

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 Durán-Gutiérrez*****

RESUMEN

La hospitalización de niños para 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 un 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 puede ingresar a todos los pacientes de 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 posible 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, immunosuppression 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.

* 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

Correspondencia: Dr Américo Duran-Gutiérrez. Adscrito al Servicio de Estomatología Insurgentes Sur 3700-C col Insurgentes Cuicuilco CP 04530 México DF

Recibido: marzo, 2010. Aceptado: octubre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Rodríguez-Álvarez ME, de la Teja-Ángeles E, Téllez-Rodríguez J, López-Fernández MCR, Durán-Gutiérrez A. Criterios de hospitalización en un centro de tercer nivel de atención pediátrica: Enfoque estomatológico. Acta Pediatr Mex 2011;32(1):46-51.

www.nietoeditores.com.mx

En la población mexicana una hospitalización tiene un costo elevado. Por otro lado, no hospitalizar a un paciente a 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 escisión 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 un traumatismo maxilofacial; por 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, 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 frecuentes en infecciones odontogénicas se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la artritis reumatoide, la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y algunas neoplasias.^{1,3}

Entre las complicaciones de las infecciones odontogénicas hay: celulitis, trombosis del seno cavernoso, absceso cerebral, angina de Ludwig, osteomielitis, sepsis generalizada, infecciones orbitarias, ceguera, meningitis con secuelas neurológicas, fascitis necrosante, acompañada de trombosis y necrosis de áreas cutáneas amplias; 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

Antibioticoterapia, incisión, desbridamiento y drenaje de colecciones purulentas, cuidados sistémicos complementarios: hidratación, soporte nutricional, analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios.^{4,5,8,9}

- Criterios de hospitalización.
- Disnea.
- Trismus intenso.

- Celulitis rápidamente progresiva.
- Odinofagia (deglución dolorosa).
- Disfagia (deglución difícil no dolorosa).
- Extensión a espacios faciales profundos afectados (espasmos primarios y secundarios).
- Fiebre superior a 38°C
- Paciente no cooperador o incapaz de seguir el tratamiento ambulatorio (por 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.¹⁰⁻¹²

URGENCIAS ESTOMATOLÓGICAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO

En los traumatismos faciales es esencial descartar la presencia de heridas asociadas, antes de enfocar la atención sobre un problema local, ya que pueden presentar complicaciones neurológicas por lesiones a estructuras adyacentes durante el traumatismo.¹³ Un traumatismo en un paciente debe considerarse como urgencia y tratarse de forma inmediata, no sólo para aliviar el dolor, sino para mejorar el pronóstico de la lesión. Las funciones que pueden alterarse por un traumatismo facial son: el olfato, la visión, el movimiento ocular, la expresión facial, la audición, el equilibrio, la función lingual y la función masticatoria.

Las lesiones de tejidos blandos pueden ser: abrasiones, contusiones, laceraciones y quemaduras químicas o eléctricas. Otras lesiones pueden ser mordeduras de perro, que son frecuente motivo de consulta. 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

Las heridas o situaciones que amenazan la vida, y que requieren 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, sobre todo 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) Médicamente comprometidos.^{17, 18.}

MÉDICAMENTE 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 con cardiopatía descompensada que requiere hospitalización y tratamiento antes de la intervención estomatológica; un traumatismo dentoalveolar en un paciente con diabetes mellitus requiere sumo cuidado por el riesgo potencial de una infección.

Existen otros problemas que obligan 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 o con leucemias; alteraciones neurológicas y difícil manejo de secreciones, entre otros.¹⁹

EVALUACIÓN INICIAL DE LA VÍA AÉREA

En un 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. Para ello son indispensables las radiografías laterales de cuello y la tomografía. En alteraciones congénitas o síndromes genéticos, que impidan la ventilación adecuada, como en algunos casos de síndrome de Down, trisomía 13, mucopolisacaridosis, síndrome de Pierre Robin, acrocefalopolisindactilia, distrofia muscular y síndrome de Treacher Collins, entre otros, o en procesos quirúrgicos o traumáticos que causen edema lingual y probable glosotoposis.²⁰

VÍA DIGESTIVA

Pacientes imposibilitados para alimentarse, debido a tumores que interfieren en el trayecto del esófago; infecciones dentales que causan hiporexia y desnutrición a los pacientes, debido al dolor que produce la masticación.

APOYO FAMILIAR INADECUADO

El descuido del paciente por los padres o tutores, por ignorancia, por negligencia, o por problemas económicos para proporcionar y administrar los medicamentos, entre otros cuidados, después de una intervención estomatológica, puede ser motivo de internamiento.²¹

ANÁLISIS

Un hospital de tercer nivel de atención debe satisfacer la demanda médica, incluyendo la estomatológica para casos de alta complejidad, en pacientes que requieren tratamientos interdisciplinarios de alta especialidad. En este aspecto, se deben hospitalizar los pacientes que requieren control estricto debido a las complicaciones que pueden surgir por la complejidad de su patología primaria. El diagnóstico estomatológico y el tratamiento deben ser vigilados estrechamente. El no hospitalizar a un paciente que debiera hospitalizarse porque el diagnóstico es problema estomatológico, puede considerarse una negligencia que incluso ponga en riesgo la vida del paciente, por las complicaciones potenciales. 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 si así lo requiere su tratamiento.^{4,5,13,16,22-24} y aplicar métodos auxiliares de diagnóstico y de tratamiento especiales; para controlar las enfermedades sistémicas que de no atenderse, aumenten 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 exclusiva-

Cuadro 1. Escala de valoración para ingreso hospitalario en estomatología (EVIHE)

	<i>Signo o sintoma</i>	<i>Presenta</i>	<i>Observaciones o estudios</i>
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 más 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	2	ASA III y ASA IV.
	Inmunosuprimidos	0.5	Inicio de tratamiento inmunosupresor (bolos)
	Riesgo de infección	0.5	Trastornos inmunológicos.
	Riesgo de hemorragia	0.5	Trastornos hemorrágicos, o con tratamiento anti-coagulante.
	Dolor intenso	0.5	Tratamiento invasivo que amerite manejo analgésico fuerte.
	Compromiso de la vía aérea postquirúrgico.	2	Síndromes genéticos, edema extenso, postquirúrgico.
Total			

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

mente técnica; es decir, se olvidan el estado de salud general del paciente, su edad, su habilidad para establecer comunicación. Se pasan por alto 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 la valoración del estado neurológico, y los padecimientos sistémicos 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, el

Cuadro 2. Puntos de vista relacionados con la hospitalización en situaciones que involucran cabeza y cuello

<i>Autor y fecha</i>	<i>Condicionantes de Hospitalización</i>
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°C, 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) 2005 The Royal Adelaide Hospital, Australia	Tratamiento de Infecciones graves odontogénicas.
Farrier JN. y cols.(22) 2007 Morriston Hospital, Swansea, UK.	Compromiso de vía aérea, invasión de espacios craneales. Trombosis del seno cavernoso, fascitis necrosante.

tratamiento y las complicaciones el padecimientos, lo cual puede llevar a 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 funciones vitales: la alimentación, la respiración. De ahí la 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 sólo se trata de odontología, sino de un paciente que requiere atención integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramírez RA, 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.
- Gutiérrez PJ, Perea PE, Romero RM, Girón GA. Infecciones orofaciales de origen odontogénico. *Med Oral* 2004;9:280-7.
- 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.
- Jiménez Y, Bagán JV, Murillo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9 Suppl:S139-47.
- de Vicente-Rodríguez JC. Celulitis maxilofaciales. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9Suppl:S126-38.
- Rioboo-Crespo M del 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.
- Martínez GMJ. Infecciones virales y exantemas no tradicionales. *Rev Chil Pediatr* 2005;76(3):309-15.
- 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.
- 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.
- 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.
- Gay-Escoda C, Berini Aytés L. *Tratado de Cirugía Bucal*, Tomo 1. Madrid: Ergon; 2004. p. 355-85.

12. Storoe W, Haug RH, Lillich TT. The changing face of odontogenic infections. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:739-48.
13. García-Perla GA. 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. *J Cranio-Maxillofac Surg* 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. *Anest Pediatr Neonat* 2009;7(2):80-4.
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.