

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

## Diagnóstico y Tratamiento de **FOCOS INFECCIOSOS BACTERIANOS EN LA CAVIDAD BUCAL**

**Evidencias y recomendaciones**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SS-504-11**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.

[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC.

© Copyright CENETEC.

Editor General.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: < Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal >, México: Secretaría de Salud, <2011>.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

**CIE-10:** K04 Enfermedades de la Pulpa dentaria y los tejidos. K04.0 Pulpitis. K04.1 Necrosis de la pulpa dentaria. K04.4 Periodontitis apical Aguda de la pulpa dentaria K04.7 Absceso periapical sin senos. K05 Gingivitis y enfermedades periodontales. K05.2 Periodontitis aguda.

## GPC: Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal

### AUTORES Y COLABORADORES

#### Coordinadores:

C.D. Elisa Luengas Quintero	Cirujana Dentista Aspirante al grado de Maestra en Administración.	CENAPRECE	Coord. del Componente Curativo Asistencial Programa Nacional de Salud Bucal
-----------------------------	---	-----------	--

#### Autores :

C.D. María Guadalupe Yolanda Valero Princet	Cirujana Dentista Especialista en Cirugía Maxilofacial	Facultad de Odontología, Universidad Intercontinental UIC	Asociación Dental Mexicana
C.D. Patricia Meneses Huerta	Cirujana Dentista	Ex-académica FES-Zaragoza, UNAM.	Comisión Nacional de Investigación en Odontología
Dra. en S.P. María del Carmen Villanueva Vilchis	Cirujana Dentista Doctorado en Ciencias Odontológicas.	Departamento de Salud Pública y Epidemiología Bucal. FO, UNAM	
Mtra. Erika Heredia Ponce	Cirujana Dentista Maestría en S.P.	Facultad de Odontología, UNAM	
Mtro. Dante Sergio Díaz Suárez	Cirujano Dentista Maestría en Ciencias	Área biomateriales dentales, IPN.	Academia Nacional de Materiales Dentales

#### Validación interna:

C.D. Luis Javier Espinoza Pinto	Odontopediátra	DGCES-SSA	Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología	SSA
---------------------------------	----------------	-----------	--	-----

#### Validación externa:

Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>	<Academia>
--------------	----------------	---------------	----------------	------------

## ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA.....	6
3. ASPECTOS GENERALES.....	7
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	9
3.3 DEFINICIÓN.....	10
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	11
4.1 ETIOLOGÍA Y PREVALENCIA DE LOS FOCOS DE INFECCIÓN BACTERIANOS DE LA CAVIDAD BUCAL....	12
4.2 COMPLICACIONES DE LOS FOCOS INFECCIOSOS BACTERIANOS DE LA CAVIDAD BUCAL.....	13
4.3 DIAGNÓSTICO DE LOS FOCOS INFECCIOSOS BUCALES DE ORIGEN BACTERIANO.....	14
4.4 TRATAMIENTO DE LOS FOCOS INFECCIOSOS BUCALES DE ORIGEN BACTERIANO.....	17
5. ANEXOS.....	26
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	26
5.2 MEDICAMENTOS MENCIONADOS EN LA PROFILAXIS PARA ENDOCARDITIS PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES DEL CUADRO BÁSICO DEL IMSS Y DEL CUADRO BÁSICO SECTORIAL.....	28
5.3 ESCALAS DE GRADACIÓN.....	30
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	31
6 GLOSARIO.....	33
7. BIBLIOGRAFÍA.....	34
8. AGRADECIMIENTOS.....	36
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	37
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	38
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	39

## I. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: SS-504-1.1	
Profesionales de la salud.	Cirujanos Dentistas, Especialista en Cirugía Maxilo-Facial, Maestros en Salud Pública, Maestro en Ciencias Odontológicas, Doctores en Ciencias Odontológicas
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: <A90 K04 Enfermedades de la Pulpa dentaria y los tejidos. K04.0 Pulpitis. K04.1 Necrosis de la pulpa dentaria. K04.4 Periodontitis apical Aguda de la pulpa dentaria K04.7 Absceso periapical sin senos. K05 Gingivitis y enfermedades periodontales. K05.2 Periodontitis aguda>.
Categoría de GPC.	Primer nivel de atención
Usuarios potenciales.	Estomatólogos (Médico Odontólogo, Cirujano Dentista, Licenciado en Estomatología, Licenciado en Odontología, Licenciado en Cirugía Dental, Médico Cirujano Dentista, Cirujano Dentista Militar, profesional de la salud bucal con licenciatura) Estudiantes de Odontología y carreras afines
Tipo de organización desarrolladora.	Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Subdirección de Salud Bucal, Programa Nacional de Salud Bucal Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
Población blanco.	Todas las edades a partir de la erupción dentaria
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Secretaría de Salud
Intervenciones y actividades consideradas.	Diagnóstico de los focos infecciosos bucales de origen bacteriano Tratamiento de los focos infecciosos bucales de origen bacteriano
Impacto esperado en salud.	Brindar una herramienta que reúna la evidencia actual disponible, para que los estomatólogos lleven a cabo adecuados manejos para la eliminación de focos infecciosos en la cavidad bucal en beneficio de la población.
Metodología <sup>1</sup> .	<Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/ otras fuentes, selección de las guías/revisiones/ otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: <número total de fuentes revisadas> Guías seleccionadas: <número de guías seleccionadas>. Revisiones sistemáticas <número de revisiones sistemáticas seleccionadas> Ensayos controlados aleatorizados: <número de ensayos clínicos aleatorizados seleccionados> Reporte de casos: <número de reportes de casos seleccionados> Otras fuentes seleccionadas: <número de otras fuentes seleccionadas>
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: <institución que validó por pares> Revisión institucional: <institución que realizó la revisión> Validación externa: <institución que realizó, la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro SS-504-1.1

<sup>1</sup> PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: [WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/](http://WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/).

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son las causas de los focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal?
2. ¿Cuáles son las infecciones bacterianas más frecuentes en la cavidad bucal?
3. ¿Cuáles son los beneficios de la eliminación de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal?
4. ¿Cuáles son los manejos indicados para la eliminación de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal?

### 3. ASPECTOS GENERALES

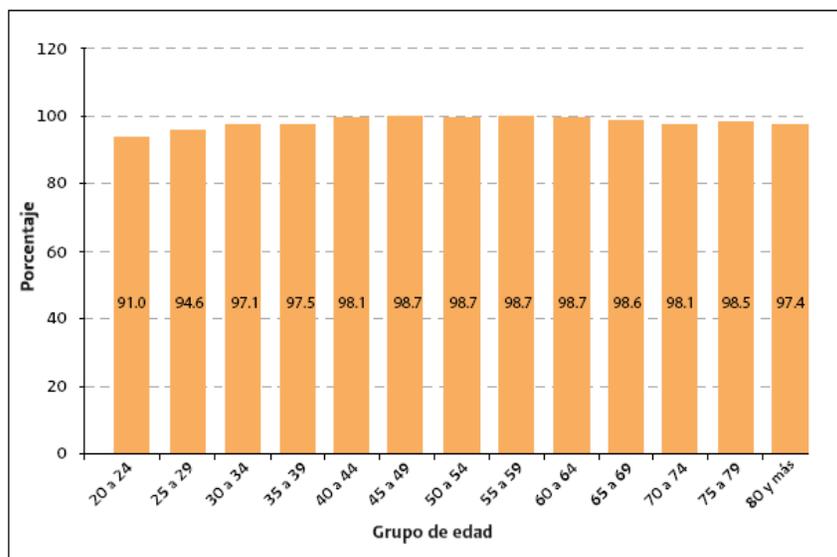
#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

Históricamente, la caries dental y las enfermedades periodontales han sido la causa principal de infecciones de la cavidad bucal. Conforme al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), que brinda información sobre la situación bucal de los usuarios de los Servicios de Salud; en el 2009 se encontró que la prevalencia de caries dental para el grupo de edad de 20 años y más, era superior al 91% (Tabla 1) y el promedio del índice CPOD (dientes permanentes cariados, perdidos u obturados) fue de 13.41%, de los cuales 6.69% fueron cariados (Secretaría de Salud. SIVEPAB 2009)

La evidencia científica ha probado la interrelación entre la salud bucal y la sistémica; con lo que al tener infecciones bucales crónicas, existe un factor de riesgo para desencadenar cardiopatía Isquémica, enfermedades vasculares cerebrales, partos prematuros, productos de bajo peso al nacer y/o complicaciones en el paciente diabético, entre otros.

Tabla 1

Prevalencia de caries dental (CPOD>0) por grupo de edad en usuarios de los Servicios de Salud México, SIVEPAB 2009



Fuente: Modificado de Secretaría de Salud. SIVEPAB 2009.

Tabla 2

Promedio del índice CPOD en adultos por grupo de edad en usuarios de los Servicios de Salud México, SIVEPAB 2009

Grupo de edad	N	Cariado (CD)		CPOD	
		Promedio	DE	Promedio	DE
20 a 24	19,902	6.34	5.56	8.74	5.89
25 a 29	19,720	7.07	5.85	10.76	6.12
30 a 34	18,518	7.15	5.84	12.72	6.27
35 a 39	16,913	7.00	5.77	13.62	6.25
40 a 44	13,616	6.88	5.60	14.50	6.29
45 a 49	11,651	6.91	5.60	15.42	6.45
50 a 54	8,878	6.41	5.46	16.06	6.64
55 a 59	7,099	6.08	5.33	16.66	6.96
60 a 64	5,152	6.03	5.45	17.33	7.29
65 a 69	3,755	5.71	5.31	18.15	7.82
70 a 74	2,427	5.60	5.36	19.10	8.10
75 a 79	1,557	5.43	5.35	20.18	8.30
80 y más	946	5.40	5.68	20.45	8.94
<b>Total</b>	<b>130,134</b>	<b>6.69</b>	<b>5.67</b>	<b>13.41</b>	<b>7.10</b>

Fuente: Modificado de Secretaría de Salud. SIVEPAB 2009.

Por otra parte, existe también evidencia de que después de procedimientos estomatológicos invasivos, es probable producir bacteremia, en cierto porcentaje de los pacientes, especialmente en tratamientos como extracciones dentales, raspado y alisado periodontal y tratamiento endodóntico. (Moromi, 2004)

Derivado de lo anterior, resulta indispensable que el profesional de la salud bucal, tenga en cuenta la importancia de diagnosticar y eliminar focos infecciosos en la cavidad bucal a través de la práctica y el conocimiento, basados en evidencia científica, evitando así, complicaciones posteriores y mejorando la calidad de vida de la población.

### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: <Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal>, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Conocer los factores etiológicos de las infecciones bacterianas más frecuentes de la cavidad bucal.
- Conocer e identificar las infecciones bacterianas más frecuentes que se presentan en la boca.
- Conocer las posibles complicaciones que se pueden presentar en caso de que la infección bacteriana no sea atendida.
- Identificar los pasos a seguir para el manejo y eliminación de las infecciones bacterianas de la boca.

Lo anterior, favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 DEFINICIÓN

**Absceso Dental:** Es el resultado de la invasión de bacterias y su multiplicación en los tejidos dentales, por lo general a causa de factores generales y locales predisponentes, como la caries dental que resultan en una colección localizada de secreción purulenta en un diente, sus tejidos de soporte (ligamento periodontal o hueso alveolar) o en la encía (Herrera, 2000); (Shneider y Segal, 2007). Se origina cuando los tejidos pulpares inician una respuesta inflamatoria, debido a trauma o caries y puede evolucionar a necrosis pulpar (Matthews, 2003).

De acuerdo a su origen y localización se divide en dos tipos:

- Absceso periapical (absceso dentoalveolar): Se origina de la pulpa dental; es el más frecuente y se presenta tanto en niños como en adultos.
- Absceso periodontal: Se origina en las estructuras de soporte del diente (como el ligamento periodontal) o entre el diente y la encía (Herrera, 2000; Shneider y Segal, 2007).

#### 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados, corresponde a la información disponible organizada, según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

“Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza” o “Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la escala seleccionada para ello. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo con su fortaleza”. El Sistema de Gradación utilizado en la presente guía es: NICE

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

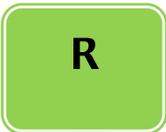
#### 4.1 ETIOLOGÍA Y PREVALENCIA DE LOS FOCOS DE INFECCIÓN BACTERIANOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	Las principales causas de las infecciones bacterianas de origen dental son: la caries dental y la enfermedad periodontal.	<b>Consenso de autores</b>
	El absceso es el resultado de la invasión de bacterias y su multiplicación en los tejidos dentales, por lo general, a causa de factores generales y locales predisponentes como la caries dental.	<b>3 (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i>
	La formación de un absceso periodontal se asocia a la periodontitis, que causa la separación del ligamento periodontal de la base del diente (inflamación crónica), que resulta en la formación de bolsas periodontales que dificultan la limpieza, permitiendo invasión bacteriana cuyos productos causan mayor inflamación y eventualmente un absceso.	<b>2+ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i>
	Los estudios microbiológicos han demostrado que los abscesos dentales se deben a infecciones polimicrobianas por bacterias anaerobias (Dahlen 2002). Hay predominio de bacilos anaerobios gran negativos	<b>2++ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i>
	La prevalencia de abscesos dentales se ha reportado entre 5 y 46%	<b>2++ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i>

## 4.2 COMPLICACIONES DE LOS FOCOS INFECCIOSOS BACTERIANOS DE LA CAVIDAD BUCAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Los abscesos dentales pueden presentar complicaciones, las más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fístula intra o extraoral</li> <li>• Quiste dental que se desarrolla alrededor del ápice del diente</li> <li>• Sinusitis Maxilar</li> </ul>	<p><b>2+ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
	<p>Las complicaciones menos frecuentes de los abscesos dentales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteomielitis</li> <li>• Tromboflebitis del seno cavernoso</li> <li>• Angina de Ludwig</li> </ul>	<p><b>3 (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
	<p>Numerosos reportes asocian la periodontitis crónica marginal y la enfermedad cardiovascular.</p> <p>Por otra parte, las bases científicas son insuficientes para demostrar la asociación entre las infecciones de origen endodóntico y las enfermedades infecciosas de otros órganos.</p>	<p>Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010</p>

### 4.3 DIAGNÓSTICO DE LOS FOCOS INFECCIOSOS BUCALES DE ORIGEN BACTERIANO

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>Para el manejo del absceso dental, es necesario tener una adecuada historia clínica, considerando que algunos factores co-existentes pueden incrementar el riesgo del progreso de la enfermedad, tales como diabetes, compromiso del sistema inmunológico, tabaquismo y alteraciones periodontales producidas por medicamentos.</p>	<p><b>2+ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
	<p>Para el diagnóstico del absceso dental es necesario realizar un interrogatorio, que debe incluir preguntas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor: por lo general súbito, que aumenta con el paso del tiempo; intenso, que se intensifica en posición horizontal y que puede despertar al paciente durante la noche.</li> <li>• Sensibilidad dental al tacto o a la presión durante la oclusión.</li> <li>• Dolor que puede irradiarse al oído, mandíbula y cuello en el mismo lado del absceso.</li> <li>• Mal sabor de boca</li> <li>• Asociación con fiebre y malestar general</li> <li>• Trismus (incapacidad para abrir la boca)</li> <li>• Disfagia (en casos severos)</li> </ul>	<p><b>2+ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>

<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Después del interrogatorio es necesario llevar a cabo una exploración intra y extraoral, buscando los signos del absceso que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflamación facial con o sin celulitis, principalmente submandibular, sublingual o en áreas bucales.</li> <li>• Linfadenopatía regional.</li> <li>• Cambios en la apariencia del diente afectado, como por ejemplo el color.</li> <li>• Encías inflamadas y con exudado purulento.</li> <li>• Movilidad y sensibilidad dentaria.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>2+ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Como método auxiliar de diagnóstico, se debe tomar una radiografía.</p>	<p style="text-align: center;"><b>2++ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Dependiendo de la gravedad del absceso basado en la presentación clínica, se recomienda utilizar en primera instancia, una radiografía periapical, que proporciona una visión localizada de los dientes y sus estructuras de soporte. Se puede observar la ampliación del espacio del ligamento periodontal o una radiolucidez bien definida.</p> <p>La radiografía panorámica (ortopantomografía) pudiera resultar útil en situaciones graves, ya que proporciona mayor información de todos los dientes y estructuras de apoyo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>2+ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>La radiografía digital y la convencional tienen limitaciones para mostrar pequeños cambios de destrucción ósea, pero son útiles para la identificación de condiciones normales.</p>	<p style="text-align: center;"><b>3 (GRADE)</b> Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010</p>

<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>De acuerdo a estudios in vitro, no hay evidencia científica suficiente, para determinar si el diagnóstico realizado con radiografía digital, es igual de confiable que el realizado con radiografía convencional en la detección de la destrucción ósea periapical.</p>	<p style="text-align: center;"><b>4 (GRADE)</b> Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Como parte de los diagnósticos auxiliares para la detección de destrucción ósea, está la tomografía volumétrica (CBCT). Conforme a estudios in vitro, no hay suficiente evidencia científica para determinar si esta tiene una mayor confiabilidad diagnóstica que la radiografía intraoral.</p>	<p style="text-align: center;"><b>4 (GRADE)</b> <i>Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>En los abscesos no complicados (ej. Simples) no son necesarios estudios de laboratorio.</p>	<p style="text-align: center;"><b>D (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Los diagnósticos diferenciales del absceso dental son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parotiditis</li> <li>• Sinusitis</li> <li>• Otitis media aguda</li> <li>• Celulitis facial.</li> <li>• Linfadenopatía localizada por otras infecciones o por neoplasia.</li> <li>• Problemas de las glándulas salivales derivado de parotiditis, deshidratación u otros.</li> <li>• Neoplasias intraorales</li> <li>• Dientes no erupcionados</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>2+ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>

#### 4.4 TRATAMIENTO DE LOS FOCOS INFECCIOSOS BUCALES DE ORIGEN BACTERIANO

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	Es necesaria la eliminación de focos infecciosos bacterianos de origen dental, a fin de prevenir complicaciones sistémicas secundarias a estos procesos.	<i>Consenso de autores</i>
	El absceso permanecerá hasta que no se realice una intervención clínica local. La diseminación de la infección puede provocar destrucción ósea, pero el pronóstico es bueno con el cuidado dental adecuado. Si el diente está muy destruido o la enfermedad periodontal es muy avanzada, es necesario hacer la extracción.	<b>2+ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i>
	Cuando el proceso infeccioso no puede ser detenido a través de procedimientos endodónticos, no puede recuperarse el soporte óseo, la estructura del diente es insuficiente para una restauración o exista reabsorción patológica excesiva de la raíz, el tratamiento a considerar deberá ser la extracción dentaria.	<b>IIb (AHRQ)</b> <i>NGC-7492</i>
	Antes de cualquier procedimiento estomatológico, el dentista debe conocer si el paciente presenta enfermedad cardíaca reumática.	<b>3 (NICE)</b> <i>National Guidelines on prevention and prophylaxis of rheumatic fever and rheumatic heart diseases or health professionals in primary level.</i>

<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>El tratamiento endodóntico de un diente con pulpa necrótica es esencial para evitar o controlar una infección.</p> <p>Con este tratamiento, se busca lograr un estado asintomático y devolver a la normalidad la estructura ósea en el ápice en casos de periodontitis apical.</p>	<p style="text-align: center;"><b>2 (GRADE)</b> <i>Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>El tratamiento de endodoncia (pulpectomía) en dientes permanentes con apexificación completa, es un procedimiento utilizado para eliminar la infección pulpar y periapical. El tratamiento considera la eliminación del tejido pulpar coronal, remoción del tejido pulpar de los canales radiculares, tallado, desinfección y obturación con un material de relleno no reabsorbible (la gutapercha es un material de aceptable para este fin)</p>	<p style="text-align: center;"><b>IIb (AHRQ)</b> <i>NGC-7492</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>La desinfección de los conductos radiculares se realiza por medio de irrigantes como hipoclorito de sodio al 1% y/o clorhexidina, a fin de garantizar la descontaminación bacteriana de los canales.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IIb (AHRQ)</b> <i>NGC-7492</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Después del tratamiento endodóntico (pulpectomía), no debe haber signos o síntomas adversos, tales como sensibilidad prolongada, dolor o hinchazón, y debe haber evidencia de resolución de la patología, sin evidencia clínica o radiológica de pérdida de los tejidos de soporte periradiculares del diente.</p>	<p style="text-align: center;"><b>III (AHRQ)</b> <i>NGC-7492</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Manejo de un absceso dental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar tratamiento dental lo antes posible</li> <li>• Advertir al paciente sobre la urgencia de la atención.</li> <li>• Iniciar de inmediato el uso de analgésicos para aliviar el dolor (Ibuprofeno o paracetamol, en casos de dolor severo se pueden administrar combinaciones analgésicas).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>D (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>

<p><b>R</b></p>	<p>En mujeres gestantes o lactantes se recomienda el paracetamol.</p>	<p><b>B (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>El tratamiento para los abscesos periapicales, es el procedimiento endodóntico removiendo el tejido necrótico y creando un acceso que permita el drenado de la secreción purulenta.</p>	<p><b>2+ (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>Se recomienda que todos los tratamientos de pulpa se realicen con dique de hule o con otros métodos de aislamiento, igualmente eficaces, con la finalidad de reducir al mínimo la contaminación bacteriana del sitio de tratamiento.</p>	<p><b>C (AHRO)</b> <i>NGC-7492</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>Si después del tratamiento endodóntico persiste la infección, se deberá hacer la extracción dental.</p>	<p><b>C (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>No hay bases científicas para los protocolos de tratamientos para prevenir y tratar el dolor, y la inflamación después de los tratamientos endodónticos.</p>	<p><b>2 (GRADE)</b> <i>Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>La evidencia científica es limitada para demostrar que no hay diferencia, clínicamente importante, en los resultados de los dientes con pulpa necrótica y periodontitis apical, cuando el tratamiento de endodoncia se lleva a cabo en una, dos o más sesiones.</p>	<p><b>3 (GRADE)</b> <i>Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Existe poca evidencia científica para demostrar que existe riesgo grave de dolor e inflamación, posterior a un tratamiento de conducto radicular que se presenta en 1.15 %</p>	<p><b>3 (GRADE)</b> <i>Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010</i></p>

<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>El tratamiento de la pulpa requiere una evaluación clínica y radiográfica periódica, de los dientes tratados, y de las estructuras de soporte.</p> <p>Se debe realizar una evaluación clínica general cada 6 meses del post-operatorio, que puede ser parte de los exámenes orales periódicos de los pacientes.</p> <p>Pacientes tratados por una infección dental aguda, inicialmente pueden requerir una reevaluación clínica más frecuente.</p>	<p><b>IIb (AHRO)</b> <i>NGC-7492</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Los abscesos periodontales, normalmente se manejan por medio de drenaje, a través de la bolsa del absceso, después de lo cual se realiza raspado y alisado de las superficies radiculares. Dando indicaciones de higiene bucal, para evitar la reincidencia del cuadro.</p> <p>El seguimiento radiográfico se extiende de 3 a 6 meses.</p>	<p><b>C (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Los signos clínicos y/o los síntomas pueden ayudar al odontólogo a determinar la periodicidad del seguimiento.</p>	<p><b>C (AHRO)</b> <i>NGC-7492</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Los antibióticos por lo general, no se recomiendan en pacientes sanos, a menos que haya signos de diseminación de la infección.</p> <p>(Malestar general, fiebre, linfadenopatía, celulitis, inflamación difusa).</p>	<p><b>B (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Para reducir complicaciones en pacientes considerados de alto riesgo, (inmunocomprometidos, diabéticos o con enfermedad cardíaca valvular, entre otros), en el tratamiento del absceso dental se utilizan antibióticos.</p>	<p><b>C (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>La terapia conservadora con antibióticos, reduce el riesgo de desarrollar resistencias bacterianas.</p>	<p><b>2+ (NICE)</b> <i>(AHA, 2007).</i></p>

<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>La prescripción de antibióticos no está indicada en paciente sanos o cuando no hay signos de diseminación de la infección.</p>	<p style="text-align: center;"><b>B (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>El uso conservador de antibióticos, está indicado para minimizar el riesgo de desarrollar resistencias frecuentes a los regímenes de estos medicamentos. Dado el incremento en el número de microorganismos que ha desarrollado resistencia a los antibióticos, es mejor ser prudente en su uso para la prevención de endocarditis infecciosa y otras condiciones.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>La prescripción de antibióticos (cuando esta indicada), reduce la diseminación de la infección; no debe ser considerado como sustituto del tratamiento dental, sino un coadyuvante del mismo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>C (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>El odontólogo es el profesional indicado para el manejo de un absceso dental (sin complicaciones).</p>	<p style="text-align: center;"><i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Cuando esta indicada la prescripción de antibióticos en el tratamiento de un absceso dental, el antibiótico de primera elección es la fenoximetilpenicilina o amoxicilina</p> <p>Para la infección por anaerobios, se debe utilizar una combinación de fenoximetilpenicilina o amoxicilina con metronidazol</p> <p>Como tercera elección se recomienda el uso de eritromicina.</p>	<p style="text-align: center;"><b>C (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>El tratamiento de primera elección en el manejo del absceso dental, es la incisión y drenado del mismo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>B (NICE)</b> <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>

<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Las extracciones dentales y los raspados radiculares, son considerados como procedimientos de riesgo para el desarrollo de endocarditis bacteriana en los pacientes con cardiopatía reumática.</p>	<p style="text-align: center;"><b>2++ (NICE)</b></p> <p style="text-align: center;"><i>National Guidelines on prevention and prophylaxis of rheumatic fever and rheumatic heart diseases or health professionals in primary level</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>En los pacientes que presentan enfermedad cardíaca reumática, la endocarditis bacteriana puede prevenirse, tomando antibióticos justo antes y después de algunos procedimientos.</p>	<p style="text-align: center;"><b>2+ (NICE)</b></p> <p style="text-align: center;"><i>National Guidelines on prevention and prophylaxis of rheumatic fever and rheumatic heart diseases or health professionals in primary level</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Se debe utilizar profilaxis antibiótica en pacientes con mayor riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana, cuando estos, se someten a procedimientos que involucran manipulación del tejido gingival o de la región periapical de los dientes, o a perforaciones de la mucosa oral.</p> <p>Estos pacientes considerados de riesgo, son personas con las siguientes condiciones cardíacas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Válvulas cardíacas protésicas o material protésico usado para reparar válvulas cardíacas.</li> <li>• Endocarditis infecciosa previa.</li> <li>• Enfermedad Cardíaca Congénita (ECC).</li> <li>• ECC cianótica no reparada, incluyendo derivaciones y conductos paliativos.</li> <li>• Defectos congénitos totalmente reparados con materiales protésicos o dispositivos, tanto colocados por catéter, como por intervención quirúrgica, durante los primeros 6 meses después del procedimiento.</li> <li>• Enfermedades cardíacas congénitas reparadas con defectos residuales en el sitio o adyacentes al sitio del material protésico.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>2++ (NICE)</b></p> <p style="text-align: center;"><i>A Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receptores de trasplantes cardíacos que desarrollen una valvulopatía cardíaca.</li> </ul>	
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div>	<p>Los pacientes con un sistema inmunológico comprometido, pueden ser incapaces de tolerar una bacteriemia transitoria, después de un procedimiento dental invasivo. Esta categoría incluye, pero no limita, a los pacientes con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)</li> <li>• Inmunodeficiencia combinada severa (SCIDS)</li> <li>• Neutropenia</li> <li>• Inmunosupresión</li> <li>• Anemia de células falciformes</li> <li>• Estado post esplenectomía.</li> <li>• El uso crónico de esteroides</li> <li>• Lupus eritematoso</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Estado post trasplante de órganos</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Z++ (NICE)</b> <i>Guía de antibióticos</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; background-color: #76c73a; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">R</div>	<p>Protocolo de profilaxis para Endocarditis (régimen oral) para procedimientos dentales recomendado por la Asociación Americana del Corazón (AHA) en 2007</p> <p><b>Amoxicilina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos: 2g una hora antes del tratamiento.</li> <li>• Niños: 50mg/kg de peso corporal una hora antes del tratamiento</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Z++ (NICE)</b> <i>Guía de antibióticos</i></p>

	<p><b>Alergia a la penicilina</b></p> <p><b>Clindamicina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto: 600mg una hora antes del tratamiento.</li> <li>• Niños: 20mg/kg peso corporal.</li> </ul> <p><i>Otra opción:</i></p> <p><b>Azitromicina o claritromicina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto: 500mg una hora antes del tratamiento.</li> <li>• Niños: 15mg/kg peso corporal</li> </ul>	
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold; color: black;">R</span> </div>	<p>Protocolo de profilaxis para Endocarditis (régimen parenteral) para procedimientos dentales recomendado por la Asociación Americana del Corazón (AHA) en 2007.</p> <p>Intramuscular (IM) o Intravenoso (IV):</p> <p><b>Ampicilina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos: 2g de (Intramuscular (IM) o Intravenoso (IV)), 30 minutos antes del tratamiento.</li> <li>• Niños: 50mg/kg peso (IM o IV)</li> </ul> <p><b>Alérgicos a la penicilina</b></p> <p><b>Clindamicina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos: 600mg (IM o IV) 30 minutos antes del tratamiento</li> <li>• Niños: 20mg/kg peso corporal (IM o IV) 30 minutos antes del tratamiento</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>2++ (NICE).</b> <i>Guía de antibióticos</i></p>

	<p><i>Otra opción es:</i></p> <p><b>Azitromicina o Claritromicina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos: 500mg (IM o IV) 30 minutos antes del tratamiento</li> <li>• Niños: 15mg/kg peso corporal (IM o IV) 30 minutos antes del tratamiento</li> </ul>	
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; padding: 5px; display: inline-block; width: 40px; height: 40px; text-align: center; line-height: 40px; font-weight: bold; font-size: 24px; color: black;">R</div>	<p>Se deberá enviar al paciente para su ingreso en un hospital y consultar a un cirujano maxilofacial, si tiene un absceso dental y cursa con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertermia</li> <li>• Compromiso cardio respiratorio (hipotensión, taquicardia y elevación de la frecuencia respiratoria)</li> <li>• Signos de disfagia o elevación importante del piso de la boca.</li> <li>• Dolor importante que no sede con los analgésicos en la dosis máxima tolerada y prescrita como primera intención.</li> <li>• Inflamación importante de la cara derivada de la diseminación de la infección.</li> <li>• Historia de compromiso inmunológico.</li> </ul>	<p><b>B (NICE)</b>  <i>DENTAL ABSCESS, CKS, 2008.</i></p>

## 5. ANEXOS

### 5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática Focos infecciosos en la cavidad bucal. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **español e inglés**.
- Documentos publicados los últimos **5 años** o en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años**.
- Documentos enfocados a infección dental focal.

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

#### Estrategia de búsqueda

##### Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema Infección dental focal en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) <Focal Infection, Dental >. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio <0> resultados.

Búsqueda	Resultado
Focal Infection, Dental/therapy[Mesh] AND "Focal Infection, Dental/diagnosis"[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND Practice Guideline[ptyp] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "2006/10/04"[PDat] : "2011/10/02"[PDat])	0 documentos obtenidos

#### Algoritmo de búsqueda:

- < Focal Infection, Dental >
- < therapy >
- < diagnosis >
- < Humans >
- < Practice Guideline >
- < English >
- < Spanish >

Al no encontrarse resultados, se extendió la búsqueda en Pubmed, bajo los criterios de búsqueda a 5 años con otros términos relacionados dando <0> resultados.

Búsqueda	Resultado
Infection Control, Dental/instrumentation[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND Practice Guideline[ptyp] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND "2006/10/04"[PDat] : "2011/10/02"[PDat]), published in the last 5 years	0 documentos obtenidos

Búsqueda	Resultado
Focal Infection, Dental/therapy[Mesh] AND "Focal Infection, Dental/diagnosis"[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND Meta-Analysis[ptyp] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND "2006/10/04"[PDat] : "2011/10/02"[PDat])	0 documentos obtenidos

Al no encontrarse resultados se extendió la búsqueda en Pubmed, a meta-análisis en un periodo de 5 años utilizando los mismos criterios, se obtuvo <0> resultados.

### Segunda Etapa (aplica en caso de tener acceso a bases de datos por suscripción)

En esta etapa, se realizó la búsqueda en <Trip database> con el término <Dental Infection Guías de práctica clínica> a 5 años. Se obtuvieron <272 resultados> en la elaboración de la guía de los cuales fueron utilizados 2 documentos.

En <Trip database> también se relizarón búsquedas con siguientes términos:

Términos	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
Infection dental and treatment Guías de práctica clínica	244	1
Infection dental, oral antibiotic Guías de práctica clínica	104 resultados	1
Infection dental and treatment Revisiones sistemáticas	30	1

**Tercera Etapa (en caso de no tener acceso a base de datos, aplica la Segunda Etapa)**

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término <odontogenic>, <infection>, <infecciones cervicofaciales> y <manejo de infecciones>. A continuación, se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health	0	0
U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health	0	0
Artemisa	0	0
Artemisa	1	0
Artemisa	0	0
Bvs	23	0
NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE	7	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

**5.2 MEDICAMENTOS MENCIONADOS EN LA PROFILAXIS PARA ENDOCARDITIS PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES DEL CUADRO BÁSICO DEL IMSS Y DEL CUADRO BÁSICO SECTORIAL.**

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Contra indicaciones
1929	AMPICILINA TABLETAS	Oral. Adultos: 2 a 4g/día, dividida cada 6 horas.	Cada tableta o cápsula contiene: Ampicilina anhidra o ampicilina trihidratada, equivalente a 500mg de ampicilina. Envase con 20 tabletas o cápsulas.	Náusea, vómito, reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, estomatitis, fiebre, sobreinfecciones.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco Precauciones: Nefritis intersticial, edema angioneurótico, enfermedad del suero.
1930	AMPICILINA SUSPENSIÓN ORAL	Niños: 50 a 100mg/kg de peso corporal/día, dividida cada 6 horas.	Cada 5ml contienen: Ampicilina trihidratada equivalente a 250mg de ampicilina. Envase con polvo para 60ml y dosificador.	Náusea, vómito, reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, estomatitis, fiebre, sobreinfecciones.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco Precauciones: Nefritis intersticial, edema angioneurótico, enfermedad del suero.

2127	AMOXICILINA SUSPENSIÓN ORAL	Oral. Niños: 20 a 40mg/kg de peso corporal/día, dividir cada 8 horas.	Cada frasco con polvo contiene: Amoxicilina trihidratada equivalente a 7.5g de amoxicilina. Envase con polvo para 75ml (500mg/5ml)	Náusea, vómito, diarrea.	Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas.
2128	AMOXICILINA CÁPSULAS	Oral. Adultos: 500 a 1000mg cada 8 horas. En infecciones graves, la dosis máxima no debe exceder de 4.5g/día.	Cada cápsula contiene: Amoxicilina trihidratada equivalente a 500mg de amoxicilina. Envase con 12 cápsulas. Envase con 15 cápsulas.	Náusea, vómito, diarrea.	Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas.
2133	CLINDAMICINA	Oral. Adultos: 300mg cada 6 horas.	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Clorhidrato de clindamicina equivalente a 300mg de clindamicina. Envase con 16 cápsulas.	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa hipersensibilidad.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Colitis ulcerosa e insuficiencia hepática.

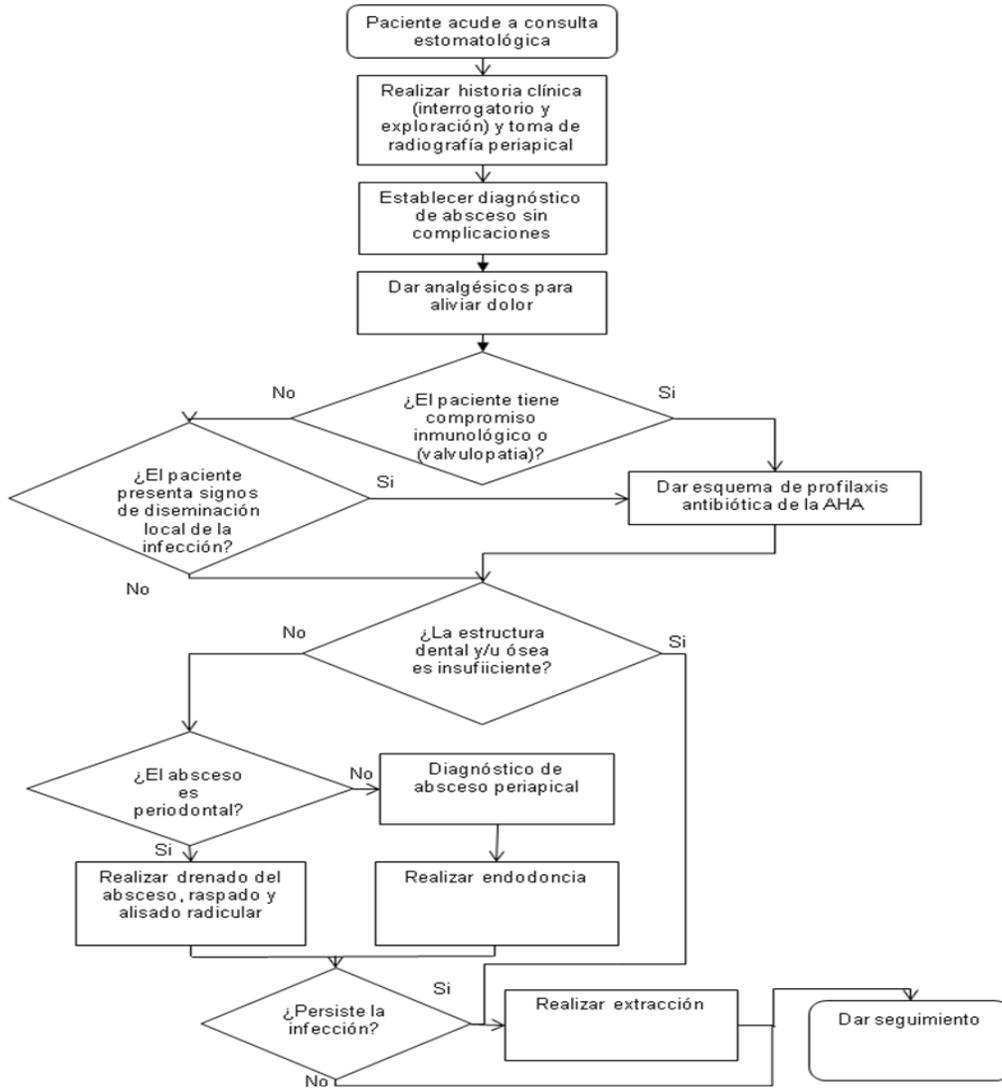
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Contra indicaciones
1969	AZITROMICINA	Oral. Adultos: 500mg cada 24 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Azitromicina dihidratada equivalente a 500mg de azitromicina. Envase con 3 tabletas. Envase con 4 tabletas.	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náuseas, vómito y flatulencia.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco o a cualquiera de los antibióticos macrólidos. Precauciones: en pacientes que presenten prolongación del intervalo QT y arritmias.

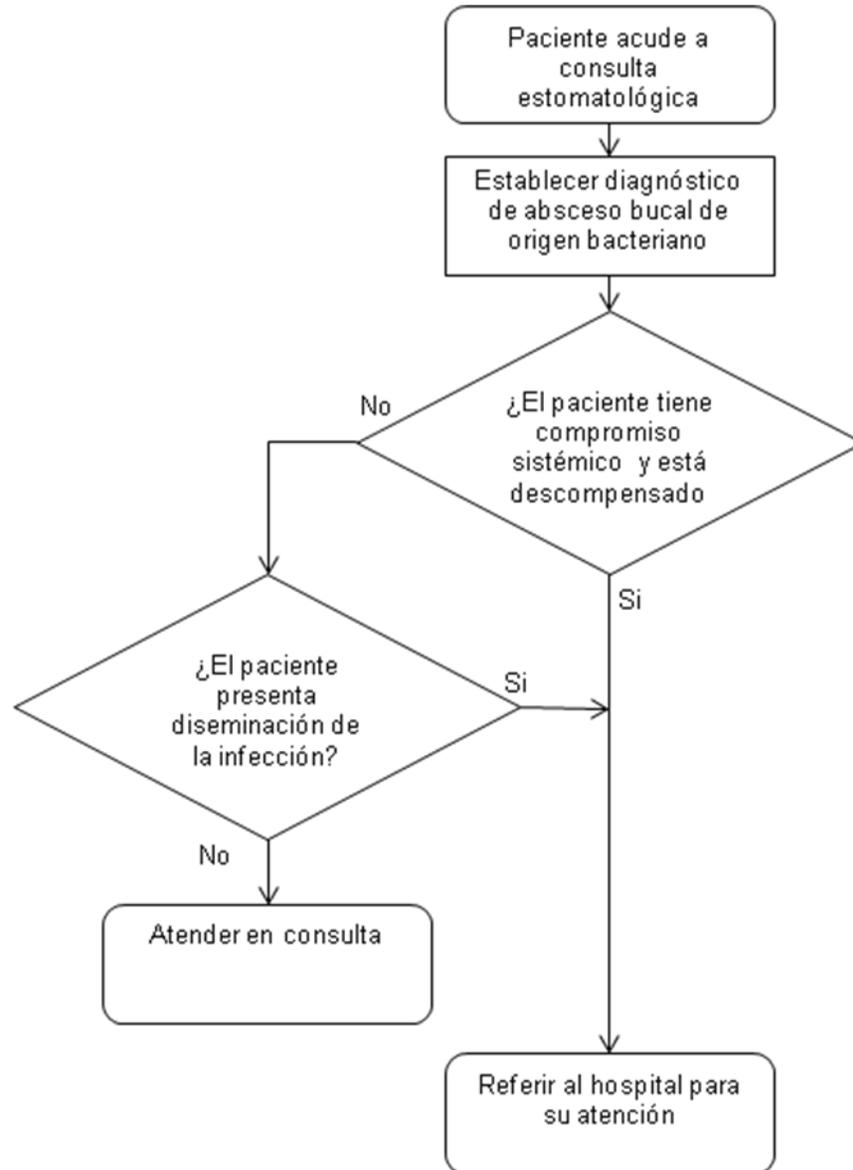
### 5.3 ESCALAS DE GRADACIÓN

Niveles de Evidencia NICE Sistema del (National Institute for Clinical Excellence)	
1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

Grados de recomendación NICE	
A	Al menos un meta-análisis o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados Evidencia a partir de la apreciación de NICE
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Evidencia nivel 3 ó 4, o Extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal
PBP	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía
IP	Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE

5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO





## 6. GLOSARIO

**Caries dental:** Disolución o desintegración del esmalte y dentina, por la acción de las bacterias productoras de ácido.

**Enfermedad periodontal:** Inflamación del periodonto.

**Osteomielitis:** Inflamación piógena simultánea del hueso y de la médula ósea.

**Tromboflebitis del seno cavernoso:** Oclusión trombótica del seno venoso consecutiva a un proceso inflamatorio.

**Angina de Ludwig:** Inflamación flemosa del piso de la boca.

**Enfermedad cardíaca reumática:** Enfermedad del corazón secundaria a fiebre reumática.

**Celulitis:** Inflamación difusa del tejido de sostén del organismo.

**Linfadenopatía:** Término común para las afecciones de los ganglios o el tejido linfático.

**Parotiditis:** Inflamación de las glándulas parótidas por un estado de infección, caracterizado por tumefacción y supuración.

**Inmunocompromiso:** Proceso en el cual existe una deficiencia en la respuesta inmunitaria.

**Valvulopatía:** Enfermedad de una válvula cardíaca.

**Endocarditis infecciosa:** Inflamación aguda o crónica del endocardio, debida a la acción bacteriana.

**Bacteremia:** Presencia de bacterias patógenas en sangre.

**Anemia de células falciformes:** Enfermedad hereditaria observada en individuos negros, que presentan hematiés en forma semilunar o falciformes y presencia de HbS.

**Esplenectomía:** Extirpación total o parcial del bazo.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee, American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection. *Pediatr Dent* 2008-2009; 30(7 Suppl):215-8. Consultado en: PubMed
2. American Academy of Periodontology (2000) Parameters of care. *Journal of Periodontology* 71(5 Suppl), 847-883.
3. Carmona T, et al. Efficacy of Antibiotic Prophylactic Regimens for the Prevention of Bacterial Endocarditis of Oral Origin. *J Dent Res* 2007. 86(12):1142-1159.
4. Diz Dios P, et al. Comparative Efficacies of Amoxicillin, Clindamycin, and Moxifloxacin in Prevention of Bacteremia following Dental Extractions. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 2006. 50(9): 2996–3002
5. Farah K, et al. Diverse and Novel Oral Bacterial Species in Blood following Dental Procedures *Journal Of Clinical Microbiology*, 2008; 46(6): 2129–2132.
6. Guerrero J.A. Morales Cadena M. Microbiología y factores predisponentes en los abscesos profundos del Cuello.
7. Guideline Summary NGC 7492. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on pulp therapy for primary and immature permanent teeth. Chicago (IL): American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD); 2009. 8 p.
8. Herrera, D., Roldan, S. and Sanz, M. (2000) The periodontal abscess: a review. *Journal of Clinical Periodontology* 27(6), 377-386.
9. Jaramillo, A., Arce, R.M., Herrera, D. et al. (2005) Clinical and microbiological characterization of periodontal abscesses. *Journal of Clinical Periodontology* 32(12): 1213-1218.
10. Krebs, 2006, American Academy of Periodontology, 2000 en Dental Abscess
11. Lockhart P.B. et. al. Bacteremia Associated With Toothbrushing and Dental Extraction. *Circulation. Journal of the American Heart Association* 2008, 117:3118-3125. Consultado en: <<http://circ.ahajournals.org/>>
12. Masson-Salvat Diccionario Médico, 3º edición, 1997.
13. Matthews, D.C., Sutherland, S. and Basrani, B. (2003) Emergency management of acute apical abscesses in the permanent dentition: a systematic review of the literature. *Journal of the Canadian Dental Association* 69(10): 660.
14. Nakata H. Bacterias Orales Y Enfermedades Sistemicas: Una Revisión. *Odontol. Sanmarquina* 2004; 8 (1): 30-34.
15. Poeschl PW, Eckel D, Poeschl E. Does prophylactic antibiotic use reduce infection following third molar removal? Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery — a necessity? *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62:3–
16. Roberts, G., Scully, C. and Shotts, R (2000) ABC of oral health: dental emergencies. *British Medical Journal* 321(7260), 559-562.
17. Schneider, K. and Segal, G. (2007) Dental abscess. eMedicine. WebMD. [www.emedicine.com](http://www.emedicine.com)

18. Swedish Council on Health Technology Assessment. Methods of Diagnosis and Treatment in Endodontics. A Systematic Review November 2010
19. Wilson and Kornman, 2003, text book
20. Willershausen B. et al. Association Between Chronic Dental Infection and Acute Myocardial Infarction. JOE, 2009; 35(5)626-30.

## 8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de <Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, la Subdirección de Salud Bucal, la Universidad Intercontinental, Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Politécnico Nacional> las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el <institución que coordinó el desarrollo de la guía> y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Asimismo, se agradece a las autoridades de <Subdirección de Salud Bucal/Programa Nacional de Salud Buca de la Sinstitución(es) que participaron en los procesos de validación interna, revisión, validación externa, verificación> su valiosa colaboración en la <enunciar los procesos realizados> de esta guía.

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

### Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Juan Manuel Alvisua Ponce	Director de Integración de Guías de Práctica Clínica
Dra. Selene Martínez Aldana	Subdirectora de Guías de Práctica Clínica
Dr. Pedro Nieves Hernández	Subdirector de Gestión de Guías de Práctica Clínica
Dra. Sandra Danahe Díaz Franco	Departamento de Validación y Normatividad de GPC
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	Departamento de Apoyo Científico para GPC
Lic. J. Ulises San Miguel Medina	Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo de GPC
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Coordinador de guías de medicina interna
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Lic. Alonso Max Chagoya Álvarez	Investigación documental
Dra. Gilda Morales Peña	Coordinación de Información
Lic. Luis Manuel Hernández Rojas	Revisión Editorial

## 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

### Directorio sectorial.

**Secretaría de Salud.**

Mtro Salomón Chertorivski Woldenberg.

**Secretario de Salud.**

**Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.**

Mtro. Daniel Karam Toumeh.

**Director General.**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.**

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo.

**Director General.**

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

**Titular del organismo SNDIF.**

**Petróleos Mexicanos / PEMEX.**

Dr. Juan José Suárez Coppel.

**Director General.**

**Secretaría de Marina.**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

**Secretario de Marina.**

**Secretaría de la Defensa Nacional.**

General Guillermo Galván Galván.

**Secretario de la Defensa Nacional.**

**Consejo de Salubridad General.**

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

**Secretario del Consejo de Salubridad General.**

## 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b>	Presidente
M en A María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC</b>	Secretario Técnico
Dr. Pablo Kuri Morales <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. David García Junco Machado <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos <b>Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto <b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee <b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Guadalupe Fernandez Vega AlbaFull <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
Dr. James Gómez Montes <b>Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas</b>	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega <b>Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal</b>	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García <b>Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora</b>	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México</b>	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Dra. Mercedes Juan López <b>Presidenta Ejecutiva de la Fundación Mexicana para la Salud</b>	Asesor Permanente
Dra. Sara Cartés Bargalló <b>Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina</b>	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	Asesor Permanente