

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE
HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIONES
ODONTOGÉNICAS - HOSPITAL REGIONAL CUSCO,
2020-2024**

PRESENTADO POR:

Br. KATHERINE FLOR VILLAVICENCIO
JIMENEZ

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE CIRUJANO DENTISTA**

ASESOR:

Dra. MARIA ELENA ZVIETCOVICH GUERRA

CUSCO - PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor Maria Elena Zvietcovich Guerra
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada:

Factores asociados al tiempo de hospitalización en pacientes
con infecciones odontogénicas - Hospital Regional Cusco,
2020 - 2024

Presentado por: Katherine Flor Villavicencio Jimenez DNI N° 73026436;

presentado por: DNI N°:

Para optar el título Profesional/Grado Académico de Cirujano Dentista

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 02 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 10 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	☒
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	☐
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	☐

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 31 de agosto de 20 26

Firma

Post firma Maria Elena Zvietcovich Guerra

Nro. de DNI 23985660

ORCID del Asesor 0000-0002-3069-036X

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:616826702

FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS - HOSPITA...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:616826702

Fecha de entrega

24 ago 2026, 2:26 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

24 ago 2026, 2:40 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIONES ODO....pdf

Tamaño del archivo

3.8 MB

105 páginas

28.230 palabras

168.531 caracteres

10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
70 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas que más amo y albergo en mi corazón, pilares que forman parte de mi vida, cuya entrega silenciosa y amor incondicional han sido la luz que guía cada uno de mis pasos y el motor que me impulsa a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A mi padre, que en el silencio de sus palabras supo guiarme con entereza. Su arduo y silencioso sacrificio ha sido una lección constante de vida y una fuente de inspiración para perseverar en mis sueños.

A mi amada madre, ejemplo de templanza y resiliencia, quien con amor forjó en mí una integridad y fortaleza inquebrantable. Su inalcanzable dedicación ha sido la luz en los momentos más sombríos.

A mis queridos hermanos, quienes con mucho entusiasmo, alegría y vitalidad me acompañaron en esta travesía. Su compañía y confianza en mí han sido fundamentales en los momentos de incertidumbre y cansancio.

A una persona que guardo profundamente en mi corazón, pilar y fuente inagotable de amor, que supo sabiamente guiar mi sendero y motivarme cada día a ser una gran persona.

A la doctora Maria Elena Zvietcovich Guerra, por su guía, apoyo y confianza.

Gracias a todos por creer en mí y por ser una fuente constante de inspiración en cada paso que doy.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	I
ABREVIATURAS	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Caracterización del problema de investigación	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos	4
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	5
1.4.1 Relevancia social	6
1.4.2 Valor teórico	6
1.4.3 Conveniencia	7
1.4.4 Implicancias prácticas	7
1.4.5 Utilidad metodológica	8
1.5 Delimitación del estudio	8
1.5.1 Delimitación espacial	8
1.5.2 Delimitación temporal	8
1.6 Limitaciones del estudio	8
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes de estudios	10
2.1.1 Antecedentes internacionales	10
2.1.2 Antecedentes nacionales	13
2.1.3 Antecedentes locales	14
2.2 Bases teóricas	15
2.2.1 Infección odontogénica	15
2.2.2 Manejo hospitalario de las infecciones odontogénicas	19
2.2.3 Factores asociados al tiempo de hospitalización	22

2.2.4 Tiempo de hospitalización	36
2.2.5 Descripción del Hospital Regional del Cusco	37
2.3 Definición de términos básicos.....	38
CAPÍTULO III	39
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.1 Diseño de investigación.....	39
3.2 Tipo de investigación	40
3.3 Población	40
3.4 Muestra.....	41
3.4.1 Muestra.....	41
3.4.2 Criterios de selección de la muestra.....	41
3.4.3 Tipo de muestreo.....	41
3.5 Variables de estudio	42
3.5.1 Identificación de variables	42
3.5.2 Operacionalización de variables	43
3.6 Hipótesis	46
3.7 Técnica e instrumento de recolección de datos	46
3.7.1 Técnica de recolección de datos	46
3.7.2 Instrumento de recolección de datos	46
3.8 Procedimientos	47
3.8.1 Etapa de procedimientos administrativos	47
3.8.2 Etapa de aplicación del instrumento.....	47
3.9 Validez y confiabilidad del instrumento	47
3.10 Plan de análisis de datos	48
3.11 Aspectos éticos.....	49
CAPITULO IV	50
RESULTADOS	50
4.1 Resultados respecto a los objetivos específicos	50
4.2 Resultados respecto al objetivo general.....	60
CAPITULO V	61
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	61
5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	61
5.2 Comparación crítica con la literatura existente	64
CONCLUSIONES	69
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	70
ANEXOS	76

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020 – 2024. _____ 50

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020 – 2024. _____ 52

TABLA 3. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020 – 2024. _____ 55

TABLA 4. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAS Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020-2024. _____ 57

TABLA 5. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS INTRAHOSPITALARIAS Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020 – 2024. _____ 59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, DURANTE EL PERIODO 2020-2024. ____ 54

GRÁFICO 2. FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020-2024. _____ 60

ABREVIATURAS

MINSA : Ministerio de Salud

UCI : Unidad de cuidados intensivos.

OMS : Organización Mundial de la Salud

CBM : Cirugía bucal y maxilofacial

CIE : Clasificación Internacional de Enfermedades

SIDA : Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

IC : Intervalo de confianza

Dra. : Doctora

Br. : Bachiller

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020-2024.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, observacional, analítico, retrospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 60 historias clínicas seleccionadas según los criterios establecidos. Se analizaron factores sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e intrahospitalarios relacionados con el tiempo de hospitalización.

Resultados: Predominó el sexo femenino (51,7 %), el grupo de 0 a 11 años (58,3 %) y la procedencia urbana (58,3 %). La forma clínica más frecuente fue la celulitis y absceso de boca (56,7 %), el molar fue la pieza causal predominante (80,0 %) y el espacio submandibular la localización más afectada (20,0 %). El 68,3 % no presentó comorbilidades y el 85,0 % no presentó hábitos nocivos. La estancia hospitalaria promedio fue de 9,9 días. Se encontró asociación significativa con edad ($p=0,043$), procedencia ($p=0,036$), tipo de infección ($p=0,014$), pieza dentaria ($p=0,043$), localización de la infección ($p=0,029$), comorbilidades ($p=0,048$), hábitos nocivos ($p=0,029$) y características intrahospitalarias ($p=0,037$); el sexo no presentó asociación significativa ($p=0,074$).

Conclusión: El tiempo de hospitalización estuvo asociado con factores sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e intrahospitalarios, excepto el sexo.

Palabras clave: Infección odontogénica, Tiempo de hospitalización, Factores asociados, Comorbilidades, Espacios anatómicos.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with length of hospitalization in patients with odontogenic infections treated at the Regional Hospital of Cusco during the 2020-2024 period.

Methodology: A quantitative, non-experimental, observational, analytical, retrospective, and cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 60 medical records selected according to the established criteria. Sociodemographic, clinical-epidemiological, and in-hospital characteristics related to length of hospitalization were analyzed.

Results: Female patients predominated (51.7%), as did the 0-to-11-year age group (58.3%) and patients from urban areas (58.3%). The most frequent clinical presentation was cellulitis and abscess of the mouth (56.7%), molars were the predominant causative teeth (80.0%), and the submandibular space was the most affected anatomical site (20.0%). Overall, 68.3% had no comorbidities and 85.0% reported no harmful habits. The mean length of hospital stay was 9.9 days. Significant associations were found with age ($p=0.043$), place of origin ($p=0.036$), type of infection ($p=0.014$), affected tooth ($p=0.043$), infection site ($p=0.029$), comorbidities ($p=0.048$), harmful habits ($p=0.029$), and in-hospital characteristics ($p=0.037$); sex was not significantly associated ($p=0.074$).

Conclusion: Length of hospitalization was associated with sociodemographic, clinical-epidemiological, and in-hospital factors, except for sex.

Keywords: Odontogenic Infection, Length of hospital stay, Associated factors, Comorbidities, Anatomical spaces.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones odontogénicas constituyen un problema relevante debido a su capacidad de diseminarse desde el foco dentario hacia los espacios anatómicos de la región maxilofacial y cervical. Se originan principalmente en los dientes o sus estructuras de soporte, generalmente como consecuencia de procesos como caries dental no tratada, necrosis pulpar o enfermedad periodontal. Cuando estas infecciones progresan, pueden comprometer espacios anatómicos profundos y ocasionar complicaciones graves que requieren atención especializada y, en determinados casos, hospitalización, tratamiento antibiótico, drenaje quirúrgico y manejo multidisciplinario.

En los pacientes que requieren hospitalización, la duración de la estancia constituye un aspecto importante de la evolución clínica y del uso de los recursos hospitalarios. Una mayor permanencia puede estar relacionada con la severidad y extensión del proceso infeccioso, las condiciones generales del paciente y las características del manejo recibido. Asimismo, una hospitalización prolongada implica una mayor utilización de camas, medicamentos, procedimientos y otros recursos asistenciales, por lo que resulta relevante conocer los factores relacionados con su duración.

Diversas investigaciones han identificado factores que pueden estar asociados con el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas y maxilofaciales. Entre ellos se encuentran características sociodemográficas, como la edad y la procedencia; características clínico-epidemiológicas, como el tipo de infección, la pieza dentaria causal, la localización y extensión anatómica, la presencia de comorbilidades y los hábitos nocivos; así como características intrahospitalarias relacionadas con el proceso de atención. La evidencia internacional muestra, por ejemplo, que la edad avanzada, la presencia de comorbilidades, el tabaquismo y el compromiso de múltiples espacios anatómicos pueden relacionarse con una mayor duración de la estancia hospitalaria. Estos factores también se encuentran representados en los antecedentes que sustentan la presente investigación.

En el contexto peruano, las infecciones odontogénicas continúan siendo motivo de atención especializada; sin embargo, la evidencia disponible sobre los factores asociados específicamente con la duración de la hospitalización es limitada. Esta

situación adquiere especial relevancia en establecimientos de referencia que reciben pacientes con cuadros de diferente severidad y complejidad clínica.

En el Hospital Regional del Cusco se atienden pacientes con infecciones odontogénicas que requieren manejo especializado y hospitalario. No obstante, existe limitada evidencia local que analice conjuntamente la relación entre las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización. Esta brecha de conocimiento hace necesario disponer de evidencia obtenida en el propio contexto hospitalario que permita conocer los factores asociados con la duración de la estancia.

Por ello, la presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020-2024, considerando características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias. Los resultados obtenidos aportan evidencia local sobre los factores relacionados con la duración de la hospitalización y pueden servir como referencia para futuras investigaciones y para la identificación de aspectos susceptibles de mejora en la atención de estos pacientes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Caracterización del problema de investigación

Las infecciones odontogénicas constituyen procesos infecciosos originados en los dientes o en sus estructuras de soporte y representan una causa frecuente de atención en los servicios de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Su importancia clínica radica en su capacidad de extenderse desde el foco dentario hacia los espacios fasciales de la región maxilofacial y del cuello, pudiendo comprometer estructuras anatómicas profundas. En los casos de mayor gravedad, especialmente cuando el diagnóstico o tratamiento son tardíos, pueden evolucionar hacia complicaciones como compromiso de la vía aérea, sepsis, mediastinitis descendente o trombosis del seno cavernoso, requiriendo hospitalización y manejo multidisciplinario. Se estima que las infecciones maxilofaciales graves que requieren hospitalización afectan aproximadamente a 10 de cada 100 000 personas al año (1–3).

En el ámbito mundial, estas infecciones continúan generando una importante carga clínica y económica. Una revisión sistemática publicada en 2026, que incluyó 16 estudios retrospectivos y 156 487 pacientes hospitalizados por infecciones dentales, reportó estancias hospitalarias entre 1,15 y 10 días y costos por hospitalización que oscilaron entre 2 402 dólares australianos y 47 835,60 dólares estadounidenses por paciente. Esta variabilidad estuvo relacionada con la severidad de la infección, las características de los sistemas sanitarios y el contexto geográfico, evidenciando que los cuadros odontogénicos graves generan una utilización considerable de recursos hospitalarios (4).

La duración de la hospitalización no depende únicamente del diagnóstico de infección odontogénica. Diversos estudios han identificado factores relacionados con una estancia hospitalaria prolongada, entre ellos la edad avanzada, la presencia de enfermedades sistémicas, el compromiso de múltiples espacios anatómicos, la gravedad clínica, el estado nutricional y determinadas características relacionadas con el tratamiento (2,4–7). Asimismo, investigaciones internacionales han reportado asociaciones entre una mayor duración de la estancia y factores como la diabetes

mellitus, el tabaquismo, el molar como pieza dentaria causal y la extensión de la infección a múltiples espacios anatómicos (2,7). Estos hallazgos evidencian el carácter multifactorial de la duración de la hospitalización.

Los estudios europeos y asiáticos también muestran que la extensión anatómica del proceso infeccioso y las condiciones generales del paciente influyen en la evolución hospitalaria. Rasteniene y colaboradores observaron, durante un periodo de 17 años, que el aumento de la edad, el tabaquismo, la diabetes mellitus, el diente causal y la afectación de varios espacios anatómicos se asociaron con una mayor duración de la hospitalización (8). Asimismo, una revisión sistemática y metaanálisis reciente señaló que las enfermedades sistémicas, la infección de múltiples espacios y los signos de mayor severidad incrementan el riesgo de complicaciones en las infecciones de los espacios oral y maxilofacial (9).

En Hispanoamérica, las infecciones odontogénicas que requieren hospitalización presentan alteraciones clínicas y de laboratorio relacionadas con la severidad del cuadro. En Brasil, Pavan y colaboradores evaluaron pacientes hospitalizados y documentaron variaciones en signos vitales y exámenes de laboratorio, destacando la necesidad de una valoración integral para identificar oportunamente los casos con mayor riesgo de evolución desfavorable (10). Aunque la literatura regional disponible es menor que la internacional, sus resultados confirman que estas infecciones demandan tratamiento antibiótico, eliminación del foco infeccioso, drenaje quirúrgico y vigilancia hospitalaria en los cuadros moderados o graves. En Colombia, las infecciones odontogénicas tienen una prevalencia del 37 %, convirtiéndola en la segunda complicación de origen dental más frecuente. Y aunque solo el 1% de los casos requieren hospitalización, estas complicaciones siguen representando un importante motivo de atención en servicios de emergencia (11).

En el Perú, las infecciones odontogénicas también constituyen un motivo relevante de atención en los servicios de Cirugía Bucal y Maxilofacial. En un estudio realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue se reportaron aproximadamente 2 casos por cada 100 pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial, siendo el absceso (60,56 %) y la celulitis (26,76 %) las presentaciones clínicas más frecuentes (12). Esta problemática adquiere especial importancia debido a la elevada prevalencia de caries dental en el país, considerada una de las principales

condiciones que pueden preceder al desarrollo de infecciones odontogénicas cuando no recibe tratamiento oportuno. De acuerdo con información del Ministerio de Salud del Perú, la prevalencia de caries dental alcanza el 85,6 % en escolares de 3 a 15 años, evidenciando la elevada carga de esta enfermedad en la población infantil. Asimismo, una investigación nacional reciente sobre infecciones odontogénicas según el espacio anatómico comprometido reafirma la importancia de reconocer la extensión de la infección, debido a su relación con la complejidad del tratamiento y el riesgo de complicaciones (13).

En el ámbito local, existe evidencia sobre pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en la ciudad del Cusco. Un estudio realizado en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco en pacientes menores de 15 años reportó predominio de infecciones asociadas a dientes posteriores (76,67 %), mayor compromiso de la región geniana (63,33 %) y un promedio de hospitalización de 4,58 días (14). Sin embargo, debido a que dicha investigación se concentró en población pediátrica y tuvo un propósito principalmente descriptivo, persiste la necesidad de analizar los factores asociados con la duración de la hospitalización en una población de mayor amplitud etaria y en otro establecimiento hospitalario de referencia de la región.

El Hospital Regional del Cusco, establecimiento de categoría III-1 del Ministerio de Salud, atiende pacientes referidos de diferentes provincias de la región y de zonas aledañas. En este establecimiento son atendidos pacientes con infecciones odontogénicas que requieren manejo especializado; sin embargo, existe limitada evidencia local que analice conjuntamente la relación entre las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias y la duración de la estancia hospitalaria.

Esta limitada evidencia constituye un vacío de conocimiento en el contexto local, debido a que dificulta reconocer qué características del paciente y qué aspectos del proceso de atención hospitalaria se encuentran asociados con una mayor duración de la estancia. Disponer de esta información permitiría generar evidencia contextualizada sobre los pacientes hospitalizados e identificar factores relacionados con su permanencia hospitalaria.

En consecuencia, resulta necesario determinar los factores asociados al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital

Regional del Cusco durante el periodo 2020–2024, considerando características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué factores se asocian al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024?
2. ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024?
3. ¿Cuál es el promedio de días de estancia hospitalaria en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024?
4. ¿Cuál es la asociación entre las características sociodemográficas y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024?
5. ¿Cuál es la asociación entre las características clínico-epidemiológicas y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024?
6. ¿Cuál es la asociación entre las características intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024.

2. Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024.
3. Determinar el promedio de días de estancia hospitalaria en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024.
4. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024.
5. Determinar la asociación entre las características clínico-epidemiológicas y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024.
6. Determinar la asociación entre las características intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024.

1.4 Justificación

Las infecciones odontogénicas constituyen un problema relevante en los servicios de Cirugía Bucal y Maxilofacial debido a que pueden evolucionar hacia cuadros de mayor complejidad cuando no son diagnosticadas y tratadas oportunamente. En determinados pacientes, estas infecciones pueden comprometer múltiples espacios anatómicos, ocasionar complicaciones sistémicas y requerir hospitalización para su manejo. La prolongación de la estancia hospitalaria implica una mayor utilización de camas, medicamentos, procedimientos y recursos humanos, además de repercutir en el paciente y su entorno familiar.

En el contexto del Hospital Regional del Cusco, resulta importante conocer los factores asociados al tiempo de hospitalización, debido a que este establecimiento atiende pacientes procedentes de diferentes provincias y con características clínicas y epidemiológicas diversas. Sin embargo, la evidencia local relacionada específicamente con los factores que se asocian con la duración de la hospitalización por infecciones odontogénicas es limitada, lo que dificulta disponer de información contextualizada sobre esta problemática.

Por ello, la presente investigación se justifica por la necesidad de generar evidencia local sobre la asociación entre las características sociodemográficas, clínico-

epidemiológicas e intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco. La identificación de estos factores permitirá disponer de información que pueda orientar futuras acciones dirigidas a la valoración de los pacientes, la organización de los procesos asistenciales y el desarrollo de nuevas investigaciones sobre esta problemática.

1.4.1 Relevancia social

La presente investigación posee relevancia social porque aborda una problemática que repercute en la salud de los pacientes, en su entorno familiar y en el funcionamiento de los servicios hospitalarios. Una estancia hospitalaria prolongada puede retrasar la reincorporación del paciente a sus actividades habituales y representar una mayor carga económica y emocional para su entorno familiar. Desde la perspectiva institucional, una mayor duración de la hospitalización implica una utilización prolongada de camas, medicamentos, procedimientos y recursos humanos, lo que incrementa la demanda sobre los recursos disponibles para la atención de otros pacientes.

En este sentido, determinar los factores asociados al tiempo de hospitalización permitirá disponer de evidencia local para reconocer las características de los pacientes relacionadas con una mayor duración de la estancia e identificar aspectos intrahospitalarios susceptibles de mejora. Esta información podrá servir de referencia para orientar futuras acciones dirigidas a fortalecer la atención de los pacientes con infecciones odontogénicas y favorecer un uso más eficiente de los recursos hospitalarios.

1.4.2 Valor teórico

La presente investigación posee valor teórico porque aporta evidencia sobre los factores asociados al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas, considerando características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias. Si bien existen estudios nacionales e internacionales sobre esta problemática, la evidencia disponible en el contexto del Cusco es limitada, especialmente respecto al análisis conjunto de estos factores y su asociación con la duración de la estancia hospitalaria.

En este sentido, los resultados obtenidos complementan la evidencia existente con información procedente del Hospital Regional del Cusco y podrán servir como referencia para futuras investigaciones, así como para la comparación de resultados entre diferentes poblaciones y contextos hospitalarios.

1.4.3 Conveniencia

La presente investigación resulta conveniente porque permite disponer de información específica sobre los factores asociados al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020-2024. Su realización es pertinente debido a la limitada evidencia local que analiza conjuntamente las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias relacionadas con la duración de la estancia hospitalaria.

La información obtenida permite conocer esta problemática en el contexto particular del Hospital Regional del Cusco y constituye una base objetiva para orientar futuras investigaciones y acciones institucionales relacionadas con la atención de estos pacientes.

1.4.4 Implicancias prácticas

Los resultados de la presente investigación tienen implicancias prácticas al proporcionar información sobre las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias asociadas al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas. Esta evidencia permite identificar aspectos relacionados con una mayor duración de la estancia hospitalaria que pueden ser considerados por los profesionales de salud y por la institución durante la evaluación de sus procesos de atención.

Asimismo, los hallazgos relacionados con las características intrahospitalarias pueden servir como referencia para identificar oportunidades de mejora en procesos como la interconsulta especializada, la programación de la intervención quirúrgica y la disponibilidad de sala operatoria. De esta manera, los resultados pueden contribuir al planteamiento de acciones institucionales orientadas a fortalecer la atención de los pacientes con infecciones odontogénicas y favorecer una utilización más eficiente de los recursos hospitalarios.

1.4.5 Utilidad metodológica

La presente investigación posee utilidad metodológica porque empleó un procedimiento sistemático para la revisión, recopilación y análisis de información procedente de historias clínicas, mediante criterios previamente establecidos para la selección de la muestra y la operacionalización de las variables. Para la recolección de la información se utilizó una ficha estructurada, diseñada de acuerdo con las variables y objetivos del estudio, lo que permitió organizar de manera uniforme los datos disponibles en las historias clínicas.

Asimismo, el procedimiento empleado y la ficha de recolección de datos pueden servir como referencia para futuras investigaciones retrospectivas sobre infecciones odontogénicas en otros establecimientos hospitalarios, previa adaptación a las características, objetivos y contexto de cada estudio.

1.5 Delimitación del estudio

1.5.1 Delimitación espacial

Este estudio se desarrolló en el Hospital Regional del Cusco, establecimiento de referencia de nivel III-1 del Ministerio de Salud, ubicado en el distrito, provincia y región del Cusco, Perú. Este hospital constituye el principal centro asistencial de la región sur andina, donde se atienden pacientes referidos de distintas provincias del Cusco y de regiones aledañas.

1.5.2 Delimitación temporal

La investigación comprendió información correspondiente al periodo de enero de 2020 a diciembre de 2024. Se revisaron historias clínicas de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco durante dicho periodo, con diagnóstico de infección odontogénica y que cumplieron con los criterios de selección establecidos.

1.6 Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al momento de interpretar sus resultados. En primer lugar, debido a su diseño retrospectivo, la información analizada dependió de la calidad, integridad y nivel de detalle de los registros consignados previamente en las historias clínicas. Para reducir el efecto de esta limitación, se incluyeron únicamente las historias clínicas que

cumplieron con los criterios de selección y que contenían la información requerida para el análisis de las variables consideradas en el estudio.

En segundo lugar, la investigación se realizó en un único establecimiento de salud, el Hospital Regional del Cusco, por lo que los resultados obtenidos corresponden a las características de los pacientes atendidos en dicha institución durante el periodo 2020-2024. En consecuencia, la generalización de los hallazgos a otros establecimientos de salud o poblaciones con características epidemiológicas y asistenciales diferentes debe realizarse con cautela. Finalmente, por tratarse de un estudio observacional y retrospectivo, los resultados permiten identificar asociaciones entre las variables estudiadas y el tiempo de hospitalización, pero no establecer relaciones de causalidad. Por ello, los hallazgos deben interpretarse dentro del alcance del diseño metodológico empleado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudios

2.1.1 Antecedentes internacionales

Wang J. et al., en China, durante el año 2025, realizaron el estudio titulado *“Características epidemiológicas y factores de riesgo de hospitalización prolongada en infecciones del espacio oral y maxilofacial”* **Objetivo:** Analizar las características epidemiológicas de las infecciones del espacio oral y maxilofacial e identificar los principales factores asociados a la prolongación del tiempo de hospitalización en pacientes hospitalizados. **Metodología:** Se desarrolló un estudio observacional, retrospectivo y analítico en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Médica Militar, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos entre enero de 2021 y junio de 2023. **Muestra:** Estuvo conformada por 217 pacientes diagnosticados con infecciones del espacio oral y maxilofacial que cumplieron los criterios de inclusión establecidos por los investigadores. **Resultados:** Se evidenció que el 69,41 % de las infecciones correspondieron a infecciones odontogénicas, siendo la periodontitis periapical la etiología más frecuente. Asimismo, el análisis identificó que la edad avanzada, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y los antecedentes de intervenciones previas se asociaron significativamente con una mayor duración de la estancia hospitalaria. **Conclusiones:** Los autores concluyeron que la presencia de comorbilidades y la edad avanzada constituyen factores determinantes en la evolución clínica de los pacientes con infecciones maxilofaciales, incrementando el riesgo de hospitalización prolongada (7).

Dawoud B. et al., en el Reino Unido, durante el año 2023, realizaron el estudio titulado *“Predictores y factores de riesgo para el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes con infecciones cervicofaciales”*. **Objetivo:** Determinar los principales factores clínicos y epidemiológicos asociados al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en pacientes hospitalizados por infecciones cervicofaciales de origen odontogénico. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo multicéntrico desarrollado en 25 centros hospitalarios pertenecientes a 17 regiones del Reino Unido. La investigación recopiló información clínica y epidemiológica de los

pacientes mediante un protocolo estandarizado de recolección de datos. **Muestra:** Estuvo conformada por 1002 pacientes diagnosticados con infecciones cervicofaciales que requirieron atención hospitalaria en los centros participantes. **Resultados:** El estudio evidenció que el 55 % de los pacientes correspondía al sexo masculino, con una edad promedio de 37,3 años en hombres y 39,6 años en mujeres. Asimismo, se identificó que el tercer molar inferior fue la pieza dentaria más frecuentemente relacionada con el origen de la infección, mientras que los segundos molares inferiores permanentes mostraron una mayor asociación con el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos. Además, el tabaquismo fue reconocido como un factor que incrementó significativamente el riesgo de desarrollar complicaciones que requirieran manejo en cuidados intensivos. **Conclusiones:** Los autores concluyeron que determinadas características clínicas y hábitos nocivos, como el tabaquismo, incrementan el riesgo de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes con infecciones cervicofaciales, por lo que su identificación temprana favorece una atención oportuna y un mejor manejo clínico (15).

Joachim M. et al., en Israel, durante el año 2022, desarrollaron el estudio titulado *“Factores asociados a hospitalizaciones prolongadas por infecciones odontogénicas en pacientes pediátricos”*. **Objetivo:** Identificar los factores asociados a una estancia hospitalaria prolongada en niños hospitalizados por infecciones odontogénicas. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el Centro Médico Poriya durante el período comprendido entre los años 2010 y 2015. **Muestra:** La investigación incluyó 411 pacientes menores de 15 años diagnosticados con infecciones odontogénicas que requirieron hospitalización. **Resultados:** Se encontró que el 58,4 % de los pacientes correspondía al sexo masculino, con una edad promedio de 6,5 años. La mayoría presentó procesos inflamatorios asociados a colecciones purulentas, registrándose un tiempo promedio de hospitalización de 1,7 días. Asimismo, el análisis estadístico mostró que los pacientes mayores de 8 años presentaban una mayor probabilidad de permanecer hospitalizados durante un período más prolongado, mientras que el sexo y el origen de la infección no mostraron asociación significativa con la duración de la estancia hospitalaria. **Conclusiones:** Los autores concluyeron que la edad constituye un factor predictor de una estancia hospitalaria prolongada en pacientes pediátricos con infecciones odontogénicas,

mientras que el sexo y el origen de la infección no mostraron asociación significativa con la duración de la hospitalización (16).

Yew, C. et al., en Inglaterra, durante el año 2021, realizaron el estudio titulado "Infección orofacial y factores que influyen en la estancia hospitalaria prolongada". **Objetivo:** Analizar la prevalencia, el patrón clínico y el manejo terapéutico de las infecciones orofaciales, así como identificar los factores relacionados con la prolongación de la estancia hospitalaria. **Metodología:** Se desarrolló un estudio retrospectivo en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos entre enero de 2015 y enero de 2019. **Muestra:** La investigación estuvo conformada por 207 pacientes adultos diagnosticados con infecciones orofaciales que requirieron atención hospitalaria. **Resultados:** Se determinó que el 71 % de las infecciones fueron de origen odontogénico. Asimismo, el 89,9 % de los pacientes presentó compromiso de un solo espacio anatómico. El análisis de los factores asociados evidenció que la afectación de múltiples espacios anatómicos, la presencia de diabetes mellitus y el tabaquismo activo incrementaron la probabilidad de una estancia hospitalaria prolongada. **Conclusiones:** Los autores concluyeron que el tabaquismo, la diabetes mellitus y el compromiso de múltiples espacios anatómicos constituyen factores asociados a una mayor duración de la estancia hospitalaria en pacientes con infecciones orofaciales (17).

Rasteniene, R. et al., en Lituania, durante el año 2021, realizaron el estudio titulado "Predictores de una hospitalización prolongada por infecciones maxilofaciales: un estudio retrospectivo de 17 años". **Objetivo:** Evaluar los resultados del tratamiento e identificar los factores asociados a una hospitalización prolongada en pacientes con infecciones maxilofaciales graves que requirieron atención hospitalaria durante un período de diecisiete años. **Metodología:** Se desarrolló un estudio de cohorte retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes hospitalizados entre los años 2003 y 2019. Se analizaron variables sociodemográficas, el origen de la infección, la localización anatómica comprometida, la presencia de comorbilidades y los antecedentes de tabaquismo, con el propósito de identificar los predictores relacionados con una estancia hospitalaria prolongada. **Muestra:** La investigación estuvo conformada por 15 465 historias clínicas de pacientes diagnosticados con infecciones maxilofaciales atendidos durante un

período de diecisiete años. **Resultados:** Se registró una incidencia anual promedio de 206 casos de infecciones maxilofaciales agudas, observándose una mayor frecuencia en el sexo masculino, con una relación hombre: mujer de 1,4:1. El tiempo promedio de hospitalización fue de $7,9 \pm 4,9$ días. El análisis estadístico identificó como principales predictores de una estancia hospitalaria prolongada la edad mayor de 65 años, el tabaquismo, la presencia de comorbilidades, el molar como diente causal y la extensión de la infección a múltiples espacios anatómicos. **Conclusiones:** Los autores concluyeron que la edad avanzada, la diabetes mellitus, el tabaquismo, el molar como origen de la infección y el compromiso de múltiples espacios anatómicos constituyen factores asociados con una mayor duración de la hospitalización en pacientes con infecciones maxilofaciales (8).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Quispe, P., en Perú, durante el año 2024, realizó el estudio titulado “Características demográficas, epidemiológicas y de tratamiento de pacientes con infecciones de espacios maxilofaciales atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015-2020”. **Objetivo:** Determinar las características demográficas, epidemiológicas y del tratamiento de los pacientes con infecciones de espacios maxilofaciales atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2015-2020. **Metodología:** La investigación correspondió a un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Nacional Hipólito Unanue. **Muestra:** Estuvo integrada por 114 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos por la investigación. **Resultados:** Los hallazgos mostraron un ligero predominio del sexo femenino (51,75 %) y una mayor frecuencia de casos en el grupo etario de 30 a 59 años (45,61 %). Asimismo, se observó que el 42,11 % de los pacientes presentó sobrepeso y que la mayoría procedía de Lima Metropolitana (92,23 %). Las regiones anatómicas comprometidas con mayor frecuencia fueron la geniana (32,93 %) y la submandibular (28,46 %). En cuanto a la etiología, el tercer molar inferior constituyó el principal factor desencadenante de la infección (29 %). Respecto al diagnóstico clínico, los abscesos representaron la afección más frecuente (54,38 %), seguidos por la celulitis (39,47 %). **Conclusiones:** El autor concluyó que las infecciones maxilofaciales se presentaron con mayor frecuencia en mujeres entre

la cuarta y sexta década de vida, siendo el tercer molar inferior derecho el principal origen de la infección. Asimismo, la región geniana fue la localización anatómica más afectada y los abscesos cervicofaciales constituyeron la manifestación clínica predominante (18).

Angeles, M. et al., en Perú, durante el año 2022, realizaron el estudio titulado “Infecciones odontogénicas y manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue”. **Objetivo:** El objetivo fue determinar el diagnóstico y manejo terapéutico de las infecciones odontogénicas en pacientes atendidos en un hospital peruano. **Metodología:** La investigación correspondió a un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, desarrollado mediante la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial. **Muestra:** La muestra estuvo conformada por 142 historias clínicas de pacientes diagnosticados con infecciones odontogénicas que cumplieron con los criterios establecidos para la investigación. **Resultados:** Los resultados mostraron que el grupo etario más frecuente correspondió a pacientes de 26 a 44 años y que el 58,45 % fue de sexo femenino. El absceso fue el diagnóstico más frecuente (60,56 %), seguido de la celulitis (26,76 %). El procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia fue el drenaje asociado a exodoncia (33,80 %), seguido de la exodoncia (27,46 %). Respecto al tratamiento farmacológico, predominó el uso de antibióticos bactericidas (61,97 %). **Conclusiones:** Los autores concluyeron que las infecciones odontogénicas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue se manifestaron principalmente como abscesos y celulitis, constituyendo las formas clínicas de presentación más frecuentes en la población evaluada (12).

2.1.3 Antecedentes locales

Sánchez, F., en la ciudad del Cusco, durante el año 2017, realizó el estudio titulado “Presentación y manejo de infecciones faciales odontogénicas en pacientes hospitalizados menores de 15 años, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2011-2016”. **Objetivo:** Describir la presentación clínica y el manejo de las infecciones faciales odontogénicas en pacientes menores de 15 años hospitalizados en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco durante el período 2011-2016. **Metodología:** La investigación correspondió a un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de infección facial odontogénica.

Muestra: La muestra estuvo conformada por 90 historias clínicas de pacientes menores de 15 años que cumplieron con los criterios de selección establecidos en la investigación. **Resultados:** Los hallazgos evidenciaron un predominio del sexo masculino (60 %), siendo el grupo etario de 1 a 4 años el más afectado, con una frecuencia del 52,22 %. Asimismo, los dientes posteriores constituyeron la principal causa de las infecciones odontogénicas (76,67 %), mientras que la región geniana fue el espacio anatómico comprometido con mayor frecuencia (63,33 %). El tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de $4,58 \pm 2,27$ días. La clindamicina fue la terapia antibiótica más utilizada (57,78 %), mientras que la apertura cameral y el drenaje del diente causal constituyeron el tratamiento odontológico realizado con mayor frecuencia (56,67 %). **Conclusiones:** La autora concluyó que las infecciones faciales odontogénicas se presentaron principalmente en pacientes masculinos de 1 a 4 años, estuvieron asociadas con mayor frecuencia a dientes posteriores y presentaron un tiempo promedio de hospitalización de 4,58 días(14).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Infección odontogénica

2.2.1.1 Definición

Las infecciones odontogénicas son procesos infecciosos de origen bacteriano que se desarrollan a partir de los dientes o de sus estructuras de soporte como consecuencia de la proliferación de microorganismos propios de la cavidad oral (19,20) . Estas infecciones pueden evolucionar desde cuadros clínicos localizados hasta procesos de mayor gravedad, con extensión hacia los tejidos blandos, óseos y espacios profundos de la región cervicofacial cuando no reciben un tratamiento oportuno. Se estima que entre el 90 % y el 95 % de las infecciones orofaciales tienen su origen en estructuras dentarias (21).

2.2.1.2 Etiopatogenia

La etiopatogenia de las infecciones odontogénicas comprende los mecanismos mediante los cuales los microorganismos de la cavidad oral invaden los tejidos dentarios y periapicales, originando un proceso infeccioso que puede progresar hacia estructuras anatómicas vecinas (22). Comprender este proceso permite explicar la evolución clínica de la enfermedad y fundamenta la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos para prevenir complicaciones (23).

2.2.1.2.1 Causas pulpares

Estas infecciones inician con una caries dental que progresa a una inflamación pulpar (pulpitis), seguida de necrosis pulpar. La infección avanza por el conducto radicular hasta la región periapical, desarrollando una periodontitis (21,22).

2.2.1.2.2 Causas periodontales

El 70% se presenta como inflamación de la región periapical, presentándose en forma de absceso periapical (21). En adultos, las infecciones suelen asociarse a la enfermedad periodontal, originadas en bolsas periodontales; también se presenta como consecuencia de alteraciones en los procesos de erupción dentaria, como la pericoronitis del tercer molar inferior o el primer molar inferior en niños (23).

2.2.1.2.3 Causas traumáticas

En los procesos en que se evidencian signos de necrosis pulpar sin que exista caries como causa primaria, se considera a los microtraumatismos originados por el mal hábito o maloclusiones; en caso de traumatismos violentos, desencadenan fisuras del esmalte, fracturas dentarias y contusiones (22,23).

2.2.1.2.4 Causas iatrogénicas

Son causados por el mal proceder del profesional; por ejemplo, poner anestesia de forma incorrecta puede facilitar la propagación de la infección; tratamientos endodónticos mal instrumentados expanden la infiltración bacteriana; exodoncias acompañadas de osteotomías indiscriminadas ocasionarán traumatismo en los tejidos circundantes. Estos factores convergen en el desarrollo de la infección que se da en el hueso maxilar, mandibular y en los tejidos blandos de la región cervicofacial (22,23).

2.2.1.3 Microbiología de las infecciones maxilofaciales

Las infecciones odontogénicas se originan por una flora polimicrobiana y oportunista, que aprovecha los desequilibrios del sistema inmunológico del huésped. Dicha microbiota forma parte de la flora oral autóctona, compuesta por más de 700 especies de microorganismos, lo que convierte a la cavidad oral en uno de los ecosistemas microbianos más complejos del cuerpo humano, solo superado por el intestino grueso. La lengua constituye el principal reservorio bacteriano, al concentrar la mayoría de los microorganismos presentes en la saliva. Diversos factores locales como la deficiencia de higiene bucodental, la dieta, los procedimientos odontológicos,

el uso de determinados medicamentos y la xerostomía pueden alterar el equilibrio de esta microbiota y favorecer la instauración de infecciones (24,25).

Las bacterias implicadas provienen principalmente de la placa dental, de la mucosa oral y el surco gingival, siendo los cocos grampositivos (aerobios y anaerobios) y los bacilos gramnegativos anaerobios los patógenos más frecuentes asociados a caries, gingivitis y periodontitis. Conforme estas bacterias invaden planos anatómicos más profundos, encuentran condiciones más favorables para su proliferación, superando en número a otras especies (26). Estudios recientes señalan que las bacterias aerobias predominan en las infecciones odontogénicas, destacando la prevalencia de cocos grampositivos seguidos por bacilos gramnegativos (11,27).

Desde el punto de vista clínico, la composición microbiológica de la infección influye directamente en la respuesta inflamatoria del huésped, la velocidad de progresión del proceso infeccioso y la selección del tratamiento antimicrobiano. Las infecciones causadas por microorganismos de mayor virulencia o con compromiso polimicrobiano suelen presentar una evolución clínica más compleja, lo que puede incrementar la necesidad de tratamiento quirúrgico, prolongar la estancia hospitalaria y aumentar el riesgo de complicaciones.

2.2.1.4 Evolución del proceso infeccioso

2.2.1.4.1 Absceso periapical (estadio I)

Esta fase se caracteriza por un dolor agudo y bien localizado, que se intensifica con la percusión o durante la oclusión. El paciente suele referir una sensación de alargamiento del diente afectado, acompañada de movilidad dentaria y ausencia de respuesta a las pruebas de vitalidad pulpar (19). En etapas iniciales, los hallazgos radiográficos pueden ser normales; sin embargo, conforme progresa el proceso infeccioso, se evidencia un ensanchamiento del espacio periodontal y una radiolucidez periapical, indicativa de la extensión inflamatoria hacia los tejidos de soporte (20).

2.2.1.4.2 Infiltración intraósea (estadio II)

Durante la evolución del proceso infeccioso, este puede cronificarse, dando lugar a la formación de un granuloma periapical. La lesión se inicia en la región apical del diente comprometido y progresa en dirección del hueso esponjoso, causando la infiltración intraósea. Radiográficamente, se observa una imagen radiolúcida con presencia de

márgenes mal delimitados, característica de la destrucción ósea progresiva asociada al proceso granulomatoso (20).

2.2.1.4.3 Absceso subperióstico (estadio III)

Esta etapa se presenta cuando la infección traspasa la cortical ósea, alcanzando el periostio, que actúa como la última barrera antes de la diseminación hacia los tejidos blandos adyacentes. La acumulación de exudado purulento provoca la distensión del periostio, generando dolor intenso, especialmente en el maxilar inferior, donde esta estructura presenta una mayor resistencia y menor elasticidad que el maxilar superior (19,20).

2.2.1.4.4 Fase de flemón–celulitis (estadio IV)

Esta fase se desarrolla cuando la infección rompe la integridad del periostio, permitiendo su diseminación hacia los tejidos blandos. Como resultado, el dolor se atenúa en intensidad y se vuelve más difuso. La propagación del proceso infeccioso alcanza los planos de tejido blando intraoral, específicamente la submucosa. Se caracteriza por presentar inflamación con escasos fluidos, localizada en el tejido conjuntivo submucoso o subcutáneo (19,20).

Clínicamente, se manifiestan signos como tumefacción de consistencia dura, con límites mal definidos, piel de aspecto tenso, aumento de la temperatura local, eritema cutáneo o mucoso en regiones como la cavidad oral, cara o cuello, así como diferentes grados de trismo (19). El paciente refiere un dolor agudo, pulsátil y poco localizado, relacionado con la rápida distensión de los tejidos blandos.

La celulitis o flemón evoluciona en dos etapas: una fase de abscesificación (formación de absceso) y otra de fistulización o infiltración diseminada (20).

2.2.1.4.5 Fase de absceso y fistulización (estadio V)

Durante la evolución del flemón o celulitis puede desarrollarse un absceso, tanto a nivel intraoral como extraoral. Este se caracteriza por la acumulación de material purulento en una cavidad neoformada, como respuesta del organismo para delimitar el proceso infeccioso (20).

Clínicamente, el absceso se manifiesta con dolor circunscrito, de menor intensidad y con una sensación más profunda y sorda. A la palpación, se identifica una masa fluctuante, con márgenes bien delimitados y piel enrojecida (19,20).

La fase de fistulización se produce cuando el contenido purulento del absceso drena hacia el exterior, ya sea a través de tejidos intraorales o extraorales. Esta apertura espontánea o inducida del tejido permite la salida del exudado purulento; este proceso permite disminuir el dolor y reducir la tensión de los tejidos afectados (20).

2.2.1.4.6 Infección diseminada (Estadio VI)

En esta fase avanzada, el proceso infeccioso se propaga hacia planos anatómicos más profundos. Puede extenderse a regiones como en el plano cervicofacial, originando cuadros severos como la angina de Ludwig, o diseminarse sistemáticamente por vía hemática, desencadenando una septicemia (20).

La evolución progresiva de las infecciones odontogénicas demuestra que la ausencia de un diagnóstico y tratamiento oportunos favorece la propagación hacia espacios anatómicos profundos, incrementando el riesgo de complicaciones sistémicas y la necesidad de hospitalización. En consecuencia, el estadio evolutivo del proceso infeccioso constituye un elemento clínico de especial importancia al analizar los factores asociados al tiempo de hospitalización.

2.2.2 Manejo hospitalario de las infecciones odontogénicas

El manejo hospitalario de las infecciones odontogénicas requiere un abordaje integral y multidisciplinario orientado a controlar el proceso infeccioso, prevenir la aparición de complicaciones y favorecer una recuperación clínica oportuna. La conducta terapéutica debe basarse en una adecuada valoración del paciente, considerando la gravedad de la infección, la presencia de enfermedades sistémicas, el compromiso de los espacios anatómicos y el estado general del huésped.

Diversos autores, entre ellos Hupp, han propuesto principios fundamentales para el tratamiento de estas infecciones, los cuales permiten estandarizar la atención clínica y optimizar los resultados terapéuticos. La aplicación adecuada de estos principios contribuye no solo al control del proceso infeccioso, sino también a reducir la probabilidad de complicaciones y la duración de la estancia hospitalaria (26).

1. Determinar la gravedad de la infección.
2. Evaluar los antecedentes médicos y sistema inmune del paciente.
3. Decidir el lugar de atención.
4. Tratamiento quirúrgico.

5. Soporte médico y nutricional.
6. Elegir y prescribir el antibiótico adecuadamente.
7. Evaluar al paciente periódicamente.

2.2.2.1 Determinar la gravedad de la infección

La evaluación clínica detallada permite identificar la causa y extensión de la infección, los espacios anatómicos comprometidos y el grado de compromiso respiratorio. Las infecciones de origen odontogénico derivan de caries avanzada, necrosis pulpar, infecciones endodónticas, pericoronitis o enfermedad periodontal, las cuales pueden verse agravadas por factores locales o sistémicos. Reconocer el estadio evolutivo del proceso infeccioso y las estructuras afectadas es esencial para planificar un tratamiento oportuno y prevenir complicaciones severas como la obstrucción de la vía aérea, mediastinitis y sepsis (28–30).

Las infecciones que afectan la mandíbula, por su proximidad a espacios cervicales profundos, presentan mayor riesgo vital. Por ello, la valoración de la función respiratoria resulta fundamental para detectar signos tempranos de compromiso de la vía aérea. Cabe destacar que, en pacientes con infecciones leves a moderadas, es frecuente observar un aumento de la frecuencia respiratoria, superior a las 18 respiraciones por minuto, lo cual constituye un signo de alerta que debe vigilarse (26,31,32).

La valoración inicial de la gravedad constituye uno de los pasos más importantes del manejo hospitalario, ya que permite identificar tempranamente a los pacientes con mayor riesgo de complicaciones y definir el tratamiento más apropiado. Una evaluación clínica oportuna favorece la instauración precoz de medidas terapéuticas, lo que puede contribuir a disminuir la progresión del proceso infeccioso y reducir el tiempo de hospitalización.

2.2.2.2 Evaluar los antecedentes médicos y sistema inmune del paciente

La identificación de comorbilidades durante la evaluación inicial permite estimar el riesgo de evolución desfavorable del paciente. Enfermedades como la diabetes mellitus, los estados de inmunosupresión y otros trastornos sistémicos pueden comprometer la respuesta inmunológica, retrasar la resolución del proceso infeccioso e incrementar la probabilidad de complicaciones. En consecuencia, estos factores

constituyen variables clínicas de especial interés al analizar la duración de la estancia hospitalaria (1).

2.2.2.3 Decidir el lugar de atención

La evaluación inicial del paciente es fundamental para determinar la gravedad de la infección odontogénica y la urgencia del tratamiento. Existen criterios específicos cuya presencia indica la necesidad de atención inmediata por un especialista. Entre los principales criterios de remisión al cirujano oral y maxilofacial se incluyen: disnea, disfagia, deshidratación significativa, trismo moderado a severo (apertura bucal menor a 20 mm), fiebre elevada (mayor a 38°C) y malestar general intenso (26).

La correcta decisión respecto al lugar de atención permite priorizar los recursos hospitalarios y garantizar que los pacientes con mayor gravedad reciban un tratamiento oportuno. Una clasificación adecuada disminuye el riesgo de complicaciones derivadas de retrasos terapéuticos y favorece una evolución clínica más eficiente.

2.2.2.4 Tratamiento quirúrgico

El objetivo principal del tratamiento quirúrgico de las infecciones odontogénicas es eliminar la causa que origina el proceso infeccioso. El drenaje adecuado permite reducir la carga bacteriana, aliviar la presión tisular y favorecer la resolución del cuadro clínico. La intervención temprana resulta esencial para mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones locales o sistémicas.

De acuerdo con la literatura especializada, el manejo quirúrgico se sustenta en cinco principios fundamentales (33):

- Eliminación del foco infeccioso: Consiste en la extracción del diente causal o el inicio de un tratamiento endodóntico, con el fin de suprimir la fuente primaria de la infección.
- Incisiones sobre piel o mucosa sana: Se recomienda realizar las incisiones en tejido sano para minimizar el riesgo de contaminación secundaria y evitar complicaciones postoperatorias.
- Disección roma: Permite drenar el contenido purulento de manera controlada, reduciendo el riesgo de lesión a estructuras anatómicas vitales.
- Riegos abundantes: El lavado con solución salina isotónica contribuye a diluir, eliminar la carga bacteriana y remover detritus tisulares.

- Colocación de drenaje: La instalación de un drenaje temporal facilita la evacuación continua del exudado purulento, disminuye la presión tisular y acelera el proceso de recuperación.

2.2.2.5 Soporte médico y nutricional

Las alteraciones del sistema inmunitario o los procesos inflamatorios crónicos reducen la capacidad defensiva del organismo, favoreciendo la diseminación de la infección y el riesgo de complicaciones locales o sistémicas (34). El soporte médico incluye una hidratación suficiente, control de la temperatura y aporte nutricional balanceado. Se recomienda ajustar la reposición de líquidos según el grado de fiebre, por ejemplo, añadir 2 mL/kg/día por cada grado superior a 37°C, junto con el uso de antipiréticos y analgésicos para mejorar el confort y el descanso del paciente. (33,35).

2.2.2.6 Elegir y prescribir el antibiótico adecuadamente

La elección del antibiótico debe fundamentarse en la evolución clínica del paciente, los factores individuales que presenta y el criterio clínico del especialista. Estos factores constituyen directrices esenciales para garantizar una respuesta terapéutica efectiva y segura. El uso inadecuado de antimicrobianos puede generar consecuencias clínicas y epidemiológicas relevantes, como el desarrollo de resistencia bacteriana, el aumento de los costos de tratamiento, la diseminación del proceso infeccioso y la reducción de la efectividad terapéutica (26).

2.2.2.7 Evaluación periódica del paciente

Una vez instaurado el tratamiento antibiótico y realizadas las intervenciones quirúrgicas correspondientes, resulta fundamental efectuar un seguimiento clínico periódico del paciente. Este proceso permite valorar la eficacia terapéutica, identificar signos tempranos de mejoría o, en su defecto, detectar complicaciones que indiquen una respuesta inadecuada o un posible fracaso terapéutico (26).

2.2.3 Factores asociados al tiempo de hospitalización

El tiempo de hospitalización constituye un indicador ampliamente utilizado para evaluar la evolución clínica de los pacientes y la eficiencia de la atención hospitalaria. En el caso de las infecciones odontogénicas, la duración de la estancia no depende de un único factor, sino de la interacción de múltiples características propias del paciente, de la enfermedad y del manejo recibido durante la hospitalización. Diversas investigaciones han demostrado que variables sociodemográficas, clínico-

epidemiológicas e intrahospitalarias pueden influir significativamente en la recuperación del paciente, incrementando o disminuyendo el tiempo necesario para lograr el alta médica. En este contexto, resulta fundamental analizar estos factores de manera integral para comprender su participación en la evolución clínica de los pacientes hospitalizados.

2.2.3.1 Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos comprenden las características generales de la población que pueden influir en la presentación clínica, la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. En pacientes con infecciones odontogénicas, variables como la edad, el sexo y la procedencia han sido ampliamente estudiadas debido a su posible relación con la gravedad del cuadro clínico, el acceso oportuno a los servicios de salud y la duración de la estancia hospitalaria. Su evaluación permite identificar grupos con mayor riesgo de hospitalización prolongada y orientar estrategias dirigidas a mejorar la atención de estos pacientes.

2.2.3.1.1 Edad

La edad constituye uno de los principales factores biológicos relacionados con la evolución de las enfermedades infecciosas. Las diferencias fisiológicas e inmunológicas presentes en los distintos grupos etarios pueden modificar la respuesta frente a una infección odontogénica, condicionando variaciones en la gravedad del cuadro clínico, la velocidad de recuperación y la necesidad de tratamiento hospitalario. En consecuencia, diversos estudios han señalado que la edad puede influir en la duración de la estancia hospitalaria, especialmente en pacientes pediátricos, adultos mayores o con enfermedades sistémicas asociadas (32).

2.2.3.1.2 Sexo

El sexo ha sido considerado una variable de interés en diversos estudios epidemiológicos debido a las diferencias biológicas, hormonales y conductuales que pueden influir en la presentación y evolución de las enfermedades infecciosas. Aunque las infecciones odontogénicas pueden afectar tanto a hombres como a mujeres, algunos estudios han reportado diferencias en la frecuencia de presentación, los hábitos de búsqueda de atención y la presencia de factores de riesgo, aspectos que podrían influir indirectamente en la duración del tratamiento y de la hospitalización (36).

2.2.3.1.3 Procedencia

La procedencia del paciente constituye un factor de interés debido a que puede influir en la oportunidad del diagnóstico, el acceso a servicios especializados y la continuidad del tratamiento. Los pacientes procedentes de zonas alejadas o con limitaciones en el acceso a los servicios de salud pueden acudir con infecciones más avanzadas, situación que incrementa la probabilidad de hospitalización y prolonga el tiempo de recuperación.

2.2.3.2 Factores clínico-epidemiológicos

Los factores clínico-epidemiológicos comprenden las características propias del proceso infeccioso y del estado de salud del paciente que pueden modificar la evolución clínica de las infecciones odontogénicas. Estas variables permiten valorar la gravedad del cuadro, estimar el riesgo de complicaciones y orientar la toma de decisiones terapéuticas. Diversos estudios han demostrado que la extensión anatómica de la infección, las enfermedades sistémicas, los hábitos nocivos y otras condiciones clínicas pueden influir en la respuesta al tratamiento y en la duración de la estancia hospitalaria.

2.2.3.2.1 Tipos de infecciones odontogénicas

Las diferentes formas clínicas de las infecciones odontogénicas presentan comportamientos evolutivos distintos. Mientras algunos procesos responden favorablemente al tratamiento inicial, otros requieren manejo quirúrgico, antibioticoterapia intravenosa y vigilancia hospitalaria, circunstancias que pueden incrementar el tiempo de hospitalización.

2.2.3.2.1.1 Celulitis facial odontogénica

Se define como una inflamación del tejido celular subcutáneo, que se caracteriza por ser difusa y de localización extraoral, a diferencia del flemón, que hace referencia a la inflamación localizada del tejido conectivo (subcutáneo y subaponeurótico), es decir, inflamación circunscrita a nivel bucal (23).

La celulitis se disemina a través de los espacios celulares, siguiendo trayectos guiados por las inserciones musculares y los planos aponeuróticos, pudiendo alcanzar regiones cervicofaciales e incluso más alejadas (22).

Etiopatogenia

La celulitis facial de origen odontogénico es un proceso infeccioso relacionado con las estructuras dentales y periodontales. Una de sus principales causas es la caries dental no tratada oportunamente, que puede comprometer la pulpa y provocar necrosis pulpar. Su evolución puede estar condicionada por la virulencia del agente causal y por el estado inmunológico del paciente (37).

Epidemiología

En población pediátrica, se manifiesta con mayor frecuencia en menores de 6 años. En adultos jóvenes, la frecuencia de presentación es mayor entre los 20 y 30 años de edad. En ambos grupos, las regiones más comprometidas son el cuerpo mandibular, la zona submandibular y la región geniana (37).

Características clínicas

- ☐ Deformación del contorno facial.
- ☐ Borramiento de los surcos faciales.
- ☐ Piel tensa, brillante y con coloración eritematosa.
- ☐ Dolor y aumento de la temperatura local a la palpación.

2.2.3.2.1.2 Absceso

El absceso se define como una acumulación localizada de un exudado purulento en los tejidos, producto de la respuesta inflamatoria del organismo ante una infección. Esta colección purulenta puede ser detectada mediante la palpación cuando se encuentra en planos superficiales, gracias a su carácter fluctuante. Sin embargo, en infecciones más profundas no es posible detectarla debido a la mayor profundidad del foco infeccioso. En esta etapa, el dolor es más tolerable en comparación con etapas previas de inflamación aguda (23).

Finalmente, es posible que se presente la fistulización espontánea del tejido de la piel o de la mucosa de la cavidad oral; esta es de consistencia tensa y de un color rojo brillante que deja entreverados puntos de color blanco-amarillento, por donde saldrá el material purulento (23,26).

2.2.3.2.1.3 Angina de Ludwig

La angina de Ludwig es una celulitis gangrenosa difusa y bilateral de los espacios sublingual y submandibular, potencialmente mortal, caracterizada por una rápida

inflamación de los tejidos submandibulares que eleva la lengua y compromete las vías aéreas, causando dificultad respiratoria. Descrita por Wilhelm Friedrich von Ludwig en 1836, su nombre deriva del latín y alude a la asfixia. La afección ha sido descrita como fluctuante y a menudo mortal. Es de origen predominantemente odontogénico (alrededor del 90%) y se localiza a nivel mandibular. Clínicamente, se manifiesta con disfagia, disnea, sialorrea y dislalias severas; el paciente mantiene la boca abierta, con la lengua desplazada hacia el paladar y la epiglotis retraída, lo que agrava la obstrucción de la vía aérea, junto con una marcada tumefacción submentoniana bilateral (19,38).

2.2.3.2.1.4 Mediastinitis

La mediastinitis es una infección del mediastino que surge por la diseminación de procesos infecciosos desde los tejidos cervicales, representando una complicación poco frecuente pero extremadamente grave de las infecciones odontogénicas. Esta condición comprime estructuras vitales como el corazón y los pulmones, pudiendo generar necrosis esofágica, pericarditis supurativa, erosiones bronquiales y afectaciones pulmonares, con posible extensión hacia la cavidad abdominal. Aun con los avances terapéuticos actuales, la mortalidad asociada continúa siendo elevada (19,39).

2.2.3.2.1.5 Fascitis necrosante

La fascitis necrosante es una infección polimicrobiana poco frecuente, de evolución rápida y progresiva, que se disemina a lo largo de planos cervicales y provoca necrosis extensa de los tejidos blandos, con una mortalidad estimada entre el 20% y el 40%. También conocida como “gangrena hospitalaria” o “gangrena estreptocócica hemolítica”, puede afectar diversas regiones corporales, principalmente extremidades, pared abdominal y perineo, especialmente tras traumatismos o cirugías, y se presenta con mayor frecuencia en pacientes inmunodeprimidos o con comorbilidades. La infección se propaga desde la fascia profunda hacia los planos superficiales, atravesando el músculo platisma; la trombosis de las arteriolas cutáneas produce necrosis del tejido subcutáneo, del platisma y de la piel. Clínicamente, se observan vesículas iniciales y coloración púrpura por isquemia, que progresan a necrosis cutánea y requieren debridamiento quirúrgico (19,38,40).

2.2.3.2.2 Localización anatómica de la infección odontogénica

Entre los factores anatómicos más relevantes se encuentra la posición del ápice radicular en relación con las corticales óseas. Desde esta perspectiva, la proximidad del ápice a la cortical vestibular, lingual o palatina favorece la perforación ósea y, por ende, la diseminación del proceso infeccioso hacia los tejidos blandos adyacentes. Igualmente, significativa es la relación entre el punto de erosión de la cortical y las inserciones musculares, ya que, una vez que la infección atraviesa la cortical y alcanza el periostio, puede extenderse hacia planos anatómicos más profundos. En este contexto, las inserciones musculares en los huesos maxilares actúan como barreras o vías naturales que orientan el trayecto de la infección hacia regiones específicas de la cara y el cuello (20).

2.2.3.2.2.1 Vías de diseminación primaria

2.2.3.2.2.1.1 Vías de diseminación a partir de dientes superiores

Incisivos superiores: En los incisivos centrales superiores, los ápices radiculares se relacionan principalmente con la cortical vestibular, lo que orienta la propagación infecciosa hacia esta dirección. Sin embargo, la extensión suele ser limitada por estructuras anatómicas que los circunscriben, como el músculo orbicular de los labios y el tejido subcutáneo de la base nasal, que actúan como barreras naturales al avance del proceso infeccioso (23). En cambio, en los incisivos laterales, los ápices presentan una inclinación palatina que, en raras ocasiones, permite la diseminación hacia esta zona. No obstante, la consistencia fibromucosa del paladar restringe significativamente la propagación de la infección, lo que explica la baja frecuencia de abscesos palatinos asociados a estas piezas dentarias (20,23).

Canino superior: Los caninos presentan raíces largas y robustas, orientadas hacia la apófisis alveolar de la cortical vestibular, lo que favorece la propagación del proceso infeccioso en esta dirección. La inserción del músculo canino determina dos posibles trayectorias de diseminación: cuando la infección se localiza por debajo de dicha inserción, permanece confinada en el vestíbulo; en cambio, si se origina por encima, se extiende hacia el espacio canino, pudiendo generar una tumefacción característica en la región infraorbitaria (23).

Premolares superiores: Las infecciones originadas en los premolares superiores se localizan principalmente en el vestíbulo, dado que la inserción muscular se encuentra por encima de los ápices, facilitando la propagación en dirección vestibular. No

obstante, cuando las raíces palatinas, especialmente en los primeros premolares, se ven más comprometidas, la infección puede extenderse hacia el paladar. En casos excepcionales, si las raíces son particularmente largas, la diseminación puede alcanzar el espacio canino (23).

Molares superiores: La dirección de las raíces determina la propagación del proceso infeccioso, que puede extenderse hacia el vestíbulo o hacia el paladar. Cuando la infección supera la inserción del músculo buccinador, se compromete el espacio geniano. Si la difusión progresa en sentido apical, puede alcanzar el seno maxilar, originando un empiema y, en casos excepcionales, una sinusitis. En los terceros molares superiores, la diseminación hacia los espacios pterigomaxilar y temporal es poco frecuente (23,41).

2.2.3.2.2.1.2 Vías de diseminación a partir de dientes inferiores

Incisivos inferiores: La propagación de la infección periapical de los incisivos centrales y laterales inferiores depende de la posición de los ápices radiculares y de la inserción del músculo de la borla del mentón. Cuando la infección se extiende por encima de esta inserción, permanece confinada al vestíbulo bucal; en cambio, si progresa por debajo del músculo, atraviesa la cortical ósea y se disemina hacia los tejidos submentonianos, pudiendo comprometer el espacio submentoniano y generar una celulitis extraoral (41).

Canino inferior: En los caninos inferiores, el músculo triangular de los labios, cuadrado de la barba y cutáneo del cuello se insertan por debajo del ápice radicular. Esta disposición anatómica favorece que, tras atravesar la lámina cortical, la infección se disemine predominantemente hacia el vestíbulo bucal, donde queda localizada la mayoría de los abscesos asociados a estas piezas dentarias (41).

Premolares inferiores: Presenta una extensión similar a la del canino inferior; sin embargo, en el caso del segundo premolar inferior, la infección puede propagarse hacia lingual. Cuando el proceso infeccioso progresa por encima del músculo milohioideo, tiende a diseminarse hacia el espacio sublingual, generando una afectación característica de esta zona anatómica (23).

Primer molar inferior: La infección se localiza predominantemente en la cara vestibular, aunque puede extenderse por debajo de la inserción del músculo

buccinador, comprometiendo el espacio geniano y originando una celulitis paramandibular. Cuando la propagación ocurre en dirección lingual, el proceso infeccioso se disemina hacia el espacio sublingual, favorecido por la posición de los ápices radiculares, que se encuentran por encima de la inserción del músculo milohioideo (23).

Segundo molar inferior: Los ápices radiculares se encuentran aproximadamente al mismo nivel que las inserciones de los músculos buccinador y milohioideo, lo que permite que la infección pueda propagarse indistintamente hacia la región vestibular o lingual. Clínicamente, se pueden presentar cuatro formas de diseminación: vestibular, geniana, sublingual y submaxilar, esta última considerada parte de la región cervical (23).

Tercer molar inferior: Los terceros molares inferiores presentan variaciones anatómicas significativas en su posición dentro del cuerpo o la rama mandibular. Cuando se encuentran en posición vertical, el ápice radicular se localiza próximo a la cortical lingual, lo que favorece la diseminación del proceso infeccioso por debajo del músculo milohioideo hacia el espacio submandibular. En piezas con orientación horizontal o mesioangular, la infección puede propagarse al espacio pterigomandibular y, posteriormente, extenderse hacia el espacio faríngeo o el músculo pterigoideo interno. En casos de pericoronaritis, la infección suele avanzar hacia el espacio submaseterino, manifestándose clínicamente con dolor pulsátil, trismo severo y tumefacción del ángulo mandibular, que puede extenderse hasta el arco cigomático (41).

2.2.3.2.2 Vías de diseminación secundaria

2.2.3.2.2.1 Espacios faciales

Los planos faciales son compartimentos tisulares delimitados por fascias y formados por tejido conjuntivo laxo areolar. Estos espacios pueden inflamarse cuando son invadidos por microorganismos y, además, actúan como tejido de soporte y amortiguación para músculos, vasos sanguíneos, nervios, glándulas y otras estructuras cercanas (26). Los planos faciales profundos son espacios virtuales que no existen en un individuo sano normal. Estos son espacios latentes creados por la distensión de los tejidos secundarios a la infección (23). Los planos faciales ofrecen vías anatómicas para que la infección se propague de forma superficial a planos

profundos. La disponibilidad de antibióticos en los espacios faciales es limitada debido a la escasa vascularización (38).

La extensión de la infección hacia múltiples espacios anatómicos constituye uno de los principales indicadores de gravedad. El compromiso de espacios profundos aumenta el riesgo de complicaciones, dificulta el tratamiento y puede prolongar la estancia hospitalaria debido a la necesidad de procedimientos quirúrgicos y seguimiento clínico especializado.

2.2.3.2.2.1.1 Espacios con riesgo leve

Espacio vestibular

Se produce un abombamiento de la mucosa a nivel del vestíbulo de la boca. Cualquier pieza dentaria puede dar lugar a un absceso vestibular (39). Se presenta tumefacción vestibular con fluctuación a la palpación, dolor, elevación de la mucosa vestibular y sensibilidad en la zona afectada (19).

Espacio palatino

El espacio palatino se encuentra entre el hueso palatino y la mucosa del paladar duro. Debido a la ausencia de tejido celular laxo en esta zona, los procesos inflamatorios suelen presentarse como abscesos subperiósticos y no como celulitis. Es afectado por raíces de incisivos laterales o raíces palatinas de premolares y molares superiores, cuando la infección se dirige hacia la lámina cortical palatina (22). Se presenta tumefacción palatina aislada, elevación de la mucosa palatina, dolor a la palpación y al masticar (19).

Espacio canino

El espacio canino está situado en la superficie anterior del maxilar en la región infraorbitaria, por encima de la fosa canina. Como fuentes primarias de infección se encuentran los caninos y premolares superiores. Clínicamente presenta dolor, sensibilidad e hinchazón en la región anterior a la mejilla, desaparición del pliegue nasolabial acompañado de edema en el labio superior y compromiso de la región periorbitaria (hinchazón debajo del ojo, dolor a la palpación, enrojecimiento) (19,38).

Espacio bucal

El espacio bucal es un compartimento anatómico localizado entre el músculo buccinador (internamente), el músculo masetero y la piel de la mejilla (externamente). Este espacio puede verse afectado por infecciones odontogénicas, especialmente

aquellas que se diseminan por debajo de la inserción del músculo buccinador, con origen frecuente en los ápices radiculares de premolares y molares mandibulares (23).

Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por un edema de la mejilla que puede extenderse desde el arco cigomático hasta el borde inferior de la mandíbula, y en ocasiones acompañado de tumefacción del labio superior e inferior. El paciente puede presentar dolor a la palpación, asimetría facial evidente y dificultad para masticar o hablar. En casos graves, la infección puede diseminarse hacia espacios adyacentes, como el pterigomandibular, aumentando el riesgo de complicaciones (19).

2.2.3.2.2.1.2 Espacios con riesgo moderado

Espacio submandibular

Este espacio alberga la glándula submandibular y es frecuente sitio de diseminación de infecciones odontogénicas, especialmente desde segundos y terceros molares inferiores, cuyos ápices se encuentran por debajo de la inserción del milohioideo. Puede extenderse rápidamente hacia el espacio sublingual y convertirse en una angina de Ludwig (23,39).

Clínicamente, presenta edema submandibular visible y palpable que progresa y ocasiona enrojecimiento de la piel superficial y obliteración del ángulo mandibular, lo que puede dificultar su identificación anatómica; puede presentarse asimetría facial marcada y, en fases severas, progresión a espacios cervicales profundos (19).

Espacio submentoniano

Este espacio se ve comprometido con frecuencia en infecciones odontogénicas que se diseminan desde los seis dientes anteriores de la mandíbula, especialmente si los ápices se sitúan por debajo del músculo milohioideo (38). La infección de este espacio es consecuencia de la diseminación del espacio submandibular; este avanza por el vientre anterior del digástrico y entra al espacio submentoniano (26).

Presencia de tumefacción submentoniana (centrada bajo el mentón) que puede extenderse en dirección al hueso hioides, dolor a la palpación con sensación de presión en la parte anterior del cuello; la piel se presenta enrojecida o brillante y, en casos severos, puede haber disfagia o molestia al hablar o tragar (19).

Espacio sublingual

Es un compartimento anatómico localizado por encima del músculo milohioideo, en el suelo de la boca. Los primeros y segundos molares son responsables de la infección (39). Este espacio contiene la glándula sublingual, el conducto de Wharton, el nervio lingual y parte del nervio hipogloso (22).

Cuando hay una expansión bilateral de los espacios perimandibulares (sublingual, submentoniano y submandibular), se aprecia una complicación muy grave como la temida angina de Ludwig. Se presenta edema del suelo de la boca con elevación de la lengua hacia el paladar, lo que trae como consecuencia disfagia, sialorrea, dolor e incomodidad al hablar o masticar y, en casos graves, compromiso respiratorio (19).

Espacio pterigomandibular

El espacio pterigomandibular es un compartimento anatómico profundo; el tercer molar inferior es la fuente primaria de propagación. Se presenta el conocido flemón de Escat; este se caracteriza por no presentar una clara tumefacción externa (23).

Uno de los síntomas más marcados es la presencia de trismo, debido al compromiso del músculo pterigoideo medial. Ausencia de edema visible en el ángulo mandibular, lo que lo diferencia de otras infecciones como la del espacio maseterino, tumefacciones del paladar blando con desviación de la úvula y desplazamiento de la pared faríngea posterior (19).

Espacios temporales (superficial y profundo)

El espacio temporal se divide en dos subespacios: el temporal superficial, ubicado entre la fascia temporal superficial y el músculo temporal, y el temporal profundo, localizado entre el músculo temporal, el hueso temporal y el ala del esfenoides (20). Su compromiso infeccioso suele presentarse en cuadros de mayor gravedad, manifestándose con inflamación por encima del arco cigomático y detrás del reborde lateral de la órbita (26).

Se presenta tumefacción en la región temporal (lateral del cráneo, por encima y debajo del arco cigomático) y trismo debido a la proximidad de los músculos masticadores, además de dolor a la palpación en la sien y puede haber eritema si la infección avanza hacia planos superficiales (38).

Espacio maseterino

El espacio maseterino es uno de los subespacios del espacio masticador. Se encuentra entre la cara lateral de la rama mandibular y el músculo masetero. Este espacio se puede ver comprometido por infecciones odontogénicas, especialmente de terceros molares inferiores, cuando se diseminan lateralmente (38). Se presenta trismo y tumefacción localizada en el ángulo de la mandíbula, sin afectar la piel, por encontrarse debajo del músculo masetero (19).

2.2.3.2.2.1.3 Espacios con riesgo severo

Espacio faríngeo lateral

Es un espacio profundo y bilateral del cuello, situado a cada lado de la faringe. Tiene forma de pirámide invertida, cuya base está en el cráneo y el vértice en el hueso hioides (26). Tiene como fuente de infección la región del tercer molar inferior (38). La infección se agrava considerablemente cuando progresa desde este plano hacia el espacio retrofaríngeo o incluso lo sobrepasa (26).

Clínicamente, se aprecia dolor faríngeo intenso que se irradia hacia el oído, inflamación lateral del cuello, además de presentar odinofagia, trismo, disnea, desviación de la úvula por desplazamiento de la pared faríngea lateral y tumefacción cervical lateral que puede extenderse hacia el trago. Los pacientes presentan dificultad para tragar y habitualmente tienen fiebre; como consecuencia, se encuentran muy afectados (19,26).

Espacio retrofaríngeo

El espacio retrofaríngeo es un espacio virtual localizado entre la faringe y la columna vertebral, extendiéndose desde la base del cráneo hasta el mediastino superior (23). Contiene solo tejido conjuntivo laxo y ganglios linfáticos; por tanto, no compone una barrera firme y, como tal, se da la diseminación de la infección hacia los espacios faríngeos laterales que rodean la vía respiratoria (26). Se presenta rigidez en la nuca (por irritación de músculos prevertebrales), disnea, odinofagia, trismo, dolor retrofaríngeo, además de los mismos síntomas presentes en el espacio parafaríngeo. Este espacio es característico por ser la principal vía de acceso al mediastino (19).

2.2.3.2.3 Comorbilidades

Las comorbilidades representan condiciones clínicas preexistentes que pueden modificar la respuesta inmunológica del paciente y alterar la evolución del proceso infeccioso. Enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial,

inmunosupresión u otras patologías sistémicas pueden retrasar la recuperación, aumentar el riesgo de complicaciones y requerir un manejo hospitalario más prolongado.

2.2.3.2.3.1 Deficiencia inmunológica: Diversas condiciones médicas preexistentes o intervenciones terapéuticas pueden provocar depresión de las defensas del huésped, favoreciendo la invasión bacteriana de los tejidos o acelerando la diseminación de procesos infecciosos (33). Estas situaciones pueden interferir negativamente con los mecanismos de defensa del huésped, tanto a nivel humoral como celular (26). El sistema inmunológico cumple un papel fundamental para mantener en óptimo estado las defensas del organismo frente a las infecciones (33). Los pacientes que reciben tratamiento con fármacos quimioterapéuticos antineoplásicos tienen un impacto directo y severo en el sistema inmunológico, lo que los convierte en una población altamente vulnerable a infecciones. Estos medicamentos, diseñados para atacar y destruir las células cancerosas, también afectan las células sanas, particularmente a aquellas del sistema inmunitario, como los leucocitos. Este se ve reflejado en la disminución de leucocitos con valores menores a 1000 cel./ml. Como consecuencia, los pacientes inmunosuprimidos pierden la capacidad de montar una respuesta efectiva a agresiones bacterianas, lo que los predispone a infecciones severas y a un mayor riesgo de complicaciones sistémicas potencialmente letales (26).

2.2.3.2.3.2 Diabetes mellitus: Es conocida por inducir un grado considerable de inmunodepresión, lo que hace a los pacientes más susceptibles a infecciones y complicaciones asociadas (29). En pacientes diabéticos, esto implica un mayor requerimiento de insulina, mientras que, en aquellos con patologías cardiovasculares, respiratorias o metabólicas, se observa una respuesta limitada frente al estrés fisiológico. Por ello, el manejo integral debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que asegure un control adecuado de las comorbilidades (26). La diabetes es responsable de cambios macro y microvasculares significativos, presenta deterioro de la producción de citocinas y la función leucocitaria. Todas estas condiciones se presentan básicamente en personas con diabetes mal controlada; tanto es así que son más susceptibles a presentar infección. En Estados Unidos, se estima que más de 37,3 millones de personas viven con diabetes, lo que representa un desafío importante para la salud pública (42).

2.2.3.2.3.3 Hipertensión: Es un factor que puede prolongar el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas. Este trastorno afecta la capacidad de respuesta ante infecciones bacterianas, lo que incrementa el riesgo de complicaciones. En estudios hospitalarios, los pacientes con antecedentes de hipertensión presentaron mayor tiempo promedio de hospitalización, entre 2-4 días respecto a pacientes con esta comorbilidad (7).

2.2.3.2.4 Hábitos nocivos:

El consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias constituye un factor que puede afectar la respuesta inmunológica, retrasar los procesos de cicatrización y favorecer la persistencia del proceso infeccioso. Estas condiciones pueden influir negativamente en la evolución clínica y prolongar la estancia hospitalaria. Diversos estudios señalan que los pacientes con antecedentes de consumo de estas sustancias presentan una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones postoperatorias y requerir tratamientos más prolongados, tanto médicos como quirúrgicos (8,17,43)

2.2.3.3 Factores intrahospitalarios

Los factores intrahospitalarios comprenden los elementos relacionados con la atención recibida durante la hospitalización que pueden influir en la evolución clínica del paciente. Entre ellos destacan la oportunidad del tratamiento quirúrgico, el inicio de la antibioticoterapia, la disponibilidad de recursos hospitalarios y el manejo multidisciplinario. Una atención oportuna y coordinada favorece el control del proceso infeccioso y puede reducir el tiempo de hospitalización, mientras que los retrasos diagnósticos o terapéuticos pueden prolongar la estancia y aumentar el riesgo de complicaciones. (5,44–47)

2.2.3.3.1 Demora en la interconsulta al especialista

La interconsulta oportuna con el cirujano oral y maxilofacial representa un componente crítico en el manejo inicial de las infecciones odontogénicas hospitalarias, ya que una evaluación tardía puede retrasar el diagnóstico definitivo y el inicio del tratamiento adecuado. Esto incrementa el riesgo de compromiso de espacios anatómicos profundos y mayor complejidad clínica (44–47).

2.2.3.3.2 Demora en la intervención quirúrgica

Diversos estudios han sugerido que el retraso quirúrgico prolonga la hospitalización debido al avance del proceso inflamatorio, debido a que procedimientos como el drenaje quirúrgico o la exodoncia de la pieza causal permiten eliminar el foco infeccioso. Cuando estas intervenciones se retrasan, puede producirse una mayor progresión inflamatoria y un incremento en los días de hospitalización. Estudios recientes han demostrado que la intervención dentro de las primeras 24 horas se asocia con mejores resultados clínicos y menor estancia hospitalaria (45,46).

2.2.3.3.3 Disponibilidad de sala operatoria

La disponibilidad de sala quirúrgica y recursos hospitalarios también influye en el tiempo de hospitalización. La escasez de quirófanos, personal especializado o limitaciones administrativas puede retrasar procedimientos urgentes, prolongando innecesariamente el internamiento y aumentando los costos hospitalarios (40,47).

2.2.4 Tiempo de hospitalización

La duración de la estancia hospitalaria se refiere al número de días que un paciente permanece internado en un hospital. Cuando este periodo supera el tiempo esperado para su recuperación clínica, se considera una estancia hospitalaria prolongada (48). En los pacientes con infecciones del espacio oral y maxilofacial, el tiempo de hospitalización puede variar ampliamente según diversos factores, entre los que destacan el estado sistémico del paciente, la gravedad de la infección y la complejidad del tratamiento quirúrgico o médico realizado (47).

Desde la perspectiva de los sistemas de salud, la duración de la estancia hospitalaria constituye un indicador válido de eficiencia de atención hospitalaria, empleado para identificar los factores que influyen en los resultados clínicos y en la recuperación de los pacientes con infecciones odontogénicas. Además, se considera un predictor confiable del estado de salud general del paciente y de la calidad del manejo hospitalario (47). Diversos estudios destacan la importancia de resolver el proceso infeccioso en el menor tiempo posible; de no ser así, se prolongan los días de hospitalización y trae como consecuencia un aumento de los costos en atención hospitalaria, además de restringir la atención a pacientes necesitados por falta de camas para internamiento.

En la literatura internacional, se identificaron tres etapas de resolución clínica, determinadas por la duración de la estancia hospitalaria (17):

- Resolución corta: permanencia menor a 5 días.
- Resolución intermedia: permanencia de 5 a 10 días
- Resolución tardía: permanencia mayor a 10 días.

El punto de corte de 5 días se estableció con base en la duración promedio de la estancia hospitalaria informada en las últimas Estadísticas Nacionales de Establecimientos de Salud y Fuerza Laboral, que reportan una duración promedio de hospitalización de 4 días.

2.2.4.1 Promedio de permanencia

El promedio de días de permanencia de los pacientes constituye un indicador clave en la gestión hospitalaria, pues permite estimar el grado de aprovechamiento de los recursos disponibles y, de manera indirecta, valorar la calidad de atención brindada. Una estancia hospitalaria prolongada puede asociarse a deficiencias en los procesos técnicos, diagnósticos tardíos, complicaciones prevenibles o limitaciones en la eficiencia de los servicios (48).

Este indicador permite estimar la duración media de la estancia hospitalaria de los pacientes en un intervalo de tiempo específico, lo que posibilita establecer comparaciones entre diferentes servicios, instituciones.

2.2.5 Descripción del Hospital Regional del Cusco

El Hospital Regional del Cusco es un establecimiento de salud de categoría III-1 y de referencia regional, inaugurado el 23 de junio de 1964. Brinda atención especializada a pacientes procedentes del Cusco y de otras regiones del sur del Perú, como Apurímac, Madre de Dios y Puno. Cuenta con 312 camas operativas y aproximadamente 765 trabajadores, entre médicos, otros profesionales de la salud, técnicos y personal administrativo.

Dispone de diferentes departamentos y servicios especializados, entre los que se encuentran medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia, traumatología, emergencia, cuidados intensivos, laboratorio clínico, diagnóstico por imágenes y atención odontológica especializada. Dentro de esta última se encuentra el servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial, donde se realiza el diagnóstico y tratamiento de patologías de la cavidad oral y de la región maxilofacial, entre ellas traumatismos, fracturas e infecciones odontogénicas. Debido a su capacidad de atención especializada, este servicio recibe pacientes con cuadros de diversa

complejidad que requieren manejo hospitalario y, según el caso, la participación de otras especialidades (49).

2.3 Definición de términos básicos

Infección odontogénica: Proceso infeccioso originado en los dientes o en sus estructuras de soporte, con posibilidad de extenderse hacia los tejidos y espacios anatómicos adyacentes de la región maxilofacial (38).

Tiempo de hospitalización: Número de días transcurridos desde el ingreso hospitalario del paciente hasta el alta médica correspondiente al episodio de atención por infección odontogénica (8).

Comorbilidad: Presencia de una o más enfermedades o condiciones médicas coexistentes con la infección odontogénica y registradas en la historia clínica del paciente (38).

Factores asociados: Características o condiciones que presentan una relación estadística con el tiempo de hospitalización de los pacientes con infecciones odontogénicas (50,51).

Celulitis: Proceso infeccioso agudo y difuso de los tejidos blandos, caracterizado por inflamación y ausencia de una colección purulenta bien delimitada (11,52).

Absceso: Colección localizada de material purulento producida como consecuencia de un proceso infeccioso y delimitada dentro de los tejidos afectados (52).

Características sociodemográficas: Características de la población estudiada relacionadas con la edad, sexo y procedencia de los pacientes (50,51).

Características clínico-epidemiológicas: Características relacionadas con la presentación de la infección odontogénica y las condiciones del paciente, que en el presente estudio comprenden el tipo de infección, pieza dentaria causal, localización anatómica, comorbilidades y hábitos nocivos (8).

Características intrahospitalarias: Condiciones relacionadas con el proceso de atención durante la hospitalización, que en el presente estudio comprenden la demora en la interconsulta al especialista, demora en la intervención quirúrgica y disponibilidad de sala operatoria (45,46).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de investigación

El diseño de investigación constituye la estrategia metodológica que orientó el desarrollo del estudio y permitió responder al problema de investigación planteado. Considerando la naturaleza de los objetivos, la fuente de información y el procedimiento empleado para la obtención de los datos, la presente investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental, observacional, retrospectivo y transversal.

3.1.1 No experimental

La investigación presentó un diseño no experimental, debido a que las variables de estudio no fueron manipuladas ni modificadas por el investigador. La información fue obtenida mediante la revisión de historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección odontogénica, registrándose los datos tal como ocurrieron en su contexto clínico (53).

3.1.2 Observacional

El estudio fue observacional, debido a que se analizaron las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias de los pacientes y su asociación con el tiempo de hospitalización, sin intervención del investigador sobre las condiciones clínicas ni sobre la atención recibida por los pacientes (54).

3.1.3 Retrospectivo

La investigación fue retrospectiva, debido a que se analizaron datos previamente registrados en las historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección odontogénica durante el periodo 2020-2024. La información correspondiente a las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas, intrahospitalarias y al tiempo de hospitalización fue obtenida de registros clínicos existentes al momento de realizar el estudio (54).

3.1.4 Transversal

El estudio fue de corte transversal, ya que cada historia clínica fue evaluada una sola vez. Aunque los registros abarcan cinco años, no se realizó seguimiento posterior de los pacientes; cada unidad de análisis fue examinada en un único momento durante

la revisión documental, los datos de cada sujeto reflejaron esencialmente un momento específico en el tiempo (55).

3.2 Tipo de investigación

3.2.2 Analítico

La investigación correspondió a un nivel analítico, debido a que no se limitó a describir las características de los pacientes hospitalizados con infecciones odontogénicas, sino que buscó determinar la asociación entre los factores sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e intrahospitalarios y el tiempo de hospitalización (54,55).

3.2.3 Cuantitativo

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, debido a que las variables de estudio fueron medidas a partir de información numérica obtenida de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de infecciones odontogénicas. Posteriormente, los datos fueron organizados, codificados y procesados mediante procedimientos estadísticos, permitiendo describir las características de la población y determinar la asociación entre los factores sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e intrahospitalarios y el tiempo de hospitalización (55).

La utilización del enfoque cuantitativo permitió obtener resultados objetivos, verificables y sustentados en el análisis estadístico de la información, garantizando una interpretación basada en evidencia y acorde con los objetivos planteados en la investigación.

3.3 Población

La población de estudio estuvo conformada por 85 pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección de origen odontogénico, identificados mediante los códigos CIE-10 L03.2 y K12.2, así como por los diagnósticos de angina de Ludwig, mediastinitis y fascitis necrosante, siempre que se encontrara establecido su origen odontogénico, atendidos en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo comprendido entre enero de 2020 y diciembre de 2024. La información correspondiente a estos pacientes fue obtenida de sus historias clínicas.

3.4 Muestra

3.4.1 Muestra

La muestra estuvo conformada por 60 pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección odontogénica que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación. La información de cada paciente fue obtenida mediante la revisión de su respectiva historia clínica.

3.4.2 Criterios de selección de la muestra

3.4.2.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron historias clínicas de pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020-2024 con diagnóstico confirmado de infección de origen odontogénico.
- Pacientes con diagnóstico de celulitis o absceso de boca, celulitis facial, angina de Ludwig, mediastinitis o fascitis necrosante, siempre que se encontrara establecido su origen odontogénico en la historia clínica.
- Pacientes que culminaron el episodio de hospitalización mediante alta hospitalaria.
- Historias clínicas con información suficiente para evaluar las variables consideradas en la investigación.

3.4.2.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron:

- Historias clínicas de pacientes que recibieron únicamente manejo ambulatorio.
- Historias clínicas correspondientes a infecciones cuyo origen odontogénico no se encontraba establecido.
- Historias clínicas con información incompleta o ilegible que impidiera evaluar las variables requeridas para la investigación.

3.4.3 Tipo de muestreo

Se empleo un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que se incluyó la totalidad de historias clínicas disponibles que cumplieron con los criterios de selección establecidos para el estudio. De las 85 historias clínicas identificadas durante el periodo 2020-2024, 60 cumplieron con los criterios establecidos y fueron incluidas en el análisis debido a que la selección de los casos estuvo determinada por

la disponibilidad y el acceso a las historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos (53,55).

3.5 Variables de estudio

3.5.1 Identificación de variables

Variable 1

- Factores asociados a infecciones odontogénicas

Dimensiones

Características clínico-epidemiológicas

Indicadores:

- Tipo de infección
- Pieza dentaria afectada
- Localización
- Comorbilidades
- Hábitos nocivos

Dimensiones

Características intrahospitalarias

Indicadores:

- Demora en interconsulta al especialista
- Demora en la intervención quirúrgica
- Disponibilidad de sala operatoria

Variable 2

- Tiempo de hospitalización

Covariables

- Edad
- Sexo
- Procedencia

3.5.2 Operacionalización de variables

Variable 1	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Instrumento	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Expresión final	Definición operacional
Factores asociados a infecciones odontogénicas	Condiciones clínicas, sistémicas, conductuales e intrahospitalarias que pueden influir en la evolución de una infección odontogénica y, en consecuencia, modificar la duración de la hospitalización del paciente.	Características clínico-epidemiológicas	Tipo de infección	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	1) K12.2 Celulitis y absceso de boca 2) L03.2 Celulitis de cara 3) Angina de Ludwig 4) Mediastinitis 5) Fascitis necrosante	Clasificación médica de la infección odontogénica según el sitio anatómico comprometido Diagnóstico clínico obtenido del registro CIE-10. Se registrará exactamente según el código consignado por el profesional tratante en la historia clínica.
			Pieza dentaria afectada	Ficha de recolección de datos	Cualitativa	Nominal	Codificación FDI: 1.1-4.8, 5.1-8-5	Diente o grupo dentario afectado cuya patología originó la infección odontogénica; se registrará el número FDI de la pieza causal consignada por el especialista en la historia clínica, agrupándolo posteriormente según el tipo dentario.
			Espacios fasciales comprometidos	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	1) Geniano 2) Maseterina 3) Nasogeniano 4) Submandibular 5) Sublingual 6) Periorbitaria 7) Temporal	Los espacios fasciales de la infección, dato obtenido de la historia clínica. Se registrará en la ficha de recolección de datos la localización que está documentada en la historia clínica. Puede seleccionarse más de una opción según el caso.

			Comorbilidades	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	0) No presenta 1) Diabetes mellitus 2) Hipertensión arterial 3) Alergia 4) Osteoporosis/artritis 5) TBC 6) Otra	Condiciones médicas que causan deterioro de la salud; se registrará la presencia de comorbilidades consignadas en los antecedentes de la historia clínica. Es posible marcar más de una comorbilidad cuando corresponda.
			Hábitos nocivos	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	0) No presenta 1) Consumo de tabaco 2) Consumo de alcohol 3) Consumo de drogas 4) Otro	Conducta que compromete la salud general del paciente, se registrará según los antecedentes consignados por el especialista en la . historia clínica. Es posible marcar más de un hábito nocivo cuando corresponda.
		Características intrahospitalarias	Demora en interconsulta al especialista	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1) NO (≤24 horas) 2) SI (>24 horas)	Se registrará el tiempo entre la solicitud de interconsulta y la valoración por el especialista, según la historia clínica. Se considerará demora cuando supere las 24 horas.
			Demora en la intervención quirúrgica	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1) NO (≤48 horas) 2) SI (>48 horas)	Se registrará el intervalo entre la indicación quirúrgica y la realización del procedimiento quirúrgico. Se considerará demora cuando supere las 48 horas.
			Disponibilidad de sala operatoria	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1) SI 2) NO	se registrarán causas documentadas en evolución médica o parte quirúrgicos que generaron la postergación de un procedimiento o intervención quirúrgica. La categoría NO se usará cuando no haya disponibilidad de sala, atribuible a causas intrahospitalarias.

Variable 2	Definición conceptual	Indicador	Instrumento	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Expresión final	Definición operacional
Tiempo de hospitalización	Número de días registrados y se calcula desde la fecha de ingreso hasta el alta hospitalaria, dato obtenido de la historia clínica.	Tiempo de estancia	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Ordinal	1) < 5 días 2) 5 - 10 días 3) > 10 días	Número total de días durante los cuales el paciente permanece hospitalizado, contabilizados desde su ingreso hasta el alta. La estancia hospitalaria se clasificará en tres categorías: corta, cuando es menor a 5 días, media cuando oscila entre 5 y 10 días; y prolongada, cuando es mayor a 10 días.

Covariable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Instrumento	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Expresión final	Definición operacional
Características sociodemográficas	Son características sociales y demográficas propios de cada paciente.	Edad	Registro de edad en la historia clínica	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Ordinal	1. Infancia (0-11 años) 2. Adolescencia (12-17 años) 3. Joven (18-29 años) 4. Adulto (30-59 años) 5. Adulto mayor (60 años a más)	Se registrará la edad exacta del paciente y se clasificará por rangos etarios establecidos para el análisis
		Sexo	Registro de género en la historia clínica.	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1. Femenino 2. Masculino	Se registrará el género consignado en la historia clínica.
		Procedencia	Registro de procedencia en la historia clínica.	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1. Urbano 2. Rural	Se registrará la procedencia geográfica reportada en la historia clínica, clasificado en urbano o rural.

3.6 Hipótesis

3.6.1 Hipótesis del investigador

H_a : Existe asociación significativa entre las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020–2024.

3.6.2 Hipótesis nula

H_0 : No existe asociación significativa entre las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020–2024.

3.7 Técnica e instrumento de recolección de datos

3.7.1 Técnica de recolección de datos

Se empleó la técnica de revisión documentaria, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección de origen odontogénico en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020–2024 (55). A partir de estos registros se obtuvo la información correspondiente a las variables consideradas en el estudio:

- K122 Celulitis y absceso de boca
- L032 Celulitis de cara
- Angina de Ludwig
- Mediastinitis
- Fascitis necrosante

3.7.2 Instrumento de recolección de datos

Se empleó una ficha de recolección de datos estructurada, elaborada específicamente para la presente investigación. El instrumento permitió registrar la información obtenida de las historias clínicas y estuvo organizado en cuatro secciones: características sociodemográficas (edad, sexo y procedencia); características clínico-epidemiológicas (tipo de infección, pieza dentaria causal, localización anatómica, comorbilidades y hábitos nocivos); características intrahospitalarias (demora en la interconsulta al especialista, demora en la

intervención quirúrgica y disponibilidad de sala operatoria); y tiempo de hospitalización, expresado en número de días.

3.8 Procedimientos

3.8.1 Etapa de procedimientos administrativos

Se gestionó la autorización correspondiente ante la Dirección del Hospital Regional del Cusco y el Departamento de Odontoestomatología para acceder a la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

Posteriormente, se solicitó al área de Estadística la identificación de los registros correspondientes a pacientes hospitalizados durante el periodo 2020–2024 con diagnósticos relacionados con infecciones odontogénicas. Una vez identificados los registros, se coordinó con el área de Archivo el acceso a las historias clínicas para la aplicación de los criterios de selección y la posterior recolección de datos.

Previamente a la recolección de la información, la ficha de recolección de datos fue sometida a un proceso de validación mediante juicio de cinco expertos con experiencia en áreas relacionadas con el objeto de estudio.

3.8.2 Etapa de aplicación del instrumento

Una vez obtenida la autorización institucional y validada la ficha de recolección de datos, se procedió a revisar las historias clínicas identificadas y aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Se incluyeron en el estudio las historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección y que contaban con la información necesaria para evaluar las variables consideradas en la investigación. Posteriormente, los datos fueron registrados en la ficha de recolección y codificados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel.

Finalmente, la base de datos fue revisada para verificar su consistencia y posteriormente procesada mediante el programa estadístico SPSS versión 25.

3.9 Validez y confiabilidad del instrumento

La ficha de recolección de datos fue sometida a un proceso de validación de contenido mediante juicio de cinco expertos con experiencia en áreas relacionadas con el objeto de estudio. La evaluación consideró la pertinencia, claridad y adecuación de los componentes del instrumento. Los resultados fueron procesados mediante el método de Distancia del Punto Medio (DDP), obteniéndose una valoración correspondiente a

la categoría de adecuación total, por lo que el instrumento fue considerado válido para la recolección de la información requerida en la investigación (54). Para determinar la validez del instrumento se empleó el método de Distancia del Punto Medio (DDP), obteniéndose un valor de 2.44, resultado que, de acuerdo con la escala valorativa empleada, se ubicó en la categoría de adecuación total. En consecuencia, el instrumento fue considerado válido para la recolección de la información requerida en la investigación .

Respecto a la confiabilidad, inicialmente se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,728, mientras que el coeficiente basado en elementos estandarizados fue de 0,735. Sin embargo, considerando que el instrumento corresponde a una ficha estructurada destinada a registrar variables obtenidas directamente de las historias clínicas y no a una escala conformada por ítems orientados a medir un único constructo, estos coeficientes no fueron considerados como criterio principal para establecer la confiabilidad del instrumento. La calidad del proceso de recolección se sustentó principalmente en la validez de contenido obtenida mediante juicio de expertos y en la definición estandarizada de los criterios utilizados para el registro de las variables.

3.10 Plan de análisis de datos

El análisis estadístico se realizó de acuerdo con los objetivos de la investigación y la naturaleza de las variables estudiadas. Los datos recolectados fueron organizados y codificados inicialmente en una base de datos elaborada en Microsoft Excel 2019 y posteriormente procesados mediante el programa estadístico SPSS versión 25.

Se realizó un análisis univariado para describir las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias de los pacientes. Para efectos del análisis estadístico, las variables fueron categorizadas de acuerdo con los criterios establecidos en la operacionalización y se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Adicionalmente, para responder al objetivo específico referido a la estancia hospitalaria, se calculó el promedio de días de hospitalización.

Posteriormente, se realizó un análisis bivariado para determinar la asociación entre las características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización. Para este análisis, el tiempo de hospitalización fue

categorizado en menos de 5 días, de 5 a 10 días y más de 10 días, y se emplearon tablas de contingencia.

Para evaluar la asociación entre las variables categóricas se empleó la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Previamente, se verificó el cumplimiento de los supuestos de aplicación de la prueba, considerando las frecuencias esperadas en las celdas de las tablas de contingencia. Se estableció un nivel de significancia estadística de $\alpha = 0,05$, considerándose estadísticamente significativa la asociación cuando $p < 0,05$.

Los resultados fueron presentados mediante tablas de frecuencias absolutas, porcentajes, tablas de contingencia y los correspondientes valores de significancia estadística.

3.11 Aspectos éticos

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos aplicables a la investigación en seres humanos. Debido a su diseño observacional y retrospectivo, basado exclusivamente en la revisión de historias clínicas, no se realizó intervención alguna ni contacto directo con los pacientes incluidos en el estudio.

Se consideraron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y en el Informe Belmont, particularmente los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia (56). Durante todo el proceso de recolección, procesamiento y análisis de la información se garantizó la confidencialidad y privacidad de los datos contenidos en las historias clínicas.

Para proteger la identidad de los pacientes, la información recolectada fue registrada mediante códigos, sin consignar nombres, números de documento de identidad u otros datos que permitieran su identificación directa. La base de datos fue utilizada exclusivamente para los fines académicos y científicos de la presente investigación, manteniéndose el acceso restringido a la información.

Asimismo, el acceso a las historias clínicas se realizó previa autorización de las instancias correspondientes del Hospital Regional del Cusco, respetando las disposiciones institucionales para el manejo de información clínica. Debido al carácter retrospectivo y documental del estudio, el tratamiento del consentimiento informado se realizó de acuerdo con la evaluación y autorización ética e institucional correspondiente.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados respecto a los objetivos específicos

4.1.1 Análisis univariado

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020 – 2024.

Características sociodemográficas		SEXO				Total (n)	%
		Femenino		Masculino			
		N	%	N	%		
EDAD	0-11 años	17	28.3%	18	30.0%	35	58.3%
	12-17 años	3	5.0%	1	1.7%	4	6.7%
	18-29 años	3	5.0%	1	1.7%	4	6.7%
	30-59 años	7	11.7%	6	10.0%	13	21.7%
	≥ 60 años	1	1.7%	3	5.0%	4	6.7%
	Total	31	51.7%	29	48.3%	60	100.0%
PROCEDENCIA	Urbano	19	31.7%	16	26.7%	35	58.3%
	Rural	12	20.0%	13	21.7%	25	41.7%
	Total	31	51.7%	29	48.3%	60	100.0%

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados en el Hospital Regional Cusco

Interpretación:

Respecto a las características sociodemográficas, se observó una distribución relativamente homogénea según sexo, con un ligero predominio del sexo femenino (51,7 %; n=31) frente al masculino (48,3 %; n=29). Esta diferencia reducida sugiere que, en la población estudiada, el sexo no marcaría una diferencia importante en la frecuencia de hospitalización por infecciones odontogénicas.

En cuanto a la edad, predominó ampliamente el grupo de 0 a 11 años (58,3 %; n=35), seguido por el grupo de 30 a 59 años (21,7 %; n=13), mientras que los grupos de 12 a 17 años, 18 a 29 años y 60 años a más representaron cada uno el 6,7 % (n=4). La

mayor frecuencia observada en la población pediátrica podría estar relacionada con una mayor susceptibilidad a la progresión de procesos infecciosos odontogénicos, así como con factores vinculados a la presencia de caries dental, características anatómicas propias de esta etapa y oportunidad de atención odontológica.

Respecto a la procedencia, predominó la población urbana con 58,3 % (n=35), mientras que el 41,7 % (n=25) procedía de zonas rurales. El predominio urbano podría relacionarse con una mayor accesibilidad geográfica y posibilidad de referencia hacia el Hospital Regional del Cusco. Sin embargo, la proporción considerable de pacientes procedentes de zonas rurales podría estar vinculada con dificultades de acceso oportuno a servicios odontológicos y de atención especializada, lo que favorecería que algunos pacientes lleguen al establecimiento hospitalario con cuadros que requieran hospitalización.

TABLA 2

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES

HOSPITALIZADOS CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020 – 2024.

Características clínico-epidemiológicas		Año de atención										Total	
		2020		2021		2022		2023		2024			
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tipo de infección	Celulitis y absceso de boca	5	8.3%	6	10.0%	7	11.7%	5	8.3%	11	18.3%	34	56.7%
	celulitis de cara	7	11.7%	1	1.7%	4	6.7%	5	8.3%	5	8.3%	22	36.7%
	Angina de Ludwig	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	2	3.3%	3	5.0%
	Mediastinitis	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
Total		12	20.0%	7	11.7%	11	18.3%	11	18.3%	19	31.7%	60	100.0%
Pieza dentaria	Incisivo	4	6.7%	0	0.0%	3	5.0%	0	0.0%	4	6.7%	11	18.3%
	Pre molar	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	Molar	8	13.3%	7	11.7%	8	13.3%	11	18.3%	14	23.3%	48	80.0%
	Total	12	20.0%	7	11.7%	11	18.3%	11	18.3%	19	31,7%	60	100.0%
Localización de la infección	Geniano	0	0.0%	2	3.3%	3	5.0%	2	3.3%	0	0.0%	7	11.7%
	Nasogeniano	5	8.3%	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	6	10.0%
	Submandibular	5	8.3%	2	3.3%	2	3.3%	3	5.0%	0	0.0%	12	20.0%
	Maseterina, submandibular	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%	0	0.0%	2	3.3%	4	6.7%
	Geniana, Nasogeniana	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%	3	5.0%	4	6.7%
	Submandibular, Submentoniana	0	0.0%	1	1.7%	2	3.3%	1	1.7%	4	6.7%	8	13.3%
	Geniana, maseterina	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%	3	5.0%	5	8.3%
	Geniana, periorbitaria	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	2	3.3%	3	5.0%
	Geniana, maseterino, submandibular	1	1.7%	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%	2	3.3%	5	8.3%
	Geniana, periorbitaria, submandibular	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%
	Submandibular, submentoniana, sublingual	0	0,0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	3	5.0%	4	6.7%
	Total	12	20,0%	7	11.7%	11	18.3%	11	18.3%	19	31.7%	60	100.0%
Comorbilidades	No presenta	9	15.0%	6	10.0%	8	13.3%	7	11.7%	11	18.3%	41	68.3%
	Diabetes mellitus	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%	1	1.7%	3	5.0%
	Hipertensión arterial	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%	4	6.7%
	Alergia	1	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%	3	5.0%
	Osteoporosis/artritis	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%
	Gestante	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	TBC	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	Gastritis	0	0.0%	1	1.7%	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.0%
	Enfermedades cardiovasculares	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%	2	3.3%
	Sífilis	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	Total	12	20.0%	7	11.7%	11	18.3%	11	18.3%	19	31.7%	60	100.0%
Hábito nocivo	No presenta	11	18.3%	6	10.0%	9	15.0%	11	18.3%	14	23.3%	51	85.0%
	Consumo de tabaco	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%	3	5.0%	5	8.3%
	Consumo de alcohol	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%	0	0.0%	2	3.3%	4	6.7%
	Total	12	20.0%	7	11.7%	11	18.3%	11	18.3%	19	31.7%	60	100.0%

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados en el Hospital Regional Cusco

Interpretación:

Respecto a las características clínico-epidemiológicas, la forma clínica predominante fue la celulitis y absceso de boca, presente en el 56,7 % (n=34) de los pacientes, seguida de la celulitis de cara con 36,7 % (n=22). Las formas de mayor gravedad, como la angina de Ludwig (5,0 %; n=3) y la mediastinitis (1,7 %; n=1), se presentaron con menor frecuencia; sin embargo, su presencia evidencia que las infecciones odontogénicas pueden progresar hacia cuadros de mayor complejidad que requieren manejo hospitalario especializado.

En relación con la pieza dentaria causal, los molares representaron el 80,0 % (n=48) de los casos, constituyéndose en el grupo dentario predominantemente relacionado con el origen de las infecciones. Esta mayor frecuencia podría estar vinculada con su susceptibilidad a procesos cariosos, sus características anatómicas y la posibilidad de propagación de la infección hacia los espacios fasciales adyacentes.

Respecto a la localización anatómica, el compromiso submandibular aislado fue el patrón individual más frecuente, con 20,0 % (n=12). Asimismo, se identificaron pacientes con compromiso simultáneo de dos y tres espacios fasciales. La presencia de múltiples espacios comprometidos podría estar relacionada con la continuidad anatómica existente entre los espacios fasciales, que facilita la extensión de los procesos infecciosos cuando estos progresan.

En cuanto a las comorbilidades, el 68,3 % (n=41) de los pacientes no presentó enfermedades asociadas. Entre las comorbilidades registradas, las de mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial (6,7 %; n=4) y la diabetes mellitus (5,0 %; n=3). La presencia de determinadas enfermedades sistémicas, particularmente aquellas capaces de alterar la respuesta del organismo frente a la infección, podría contribuir a una evolución clínica más compleja.

Finalmente, el 85,0 % (n=51) de los pacientes no presentó hábitos nocivos. Entre quienes sí los presentaron, el consumo de tabaco correspondió al 8,3 % (n=5) y el consumo de alcohol al 6,7 % (n=4). Aunque su frecuencia fue reducida en la población estudiada, estos hábitos podrían tener relevancia clínica debido a sus posibles efectos sobre la respuesta del organismo y los procesos de reparación tisular.

GRÁFICO 1

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, DURANTE EL PERIODO 2020-2024.



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados en el Hospital Regional Cusco

Interpretación

En el periodo de estudio 2020-2024, se observó una tendencia progresiva al incremento del promedio de días de estancia hospitalaria, con un promedio global de 9.9 días. El menor promedio se registró en 2020, con 6,4 días, mientras que en los años posteriores se evidenció un incremento del promedio de estancia hospitalaria.

El menor tiempo observado durante 2020 podría estar relacionado con las condiciones particulares de atención hospitalaria existentes durante la pandemia por COVID-19, periodo en el que los servicios de salud experimentaron modificaciones en la organización y priorización de la atención.

Por otro lado, el incremento del tiempo promedio de hospitalización registrado en los años posteriores podría estar relacionado con una mayor complejidad de los cuadros clínicos atendidos, considerando que en la población estudiada se identificaron infecciones con compromiso de múltiples espacios anatómicos y otras características clínicas que podrían requerir mayor tiempo de manejo intrahospitalario

4.1.2 Análisis bivariado

TABLA 3
ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE
PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020 – 2024.

Características sociodemográficas			Tiempo de hospitalización			Total	χ^2	p
			< 5 días	5 - 10 días	> 10 días			
Edad	Infancia	N	12	18	5	35	15.934	0.043
	0-11 años	(%)	34.3%	51.4%	14.3%	100.0%		
	Adolescencia	N	0	4	0	4		
	12-17 años	(%)	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%		
	Joven	N	1	3	0	4		
	18-29 años	(%)	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%		
	Adulto	N	2	4	7	13		
	30-59 años	(%)	15.4%	30.8%	53.8%	100.0%		
	Adulto mayor	N	1	1	2	4		
	60 años a más	(%)	25.0%	25.0%	50.0%	100.0%		
Total	N		16	30	14	60		
	(%)		26.7%	50.0%	23.3%	100.0%		
Sexo	Femenino	N	12	14	5	31	5.215	0.074
		(%)	38.7%	45.2%	16.1%	100.0%		
	Masculino	N	4	16	9	29		
		(%)	13.8%	55.2%	31.0%	100.0%		
	Total	N	16	30	14	60		
Procedencia		(%)	26.7%	50.0%	23.3%	100.0%		
	Urbano	N	11	20	4	35	6.673	0.036
		(%)	31.4%	57.1%	11.4%	100.0%		
	Rural	N	5	10	10	25		
		(%)	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%		
	Total	N	16	30	14	60		
		(%)	26.7%	50.0%	23.3%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados en el Hospital Regional Cusco

Análisis:

Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización y la edad ($\chi^2 = 15.934$; $p=0.043$), así como con la procedencia ($\chi^2 = 6.673$; $p=0.036$), mientras que el sexo no mostró asociación significativa ($\chi^2 = 5.215$; $p=0.074$). En términos generales, el intervalo de 5 a 10 días fue el más frecuente, representando el 50,0 % ($n=30$) de los pacientes, seguido de menos de 5 días con 26,7 % ($n=16$) y más de 10 días con 23,3 % ($n=14$).

Respecto a la edad, en los pacientes de 0 a 11 años predominó la estancia de 5 a 10 días (51,4 %); mientras que los pacientes de 30 a 59 años y de 60 años a más presentaron las mayores proporciones de hospitalización superior a 10 días, con 53,8 % y 50,0 %, respectivamente. Estos resultados muestran que la edad se encuentra asociada con la duración de la hospitalización. La mayor proporción de estancias prolongadas observada en adultos y adultos mayores podría estar relacionada con una mayor presencia de comorbilidades, diferencias en la respuesta frente al proceso infeccioso o mayor complejidad clínica; sin embargo, estos posibles mecanismos no fueron evaluados directamente mediante esta asociación.

En relación con el sexo, tanto en mujeres como en varones predominó la estancia de 5 a 10 días, con 45,2 % y 55,2 %, respectivamente. Aunque los varones presentaron proporcionalmente más hospitalizaciones superiores a 10 días (31,0 %) que las mujeres (16,1 %), esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p=0,074$); por tanto, con los datos del presente estudio no se evidenció asociación entre sexo y tiempo de hospitalización.

Respecto a la procedencia, en los pacientes de zona urbana predominó la estancia de 5 a 10 días (57,1 %), mientras que entre los pacientes de procedencia rural el 40,0 % permaneció hospitalizado entre 5 y 10 días y otro 40,0 % por más de 10 días. Asimismo, la hospitalización superior a 10 días fue proporcionalmente mayor en pacientes rurales (40,0 %) que urbanos (11,4 %). Esta diferencia podría estar relacionada con dificultades para acceder oportunamente a servicios odontológicos, mayores distancias hacia establecimientos de mayor capacidad resolutive o ingreso hospitalario con cuadros de mayor complejidad; no obstante, estas posibles explicaciones requieren ser interpretadas con cautela, debido a que no fueron evaluadas directamente en el presente estudio.

TABLA 4

**ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-
EPIDEMIOLÓGICAS Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE
PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020-2024.**

Características clínico-epidemiológicas			Tiempo de hospitalización			Total	χ^2	p
			< 5 días	5 - 10 días	> 10 días			
Tipo de infección	Celulitis y absceso de boca	N	6	18	10	34	16.024	0.014
		(%)	17.6%	52.9%	29.4%	100.0%		
	celulitis de cara	N	10	10	2	22		
		(%)	45.5%	45.5%	9.1%	100.0%		
	Angina de Ludwig	N	0	2	1	3		
		(%)	0.0%	66.7%	33.3%	100.0%		
	Mediastinitis	N	0	0	1	1		
		(%)	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%		
	Total	N	16	30	14	60		
		(%)	26.7%	50.0%	23.3%	100.0%		
Piezas dentarias	Incisivo deciduo	N	3	5	1	9	15.972	0.043
		(%)	33.3%	55.6%	11.1%	100.0%		
	Incisivo permanente	N	0	2	0	2		
		(%)	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%		
	Molar deciduo	N	8	12	2	22		
		(%)	36.4%	54.5%	9.1%	100.0%		
	Molar permanente	N	4	11	11	26		
		(%)	15.4%	42.3%	42.3%	100.0%		
	Premolar	N	1	0	0	1		
		(%)	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%		
	Total	N	16	30	14	60		
		(%)	26.7%	50.0%	23.3%	100.0%		
Localización	Un solo espacio	N	10	11	4	25	10.754	0.029
		(%)	40.0%	44.0%	16.0%	100.0%		
	Dos espacios	N	6	30	12	48		
		(%)	12.5%	62.5%	25.0%	100.0%		
	Tres espacios	N	9	12	12	33		
		(%)	27.3%	36.4%	36.4%	100.0%		
	Total	N	25	53	28	106		
		(%)	23.6%	50.0%	26.4%	100.0%		
Comorbilidad	No presenta	N	11	24	6	41	6.087	0.048
		(%)	26.8%	58.5%	14.6%	100.0%		
	Presenta	N	5	6	8	19		
		(%)	26.3%	31.6%	42.1%	100.0%		
	Total	N	16	30	14	60		
		(%)	26.7%	50.0%	23.3%	100.0%		
Hábito nocivo	No presenta	N	15	27	9	51	7.050	0.029
		(%)	29.4%	52.9%	17.6%	100.0%		
	Consumo de tabaco	N	1	2	2	5		
		(%)	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%		
	Consumo de alcohol	N	0	1	3	4		
		(%)	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%		
	Total	N	16	30	14	60		
		(%)	26.7%	50.0%	23.3%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados en el Hospital Regional Cusco

Análisis:

Se identificó asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización y las características clínico-epidemiológicas: tipo de infección ($\chi^2 = 16.024$; $p=0.014$), piezas dentarias afectadas ($\chi^2 = 15.972$; $p=0.043$), localización de la infección ($\chi^2 = 10.754$; $p=0.029$), comorbilidades ($\chi^2 = 6.087$; $p=0.048$) y hábitos nocivos ($\chi^2 = 7.050$; $p=0.029$). En todas las categorías predominó el intervalo de 5 a 10 días, aunque destacan algunos hallazgos relevantes: los casos de mayor gravedad clínica, como la mediastinitis, presentaron una hospitalización prolongada (>10 días), mientras que la celulitis y absceso de boca predominó en estancias de 5 a 10 días (52.9%). Asimismo, el compromiso de molares permanentes y de tres espacios anatómicos se asoció con las mayores proporciones de estancia prolongada (42.3% y 36.4%, respectivamente), a diferencia de los casos con dientes deciduos o un solo espacio comprometido, que predominaron en estancias de 5 a 10 días. La presencia de comorbilidades (42.1%) y el consumo de alcohol (75.0%) también se asociaron con una mayor proporción de hospitalización prolongada, en comparación con los pacientes sin estas condiciones. Estos hallazgos sugieren que, si bien la mayoría de los pacientes evoluciona con una estancia moderada, los casos más severos, con mayor compromiso sistémico o hábitos nocivos, tienden a concentrarse en las hospitalizaciones más prolongadas.

TABLA 5

ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS

INTRAHOSPITALARIAS Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE

PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN

EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020 – 2024.

Características intrahospitalarias		Tiempo de hospitalización			Total	χ^2	p
		< 5 días	5 - 10 días	> 10 días			
Ninguno	N	8	9	0	17	13.407	0.037
	(%)	47.1%	52.9%	0.0%	100.0%		
Demora en la interconsulta	N	1	9	6	16		
	(%)	6.3%	56.3%	37.5%	100.0%		
Demora en la intervención quirúrgica	N	7	9	6	22		
	(%)	31.8%	40.9%	27.3%	100.0%		
No disponibilidad de sala operatoria	N	0	3	2	5		
	(%)	0.0%	60.0%	40.0%	100.0%		
Total	N	16	30	14	60		
	(%)	26.7%	50.0%	23.3%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados en el Hospital Regional Cusco

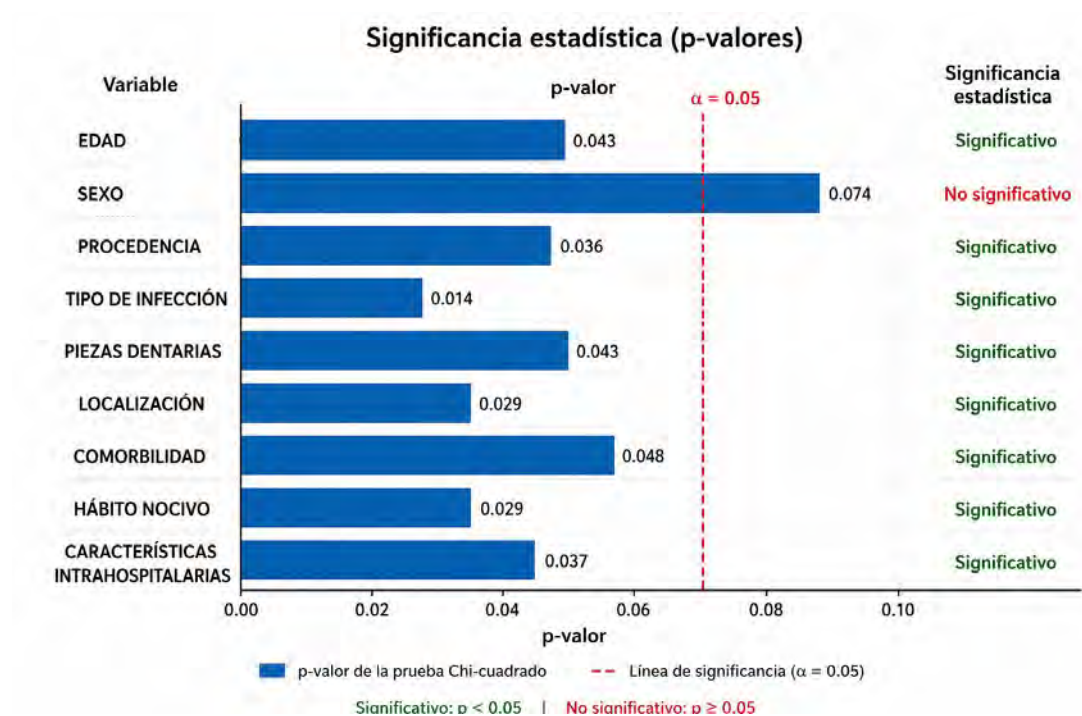
Análisis:

Se identificó asociación estadísticamente significativa entre las características intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización ($\chi^2 = 13.407$; $p=0.037$). La demora en la intervención quirúrgica fue la característica más frecuente, presente en el 36.7% del total de pacientes ($n=22$), de los cuales la mayoría (40.9%) tuvo una estancia de 5 a 10 días. Le siguió la ausencia de factores intrahospitalarios adversos, presente en el 28.3% de los pacientes ($n=17$), donde también predominó el intervalo de 5 a 10 días (52.9%); los pacientes que no enfrentaron ninguno de estos problemas no tuvieron hospitalizaciones prolongadas: todos permanecieron 10 días o menos. En tercer lugar, se ubicó la demora en la interconsulta al especialista, con el 26.7% del total ($n=16$), donde la mayoría de los pacientes (56.3%) también presentó una estancia de 5 a 10 días. Finalmente, la no disponibilidad de sala operatoria fue la característica menos frecuente, con el 8.3% de los casos ($n=5$), aunque con la mayor concentración en el intervalo de 5 a 10 días (60.0%). En conjunto, estos resultados muestran que, mientras más rápido el hospital resuelve la interconsulta, la cirugía y la disponibilidad de sala, más corta es la estancia del paciente.

4.2 Resultados respecto al objetivo general

GRÁFICO 2

FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020-2024.



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados en el Hospital Regional Cusco

Análisis: El análisis inferencial evidenció asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización y la mayoría de las variables evaluadas: edad ($\chi^2 = 15.934$; $p=0.043$), procedencia ($\chi^2 = 6.673$; $p=0.036$), tipo de infección ($\chi^2 = 16.024$; $p=0.014$), piezas dentarias afectadas ($\chi^2 = 15.972$; $p=0.043$), localización de la infección ($\chi^2 = 10.754$; $p=0.029$), presencia de comorbilidad ($\chi^2 = 6.087$; $p=0.048$), hábitos nocivos ($\chi^2 = 7.050$; $p=0.029$) y características intrahospitalarias ($\chi^2 = 13.407$; $p=0.037$). Solo la variable sexo ($\chi^2 = 5.215$; $p=0.074$) no mostró asociación estadísticamente significativa. Estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis del investigador, confirmando que el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas está determinado por múltiples factores sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e intrahospitalarios, con excepción del sexo del paciente.

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

Los hallazgos del presente estudio permitieron identificar las principales características de los pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020–2024, así como reconocer aquellas que mostraron asociación con la duración de la estancia hospitalaria.

Entre las características sociodemográficas, se observó un ligero predominio del sexo femenino (51,7 %) y de pacientes procedentes de zonas urbanas (58,3 %). Sin embargo, uno de los hallazgos más relevantes fue la elevada frecuencia de pacientes de 0 a 11 años, quienes representaron el 58,3 % de los casos hospitalizados. Este resultado evidencia una participación importante de la población pediátrica dentro de los casos que requirieron manejo intrahospitalario y adquiere especial relevancia debido a que difiere de lo reportado en diversos antecedentes nacionales e internacionales, aunque presenta concordancia con investigaciones realizadas en población pediátrica y antecedentes locales.

Respecto a las características clínico-epidemiológicas, la celulitis y el absceso de boca constituyeron las formas clínicas más frecuentes, seguidas de la celulitis facial. Asimismo, las piezas dentarias posteriores tuvieron una participación predominante como foco de origen de las infecciones, correspondiendo los molares al 80,0 % de los casos. Este hallazgo podría estar relacionado con las características anatómicas de estas piezas, su susceptibilidad a procesos cariosos y su relación con estructuras anatómicas que pueden facilitar la propagación de la infección hacia los espacios fasciales.

Otro hallazgo de importancia fue la extensión anatómica de las infecciones. De los 60 pacientes estudiados, 25 (41,7 %) presentaron compromiso de un espacio anatómico, 24 (40,0 %) de dos espacios y 11 (18,3 %) de tres espacios. En consecuencia, 35 pacientes (58,3 %) presentaron compromiso de dos o tres espacios anatómicos, evidenciándose una frecuencia considerable de infecciones de múltiples espacios. Esta extensión podría representar una mayor complejidad clínica debido a la

comunicación existente entre los espacios fasciales y a la posibilidad de progresión de la infección hacia regiones anatómicas profundas.

En relación con las condiciones sistémicas, la mayoría de los pacientes (68,3 %) no presentó comorbilidades y el 85,0 % no registró hábitos nocivos. Sin embargo, al analizar su relación con la duración de la hospitalización, la presencia de comorbilidades y los hábitos nocivos mostraron asociación estadísticamente significativa, lo que sugiere que, aun cuando estas condiciones fueron menos frecuentes, podrían adquirir relevancia en la evolución hospitalaria de determinados pacientes.

Respecto al tiempo de hospitalización, se obtuvo un promedio global de estancia de 9,9 días, siendo el intervalo de 5 a 10 días el más frecuente, con el 50,0 % de los pacientes. Este resultado evidencia que la duración de la hospitalización no fue uniforme y estuvo asociada con diferentes características de los pacientes y del proceso infeccioso.

En el análisis de las características sociodemográficas, se identificó asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización y la edad ($p=0,043$), así como con la procedencia ($p=0,036$); mientras que el sexo no presentó asociación estadísticamente significativa ($p=0,074$). Entre los hallazgos de mayor interés, los pacientes procedentes de zonas rurales presentaron una mayor proporción de estancias superiores a 10 días (40,0 %) en comparación con aquellos procedentes de zonas urbanas (11,4 %), lo que podría estar relacionado con diferencias en el acceso oportuno a la atención odontológica y especializada.

En cuanto a las características clínico-epidemiológicas, se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre el tiempo de hospitalización y el tipo de infección ($p=0,014$), la pieza dentaria causal ($p=0,043$), la presencia de comorbilidades ($p=0,048$) y los hábitos nocivos ($p=0,029$). Destaca que el 42,1 % de los pacientes con comorbilidades presentó hospitalización superior a 10 días, frente al 14,6 % de aquellos sin comorbilidades, lo que evidencia una mayor concentración proporcional de estancias prolongadas entre quienes presentaban enfermedades asociadas.

Asimismo, las características intrahospitalarias presentaron asociación estadísticamente significativa con el tiempo de hospitalización ($p=0,037$). Este resultado evidencia que la duración de la estancia hospitalaria no estaría relacionada

únicamente con las características propias del paciente y de la infección, sino también con determinadas condiciones vinculadas al proceso de atención hospitalaria.

En conjunto, los hallazgos muestran que el tiempo de hospitalización de los pacientes con infecciones odontogénicas constituye un fenómeno multifactorial, en el que intervienen características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e intrahospitalarias. Los resultados permiten identificar grupos y condiciones asociados con estancias hospitalarias más prolongadas, información que puede contribuir a una valoración más integral de los pacientes y a la planificación del manejo hospitalario.

5.2 Comparación crítica con la literatura existente

Los hallazgos del presente estudio muestran coincidencias y discrepancias con la literatura nacional e internacional, las cuales podrían explicarse por diferencias en el contexto, el diseño metodológico y las características de la población evaluada.

Respecto a las características sociodemográficas, se observó un ligero predominio del sexo femenino (51.7%) sobre el masculino (48.3%) en pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas, resultado similar a estudios nacionales como los de Quispe (18) y Angeles (12), en los que también se reporta una mayor frecuencia de casos en mujeres. Sin embargo, este hallazgo difiere de investigaciones internacionales como las de Dawoud (15), Rasteniene (8) y Fu (31) y del estudio nacional de Sánchez (14), quienes identificaron un predominio masculino. Estas diferencias podrían explicarse por factores socioculturales, patrones de acceso a los servicios de salud y características demográficas propias de cada región.

Respecto a la edad, el grupo etario más afectado fue el de 0 a 11 años (58.3%), seguido por adultos de 30 a 59 años (21.7%). Este resultado contrasta con lo reportado por Quispe (18); sin embargo, guarda relación con el estudio local de Sanchez (14), quien también identificó una alta frecuencia en población infantil menor de 15 años. En contraste, la literatura internacional reporta una mayor prevalencia en adultos jóvenes y de mediana edad, como describen Dawoud (15), Yew (17), Rasteniene (8) y Wang (7). No obstante, la mayor proporción de pacientes pediátricos encontrada en este estudio podría explicarse por la alta prevalencia de caries dental en niños en el Perú, reportada por el Ministerio de Salud, factor predisponente clave para el desarrollo de infecciones odontogénicas.

En cuanto a la procedencia, se observó un predominio de pacientes provenientes de zonas urbanas (58.3%), lo cual coincide con estudios realizados en contextos hospitalarios similares, como los de Quispe (18) y Angeles (12), donde los centros de referencia concentran la atención de casos moderados y severos. No obstante, la proporción de pacientes procedentes de zonas rurales evidencia la persistencia de barreras de acceso a servicios de salud oportunos, lo que podría favorecer la progresión de infecciones hacia estadios más avanzados al momento de la hospitalización.

De manera similar, la menor frecuencia de cuadros severos como la angina de Ludwig y la mediastinitis coincide con lo descrito en la literatura, donde estas complicaciones, aunque poco frecuentes, se asocian con alta morbilidad (Flynn, 2011).

En cuanto a las características clínico-epidemiológicas, el tipo de infección que predominó fue la celulitis y el absceso de boca (56.7%), seguido de la celulitis de cara (36.7%), resultados similares a los descritos por Quispe (18), Angeles (12) y Sulaiman (21), quienes reportaron a los abscesos y celulitis como las principales formas de presentación clínica. Asimismo, Neal (42) señala que estas infecciones pueden progresar hacia complicaciones severas como la angina de Ludwig y la mediastinitis, condiciones que también fueron identificadas, aunque con menor frecuencia, en el presente estudio. Del mismo modo, los molares fueron la pieza dentaria causal predominante (80.0%), resultado concordante con lo descrito por Hupp (26), Chiapasco (20) y Gay Escoda y Berini (23), quienes señalan que estas piezas son las más frecuentemente asociadas a infecciones odontogénicas debido a su anatomía compleja y mayor susceptibilidad a caries profundas.

Respecto a la localización anatómica, el espacio submandibular fue el más afectado (20.0%), seguido del compromiso de múltiples espacios faciales. Este resultado difiere de lo reportado por Quispe (18) y Sanchez (14), quienes encontraron mayor compromiso del espacio geniano, y coincide con lo reportado por Shakya (28), quien describe al espacio submandibular como uno de los más frecuentemente comprometidos en infecciones odontogénicas severas, especialmente cuando el origen está relacionado con molares inferiores. En este contexto, la alta frecuencia de compromiso del espacio submandibular observada en la presente investigación refuerza su importancia como una de las principales vías de diseminación de infecciones odontogénicas. De igual forma, Bonanthaya (38) señala que la diseminación hacia múltiples espacios anatómicos incrementa la gravedad del cuadro clínico.

En referencia a las comorbilidades, el 68.3% de los pacientes no presentó enfermedades asociadas, resultado que coincide con lo reportado por Furuholm (43), quien también describe una alta proporción de pacientes sin antecedentes sistémicos. No obstante, se observó la presencia de comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial en menor proporción.

Respecto a los hábitos nocivos, el 93.3% de los pacientes no reportó consumo de tabaco ni alcohol, resultado que difiere de lo descrito por Rajendra (30) y Tahmasebi (25), quienes señalan que estos hábitos se asocian con un mayor riesgo de complicaciones infecciosas. Esta discrepancia podría explicarse por la diferencia en las características sociodemográficas de la población estudiada, así como por un posible subregistro de estos hábitos en las historias clínicas o por variaciones en los patrones de consumo a nivel local.

Finalmente, el mayor número de casos se registró en el año 2024 (31.7%), lo cual podría estar asociado con una tendencia creciente en la incidencia de infecciones odontogénicas severas que requieren hospitalización, tal como lo reportan Meisgeier (29) y Fu (31). Este incremento también podría reflejar una mayor demanda de atención hospitalaria, limitaciones en el acceso oportuno a servicios odontológicos, o el impacto de condiciones no tratadas en años previos.

El promedio de estancia hospitalaria en este estudio fue de 10 días, resultado superior al reportado por Joachim (16), quien documentó un promedio de 1.7 días en población pediátrica, así como al estudio local de Sanchez (14), que reportó 4.58 días. Sin embargo, este valor es cercano al promedio de 7.9 días descrito por Rasteniene (8). Estas diferencias podrían explicarse por la mayor severidad de los casos, el compromiso de múltiples espacios anatómicos y las condiciones del sistema de salud. En este sentido, el mayor tiempo de hospitalización observado en esta investigación podría estar asociado con una mayor complejidad clínica de los pacientes atendidos o con limitaciones en los procesos intrahospitalarios. Asimismo, el hecho de que el 50% de los pacientes presentara una estancia de 5 a 10 días refuerza la idea de que, si bien la mayoría de los casos presenta una evolución moderada, existe un subgrupo que requiere mayor tiempo de hospitalización.

El análisis inferencial permitió identificar asociaciones estadísticamente significativas entre el tiempo de hospitalización y diversas variables, mostrando en general concordancia con la literatura internacional. La prueba de Chi-cuadrado evidenció asociación significativa entre la edad y el tiempo de hospitalización ($p=0.043$), observándose que los adultos y adultos mayores presentaron mayores frecuencias de estancias prolongadas. Este resultado coincide con lo reportado por Wang (7) y Rasteniene (8), quienes identificaron la edad avanzada como un factor asociado a

hospitalizaciones prolongadas. De manera similar, en población pediátrica, Joachim (16) encontró que los niños de mayor edad presentan estancias prolongadas, lo cual es consistente con los hallazgos del presente estudio. Una posible explicación radica en la presencia de enfermedades sistémicas concomitantes, menor capacidad de respuesta inmunológica y mayor complejidad clínica en pacientes de mayor edad. Por otro lado, la asociación con la procedencia sugiere que factores sociales y geográficos influyen en la evolución de la enfermedad, lo cual ha sido documentado en contextos caracterizados por desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Respecto a las características clínico-epidemiológicas, se demostró asociación significativa entre la extensión anatómica de la infección y el tiempo de hospitalización ($p=0.029$). El hallazgo de que el compromiso de múltiples espacios anatómicos se asocia con mayor tiempo de hospitalización es consistente con lo reportado por Yew (17) y Rasteniene (8), quienes concluyeron que la afectación de múltiples espacios incrementa la severidad del cuadro clínico y prolonga la estancia hospitalaria debido a la necesidad de tratamientos más complejos y un mayor riesgo de complicaciones. Asimismo, el predominio de piezas molares como foco infeccioso coincide con lo señalado por Dawoud (15), quien identificó al tercer molar inferior como una de las principales causas de infección, especialmente en casos más severos que requieren cuidados intensivos.

Respecto a las comorbilidades, se encontró asociación significativa entre su presencia y el tiempo de hospitalización ($p=0.048$). Los pacientes con enfermedades asociadas presentaron una estancia hospitalaria prolongada en comparación con aquellos sin comorbilidades. Este resultado coincide con Wang (7), Yew (17), Rasteniene (8) y Fischer (5), quienes identifican enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial como factores asociados a una mayor severidad clínica y a estancias hospitalarias prolongadas.

De igual manera, los hábitos nocivos mostraron asociación significativa con el tiempo de hospitalización ($p=0.029$). Los pacientes con consumo de alcohol y tabaco presentaron mayores proporciones de estancias hospitalarias prolongadas. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Dawoud (15), Yew (17) y Rasteniene(8), quienes identificaron al tabaquismo como un factor asociado a cuadros infecciosos

más severos y a una recuperación más lenta debido a sus efectos negativos sobre la perfusión tisular, la respuesta inmunológica y los procesos de cicatrización.

Finalmente, las características intrahospitalarias también mostraron asociación significativa con el tiempo de hospitalización ($p=0.037$). Los pacientes que experimentaron demora en la interconsulta, retraso en la intervención quirúrgica o dificultades asociadas con la disponibilidad de sala operatoria presentaron una mayor frecuencia de estancias prolongadas. Estos resultados son concordantes con los hallazgos de Mire (45) y James (46), quienes reportaron que los retrasos en la resolución quirúrgica de las infecciones odontogénicas se asocian con una mayor duración de la hospitalización, debido a la progresión del proceso infeccioso y a la necesidad de tratamientos más complejos.

CONCLUSIONES

Primero: Existe ligero predominio del sexo femenino (51.7%), mayor frecuencia de pacientes en el grupo etario de 0 a 11 años (58.3%) y predominio de procedencia urbana (58.3%).

Segundo: La forma clínica más frecuente fue la celulitis y absceso de boca (56.7 %), los molares fueron las piezas dentarias causales predominantes (80.0 %) y el compromiso submandibular aislado fue el patrón individual de localización más frecuente (20.0 %). Asimismo, la mayoría de los pacientes no presentó comorbilidades (68.3 %) ni hábitos nocivos (85.0 %).

Tercero: El promedio de estancia hospitalaria fue de 9.9 días, siendo el intervalo de 5 a 10 días el más frecuente (50.0 %).

Cuarto: Existe asociación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y el tiempo de hospitalización para las variables edad ($p=0.043$) y procedencia ($p=0.036$); no existe asociación significativa para la variable sexo ($p=0.074$).

Quinto: Existe asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización y las características clínico-epidemiológicas: tipo de infección ($p=0.014$), pieza dentaria afectada ($p=0.043$), localización de la infección ($p=0.029$), presencia de comorbilidades ($p=0.048$) y hábitos nocivos ($p=0.029$),

Sexto: Existe asociación estadísticamente significativa entre las características intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización ($\chi^2=13.407$; $p=0.037$).

Séptimo: En respuesta al objetivo general, los factores que mostraron asociación estadísticamente significativa con el tiempo de hospitalización fueron la edad, la procedencia, el tipo de infección, la pieza dentaria causal, la presencia de comorbilidades, los hábitos nocivos y las características intrahospitalarias. En consecuencia, los resultados respaldan la hipótesis del investigador respecto a la existencia de factores sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e intrahospitalarios asociados al tiempo de hospitalización.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Primero: Al Ministerio de Salud

Se recomienda fortalecer las acciones de prevención y atención oportuna de las infecciones de origen odontogénico en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención, con especial atención a la población pediátrica y procedente de zonas rurales. Asimismo, se recomienda promover la identificación y referencia oportuna de los casos que presenten riesgo de progresión, con la finalidad de evitar complicaciones que requieran hospitalización.

Asimismo, se sugiere evaluar progresivamente el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios odontológicos, incluyendo tratamientos conservadores como la terapia endodóntica en aquellos establecimientos que dispongan de infraestructura, equipamiento y profesionales capacitados, priorizando las zonas con mayores dificultades de acceso a servicios odontológicos especializados.

Segundo: Al Hospital Regional del Cusco

Se recomienda fortalecer la coordinación entre el Servicio de Emergencia y el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial para favorecer la valoración especializada y el tratamiento oportuno de los pacientes con diagnóstico o sospecha de infección odontogénica, especialmente en aquellos que presenten condiciones asociadas con una estancia hospitalaria más prolongada. Asimismo, se recomienda realizar capacitaciones periódicas al personal asistencial para fortalecer el reconocimiento temprano de signos de alarma y favorecer la atención oportuna de estos pacientes.

Tercero: Estudiantes y profesionales de odontología

Se sugiere realizar estudios que incorporen variables adicionales que podrían estar relacionadas con el tiempo de hospitalización, como el estado nutricional, los resultados de cultivos microbiológicos y la respuesta al tratamiento antibiótico. Asimismo, se recomienda desarrollar investigaciones con una mayor población y, de ser posible, incluir otros establecimientos de salud, con la finalidad de comparar los resultados y ampliar la evidencia sobre los factores asociados a la estancia hospitalaria por infecciones odontogénicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garola F, Cores B, Santalla Claros E, Botta M, Pigazzini P, Piemonte E, et al. Management of cervicofacial infection: a 7-year retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2024; 137:19-29. doi: 10.1016/j.oooo.2023.07.011 PubMed PMID: 37880047.
2. Aditya NK, Lakshmi S, Bharani S. Prognostic determinants in severe odontogenic space infections: a single-center retrospective analysis. *Minerva Dental and Oral Science.* 1 de febrero de 2023;72(1):1-7. doi:10.23736/S2724-6329.22.04556-9 PubMed PMID: 36197276.
3. Vilén ST, Ahde H, Puolakka T, Mäkitie A, Uittamo J, Snäll J. Differences in characteristics and infection severity between odontogenic and other bacterial oronasopharyngeal infections. *Head & Face Medicine* 2023 19:1. 15 de marzo de 2023;19(1). doi:10.1186/S13005-023-00354-5 PubMed PMID: 36922880.
4. Parvizi S, Yaacoub A, Cox S, da Silva Figueredo CM, Ullah M. Cost and Length of Hospitalization Associated with Dental Infections: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 1 de febrero de 2026;23(2):259. doi:10.3390/IJERPH23020259/S1
5. Fischer M, Schultze-Mosgau S, Tolkendorf K. Predictors of systemic complications and prolonged hospitalization in odontogenic infections: a 12-year retrospective analysis of 997 cases. *BMC Oral Health.* 12 de diciembre de 2025;26(1):111. doi:10.1186/S12903-025-07517-7 PubMed PMID: 41388456.
6. Iwata E, Obata K, Kikuta S, Kaneko N, Sato K, Kitagawa N, et al. Admission prognostic nutritional index predicts prolonged hospitalization in severe odontogenic deep neck infections. *Odontology* 2025 114:2. 4 de julio de 2025;114(2):664-73. doi:10.1007/S10266-025-01142-0
7. Wang J, Ding M, Chang X, Zhang H, Liu Y, Qu S, et al. Epidemiological characteristics and risk factors for prolonged hospitalisation in oral and maxillofacial space infections: a 3-year retrospective study of 217 cases. *BMC Oral Health.* 1 de diciembre de 2025;25(1):582. doi:10.1186/S12903-025-05971-X PubMed PMID: 40247267.
8. Rasteniene R, Vitosyte M, Jankauskaite D, Aleksejuniene J. Predictors of longer hospitalization of maxillofacial infections-a 17-year retrospective study. *Oral Dis.* 1 de octubre de 2022;28(7):1979-86. doi:10.1111/ODI.13894 PubMed PMID: 33915000.
9. Wang Y, Li Z, Chen Y, Zhang H, Zhang B, Hou S, et al. Evaluating the risk factors for complications of patients with oral and maxillofacial space infections: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* 1 de diciembre de 2025;25(1):1115. doi:10.1186/S12903-025-06521-1 PubMed PMID: 40618092.
10. Pavan EP, Rocha-Junior WGP, Gitt HA, Luz JGC. Changes in Vital Signs and Laboratory Tests in Patients with Odontogenic Infections Requiring Hospitalization. *International journal of odontostomatology.* diciembre de 2020;14(4):685-93. doi:10.4067/S0718-381X2020000400685
11. Radi JN, Villegas FA. Fundamentos de odontología: infecciones maxilofaciales de origen dental [Internet]. Fondo Editorial CIB; 2021. 372 p. Disponible en: <https://elibro.net/es/lc/unsaac/titulos/186730>

12. Angeles M, Moreno V, Delgadillo J, Arellano G, Quiñonez J. Infecciones odontogénicas y manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Kiru. 24 de septiembre de 2022;19(3). doi:10.24265/kiru.2022.v19n3.01
13. Gonzales K. Prevalencia de infecciones odontogénicas según el espacio anatómico comprometido en pacientes atendidos en un hospital público peruano [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2025 [citado 31 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/17737>
14. Sánchez F. Presentación y manejo de infecciones faciales odontogénicas en pacientes hospitalizados menores de 15 años, hospital nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2011 - 2016. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco [Internet]. [Cusco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2017 [citado 15 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/1942>
15. ES Dawoud B, Kent S, Henry A, McDonald C, Kyzas P, McCaul J, et al. Predictors and risk factors for admission to critical care in cervicofacial infections: a Maxillofacial Trainee Research Collaborative (MTReC) study. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 1 de enero de 2023;61(1):78-83. doi: 10.1016/j.bjoms.2022.09.015 PubMed PMID: 36513528.
16. Joachim M V., Abdo M, Alkeesh K, Oettinger-Barak O, Abozaid S, El-Naaj IA. Factors associated with prolonged hospitalizations from odontogenic infections in children. Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 1 de noviembre de 2022;46(6):40-4. doi:10.22514/JOCPD.2022.024 PubMed PMID: 36624903.
17. Yew CC, Ng MP, Ling XF, Tew MM. Orofacial infection and influencing factors on prolonged hospital stay: A four-year retrospective study of 207 cases. J Oral Maxillofac Surg Med Pathol. 1 de enero de 2021;33(1):7-12. doi:10.1016/J.AJOMS.2020.06.007
18. Quispe P. Características demográficas, epidemiológicas y de tratamiento de pacientes con infecciones de espacios maxilofaciales atendidos en el servicio de cirugía bucal y maxilofacial del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el período 2015-2020 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2024 [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/22760>
19. López JL. Cirugía Oral y Maxilofacial: Atlas de procedimientos y técnicas quirúrgicas. . En: medica panamericana, editor. Madrid, España; 2019. p. 47-57.
20. Chiapasco M. Cirugía Oral: Texto y atlas en color . 4ta edición. Manson, editor. Barcelona; 2004. 173-195 p.
21. Sulaiman NA, Issa SA, Razzak NA. Orofacial space infections, etiology, microbiological susceptibility and surgical management. Journal of Oral Research. 2020;9(1):44-50. doi:10.17126/JORALRES.2020.007
22. Donado M, Martínez JM. Cirugía Bucal: Patología y Técnica. 4ta edición. Masson, editor. España; 2013. 323-363 p.
23. Gay EC, Berini AL. Tratado de Cirugía Bucal - Tomo 1. Madrid: Ergon Ediciones; 2006. 575-616 p.

24. Kamiński B, Błochowiak K, Kołomański K, Sikora M, Karwan S, Chlubek D. Oral and Maxillofacial Infections—A Bacterial and Clinical Cross-Section. *J Clin Med*. 1 de mayo de 2022;11(10):2731. doi:10.3390/JCM11102731 PubMed PMID: 35628858.
25. Tahmasebi E, Keshvad A, Alam M, Abbasi K, Rahimi S, Nouri F, et al. Current Infections of the Orofacial Region: Treatment, Diagnosis, and Epidemiology. 1 de febrero de 2023;13(2):269. doi:10.3390/LIFE13020269 PubMed PMID: 36836626.
26. Hupp RJ, Ellis III E, Tucker RM. *Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea*. 6ta edición. Elsevier, editor. 2014. 296-325 p.
27. Angarita M del P. Prescripción consciente de antibióticos en odontología [Internet]. Fondo Editorial Universidad Cooperativa de Colombia; 2023. 157 p. Disponible en: <https://elibro.net/es/lc/unsaac/titulos/248474>
28. Shaky N, Sharma D, Newaskar V, Agrawal D, Shrivastava S, Yadav R. Epidemiology, Microbiology and Antibiotic Sensitivity of Odontogenic Space Infections in Central India. *J Maxillofac Oral Surg*. 1 de septiembre de 2017;17(3):324. doi:10.1007/S12663-017-1014-Y PubMed PMID: 30034150.
29. Meisgeier A, Pienkows S, Dürschnabel F, Neff A, Halling F. Rising incidence of severe maxillofacial space infections in Germany. *Clin Oral Investig*. 1 de mayo de 2024;28(5):1-15. doi:10.1007/S00784-024-05663-W/FIGURES/4 PubMed PMID: 38644434.
30. Rajendra Santosh AB, Ogle OE, Williams D, Woodbine EF. Epidemiology of Oral and Maxillofacial Infections. *Dent Clin North Am*. 1 de abril de 2017;61(2):217-33. doi:10.1016/J.CDEN.2016.11.003 PubMed PMID: 28317563.
31. Fu B, McGowan K, Sun JH, Batstone M. Increasing frequency and severity of odontogenic infection requiring hospital admission and surgical management. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020; 58:409-15. doi:10.1016/j.bjoms.2020.01.011
32. Uttamo J, Löfgren M, Hirvikangas R, Furuholm J, Snäll J. Severe odontogenic infections: focus on more effective early treatment. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1 de julio de 2020;58(6):675-80. doi:10.1016/j.bjoms.2020.04.004 PubMed PMID: 32507644.
33. Jevon P, Abdelrahman A, Pigadas N. Management of odontogenic infections and sepsis: an update. *Br Dent J*. 1 de septiembre de 2020;229(6):363. doi:10.1038/S41415-020-2114-5 PubMed PMID: 32978579.
34. Esparza SB, Aranda MaS, Noyola MÁ, Sánchez LO. Principios fundamentales para el diagnóstico, manejo y tratamiento de las infecciones odontogénicas. Revisión de la literatura. *Revista Odontológica Mexicana*. 13 de noviembre de 2020;24(1). doi:10.22201/fo.1870199xp.2020.24.1.77547
35. Ignacio M, Reinaldo N. Principles for the treatment of odontogenic infections with different levels of complexity. *Revista Chilena de Cirugía*. 2012;64(6):586-98. doi:10.4067/S0718-40262012000600016
36. Shum J, Manon V, Huang A. A Combined Transoral and Contralateral Submandibular Approach in the Surgical Management of Osteoradionecrosis of the Mandible with Free Flap Reconstruction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1 de septiembre de 2022;80(9):1544-9. doi:10.1016/j.joms.2022.05.003 PubMed PMID: 35679901.

37. Giunta C. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. Arch Argent Pediatr. 2018;116(4). doi: 10.5546/aap.2018.eng.e548
38. Bonanthaya K, Panneerselvam E, Manuel S, Kumar V V., Rai A, Samson J, et al. Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. 1 de enero de 2021;1-2008. doi:10.1007/978-981-15-1346-6
39. Navarro V. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial . Aran, editor. 3 vol. 2004. 91-105 p.
40. Bali RK, Sharma P, Gaba S, Kaur A, Ghanghas P. A review of complications of odontogenic infections. Natl J Maxillofac Surg. 2015;6(2):136. doi:10.4103/0975-5950.183867 PubMed PMID: 27390486.
41. Laskin DM. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Medica Panamericana, editor. Buenos Aires; 1987. 225-258 p.
42. Neal TW, Schlieve T. Complications of Severe Odontogenic Infections: A Review. Biology (Basel). 1 de diciembre de 2022;11(12):1784. doi:10.3390/BIOLOGY11121784 PubMed PMID: 36552293.
43. Furuholm J, Rautaportas N, Uittamo J, Saloniemi M, Snäll J. Health status in patients hospitalised for severe odontogenic infections. Acta Odontol Scand. 2021;79(6):436-42. doi:10.1080/00016357.2021.1876916 PubMed PMID: 33502919.
44. Fahoum K, Hassan J, Shahin A, Costa L, Nasralla F, Srouji S, et al. Management of Pediatric Odontogenic Infections Presenting to the Emergency Department: A Retrospective Clinical Study. Int J Paediatr Dent. 1 de noviembre de 2025;35(6):1133-43. doi:10.1111/IPD.70003 PubMed PMID: 40653771.
45. Mire D, Chapple AG, Christensen BJ. Does Preoperative Surgical Delay Lead to Increased Postsurgical Length of Stay or Reoperation in Patients with Severe Odontogenic Infections? J Oral Maxillofac Surg. 1 de septiembre de 2023;81(9):1161-9. doi:10.1016/J.JOMS.2023.06.003 PubMed PMID: 37348841.
46. James JN, Bloomquist R, Brown K, Looney S, Walker D, Day T. Associations of time to the operating room on outcomes in odontogenic infection. BMC Oral Health. 1 de diciembre de 2025;25(1):108. doi:10.1186/S12903-024-05300-8 PubMed PMID: 39833836.
47. Tan FY, Selvaraju K, Audimulam H, Yong ZC, Adnan TH, Balasundram S. Length of hospital stay among oral and maxillofacial patients: a retrospective study. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 28 de febrero de 2021;47(1):25. doi:10.5125/JKAOMS.2021.47.1.25 PubMed PMID: 33632974.
48. Ministerio de Salud. INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA DE GESTIÓN, PARA HOSPITALES, INSTITUTOS Y DIRESA. Gob.pe [Internet]. 2013 [citado 20 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321152>
49. GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO – HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO [Internet]. [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://hrcusco.gob.pe/>
50. Sanchez S, Heredia E. Aspectos metodologicos en la investigacion odontologica [Internet]. Editorial Alfil, S. A. de C. V.; 2016. 397 p. Disponible en: <https://elibro.net/es/lc/unsaac/titulos/117533>

51. Londono JL. Metodología de la investigación epidemiológica [Internet]. Editorial El Manual Moderno Colombia; 2017. 374 p. Disponible en: <https://elibro.net/es/lc/unsaac/titulos/128360>
52. Arias Rojas A. El diagnóstico en odontología: de la teoría al quehacer clínico [Internet]. Programa Editorial Universidad del Valle; 2008. 396 p. Disponible en: <https://elibro.net/es/lc/unsaac/titulos/128985>
53. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB, Valencia SM, Torres CPM. Metodología de la investigación. 2014.
54. Pallás JM, Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Elsevier España; 2012.
55. Arias FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. 6ta. G. ARIAS ODÓN; 2012.
56. Solís G, Alcalde G, Alfonso I. Ética en investigación: de los principios a los aspectos prácticos. An Pediatr (Engl Ed). 1 de septiembre de 2023;99(3):195-202. doi:10.1016/J.ANPEDI.2023.06.005

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general	Objetivo general	Ha: Existe asociación significativa entre las características sociodemográficas clínico-epidemiológicas e intrahospitalarios y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco, 2020 – 2024. H0: No existe asociación significativa entre las características sociodemográficas clínico-epidemiológicas e intrahospitalarios y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco, 2020 – 2024.	Variable 1 Factores asociados a infecciones odontogénicas Dimensiones: 1) Características clínico-epidemiológicas • Tipo de infección • Pieza dentaria causal • Localización • Comorbilidades • Hábitos nocivos 2) Características intrahospitalarias • Demora en interconsulta al especialista • Demora en la intervención quirúrgica • Disponibilidad de sala Variable 2 Tiempo de hospitalización Covariables: Características sociodemográficas: - Edad - sexo - Procedencia	Tipo de investigación -No experimental -Retrospectivo Diseño de investigación - Observacional - Analítico - Transversal Enfoque de investigación - Cuantitativo Población Historias clínicas de pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco. Tipo de muestreo No probabilístico por conveniencia.
¿Qué factores se asocian al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024?	Determinar los factores asociados al tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas atendidos en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024.			
Problemas específicos	Objetivos específicos			
1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024? 2. ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024? 3. ¿Cuál es el promedio de días de estancia hospitalaria en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024? 4. ¿Cuál es la asociación entre las características sociodemográficas y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024? 5. ¿Cuál es la asociación entre las características clínico-epidemiológicas y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024? 6. ¿Cuál es la asociación entre las características intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024?	1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024. 2. Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024. 3. Determinar el promedio de días de estancia hospitalaria en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024. 4. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024. 5. Determinar la asociación entre las características clínico-epidemiológicas y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024. 6. Determinar la asociación entre las características intrahospitalarias y el tiempo de hospitalización en pacientes con infecciones odontogénicas en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2024.			

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS - HOSPITAL REGIONAL CUSCO, 2020-2024

Nro. Ficha		Nro. Historia Clínica	
Fecha de ingreso:		Fecha de alta:	
I. Factores asociados a la infección odontogénica			
Características sociodemográficas			
1) Edad	 años	Sexo	2) Procedencia
1. Infancia (0-11 años)		1. Femenino	1. Urbano
2. Adolescencia (12-17 años)			
3. Joven (18-29 años)		2. Masculino	2. Rural
4. Adulto (30-59 años)			
5. Adulto mayor (60 años a más)			
Características clínico-epidemiológicas			
3) Tipo de infección		4) Localización	
1. K12.2 Celulitis y absceso de boca		1. Geniano	
2. L03.2 Celulitis de cara		2. Maseterino	
3. Angina de Ludwig		3. Nasogeniano	
4. Mediastinitis		4. Submandibular	
5. Fascitis necrosante		5. Sublingual	
		6. Periorbitario	
5) Comorbilidades		6) Hábitos nocivos	
0. No presenta		0. No presenta	
1. Diabetes mellitus		1. Consumo de tabaco	
2. Hipertensión arterial		2. Consumo de alcohol	
3. Tuberculosis		3. Consumo de drogas	
4. Otro: _____		4. Otro: _____	
7) Pieza dentaria afectada (Clasificación FDI)		1. Incisivo	3. Premolar
		2. Canino	4. Molar
Características intrahospitalarias			
8) Demora en la interconsulta al especialista		9) Disponibilidad de sala	
1. NO (<24 horas)	2. SÍ (≥ 24 horas)	1. NO	
10) Demora en la intervención quirúrgica		2. SI	
1. NO (<48 horas)	2. SÍ (≥ 48 horas)		
II. Tiempo de hospitalización			
1) 0 - 5 días	2) 6 - 10 días	3) > 10 días	

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 03

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- Título del trabajo de investigación: "FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS-HOSPITAL REGIONAL CUSCO, 2020-2024"
- Nombre del instrumento de evaluación: Ficha de recolección de datos
- Autor del instrumento: Br. Katherine Flor Villavicencio Jiménez

II. DATOS DEL EXPERTO

- Nombres y apellidos: Alysa García Samanez
- Especialidad: Cirujía General - Otorrino y Maxilofacial
- Lugar y fecha: 10/07/25
- Institución donde labora: HRC

III. ASPECTO DE VALIDACIÓN

Marque la casilla correspondiente según su valoración, tomando en cuenta los criterios establecidos para cada indicador.

COMPONENTE	INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS SOBRE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
			1	2	3	4	5
Forma	1. REDACCIÓN	Los ítems están escritos con precisión, sin ambigüedades y con todos los elementos necesarios.				X	
	2. CLARIDAD	El lenguaje es sencillo, directo y facilita la comprensión.				X	
	3. OBJETIVIDAD	Los ítems siguen principios científicos, libres de sesgos y subjetividad.				P	
Contenido	4. ACTUALIDAD	El contenido está alineado con las necesidades reales de la investigación y con el estado actual del conocimiento.				X	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems cubren todos los aspectos metodológicos esenciales.					X
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide adecuadamente las variables propuestas.					X
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	El instrumento presenta una estructura lógica y ordenada.					X
	8. CONSISTENCIA	El contenido se sustenta en fundamentos teóricos y científicos sólidos.					X
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre problemas, objetivos, hipótesis, variables e ítems.				X	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia del instrumento es coherente con el diseño metodológico del estudio.				X	

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

- ☐ Debe corregirse.
☒ Procede su aplicación.

ALYSA GARCÍA SAMANEZ
CIRUJÍA GENERAL - OTORRINO Y MAXILOFACIAL
R.M. 01728
Firma del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- Título del trabajo de investigación: "FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS-HOSPITAL REGIONAL CUSCO, 2020-2024"
- Nombre del instrumento de evaluación: Ficha de recolección de datos
- Autor del instrumento: Br. Katherine Flor Villavicencio Jimenez

II. DATOS DEL EXPERTO

- Nombres y apellidos: Zoila Alarcón Huamán
- Especialidad: odontopediatría
- Lugar y fecha: 26/11/25
- Institución donde labora: Hospital Regional del Cusco

III. ASPECTO DE VALIDACIÓN

Marque la casilla correspondiente según su valoración, tomando en cuenta los criterios establecidos para cada indicador.

COMPO NENTE	INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS SOBRE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
			1	2	3	4	5
Forma	1. REDACCIÓN	Los ítems están escritos con precisión, sin ambigüedades y con todos los elementos necesarios.				X	
	2. CLARIDAD	El lenguaje es sencillo, directo y facilita la comprensión.					X
	3. OBJETIVIDAD	Los ítems siguen principios científicos, libres de sesgos y subjetividad.				X	
Contenido	4. ACTUALIDAD	El contenido está alineado con las necesidades reales de la investigación y con el estado actual del conocimiento.				X	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems cubren todos los aspectos metodológicos esenciales.				X	
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide adecuadamente las variables propuestas.				X	
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	El instrumento presenta una estructura lógica y ordenada.				X	
	8. CONSISTENCIA	El contenido se sustenta en fundamentos teóricos y científicos sólidos.				X	
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre problemas, objetivos, hipótesis, variables e ítems.				X	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia del instrumento es coherente con el diseño metodológico del estudio.				X	

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

- ☐ Debe corregirse.
☒ Procede su aplicación.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DISCOordinación Regional de Salud CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Dra. Zoila Alarcón Huamán
ODONTOPEDIATRA
C.O.P. 14254
Firma y sello del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- Título del trabajo de investigación: "FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS-HOSPITAL REGIONAL CUSCO, 2020-2024"
- Nombre del instrumento de evaluación: Ficha de recolección de datos
- Autor del instrumento: Br. Katherine Flor Villavicencio Jimenez

II. DATOS DEL EXPERTO

- Nombres y apellidos: Roque Edgar Berrio Benavente
- Especialidad: Odontología Forense
- Lugar y fecha: 11 / 11 / 25
- Institución donde labora: UNSAAC

III. ASPECTO DE VALIDACIÓN

Marque la casilla correspondiente según su valoración, tomando en cuenta los criterios establecidos para cada indicador.

COMPO NENTE	INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS SOBRE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
			1	2	3	4	5
Forma	1.REDACCIÓN	Los ítems están escritos con precisión, sin ambigüedades y con todos los elementos necesarios.					✓
	2.CLARIDAD	El lenguaje es sencillo, directo y facilita la comprensión.					✓
	3.OBJETIVIDAD	Los ítems siguen principios científicos, libres de sesgos y subjetividad.				✓	
Contenido	4.ACTUALIDAD	El contenido está alineado con las necesidades reales de la investigación y con el estado actual del conocimiento.					✓
	5.SUFICIENCIA	Los ítems cubren todos los aspectos metodológicos esenciales.					✓
	6.INTENCIONALIDAD	El instrumento mide adecuadamente las variables propuestas.					✓
Estructura	7.ORGANIZACIÓN	El instrumento presenta una estructura lógica y ordenada.					✓
	8.CONSISTENCIA	El contenido se sustenta en fundamentos teóricos y científicos sólidos.					✓
	9.COHERENCIA	Existe coherencia entre problemas, objetivos, hipótesis, variables e ítems.					✓
	10.METODOLOGÍA	La estrategia del instrumento es coherente con el diseño metodológico del estudio.					✓

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

- ☐ Debe corregirse.
☒ Procede su aplicación.

CLINICA ODONTOLÓGICA

Dr. Roque E. Berrio Benavente
COP 3106

Firma y sello del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- Título del trabajo de investigación: "FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIONES ODONTOGÉNICAS-HOSPITAL REGIONAL CUSCO, 2020-2024"
- Nombre del instrumento de evaluación: Ficha de recolección de datos
- Autor del instrumento: Br. Katherine Flor Villavicencio Jiménez

II. DATOS DEL EXPERTO

- Nombres y apellidos: Juliana Balloñ Valer
- Especialidad: Atención de Pacientes Especiales
- Lugar y fecha: 02/12/2025
- Institución donde labora: UNSAAC

III. ASPECTO DE VALIDACIÓN

Marque la casilla correspondiente según su valoración, tomando en cuenta los criterios establecidos para cada indicador.

COMPO NENTE	INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS SOBRE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
			1	2	3	4	5
Forma	1. REDACCIÓN	Los ítems están escritos con precisión, sin ambigüedades y con todos los elementos necesarios.				X	
	2. CLARIDAD	El lenguaje es sencillo, directo y facilita la comprensión.				X	
	3. OBJETIVIDAD	Los ítems siguen principios científicos, libres de sesgos y subjetividad.				X	
Contenido	4. ACTUALIDAD	El contenido está alineado con las necesidades reales de la investigación y con el estado actual del conocimiento.				X	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems cubren todos los aspectos metodológicos esenciales.				X	
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide adecuadamente las variables propuestas.				X	
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	El instrumento presenta una estructura lógica y ordenada.				X	
	8. CONSISTENCIA	El contenido se sustenta en fundamentos teóricos y científicos sólidos.				X	
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre problemas, objetivos, hipótesis, variables e ítems.				X	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia del instrumento es coherente con el diseño metodológico del estudio.				X	

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

- ☐ Debe corregirse.
☒ Procede su aplicación.

Firma y sello del experto

ANEXO 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS, MEDIANTE EL MÉTODO DDP (DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO).

PROCEDIMIENTO

Se construyó una tabla en la que se registraron los puntajes asignados a cada ítem, junto con sus promedios correspondientes, otorgados por cinco profesionales especializados en el área.

Este método permite verificar si las puntuaciones otorgadas por los expertos se encuentran por encima del punto medio, lo que indica que los ítems son válidos y adecuados para su aplicación en el estudio.

N° DE ÍTEMS	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1.	4	4	4	5	4	4.2
2.	4	4	5	5	4	4.4
3.	4	4	4	4	4	4
4.	4	4	4	5	4	4.2
5.	5	4	4	5	4	4.4
6.	5	4	4	5	4	4.4
7.	5	3	4	5	4	4.2
8.	5	4	4	5	4	4.4
9.	4	4	4	5	4	4.2
10.	4	3	4	5	4	4

Una vez obtenidos los promedios correspondientes, se procedió a calcular la distancia del punto medio (DPP) empleando la siguiente fórmula:

Cálculo de DPP:

$$DPP = \sqrt[2]{(X - Y1)^2 + (X - Y2)^2 + (X - Y3)^2 + \dots + (X - Y10)^2}$$

Donde:

X: puntaje más alto que la escala permite otorgar a cada ítem.

Y: valor promedio obtenido para cada ítem.

$$DPP = \sqrt[2]{(5 - 4.2)^2 + (5 - 4.4)^2 + (5 - 3.8)^2 + \dots + (5 - 4)^2}$$

$$DPP = \sqrt[2]{6}$$

$$DPP = 2.44$$

Cuando el valor de DPP resulta igual a cero, ello indica que el instrumento se ajusta por completo a lo que se busca medir; en consecuencia, queda habilitado para su uso en la recolección de la información.

Cálculo de Dmáx:

Posteriormente, se calculó la distancia máxima (Dmáx.) existente entre el valor obtenido y el punto de referencia cero, aplicando la siguiente fórmula:

$$Dmáx = \sqrt[2]{(X1 - 1)^2 + (X2 - 1)^2 + (X3 - 1)^2 + \dots + (X10 - 1)^2}$$

Donde:

X = puntaje más alto que la escala permite otorgar a cada ítem.

Y = 1

$$Dmáx = \sqrt[2]{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + \dots + (5 - 1)^2}$$

$$Dmáx = \sqrt[2]{160}$$

$$Dmáx = 12.65$$

Cálculo de la escala valorativa:

La Dmáx se divide entre el valor máximo de la escala:

$$Intervalo = \frac{12.65}{5} = 2.53$$

A partir de dicho valor, se construyó una escala valorativa que parte de cero y se extiende hasta el valor de Dmáx., fraccionada en intervalos equivalentes entre sí, identificados mediante las letras A, B, C, D, E, de la siguiente manera:

A.	Adecuación total	0 - 2.53
B.	Adecuación en gran medida	2.53 - 5.06
C.	Adecuación promedio	5.06 - 7.59
D.	Escasa adecuación	7.59 - 10.12
E.	Inadecuación	10.12 - 12.65

RESULTADO FINAL:

El valor del DPP es 2.44, por lo que se ubica dentro de la categoría A (Adecuación total). En consecuencia, el instrumento resulta válido y adecuado para su aplicación en el presente estudio.

ANEXO 04

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN INDICADOR DE CONFIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

Confiabilidad de la ficha de recolección de datos de los factores asociados al tiempo de hospitalización en infecciones odontogénicas

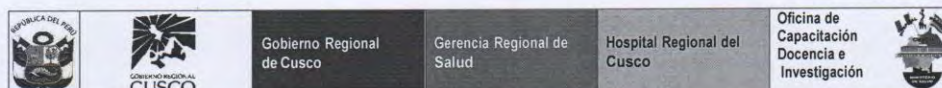
Estadísticas de fiabilidad de escala				
	Media	DE	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Alfa de Cronbach
Ficha completa	25.48	5.349	0,735	0,728

Estadísticas de Fiabilidad de Elemento			
	Media	DE	Alfa de Cronbach si se suprime el elemento
Año de atención	3,66	1,41	0,690
Edad	2,6	1,551	0,682
Sexo	1,58	0,494	0,727
Procedencia	1,54	0,499	0,714
Tipo de infección	1,51	0,866	0,756
Pieza dentaria afectada	3,45	0,857	0,687
Localización	1,96	0,752	0,688
Comorbilidad	0,41	0,493	0,708
Hábito nocivo	0,15	0,362	0,708
Demora de la interconsulta	1,47	0,5	0,711
Disponibilidad de sala de operación	1,57	0,495	0,737
Demora para la intervención	1,73	0,443	0,747
Tiempo de hospitalización	2,39	0,677	0,704

El análisis de confiabilidad del instrumento, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, evidenció un valor de 0.728, lo que indica una consistencia interna aceptable. Asimismo, el Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados fue de 0.735, confirmando que el instrumento presenta una adecuada confiabilidad para la recolección de datos. El instrumento estuvo conformado por 13 ítems, y el análisis mostró que la omisión de cualquiera de ellos no incrementaría ni disminuiría de manera notable la fiabilidad global del instrumento, lo que indica que todos los ítems contribuyen de forma equilibrada a la consistencia de la medición.

ANEXO 05

DOCUMENTO EMITIDO POR EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO QUE AUTORIZA EL ACCESO AL ÁREA DE ARCHIVO



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

Cusco, 31 de Diciembre del 2025

PROVEIDO N°504 - 2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE-OCDI.

Visto, el Expediente N°18011 seguido por la Br.: **VILLAVICENCIO JIMENEZ KATHERINE FLOR**, estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, quien solicita: Autorización para aplicación de Instrumento de Investigación, para optar al Grado Académico Profesional de Cirujano Dentista.

El presente Proyecto de Investigación: "FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIONES MAXILOFACIALES ODONTÓGENICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL, 2025" conforme al informe emitido por el Jefe del Área de Investigación de la Oficina de Capacitación Docencia e Investigación, la petición formulada por el citado tesista se encuentra apta para realizar lo solicitado ya que las características es de tipo de investigación no experimental-retrospectivo, diseño de investigación es analítico-observacional-transversal y de enfoque cuantitativo; se aplicara recolección de datos de Historias Clínicas de pacientes hospitalizados con infecciones odontogénicas en la Unidad de Estadística durante el año 2025 en el Hospital Regional Cusco.

En tal sentido, esta dirección **AUTORIZA** la Aplicación de Instrumento de Investigación para lo cual se le brinde las facilidades correspondientes, exhortando a los investigadores que todo material de la aplicación del instrumento es a cuenta de las interesadas y no genere gastos al Hospital.

RECOMENDACIÓN:

Presentación de la presente autorización, debidamente identificado con su DNI correspondiente.

Se adjunta Recibo N°96057.

Al finalizar la aplicación del Instrumento, la investigadora deberá entregar una copia original del Proyecto Final de Investigación, a la Oficina de Capacitación del Hospital Regional Cusco.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
M.C. Alberto Lino Caro Palavicini
DIRECTOR EJECUTIVO
DNI: 18328 - 88881198

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
M.C. María Elena Salas Galindo
Jefe de la Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación

Se autoriza acceso al Área
de Archivo de Historias
clínicas

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
M.C. FRIDA COLLATAZA ABNERA
JEFE UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
DNI: 18328 - 88881198

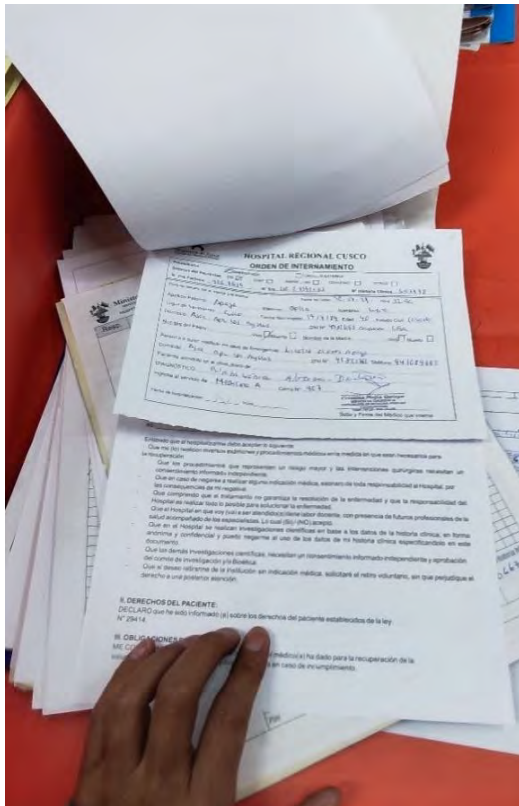
c.c Archivo
MESG/llchs
31/12/2025

Av. La Cultura S/N Cusco – Perú
Teléfonos (084) 227661 / Emergencia (084) 223691
www.hrcusco.gob.pe / hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe



ANEXO 06

FOTOS



Óptico-Médico OYLLORITI Laboratorio Clínico
Enografía en General
Densitografía
Rayos X Digital
Mamografía
Densitografía Ósea

TEST BLANDAS

EDAD : 2 años
REFERENCIA : PARTICULAR
FECHA : Cusco, 07 DE JUNIO DE 2024

INFORME

El estudio realizado de la **PARED DE LA MEJILLA DERECHA**, muestra:

- A nivel de región malar derecho se evidencia imagen heterogénea de bodes mal definido de 24 x 16 mm, se evidencia movilidad de contenido.
- Estructuras musculo aponeuróticas conservadas.

CONCLUSION:

- IMAGEN COMPATIBLE DE COLECCIÓN EN MEJILLA DERECHA, CONSIDERAR ABSCESO MALAR.
- SE SUGIERE EVALUACIÓN POR CIRUGÍA CABEZA Y CUELLO.

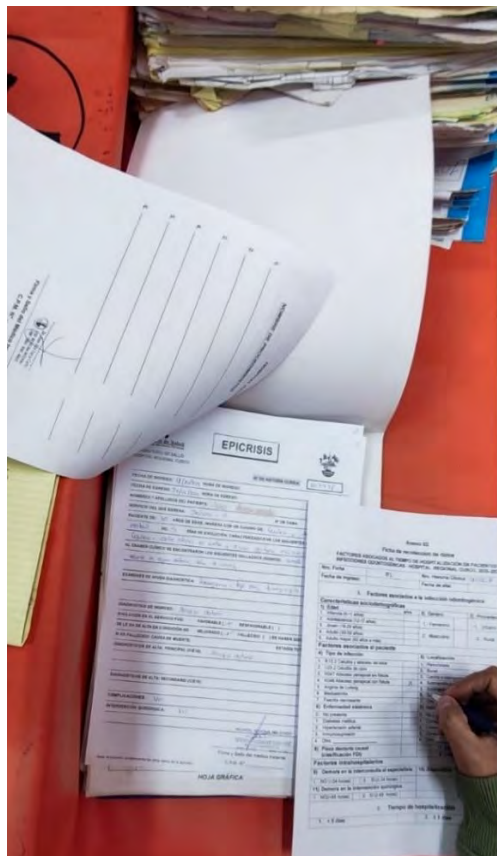
Atentamente,

Dr. David Tito Torres
Médico Radiólogo
C.O.R. 190200

Atención Personalizada a su Servicio

Av. De la Cultura 1408 Wanchaq Cusco
Frente al Hospital Regional

Teléfono: 084 236239 Cel: 984 61
Email: laboratorio@oylloriti.com



Ministerio de Salud **HOSPITAL REGIONAL CUSCO**

SERVICIO DE EMERGENCIA
SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Nº SIS: 23634497 Pre. Fact.: 7936472
Fecha: 06/06/24 Hora: 12:00 A.M. ☒ P.M. ☐ (Diente) Oral y

PROCEDENCIA: ☒ Emergencia ☐ Hospitalización
SERVICIO SOLICITANTE: Cirugía DENTARIO AL SERVICIO DE: Cirugía Maxilofacial

Breve resumen y motivo de interconsulta: Paciente masculino de 28 años en Duda
1. Absceso mandibular

Impresión Diagnóstica: Paciente en alta por el caso
de cirugía de absceso mandibular en
maxila

INFORME DE LA CONSULTA Pedido en: Fecha: Hora: A.M. P.M.

1.- Hallazgos
2.- Exámenes y/o procedimientos realizados
3.- Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y recomendaciones

Cirugía Oral Maxilofacial.
Paciente en consulta por el servicio.
Dr. Celulitis facial PP ORL
- DM
- absceso sub mandibular
Se realiza lavado de absceso espacios profundos
Extracción de Diente. Drenaje (Se aparta 01 mm)
Se colocan triple Dren extraoral
Indicaciones:
- Dieta hipoglúcida
- ATB
- Por favor VOR
Interconsulta Infectología
Indicaciones: Héro - Vamco

Fecha: Hora: A.M. P.M.

Firma y sello del Médico tratante

Dr. Edmundo Quispe Viquez
CIRUJIA ORAL MAXILOFACIAL
190200

AP. PATERNO: AP. MATERNO: NOMBRES: Edmundo
SERVICIO: Emerg. N° CAMA: 26 (Diente 1) 190200 NOMBRES:

		2 101 B21		21-07-2011		06:03:24		4632		32	
Fecha: 22.02.21 N.º SALA: 03		VERIFICADO		17.02.2011		GIA SEGURA		09:50		12:05	
EDAD: 35 años		N.º INCL: 0952149		SERVICIO: UCI		N.º DE CARGA: 06		11-02-06 46285402		09:55	
DIAGNOSTICO: Mediastinitis necrotizante de origen		PROCEDIMIENTO: Toracotomia Exploradora		Diagnóstico: Mediastinitis		11:00		12:00		09:50	
ENTRADA: A las 12:00 horas en UCI (101 B21)		PAUSA QUIRURGICA: A las 12:00 horas en UCI		SALIDA: A las 12:00 horas en UCI (101 B21)		09:50		12:05		09:55	
Con el (la) enfermero (a) y anestesiólogo (a) como mimo.		Con el (la) enfermero (a) y anestesiólogo (a) y cirujano		Con el (la) enfermero (a) y anestesiólogo (a) y cirujano		Con el (la) enfermero (a) y anestesiólogo (a) y cirujano		Con el (la) enfermero (a) y anestesiólogo (a) y cirujano		Con el (la) enfermero (a) y anestesiólogo (a) y cirujano	
1. ¿Ha confirmado a (la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento informado?		2. Confirma que todos los miembros del equipo programado se hayan presentado por nombre y función		3. Confirma la identidad del (la) de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico		4. Confirma a todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica		5. Si ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos		6. ¿Puede visualizar las imágenes diagnósticas esenciales?	
SI		SI		SI		SI		SI		SI	
7. ¿Se ha mantenido el sitio quirúrgico?		8. Confirma la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la ventilación anestésica?		9. ¿Se ha colocado el pulsoximetro (endotórax) y electrodos para EKG al paciente y funcionan?		10. ¿Tiene el (la) paciente...		11. ¿Alérgico conocido? Cual?		12. ¿Vía aérea libre, riesgo de aspiración	
SI		SI		SI		SI		SI		SI	
13. ¿En este caso se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y vías de acceso (T/venipunt)?		14. ¿Cuanto dura la operación?		15. ¿Cuanto es la pérdida de sangre prevista?		16. ¿Presenta el paciente algún problema específico?		17. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		18. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores	
SI		SI		SI		SI		SI		SI	
19. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		20. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		21. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		22. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		23. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		24. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores	
SI		SI		SI		SI		SI		SI	
25. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		26. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		27. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		28. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		29. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		30. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores	
SI		SI		SI		SI		SI		SI	
31. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		32. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		33. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		34. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		35. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		36. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores	
SI		SI		SI		SI		SI		SI	
37. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		38. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		39. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		40. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		41. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		42. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores	
SI		SI		SI		SI		SI		SI	
43. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		44. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		45. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		46. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		47. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		48. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores	
SI		SI		SI		SI		SI		SI	
49. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		50. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		51. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		52. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		53. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores		54. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores	
SI		SI		SI		SI		SI		SI	
55. ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa instrumental y equipo? Con resultados de los indicadores </											

ANEXO 07

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Nro. De Historia Clínica	AÑO	EDAD	GÉNERO	PROCEDENCIA	TIPO DE INFECCIÓN	LOCALIZACIÓN	COMORBILIDADES	HÁBITOS NOCIVOS	P.D	DEMORA INTERCONSULTA AL ESPECIALISTA	DISPONIBILIDAD DE SALA	DEMORA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	T.H
0780839	2020	2 años	Masculino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Nasogeniano	No presenta	No presenta	5.2	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	3
0848602	2020	8 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Submandibular	No presenta	No presenta	7.5	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	4
0848282	2020	6 años	Masculino	Rural	celulitis de cara	Submandibular	No presenta	No presenta	8.4	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	7
0847738	2020	2 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Nasogeniano	No presenta	No presenta	6.2	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	9
0846877	2020	45 años	Masculino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Geniana, maseterina, submandibular	Hipertensión arterial	Consumo de tabaco	4.6	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	5
0853311	2020	05 años	Femenino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Nasogeniano	No presenta	No presenta	5.4	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	6
0853116	2020	04 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Submandibular	Alergia	No presenta	7.4	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	5
0852668	2020	09 años	Femenino	Rural	celulitis de cara	Submandibular	No presenta	No presenta	3.6	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	7
0711806	2020	04 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Nasogeniano	No presenta	No presenta	6.2	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	4
0753250	2020	03 años	Masculino	Urbano	celulitis de cara	Nasogeniano	No presenta	No presenta	5.1	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	7
0862768	2020	6 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Submandibular	No presenta	No presenta	7.5	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0693639	2020	66 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Geniana, periorbitaria, submandibular	Hipertensión arterial	No presenta	2.6	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	12
0688500	2021	7 años	Masculino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Geniano	No presenta	No presenta	6.5	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	6
0797235	2021	3 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Submandibular	No presenta	No presenta	7.4	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	5

0868987	2021	25 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Submandibular, Submentoniana	No presenta	No presenta	4.8	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	6
0876449	2021	12 años	Masculino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Maseterina, submandibular	No presenta	No presenta	3.6	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	10
0508177	2021	34 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Geniana, maseterina, submandibular	Gastritis	Consumo de alcohol	3.8	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0881243	2021	07 años	Masculino	Rural	celulitis de cara	Geniano	No presenta	No presenta	5.4	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	5
0876173	2021	9 años	Femenino	Rural	celulitis de cara	Submandibular	No presenta	No presenta	7.4	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	12
0895292	2022	9 años	Masculino	Rural	celulitis de cara	Geniano	No presenta	No presenta	6.5	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	21
0892148	2022	41 años	Masculino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Maseterina, submandibular	Gastritis	Consumo de tabaco	4.7	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	11
0883355	2022	2 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Nasogeniano	No presenta	No presenta	5.1	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	7
0004642	2022	39 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Submandibular, Submentoniana	Diabetes mellitus	No presenta	3.8	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	10
0792059	2022	3 años	Masculino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Geniano	No presenta	No presenta	6.4	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	9
0914382	2022	2 años	Masculino	Urbano	celulitis de cara	Geniano	No presenta	No presenta	6.4	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0793125	2022	24 años	Femenino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Geniana, periorbitaria, submandibular	No presenta	No presenta	2.8	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	7
0761709	2022	12 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Geniana, Nasogeniana	No presenta	No presenta	2.1	NO(< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	10
0890684	2022	5 años	Masculino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Submandibular	No presenta	No presenta	8.5	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	7
0890317	2022	58 años	Masculino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Submandibular, Submentoniana	Gastritis	Consumo de alcohol	4.8	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	14
0888496	2022	6 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Submandibular	No presenta	No presenta	8.2	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	3
0881369	2023	2 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Geniano	No presenta	No presenta	6.4	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	6
0786089	2023	5 años	Masculino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Submandibular	No presenta	No presenta	5.4	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0911687	2023	3 años	Masculino	Urbano	celulitis de cara	Geniano	No presenta	No presenta	5.4	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	4
0929483	2023	06 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Submandibular	No presenta	No presenta	8.5	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	11

0927987	2023	4 años	Masculino	Rural	celulitis de cara	Submandibular	No presenta	No presenta	7.5	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0283260	2023	52 años	Femenino	Urbano	Angina de Ludwig	Submandibular, submentoniana, sublingual	Alergia	No presenta	4.6	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	19
0947076	2023	4 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Geniana, maseterina	No presenta	No presenta	7.4	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	4
0927498	2023	60 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Geniana, maseterina, submandibular	Osteoporosis/artritis	No presenta	1.6	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	5
0934624	2023	53 años	Masculino	Rural	celulitis de cara	Geniana, maseterina	No presenta	No presenta	1.7	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	7
0939359	2023	55 años	Masculino	Urbano	celulitis de cara	Submandibular, Submentoniana	Diabetes mellitus	No presenta	3.7	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	35
0922147	2023	56 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Geniana, periorbitaria	Hipertensión arterial	No presenta	1.7	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	11
0949304	2024	6 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Geniana, maseterina	E. cardiovascular	No presenta	5.5	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	1
0889560	2024	2 años	Masculino	Rural	celulitis de cara	Geniana, Nasogeniana	Sífilis	No presenta	5.1	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	6
0972630	2024	2 años	Masculino	Urbano	celulitis de cara	Geniana, periorbitaria	E. cardiovascular	No presenta	5.2	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0952789	2024	36 años	Femenino	Rural	Mediastinitis	Submandibular, submentoniana, sublingual	No presenta	Consumo de alcohol	4.8	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	37
0190200	2024	69 años	Masculino	Urbano	Angina de Ludwig	Submandibular, submentoniana, sublingual	Diabetes mellitus	Consumo de tabaco	4.7	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0954333	2024	4 años	Femenino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Submandibular, Submentoniana	No presenta	No presenta	7.4	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	5
0972525	2024	11 años	Femenino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Maseterina, submandibular	No presenta	No presenta	3.6	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	3
0972138	2024	14 años	Femenino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Submandibular, Submentoniana	Alergia	No presenta	3.6	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0971686	2024	13 años	Femenino	Rural	Angina de Ludwig	Submandibular, submentoniana, sublingual	No presenta	No presenta	4.6	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	10
0972895	2024	8 años	Masculino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Maseterina, submandibular	No presenta	No presenta	4.6	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	30
0875872	2024	3 años	Masculino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Submandibular, Submentoniana	No presenta	No presenta	8.4	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0961117	2024	23 años	Femenino	Urbano	celulitis de cara	Geniana, maseterina	No presenta	No presenta	1.8	SI (>= 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	5

0730727	2024	8 años	Masculino	Urbano	celulitis de cara	Geniana, Nasogeniana	No presenta	No presenta	6.1	NO (< 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	11
0414343	2024	24 años	Masculino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Geniana, Nasogeniana	No presenta	No presenta	1.8	NO (< 24 HORAS)	NO (> 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	6
0954798	2024	42 años	Masculino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Geniana, maseterina, submandibular	TBC	Consumo de alcohol	3.6	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	45
0892420	2024	2 años	Masculino	Urbano	celulitis de cara	Geniana, maseterina	No presenta	No presenta	5.4	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	7
0667498	2024	40 años	Femenino	Urbano	Celulitis y absceso de boca	Geniana, periorbitaria	No presenta	Consumo de tabaco	1.2	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	SI (>=48 HORAS)	8
0949431	2024	40 años	Femenino	Rural	celulitis de cara	Geniana, maseterina, submandibular	Gestante	No presenta	3.5	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	4
0790271	2024	60 años	Masculino	Rural	Celulitis y absceso de boca	Submandibular, Submentoniana	Hipertensión arterial	Consumo de tabaco	4.8	SI (>= 24 HORAS)	SI (< 48 horas)	NO (< 48 HORAS)	30