

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD,
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

PREVALENCIA DE CELULITIS ODONTOGÉNICA EN
PACIENTES NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “ELEAZAR
GUZMÁN BARRÓN”, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE
ÁNCASH, AÑO 2018

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR

LAUREANO ZAPATA, HANNIA YANINA

ORCID: 0000-0001-7663-8447

ASESOR

REYES VARGAS, AUGUSTO ENRIQUE

ORCID: 0000-0001-5360-4981

**CHIMBOTE – PERÚ
2021**

1. Título de la tesis

PREVALENCIA DE CELULITIS ODONTOGÉNICA EN
PACIENTES NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “ELEAZAR
GUZMÁN BARRÓN”, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE
ÁNCASH, AÑO 2018.

2. Equipo de trabajo

AUTOR

Laureano Zapata, Hannia Yanina.

ORCID: 0000-0001-7663-8447

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, estudiante de Pregrado, Chimbote,
Perú.

ASESOR

Reyes Vargas, Augusto Enrique

ORCID: 0000-0001-5360-4981

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú.

JURADO

San Miguel Arce, Adolfo Rafael

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Canchis Manrique, Walter Enrique

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Zelada Silva, Wilson Nicolas

ORCID: 0000-0002-6002-7796

3. Hoja de firma del jurado y asesor

Mgr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael
Presidente

Mgr. Canchis Manrique, Walter Enrique
Miembro

Mgr. Zelada Silva, Wilson Nicolas
Miembro

Mgr. Reyes Vargas, Augusto Enrique
Asesor

4. Agradecimiento y dedicatoria

Agradecimiento

A Dios, por darme la vida, por darme una hermosa familia y el coraje de salir adelante.

A mi familia que es mi alegría, porque en todo momento me brindaron su apoyo moral e incondicional.

Dedicatoria

A Dios, por haberme dado la vida, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mi madre Rosa quien me dio la vida y me brindo su cariño y consejos a pesar de nuestra distancia física.

A mis abuelos, que realizaron el rol de padres, desde el cielo siempre me guiaron por cumplir mis sueños, por ser mi ejemplo de perseverancia en el trabajo y por sus consejos que día a día me brindaron a ser mejor.

A mis tíos realmente son muchos de ellos a quienes tengo que agradecer por ser ejemplos de rectitud, honestidad y trabajo, me brindaron su apoyo y afecto incondicional; en especial Nena y Luis quienes realizaron el rol de padres durante mi niñez y adolescencia.

Nena por estar siempre a mi lado, cuando más la necesité, por compartir momentos muy significativos en mi vida.

A mi esposo Cesar, por nunca dejar de apoyarme y ser la guía en mi camino para salir adelante y no detenerme a pesar de las dificultades que se presentaron en el transcurso de mi formación profesional siempre fuiste mi fortaleza, el apoyo incondicional en mi vida, me ayudó alcanzar mis objetivos.

A mis hijos Carmen y Sebastián, por su apoyo, por el amor que siempre

me han brindado, son mi motivo de superación, porque gracias a ellos y por ellos me exijo cada día a ser mejor.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al Mg. Enrique Vivar por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia laboral de confianza, afecto y amistad fundamental en mi formación profesional.

El presente trabajo está dedicado a mi familia, mis suegros, por ser un gran apoyo en mi vida, su afecto y confianza incondicional que me brindaron día a día, la seguridad de luchar por mis sueños a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida.

A todas mis amistades que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

Agradezco a mis docentes de la Escuela de Odontología de la Universidad, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi preparación profesional.

5. Resumen y abstract

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018. **Metodología:** Estudio de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo; de nivel descriptivo y diseño no experimental, observacional. La muestra estuvo conformada por 103 historias clínicas procesadas en el año 2018, determinados por muestreo no probabilístico por conveniencia, los cuales fueron registrados en una ficha de recolección de datos. **Resultados:** La prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños según edad de 1 a 4 años fue 10,7 % (11); de 5 a 8 años fue 14,6 % (15) y de 9 a 12 años fue 7,8 % (8). Respecto al género femenino fue 20,4 % (21) y 12,6 % (13) en masculino. La prevalencia según grupo dentario incisivos fue 9,7 % (10); grupo canino fue 12,6 % (13); grupo premolar fue 3,9 % (4) y en el grupo molar fue 6,8 % (7). En cuanto a la región anatómica del maxilar superior fue 13,6 % (14) y 19,4 % (20) en el maxilar inferior. **Conclusión:** La prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018 fue del 33 %.

Palabras clave: celulitis odontogénica, grupo dentario, región anatómica.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of odontogenic cellulitis in child patients treated at the dental service of the “Eleazar Guzmán Barrón” Regional Hospital, Nuevo Chimbote district, Santa province, Ancash department, year 2018.

Methodology: Observational, quantitative study, retrospective, transversal and descriptive; descriptive level and non-experimental, observational design. The sample consisted of 103 medical records processed in 2018, determined by non-probability sampling for convenience, which were recorded in a data collection sheet.

Results: The prevalence of odontogenic cellulitis in children aged 1 to 4 years was 10.7% (11); from 5 to 8 years it was 14.6% (15) and from 9 to 12 years it was 7.8% (8). Regarding the female gender, it was 20.4% (21) and 12.6% (13) in the male. The prevalence according to dental group of incisors was 9.7% (10); canine group was 12.6% (13); the premolar group was 3.9% (4) and in the molar group it was 6.8% (7). Regarding the anatomical region of the upper jaw, it was 13.6% (14) and 19.4% (20) in the lower jaw. **Conclusion:** The prevalence of odontogenic cellulitis in children patients treated in the dental service of the Regional Hospital "Eleazar Guzmán Barrón" in the district of Nuevo Chimbote in 2018 was 33%.

Key words: anatomical region, dental group, odontogenic cellulitis.

6.	Contenido (índice)	
1.	Título de la tesis	ii
2.	Equipo de trabajo.....	iii
3.	Hoja de firma del jurado y asesor.....	iii
4.	Agradecimiento y dedicatoria	v
5.	Resumen y abstract.....	viii
6.	Contenido (índice).....	x
7.	Índice de gráficos, tablas y cuadros.....	xii
I.	Introducción.....	14
II.	Revisión de la literatura	17
	2.1. Antecedentes	17
	2.2. Bases teóricas	27
	2.2.1. Celulitis odontogénica.....	27
	2.2.2. Etiología	28
	2.2.3. Patogénesis	31
	2.2.4. Clasificación de la celulitis odontogénica.....	34
	2.2.5. Localización de la celulitis odontogénica	37
	2.2.6. Diagnóstico.....	38
	2.2.7. Celulitis odontógena en niños.....	47
	2.2.8. Clasificación clínica de la celulitis odontógena.....	48
III.	Hipótesis.....	52
IV.	Metodología.....	53
	4.1 Diseño de la investigación	53
	4.2 Población y muestra.....	54
	4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores	57
	a. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	58
	b. Plan de análisis.....	59
	c. Matriz de consistencia	60
	d. Principios éticos.	62

V. Resultados	64
5.1. Resultados:	64
5.2. Análisis de resultados	69
VI. Conclusiones	73
Aspectos complementarios	74
Referencias bibliográficas:	75
Anexos	80

7. Índice de gráficos, tablas y cuadros

Índice de tablas

Tabla 1.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018..... 64

Tabla 2.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según edad 65

Tabla 3.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según género. 66

Tabla 4.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según grupo dentario 67

Tabla 5.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según región anatómica 68

Índice de gráficos

Gráfico 1.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.....	64
Gráfico 2.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según edad	65
Gráfico 3.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según género	66
Gráfico 4.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según grupo dentario	67
Gráfico 5.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según región anatómica	68

I. Introducción

La celulitis odontogénica es una inflamación difusa de los tejidos blandos de origen infeccioso que no está circunscrita o delimitada a una región y tiende a diseminarse a través de los espacios tisulares y a lo largo de los planos aponeuróticos. Se genera principalmente por el tejido dentario y las estructuras de soporte del diente, siendo la causa principal la caries dental, la cual conduce a un daño pulpar. El otro factor etiológico son las afecciones de origen periodontal, especialmente la pericoronitis (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que las enfermedades bucales son la cuarta causa más costosa a tratar (2). En nuestro país se encuentra entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, encontrándose dentro de las enfermedades bucales, la celulitis odontogénica (3).

A nivel Latinoamericano, Lima M (Cuba, 2015), evidencia que la celulitis odontogénica es un proceso inflamatorio agudo, sin tendencia a la limitación, que abarca varios espacios aponeuróticos de la cara y que se encuentra condicionado por dos factores: la extraordinaria virulencia del germen que la produce y el estado decadente del hospedero que la padece (4). Asimismo, en Colombia, Velásquez S., evidenció que, la celulitis odontogénica es ocasionada por afección de estructuras dentarias y periodontales, siendo la causa principal la caries, la cual conduce a un daño pulpar, otro factor son las afecciones de origen periodontal, especialmente la pericoronitis y el trauma dental (5).

En el Perú, Sánchez L., evidenció que, la celulitis facial odontogénica era producto principalmente de una infección de las estructuras dentarias y periodontales que se

extienden entre el tejido celular a más de una región anatómica o espacio aponeurótico. Es una de las infecciones más frecuentes y la urgencia más grave que puede presentarse en la práctica estomatológica (3).

La investigación se justifica por conveniencia, ya que sirve para determinar prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, con fines de obtener cifras estadísticas reales que actualmente son escasas en nuestra sociedad. Asimismo, posee relevancia social, ya que beneficia a profesionales de ciencias de la salud, pues con la esta actualización de datos y contextualización tanto teórica y estadísticamente.

En base a lo mencionado anteriormente se formuló el siguiente enunciado del problema ¿Cuál es la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018? El objetivo general fue: Determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018. Y los objetivos específicos: Determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote, año 2018, según edad, según género, según grupo dentario y según región anatómica.

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Regional “Eleazar

Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018, se realizó la observación detallada de las historias clínicas de los pacientes niños atendidos en el servicio de odontología en el año 2018, con fines de obtener datos referentes a celulitis odontogénica. Se planteó una metodología de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, de nivel descriptivo y diseño no experimental observacional; con una muestra conformada 103 historias clínicas, determinados por muestreo no probabilístico por conveniencia; se empleó una ficha de recolección.

Obteniendo como resultados que, la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños según edad de 1 a 4 años fue 10,7 % (11); de 5 a 8 años fue 14,6 % (15) y de 9 a 12 años fue 7,8 % (8). Respecto al género femenino fue 20,4 % (21) y 12,6 % (13) en masculino. La prevalencia según grupo dentario incisivos fue 9,7 % (10); grupo canino fue 12,6 % (13); grupo premolar fue 3,9 % (4) y en el grupo molar fue 6,8 % (7). En cuanto a la región anatómica del maxilar superior fue 13,6 % (14) y 19,4 % (20) en el maxilar inferior.

Concluyendo que, la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018 fue del 33 %.

II. Revisión de la literatura

2.1. Antecedentes

Internacional

Velásquez S. (Bogotá, 2016). “Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 18 años que asistieron a la Fundación HOMI - Hospital de la Misericordia de Bogotá entre febrero de 2013 a febrero de 2015.” **Objetivo:** determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 18 años que asistieron a la Fundación HOMI - Hospital de la Misericordia de Bogotá entre febrero de 2013 a febrero de 2015. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. **Población y muestra:** Se censaron 502 historias clínicas de pacientes entre 0 y 18 años de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia; la muestra fueron 188 historias clínicas de pacientes diagnosticados con celulitis odontogénica. **Material y método:** Así se obtuvo el número de interconsultas totales del periodo ya mencionado, se revisaron las historias y se seleccionaron aquellas cuyo diagnóstico correspondía con celulitis odontogénica. **Resultados:** la prevalencia de celulitis odontogénica fue del 37,45 %. La edad más afectada estuvo entre los 3 y 5 años con un 42,55 %, predominó el género masculino con 59,04 %. El factor etiológico más sobresaliente fue el endodóntico 76 %, la zona más comprometida en la región facial superior fue el párpado inferior 30% con una afección del 35 % de molares superiores temporales y en la región facial inferior, la región submandibular 34 % con una afección de molares temporales inferiores del 23 %. Se observó un tiempo de resolución

predominante de 3 a 7 días y el 97,86 % de los casos diagnosticados no presentaron ningún tipo de complicación. **Conclusión:** el estudio permitió observar una prevalencia importante de celulitis odontogénica del 37,45 %, mostrando que es un motivo de consulta frecuente en los hospitales pediátricos (5).

Garrido S. (Santiago de Chile, 2016). “Prevalencia de las infecciones de origen odontogénico, su caracterización según gravedad y evolución en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, durante los meses de julio a septiembre del año 2015.” **Objetivo:** determinar la prevalencia de las infecciones de origen odontogénico, su caracterización según gravedad y evolución en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, durante los meses de julio a septiembre del año 2015. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio descriptivo, prospectivo. **Población y muestra:** se examinaron 134 pacientes con infecciones de origen odontogénico. **Material y método:** se observó a los pacientes y sus respectivas historias clínicas, la información necesaria se registró en una ficha de recolección de datos. **Resultados:** Se realizaron 6.992 atenciones en el periodo de estudio y las infecciones odontogénicas correspondieron al 60 % de los diagnósticos realizados, este estudio caracterizó los diagnósticos más complejos, como abscesos de espacios anatómicos superficiales y profundos los que correspondieron al 7 % del total de los diagnósticos, según los criterios de inclusión. El absceso submucoso fue diagnosticado en el 53 % de los pacientes y el flegmón Submandibular fue el principal diagnóstico de los pacientes con necesidad de hospitalización. **Conclusión:** Los tratamientos realizados en el Servicio de Urgencia

Odontológica del HUAP, son 91 % de espacios anatómicos superficiales y 9 % de espacios anatómicos profundos, de los cuales el 99 % se resolvió de manera ambulatoria y el 1 % requirió hospitalización (6).

Flores M, Guerrero M, Salias P, González M. (Caracas, 2015).

“Prevalencia de celulitis facial de punto de partida odontológico, de acuerdo con el grupo etario, sexo y estatus socioeconómico, en pacientes pediátricos, en el Hospital Joel Valencia Parparcen. 2011 – 2014.” **Objetivo:** determinar la prevalencia de celulitis facial de punto de partida odontológico, de acuerdo con el grupo etario, sexo y estatus socioeconómico en los pacientes pediátricos en este hospital, durante el período 2011 – 2014. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio clínico, retrospectivo. **Población y muestra:** se constituyó por 74 pacientes entre prescolares y escolares. **Material y método:** Los datos fueron recogidos de los pacientes con diagnóstico de celulitis facial de punto de partida odontológico del servicio de archivo por medio de las historias clínicas, teniendo como criterios de selección. **Resultados:** Del total de 74 pacientes estudiados, predominó el sexo masculino (59,46 %), en relación con el femenino (40,54 %). El grupo de mayor prevalencia fue el de preescolares (56,76 %) seguidos de escolares (43,24 %). Del total de 74 pacientes estudiados, 52 (70,27 %) no acudieron a la consulta odontológica preventiva en relación con 22 (29,73 %) que sí acudieron. La mayoría de los pacientes pertenecía a la escala Graffar V 56,76 %, seguidos de Graffar III 36,49 %, Graffar IV con 5,41 % y 1,35% en Graffar II, no se ubicaron pacientes en Graffar I. **Conclusión:** De 74 pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de celulitis facial de punto de partida odontológica, el grupo de preescolares

fueron los más afectados con 56,76 % (42 pacientes), seguidos de los escolares con un 43,24 % (32 pacientes) (7).

Lima M. (Cuba, 2015). “Incidencia de celulitis facial odontógena en el territorio de Matanzas.” **Objetivo:** Precisar el comportamiento de la celulitis facial odontógena, así como las causas que inciden en la aparición de esta afección, la cual demostró la necesidad de un diagnóstico y tratamiento preciso y oportuno de las patologías bucales, para lograr mayor expectativa de vida para los pacientes. **Tipo de estudio:** Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal. **Población y muestra:** La muestra incluyó 49 pacientes que acudieron o fueron remitidos a los servicios de urgencias con el diagnóstico de celulitis facial odontógena. **Material y método:** Se usó el método clínico en el examen facial y bucal, mediante el cual se comprobó la sintomatología de los pacientes estudiados y estos datos fueron recogidos en una planilla de recolección de datos elaborada para la investigación. **Resultados:** Los niños y jóvenes resultaron los más afectados, así como el sexo masculino. Los dientes incurables y los restos radiculares constituyeron las causas más frecuentes, la región anatómica prevaleciente fue la cavidad bucal. El 51 % de los casos tuvieron diagnóstico de celulitis leves, siendo necesario el ingreso hospitalario para 25 pacientes, los demás tuvieron tratamiento ambulatorio. Se recomienda diseñar una estrategia de intervención para disminuir la incidencia de celulitis facial odontógena en el territorio de Matanzas. **Conclusión:** Las regiones anatómicas más afectadas resultó la cavidad bucal 35 %, geniana 16 %, seguidas por las submandibular y submentoniana 16 y 12 % respectivamente (4).

Cuadrado J, Riverón L, Ruiz R, Castillo L. (Cuba, 2015). “Características de la celulitis facial odontogena; Isla de la juventud, 2012–2014.” **Objetivo:** Caracterizar los pacientes con celulitis facial odontogena ingresados en el Hospital General Docente Héroes del Baire en el período 2012-2014. **Tipo de estudio:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal. **Población y muestra:** la muestra se conformó por 32 pacientes. **Material y método:** Se incluyeron todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de CFO en el período comprendido en los años 2012-2014; variables del estudio: Años, sexo, edad, procedencia, medicamentos utilizados en el tratamiento, estadía y costo. **Resultados:** El año 2014 fue el de mayor incidencia con 12 pacientes, que representaron el 37.5% del total. Predominó el sexo masculino con 20 pacientes (62,5 %) y prevalecieron los pacientes con edades de 0 hasta 19 (78,13 %). Se observó que 23 pacientes recibieron antibioticoterapia con cefalosporinas de 1ra generación. Se apreció que 19 pacientes (59,37 %) tuvieron una estadía hospitalaria de uno a tres días para un costo total de 355 306. 84 CUP. **Conclusión:** Predominó el sexo masculino, así como la procedencia urbana sobre la rural. La mayoría de los enfermos ingresados tuvieron una estadía hospitalaria de uno a tres días, con gastos económicos significativos por días de ingreso acumulados (8).

Nacionales

Huamani K. (Lima, 2017). “Prevalencia de celulitis facial odontogénica de los pacientes pediátricos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo 2013 – 2015.” **Objetivo:** Determinar la prevalencia de celulitis facial odontogénica en pacientes de 0 a 17 años que fueron hospitalizados en

el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2013-2015. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. **Población y muestra:** la muestra se conformó por 32 historias clínicas. **Material y método:** se revisaron las historias clínicas para obtener la información requerida según los criterios de selección. **Resultados:** La prevalencia de celulitis odontogénica se puede estimar que fluctúa entre 2 casos por cada 1000 pacientes hospitalizados. El grupo de edad más afectado estuvo entre los 6 y 9 años con un 50 %, predominó el género masculino con 59,4 %. Sólo la edad fue un factor que condicionó significativamente el riesgo de presentar celulitis facial odontogénica. El factor etiológico más frecuente fue la patología pulpar con un 78,1 %, el espacio anatómico con mayor compromiso en la región facial fue la Región Bucal con un 34,4 % de los casos, seguido de la Región Submandibular con un 25 %. Las piezas dentarias con mayor predominio fueron las molares permanentes inferiores con un 28,1 % seguido por los molares temporales inferiores con un 25 %. EL tratamiento Farmacológico más Quirúrgico fue el principal tratamiento empleado con un 84,35 % para la celulitis facial odontogénica. Las extracciones fueron el tratamiento quirúrgico de elección con un 50 %, seguido por el Drenaje más extracción con un 21,87 %. En la mayoría de casos la resolución fue entre 3 a 7 días y el 93,75 % de los casos diagnosticados no presentaron ningún tipo de complicación. **Conclusión:** La prevalencia de celulitis facial odontogénica en el HNAL durante el periodo 2013-2015 fue de 2 casos por cada 1000 pacientes hospitalizados (9).

Fabian V, Mandujano L. (Huánuco, 2017). “Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 30 años de edad que asisten al Hospital Essalud base II Huánuco del distrito de Amarilis, Huánuco Perú 2017.”

Objetivo: Estimar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 30 años de edad que asisten al Hospital Essalud Base II Huánuco durante el año 2017. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. **Población y muestra:** la muestra se conformó por 144 historias clínicas de pacientes de 0 a 30 años. **Material y método:** las historias clínicas fueron revisadas para obtener la información en base a los criterios de selección y se registraron en la ficha de recolección de datos.

Resultados: La prevalencia estimada de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 30 años que asistieron al hospital EsSalud Base II Huánuco 2017 es 20,56 % con un intervalo de confianza del 95 % [15,56 % - 25,56 %]. El grupo de edad más afectado estuvo entre los 0 y 10 años con un 70,1 % (101 casos), predominó el género femenino con 52,1 % (75 casos). Las piezas dentarias con mayor predominio fueron las molares temporales 56,2 % (81 casos) seguido por los molares permanentes 24,3 % (35 casos). La arcada dentaria que predominó fue el maxilar inferior con un 50,7 % (73 casos). **Conclusión:** la prevalencia de celulitis Ontogénica fue significativa, donde predominó el grupo de edad de 0 a 10 años, sexo femenino, en función al grupo dentario, los molares temporales fueron los más afectados seguidos de los molares permanentes, la arcada dentaria con mayor proporción de padecer celulitis odontogénica fue maxilar inferior (10).

Sánchez F. (Cusco, 2017). “Presentación y manejo de infecciones faciales odontogénicas en pacientes hospitalizados menos de 15 años, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2011-2016.” **Objetivo:** Describir la presentación y manejo de infecciones faciales odontogénicas en pacientes hospitalizados menos de 15 años, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2011-2016. **Tipo de estudio:** El estudio realizado es de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. **Población y muestra:** la muestra se conformó por 90 historias clínicas de pacientes menores de 15 años. **Material y método:** Las variables a estudiar fueron presentación y manejo de infecciones faciales odontogénicas con sus dimensiones de sexo, edad, grupo dentario causal, localización anatómica, tiempo de estancia hospitalaria, terapia antibiótica y tratamiento odontológico realizado. **Resultados:** La presentación fue mayor en el sexo masculino (60 %) y en las edades comprendidas de 1 a 4 años (52,22 %). Los dientes posteriores fueron los dientes causales de mayor porcentaje de presentación (76,67 %). Las infecciones se localizaron más en la cara superior (63,33%). En promedio el tiempo de estancia hospitalaria fue de 4.58 ± 2.27 días. La terapia antibiótica más empleada fue la clindamicina (57,78 %) y la apertura cameral y drenaje del diente causal (56,67 %) fue el tratamiento odontológico más realizado durante la hospitalización. **Conclusión:** Los pacientes de sexo masculino y edad comprendida entre 1 a 4 años fueron los que se presentaron en mayor porcentaje, los dientes posteriores fueron el grupo dentario causal predominante, la cara superior fue la localización anatómica preferente, el tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 4.58 días (11).

Monsalve C, Sáenz L. (Iquitos, 2016). “Prevalencia de patologías orales más frecuentes en los informes rurales de los establecimientos de salud de la DIRESA-LORETO provincia de Maynas 2006-2015.” **Objetivo:** Determinar la prevalencia de las patologías orales en los informes rurales de los Establecimientos de salud de la DIRESA-Loreto de la provincia de Maynas 2006-2015. **Tipo de estudio:** El tipo de investigación fue cuantitativa; el diseño fue No Experimental, descriptivo comparativo, transversal. **Población y muestra:** estuvo conformada por 201 Informes del Internado Rural (que corresponden a 201 egresados hasta el año 2015) realizado en los establecimientos de salud de la DIRESA- LORETO provincia de Maynas de los periodos 2006 al 2015. **Material y método:** de los informes del internado se obtuvo la información de las patologías orales que los Internos de Odontología registraron. **Resultados:** de un total de 16 Establecimientos de Salud que se encuentra en la jurisdicción de la DIRESA-LORETO-Maynas y que fueron sede para el Internado Rural de los alumnos de la FO-UNAP, se encontraron 131 informes que cumplieron con los requisitos de inclusión/exclusión distribuidos en tres categorías: I-2 (15, 11,5 %), I-3 (75, 53,3 %) y I-4 (41, 31,3 %). En la muestra de estudio se encontró 190046 patologías diagnosticadas donde la más prevalente fue la caries dental con 41,2 % (78.341). En el análisis bivariado se encontró que en el Centro de Salud donde más patologías se diagnosticaron fue en la categoría I-3 con 92,112 (48,5 %) de ellas la más prevalente fue la caries dental con 36,599 patologías (46,7 %) ($p = 0.000$). **Conclusión:** El 53,3 % de los Establecimientos de Salud fueron de la categoría I3 (75). El 41,2 % de las patologías diagnosticadas

fueron la caries dental (78,341). Existe relación estadísticamente significativa entre las patologías orales y los establecimientos de salud en la DIRESA-LORETO provincia de Maynas (2).

Chávez C. (Trujillo, 2015). “Frecuencia de celulitis facial odontógena diagnosticada en pacientes de 1 a 14 años de edad atendidos en el servicio de odontoestomatología del Hospital Belén de Trujillo, en el período comprendido a los años 2010 – 2014.” **Objetivo:** Determinar la frecuencia de celulitis facial odontógena diagnosticada en pacientes de 1 a 14 años de edad en el período comprendido a los años 2010 – 2014. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. **Población y muestra:** la muestra se conformó por 135 historias clínicas. **Material y método:** se registró la edad, género, grupo dentario afectado, región anatómica afectada, factor desencadenante, tratamiento aplicado y tratamiento odontológico realizado; los cuales fueron registrados en una ficha de recolección de datos. **Resultados:** el grupo más afectado con celulitis facial odontógena fue el de los niños de 5 a 9 años con una frecuencia de 11,2 % y el género masculino con 8,4 %. Se encontró asociación estadística significativa entre la celulitis facial odontogénica y la edad ($p < 0,05$). La región anatómica más afectada fue el maxilar superior 58,5 % t de los grupos dentarios, los molares 82,9 %. El principal factor desencadenante fue la pulpa dental necrosada 53,7 %; el tratamiento más aplicado fue sólo el tratamiento farmacológico 95,1 % y el tratamiento odontológico más aplicado fue la exodoncia 78 %. **Conclusión:** la frecuencia de celulitis facial odontógena es de 6.9 por cada 1000 pacientes (12).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Celulitis odontogénica

La Celulitis Odontógena es la inflamación del tejido celular subcutáneo (TCS), sin tendencia a la limitación, que abarca varias regiones anatómicas y conduce a la necrosis de los elementos afectados, cuyo origen está en relación con los dientes o estructuras de sostén de los mismos (13).

La celulitis facial es una infección bacteriana severa de los tejidos blandos de la cara y la celulitis facial odontogénica (CFO) aquella que tiene como foco de infección inicial una enfermedad bacteriana dental (14).

La celulitis facial odontogénica es la inflamación del tejido celular subcutáneo, sin tendencia a la limitación, que abarca varias regiones anatómicas y conduce a la necrosis de los elementos afectados, cuyo origen está en relación con patologías asociadas al tejido dentario o estructuras de sostén de los mismos (13).

Es una inflamación difusa de los tejidos blandos que no está circunscrita a una región, pero que, a diferencia del absceso, tiende a diseminarse a través de los espacios tisulares y a lo largo de los planos aponeuróticos. Puede ser inofensiva en su fase temprana y sumamente peligrosa en su etapa avanzada, extendiéndose rápidamente hacia los tejidos adyacentes (15).

2.2.2. Etiología

La etiología está dada por la penetración de microorganismos de alta patogenicidad a través de los tejidos. Esta infección es fundamentalmente bacteriana, aunque deben considerarse también los hongos ya que se han reportado algunas infecciones odontógenas donde se han aislados cepas de hongos de la especie *Cándida* entre los agentes causales (13).

La cavidad bucal es un medio favorable para el desarrollo bacteriano. El estudio de la microflora bucal normal en su mayor parte anaerobia es complicado, no obstante, se han realizados estudios exhaustivos para determinarla, existiendo reportes recientes que indican que puede haber por lo menos 264 especies bacterianas morfológicas y bioquímicamente diferentes que colonizan la cavidad bucal. Estos microorganismos están considerados no patógenos, forman parte de la flora bucal normal e interesan un gran número de gérmenes entre los que se encuentran (13):

- Anaerobios Gram (+) y Gram (-):
 - Streptococos:
 - Mutans.
 - Sanguis.
 - Mitis.
 - Salivarias.
 - Neumoniae.
 - Pyogenes.
 - Estafilococos Aureus.

- Neisseria.
- Corynebacterium.
- H. Influenzas.
- Anaerobios Gram (+) y Gram (-):
 - Estreptococos.
 - Peptoestreptococos.
 - Veillonella.
 - Eubacterium.
 - Lactobacillus.
 - Actinomyces.
 - Clostridia.
 - Bacteroides.
 - Fusobacterium.
 - Leptotrichia Bucalis (13).

Existen múltiples factores que pueden variar la composición de esta flora:

- Humedad.
- Temperatura.
- PH.
- Interferencia entre diferentes especies.
- Presencia de oxígeno.
- Disminución del potencial óxido reducción (Redox).
- Acción de sustancia inhibidoras sobre:
 - Iga secretora.

- Bacteriocina.
- Lisozima.
- Flujo Salival.
- Dieta.
- Métodos de higiene bucal (13).

Cuando esta microflora no desarrolla acciones nocivas, se integra en zonas formando parte de un ecosistema inocuo y estable (13).

Las infecciones odontogénicas se originan principalmente a partir de dos localizaciones: periapical, como consecuencia de necrosis de la pulpa y la subsiguiente invasión bacteriana de los tejidos periapicales; y periodontal, como consecuencia de una bolsa periodontal que permite la inoculación de las bacterias a los tejidos blandos subyacente (16).

Los microorganismos que alcanzan la pulpa pueden progresar hasta el espacio periapical (periodontitis periapical) y desde él, diseminarse hacia el hueso (osteítis, osteomielitis) y los tejidos blandos vecinos (celulitis) (17).

La caries es la enfermedad dental más prevalente en la población pediátrica, tanto en dentición temporal como permanente, el no tratarla conlleva a una infección pulpar. La pulpitis y los abscesos periapicales como complicaciones de la caries, son frecuentes en niños y jóvenes, y éstos pueden difundirse rápidamente dando lugar a la aparición de celulitis facial, además las infecciones derivadas de patologías pulpares no tratadas pueden empeorar de acuerdo al estado sistémico del paciente

(5).

La reclusión de microorganismos en un espacio cerrado o en un nicho escasamente comunicado con la cavidad oral, como ocurre, por ejemplo, en los abscesos periodontales y en las pericoronaritis puede significar alguna de las vías para el desarrollo de la infección (17).

El trauma dentoalveolar, los pequeños traumas repetidos por maloclusiones dentarias o bruxismo, pueden lesionar el paquete vasculonervioso dentario ocasionando necrosis pulpar y la consiguiente infección (18).

Diferentes procedimientos odontológicos (anestesia, exodoncia, etc.) realizadas a cualquier nivel (estructura dentaria, periodonto o directamente sobre hueso) pueden generar inoculaciones microbianas y dar lugar a una infección odontógena (18).

Una vez que los agentes bacterianos rompen el equilibrio de la flora bucal y la barrera orgánica defensiva, el desarrollo de la infección está dado por la acción recíproca de los mecanismos de defensa del huésped y los factores de virulencia microbiana (19).

2.2.3. Patogénesis

La mayoría de las infecciones odontógenas son primarias, constituyendo la caries la causa más frecuente. En este caso, la entrada y colonización bacteriana se produce con la progresión cariogénica a través de esmalte y dentina invadiendo la pulpa dentaria. Hasta el inicio de la pulpitis, las

bacterias implicadas serán principalmente aerobias facultativas del tipo Streptococcus, sin embargo, su proliferación reduce el potencial de oxidación/reducción tisular, lo que origina condiciones de anaerobiosis, favoreciéndose el crecimiento de bacterias anaerobias estrictas y la subsiguiente necrosis del paquete vasculo-nervioso pulpar (20).

Una vez en el espacio periapical (o periodontal, si el origen fue una periodontitis) los microorganismos constituyen un absceso, y la infección se puede extender localmente al hueso (osteítis, osteomielitis) y llegar a los tejidos blandos vecinos (celulitis, mediastinitis) o más raramente puede diseminarse a distancia (trombosis del seno cavernoso, fascitis necrotizante, endocarditis bacteriana, etc.) (20).

Una infección odontogénica atraviesa por diferentes estadios:

- **Necrobiosis pulpar o inoculación:**

Periodo inicial de contaminación periapical, generalmente originado por infección pulpar que se circunscribe al hueso alveolar. El paciente presenta sensibilidad a la percusión, extrusión de la cavidad alveolar, infección de hueso y periostio, tumefacción asociada de consistencia blanda y pastosa con moderada suavidad a la palpación, presenta límites no definidos claramente a la palpación, en la que los estreptococos invasores están solo empezando a colonizar al huésped (21, 22).

Se presenta en los 3 primeros días y se pueden aislar en su mayoría microorganismos aerobios gram positivos (23).

- **Celulitis serosa:** Es la primera reacción de los tejidos blandos a la infección que proviene de un diente que, al destruirse la cortical ósea, permite la salida de exudado purulento hacia tejidos blandos, infectándolos de inmediato. La lesión evoluciona del cuarto al sexto día y se observa un aumento de volumen difuso, de consistencia blanda, sin hipertermia ni cambio de coloración, no doloroso por la salida del exudado hacia los tejidos blandos, ya que la presión intraósea desaparece, y no existe ataque al estado general. Se observa una flora microbiana mixta, sobresaliendo los Streptococos (23).

- **Celulitis flegmonosa:** Es la inflamación del tejido conjuntivo, especialmente subaponeurótico y subcutáneo que alcanza también los músculos y las aponeurosis. La lesión evoluciona del séptimo al noveno día y se observa un aumento de volumen difuso, depresible en algunas zonas, doloroso a la palpación, con discreto cambio de coloración entre roja y violácea, limitación a la apertura bucal y con ataque al estado general. Se encuentra una flora microbiana mixta (23).

- **Absceso:** Es una cavidad circunscrita de contenido purulento, se presenta a partir del décimo día después de una necrobiosis no tratada. Se observa un aumento de volumen delimitado, con cambio de coloración a rojo, blando, depresible, con dolor agudo espontáneo o provocado al menor estímulo que cede de forma parcial o no cede con los analgésicos. Se observa un punto blanquecino al centro del

aumento de volumen (signo de volcán). Se encuentra formado por microorganismos anaerobios Gram negativos (23).

- **Fase de resolución:** Finalmente, cuando el absceso se abre espontáneamente a través de la piel o de la mucosa o se drena quirúrgicamente es cuando el sistema inmunitario destruye las bacterias infectantes, seguido por un proceso de curación y reparación (16, 21).

Tabla 1: Características clínicas y microbiológicas de inoculación, la celulitis y el absceso (24).

Características	Inoculación	Celulitis	Absceso
Duración	0 – 3 días	1 – 5 días	4 – 10 días
Dolor, bordes	Leve, difusos	Difusos	Localizados
Tamaño	Variable	Grande	Menor
Color	Normal	Rojo	Centro brillante
Consistencia	Gelatinosa	Leñosa	Centro más blando
Progresión	En aumento	Creciente	Decreciente
Pus	Ausente	Ausente	Presente
Bacterias	Aerobias	Mixtas	Anaerobias
Gravedad	Baja	Mayor	Menor

2.2.4. Clasificación de la celulitis odontogénica

La literatura sugiere diversas clasificaciones de la celulitis odontogénica de las cuales se mencionan en la presente revisión las dos más conocidas.

Según Arciniegas y De Vicente se clasifica en aguda y crónica.

- **Celulitis aguda:**

- **Celulitis aguda serosa circunscrita**

Se ve afectado un solo espacio anatómico, aunque puede diseminarse a otros compartimientos de contenido seroso, hay presencia de inflamación. Recibe el nombre del espacio que se encuentre involucrado. En las celulitis odontogénicas circunscritas las inserciones musculares evitan que el contenido purulento avance a través de los tejidos fibromucosos de esta manera el foco séptico penetra espacios anatómicos superficiales como: canino, geniano y temporal superficial o compartimientos más profundos como el submentoniano, submaxilar, parotídeo y faríngeo. En casos extremos puede comprometerse también el mediastino (21).

- **Celulitis aguda supurativa circunscrita**

Este proceso es similar al seroso. Varía en el contenido de la infección que es purulento (21).

- **Celulitis aguda difusa**

Puede clasificarse de la siguiente manera:

- Perifaríngea.
- Facial difusa.
- Fascitis necrotizante.
- Otras presentaciones atípicas (21).

- **Crónica**

Es un proceso lento originado por microorganismos con una virulencia limitada odontogénica (21).

Evolucionan a partir de las celulitis agudas o de forma espontánea pueden producirse celulitis crónicas caracterizadas clínicamente por la presencia de un nódulo tisular de contorno oval o policíclico recubierto por piel delgada y frecuentemente violácea. Esta lesión generalmente indolora ocasiona repercusiones estéticas (17).

Según García la clasifica de forma más general.

- **Celulitis serosa:** Es la primera reacción de los tejidos blandos a la infección que proviene de un diente que al destruirse la cortical ósea permite la salida de exudado purulento hacia tejidos blandos infectándolos de inmediato. La lesión evoluciona del cuarto al sexto día y se observa un aumento de volumen difuso, de consistencia blanda, sin hipertermia ni cambio de coloración, no doloroso por la salida del exudado hacia los tejidos blandos ya que la presión intraósea desaparece y no existe ataque al estado general. Se observa una flora microbiana mixta, sobresaliendo los Streptococcus (23).
- **Celulitis Flegmonosa:** Es la inflamación del tejido conjuntivo especialmente subaponeurótico y subcutáneo que alcanza también los músculos y las aponeurosis. La lesión evoluciona del séptimo al noveno día y se observa un aumento de volumen difuso, depresible en algunas zonas, doloroso a la palpación, con discreto cambio de

coloración entre rojo y violeta, limitación de la apertura bucal y alteración del estado general. Se encuentra una flora microbiana mixta (23).

2.2.5. Localización de la celulitis odontogénica

Cuando la infección erosiona la cortical ósea se propaga a las localizaciones anatómicas previsibles. La localización de la infección que surge de una pieza dental específica se determina por los dos principales factores siguientes: el grosor del hueso que rodea el ápice del diente y la relación de la zona de perforación del hueso con las inserciones musculares maxilares y mandibulares (16).

El espacio facial afectado será dictado por la localización del foco de infección y las peculiaridades anatómicas de la región, tales como el espesor del tejido y las inserciones musculares en la región, siendo los espacios submandibulares, submentonianos, sublinguales, masticatorios y parafaríngeos las zonas más comúnmente afectadas (25).

Pourdanesh F., et al (2013), realizaron un estudio retrospectivo de 310 casos registrados con alguna infección odontogénica en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital Taleghani en Irán. Los resultados indicaron que el espacio anatómico más involucrado fue el espacio bucal (20.6%) seguido del submandibular (7.7%). El 22,5% de los casos presentaron compromiso de espacios múltiples y el 5.48% presentaron angina de Ludwig (26).

Chávez C. (2015) reportó que la región más afectada en los pacientes

pediátricos del Hospital Belén de Trujillo fue el maxilar superior (58.5%), asimismo los primeros molares deciduos (82.9%) fueron la causa primaria más frecuente de celulitis odontogénica, mientras que en la dentición mixta la causa son los dientes permanentes en estado de erupción (12).

2.2.6. Diagnóstico

Cuando el paciente presenta una infección buco-facial y acude al estomatólogo en busca de tratamiento, el objetivo inicial debe ser determinar el diagnóstico y la severidad de la infección (13).

El diagnóstico de la Celulitis Odontógena se basa en tres factores fundamentales (13).

A. Antecedentes del paciente (Anamnesis).

Conocer los antecedentes del paciente con Celulitis Odontógena tiene importancia diagnóstica y terapéutica debiéndose determinar mediante el interrogatorio:

- La causa de la infección. Los motivos típicos de consulta de los pacientes con infecciones odontógenas son dolor de muela, mandíbula inflamada, tengo un flemón. El motivo de consulta debe ser recogido con las palabras del paciente (13).
- Como y cuando comenzó el proceso, si la evolución ha sido rápida en horas o ha progresado gradualmente en severidad en algunos días a una semana (13).

- Si ha tenido dolor y cuáles son las características del mismo, tratando de precisar si se trata de un dolor de origen dentario.
- Debe solicitársele al paciente que describa cualquier área de inflamación que no sea visible al examinador.
- Debe de interrogarse acerca de la presencia de signos de disfunción: trismus, dificultad para tragar, respirar o masticar.
- Indagar sobre el estado general del paciente. Si existe fiebre (precisar los grados y evolución de la misma), astenia, anorexia y vómitos. Si el paciente se siente fatigado, caliente, enfermo o con malestar, esto generalmente indica una reacción generalizada a una infección moderada o severa (13).
- Si el paciente padece enfermedad sistémica que afecte las defensas orgánicas como por ejemplo diabetes u otras.
- Si ha recibido tratamiento con medicamentos inmunodepresores (esteroides o citostáticos).
- Alergia a medicamentos: antimicrobianos, analgésicos, antipiréticos, anestésicos, etc.
- Si ha recibido tratamiento profesional previo o automedicación, los medicamentos utilizados, dosis y evolución (13).

B. Manifestaciones clínicas:

- Locales.

Se presentan los signos y síntomas clásicos de la inflamación aguda: dolor, tumor, rubor, calor e impotencia funcional. Una de las características clínicas principales es el edema doloroso y difuso de varias regiones anatómicas, pudiendo interesar cualquiera de los tercios de la cara. La consistencia del edema varía de suave casi normal, a firme (descrita como pastosa) o muy firme (descrita como indurada). La piel se presenta lisa, tensa, enrojecida e hipertérmica, pudiendo presentarse en algunos pacientes con celulitis indurada, área de fluctuación que indica acumulación de pus en los tejidos subyacentes (13).

Puede haber halitosis debido a la impotencia del aparato masticatorio y al descuido de la higiene bucal. La impotencia funcional depende de la localización del proceso; el trismus se presentará en la localización mandibular con mayor frecuencia que en la maxilar, considerándose moderado cuando la apertura bucal es hasta de 15mm y severo cuando es de 10mm o menos (13).

Cuando la infección es provocada por dientes maxilares, los signos predominan en el tercio medio facial y cuando se originan por dientes mandibulares predominan los signos en la región submental, submandibular y a veces cervical (13).

– Sistemáticas.

El compromiso sistémico por la infección está dado por

temperatura elevada, presentándose en las infecciones severas fiebre mayor de 38°C. El pulso se aumentará a medida que se eleva la temperatura, de manera que no son infrecuente en estas infecciones pulsos por encima de 100 latidos/min., pudiendo en este caso presentar el paciente una infección severa que debe ser tratada agresivamente. El signo vital que experimenta menos variación es la TA; solo si hay dolor significativo y ansiedad se notará una ligera elevación de la TA sistólica (13).

La frecuencia respiratoria (FR) del paciente puede estar aumentada, ya que una de las primeras consideraciones en las infecciones odontógenas es el potencial para obstruir las vías aéreas superiores como resultado de la extensión de la infección a través de los espacios faciales en el área de la faringe. La FR normal es de 14-16 respiraciones/min. Los pacientes con infecciones ligeras o moderadas tienen FR elevado hasta 18-20 respir/min (13).

Los pacientes que tienen los signos vitales anormales con elevación de la temperatura, pulso y FR tienen probablemente una infección más seria y se debe considerar portador de problemas potenciales, pudiendo presentar, además: astenia, anorexia, cefalea, escalofríos, taquicardia, vómitos y diarreas, agitación, disnea, insomnio o somnolencia, recuento leucocitario y eritosedimentación elevadas, deshidratación, desequilibrio electrolítico, pudiendo llegar hasta el fallecimiento (13).

Pueden presentarse además linfadenopatías regionales dolorosas, movibles, características de los procesos inflamatorios (13).

C. Exámenes complementarios:

- Microbiológico.

El aspecto más importante del diagnóstico de una infección odontógena es la identificación del agente causal y por ello es imprescindible la realización de cultivos de los líquidos drenados, fragmentos de tejidos supuestamente infectados, de la sangre (hemocultivo) sobre todo al inicio del pico febril y de los líquidos obtenidos por punción (13).

El examen contempla identificación de bacterias, también se consideran los hongos que requieren de cultivos especiales (13).

El complemento del examen microbiológico es la realización del antibiograma que nos permita el uso del antibiótico específico al cual el germen es sensible (13).

En la obtención de la muestra y la realización del cultivo y antibiograma es importante:

1. Obtener la muestra tras 48 horas sin tratamiento antibiótico (13).
2. La toma de la muestra debe ser por punción con aguja fina previa antisepsia de la superficie de punción para evitar la

contaminación por gérmenes comensales y así obtener un diagnóstico bacteriológico fiable (13).

3. Sería útil la obtención de fragmentos de tejidos conjuntamente con el exudado cuando sea posible, ya que las bacterias anaerobias sobreviven más fácilmente en este medio (13).
4. Puede obtenerse un diagnóstico presuntivo acertado en el periodo inicial de la incubación, observando microscópicamente una extensión procedente de la muestra previa tinción de Gram. Este método permite dosificar las bacterias en Gram positivas o negativas. La naturaleza química de la pared celular rige sus propiedades de tinción y es posible dividir empíricamente las bacterias en dos grupos según su reacción a determinados colorantes. Las bacterias que retienen el colorante y permanecen de color azul después de ser tratadas con alcohol son identificadas como Gram positivas. Las bacterias que se decoloran completamente con el alcohol y después se colorean en rojo con la zafranina, son identificadas como Gram negativas (13).
5. Solicitar la prueba de sensibilidad antibiótica (Antibiograma) (13).

- **Laboratorio clínico.**

1. Hemograma completo:

Incluye Hb, Hto y leucograma con diferencial. No es infrecuente en pacientes con infecciones severas las anemias con Hb de 9 gr/ 100ml. Con relación a la leucograma podemos encontrar diversas alteraciones como el aumento de los leucocitos por encima de 10,000 por mmc., un aumento de los polimorfonucleares y de las células jóvenes (staf y juveniles), que señalan lo que se conoce como desviación a la izquierda del recuento diferencial de leucocitos, lo cual nos orienta con relación a las defensas del organismo ante la infección. En pacientes críticos podemos encontrar la presencia de gránulos tóxicos y leucopenias graves con depresión medular (13).

Valores normales:

Hb- H- 12-16 gr/l.	Hto- H-0.40-0.50
M- 11.5-14.5 gr/l.	M-0.37-0.47
Leucocitos- 5-10 por 10/l.	Neutrófilos- 0.50-0.65
	Staf- 0.01-0.03

2. Eritosedimentación:

Sus alteraciones son inespecíficas y pueden verse en múltiples procesos, aunque no exista infección y sepsis. Puede observarse elevadas en infecciones odontógenas y pueden orientar el grado de compromiso general (13).

H- 2-10 mm.	/	M- 2-20 mm.
-------------	---	-------------

3. Cituria:

El sedimento urinario nos puede indicar un aumento de leucocitos e incluso de hematíes en las sepsis urinarias que puede presentarse en los procesos sépticos avanzados. En estos casos es necesario corroborar el diagnóstico con el estudio microbiológico de la orina (urocultivo) (13).

Valores normales:

Leucocitos- $10 \times 10 \times 10/l$.

Eritrocitos- $20 \times 10/l$.

Cilindros- $< 1 \text{ cont}/l$.

4. Serología:

Es de gran utilidad en el diagnóstico de infecciones micóticas y virosis. Los títulos de la fijación del complemento (FC) señalan si la enfermedad está localizada o generalizada. Esta prueba puede ser positiva durante el resto de la vida del paciente (13).

Valor normal: No reactiva.

5. Glicemia:

De valor en diabéticos que se descompensan con frecuencia debidos a los procesos sépticos. No es infrecuente la hiperglicemia en la sepsis grave (13).

Valores normales: 3.8 - 5.5 mmol/l.

6. HIV:

Una de las investigaciones más utilizadas es el test de Elisa el cual constituye una prueba serológica (13).

Valor normal- Negativo

– **Imagenológico.**

El diagnóstico también requiere estudio imagenológico, ya que nos permite la localización del foco séptico (13).

En primer lugar se indicarán los estudios radiográficos simples que permita el estado del paciente. La radiografía periapical se hace necesaria ya que nos puede aportar acerca del área periapical del diente afectado; cuando el proceso es de inicio agudo, se observa al nivel del diente afectado un engrosamiento del ligamento periodontal apical, sin embargo, cuando se trata de un proceso crónico agudizado podemos observar además pérdida de la cortical alveolar, así como imágenes osteolíticas de aspecto radiolúcido compatible con granuloma o proceso quístico (13).

Cuando los procesos periapicales detectados sobrepasan los límites de la radiografía periapical o el paciente presenta un trismus severo que impide realizar la técnica intraoral periapical,

se utiliza la técnica oclusal o las técnicas extraorales (panorámica, Water, lateral oblicua, etc.), para diagnosticar, posteriormente se realizan las periapicales para definir conducta (13).

Otro aspecto es el uso del ultrasonido diagnóstico, de gran utilidad en pacientes que tienen focos sépticos en regiones de muy difícil acceso. Actualmente se considera un examen imprescindible en todo paciente con sospecha de infección quirúrgica, sobre todo si está en estado crítico (13).

En los últimos años se ha utilizado la tomografía axial computarizada (T.A.C) y la resonancia magnética nuclear (R.M.N) que han representado extraordinarios pasos de avance en el diagnóstico y localización del proceso séptico, sobre todo cuando se ha producido acumulación de pus en zonas de difícil visualización y diagnóstico tanto clínico como radiográfico (13).

2.2.7. Celulitis odontógena en niños.

Son muy similares a las del adulto, sin embargo, hay aspectos que caracterizan muy particularmente a estas en el paciente infantil (13).

- La difusión del proceso séptico es mucho más rápido por la amplitud de los espacios medulares (13).
- La fiebre elevada en los niños puede desencadenar convulsiones con peligro de daño cerebral (13).

- Puede producirse una marcada deshidratación por las características propias del metabolismo en el niño (13).
- Pueden afectarse centros de crecimiento del esqueleto facial, originando alteraciones del crecimiento y desarrollo con secuelas deformantes (13).
- La infección puede afectar la ontogénesis por la presencia de folículos dentarios en proceso de desarrollo (13).

2.2.8. Clasificación clínica de la celulitis odontógena.

Podemos clasificar a la Celulitis Odontógena de acuerdo a los signos y síntomas clínicos que presenta el paciente en (13):

- Leve.
- Moderada.
- Grave.

A. Celulitis odontógena leve:

- Buen estado general (13).
- Signos vitales normales con solo un ligero aumento de la temperatura (febrícula).
- La FR puede llegar a 18-20 resp. /min.
- Edema extendido a 1 o 2 regiones faciales de consistencia suave o pastosa (13).

- Dolor que se alivia con analgésico.
- No presenta alteraciones funcionales, se alimenta sin dificultad (13).

La Celulitis Odontógena puede ser atendida en el primer nivel de atención, pero cuando se presentan las siguientes situaciones, debe ser remitido el paciente al nivel secundario (13).

- Cuando el paciente no mejora con el tratamiento inicial impuesto.
- Si existen enfermedades sistémicas descompensadas.
- Si existe alergia a los antimicrobianos de elección o cuando no hay disponibilidad de los mismos en el primer nivel de atención.
- En niños, aun cuando el cuadro clínico sea leve tiene un pronóstico grave con criterio de ingreso (13).

B. Celulitis Odontógena Moderada:

- Paciente se siente indispuerto y febril.
- Signos vitales alterados (pulso hasta de 100 latidos/min., FR de 18-20 resp/min., temperatura hasta de 38°C).
- Edema extendido a 1 o más regiones anatómicas de la cara de consistencia suave o pastosa.
- Dolor que puede ser de variable intensidad.

- Puede presentar alteración funcional dada por trismus de hasta 15mm. De apertura bucal, con dificultad para la masticación.

El paciente con una celulitis odontógena moderada tiene criterio de ingreso en el 2do nivel de atención (13).

C. Celulitis Odontógena Grave:

- Apariencia tóxica (paciente se siente fatigado, febril, enfermo) (13).
- Signos vitales alterados (pulso hasta de 100 latidos/min., FR de 18-20 o más resp/min., temperatura de 38°C o más pudiendo llegar hasta 40 o 41°C.
- Dolor que puede ser de variable intensidad.
- Puede presentar alteraciones funcionales importantes tales como: trismus de 10 mm. o menos de apertura bucal, con dificultad o imposibilidad de ingerir alimentos, disfagia, dislalia, disnea, etc (13).
- Edema de varias regiones anatómicas de la cara pudiendo extenderse al cuello, de consistencia indurada, pudiendo presentar áreas de fluctuación con zonas de colección purulenta (13).
- Dependiendo de la severidad de la infección puede presentarse astenia, anorexia, cefalea, escalofríos, taquicardia y otros

planteados en las características clínicas que puede llevar al paciente a un estado crítico e incluso al fallecimiento.

Estos pacientes tienen criterio de ingreso en el 2º nivel de atención en salas de cirugía máxilo-facial, terapia intermedia o intensiva según la gravedad (13).

III. Hipótesis

- ✓ Por ser una investigación de nivel descriptivo no plantea hipótesis, pues solo se busca la prevalencia de celulitis odontogénica.

Hernández R. Fernández C, Baptista M. (2014), No todas las investigaciones plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende de dos factores esenciales: el enfoque del estudio y el alcance inicial del mismo; los estudio exploratorios y descriptivos no necesariamente llevan hipótesis (27).

IV. Metodología

4.1 Diseño de la investigación

Tipo de investigación

Según el enfoque es cuantitativo

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) Usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (32).

Según la intervención del investigador es observacional.

- Supo J. (2014) No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador (33).

Según la planificación de la toma de datos es retrospectivo.

- Supo J. (2014) Los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios) (33).

Según el número de ocasiones en que mide la variable es transversal.

- Supo J. (2014) La variable es medida en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes (33).

Según el número de variables de interés es descriptivo.

- Supo J. (2014) El análisis estadístico es univariado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra (33).

Nivel de investigación

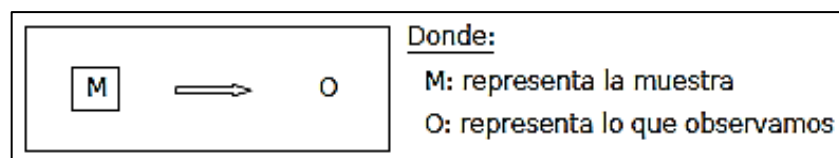
La presente investigación es de nivel descriptivo.

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (32).

Diseño de investigación

La investigación es de diseño no experimental (observacional).

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para describirlos (32).
 - Esquema de investigación



4.2 Población y muestra

Universo:

Estuvo conformado por 1478 historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018.

Población:

Estuvo constituida por las 673 historias clínicas de pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” en el año 2018, quienes cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes de 0 a 12 años.
- Historias clínicas de pacientes de ambos sexos.
- Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de odontología.
- Historias clínicas que se encuentren con datos completos.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes mayores de 12 años.
- Historias clínicas de pacientes atendidos en otras áreas.
- Historias clínicas de pacientes con datos incompletos.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 103 historias clínicas de pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” en el año 2018; determinados mediante la fórmula estadística para población finita y la selección de la muestra fue por muestreo no probabilístico por conveniencia:

- Fórmula para muestra de una población finita:

$$\text{Población } (N) = 673$$

$$\text{Proporción } (p) = 50\% = 0.50$$

$$\text{Error } (e) = 8\% = 0.08$$

$$Z \rightarrow 92\% = 1.76$$

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times (1 - p)}{e^2 \times (N - 1) + z^2 \times p \times (1 - p)}$$

$$n = \frac{673 \times 1.76^2 \times 0.50 \times (1 - 0.50)}{0.08^2 \times (673 - 1) + 1.76^2 \times 0.50 \times (1 - 0.50)}$$

$$\mathbf{n = 102.69 \simeq 103}$$

Muestreo

Muestreo No probabilístico por conveniencia: las unidades de estudio son seleccionadas dada la conveniencia, accesibilidad y proximidad con el investigador.

4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN		INDICADOR	VALOR
			TIPO	ESCALA		
CELULITIS ODONTOGÉNICA	Tumefacción dolorosa del tejido blando y la cara resultante de una propagación difusa de exudado purulento a lo largo de los planos faciales que separan los fascículos musculares dependiente de una etiología odontógena (13).	Prevalencia	Cuantitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos/Historia clínica	1. Presencia (%) 2. Ausencia (%)
		Grupo dentario	Cualitativa Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos/Historia clínica	1. Incisivo 2. Canino 3. Premolar 4. Molar
		Región anatómica	Cualitativa Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos/Historia clínica	1. Maxilar superior 2. Maxilar inferior
COVARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	VALOR
EDAD	Tiempo vivido por una persona desde su nacimiento (29).	-	Cuantitativa Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos/Historia clínica	1 a 4 años (%) 5 a 8 años (%) 9 a 12 años (%)
GÉNERO	Características sexuales y fenotípicas del estudiante (30).	-	Cualitativa Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos/Historia clínica	1. Masculino 2. Femenino

a. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Observación clínica; consistió observar detenidamente las particularidades del objeto de estudio en las historias clínicas para cuantificarlas, siempre ayudados de instrumentos de recolección de datos.

Instrumento

Ficha de recolección de datos: sirvió para registrar la información obtenida; fue de fácil uso. El instrumento fue elaborado por la propia investigadora. (Anexo 02). La validación del instrumento se realizó mediante la aplicación de una prueba piloto al 10% de la muestra de estudio; la cual garantizó la validez y confiabilidad del instrumento, así como de los datos recogidos; se aplicó la prueba estadística Alfa de Cronbach, obteniendo índices mayores a 0,90 que corroboró la validación y confiabilidad respectiva. (Anexo 03)

Procedimiento

- Se solicitó una carta de presentación al director de la escuela profesional de odontología dirigida al director de dicho nosocomio, la cual fue presentada a mesa de partes del del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” de Nuevo Chimbote (Anexo 01).
- Se accedió al área de archivos donde se encontraban todas las historias clínicas donde se solicitó el acceso a las historias clínicas de los pacientes que acudieron al área de odontología en el año 2018.

- La selección de las historias clínicas se realizó según los criterios de inclusión y exclusión, en primer lugar, se registró el género de cada paciente, seguidamente se procedió a analizar cada historia clínica según los indicadores a investigar.
- Se procedió registrar la información en la ficha de recolección de datos, posteriormente se realizó el análisis estadístico.

b. Plan de análisis

La información registrada en el instrumento fue digitalizada a una base de datos en el programa ofimático Excel 2013; donde se organizó y codificó, luego se exportó al programa estadístico SPSS v24 donde se elaboraron las tablas de frecuencia y gráficos de barras según la naturaleza de las variables, empleando la estadística descriptiva.

El análisis de resultados se realizó conforme los objetivos planteados, mediante la confrontación de los mismos con los resultados y conclusiones de los antecedentes; luego se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

c. Matriz de consistencia

TITULO: PREVALENCIA DE CELULITIS ODONTOGÉNICA EN PACIENTES NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN”, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLE	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “ Eleazar Guzmán Barrón” , distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018?</p>	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según edad. - Determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según género. 	<p>Celulitis odontogénica, variable que, al ser compleja, se a dimensionado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevalencia, • grupo dentario y • región anatómica <p>Covariable</p> <p>Edad</p> <p>Género</p>	<p>La presente investigación por ser descriptiva no plantea hipótesis.</p>	<p>Tipo y nivel de Investigación.</p> <p>El tipo de la investigación es cuantitativa, observacional, retrospectiva, transversal y descriptiva.</p> <p>De nivel descriptivo.</p> <p>Diseño de investigación</p> <p>No experimental (observacional).</p> <p>Población y muestra</p> <p>Población: 673 historias clínicas de pacientes niños</p>

	<p>Determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según grupo dentario.</p> <p>Determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según región anatómica.</p>			<p>atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” en el año 2018</p> <p>La muestra estuvo conformada por 103 historias clínicas.</p> <p>Muestreo no probabilístico por conveniencia.</p>
--	---	--	--	---

d. Principios éticos.

La presente investigación tomó en cuenta todos los principios éticos brindados por la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, los cuales están contenidos en el código de ética para la investigación 004 Aprobado por acuerdo del Consejo Universitario con Resolución N° 0037-2021-CU-ULADECH católica, de fecha 13 de enero del 2021.

- **Protección a las personas:** se respeta la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad (31).
- **Libre participación y derecho a estar informado:** las personas fueron informadas sobre los propósitos y finalidades de la investigación, se contó con la manifestación de voluntad informada, libre, inequívoca y específica, mediante las personas consienten el uso de la información para fines de la investigación (31).
- **Beneficencia y no maleficencia:** asegura el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. La conducta del investigador responde a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios (31).
- **Justicia:** El investigador ejerce un juicio razonable, ponderable y toma las precauciones necesarias para asegurarse de que sus sesgos y las limitaciones de sus capacidades y conocimiento, no den lugar o toleren prácticas injustas. Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados (31).

- **Integridad científica:** La integridad del investigador resulta especialmente relevante cuando, en función de las normas deontológicas de su profesión, se evalúan y declaran daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a quienes participan en una investigación. Asimismo, se mantiene la integridad científica al declarar los conflictos de interés que pudieron afectar el curso de la investigación (31).

Se respetó los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y modificada en Fortaleza - Brasil, Octubre 2013, en donde se considera que en la investigación se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación (32).

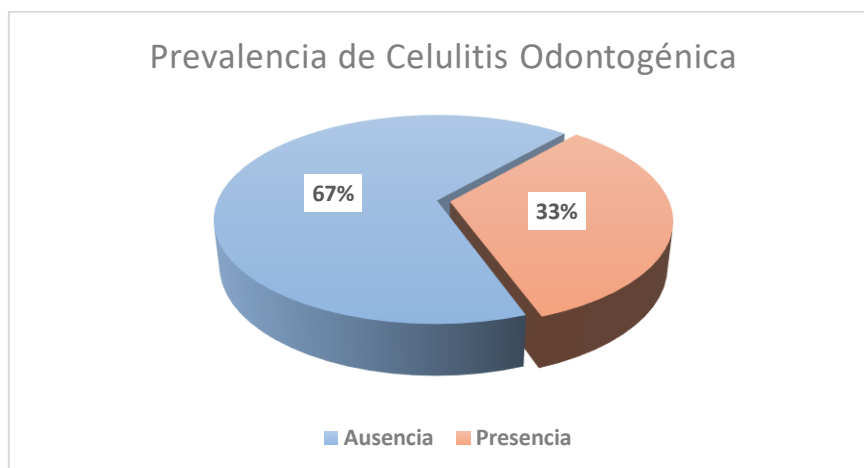
V. Resultados

5.1. Resultados:

Tabla 1.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018

Prevalencia	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	69	67 %
Presencia	34	33 %
Total	103	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 01.

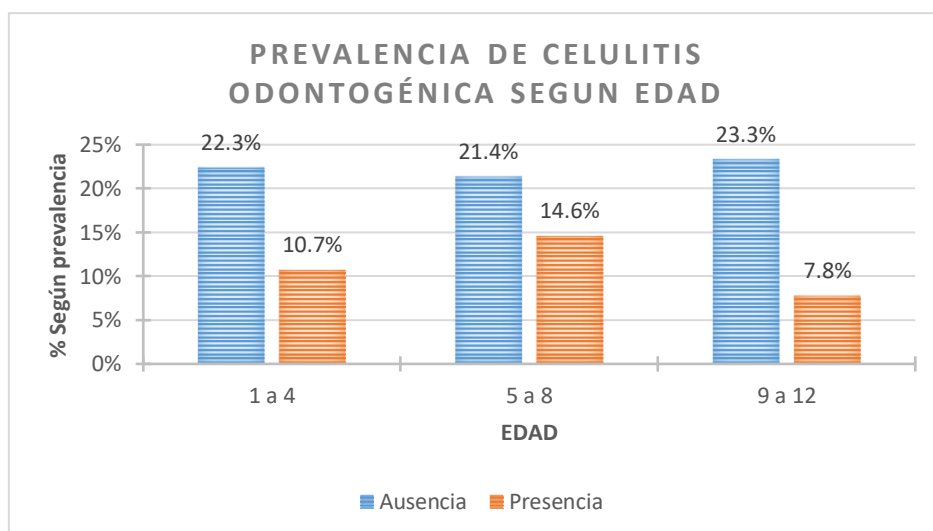
Gráfico 1.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018

Interpretación: Se observa la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018 es del 33 % (34) del total de la muestra estudiada.

Tabla 2.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según edad

Prevalencia de Celulitis Odontogénica						
Edad	Ausencia		Presencia		Total	
	f	%	f	%	f	%
1 a 4	23	22,3 %	11	10,7 %	34	33,0 %
5 a 8	22	21,4 %	15	14,6 %	37	35,9 %
9 a 12	24	23,3 %	8	7,8 %	32	31,1 %
Total	69	67 %	34	33 %	103	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 02.

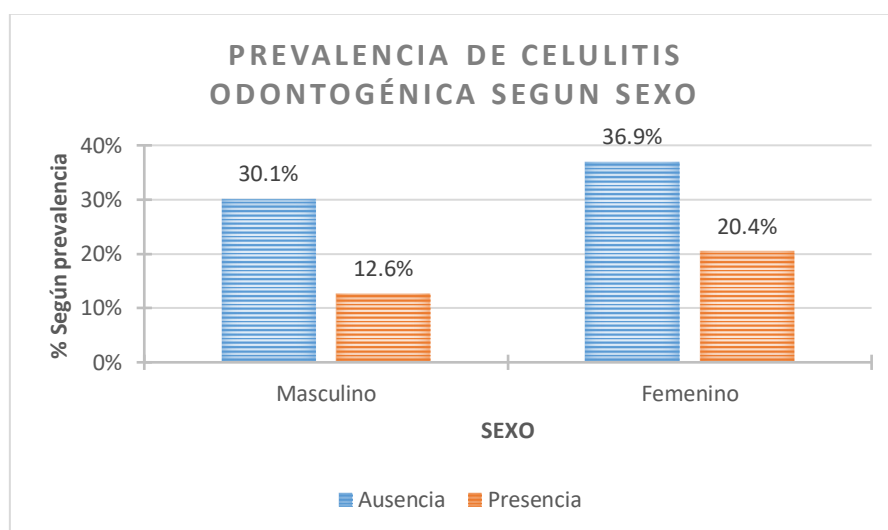
Gráfico 2.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según edad

Interpretación: Se observa que, de la prevalencia de celulitis odontogénica, según edad, en los niños de 1 a 4 años fue 10,7 % (11), en los niños de 5 a 8 años fue 14,6 % (15) y en los niños de 9 a 12 años fue el 7,8 % (8).

Tabla 3.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según género

Sexo	Prevalencia de Celulitis Odontogénica				Total	
	Ausencia		Presencia		f	%
	f	%	F	%		
Masculino	31	30,1 %	13	12,6 %	44	42,7 %
Femenino	38	36,9 %	21	20,4 %	59	57,3 %
Total	69	67,0 %	34	33,0 %	103	100,0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 03.

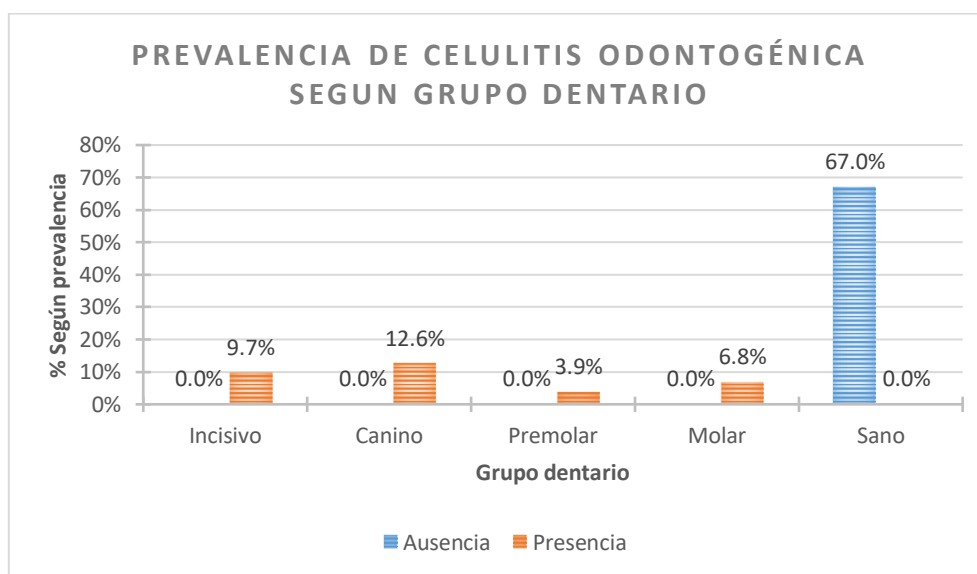
Gráfico 3.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según género

Interpretación: Se observa que, la prevalencia de celulitis odontogénica, según género, en el sexo femenino fue 20,4 % (21) y en el sexo masculino 12,6 % (13).

Tabla 4.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según grupo dentario

Grupo dentario	Prevalencia de Celulitis Odontogénica				Total	
	Ausencia		Presencia		f	%
	f	%	F	%		
Incisivo	0	0 %	10	9,7 %	10	9,7 %
Canino	0	0 %	13	12,6 %	13	12,6 %
Premolar	0	0 %	4	3,9 %	4	3,9 %
Molar	0	0 %	7	6,8 %	7	6,8 %
Sano	69	67 %	0	0 %	69	67 %
Total	69	67 %	34	33 %	103	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 04.

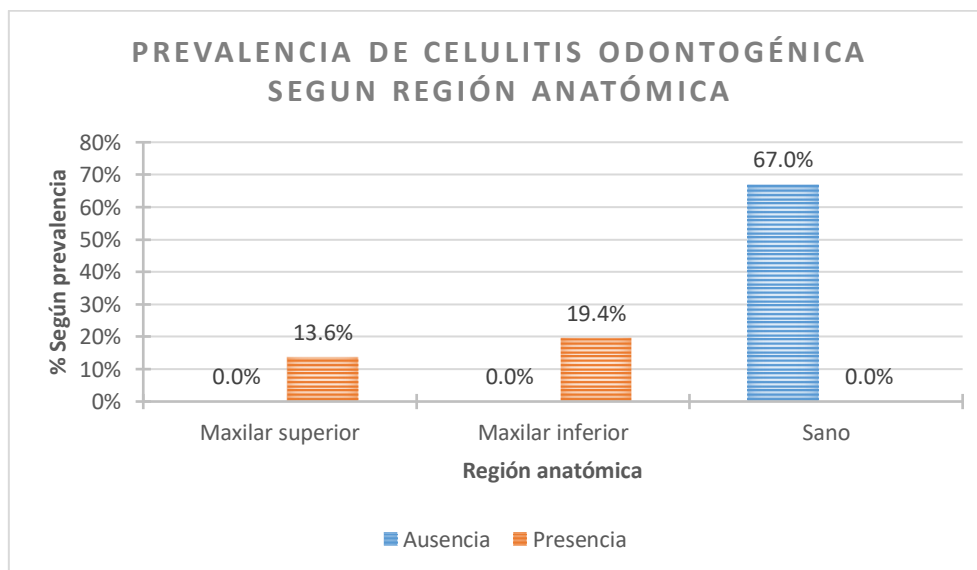
Gráfico 4.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según grupo dentario

Interpretación: Se observa que, la prevalencia de celulitis odontogénica, según grupo dentario, en los incisivos fue 9,7 % (10); en los caninos fue 12,6 % (13); en los premolares fue 3,9 % (4) y en las molares fue 6,8 % (7).

Tabla 5.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según región anatómica

Región anatómica	Prevalencia de Celulitis Odontogénica				Total	
	Ausencia		Presencia		f	%
	f	%	f	%		
Maxilar superior	0	0 %	14	13,6 %	14	13,6 %
Maxilar inferior	0	0 %	20	19,4 %	20	19,4 %
Sano	69	67 %	0	0 %	69	67,0 %
Total	69	67 %	34	33 %	103	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 05.

Gráfico 5.- Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de

Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, según región anatómica

Interpretación: Se observa que, la prevalencia de celulitis odontogénica, según región anatómica, en el maxilar superior fue 13,6 % (14) y en el maxilar inferior 19,4 % (20).

5.2. Análisis de resultados

Luego de realizar el tratamiento estadístico y obtener los resultados conforme los objetivos, se efectuó la contrastación con los antecedentes.

- Los resultados de la investigación lograron evidenciar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018 la cual fue el 33 % del total de la muestra estudiada. Del mismo modo Velásquez S.⁵ (Bogotá, 2016) halló una prevalencia de celulitis odontogénica del 37,45 %. Al igual que Cuadrado J, Riverón L, Ruiz R, Castillo L.⁸ (Cuba, 2015) quienes encontraron una prevalencia del 37,5 % respecto del total. Mientras que datos más elevados fueron encontrados por Garrido S.⁶ (Santiago de Chile, 2016) donde las infecciones odontogénicas correspondieron al 60 % de los diagnósticos realizados. Por el contrario, Fabian V, Mandujano L.¹⁰ (Huánuco, 2017) evidenciaron que la prevalencia estimada de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 30 años que asistieron al hospital EsSalud Base II Huánuco 2017 fue 20,56 %. Mientras que datos muy menores fueron hallados por Huamani K.⁹ (Lima, 2017) quien encontró que la

prevalencia de celulitis odontogénica fluctuaba entre 2 casos por cada 1000 pacientes hospitalizados. Los resultados de nuestra investigación indican una prevalencia de celulitis odontogénica regular, los mismos que mayormente coinciden con lo hallado en otros estudios. (Tabla 1)

- Del mismo modo se determinó la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños según edad, donde en los niños de 1 a 4 años fue 10,7 % (11), en los niños de 5 a 8 años fue 14,6 % (15) y en los niños de 9 a 12 años fue el 7,8 % (8). De igual modo Chávez C.¹² (Trujillo, 2015) evidencio que el grupo más afectado con celulitis facial odontogénica fue el de los niños de 5 a 9 años con una frecuencia de 11,2 %. Mientras que Velásquez S.⁵ (Bogotá, 2016), evidenció que, la edad más afectada estuvo entre los 3 y 5 años con un 42,55 %. Por su parte, Cuadrado J, Riverón L, Ruiz R, Castillo L.⁸ (Cuba, 2015) evidenciaron que en su estudio prevalecieron los pacientes con edades de 0 hasta 19 con 78.13 %. Entre tanto, Huamani K.⁹ (Lima, 2017) evidenció que, el grupo de edad más afectado estuvo entre los 6 y 9 años con un 50 %. Mientras que, Fabian V, Mandujano L.¹⁰ (Huánuco, 2017) evidenciaron que, el grupo de edad más afectado estuvo entre los 0 y 10 años con un 70.1 % (101 casos). Por su parte, Sánchez F.¹¹ (Cusco, 2017) evidenció que en las edades comprendidas entre 1 a 4 años hubo una prevalencia de 52,22 %. Nuestros resultados evidencian mayor prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes 5 a 8 años, los mismos que se diferencia de los demás estudios por ser diversas poblaciones estudiadas. (Tabla 2)

- Respecto a la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños según género, Se observa que, la prevalencia de celulitis odontogénica, según género, en el sexo femenino fue 20,4 % (21) y en el sexo masculino 12,6 % (13). Datos similares hallaron Fabian V, Mandujano L.¹⁰ (Huánuco, 2017) donde demostraron que predominó el género femenino con 52.1 % (75 casos). Mientras que datos distintos encontró Velásquez S.⁵ (Bogotá, 2016) donde predominó el género masculino con 59.04 %. Por su parte, Cuadrado J, Riverón L, Ruiz R, Castillo L.⁸ (Cuba, 2015) evidenció que, predominó el sexo masculino con 20 pacientes (62.5 %). Mientras que, Huamani K.⁹ (Lima, 2017) evidenció que, predominó el género masculino con 59,4 %. Entre tanto, Sánchez F.¹¹ (Cusco, 2017) evidenció que, la afección fue mayor en el sexo masculino (60 %). Mientras que, Chávez C.¹² (Trujillo, 2015) evidenció que, el sexo más afectado con celulitis facial odontógena fue el género masculino con 8,4 %. Nuestra investigación indica mayor prevalencia en el sexo femenino, lo que se diferencia de la mayoría de estudios descritos en los antecedentes. (Tabla 3)
- Del mismo modo se evidenció que, la prevalencia de celulitis odontogénica, según grupo dentario, en los incisivos fue 9,7 % (10); en los caninos fue 12,6 % (13); en los premolares fue 3,9 % (4) y en las molares fue 6,8 % (7). Mientras que, Velásquez S.⁵ (Bogotá, 2016) indicó que se presentó un 35 % de molares superiores temporales. Por su parte, Huamani K.⁹ (Lima, 2017) evidenció que, las piezas dentarias con mayor predominio fueron las molares permanentes inferiores con un 28,1 %

seguido por los molares temporales inferiores con un 25 %. Entre tanto, Fabian V, Mandujano L.¹⁰ (Huánuco, 2017) evidenció que, las piezas dentarias con mayor predominio fueron los molares temporales 56.2 % (81 casos) seguido por los molares permanentes 24.3 % (35 casos). Por su parte, Sánchez F.¹¹ (Cusco, 2017) evidenció que, los dientes posteriores fueron los dientes causales de mayor porcentaje de presentación (76.67 %). Mientras que, Chávez C.¹² (Trujillo, 2015) evidenció que, la región anatómica más afectada fue el maxilar superior 58,5 % de los grupos dentarios, los molares 82,9 %. Los resultados indican una mayor prevalencia en los caninos seguidos de los incisivos, cifras que se diferencian con otros estudios que demuestran una prevalencia de celulitis odontogénica en diversos grupos de dientes. (Tabla 4)

- Los resultados muestran la prevalencia de celulitis odontogénica, según región anatómica, en el maxilar superior fue 13,6 % (14) y en el maxilar inferior 19,4 % (20). Mientras que, Velásquez S.⁵ (Bogotá, 2016) evidenció que, la región submandibular tuvo un 34 %. Por su parte, Huamani K.⁹ (Lima, 2017) obtuvo resultados que, en la región mandibular hubo un 34,4 % de los casos, seguido de la región submandibular con un 25%. Entre tanto, Fabian V, Mandujano L.¹⁰ (Huánuco, 2017) evidenció que, la arcada dentaria que predominó fue el maxilar inferior con un 50,7 % (73 casos). Nuestros resultados indican mayor prevalencia en el maxilar superior. (Tabla 5)

VI. Conclusiones

1. La prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018 fue del 33% .
2. La prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018, según edad de 1 a 4 años fue 10,7%; de 5 a 8 años fue 14,6% y de 9 a 12 años fue 7,8% .
3. La prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018, según género femenino fue 20,4% y 12,6% en masculino.
4. La prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018, según grupo dentario incisivos fue 9,7%; grupo canino fue 12,6%; grupo premolar fue 3,9% y en el grupo molar fue 6,8% .
5. La prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote en el año 2018, según región anatómica del maxilar superior fue 13,6% y 19,4% en el maxilar inferior.

Aspectos complementarios

Recomendaciones

- A los directivos del Hospital, realizar estrategias de promoción y prevención oral en la población infantil, dando a conocer a los padres las posibles complicaciones que se pueden generar por la presencia de focos sépticos en cavidad oral y su no intervención a tiempo.
- A los profesionales de la salud oral de poblaciones infantiles, concientizar sobre la importancia de realizar tratamientos odontológicos de óptima calidad, para disminuir la frecuencia de celulitis odontogénica originada por caries, pues con ello estamos evitando complicaciones.

Referencias bibliográficas:

1. Shaffer W, Hine MK, Levy BM, Tomich CHE. Tratado de Patología Bucal. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000.
2. Monsalve C, Sáenz L. Prevalencia de patologías orales más frecuentes en los informes rurales de los establecimientos de salud de la DIRESA-LORETO provincia de Maynas 2006-2015. [Tesis para obtener el Título profesional de Cirujano dentista]. Iquitos: Universidad Nacional De La Amazonía; 2016. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3876/Christian_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Sánchez L. Celulitis facial odontogénica en niños. Dermatol Perú 2012; 23 (2)
4. Lima M. Incidencia de celulitis facial odontógena en el territorio de Matanzas. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2015 [citado 2018 abril 13]; 31(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000400003
5. Velásquez S. Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 18 años que asistieron a la Fundación HOMI - Hospital de la Misericordia de Bogotá entre febrero de 2013 a febrero de 2015. [Tesis para optar el Título profesional de Cirujano dentista]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2016. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/11055998.pdf>
6. Garrido S. Prevalencia de las infecciones de origen odontogénico, su caracterización según gravedad y evolución en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, durante los meses de julio a septiembre del año 2015. [Tesis para optar el Título de Cirujano dentista]. Santiago de Chile: Universidad

Andres Bello; 2016). Disponible en: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/3324/a115697_Garrido_S_Prevalencia_de_las_infecciones_de_2015_Tesis.pdf?sequence=1

7. Flores M, Guerrero M, Salias P, González M. Prevalencia de celulitis facial de punto de partida odontológico, de acuerdo con el grupo etario, sexo y estatus socioeconómico, en pacientes pediátricos, en el Hospital Joel Valencia Parparcen. 2011 – 2014. MEDULA. [Internet]. 2015 [citado 2019 abril 11]; 11(4): 46-48. Disponible en: <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/medula/article/view/5695/5499>
8. Cuadrado J, Riverón L, Ruiz R, Castillo L. Características de la celulitis facial odontógena; Isla de la juventud, 2012–2014. [Internet]. 2015 [citado 2019 abril 13]; 54(259): 27-37. Disponible en: <HTTPS://WWW.MEDIGRAPHIC.COM/PDFS/ABRIL/ABR-2015/ABR15259D.PDF>
9. Huamani K. Prevalencia de celulitis facial odontogénica de los pacientes pediátricos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo 2013 – 2015. [Tesis para optar el Título profesional de Cirujano dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2017. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/6477/Huamani_chk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Fabian V, Mandujano L. Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 30 años de edad que asisten al Hospital Essalud base II Huánuco del distrito de Amarilis, Huánuco Perú 2017. [Tesis para optar el Título profesional de Cirujano dentista]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/3001>



11. Sánchez F. Presentación y manejo de infecciones faciales odontogénicas en pacientes hospitalizados menos de 15 años, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2011-2016. [Tesis para optar el Título profesional de Cirujano dentista]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio de Abad del Cusco; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/1942>
12. Chávez C. Frecuencia de celulitis facial odontógena diagnosticada en pacientes de 1 a 14 años de edad atendidos en el servicio de odontoestomatología del Hospital Belén de Trujillo, en el período comprendido a los años 2010 – 2014. [Tesis para optar el Título profesional de Cirujano dentista]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2015. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/429>
13. Regalado M. Celulitis odontógena. Infomed. [Internet]. 2016 [citado 2019 abril 13]; 14(7): 32-40. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cirugiamaxilo/celulitis.pdf>
14. Medina J. Celulitis facial odontogénica en pacientes hospitalizados en un hospital especializado en pediatría. Dermatol Perú. 2012; 23(2): 73-77.
15. Shaffer W, Hine M, Levy B, Tomich H. Tratado de Patología Bucal. 4ª ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000.
16. Hupp J., Ellis III E., Tucker M. Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
17. De Vicente J. Celulitis maxilofaciales. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9(11): 126-138.

18. Rodríguez A., Rodríguez M. Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009 [citado 2019 abril 13] 33(3): 67-79
19. Prado J. Protocolos para el Tratamiento de Infecciones Graves de la Cavidad Oral [Tesis para obtener el Título profesional de Cirujano dentista]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
20. Gutiérrez J, Perea E, Romero M. Infecciones orofaciales de origen odontogénico. *Med. Oral patol. Oral Cir. Bucal*. [Internet]. 2004 [citado 2019 abril 13]; 9 (4): 280-287. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000400002
21. Arciniegas V, Sierra R. Celulitis cervicofacial de origen dentario. Una patología que comparte el médico y el odontólogo. *Rev. Colom. de Pediatr*. 2002 [citado 2019 abril 13]; 5: 15-20.
22. Esquivel. D. Guía de Manejo de Infecciones de Origen dental. Fundación HOMI. 2009.
23. García C, De la Teja E, Ceballos H. Infecciones faciales odontogénicas: Informe de un caso. *Rev. Odontol. Mex*. 2009 [citado 2019 abril 13]; 13(3): 177-183.
24. Gregoire C. Point of care. How odontogenic infections are best managed? *J Can Dent Assoc*. 2010 [citado 2019 abril 13]; 76: 114-116.
25. Allen C, Bouquot J, Damm D, Neville B. *Patología Oral & Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

26. Pourdanesh F, Dehghani N, Azarsina M, Malekhosein Z. Pattern of Odontogenic Infections at a Tertiary Hospital in Tehran, Iran: A 10-Year Retrospective Study of 310 Patients. *J Dent.* 2013; 10(4): 319-328.
27. Hernández R. Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación científica. 6 ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
28. Supo J. Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación. Perú: Bioestadístico; 2015.
29. SMU. Edad. Ser Médico. [Internet]. 2015 [citado 2019 abril 13]. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/cartelera/socio-cultural/edad.pdf>
30. Organización Mundial de la Salud. Género. OMS. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/topics/gender/es/>
31. Comité Institucional de Ética en Investigación. Código de ética para la investigación. 1ª ed. Chimbote: ULADECH Católica; 2016. pp. 3-4.
32. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA. 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXO 01

CARTA DE AUTORIZACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

"Año de la Lucha contra la Corrupción e Impunidad"

Chimbote, 05 de Mayo del 2019

CARTA N° 024-2019- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Sr.:

Dr. José Guillermo Morales De La Cruz
Director del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón
Presente.

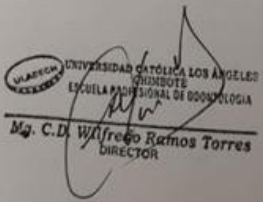
A través del presente, reciba Ud. el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en esta ocasión en mi calidad de director de la Escuela Profesional de Odontología, para solicitarle lo siguiente:

En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, la estudiante viene desarrollando la asignatura de Tesis II, a través de un trabajo de investigación denominado **PREVALENCIA DE CELULITIS EN PACIENTES NIÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, 2018.**


Para ejecutar su investigación, la alumna ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al estudiante: **Laureano Zapata Hannia Yanina**, a fin de realizar el presente trabajo.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;



Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR

HOSPITAL U.E. ELEAZAR GUZMAN BARRON - NVO. CHIMBOTE CENTRAL DOCUMENTARIO	
Firma	Hora
	20 MAY 2019 9:45
RECIBIDO	

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018

Autor: LAUREANO ZAPATA HANNIA YANINA.

Fecha: ____/____/ 2019

1. Datos Generales:

Edad: _____ años

Sexo: M ____ F ____

2. Presencia de Celulitis Odontogénica

Presencia Ausencia

3. Grupo dentario

Incisivo Canino Molar Premolar

4. Región anatómica

Maxilar superior Maxilar inferior

Fuente: Elaboración de la investigadora.

ANEXO 3



PRUEBA PILOTO

Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) reside en administrar el instrumento a una muestra pequeña para comprobar su pertinencia y eficacia, así como las condiciones de la aplicación y los procedimientos involucrados. A partir de esta prueba se calculan la confiabilidad y la validez del instrumento.

Objetivo:

La presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes niños atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.

Para fines de ratificar la confiabilidad y validez, se aplicó la prueba piloto con el objetivo de corroborar si el instrumento cumple con las características de claridad, pertinencia y fácil aplicación; además de identificar y eliminar los posibles problemas de elaboración del instrumento. La prueba piloto fue aplicada a al 10% del total de la muestra.

Codificación de respuestas

- **“Según sexo”:**
1: “Masculino” 2: “Femenino”

- **“Según edad”:**
1: 1 a 4 años 2: 5 a 8 años 3: 9 a 12 años

- **“Según prevalencia de celulitis odontogénica”:**
1: Ausencia 2: Presencia

- **“Según grupo dentario”:**
1: No presenta 2: Incisivo 3: Canino 4: Premolar 5: Molar

- **“Según región anatómica”:**

1: No presenta 2: Maxilar superior 3: Maxilar inferior

I. CONFIABILIDAD “DEL INSTRUMENTO: ALFA DE CRONBACH”

Es un coeficiente de correlación al cuadrado que mide la homogeneidad de los ítems promediando todas las correlaciones entre todos los ítems. Su interpretación se da, cuando más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la confiabilidad, considerando un Coeficiente alfa ≥ 0.7 aceptable/ Coeficiente alfa ≥ 0.8 bueno / Coeficiente alfa ≥ 0.9 excelente.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

ÍTEMS SUJETO	1	2	3	4	5	SUMA DE ÍTEMS
1	1	1	1	1	1	5
2	1	2	1	1	1	6
3	2	3	1	1	1	8
4	2	3	1	1	1	8
5	2	3	1	1	1	8
6	1	2	2	4	2	11
7	2	2	1	1	1	7
8	1	2	2	3	1	9
9	2	3	1	1	1	8
10	2	3	2	5	2	14
11	1	2	2	4	2	11
VARP 1	0.2	0.4	0.2	1.3	0.2	8.5 : S_T^2

K: El número de ítems	5	Confiabilidad Excelente
$\sum Si^2$: Sumatoria de las varianzas de los ítems	2.3	
S_T^2 : La varianza de la suma de los ítems	8.5	
α: Coeficiente de Alfa de Crombach	0.9118	

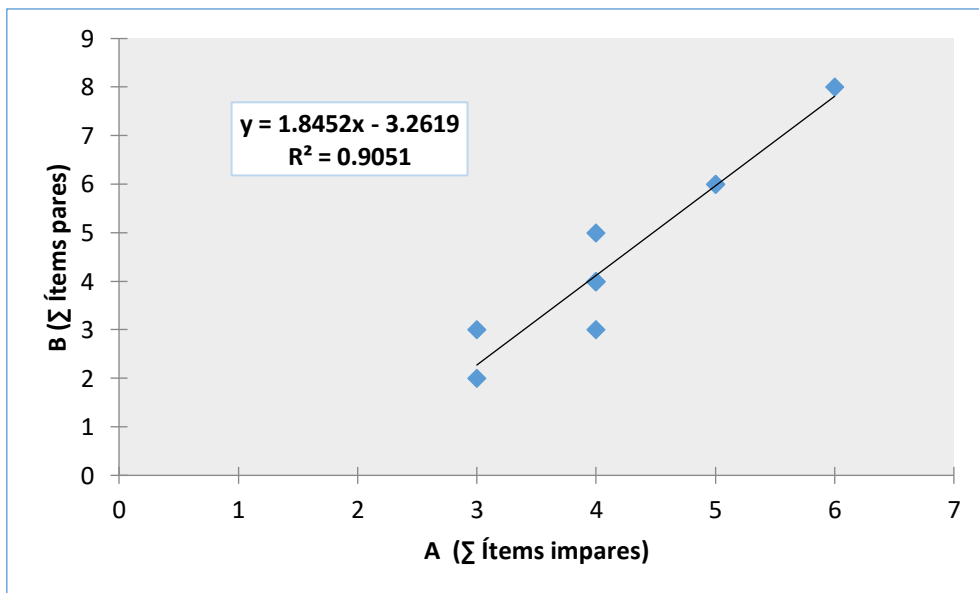
II. VALIDEZ “DEL INSTRUMENTO: COEFICIENTE R DE PEARSON (r)”

Es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas. La interpretación de una correlación positiva se encuentra entre $0 < r < 1$ más alto el grado de validez; se considera una correlación positiva ≥ 0.75 ; correlación positiva alta ≥ 0.8 y una correlación positiva muy alta ≥ 0.90 .

$$r_{xy} = \frac{\sum x_i y_i - n \bar{x} \bar{y}}{n s_x s_y}$$

Sujeto		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A	Sumatoria de ítems impares	3	3	4	4	4	5	4	4	4	6	5
B	Sumatoria de ítems pares	2	3	4	4	4	6	3	5	4	8	6

GRÁFICO: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN



Coefficiente r de Pearson (r): $\sqrt{0.9051} = 0.9514$ Correlación positiva muy alta.

ANEXO 4

FOTOGRAFÍAS DEL PROCEDIMIENTO



