

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE  
"ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"  
MORÓN

**Terapia antimicrobiana en procesos sépticos orales y faciales.**  
**Antimicrobial therapy in oral and face septic processes.**

Niorgy Rodríguez Rodríguez (1), Mara Isabel Morales Pardo (2), Yaneisis Álvarez Blanco (3), Gustavo Hernández Quezada (1), Violeta Gallardo Melo (3).

**RESUMEN**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el departamento de cirugía máxilo facial del Hospital General Docente de Morón, entre los meses de enero y febrero de 2012, con el objetivo de caracterizar las remisiones de los procesos sépticos orales y faciales al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. El universo estuvo constituido por los 19 pacientes remitidos que acudieron a consulta, se trabajó con las personas que reunieron los criterios de inclusión, y los doctores que remitieron. Los datos fueron obtenidos mediante realización de entrevista y examen físico, procesados y presentados en tablas. Aproximadamente dos tercios de los pacientes remitidos correspondieron al grupo de 19-59 años y al sexo femenino. El absceso dentoalveolar agudo fue la patología más frecuente, seguida de la pericoronaritis. Los antibióticos de preferencia fueron la tetraciclina, cefalexina y ciprofloxacina en ese orden. El 57.89% de los doctores que remitieron fueron evaluados de mal según su desempeño. **Palabras clave:** ANTIBIÓTICO, TERAPIA, COMPLICACIONES.

1. Especialista de 1er Grado en Cirugía Máxilo Facial. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente.
3. Licenciada en Atención Estomatológica. Profesor Instructor.

**INTRODUCCIÓN**

La salud, concebida desde la ciencia cubana, es un fenómeno sociocultural, sin cuya concepción aprehensiva resultan estériles las estrategias encaminadas al bienestar y desarrollo humano. En el contexto cubano la salud pública es un subsistema de mucha importancia en la comunidad, a cualquier nivel: en el barrio, el municipio, la región, la nación e incluso internacional, ya que se refiere en esencia al ser humano y a sus posibilidades de desarrollo y bienestar individual y social. En las últimas décadas, las infecciones bucales constituyen una de las patologías más frecuentes en la población, debido principalmente a las complicaciones infecciosas asociadas a una mala higiene bucodental. Esto se traduce en un incremento de las necesidades y las demandas de atención estomatológica, a la vez que se hace necesario para el profesional conocer con precisión los factores etiológicos, así como la patogenia y las diversas variables que determinan la especificidad de este tipo de infecciones, con el fin de poder seleccionar los agentes antimicrobianos adecuados para un correcto tratamiento (1-2).

La infección odontógena es la más común en la región cervicofacial; tiene como origen las estructuras que forman el diente y el periodonto, y que en su progresión espontánea afecta los huesos maxilares en su región periapical. En su evolución natural busca la salida hacia la cavidad bucal en una zona no alejada del diente responsable, aunque a veces, debido a las inserciones musculares, puede observarse una propagación hacia regiones anatómicas ya más alejadas de la región periapical afectada en principio (3).

Sin embargo, en determinadas ocasiones, la infección odontógena no se circunscribe a esta zona que es denominada "infección primaria", sino que puede haber una diseminación secundaria, que

compromete por continuidad estructuras más alejadas de los maxilares (espacios cervicofaciales) o todavía más lejanos (pulmón, endocardio, cerebro, etc.) cuando se produce una embolización séptica por vía linfática o hemática. También existe la posibilidad de que los gérmenes sigan el camino de la vía digestiva, donde suelen quedar inactivados por el pH gástrico, o de la vía respiratoria, si bien es cierto que para que se produzca este paso hacia el árbol bronquial debe concurrir una ausencia de reflejos (3-4).

Los agentes de mayor frecuencia son estafilococos dorados y blancos, seguido por estreptococos, neumococos, veillonelas, neisserias, actinobacterias, bacilos fusiformes, leptotrix, vibriones y espiroquetas. La infección odontógena se considera polimicrobiana (3).

A pesar que habitualmente la infección odontógena es de fácil control, en algunos casos, pueden surgir una serie de complicaciones que hacen que este proceso adquiera una gravedad importante hasta llegar a ser letal (5-6). La clave para que esto no suceda es un diagnóstico oportuno en cuanto a certeza y precocidad, y un tratamiento inmediato y eficaz. El hecho de disponer de una multiplicidad de antibióticos cada vez más potentes no debe hacer pensar que la actuación queda minimizada (7-9).

Debido a la frecuencia con que los pacientes acuden al servicio de cirugía máxilo facial con diagnóstico y tratamiento inadecuados de este tipo de afecciones, se realizó este trabajo, con el objetivo de caracterizar las remisiones de los procesos sépticos orales y faciales en el área norte de Ciego de Ávila, distribuir los pacientes en estudio de acuerdo a: Edad, sexo, patologías diagnosticadas y tipo de antibióticos indicados, además de evaluar el desempeño del médico y el estomatólogo que remite con respecto a: medicamento elegido y dosis indicada, indicación de termoterapia y modelos de remisión.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el departamento de cirugía máxilo facial del Hospital Provincial General Docente de Morón, entre los meses de enero y febrero de 2012, con el objetivo de caracterizar las remisiones de los procesos sépticos orales y faciales al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila.

El universo estuvo constituido por los 19 pacientes remitidos que acudieron a consulta de cirugía máxilo facial, se trabajó con las personas que reunieron los criterios de inclusión, y los doctores que remitieron.

Criterios de inclusión y exclusión:

Población

Se escogieron como referencia a los pacientes que fueron remitidos en el período mencionado y de ellos se excluyeron los pacientes con el siguiente criterio: No pertenecer al área de salud mencionada.

Médicos

Los doctores en medicina o estomatología que llenaron los modelos de remisión.

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes, se les explicó que no representaría riesgo para su salud y que sería muy positiva su participación en el estudio para trazar estrategias sobre este tema.

A estas personas se les aplicó una entrevista que consta de:

Sección 1 (Datos generales) Objetivo: Obtener datos del paciente: nombre, edad sexo, raza, ocupación, municipio.

Sección 2 (Preguntas 1-2) Objetivo: Precisar indicación de medicamento antimicrobiano y nombre.

Sección 3 (Pregunta 3) Objetivo: Identificar enfermedades que constituyen riesgo para la evolución del paciente.

Sección 4 (Pregunta 4) Objetivo: Identificar si la remisión fue hecha por médico o estomatólogo. Sección

5 (Pregunta 5, 6,7) Objetivo: Determinar si la conducta del profesional fue la adecuada.

Operacionalización de las variables:

1- Grupos de edades: se agruparon los pacientes en: 15-34 años, 35-59 años y 60 y más años.

2-Sexo: según sexo biológico: Masculino y Femenino. 3-Antibiótico: El

mencionado por el paciente. 4-Remisión: Por médico o estomatólogo.

5-Los factores de riesgo que se tuvieron en consideración son: Diabetes Mellitus, hepatopatías, cardiopatías, nefropatías, edad avanzada y deficiencias nutricionales.

6-Médico y estomatólogo: Se aplicó el método de observación y encuesta, con el objetivo de evaluar el desempeño referente al manejo de estos procesos en la atención primaria de salud. El investigador preguntó al remitido todo lo indicado y realizado por el remitente, así como la confección del modelo de remisión. Finalmente fueron evaluados de: Bien, si su trabajo es correcto en los aspectos medidos. Regular: si tres aspectos son correctos y Mal si dos o menos aspectos correctos.

Los datos fueron recogidos, procesados y presentados en tablas.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El sexo más representado fue el femenino, con el 63.16% de la muestra (12 pacientes), se correspondió con estudios realizados (10), quedó demostrado la mayor incidencia de enfermedades en este sexo. En relación con la distribución según grupos de edades y sexo, Tabla No. 1, se observa prevalencia del grupo de 35-59 años (68.42%), con similar comportamiento de los restantes grupos. Estas cifras concuerdan con López (11) quien encontró que el mayor por ciento de pacientes afectados por lesiones en la boca pertenecía a estas edades. Además, estos pacientes no están priorizados por el sistema de atención estomatológica nacional, por lo que se dificulta su atención y son más susceptibles de padecer este tipo de proceso.

Con frecuencia los pacientes acuden a los servicios de cirugía con un diagnóstico y tratamiento inadecuado de este tipo de afección, además se consideran insuficientes los estudios de incidencia y agentes predisponentes. No se han precisado si las causas son inherentes a la educación sanitaria del paciente o si han existido insuficiencias en los servicios de atención primaria. Se infiere que un alto por ciento de estas afecciones puede ser evitable, al depender del grado de instrucción de la población sobre el tema de salud bucal y del desempeño de los estomatólogos y médicos de la familia, quienes mantienen el contacto directo con sus pacientes (12). En relación con la frecuencia de las patologías diagnosticadas-remitidas se observa en la Tabla No. 2 que el absceso dentoalveolar agudo ocupa el primer lugar con el 42.1% de las mismas, seguido por las pericoronaritis agudas. Estas patologías deben ser tratadas en el primer nivel de atención de salud estomatológica y la evolución del paciente debe ser favorable si se instala un tratamiento adecuado y oportuno (13).

La colonización e infección bacteriana de la región periapical pueden obedecer a varias causas, aunque en este ámbito la vía pulpar, que tiene como origen primario una caries, continúa como la más importante; en ocasiones esta propagación periapical puede ser yatrogénica, como consecuencia de una manipulación inadecuada, también como resultado de procesos externos por invasión directa (2). Diversos autores destacan la importancia de realizar un diagnóstico correcto en presencia de un absceso periapical o una celulitis facial, estudiar correctamente el diente causante del proceso inflamatorio periapical y utilizar un tratamiento antibiótico adecuado y efectivo, para evitar futuras complicaciones (1,4). En la Tabla No. 3 aparecen los antibióticos más utilizados, en primer lugar, la ciprofloxacina y cefalexina con el 21.05%, seguidos por la azitromicina con el 15.79%, medicamentos estos indicados generalmente para procesos respiratorios y genitourinarios. En este aspecto es importante señalar que ningún paciente remitido refirió alergia a las penicilinas y estas solo se indicaron al 15.79% de los mismos cuando por todos es conocido que este grupo de medicamentos es el de elección del área cervicofacial, y en su ausencia, las eritromicinas y no las cefalosporinas. Los estudios de prevalencia microbiana de la infección odontogénica son algo discordantes. En algunas series, los cocos Gram positivos anaerobios facultativos al ser los más frecuentes, mientras que, en otras, el predominio corresponde a los bacilos gramnegativos anaerobios estrictos. El tratamiento antibacteriano, cuyo objetivo primordial es combatir la infección bacteriana, debe centrarse en estas especies. Se señala la tendencia a asociarse determinados gérmenes que actuarían de forma conjunta con uno predominante, y los demás con un papel más secundario (1,5). Se comprueba que solo al 10.53% de los pacientes se le indicó el metronidazol, antibiótico este necesario para controlar todos los gérmenes mencionados anteriormente y que sin duda hubiese influido positivamente en la evolución del mismo y quizás no hubiese sido necesaria su remisión, y se evitarían así las desagradables molestias al paciente y gastos al sistema gratuito de salud, además este antibiótico no se prescribe

solo, sino junto a penicilinas, de amplio espectro, generalmente; lo que explica por qué más antibióticos que pacientes. Es preocupante como todavía más de un 25% de los galenos prefiere la tetraciclina como primera elección de tratamiento cuando ya está demostrado que no es así, lo que facilita el comienzo de una tórpida evolución en estas patologías.

Al evaluar el desempeño del equipo de salud, que se refleja en la Tabla No. 4, se analiza el accionar de los médicos y estomatólogos con relación a estas remisiones. Se detectó que solo el 15.79% fue evaluado de bien, y el 57.89% fue evaluado de mal. Estos resultados son preocupantes si se tiene presente que se midieron aspectos esenciales en estos tratamientos y se corresponden con estudios realizados (13).

Solo el 33.33% de los médicos fue evaluados de bien, pero realmente el 100% debió evaluarse de mal, pues aunque indicaron tratamiento, su conducta a seguir era remitir a atención primaria de Estomatología en el caso de infecciones dentales y no directamente al Cirujano Máxilo Facial al segundo nivel de atención médica.

El médico y estomatólogo general básico o general integral, pilar en que se sustenta la calidad de la Atención Primaria de Salud, debe ser un profesional bien entrenado, que trabaje como miembro de equipos de salud en la comunidad, para lo cual requiere habilidades en la comunicación y en la coordinación grupal. El perfeccionamiento del proceso de enseñanza aprendizaje conlleva la necesidad de crear condiciones pedagógicas que favorezcan, en un clima de confianza, receptividad y reflexión, un proceso de interacción y comunicación educativa. Las transformaciones realizadas en el sistema nacional de salud y las necesidades de continuar su perfección han generado cambios en la atención primaria de salud y han dado origen a un nuevo modelo de atención integral donde el médico de familia es el eslabón prioritario por su relación directa con la comunidad. Se impone la necesidad de encontrar respuestas rápidas y científicas que generen la implementación y evaluación de intervenciones para lograr acciones de prevención y control eficientes (14-15).

## **CONCLUSIONES**

Aproximadamente dos tercios de los pacientes remitidos correspondieron al grupo de 19-59 años y al sexo femenino.

El absceso dentoalveolar agudo fue la patología más frecuente, seguida de la pericoronaritis.

Los antibióticos de preferencia fueron la tetraciclina, cefalexina y ciprofloxacina en ese orden. El 57.89% de los doctores que remitieron fueron evaluados de mal según su desempeño.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Chan Y, Chan CH. Antibiotic resistance of pathogenic bacteria from odontogenic infections in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect.* 2005; 36:105-10.
2. Cores Carballosa A, Mazaira Rodríguez S, Chaviano Rduques JC, Atienza Lois L. Tratamiento y evolución de la Celulitis facial odontogena en edad pediátrica. *Gac Dent.* 2008; 193:162-82.
3. Berini Aytés L, Garatea Crelgo J, Gay Escoda C. La infección odontogénica: concepto, etiopatogenia, bacteriología y clínica. En: Gay Escoda C, Berini Aytés L. *Cirugía bucal.* Madrid: Ergon; 2006. p. 597-622.
4. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Vías de propagación de la infección odontogénica. En: *Cirugía bucal.* Madrid: Ergon; 2006. p. 623-44.
5. Dinatale E. Diseminación de la infección odontogénica. *Acta Odontol Venezolana.* 2000; 38(1):37-43.
6. Rodríguez Calzadilla OL. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis facial odontogena. *Acta Odontol Venezolana.* 2001; 39(3):25-31.
7. García Pola MJ, Seoane Leston J. La prescripción farmacológica en Odontostomatología: clasificación y nomenclatura de los medicamentos. *RCOE.* 2007; 6(6):633-40.
8. Coutinho IN, Markus C, Queiroz L. Diabetes Mellitus, sua importancia na odontologia. *Rev JAO* 2008; 3(21):33-6.
9. Moreira JA. Resistencia bacteriana: o perigo que nos cerca. *Rev JAO.* 2010; 5(29):22-3.
10. Lima Reyna MT. Impacto social de la estrategia para disminuir la incidencia de celulitis facial odontogena en el territorio de Matanzas. *Rev Méd Electr [Internet].* 2009 [citado 19 Oct 2011];

31(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol5%202009/tema10.htm>

11. López Cruz E, Marrero Fuente A, Castells Zayas Bazán S. Evaluación del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal en siete años. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2006 [citado 10 Feb 2011]; 7(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://shin.cmw.sld.cu/amc/v7.sup/1/770.htm>
12. Hermida Rojas M, Santana Garay JC, Díaz Hernández MJ, Rodríguez Moreno E, Borroto Alcorta DC, Gutiérrez García EM. El estilo de vida en pacientes con cáncer bucal [Internet]. 2005 [citado 10 Feb 2011]; 11(Supl. 2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11\\_supl2\\_05/casos/c1\\_v12\\_0106.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/casos/c1_v12_0106.html).
13. Rodríguez Rodríguez N. Autoexamen bucal en el adulto mayor: estrategia de intervención educativa [tesis] Morón: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara"; 2009.
14. Bernardo Fuentes MG, García Galán EV, Pomares Bory E. El vínculo ecuación comunicación en la formación integral de los profesionales de la salud. Educ Med Sup [Internet]. 2006 [citado 25 Feb 2011]; 18(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18\\_4\\_04/ems03404.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_4_04/ems03404.htm)
15. Nair Tardó M. Efectos de las intervenciones educativas a partir del rol docente. Universidad de La Plata. Argentina Sup [Internet]. 2007 [citado 25 Feb 2011]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm>

## ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de la población según edad y sexo. Hospital Morón. Departamento Cirugía Máxilo Facial. Enero- febrero de 2012.

SEXO	GRUPOS DE EDADES							
	0-18		19-59		60 y más		Total	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
Femenino	1	33.33	9	69.23	2	66.66	12	63.16
Masculino	2	66.66	4	30.76	1	33.33	7	36.84
Total	3	15.79	13	68.42	3	15.79	19	100.00

Fuente: Entrevista

Tabla No. 2. Frecuencia de patologías diagnosticadas.

PATOLOGÍA	NO.	%
Celulitis Facial	2	10.53
Forúnculo Facial	2	10.53
Herida Facial	1	5.26
Absceso Dentoalveolar agudo	8	42.11
Quiste sebáceo abscedado	1	5.26
Sialoadenitis aguda	1	5.26
Pericoronaritis aguda	4	21.05
Total	19	100.00

Fuente: Entrevista

Tabla No. 3. Frecuencia de antibióticos indicados. n=19

ANTIBIÓTICO	No.	%
Azitromicina	3	15.79
Cefalexina	4	21.05
Penicilina RL	2	10.53
Ciprofloxacina	4	21.05
Metronidazol	2	10.53
Tetraciclina	5	26.32
Amoxicilina	1	5.26
Total	21	110.5

Fuente: Entrevista

Tabla No. 4. Evaluación del desempeño del equipo de salud.

PROFESIONAL	EVALUACIÓN							
	BIEN		REGULAR		MAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médico	1	33.33	2	40.00	5	45.45	8	42.10
Estomatólogo	2	66.66	3	60.00	6	54.55	11	57.89
Total	3	15.79	5	26.32	11	57.89	19	100

Fuente: Entrevista.

## ENTREVISTA

### Sección 1.

No de orden \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_

### Sección 2.

1- ¿Le indicaron antibiótico en la primera visita que acudió al doctor?

1.1 Si \_\_\_\_\_ 1.2 No \_\_\_\_\_ 1.3 Reacción medicamentosa \_\_\_\_\_

2- ¿Qué medicamento le indicaron? Especifique la dosis.

2.1 \_\_\_\_\_

2.2 \_\_\_\_\_

2.3 \_\_\_\_\_

2.4 \_\_\_\_\_

2.5 No indicaron \_\_\_\_\_

### Sección 3.

3- ¿Padece de alguna enfermedad? Mencione las mismas:

3.1 \_\_\_\_\_ 3.2 \_\_\_\_\_

3.3 \_\_\_\_\_

3.4 \_\_\_\_\_

3.5 No padece \_\_\_\_\_

Sección 4.

4- Marque con una X el título del doctor que lo remitió:

4.1 Estomatólogo\_\_\_\_\_

4.2 Médico\_\_\_\_\_

Sección 5

5- ¿Qué termoterapia le indicaron?

5.1 Calor\_\_\_\_\_

5.2 Frío\_\_\_\_\_

5.3 Ninguna\_\_\_\_\_

6- Mencione el diagnóstico emitido: \_\_\_\_\_.

7- Mostrar el modelo de evaluación: \_\_\_\_\_.