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

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

Vivir Mejor

Avenida Paseo de La Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.
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 atnención 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

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	CENAPRECE	Coord. del Componente Curativo Asistencial Programa Nacional de Salud Bucal	
Autores:				
C.D. Elisa Luengas Quintero	Cirujana Dentista	CENAPRECE	Coord. del Componente Curativo Asistencial Programa Nacional de Salud Bucal	
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
Dr. Andrés González de la Rosa	Médico Internista Hematología	Med. Interna-Hematología HGR 200, IMSS	Asesor de GPC CENETEC	Miembro de la Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, A.C.
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	Odontopediatría	DGCES-SS	Subdirección de Enseñanza y Difusión en Estomatología	SS
Validación externa:				

ÍNDICE

Autores y Colaboradores 3
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 12
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 27
5.1 Protocolo de Búsqueda 27
5.2 Medicamentos Mencionados en la Profilaxis para Endocarditis para Procedimientos Dentales del Cuadro Básico del IMSS y del Cuadro Básico Sectorial 30
5.3 Escalas de Gradación 32
6. Glosario 37
7. Bibliografía 39
8. Agradecimientos 40
9. Comité Académico 41
10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador 42
11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica 43

1. Clasificación

Catálogo Maestro: SS-504-11	
Profesionales de la salud	Cirujanos dentistas, especialistas en cirugía maxilofacial, maestros en salud pública, maestros 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 apartir 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 uma herramienta que reúna la evidencia actual disponible, para que los estomatólogos lleven a cabo un manejo adecuado del tratamiento para la eliminación de focos infecciosos en la cavidad bucal en beneficio de la población
Metodología[1]	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 colectar y seleccionar evidencia** **Protocolo sistematizado de búsqueda:** **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**: 5 **Guías seleccionadas**: 4 **Revisiones sistemáticas**: 1 **Ensayos controlados aleatorizados**: 0 **Reporte de casos**: 0 **Otras fuentes seleccionadas**: 0
Método de validación	**Validación del protocolo de búsqueda:** **Método de validación de la GPC**: validación por pares clínicos **Validación interna**: C.D. Luis Javier Espinoza Pinto
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro y actualización	Catálogo maestro **SS-504-11.** Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

[1] 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/

2. Preguntas a Responder en esta Guía

1. ¿Cuáles son las causas de aparición de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal?
2. ¿Cuáles son los agentes etiológicos de las infecciones bacterianas más frecuentes en la cavidad bucal?
3. ¿Cuáles son los beneficios de eliminar 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

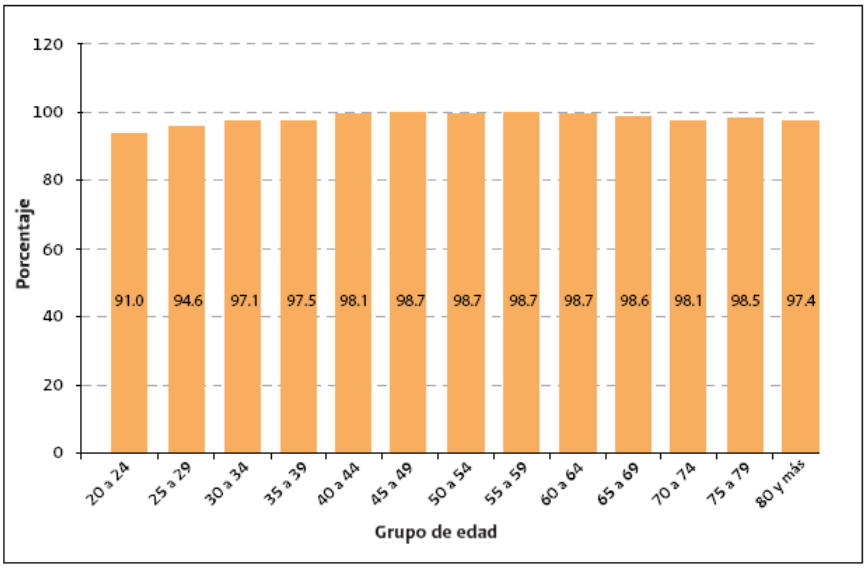
3.1 Justificación

Históricamente, la mala higiene bucal es la causante de caries dental y de enfermedades periodontales, que a su vez son 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 a 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, 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
Total	**130, 134**	**6.69**	**5.67**	**13.41**	**7.10**

Fuente: Modificado de Secretaría de Salud. SIVEPAB 2009

Por otra parte, existe también evidencia de que después de realizar 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. Aspectos Generales

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. Aspectos Generales

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 evoucionar 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 encia (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 corresponden 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 gradación 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 con su fortaleza. Los Sistemas de Gradación utilizados en la presente guía son: **AHRQ, GRADE, NICE y Shekelle modificada**.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:

E	Evidencia
R	Recomendación
✓	Punto de buena práctica

4. Evidencias y Recomendaciones

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.	**Consenso de autores**
E	El absceso es el resultado de la invasión y multiplicación bacteriana en los tejidos dentales, por lo general a causa de factores generales y locales predisponentes como la caries dental.	3 **(NICE)** *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	La formación de un absceso periodontal se asocia a la peridontitis, 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.	2+ **(NICE)** *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	Los estudios microbiológicos han demostrado que los abscesos dentales se deben a infecciones polimicrobianas por bacterias anaerobias. Hay predominio de bacilos anaerobios gram negativos.	2++ **(NICE)** *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	La prevalencia de abscesos dentales se ha reportado entre 5% y 46%.	2++ **(NICE)** *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.2 COMPLICACIONES DE LOS FOCOS INFECCIOSOS BACTERIANOS DE LA CAVIDAD BUCAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los abscesos dentales pueden presentar complicaciones, las maás frecuentes son: • Fístula intra o extraoral • Quiste dental que se desarrolla alrededor del ápice del diente • Sinusitis Maxilar	2+ (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	Las complicaciones menos frecuentes de los abscesos dentales son: • Osteomielitis • Tromboflebitis del seno cavernoso • Angina de Ludwing	3 (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	Numerosos reportes asocian la periodontitis crónica marginal a enfermedad cardiovascular. 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.	C (GRADE) *Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010*

4. Evidencias y Recomendaciones

4.3 Diagnóstico de los Focos Infecciosos Bucales de Origen Bacteriano

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	Para el manejo correcto del absceso dental es necesario tener una adecuada historia clínica y considerar que algunos factores coexistentes pueden incrementar el riesgo del progreso de la enfermedad, tales como: la diabetes, las inmunodeficiencias, el tabaquismo y las alteraciones periodontales producidas por medicamentos.	D (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
R	Para el diagnóstico del absceso dental es necesario realizar un interrogatorio que debe ir dirigido a demostrar la presencia de: • 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 • Sensibilidad dental al tacto o a la presión durante la oclusión • Dolor que puede irradiarse al oído, mandíbula y cuello en el mismo lado del absceso • Mal sabor de boca • Asociación con fiebre y malestar general • Trismus (incapacidad para abrir la boca) y • Disfagia (en casos severos)	D (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*

R	Después del interrogatorio es necesario llevar a cabo una exploración intra y extraoral, buscando los signos del absceso que incluyen: • Inflamación facial con o sin celulitis principalmente submandibular, sublingual o en áreas bucales • Linfadenopatía regional • Cambios en la apariencia del diente afectado, por ejemplo, el color • Encías inflamadas y con exudado purulento • Movilidad y sensibilidad dentaria	D (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
R	Como método auxiliar de diagnóstico se debe tomar una radiografía.	C (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
R	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. La radiografía panorámica (ortopantomografía) pudiera resultar útil en situaciones graves, ya que proporciona mayor información de todos los dientes y estructuras de apoyo.	D (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	La radiografía digital y la convencional tienen limitaciones para mostrar pequeños cambios de destrucción ósea, pero son útiles para la identificación de condiciones normales.	C (GRADE) *Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010*

E	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 hecho con radiografía convencional en la detección de la destrucción ósea periapical.	D (GRADE) *Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010*
E	Como parte de los auxiliares diagnósticos para la detección de destrucción ósea está la tomografía volumétrica (CBCT). Conforme a estudios *in vitro*, no hay suficiente evidencia científica para determinar si ésta tiene una mayor confiabilidad diagnóstica que la radiografía intraoral.	D (GRADE) *Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010*
R	En los abscesos no complicados no son necesarios estudios de laboratorio.	D (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	Los diagnósticos diferenciales del absceso dental son: • Parotiditis • Sinusitis • Otitis media aguda • Celulitis facial • Linfadenopatía localizada por otras infecciones o por neoplasia • Problemas de las glándulas salivales derivados de parotiditis, deshidratación u otros • Neoplasias intraorales • Dientes no erupcionados	2+ (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*

4. Evidencias y Recomendaciones

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.	*Consenso de autores*
E	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 será necesario hacer la extracción de la pieza.	2+ (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
R	El tratamiento a considerar deberá ser la extracción dentaria cuando el proceso infeccioso no pueda ser detenido a través de procedimientos endodónticos, no pueda recuperarse el soporte óseo, la estructura del diente sea insuficiente para una restauración o exista reabsorción patológica excesiva de la raíz.	IIb (Shekelle) *NGC-7492* *2009*
R	Antes de cualquier procedimiento estomatológico, el dentista debe conocer si el paciente presenta enfermedad cardiaca reumática.	D (NICE) *National Guidelines on prevention and profilaxys of rheumatic fever and rheumatic heart diseases or health professional in primary level.* *2003*

E	El tratamiento endodóntico de un diente con pulpa necrótica es un tratamiento esencial para evitar o controlar una infección. 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.	**B** **(GRADE)** *Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010*
E	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 aceptable para este fin).	**IIb** **(Shekelle)** *NGC-7492* *2009*
R	La desinfección de los conductos radiculares se realiza por medio de irrigantes como hipoclorito de sodio al 1%, o clorhexidina, a fin de garantizar la descontaminación bacteriana de los canales.	**II b** **(Shekelle)** *NGC-7492, 2009*
E	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 perirradiculares del diente.	**III** **(Shekelle)** *NGC-7492* *2009*
R	Manejo de un absceso dental • Iniciar tratamiento dental lo antes posible • Advertir al paciente sobre la urgencia de la atención • Iniciar de inmediato el uso de analgésicos para aliviar el dolor (ibuprofeno o paracetamol), en casos de dolor severo se pueden administrar combinaciones analgésicas (siempre y cuando no se combinen analgésicos del mismo grupo)	**D** **(NICE)** *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*

R	En mujeres gestantes o lactantes se recomienda el paracetamol.	B (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	El tratamiento para los abscesos periapicales es la realización de un procedimiento endodóntico en el que se remueva el tejido necrótico y se cree un acceso que permita el drenado de la secreción purulenta.	2+ (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
R	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.	C (AHRQ) *NGC-7492, 2009*
R	Si después del tratamiento endodóntico persiste la infección se deberá hacer la extracción dental.	C (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	No hay bases científicas que sustenten los protocolos de tratamientos para prevenir y tratar el dolor y la inflamación después de los tratamientos endodónticos.	B (GRADE) *Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010*
E	La evidencia científica es limitada para demostrar que no hay diferencia clínicamente significativa en los resultados del tratamiento con endodoncia de los dientes con pulpa necrótica y periodontitis apical, cuando se lleva a cabo en una, dos o más sesiones.	D (GRADE) *Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010*

E	Hay 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%.	**D** **(GRADE)** *Swedish Council on Health Technology Assessment, 2010*
E	El tratamiento de la pulpa requiere una evaluación clínica y radiográfica periódica de los dientes tratados y de las estructuras de soporte. Se debe realizar una evaluación clínica general cada 6 meses después del posoperatorio. Dicha evaluación puede ser parte de los exámenes orales periódicos de los pacientes. Los pacientes tratados por una infección dental aguda pueden requerir una reevaluación clínica más frecuente.	**IIb** **(Shekelle)** *NGC-7492* *2009*
R	Los abscesos periodontales se manejan normalmente por medio de drenaje a través de la bolsa del absceso, después de lo cual se realiza raspado y alisado de las superficies radiculares. Hay que dar indicaciones de higiene bucal para evitar la reincidencia del cuadro. El seguimiento radiográfico se extiende de 3 a 6 meses.	**C** **(NICE)** *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
R	Los signos clínicos y los síntomas pueden ayudar al odontólogo a determinar la periodicidad del seguimiento.	**C** **(AHRQ)** *NGC-7492, 2009*
R	Los antibióticos, en general, no se recomiendan en pacientes sanos, a menos que haya signos de diseminación de la infección (malestar general, fiebre, linfadenopatía, celulitis, inflamación difusa).	**B** **(NICE)** *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*

R	Para reducir complicaciones en pacientes considerados de alto riesgo (inmunocomprometidos, diabéticos o con enfermedad cardiaca valvular, entre otros), se utilizan antibióticos en el tratamiento del absceso dental.	C (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	La terapia conservadora con antibióticos reduce el riesgo de desarrollar resistencias bacterianas.	2+ (NICE) *AHA, 2007*
R	La prescripción de antibióticos no está indicada en paciente sanos o cuando no hay signos de diseminación de la infección.	B (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
R	El uso conservador de antibióticos está indicado para minimizar el riesgo de desarrollo de resistencias frecuentes a los regímenes de estos medicamentos. Dado el incremento en el número de microorganismos que han desarrollado resistencia a los antibióticos, es mejor ser prudente en su uso para la prevención de endocarditis infecciosa y otras condiciones.	B (NICE) *Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection, 2008*
R	La prescripción de antibióticos (cuando está indicada) reduce la diseminación de la infección; no debe ser considerada como sustituto del tratamiento dental sino un coadyuvante del mismo.	C (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
R	El odontólgo es el profesional indicado para el manejo de un absceso dental (sin complicaciones).	C (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*

R	Cuando está indicada la prescripción de antibióticos en el tratamiento de un absceso dental, el de primera elección es la fenoximetilpenicilina o amoxicilina. Para la infección por anaerobios se debe utilizar una combinación de fenoximetilpenicilina o amoxicilina con metronidazol. Como tercera elección se recomienda el uso de eritromicina.	C (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
R	El tratamiento de primera elección en el manejo del absceso dental es la incisión y drenado del mismo.	B (NICE) *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*
E	Las extracciones dentales y raspados radiculares, son considerados como procedimientos de riesgo para el desarrollo de endocarditis bacteriana en los pacientes con cardiopatía reumática.	2++ (NICE) *National Guidelines on prevention and profilaxys rheumatic fever and rheumatic heart diseases or health professional in primary level, 2003*
E	En los pacientes que presentan enfermedad cardiaca reumática, la endocarditis bacteriana puede prevenirse, tomando antibióticos justo antes y después de algunos procedimientos.	2+ (NICE) *National Guidelines on prevention and profilaxys of rheumatic fever and rheumatic heart diseases or health professional in primary level, 2008*

E	Se debe utilizar profilaxis antibiótica en pacientes con mayor riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana cuando éstos se someten a procedimientos que involucran manipulación del tejido gingival, o de la región periapical de los dientes, o perforaciones de la mucosa oral. Estos pacientes considerados de riesgo son personas con las siguientes condiciones cardíacas: • Válvulas cardíacas protésicas o material protésico usado para reparar válvulas cardíacas • Endocarditis infecciosa previa • Enfermedad cardíaca congénita (ECC) • ECC cianótica no reparada, incluyendo derivaciones y conductos paliativos • 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. • Enfermedades cardíacas congénitas reparadas con defectos residuales en el sitio o adyacentes al sitio del material protésico. • Receptores de transplantes cardíacos que desarrollen una valvulopatía cardíaca.	2++ **(NICE)** *A Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection, 2008*
E	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: • Presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) • Inmunodeficiencia combinada severa (SCIDS) • Neutropenia • Inmunosupresión	2++ **(NICE)** *Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection, 2008*

	• Anemia de células falciformes • Estado posesplenectomía • El uso crónico de esteroides • Lupus eritematoso • Diabetes • Estado postrasplante de órganos	
R	Protocolo de profilaxis para endocarditis (régimen oral) para procedimientos dentales recomendado por la Asociación Americana del Corazón (AHA) en 2007: **Amoxicilina** • Adultos: 2 g 1 hora antes del tratamiento • Niños: 50 mg/kg de peso corporal 1 hora antes del tratamiento **Alergia a la penicilina** **Clindamicina** • Adulto: 600 mg 1 hora antes del tratamiento • Niños: 20 mg/kg peso corporal *Otra opción:* **Azitromicina o claritromicina** • Adulto: 500 mg 1 hora antes del tratamiento • Niños: 15 mg/kg peso corporal	C **(NICE)** *Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection, 2008*

R	Protocolo de profilaxis para endocarditis (régimen parenteral) para procedimientos dentales recomendado por la American Heart Association (AHA) en 2007. Intramuscular (IM) o intravenoso (IV): **Ampicilina** • Adultos: 2 g de (IM o IV) 30 minutos antes del tratamiento • Niños: 50 mg/kg peso (IM o IV) **Alérgicos a la penicilina** **Clindamicina** • Adultos: 600 mg (IM o IV) 30 minutos antes del tratamiento • Niños: 20 mg/kg peso corporal (IM o IV) 30 minutos antes del tratamiento *Otra opción es:* **Azitromicina o Claritromicina** • Adultos: 500 mg (IM o IV) 30 minutos antes del tratamiento • Niños: 15 mg/kg peso corporal (IM o IV) 30 minutos antes del tratamiento	C **(NICE)** *Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection, 2008*
R	Se deberá canalizar al paciente para su ingreso en un hospital y consultar a un cirujano maxilofacial, si tiene un absceso dental y cursa con: • Hipertermia • Compromiso cardiorrespiratorio (hipotensión, taquicardia y elevación de la frecuencia respiratoria) • Signos de disfagia o elevación importante del piso de la boca • Dolor importante que no cede con analgésicos en la dosis máxima tolerada y prescrita como	B **(NICE)** *DENTAL ABSCESS, CKS, 2008*

	primera intención • Inflamación importante de la cara derivada de la diseminación de la infección • Historia de compromiso inmunológico	

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 en **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 término **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 metaanálisis en un período de 5 años utilizando los mismos criterios, se obtuvieron **0** resultados.

Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **TripDatabase** 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 **TripDatabase** también se realizaron búsquedas con los 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	1
Infection dental and treatment Revisiones sistemáticas	30	1

Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con los términos **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
Artemisa	0	0
Artemisa	1	1
Artemisa	0	0
BVS	23	0
National Guideline Clearinghouse	7	4
Total	**31**	**5**

5. Anexos

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 4 g/día, dividida cada 6 horas	Cada tableta o cápsula contiene: Ampicilina anhidra o ampicilina trihidratada equivalente a 500 mg 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 100 mg/ kg de peso corporal/día, dividida cada 6 horas	Cada 5 ml contienen: Ampicilina trihidratada equivalente a 250 mg de ampicilina Envase con polvo para 60 ml 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 40 mg/kg de peso corporal/día, dividir cada 8 horas	Cada frasco con polvo contiene: Amoxicilina trihidratada equivalente a 7.5 g de amoxicilina Envase con polvo para 75 ml (500 mg/5 ml)	Náusea, vómito, diarrea	Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas
2128	AMOXICILINA CÁPSULAS	Oral Adultos: 500 a 1000 mg cada 8 horas. En infecciones graves, las dosis máxima no debe exceder de 4.5 g/día	Cada cápsula contiene: Amoxicilina trihidratada equivalente a 500 mg 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: 300 mg cada 6 horas	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Clorhidrato de clindamicina equivalente a 300 mg de clindamicina Envase con 16 cápsulas	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranos a, 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: 500 mg cada 24 horas	TABLETA Cada tableta contiene: Azitromicina dihidratada equivalente a 500 mg de azitromicina Envase con 3 tabletas Envase con 4 tabletas	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náusea, 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. Anexos

5.3 Escalas de Gradación

Niveles de Evidencia NICE Sistema del (National Institute for Clinical Excellence)	
1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Metaanálisis 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 cohorte o de casos y controles, o estudios de cohorte o de casos y 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 cohorte o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohorte 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 metaanálisis, 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 del 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++ o 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 o 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 del NICE

Escala modificada de Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de la fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoria de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios	**A**. directamente basada en evidencia categoría **I**
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aletorización	**B**.Directamente basada en evidencia categoría **II** o en recomendaciones extrapoladas de evidencia **I**
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	**C**. Directamente basada en evidencia categoría **III** o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías **I** o **II**
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	**D**. Directamente basada en evidencia categoría IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría **II** o **III**

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J, Clinical Guidelines, Developing Guidelines. BMJ 1999;3:18:593-59

Escala AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)

TABLA 1. Fuerza de las recomendaciones	
A	La USPSTF* recomienda claramente que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes que cumplan con los criterios La USPSTF ha encontrado buena evidencia de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan ampliamente los riesgos
B	La USPSTF recomienda que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes. La USPSTF ha encontrado evidencia moderada de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan los riesgos
C	La USPSTF no recomienda en contra que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes asintomáticos. La USPSTF ha encontrado al menos evidencia moderada de que la medida es ineficaz o que los riesgos superan a los beneficios
D	La USPSTF recomienda en contra que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes asintomáticos. La USPSFT ha encontrado al menos evidencia moderada de que la medida es ineficaz o que los riesgos superan a los beneficios.
I	La USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra de la intervención. No existe evidencia de que la intervención es ineficaz, o de calidad insuficiente, o conflictiva y que el balance entre los riesgos y los beneficios no se puede determinar.

*U.S. Preventive Services Task Force

Tabla 2. Niveles de evidencia - Calidad de la evidencia	
Buena	La evidencia incluye resultados consistentes a partir de estudios bien diseñados y realizados en poblaciones representativas que directamente evalúan efectos sobre resultados de salud
Moderada	La evidencia es suficiente para determinar efectos sobre resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por el número, la calidad, o la consistencia de los estudios individuales, la generalización a la práctica rutinaria, o a la naturaleza indirecta de la evidencia sobre los resultados de salud
Insuficiente	La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre resultados de salud, debido al número limitado o al poder de estudios, defectos importantes en el diseño o realización, inconsistencias en la secuencia de la evidencia, o falta de información sobre resultados de salud importantes

Escala GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) **para evidencias y recomendaciones**

Fuerza de la recomendación	Símbolos/números	Interpretación
Recomendación FUERTE para usar la intervención	↑↑ o 1	**Hazlo**
Recomendación DÉBIL para usar la intervención	↓? o 2	**Probablemente hazlo**
Recomendación DÉBIL para NO usar la intervención	↓? o 2	**Probablemente no lo hagas**
Recomendación FUERTE para NO usar la intervencion	↓↓ o 1	**NO LO HAGAS**

Categoría de CALIDAD de la evidencia	Símbolos	Letras
ALTA: es muy poco probable que nuevos estudios modifiquen nuestra confianza en el resultado estimado	⊕⊕⊕⊕	A
MODERADO: es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y éstos pueden modificar el resultado	⊕⊕⊕◯	B
BAJA: es muy probable que nuevos estudios tengan impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y éstos pueden modificar el resultado	⊕⊕◯◯	C
MUY BAJA: cualquier resultado estimado es incierto	⊕◯◯◯	D

5. Anexos

5.4 Diagramas de Flujo

DIAGRAMA DE FLUJO 1. Toma de decisiones en el diagnóstico y manejo de pacientes con absceso bucal de origen bacteriano

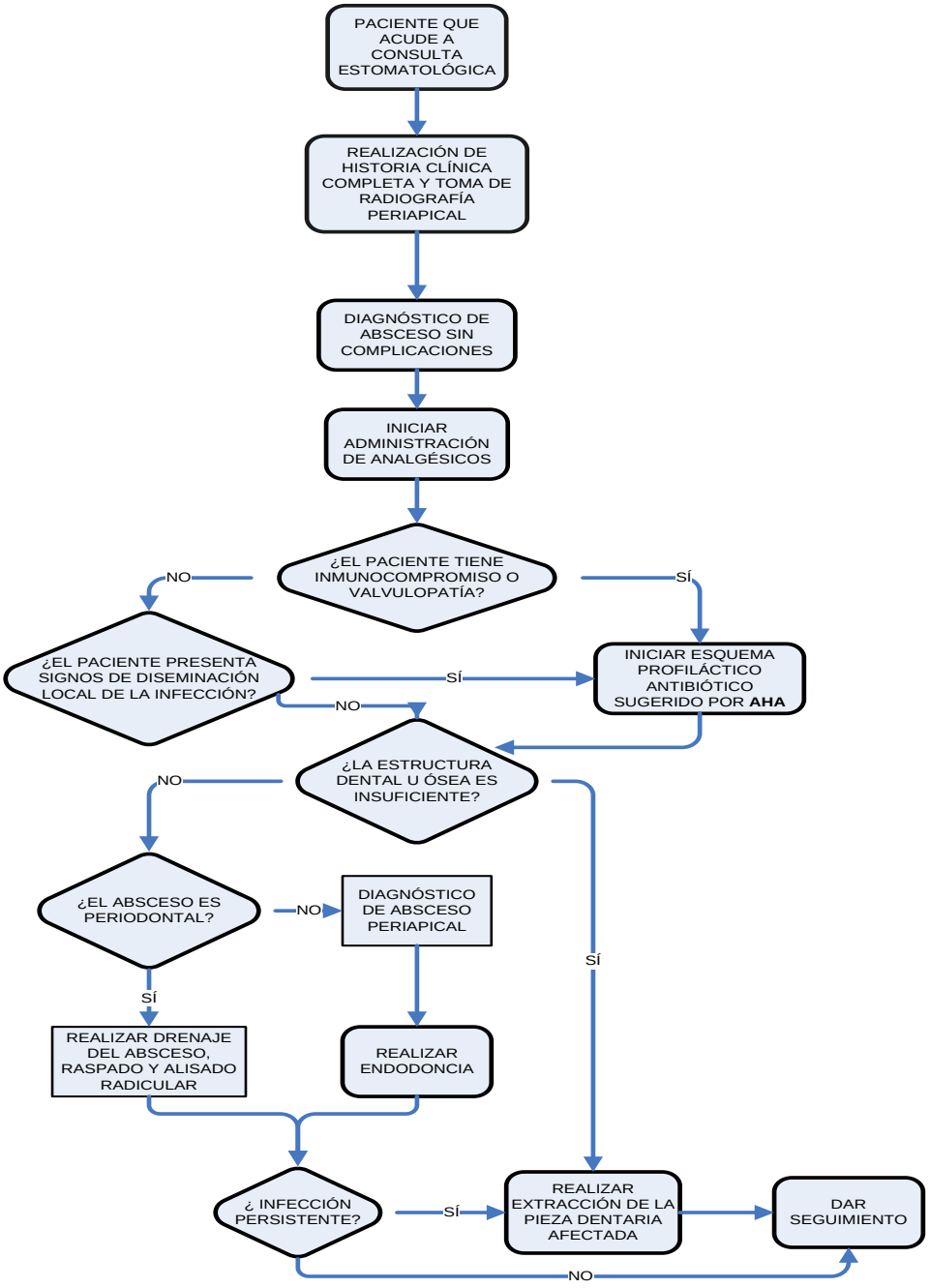
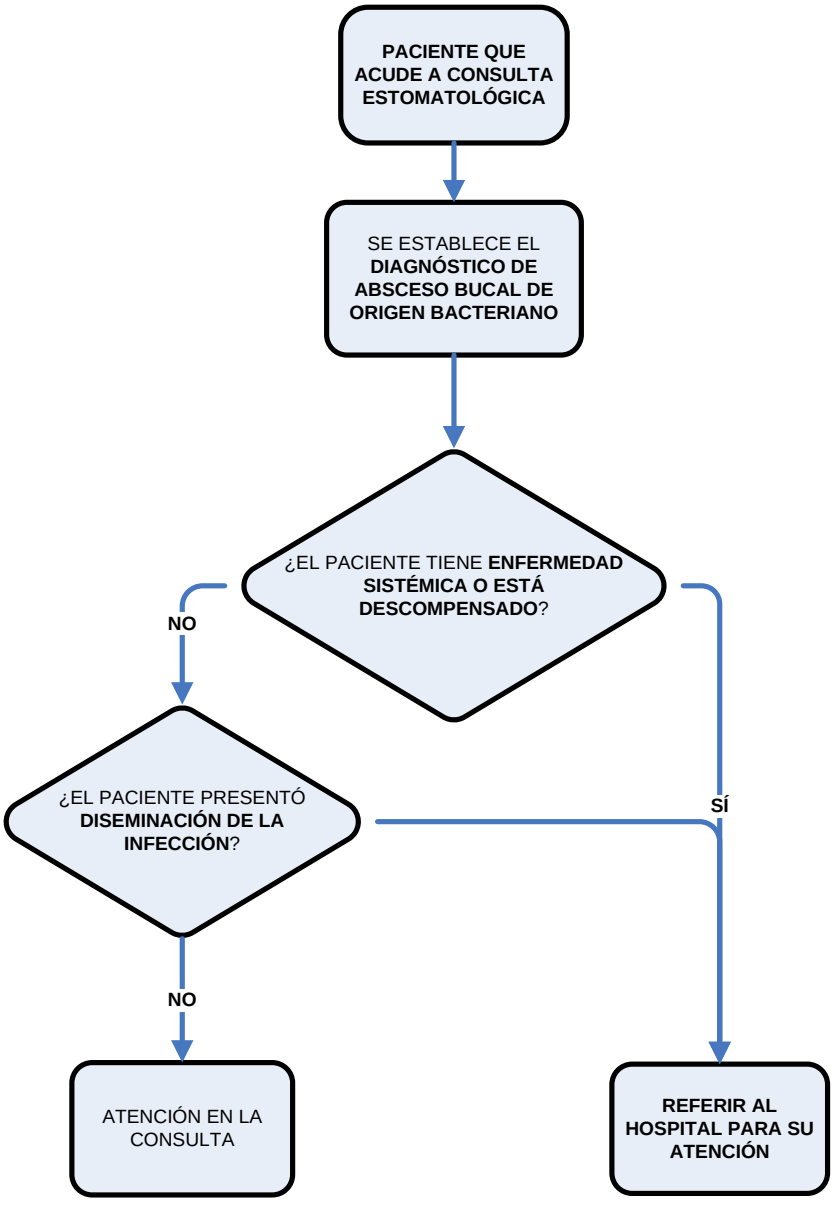


DIAGRAMA DE FLUJO 2. Toma de decisiones en el diagnóstico y tratamiento de paciente con absceso de origen bacteriano bucal complicado



6. Glosario

Caries dental: enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.
Enfermedad periodontal: describe un grupo de infecciones localizadas que afectan los tejidos que soportan y rodean los dientes. Los dos tipos más comunes de enfermedad periodontal son la gingivitis y la periodontitis. La gingivitis, una condición previa y reversible, es una inflamación de los tejidos que rodean los dientes.
Osteomielitis: es una infección de la cortical y medular del hueso, generalmente de origen bacteriano, aunque puede ser producida por cualquier microorganismo.
Tromboflebitis del seno cavernoso: complicación severa de infecciones orbitarias y de otras infecciones regionales (oído, senos paranasales, garganta, dientes, forúnculos faciales, etc). Cuadro de instauración violenta que afecta el seno cavernoso, el cual es un importante componente del drenaje venoso intracraneal, todo esto ocasiona exoftalmos de rápida evolución, axial y severo, que con frecuencia se hace bilateral. Asimismo, hay edema de párpados y raíz nasal, quemosis conjuntival, parálisis parcial o total de los nervios craneales III, IV, y VI, se presenta dolor ocular y regional por afectación del trigémino. Requiere antibioticoterapia precoz y enérgica, haciendo cultivos de nasofaringe, conjuntiva y hemocultivo.
Angina de Ludwing: celulitis rápidamente progresiva localizada en el espacio submandibular, que afecta el área sublingual y submentoniana, y los tejidos blandos del piso de la boca, sin involucrar los ganglios linfáticos. La mayor parte de las infecciones (70% a 90% de los casos) derivan de un foco odontogénico, como los abscesos del segundo o tercer molar, o los abscesos parafaríngeos o peria-migdalinos.
Enfermedad cardíaca reumática: enfermedad del corazón secundaria a fiebre reumática.
Celulitis: es una inflamación de los tejidos conectivos celulares subcutáneos, los cuales son un tipo de tejido conjuntivo, areolar, poblado principalmente por células adiposas. Generalmente es causada por infecciones bacterianas, que pueden venir de bacterias exógenas o de la flora cutánea normal.
Linfadenopatía: tÉrmino común para las afecciones de los ganglios o el tejido linfático.
Parotiditis: popularmente conocida con el nombre de **paperas**, es una enfermedad contagiosa que puede ser aguda o crónica, poliglandular, pero que fundamentalmente afecta una o ambas glándulas parótidas que son glándulas salivales mayores, ubicadas detrás de las ramas ascendentes de la mandíbula.
Inmunocompromiso: condición anormal en virtud de la cual la capacidad para combatir infecciones se ve disminuida. Esta situación puede deberse a un proceso patológico, a determinados medicamentos o ser una condición congénita.
Valvulopatía: enfermedades que afectan a las válvulas cardíacas, independientemente de su etiología o la gravedad del cuadro clínico que produzcan. Puede afectar cualquiera de las válvulas del corazón: aórtica y mitral en el lado izquerdo y la pulmonar y tricúspide en el lado derecho, pueden obstruirse o llegar a la regurgitación de sangre de vuelta a la cámara de procedencia, bien sea aurícula o ventrículo. Las valvulopatías pueden ser congénitas o adquiridas.
Endocarditis infecciosa: inflamación del revestimiento interno de las válvulas y cavidades cardíacas (endocardio), producida por la infección por un microorganismo, generalmente bacterias, que crece formando unas estructuras características conocidas como vegetaciones.
Bacteriemia: presencia de bacterias en la sangre. Siendo esta última un ambiente estéril, se considera que la detección de una bacteria en la sangre (sobre todo con un hemocultivo) es siempre indicativo de infección.

Anemia de células falciformes: drepanocitosis o **anemia drepanocítica,** es una hemoglobinopatía, es decir, cuando se ve afectada una proteína que forma parte de los glóbulos rojos que se encarga del transporte de oxígeno. Es de origen genético y se da por la sustitución de un aminoácido ácido glutámico por valina en la sexta posición de la cadena Beta de la globina (lo normal es tener ácido glutámico); se presenta una hemoglobina llamada Hb S, esto provoca que a menor presión de oxígeno el eritrocito se deforme y adquiera una forma de hoz; esta nueva forma provoca dificultad para la circulación de los glóbulos rojos, por ello se obstruyen los vasos sanguíneos y causan isquemia en diferentes porciones del sistema circulatorio, afecta frecuentemente al bazo. Los glóbulos rojos también presentan un tiempo de vida más corto provocando de esta manera anemia.
Esplenectomía: procedimiento quirúrgico que elimina parcial o totalmente el bazo dañado o enfermo.

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.
2. American Academy of Periodontology. *Parameters of care*. J Periodontol 2000;71(5 Suppl):847-83.
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):1142-59.
4. Dental Abscess. *Guideline of the Management of dental abscess*. United Kingdom, January 2008. Disponible en: http://www.cks.library.nhs.uk
5. Department of Health, South Africa. *National Guidelines on the Primary Prevention and Prophylaxis of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease for Health Professionals at Primary Level*. Pretoria: DOH, 1977. Disponible en: http://www.doh.gov.za/docs/facts-f.html (last accessed on 12/11/2003).
6. Diz Dios P, et al. *Comparative Efficacies of Amoxicillin, Clindamycin, and Moxifloxacin in Prevention of Bacteremia following Dental Extractions*. Antimicrob Agents Chemother 2006;50(9):2996–3002.
7. Farah K, et al. *Diverse and Novel Oral Bacterial Species in Blood following Dental Procedures*. J Clin Microbiol 2008;46(6):2129–32.
8. 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 pp.
9. Herrera D, Roldan S, Sanz M. *The periodontal abscess: a review*. J Clin Periodontol 2000;27(6):77-386.
10. Jaramillo A, Arce RM, Herrera D, et al. *Clinical and microbiological characterization of periodontal abscesses*. J Clin Periodontol 2005;32(12):1213-8.
11. Krebs KA, Clem DS, American Academy of Periodontology. *Guidelines for the management of periodontal diseases*. J Periodontol 2006;77(9):1607-11.
12. Lockhart PB, et al. *Bacteremia Associated With Toothbrushing and Dental Extraction*. Circulation 2008; 117:3118-325. Disponible en: http://circ.ahajournals.org
13. Diccionario Médico. 3ª edición. Barcelona: Masson-Salvat; 1997.
14. Matthews DC, Sutherland S, Basrani B. *Emergency management of acute apical abscesses in the permanent dentition: a systematic review of the literature*. J Can Dent Assoc 2003;69(10):660.
15. Nakata H. Bacterias Orales y Enfermedades Sistémicas: Una Revisión. Odontol Sanmarquina 2004;8(1): 30-4.
16. Roberts G, Scully C, Shotts R. () *ABC of oral health: dental emergencies*. Br Med J 2000;321(7260):559-62.
17. Schneider K, Segal G. *Dental abscess*. eMedicine2007. WebMD. Disponible en: www.emedicine.com
18. Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. *Clinical Guidelines, Developing Guidelines*. BrMed J 1999;3:18:593-59.
19. Swedish Council on Health Technology Assessment. *Methods of Diagnosis and Treatment in Endodontics. A Systematic Review*. November 2010.
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 del **Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, a la Subdirección de Salud Bucal, a la Universidad Intercontinental, a la Universidad Nacional Autónoma de México y al 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 **CENETEC** y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Asimismo, se agradece a las autoridades de la **Dirección de Estomatología** que participaron en los procesos de **validación** su valiosa colaboración en la elaboración de esta guía.

9. Comité Académico

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M en A María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Luis Agüero y Reyes	Director de Integración de GPC
Dra. Selene Martínez Aldana	Subdirectora de GPC
Dr. Pedro Nieves Hernández	Subdirector para la Gestión de GPC
Dra. Berenice Figueroa Cruz	Depto. de Validación y Normatividad de GPC
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	Depto. de Apoyo Científico para GPC
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	Depto. de Coord. de Centros de Desarrollo de GPC
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación Documental
Lic. Antonio Eduardo Arroyo Villasana	Revisión Editorial
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Coordinador de guías de medicina interna
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Dr. Manuel Gil Vargas	Coordinador de guías de cirugía pediátrica
Dr. Andrés González de la Rosa	Coordinador de guías de medicina interna

10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador

Directorio sectorial

Secretaría de Salud
Dr. José Angel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social
Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Lic. Jesús Villalobos López
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos
Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina Armada de México
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

Directorio del Centro Desarrollador

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Miguel Angel Lezana Fernández
Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)

Dr. Carlos Álvarez Lucas
Director General Adjunto de Programas Preventivos del CENAPRECE

Dr. Armando Betancourt Linares
Subdirector del Programa Nacional de Salud Bucal

Dr. Jorge Alejandro Muñúzuri Hernández
Jefe de Departamento de Prevención y Vigilancia de la Fluorosis Dental en el Programa Nacional de Salud Bucal

11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica

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