



RESUMEN EJECUTIVO

Guía de Práctica Clínica Urgencias Odontológicas Ambulatorias: tratamiento de infecciones de origen dentario






VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Urgencias Odontológicas Ambulatorias en:
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA. SANTIAGO: MINSAL
Fecha de publicación: 2020.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>1. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario sin compromiso del estado general por causa infecciosa, el Ministerio de Salud SUGIERE no usar antibióticos sistémicos.</p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 
<p>2. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con compromiso del estado general por causa infecciosa, el Ministerio de Salud SUGIERE usar antibióticos sistémicos en comparación a no usar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>No se identificó evidencia directa para responder esta pregunta; sin embargo, el panel considero que los potenciales beneficios de usar antibióticos probablemente superan los riesgos de usarlos en personas con compromiso del estado general por causa infecciosa.</i> - <i>Para efectos de esta recomendación, consideramos como compromiso del estado general a la presencia de fiebre, definida como una temperatura axilar > 37.5°C asociado a síntomas de la respuesta febril: como calofríos, sudoración, malestar general, cefalea o anorexia entre otros.</i> - <i>Personas que tengan barreras importantes para asistir a controles de salud o a la atención de urgencia podrían beneficiarse del uso de antibióticos.</i> 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 
<p>3. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, sin compromiso del estado general por causa infecciosa, pero con alguna condición sistémica que aumente el riesgo de progresión o diseminación de la infección, el Ministerio de Salud SUGIERE usar antibióticos sistémicos por sobre no usar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>No se identificó evidencia directa para responder esta pregunta; sin embargo, el panel consideró que los potenciales beneficios de usar antibióticos probablemente superan los riesgos de usarlos en personas con alguna condición sistémica que aumente el riesgo de progresión o diseminación de la infección.</i> - <i>Pacientes con patologías crónicas adecuadamente compensadas y que han recibido un tratamiento endodóntico y drenaje del absceso, o la exodoncia dependiendo del pronóstico del diente, podrían manejarse sin antibióticos.</i> 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 

<p>4. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio, el Ministerio de Salud SUGIERE usar amoxicilina por sobre usar amoxicilina más ácido clavulánico.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Las personas que no respondan al tratamiento con amoxicilina precozmente (es decir, que persista el compromiso del estado general después de 48 horas), que estén inmunosuprimidas¹ con compromiso de espacios anatómicos profundos, con cuadros difusos como celulitis facial o cuando no se haya podido realizar un tratamiento odontológico (tratamiento endodóncico y drenaje de absceso o exodoncia), podrían beneficiarse de usar amoxicilina más ácido clavulánico como primera opción.</i> – <i>Dosis de amoxicilina sugeridas para adultos: 500 mg cada 8 horas o 1000 mg cada 12 horas por 5 a 7 días.</i> – <i>Dosis: amoxicilina/ácido clavulánico sugeridas en adultos 500/125 mg cada 8 horas por 5 a 7 días o 875/125 mg cada 12 horas por 5 a 7 días.</i> 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○
<p>5. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario en que se decide utilizar tratamiento antibiótico ambulatorio, el Ministerio de Salud SUGIERE prescribir un esquema de 7 días por sobre los 5 días.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Personas sin inmunosupresión y con infección localizada leve sin compromiso del estado general podrían beneficiarse con el uso acertado de antibióticos.</i> – <i>La elección del antibiótico, así como sus dosis, se discuten en la recomendación 4.</i> 	CONDICIONAL	MUY BAJA
<p>6. En personas con dentición permanente, alérgicas a los betalactámicos (penicilina, amoxicilina o cefalosporinas) y con infección de origen dentario en que se decide utilizar tratamiento antibiótico, el Ministerio de Salud SUGIERE prescribir lincosamidas (clindamicina) por sobre prescribir macrólidos.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i> Dosis de clindamicina sugerida en adultos: 300 mg o 600 mg vía oral cada 8 horas por 5 - 7 días</p>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○

¹ Esta guía considera la definición de inmunosupresión propuesta por la Asociación Dental Americana (9) que propone que las personas con inmunosupresión incluyen pero no están limitadas a: personas VIH+ con enfermedades oportunistas; personas con cáncer en tratamiento con quimioterapia; personas con condiciones autoinmunes en tratamiento con drogas inmunosupresoras; personas con trasplante con uso de drogas inmunosupresoras; personas con enfermedades hereditarias de inmunodeficiencia; personas con trasplante de médula ósea.

<p>7. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario que requieren hospitalización², el Ministerio de Salud SUGIERE iniciar tratamiento antibiótico en la atención de urgencia de forma precoz (antes de 60 minutos) por sobre iniciar un tratamiento diferido (después de 2 horas).</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Esta recomendación se basa en que existen complicaciones graves de infección odontogénica tales como angina de Ludwig, mediastinitis y fascitis necrotizante.</i> 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>8. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario que requieren hospitalización², el Ministerio de Salud SUGIERE usar tratamiento inicial intravenoso por sobre tratamiento oral.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Los esquemas antibióticos que se utilicen debieran cubrir los gérmenes habituales de la cavidad bucal, tales como gram positivos, gram negativos y anaerobios.</i> – <i>La elección del antibiótico debiera considerar las directrices definidas en el plan nacional contra la resistencia a los antimicrobianos para el uso prudente y responsable de los antimicrobianos, los esquemas institucionales y la microbiología local cuando esté disponible.</i> 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>9. En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar un drenaje canalicular³ más drenaje quirúrgico por sobre realizar solamente un drenaje canalicular.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Personas con alteraciones de la coagulación o usuarios de antitrombóticos (como aspirina o anticoagulantes) podrían obtener mayor beneficio de recibir solamente un drenaje canalicular.</i> 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2019 utilizando el sistema GRADE.

² Considerar las siguientes situaciones para indicar la hospitalización de personas adultas con infección de origen dentario: celulitis rápidamente progresiva; disnea por aumento de volumen que compromete la vía aérea, en especial el piso de boca; disfagia; compromiso de otros espacios anatómicos faciales; fiebre superior a 38 °C; trismus severo (distancia interincisiva inferior a 10 mm); paciente incapaz de seguir por sí mismo el tratamiento ambulatorio prescrito; fracaso del tratamiento inicial; compromiso sistémico severo; pacientes inmunodeprimidos; si a las 48 horas el cuadro no cede, pese al drenaje y tratamiento del diente causal.

³ El drenaje canalicular se realiza bajo condiciones de aislamiento absoluto y termina con el doble sellado de la cavidad de acceso.

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

Las urgencias odontológicas ambulatorias (UOA) comprenden un conjunto de patologías bucomaxilofaciales de aparición súbita y etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención, tanto en los centros de salud primaria como en los servicios de atención de nivel secundario y terciario.

Durante el año 2018 se reportaron 346.485 consultas de urgencias GES en los establecimientos de la red pública de salud, incluyendo los diagnósticos de pulpitis, infecciones de origen dentario, pericoronaritis aguda, gingivitis necrosante, hemorragia postextracción, alveolitis de los maxilares y traumatismo dento alveolar. El 66% de las consultas correspondió a personas de 20 a 64 años de edad (91.152 hombres y 136.266 mujeres) (1). Según estadísticas internacionales, el 45% de las consulta de urgencia odontológica por causa distinta a trauma son por enfermedades pulpares y periapicales, incluidos los abscesos apicales agudos (2).

Las infecciones odontogénicas corresponden a procesos infecciosos en la cavidad bucal, cuya primera causa se localiza en un diente. El origen de la infección odontogénica suele estar en una lesión de caries profunda que afecta a la pulpa dental, provocando su necrosis. La infección avanza hacia el tejido periodontal, causando periodontitis apical aguda, y puede evolucionar hacia un absceso en los tejidos que rodean la región apical (absceso apical agudo). Su evolución es rápida y cursa con dolor intenso (3). La microbiología de los abscesos apicales agudos es polimicrobiana, con predominio de bacterias anaerobias facultativas y estrictas. La cantidad y variedad de especies microbianas y las interacciones entre ellas contribuye a determinar su patogenicidad (4).

La tendencia biológica natural de esta colección de pus es la búsqueda de una vía de drenaje a través del hueso. Un camino es drenar hacia la mucosa oral, mientras que otro es sobrepasar la inserción muscular y alojarse en el tejido celular subcutáneo. Son de especial importancia clínica aquellos procesos infecciosos que se alojan en espacios más profundos y que pueden comprometer la vía aérea, afectando la vida del paciente (5). La tasa de mortalidad reportada para las complicaciones severas de una infección odontogénica varía entre 8% (angina de Ludwig) y 30-50% (mediastinitis descendente). En los casos de fascitis necrotizante se ha reportado una tasa de mortalidad del 20% (6-8).

La nomenclatura de las infecciones de origen dentario ha cambiado en el último tiempo. De acuerdo a la clasificación de la Asociación Americana de Endodoncia, el absceso apical agudo corresponde a la reacción inflamatoria a la infección y necrosis pulpar que se caracteriza por una rápida aparición, dolor espontáneo, dolor del diente a la presión, formación de pus y aumento de volumen de los tejidos vecinos (9). Por lo tanto, esta clasificación incluye los diagnósticos de absceso dentoalveolar agudo, absceso subperióstico y absceso submucoso.

El manejo de las infecciones de origen dentario se basa principalmente en el tratamiento del diente afectado y drenaje del absceso (5). El tratamiento conservador (endodoncia y rehabilitación del diente) o la exodoncia dependerán del pronóstico del diente. El uso de antibióticos es complementario al tratamiento odontológico.

En Chile, el Plan Nacional Contra la Resistencia a los Antimicrobianos elaborado por el Ministerio de Salud plantea entre sus objetivos específicos utilizar de forma eficaz los medicamentos antimicrobianos en la salud humana y animal, a través de la promoción de políticas que fomenten el uso prudente y responsable de los antimicrobianos basados en normas y directrices intergubernamentales (10). En la atención odontológica, los estudios muestran que la indicación de antibióticos varía entre los países, existiendo alto riesgo de sobreindicación en los casos de infecciones odontogénicas (11). Considerando la alta frecuencia con que los antibióticos son prescritos en estas situaciones, existe preocupación por el riesgo de que estas prácticas estén contribuyendo a generar resistencia antimicrobiana (12).

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Atención de salud odontológica en APS y especialidades [Internet]. Sistema Reportes REM. 2018 [citado 23 de enero de 2020]. Disponible en: <http://webdeis.minsal.cl/rem2018/>
2. Figueiredo ALP, Lins L, Cattony AC, Falcão AFP. Laser therapy in the control of oral mucositis: a meta-analysis. *Rev Assoc Médica Bras* 1992. octubre de 2013;59(5):467–74.
3. Chow A. Epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations of odontogenic infections [Internet]. UpToDate. 2019 [citado 14 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-manifestations-of-odontogenic-infections?search=odontogenic%20infection&source=search_result&selectedTitle=2~28&usage_type=default&display_rank=2
4. Siqueira JF, Rôças IN. Microbiology and Treatment of Acute Apical Abscesses. *Clin Microbiol Rev.* abril de 2013;26(2):255–73.
5. Chow A. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections [Internet]. UpToDate. 2019 [citado 14 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/complications-diagnosis-and-treatment-of-odontogenic-infections?search=odontogenic%20infection&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&display_rank=1
6. Lypka M, Hammoudeh J. Dentoalveolar infections. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am.* agosto de 2011;23(3):415–24.
7. Weise H, Naros A, Weise C, Reinert S, Hoefert S. Severe odontogenic infections with septic progress - a constant and increasing challenge: a retrospective analysis. *BMC Oral Health.* 2 de agosto de 2019;19(1):173.
8. Poeschl PW, Spusta L, Russmueller G, Seemann R, Hirschl A, Poeschl E, et al. Antibiotic susceptibility and resistance of the odontogenic microbiological spectrum and its clinical impact on severe deep space head and neck infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* agosto de 2010;110(2):151–6.
9. American Association of Endodontists. Glossary of Endodontic Terms [Internet]. 2016 [citado 14 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.nxtbook.com/nxtbooks/aae/endodonticglossary2016/index.php>
10. Ministerio de Salud. Plan nacional contra la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2017 [citado 14 de enero de 2020]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/08/Plan-Nacional-contra-la-resistencia-a-los-antimicrobianos.pdf
11. Segura-Egea JJ, Martín-González J, Jiménez-Sánchez M del C, Crespo-Gallardo I, Saúco-Márquez JJ, Velasco-Ortega E. Worldwide pattern of antibiotic prescription in endodontic infections. *Int Dent J.* 2017;67(4):197–205.

12. Lockhart PB, Tampi MP, Abt E, Aminoshariae A, Durkin MJ, Fouad AF, et al. Evidence-based clinical practice guideline on antibiotic use for the urgent management of pulpal- and periapical-related dental pain and intraoral swelling: A report from the American Dental Association. *J Am Dent Assoc.* 1 de noviembre de 2019;150(11):906-921.e12.

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo General: Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo ambulatorio de personas con infecciones de origen dentario.

Tipo de pacientes y escenario clínico: Personas con infecciones de origen dentario que reciben atención de urgencia en el nivel primario y secundario de atención, en el sistema público y privado de salud.

Usuarios de la Guía: Todos los profesionales de salud con responsabilidades en el manejo de personas con infecciones de origen dentario: dentistas generales y especialistas, auxiliares paramédicos y técnicos de nivel superior en odontología, profesionales de atención primaria y servicios de urgencia, químicos farmacéuticos, entre otros.

3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un equipo elaborador compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; un Coordinador Clínico, Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

- ▶ Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2018](#)

Para la actualización de la GPC Urgencia Odontológica Ambulatoria se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC Urgencia Odontológica Ambulatoria 2011 con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta. Las recomendaciones que fueron formuladas de forma adecuada se consideraron demasiado amplias, por lo que se decidió presentarlas al panel para que sirvieran de insumo para el proceso de formulación de preguntas.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2011](#)

Definición y priorización de preguntas

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas** para la actualización. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente actualización se responderían las siguientes preguntas:

1. En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso, sin compromiso del estado general ¿Se debe usar antibiótico en comparación a no usar antibiótico?
2. En personas con dentición permanente con compromiso del estado general y absceso apical agudo (incluye el absceso subperióstico) ¿Se debe usar antibióticos en comparación a no usar antibióticos?
3. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, sin compromiso del estado general, con alguna condición sistémica que aumente el riesgo de su progresión o diseminación (diabetes, insuficiencia hepática, inmunosupresión, situación de calle, etc) ¿Se debe usar “antibióticos” en comparación a “no usar”?

4. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe usar amoxicilina más ácido clavulánico en comparación a usar amoxicilina?
5. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe usar amoxicilina por 5 días en comparación a usar por 7 días?
6. En personas con dentición permanente, alérgicas a los betalactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de profilaxis antibiótica, ¿Se debe usar un macrólido (eritromicina, azitromicina) en comparación a usar un antibiótico del grupo de lincosamidas (clindamicina)?
7. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario (flegmón, absceso de espacios anatómicos), en atención de urgencia ambulatoria que requieren hospitalización ¿Se debe “iniciar tratamiento antibiótico en forma precoz” (dentro de los primeros 60 minutos) en comparación a “iniciar tratamiento tardío” (después de 2 horas)?
8. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, en atención de urgencia ambulatoria que requieren hospitalización, con tratamiento antibiótico de inicio precoz en la urgencia ¿Se debe “usar tratamiento vía oral” en comparación a “usar tratamiento endovenoso”?
9. En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso ¿Se debe realizar “drenaje canalicular (canal radicular) más drenaje quirúrgico” en comparación a “realizar drenaje canalicular”?
10. En personas con dentición permanente con sospecha de infección de origen dentario candidato a tratamiento conservador del diente (endodoncia) ¿Se debe “realizar radiografía” en comparación a “no realizar”?

Finalmente el equipo elaborador decidió no incluir esta última pregunta en esta guía de práctica clínica, ya que se requiere la inclusión de otros especialistas en el panel para poder realizar una recomendación.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2019](#)

Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE)⁴. Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

⁴ Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

- ▶ Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para asegurar la permanente vigencia de las recomendaciones de esta Guía, se generó un sistema de alerta que identifica periódicamente estudios que dan respuesta a las preguntas formuladas.

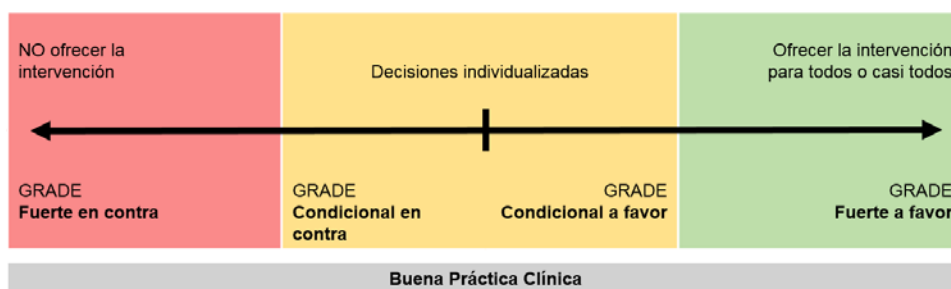
- ▶ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Urgencia Odontológica Ambulatoria 2020” versión extensa](#)

4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica habitual. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado.

Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona. Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la

intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).

5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente actualización es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinadores	Clínico: Bernardita Zúñiga Oliva. Cirujano Dentista. Especialista en Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial. Magíster en Ciencias Médicas, mención Epidemiología e Infecciones Intrahospitalarias. Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
	Temáticos: Claudia Carvajal Pavez - Carolina Mendoza Van der Molen. Odontólogas Departamento Salud Bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Metodólogos	Coordinadora Metodológica: Patricia Kraemer Gómez. Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
	Apoyo: Luis Pimentel Poulain. Químico Farmacéutico y Natalia Celedón Hidalgo. Fonoaudióloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	Asesor: Ignacio Neumann Burotto. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

Panel de expertos

Paola Aguilera Ibaceta	Matrona. Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud.
Francisco Araya Castillo	Cirujano Dentista, Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
Cristóbal Araya Salas	Cirujano Dentista. Especialista en Patología Bucomaxilofacial. Instituto Nacional del Cáncer, Equipo de Cirugía Cabeza y Cuello. Hospital Barros Luco Trudeau, Unidad de Emergencia. Universidad Mayor, Escuela de Odontología.
Mónica Arce Yáñez	Cirujano Dentista. Especialista en Endodoncia. Caja de Previsión de la Defensa Nacional, Centro de Salud Santiago. Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Odontología.
Jaqueline Calderón Muñoz	Técnico Dental. Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Dr. Carlos Lorca Tobar, El Bosque.
Carlos Campos Pino	Cirujano Dentista. Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud.
Carolina del Valle Aranda	Cirujano Dentista. Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud.
Roberto González Vásquez	Cirujano Dentista. Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Clínica Odontológica Yany.
Catalina Gutiérrez Ruiz	Médico Cirujano, sub especialista en enfermedades infecciosas del adulto. Hospital San Juan de Dios. Clínica Vespucio.

José Antonio Jara Sandoval	Químico Farmacéutico, Doctor en Farmacología. Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
Elizabeth Lozano Sepúlveda	Cirujano Dentista. Especialista en Periodoncia. Sociedad de Periodoncia de Chile.
Duniel Ortuño Borroto	Cirujano Dentista. Dirección de Salud El Bosque. Pontificia Universidad Católica de Chile. Sociedad de Salud Pública Chile.
Jorge Valdebenito Pino	Enfermero. Departamento Enfermedades Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Romina Venturino Solar	Cirujano Dentista. Departamento Odontológico. División de Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud
Nicole Wachtendorff Pérez	Cirujano Dentista. Centro de Salud Familiar Canciller Orlando Letelier; Servicio de Atención Primaria de Urgencia Dr. Carlos Lorca Tobar, El Bosque. Universidad del Desarrollo.

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Universidad de La Frontera. Facultad de Odontología¹	<i>Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones. Centro de Investigación en Salud Pública, Economía y Epidemiología Oral (CIEESPO) y el Centro de Investigación, Capacitación y Gestión para la Salud Basada en Evidencias (CIGES), de la Universidad de La Frontera.</i> Autores: Dr. Carlos Zaror; Dra. Pamela Serón; Dr. Gerardo Espinoza. Colaboradores: Jaime Abarca, Diana Buitrago, Diana Figueredo, Ricardo Solano y María José Oliveros.
Universidad de La Frontera Facultad de Odontología¹	<i>Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones. Centro de Investigación en Salud Pública, Economía y Epidemiología Oral (CIEESPO) y el Centro de Investigación, Capacitación y Gestión para la Salud Basada en Evidencias (CIGES), de la Universidad de La Frontera.</i> Autores: Dr. Carlos Zaror; Dra. Pamela Serón; Dr. Gerardo Espinoza Colaboradores: Jaime Abarca, Diana Buitrago, Diana Figueredo, Ricardo Solano y María José Oliveros.
Luis Pimentel Poulain²	Informes de Valores y preferencias de los pacientes.
Francisco Araya Castillo³	Informes de Evaluaciones Económicas
Paola Aguilera⁴	Costos en Chile de las intervenciones.

1 La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

2 Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

3 Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

4 Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Diseño, edición, desarrollo y mantenimiento plataforma web

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero Informático. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
----------------------------------	--

Declaración de potenciales conflictos de interés

Del total de integrantes del equipo colaborador las siguientes personas declararon potenciales de conflictos de interés:

- Catalina Gutiérrez Ruiz declara haber participado en la Red Chilena de Candidemias financiada por Laboratorio Pfizer durante los años 2016, 2017 y 2018.

Luego de analizar las declaraciones de los participantes, el equipo elaborador decidió no limitar la participación de estos colaboradores.