Perdida de la función (funciones vitales)	1	Alteraciones de la respiración y la alimentación.
	Obstrucción de la vía aérea.	2	Hipoxia.
	Aumento de la presión intracraneana	2	Sospecha de daño al SNC por trauma o sepsis.
	Fracturas maxilares o mandibulares con repercusión sistémica.	1	Dificultad respiratoria o de la alimentación.
	Maltrato infantil	0.5	Marcadores orofaciales de síndrome de niño maltratado.
TOTAL TRATAMIENTOS PROGRAMADOS	Trastornos médicos descompensados o de alto riesgo inmunosuprimidos	2	ASA III y ASA IV.
	Riesgo de infección	0.5	Inicio de tratamiento inmunosupresor (bolos)
	Riesgo de hemorragia	0.5	Trastornos inmunológicos. Trastornos hemorrágicos, o con

Dolor intenso	0.5	tratamiento anticoagulante.
Compromiso de la vía aérea postquirúrgico.	2	Tratamiento invasivo que amerite manejo analgésico fuerte. Síndromes genéticos, edema extenso, postquirúrgico.

TOTAL

Si el paciente completa un punto, debe ser evaluado minuciosamente para ingresarlo; 2 puntos o más, el ingreso debe ser obligatorio.

Cuadro 2 DISCUSION: AUTORES Y PUNTOS DE VISTA RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACION EN SITUACIONES QUE INVOLUCREN CABEZA Y CUELLO.

Autor y fecha	Condicionantes de Hospitalización
Krishnan V. y cols.(23) 1993 University of Texas Health Science Center, Houston	Compromiso de Vía respiratoria Tipo de intervención quirúrgica Administración de antibióticos
Haug R. y cols. (16) 2000 University of Kentucky and Metro Health Medical Center, Kentucky, USA	Fracturas maxilo-mandibulares Fracturas maxilo-mandibulares en pacientes con enfermedades sistémicas
García-Perla García A. (13) y cols. 2003 Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla	Trauma facial que involucre la vía aérea, control hemodinámico, estado de conciencia y neurológico
Jiménez Y. y cols.(4) 2004 Hospital General Universitario de Valencia	Enfermedades sistémicas (VIH, Diabetes, Glomerulonefritis, Lupus eritematoso sistémico, Anemia Aplásica, Neutropenias, Inmunodeficiencias y estados de hipersensibilidad entre otros)
De Vicente-Rodríguez J. y cols. (5) 2004 Universidad de Oviedo. Hospital Universitario Central de Asturias	Celulitis de progreso rápido, disnea, disfagia, extensión a espacios profundos, fiebre mayor a 38°, trismus intenso de la ATM. Pacientes no colaboradores o incapaces de seguir por si mismos el tratamiento ambulatorio, Fracaso del tratamiento inicial. Afección grave al estado general. Pacientes inmunocomprometidos

Uluibau IC. y cols.(24) Tratamiento de Infecciones graves odontogénicas
2005

The Royal Adelaide
Hospital, Australia

Farrer JN. y cols.(22) Compromiso de vía aérea,
2007 Invasión de espacios craneales
Morrison Hospital, Trombosis del seno cavernoso
Swansea, UK. Fascitis necrotizante

I N P
CENTRO DE INFORMACIO
Y DOCUMENTACION