

Algoritmo de manejo ambulatorio de Infecciones Odontogénicas y Profilaxis antibiótica



Ministerio de Salud
Argentina

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Secretario de Calidad en Salud

Alejandro Federico Collia

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Juan Manuel Castelli

Subsecretario de Calidad, Regulación y Fiscalización

Claudio Antonio Ortiz

Directora Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles

Teresa Strella

Directora Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

María Teresita Ithurburu

Director de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente

Mariano José Fernández Lerena

Coordinadora de Uso Apropiado de Antimicrobianos y Comisión Nacional de Control de la Resistencia Antimicrobiana (CoNaCRA)

Laura Barcelona

Autores*

Dra Laura Barcelona

Dra Romina Musante

Lic. Laura Alonso

Dra Paula Rodríguez Iantorno

Dra Betiana Guidetto

Dr Nicolas Laserre

Revisores Internos

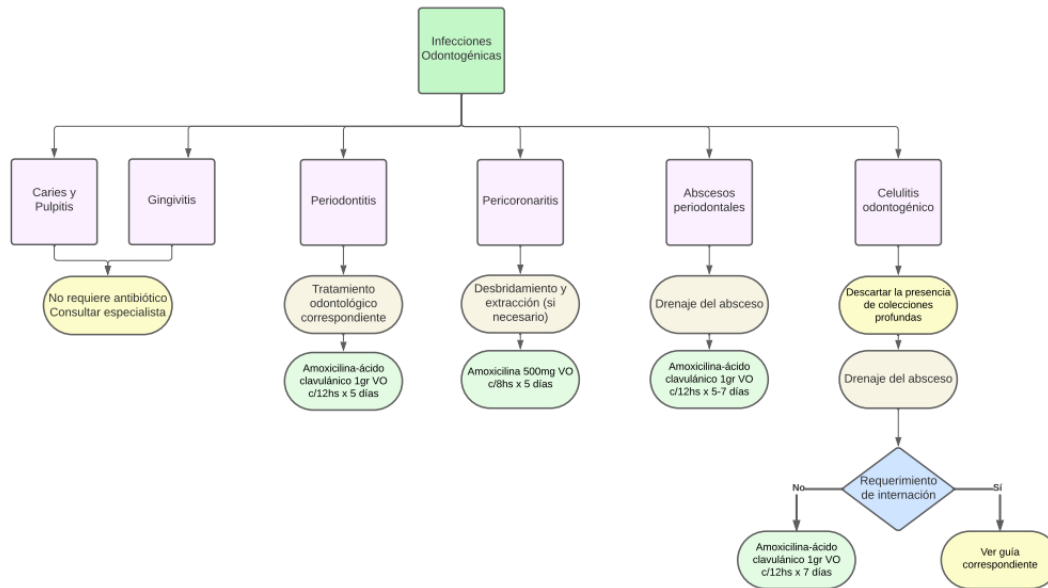
Dra Teresa Strella (Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles)

Dr Jesús Fumagalli (Consultor Técnico de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias)

Revisor Externo

Comisión de Uso Adecuado de Recursos (Sociedad Argentina de Infectología)

*Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este documento.



El presente algoritmo dirigido al primer nivel de atención de salud, pretende orientar el diagnóstico y el uso adecuado de los antimicrobianos a fin de mitigar el impacto de la carga de enfermedad asociada a las infecciones odontogénicas y de la Resistencia Antimicrobiana (RAM).

Infecciones odontogénicas

Las infecciones odontogénicas son aquellas que afectan a las estructuras que forman el diente y el periodonto. Se caracterizan por ser de etiología polimicrobiana, debido a que la cavidad oral no es una cavidad estéril por ser el primer segmento del aparato digestivo y estar comunicado directamente con el exterior. Posee una microbiota aerobia y anaerobia que se encuentra en equilibrio con el huésped. Las infecciones se generan cuando se produce un aumento de las bacterias cariogénicas o peri odontogénicas secundario a modificaciones de las condiciones fisiológicas del individuo vinculados al incremento de la edad, cambios hormonales puberales, gestación o cambios locales de las características de la saliva por disfunción glandular, mala higiene oral o tabaquismo [1].

Los agentes etiológicos en estas infecciones polimicrobianas corresponden a flora comensal de la cavidad oral que incluyen bacterias tanto aerobias como anaerobias, *Prevotella spp*, *Bacteroides spp*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus spp*, *Veillonella parvula*, *Streptococcus spp*, *Eikenella corrodens*, *Propionibacterium*, *Actinomyces*, *Lactobacillus spp*.

IMPORTANTE: En aquellas personas con dolor dentario, la administración de antibióticos no disminuye la incidencia de infecciones odontogénicas, por lo que dicha situación no sería una indicación de tratamiento antibiótico (1A) [2].

Estas infecciones comprenden el 60% de las consultas a centros odontológicos, siendo la carie la más frecuente. Se estima que son responsables del 10%-12% de la prescripción de antibióticos de manera ambulatoria a nivel mundial [7].

La mayoría de las infecciones odontogénicas son leves, mejoran luego del tratamiento odontológico con el drenaje o extirpación del foco, por lo que solo se debe indicar tratamiento antibiótico en situaciones puntuales. [2]

Dentro de las infecciones odontogénicas se incluyen:

1. Caries y pulpitis
2. Pericoronaritis
3. Gingivitis
4. Periodontitis
5. Abscesos periodontales
6. Celulitis odontogénica

El presente algoritmo dirigido al primer nivel de atención de salud, pretende orientar el diagnóstico y el uso adecuado de los antimicrobianos a fin de mitigar el impacto de la carga de enfermedad asociada a las infecciones odontógenas y de la RAM.

1. Caries y pulpitis

La caries es la destrucción del esmalte dentario producida por la acidificación secundaria a la fermentación de los hidratos de carbono de la dieta. Su prevalencia es elevada, se encuentran caries en el 90% en adultos. Inicialmente es asintomática, hasta que alcanza tejidos dentales profundos, generando una pulpitis, y en este punto se manifiesta con dolor intenso al momento del cepillado dental, con los cambios térmicos o con los azúcares de la dieta. [1]

Ante la presencia de caries, se sugiere consultar a un especialista en odontología para su prevención y tratamiento. No requiere tratamiento antibiótico.

2. Pericoronaritis

Se define como la Infección de la mucosa que recubre la corona del diente parcialmente, es secundaria a la proliferación de microorganismos y el acúmulo de restos de comida en el espacio comprendido entre la encía y la corona dentaria [3], y que puede evolucionar a absceso periodontal. Requiere evaluación y tratamiento odontológico. En caso de no presentar absceso, no requiere tratamiento antibiótico.

3. Gingivitis

Se denomina gingivitis a la inflamación de las encías por acumulación de placa dentaria. No afecta a las estructuras de sujeción del diente. Se manifiesta por sangrado al momento del cepillado. Es frecuente en adultos, con una incidencia de hasta el 50%. Revierte con medidas de limpieza. Consultar con especialista en odontología. [1]

La gingivitis no requeriría indicación de tratamiento antibiótico.

4. Periodontitis

Se produce cuando progresa la inflamación gingival, llegando a afectar las estructuras de soporte del diente. Tiene una incidencia a nivel mundial del 30% de los adultos. Al principio es asintomática, pero con la progresión se produce la afectación del hueso maxilar con la consecuente caída de la pieza dentaria. Progresa lentamente. Se da en personas sanas, aunque se han descrito factores de riesgo como una pobre higiene oral, el estrés, el tabaquismo.

5. Abscesos periodontales

El absceso periodontal es una infección purulenta que se localiza en los tejidos periodontales. Son secundarios a infecciones periodontales, por pericoronaritis, por un trauma o por cirugía. En la mayoría de los casos se presentan de forma leve, siendo el drenaje el único tratamiento necesario.

Según su origen se clasifican en:

Absceso gingival: Se manifiesta como dolor en la encía marginal e interdental. Se genera principalmente secundario a impacto de cuerpos extraños.

Absceso periapical o dentoalveolar: caracterizado por la afección de los tejidos circundantes a la raíz dental, como consecuencia de una infección pulpar originada por una caries. Se manifiesta con dolor dental intenso, es constante y se exagera con percusión de la pieza dentaria, puede presentar exudado purulento.

Absceso periodontal: Se producen cuando la infección periodontal alcanza la pared gingival de una bolsa profunda periodontal; también pueden ser iatrogénicas, en contexto de instrumentación de una pieza dentaria. Puede cursar de forma aguda con drenaje de material purulento o cronificarse y cursar de manera asintomática.

Estos abscesos requieren evaluación por un especialista en odontología para drenaje y, según la severidad, la prescripción de tratamiento antibiótico. Se sugiere indicar tratamiento en aquellas personas con riesgo de progresión a complicaciones locales y/o a distancia, como celulitis facial, abscesos profundos, osteomielitis o diseminación hematológica. [8]

Factores de riesgo:

- Diabetes mellitus
- Alcoholismo
- Enfermedad hepática o renal avanzada
- Anemia falciforme
- Radioterapia local
- Inmunosupresión (HIV sin tratamiento, Tratamiento con corticoides a altas dosis, quimioterapia)
- Antecedente de uso de antibióticos de amplio espectro
- Malnutrición

El tratamiento antibiótico en estos casos, que se sugiere acompañarlo de drenaje del absceso, la duración del mismo debe ser de 5 a 7 días, pudiendo acortarse en aquellos casos en los que ocurre la remoción completa del foco infeccioso. [5][6][7]

Tratamiento antibiótico absceso periodontal:

- Amoxicilina-ácido clavulánico 1 gr vía oral cada 12 horas por 5 a 7 días (1A)
- En alergia mayor a betalactámicos: Clindamicina 300-600 cada 6/8 hs vía oral por 5 a 7 días.

6. Celulitis odontogénica

La celulitis odontogénica se caracteriza por el compromiso facial y de los espacios cervicofaciales por extensión de un absceso odontogénico. La clínica dependerá de los espacios afectados, pero se manifiestan con afectación del estado general, fiebre, eritema, edema y dolor a nivel facial, linfadenopatías, trismus (contracción involuntaria de los músculos masticatorios generando una dificultad para abrir la boca) disfagia, pudiendo llegar a presentar dificultad respiratoria.

Indagar sobre la presencia de disfagia, trismus y dificultad respiratoria en todas las personas con celulitis con sospecha de absceso odontogénico.

En todas las personas con compromiso del estado general, descartar la presencia de colecciones profundas que afecten los espacios cervicofaciales, por lo que se sugiere la realización de estudios por imágenes. La tomografía computada presenta buena sensibilidad para su detección [8] y se sugiere en aquellas personas con factores de riesgo de rápida progresión y complicaciones [8] (mencionados anteriormente). Dentro de las complicaciones se enumeran:

- Angina de Ludwig
- Osteomielitis
- Trombosis del seno cavernoso
- Fascitis necrotizante
- Mediastinitis descendente

El pilar del tratamiento es el drenaje precoz, con envío de material a cultivo de ser posible, y la administración de antibióticos sistémicos. La vía de administración dependerá de la severidad de infección y de la presencia de comorbilidades.

En personas inmunocompetentes sin factores de riesgo para complicaciones, con cuadros leves, se sugiere indicar tratamiento antibiótico por vía oral con cobertura para microorganismos de la flora comensal de la cavidad bucal; deben ser evaluados a las 24-48 horas, y en caso de no presentar mejoría clínica, se sugiere internar la internación e iniciar tratamiento antibiótico por vía endovenosa. [8]

En personas con presentaciones moderadas/graves o con factores de riesgo para progresión como diabetes mellitus (DM), alcoholismo, enfermedad hepática o renal avanzada, inmunosupresión (HIV sin tratamiento, tratamiento con corticoides a altas dosis, quimioterapia, terapia biológica) y/o antecedente de uso de antibióticos de amplio espectro, se sugiere: [4][8]

- Indicar internación
- Realizar toma de hemocultivos
- Iniciar tratamiento antibiótico endovenoso
- Realizar drenaje quirúrgico precoz

Tratamiento antibiótico ambulatorio.

- Amoxicilina-ácido clavulánico 1 gr vía oral cada 12 horas por 7 días (1A) ● En alérgico mayores a betalactámicos: Clindamicina 600 mg cada 6 horas vía oral por 7 días.
- Evaluar la respuesta al tratamiento cada 24-48 horas.

Infecciones odontogénicas que NO requieren antibioticoterapia

Infección	Manejo	Tratamiento Odontogénico
Caries	Buena higiene con cepillado correcto. Fluoruros (pastas, colutorios)	Fluor tópico en personas con menor producción de saliva. Odontología conservadora Obturación
Pulpitis	Analgesia	Endodoncia o extracción de la pieza
Gingivitis	Buena higiene. Cepillado correcto, uso de hilo dental. Analgesia. Colutorios con clorexidina	Higiene profunda por especialista
Periodontitis crónica del adulto	Buena higiene. Cepillado correcto, uso de hilo dental. Analgesia. Colutorios con clorhexidina	Eliminación de la placa calcificada y alisado de la raíz dental para eliminar depósitos sub y supragingivales
Mucositis periimplantaria	Higiene dental Analgesia No se recomienda uso de irrigadores Colutorios con clorhexidina	Eliminación de la placa calcificada
Periimplantitis	Higiene dental con apoyo (irrigadores, cepillos interdientales etc) Colutorios con clorexidina Analgesia	Eliminación de la placa calcificada y alisado de la raíz dental para eliminar depósitos sub y supragingivales

Infecciones odontogénicas que requieren uso de antibióticos

1- Superficiales

Infección	Antibioticoterapia	Tratamiento odontológico
Absceso odontogénico	<p>Solo indicado si es complicado: fiebre, tumefacción intraoral, persona inmunocomprometida.</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina- Ac clavulánico: 500/125 mg cada 8 hs o 875/125 mg cada 12hs <p>Tiempo de tratamiento: 5 días</p>	Desbridamiento y drenaje. El riesgo de bacteriemia se reduce con la aspiración previa del contenido
Pericoronaritis	Amoxicilina 500mg cada 8hs Tiempo de tratamiento: 5 días	Desbridamiento y si es necesario extracción de la pieza.
Periodontitis juvenil progresiva de avance rápido	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina-clavulánico 500/125mg/8hs o 875/125 mg/12hs. Amoxicilina 500 mg/8h/5 días + metronidazol 500 mg /8h <p>Tiempo: 5 días.</p> <p>Alérgicos a Betalactámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 300mg/6h 	Eliminación de la placa calcificada y alisado de la raíz dental para eliminar depósitos sub y supragingivales. Cirugía periodontal.
Guna y Puna	<p>Si hay compromiso ganglionar</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina-clavulánico 500/125mg/8hs o 875/125 mg/12hs. <p>Tiempo de tratamiento: 5 días</p> <ul style="list-style-type: none"> Alérgicos: Clindamicina 300mg/6hs. 	Eliminación de la pseudo-membrana. Buches con agua oxigenada de 10 vol. Diluida al 50% Raspaje y alisado radicular

2- Profundas

Se producen por extensión a los planos profundos y se presentan con inflamación, fiebre, dificultad para abrir la boca o respirar.

Localización	Presentación Clínica	Manejo odontogénico
Espacio submentoniano	Inflamación de la línea media debajo de la barbilla, causada por la extensión de la infección de los incisivos mandibulares.	Drenaje y eliminación de la fuente de infección, más tratamiento antibiótico. Duración del tratamiento: 7 a 10 días posterior a la extracción.
Espacio submandibular	Inflamación del triángulo submandibular, causada por infección de molares, generalmente presenta TRISMUS	Drenaje y eliminación de la fuente de infección más tratamiento antibiótico. Duración del tratamiento: 7 a 10 días posterior a la extracción Considerar Internación
Espacio sublingual	Inflamación del piso de la boca, con posible elevación de la lengua y disfagia.	Drenaje y eliminación de la fuente de infección, más tratamiento antibiótico. Duración del tratamiento: 7 a 10 días posterior a la extracción. Considerar Internación
Espacio retrofaringeo	Cuello rígido, dolor de garganta, disfagia, voz ronca; causada por infecciones de los molares. Alto potencial de propagación al MEDIASTINO	Internación /debridamiento/ Tratamiento antibiótico EV. Interconsulta con cirugía de cabeza y cuello /infectología
Espacio bucal	Inflamación de la mejilla. Causado por infección del premolar o diente molar.	Drenaje y eliminación de la fuente de infección más tratamiento antibiótico. Duración del tratamiento: 7 a 10 días posterior a la extracción.
Espacio masticador	Inflamación a ambos lados de la rama mandibular y se produce por infección del tercer molar mandibular. Generalmente presenta TRISMUS	Eliminación de la fuente de infección más tratamiento antibiótico. Duración del tratamiento: por 7 a 10 días posterior a la extracción. Considerar internación.
Espacio canino	Tumefacción de la mejilla anterior con pérdida del pliegue nasolabial y posible extensión a la región infraorbitaria	Eliminación de la fuente de infección más tratamiento antibiótico por 7 a 10 días posterior a la extracción
Angina de Ludwig	Es una infección grave y potencialmente mortal, caracterizada por inflamación de rápida propagación (generalmente sin formación de abscesos) de los espacios sublingual, submentoniano, y submandibulares. Con elevación y edema de la lengua, babeo, y obstrucción de la vía aérea, inflamación del cuello, fiebre, trismus, aliento fétido. En la mayoría de los casos, la causa de la infección es por molares inferiores infectados o por pericoronitis.	Internación /debridamiento/ tratamiento antibiótico EV.

Tratamiento antibiótico empírico de elección:

- Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8hs.

Alérgicos:

- Clindamicina 300mg/6hs + Ciprofloxacina 500mg/12 hs.

Tratamiento Endovenoso:

- Ampicilina-sulbactam 3gr c/6hs+/- Clindamicina 600mg/6hs
- Ceftriaxona 2g/día o ciprofloxacina 400mg/12hs+metronidazol 500mg/8hs o clindamicina 600mg/6hs.

En personas con riesgos de complicaciones (inmunocompromiso), o mala evolución, además del tratamiento antimicrobiano, **se sugiere priorizar** la intervención quirúrgica por parte del especialista. Si se sospechara una infección asociada a cuidados de la salud se sugiere adoptar un esquema adecuado al patrón microbiológico de cada institución/comunidad. En ambas situaciones, un esquema sugerido es piperacilina/tazobactam 4,5 gr cada 6 hs EV.

Profilaxis antibiótica

El presente algoritmo, dirigido al primer nivel de atención de salud, pretende orientar el diagnóstico y el uso adecuado de los antimicrobianos a fin de mitigar el impacto de la carga de enfermedad asociada a la profilaxis antibiótica y de la RAM.

La profilaxis antibiótica es la administración de antibióticos para prevenir infecciones bacterianas; se utiliza principalmente previo a procedimientos quirúrgicos, con la finalidad de disminuir la incidencia de infecciones a nivel del sitio quirúrgico. Además, se utilizan en otras ocasiones como en las extracciones dentales para prevenir la posibilidad de endocarditis infecciosa en personas con factores de riesgo o luego de fracturas expuestas para evitar la infección ósea, así como de piel y partes blandas. [9][10]

En la profilaxis prequirúrgica se deben administrar antibióticos, previo al procedimiento quirúrgico, en dosis única (pueden requerir dosis adicionales según el tiempo de cirugía o pérdida de volumen sanguíneo) y no debe superar las 24 horas posteriores al procedimiento. [10] No se discutirá la profilaxis prequirúrgica en este documento.

La utilización de antibióticos en estos casos no es inocua, y se sugiere evaluarse la necesidad de la misma, ya que la administración de antibióticos innecesarios conllevaría riesgos como la aparición de efectos adversos a drogas o aumento de la resistencia antibiótica bacteriana. [9][10]

1. Profilaxis de Endocarditis Infecciosa

Los procedimientos odontológicos que incluyen la manipulación de la región gingival o periapical del diente, o la perforación de la mucosa oral como los procedimientos de eliminación del sarro y endodoncia, son los que presentan mayor riesgo de bacteriemia transitoria y en consecuencia aumenta el riesgo de presentar endocarditis infecciosa en personas con predisposición [11].

Sólo debe indicarse antibióticos como profilaxis en las siguientes situaciones: [12]

- Válvula protésica o material protésico usado para valvuloplastia, incluyendo prótesis valvulares transcatóter y los aloinjertos. Trasplante cardíaco con valvulopatía.
- Antecedente de endocarditis infecciosa.
- Cardiopatía congénita cianótica no tratada.
- Cardiopatía congénita con shunts posoperatorios paliativos, conductos u otras prótesis después de la reparación quirúrgica, sin defectos residuales, durante los primeros 6 meses del procedimiento.
- DM1, enfermedad oncohematológica, trasplantes, HIV, uso de corticoides, asplénicos.

La profilaxis antibiótica no estaría indicada en otras situaciones cardiovasculares ya que no estaría demostrado el beneficio de la misma.

Se debe administrar 30 a 60 minutos previo al procedimiento, siempre en única dosis. Siempre indagar sobre antecedentes de alergia a los betalactámicos [12]

Personas sin alergia a betalactámicos

- Amoxicilina 2 gramos vía oral
- Ampicilina 2 gramos vía endovenosa

Personas con alergia mayor a betalactámicos

- Clindamicina 600 mg vía oral o endovenosa.

NO iniciar los antibióticos días antes, ni prolongar días posteriores al procedimiento odontológico en ningún caso.

La dosis de antibiótico administrada 60 min antes del procedimiento, es la única que tiene importancia para disminuir el riesgo de infección.

2. Profilaxis en fracturas expuestas.

Las fracturas expuestas de huesos largos presentan mayor incidencia de infecciones óseas y de tejidos blandos, el riesgo de infección está relacionado con la severidad de la fractura, con el grado de compromiso tisular, presencia de cuerpo extraño o de contaminación y el tiempo transcurrido entre el trauma y el desbridamiento quirúrgico. La profilaxis antibiótica dependerá de la clasificación de Gustillo y Anderson. No deberá extenderse la profilaxis por más de 72 horas [10][13].

Clasificación de Gustillo y Anderson
Gustillo I: Fractura expuesta limpia, con laceración <1 cm.
Gustillo II: Fractura expuesta con laceración >1 cm, sin daño extenso de tejidos blandos, sin avulsiones o colgajos.
<p>Gustillo III: Fractura expuesta con daño extenso de partes blandas o amputación traumática</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IIIa: Colgajo de tejido blando que permite cubrir la herida. Baja probabilidad de infección (4%-6%). ● IIIb: Extensa pérdida de tejido blando con exposición de hueso y gran contaminación. Alta probabilidad de infección (>40%). <ul style="list-style-type: none"> ● IIIc: Importante fractura con lesión arterial. Alta probabilidad de infección (>50%).

Profilaxis antibiótica
Gustillo I-II: Cefazolina 2 g preinducción si la persona requiere cirugía y, luego Cefazolina 2 gr c/8 hs o Cefalotina 2 gr c/6 hs. durante 24 horas.
Gustillo IIIa: Cefazolina 2 gr + Gentamicina 1,5 mg/kg preinducción, si la persona requiere cirugía y luego, Cefazolina 2 gr c/8 hs o Cefalotina 2 gr c/6 hs + Gentamicina 3 mg/kg/día o Ciprofloxacina 400 mg c/12 h, durante 24 horas.
Gustillo IIIb-IIIc: Cefazolina 2 gr + Gentamicina 1,5 mg/kg preinducción, si la persona cirugía y, luego, Cefazolina 2 gr c/8 h o Cefalotina 2 gr c/6 h + Gentamicina 3 mg/kg/día o Ciprofloxacina 400 mg c/12 h, durante 72 horas.
Alérgicos mayores a betalactámicos: reemplazar cefalotina o cefazolina por Clindamicina 600 mg preinducción si la persona requiere cirugía, luego 600 mg c/8 hs por 24 ó 72 horas según la clasificación de Gustillo.

3. Fractura de base de cráneo

Según una revisión realizada por Crochane no se cuenta actualmente con evidencia suficiente que apoye el uso de profilaxis ante una fractura de base de cráneo, ya que no hay diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de meningitis en las personas que reciben profilaxis en comparación con los que no lo hacen [13]. Ante una fractura de senos paranasales, la indicación de profilaxis antibiótica no redujo la incidencia de infecciones posteriores, por lo que tampoco está indicada [16].

Se sugiere no indicar profilaxis antibiótica en personas con fractura de base de cráneo ni con fractura de senos paranasales (1A).

4. Epistaxis

Una revisión en el año 2021, no arrojó evidencia suficiente sobre el beneficio de la utilización de profilaxis antibiótica en las personas con epistaxis con requerimiento de taponaje nasal anterior y/o posterior. Varios estudios demostraron diferencias No significativas entre la incidencia de infecciones en personas que reciben profilaxis en comparación con las que no. [14]

Se sugiere no indicar profilaxis antibiótica en personas con epistaxis con requerimiento de taponaje anterior y/o posterior (1A).

5. Meningitis bacteriana por *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*

Se debe indicar profilaxis antibiótica a los contactos cercanos de aquellas personas con meningitis meningocócica o por *Haemophilus influenzae*, deben recibir quimioprofilaxis de inmediato independientemente de su estado de vacunación. Debe ser indicada lo antes posible, idealmente dentro de las 24 horas posteriores a la exposición con el caso índice y no está indicada si transcurrieron más de 2 semanas. [15].

La quimioprofilaxis para *N. meningitidis* está indicada en:

- Conviviente
- Contacto en guardería o jardín de infantes en cualquier momento durante los 7 días antes del inicio de la enfermedad.
- Exposición directa a las secreciones del caso índice (besos o al compartir cepillos de dientes, utensilios para comer, contacto social estrecho) en cualquier momento durante los 7 días anteriores al inicio de la enfermedad
- Contacto sin protección durante reanimación, intubación endotraqueal o aspiración de secreciones en cualquier momento desde 7 días antes del inicio de la enfermedad hasta 24 horas del inicio de una terapia antimicrobiana eficaz.
- Dormir en la misma vivienda que el caso índice durante 7 días antes del inicio de la enfermedad.
- Pasajeros sentados directamente al lado del caso índice durante vuelos de aerolíneas que duran más de 8 horas. [17]

La quimioprofilaxis para *H. influenzae* está indicada en:

- Todos los contactos domésticos (excepto personas gestantes) *, de cualquier edad, entre los cuales haya por lo menos un contacto menor de 4 años de edad no inmunizado o con inmunización incompleta.
- Todos los contactos domésticos entre los cuales haya un/a niño/a menor de 12 meses de edad, pues no recibió aún la dosis de refuerzo.
- Todos los contactos domésticos entre los cuales haya una persona inmunocomprometida, cualquiera sea su edad, aunque tenga la inmunización completa.
- Todos los contactos de guarderías y jardines, cualquiera sea la edad, cuando ocurren 2 o más casos de enfermedad invasiva por Hib en el término de 60 días.[17]

Profilaxis contra Neisseria meningitidis:
<ul style="list-style-type: none">• Rifampicina en < 1 mes: 5mg/kg/dosis cada 12 hs por 28 hs<ul style="list-style-type: none">▪ en > 1 mes: 10mg/hg/dosis cada 12 hs. (dosis máxima 600 mg) por 48 horas• Ciprofloxacina 500 mg dosis unica (alternativa útil en adultos)• En personas gestantes indicar Ceftriaxona 250 mg IM dosis única
Profilaxis contra Haemophilus influenzae:
<ul style="list-style-type: none">• Rifampicina 600 mg cada 24 horas por 4 días

Metodología

Este algoritmo fue elaborado de novo mediante el consenso de expertos representantes de la Comisión de Uso Adecuado de Recursos de la Sociedad Argentina de Infectología, la Coordinación de Uso Apropiado de Antimicrobianos de la Dirección de Control de Enfermedades Transmisibles, con la revisión asesores de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias y Ministerio de Salud de la Nación. El modo de enunciar las recomendaciones contenidas en el presente documento, no responde a los criterios e implicancias correspondientes a metodologías de desarrollo de otro tipo de documentos como por ejemplo el sistema GRADE empleado para la elaboración de GPC.

Bibliografía

- [1] Robles Raya, P., Javierre Miranda, A. P., Moreno Millán, N., Mas Casals, A., de Frutos Echániz, E., & Morató Agustí, M. L. (2017). Manejo de las infecciones odontogénicas en las consultas de atención primaria: ¿antibiótico? *Atención Primaria*, 49(10), 611–618.
- [2] Martins, J. R., Chagas, O. L., Velasques, B. D., Bobrowski, Â. N., Correa, M. B., & Torriani, M. A. (2017). The Use of Antibiotics in Odontogenic Infections: What Is the Best Choice? A Systematic Review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 75(12), 2606.e1– 2606.e11.
- [3] Ogle, O. E. (2017). Odontogenic Infections. *Dental Clinics of North America*, 61(2), 235– 252.
- [4] Bali RK, Sharma P, Gaba S, Kaur A, Ghanghas P. A review of complications of odontogenic infections. *Natl J Maxillofac Surg*. 2015 Jul-Dec;6(2):136-43.
- [5] Holmes, C. J., & Pellecchia, R. (2016). Antimicrobial Therapy in Management of Odontogenic Infections in General Dentistry. *Dental Clinics of North America*, 60(2), 497– 507.
- [6] Flynn TR. What are the antibiotics of choice for odontogenic infections, and how long should the treatment course last? *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2011 Nov;23(4):519- 36, v-vi. doi: 10.1016/j.coms.2011.07.005. PMID: 21982604.
- [7] López-Píriz R, Aguilar L, Giménez MJ. Management of odontogenicinfection of pulpal and periodontal origin. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12:E154-9. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336
- [8] Ortiz R, Espinoza V (2021) Odontogenic Infection. Review of the Pathogenesis, Diagnosis, Complications and Treatment. *Res Rep Oral Maxillofac Surg* 5:055.
- [9] Enzler, M. J., Berbari, E., & Osmon, D. R. (2011). Antimicrobial Prophylaxis in Adults. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(7), 686–701.
- [10] Clara, L; Angeleri, P; Blugerman, G. Guía de profilaxis antibiótica quirúrgica. Sociedad Argentina de Infectología 2017.
- [11] Salmerón-Escobar JI, del Amo-Fernández de Velasco A. Antibiotic prophylaxis in Oral and Maxillofacial Surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:E292-6.
- [12] Habib, G., Lancellotti, P., Antunes, M. J., Bongiorno, M. G., Casalta, J.-P., Zotti, F. del, ... lung, B. (2016). Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. *Revista Española de Cardiología*, 69(1), 69.e1–69.e49.
- [13] Comités de Infectología Crítica y de Trauma de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (2011). Profilaxis Antibiótica en el Politraumatizado. Guías 2011 Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Medicina Intensiva
- [14] Sepúlveda, V. Uso de profilaxis antibiótica en el taponamiento nasal, una revisión actualizada - .*Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2021; 81: 284-290 ,

[15] Ratilal BO, Costa J, Pappamikail L, Sampaio C. Antibiotic prophylaxis for preventing meningitis in patients with basilar skull fractures. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No.: CD004884. DOI: 10.1002/14651858.CD004884.pub4

[16] Schmidt RS, Dodson KM, Goldman RA. Prophylactic antibiotic therapy for fractures of the maxillary sinus. Ear Nose Throat J. 2015 Apr-May;94(4-5):170-7. PMID: 25923275.

[17] <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>

*primero
la gente*



argentina.gob.ar/salud