

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Tratamiento del **ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-326-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 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 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 variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

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

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento del Absceso Profundo de Cuello**, México; Secretaría de Salud, 2009

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

J36. Absceso Periamigdalino
J39.0 Absceso Retrofaríngeo y Parafaríngeo
J39.1 Otros Abscesos de la Faringe
K11.3 Absceso (Glándula Salival) de Región Parotidea
K12.2 Angina de Ludwig (Celulitis y Absceso de Boca)
LO2.0 Absceso Submentoniano
LO2. 1 Absceso Submandibular. (Absceso Cutáneo, Furúnculo y Carbunco del Cuello)
GPC: Diagnóstico y Tratamiento del Absceso Profundo de Cuello

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Oftalmólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos, División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE
----------------------------------	-------------	--------------------------------------	--

Autores:

Dr. Marco Antonio García Huerta	Cirujano Maxilofacial	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional CMN S XXI
Dr. Juan Gabriel Jurado Reyes	Cirujano General	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades CMN S XXI
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Oftalmólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos, División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE
Dr. Héctor Alejandro Velázquez Chong	Otorrinolaringólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades CMN S XXI

Validación Interna:

Dr. Sergio Castro Ibarra	Cirujano General	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Hospital General de Zona No. 30 Mexicali B. C.
Dr. Rubén Moreno Padilla	Otorrinolaringólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza

Validación Externa:

Dr. Enrique Azuara Pliego			Academia Mexicana de Cirugía
Dr. Mario Antonio Barrón soto			Academia Mexicana de Cirugía

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 ANTECEDENTES	7
3.2 JUSTIFICACIÓN	7
3.3 PROPÓSITO	7
3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	8
3.5 DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	9
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA	10
4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	10
4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA	10
4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA	11
4.2.1 DETECCIÓN	11
4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO	11
4.3 DIAGNÓSTICO	13
4.3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	13
4.3.1.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	14
4.4 TRATAMIENTO	16
4.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (VER ANEXO 2, CUADRO 1)	16
4.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	19
4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA	20
4.5.1 TÉCNICO-MÉDICOS	20
4.5.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	20
4.5.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	21
4.5 CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA	21
4.5.1 TÉCNICO-MÉDICOS	21
4.5.1.1 CONTRARREFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	21
4.5.1.2 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	21
4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO	22
4.7 DÍAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA	23
5. ANEXOS	24
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	24
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	24
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD	26
5.4 MEDICAMENTOS	30
5.5 ALGORITMOS	31
6. GLOSARIO	34
7. BIBLIOGRAFÍA	35
8. AGRADECIMIENTOS	38
9. COMITÉ ACADÉMICO	39
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	40
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	41

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: IMSS-326-10	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos Cirujanos de Cabeza y Cuello, Médicos Otorrinolaringólogos, Médicos Cirujanos Generales y Cirujanos Maxilofacial.
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	J36. Absceso periamigdalino J39.0 Absceso retrofaríngeo y parafaríngeo J39.1 Otros abscesos de la faringe K11.3 Absceso (glándula salival) de región parotídea K12.2 Angina de Ludwig (Celulitis y absceso de boca) LO2.0 Absceso submentoniano LO2.1 Absceso submandibular. (Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco del cuello)
NIVEL DE ATENCIÓN	Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención
CATEGORÍA DE LA GPC	Diagnóstico Tratamiento
USUARIOS	Urgenciólogos Médico-Quirúrgico Médicos Otorrinolaringólogos Cirujanos Maxilofaciales Cirujanos Generales
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes: División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE. Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes: División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE Delegación Distrito Federal Sur/ Hospital de Especialidades Siglo XXI México D. F.
POBLACIÓN BLANCO	Todos los pacientes portadores de absceso cervical profundo
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes: División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE Delegación Distrito Federal Sur/ Hospital de Especialidades Siglo XXI México D. F. Delegación Baja California Hospital General de Zona No. 30 Delegación Distrito Federal Norte/ Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Criterios Diagnósticos Cuadro Clínico Biometría Hemática Química Sanguínea Tiempos de Coagulación Tomografía Computarizada Ultrasonografía de Cuello Resonancia Magnética Nuclear
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Detección y modificación de los factores de riesgo Disminución de la morbimortalidad Referencia oportuna y efectiva Satisfacción con la atención Mejora de la calidad de vida Diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico oportuno y específico Uso adecuado de estudios de laboratorio y gabinete Uso eficiente de los recursos
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Guías seleccionadas: 2 del 2003 al 2007 ó actualizaciones realizadas en este período Revisión sistemática 1 Ensayos controlados aleatorizados 1 Reporte de casos 3 Número de Fuentes documentales revisadas: 12 Construcción de la guía para su validación Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Emisión de evidencias y recomendaciones Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Validación del protocolo de búsqueda por División de Excelencia Clínica de la Coordinación de UMAE Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia.
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Revisión externa : Academia Mexicana de
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO: IMSS-326-10. FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRÁVES DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es la población más susceptible para padecer abscesos profundos de cuello?
2. ¿Cuáles son las medidas preventivas que deben realizarse para evitar el desarrollo de un absceso cervical profundo?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar absceso cervical profundo?
4. En el paciente portador de absceso cervical profundo ¿cuáles son los signos y síntomas que establecen el diagnóstico clínico?
5. ¿Qué presentaciones clínicas pueden tener las infecciones cervicales profundas?
6. En el paciente con sospecha clínica de absceso cervical profundo ¿cuáles son los estudios de laboratorio y gabinete que apoyan el diagnóstico?
7. En el paciente con diagnóstico de absceso cervical profundo ¿cuáles son los criterios para decidir tratamiento médico inicial o tratamiento quirúrgico?
8. En el paciente con diagnóstico de absceso cervical profundo ¿Cuál es el tratamiento farmacológico más efectivo?
9. ¿Cuál es el seguimiento que debe tener el paciente que ha sido tratado por absceso cervical profundo?
10. ¿Qué complicaciones puede presentar un paciente con absceso profundo de cuello?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

Los APC se conocen desde la época de la medicina griega y romana y durante muchos siglos; antes de la aparición de los antibióticos se trataban solo con medios quirúrgicos.

En países desarrollados este padecimiento puede estar más relacionado con la resistencia a los antibióticos, teniendo como origen principal las infecciones de vías aéreas superiores. Sin embargo, en países en vías de desarrollo la principal causa continúa siendo las infecciones de origen dentario generadas por mala higiene bucal.

Otras causas menos frecuentes pueden estar relacionadas con infecciones parotídeas, otitis, lesión traumática de cavidad oral o hipofaringe (instrumentación médica o cuerpo extraño) o lesiones cutáneas, tumores malignos de vías aérodigestivas e inmunodeficiencias. Existen también casos en donde no se conoce la causa desencadenante.

3.2 JUSTIFICACIÓN

Actualmente la población general se encuentra expuesta a diferentes factores o enfermedad que conllevan diferentes estados de compromiso inmunológico como lo son el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, diabéticos con descontrol metabólico, desnutridos, portadores de infecciones aéreas con tratamiento incompleto, inadecuado o infecciones no tratadas, y los grupos etáreos que se encuentran en los extremos de la vida. Además debemos considerar aquellos otros pacientes que por situaciones secundarias desarrollan inmunodeficiencia como la población sometida a terapias de tipo oncológico, esteroides sistémicos, manipulación dental, entre otros, sin olvidar también a la población con mala higiene bucal que en nuestro medio representa una parte importante de aquellos que desarrollan la enfermedad.

El absceso cervical profundo es un padecimiento que amerita diagnóstico y tratamiento urgente, debido a que es potencialmente mortal. En nuestra población su presentación es frecuente y deben llevarse a cabo acciones dirigidas a modificar factores de riesgo y disminuir la frecuencia de presentación. Además el establecer los criterios diagnósticos y de tratamiento médico-quirúrgico puede lograr disminuir la morbimortalidad, así como los costos hospitalarios derivados de éste.

3.3 PROPÓSITO

Dar a conocer en forma general a los médicos de los diferentes niveles de atención las características de este padecimiento. Para establecer las acciones que pueden ser realizadas en cada nivel de atención y en las diferentes etapas de la enfermedad, considerando los recursos y las capacidades del personal disponible. Lo que permitirá establecer medidas de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, disminución de complicaciones y por lo tanto de la mortalidad generada.

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

El desarrollo de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del absceso profundo de cuello es establecer un acuerdo nacional que permita orientar en la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pretende poner a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales. Considerando para cada nivel de atención las capacidades, habilidades y recursos materiales de los que disponen los médicos en su práctica diaria. Además de intentar establecer acuerdos entre las diferentes áreas médicas que interaccionan en el paciente portador de absceso cervical profundo.

Los objetivos de la presente guía son:

En el primer nivel de atención:

- Identificar a los pacientes portadores de factores de riesgo para el desarrollo de absceso cervical profundo
- Modificación o eliminación de los factores de riesgo factibles de hacerlo.
- Identificar de forma oportuna los signos y síntomas relacionados con el absceso cervical profundo buscando realizar un diagnóstico temprano
- Realizar la referencia oportuna al segundo nivel de atención

En el segundo nivel de atención:

- Diagnóstico temprana del paciente con absceso cervical profundo
- Manejo médico oportuno del paciente con absceso cervical profundo
- Establecer los criterios clínicos para realizar de drenaje quirúrgico en forma oportuna
- Establecer los datos clínicos que ameriten el envío del segundo a tercer nivel de atención
- Determinar los datos clínicos que deberán ser evaluados durante el seguimiento

En el tercer nivel de atención:

- Realizar tratamiento quirúrgico oportuno
- Reducir la mortalidad generada por absceso cervical profundo
- Determinar los datos clínicos que deberán ser evaluados durante el seguimiento.

Esperando que con estas acciones favorezcan 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.

3.5 DEFINICIÓN

Los abscesos de cuello se definen como procesos de origen infeccioso, que forman colección de material purulento a través de los planos profundos del cuello, formados por fascias, puede involucrar uno o varios de los espacios. Además pueden ser estar localizados o diseminados y generar complicaciones de extrema gravedad locales o a distancia y poner en riesgo la vida. (García 2004)(Huang 2004)(Campos 2009)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)




En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:



Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA
4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD
4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El mal estado de la cavidad bucal por falta de higiene favorece el desarrollo de infección odontogénica, que puede dar origen a abscesos profundos de cuello y comprometer estructuras más alejadas (propagación por continuidad y a distancia).</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Bottin 2003, Jiménez 2006,</i> <i>Marioni 2008, Jiménez 2004</i></p> <p>Evidencia Nivel IIb Evidencia III Nivel evidencia Ib <i>Ministerio de salud.</i> <i>Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años.</i> <i>Santiago: Minsal, 2007.</i></p>
 <p>Diversas sustancias han demostrado ser de utilidad en la prevención de infecciones odontogénicas.</p>	<p>Evidencia Nivel IIb Evidencia III Nivel evidencia Ib <i>Ministerio de salud.</i> <i>Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años.</i> <i>Santiago: Minsal, 2007.</i></p>

R

En pacientes que tienen factores de riesgo de para el desarrollo de infecciones odontogénicas se debe indicar profilaxis a base de pastas dentales que contengan:

- fluoruro de estaño
- fluoruros de amino/fluoruros de estaño
- Clorhexidina
- triclosán / copolímero

Que son más efectivas que las pastas comunes y sustancias como el barniz de fluoruro de sodio al 5%. Indicado para prevenir las caries.

Recomendación A
Recomendación B
Recomendación C

Ministerio de salud.
Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años.
Santiago: Minsal, 2007.

R

Se sugiere adecuada higiene bucal, detección y atención oportuna de la patología bucal, con examen odontológico de control cada 6 meses sobre todo en pacientes con riesgo de infecciones.

C

[E. Shekelle]

Bottin 2003, Jiménez 2006,
Marioni 2008

D

[E. Shekelle]

Wisconsin Diabetes Advisory Group Prevention and Control Program

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>La diabetes mellitus es la principal enfermedad asociada en el APC seguida de otros como portadores de VIH, lupus eritematoso sistémico, insuficiencia renal crónica y un estado metabólico descompensado favorece los procesos infecciosos. (Ver anexo).</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Hope 2009, Eftekharian 2009,</i> <i>Ramírez 2004,</i> <i>Hernández 2006</i></p>
<p>E</p> <p>Existe una estrecha relación entre la diabetes y la salud bucal. La diabetes no controlada o episodios de hiperglicemia, agravan los síntomas de enfermedades gingivales y periodontales y el tratamiento inadecuado o la falta de el, aumentan los niveles de glicemia. (Ver anexo).</p>	<p>Nivel evidencia IV <i>Ministerio de salud.</i> <i>Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años.</i> <i>Santiago: Minsal, 2007.</i></p>

- E** La presencia de otro proceso infeccioso ya sea de vía aérea superior, glándula salival, otitis y sinusitis pueden llegar a condicionar un APC.
III
[E. Shekelle]
Panduranga 2003, Huang 2006, McClay 2003
- E** El uso de antibióticos durante el curso de la faringoamigdalitis aguda de vías respiratorias reduce la frecuencia de absceso periamigdalino con RR 0,15; IC del 95%: 0,05 a 0,47.
Ia
[E. Shekelle]
Del Mar 2008
- R** Se sugiere tratamiento de procesos infecciosos, y profilaxis a pacientes que serán sometidos a procedimientos odontológicos sobre todo en pacientes diabéticos o con inmunosupresión, (ver anexo).
A
[E. Shekelle]
Del Mar 2008
Recomendación D
Ministerio de salud.
Guía Clínica Salud Oral
Integral para Adultos de 60 años.
Santiago: Minsal, 2007.
C
[E. Shekelle]
Eftekharian 2009,
Ramírez 2004, Hernández 2006, Panduranga 2003
Huang 2006, McClay 2003,
Hope 2009
- E** Pacientes con factores de riesgo que requieran de una intervención bucal son más propensos a desarrollar APC.
III
[E. Shekelle]
Brook 2009
- E** En pacientes con ASA>2 o con condiciones médicas que resultan en disminución de las defensas del huésped está indicado el uso de profilaxis antibiótica.
III
Antibiotic prophylaxis
against wound infection
for oral surgical
procedures
Clinical Practice
Guidelines
Ministry of Health
Malaysia 2003

R

Se recomienda la profilaxis antimicrobiana en pacientes con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc. Además de uso de antisépticos bucales previos al tratamiento bucal.

B
Antibiotic prophylaxis against wound infection for oral surgical procedures
Clinical Practice Guidelines
Ministry of Health Malaysia 2003

C
[E. Shekelle]
Brook 2009

✓/R

El médico de primer nivel debe detectar al paciente con factores de riesgo y modificarlos siempre que sea posible además de insistir en las medidas de prevención de procesos infecciosos. Realizar envíos a odontología cada 6 meses a todos los pacientes que cursan con inmuno supresión.

Punto de Buena Práctica

✓/R

El odontólogo deberá realizar examen bucal cada 6 meses a todos los pacientes que cursan con factores de riesgo, en especial aquellos sin posibilidad de control e indicar uso de sustancias para la prevención de caries.

Punto de Buena Práctica

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Los datos clínicos más frecuentes en pacientes con absceso profundo de cuello son: aumento de volumen en cuello, hiperemia, dolor locoregional, disfagia, odinofagia, disfonía, trismus, fiebre, edema facial, entre otros.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Bottin 2003, Cmejrek 2002</i></p>
<p>R</p> <p>Se sugiere una exploración clínica completa que nos permita detectar cualquier alteración, con la finalidad de delimitar la progresión del proceso infeccioso cervical (ver anexo).</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Bottin 2003, Cmejrek 2002</i></p>

<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>Pacientes con limitación de la apertura bucal (trismus) y con cuadro clínico sugerente de absceso profundo de cuello debemos sospechar afectación al espacio parafaríngeo y/o masticador.</p>	<p style="text-align: center;">III [E. Shekelle] <i>García 2004, Ramírez 2004, Plaza Mayor 2001</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">R</div>	<p>Se sugiere que ante esta situación, siempre se deberá valorar la apertura bucal con la finalidad de garantizar el acceso a la vía aérea y de no ser posible considerar la realización de traqueostomía para el drenaje abierto.</p>	<p style="text-align: center;">C [E. Shekelle] <i>García 2004, Ramírez 2004, Plaza Mayor 2001</i></p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>En pacientes con dolor torácico, hiperemia con o sin datos de dificultad respiratoria, existe sospecha de mediastinitis.</p>	<p style="text-align: center;">III [E. Shekelle] <i>Krenk 2007, Sumi 2008</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">R</div>	<p>Se sugiere realizar radiografía de tórax y TC que deberá incluir cortes mediastinales hasta la base del tórax.</p>	<p style="text-align: center;">C [E. Shekelle] <i>Krenk 2007, Sumi 2008</i></p>

4.3.1.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>La alteración de la cuenta leucocitaria generalmente leucocitosis, indica un proceso infeccioso. Sin embargo, en pacientes con inmunocompromiso o en pacientes sépticos podemos encontrar leucopenia.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Cmejrek 2002, Bottin 2003</i></p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>La urea y creatinina son de utilidad para valorar la seguridad al emplear medio de contraste en la tomografía computada.</p>	<p>IV [E. Shekelle] <i>Asif 2004</i></p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>Como parte de los estudios preoperatorios habituales se deberán realizar tiempos de coagulación.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Benaixa 2007</i></p>

R

Se sugiere realizar exámenes básicos de laboratorio que permitan valorar el empleo de hemoderivados para corrección de los mismos y ante niveles elevados de azoados realizar preparación nefrológica del paciente previo al estudio tomográfico para evitar daño renal.

C
[E. Shekelle]
Benaixa 2007
D
[E. Shekelle]
Asif 2004

E

La tomografía computarizada (TC) es el estudio de imagen de mayor utilidad para el diagnóstico y plan quirúrgico, con un valor predictivo positivo de 82% y valor predictivo negativo del 100%. Esta permite determinar el número de espacios afectados, así como extensión extracervical (mediastino, base de cráneo, gálea aponeurótica craneal, etc.), y afectación de órganos adyacentes (vaina carotidea, glándula tiroides, tráquea). Además permite establecer la presencia de absceso, fascitis necrotizante, celulitis o mediastinitis.

III
[E. Shekelle]
Plaza 2001, Miller 1999
Nagy 1999, Becker 1997.

R

La realización de la tomografía computarizada es indispensable para el diagnóstico y suficiente para la planeación e intervención quirúrgica.

C
[E. Shekelle]
Plaza 2001, Nagy 1999

E

La ultrasonografía de cuello y la resonancia magnética nuclear (RMN) son útiles para realizar diagnóstico de APC, e incluso existen reportes en donde esta última ha demostrado ventajas sobre la TC.

III
[E. Shekelle]
Muñoz 2001, Yeow 2001,
Bottin 2003, García 2004

R

En caso de no contar con TC, podrá emplearse USG o incluso RMN considerando las limitantes que puedan tener estos estudios.

C
[E. Shekelle]
Muñoz 2001, Yeow 2001,
Bottin 2003, García 2004

E

La radiografía simple AP y lateral de cuello aportan información limitada y puede mostrar desviación de vía aérea o aumento del espacio retrofaríngeo respectivamente.

III
[E. Shekelle]
Nagy 1999, Persaud 2004,
Cmejrek 2002, Coticchia 2004

R

La placa simple de cuello puede ser utilizada en primero o segundo nivel para orientar el diagnóstico.

C
[E. Shekelle]
Nagy 1999, Persaud 2004, Cmejerk 2002,
Coticchia 2004

<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>La radiografía de tórax o TC con cortes hasta la base del tórax con evidencia de derrame pleural o ensanchamiento mediastinal, se considera mediastinitis.</p>	<p style="text-align: center;">III [E. Shekelle] <i>De Freitas 2007, Kinzer 2009</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">R</div>	<p>Una vez realizado el diagnóstico de mediastinitis por imagen, el drenaje quirúrgico debe realizarse a la brevedad.</p>	<p style="text-align: center;">C [E. Shekelle] <i>De Freitas 2007, Kinzer 2009</i></p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>Las radiografías simples de cuello AP y lateral tienen una utilidad limitada, sin embargo, permiten visualizar: desplazamiento o compresión de la vía aérea, aumento en el espacio retrofaríngeo y gas, o aumento en la densidad de tejidos blandos.</p>	<p style="text-align: center;">III [E. Shekelle] <i>Nagy 1999, Benaixa 2007, Cmejrek 2002</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">R</div>	<p>Sugerimos que las placas simples únicamente se realicen en unidades de primer nivel para complementación diagnóstica.</p>	<p style="text-align: center;">C [E. Shekelle] <i>Nagy 1999, Benaixa 2007</i></p>

4.4 TRATAMIENTO

4.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (VER ANEXO 2, CUADRO 1)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>La penicilina procaínica 800,000 UI IM cada 12 hrs. más metronidazol 500mg VO cada 8 hrs. durante 10 días, continua empleándose como esquema de primera elección.</p>	<p style="text-align: center;">III [E. Shekelle] <i>Panduranga 2003, Brook 2008, Benaixa 2007</i></p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>Diversos estudios reportan diferentes esquemas antimicrobianos. Todas coinciden en betalactámicos de amplio espectro (para gram-positivos y gram-negativos) y metronidazol o clindamicina (para anaerobios).</p>	<p style="text-align: center;">III [E. Shekelle] <i>Ossowski 2006, Cmejrek 2002, Mc Clay 2003</i></p>

E

Un ensayo comparó la eficacia del uso empírico de clindamicina intramuscular en pacientes ambulatorios y uso intravenoso de ampicilina/sulbactam durante 7 días en hospitalizados (seguidos de aspiración). El resultado para el control del dolor y la fiebre no tuvo diferencias, sin embargo el uso de clindamicina en paciente ambulatorios redujo los costos de hospital.

Ib

[E. Shekelle]

Ozbek 2005

R

Recomendamos iniciar con tratamiento médico empírico a base de:

1. Cefalosporinas de 3era generación como: cefotaxima, ceftazidima, ceftriaxona, entre otras” a dosis de 1 a 2 gramos IV cada 8 horas (para gram positivos y negativos)
2. Metronidazol 500mg IV cada 8 horas y/o clindamicina 600 mg cada 8 horas (para anaerobios).

El esquema inicial puede ser modificado de acuerdo al resultado del cultivo, antibiograma o evolución del paciente.

A

[E. Shekelle]

Ozbek 2005

C

[E. Shekelle]

Ossowski 2006, Cmejerek 2002, Mc Clay 2003, Galioto 2008

E

El tratamiento antibiótico de amplio espectro sin drenaje se utiliza sólo en fase de celulitis o abscesos localizados a un solo espacio cervical.

III

[E. Shekelle]

McClay 2003, Page 2008

R

El tratamiento antibiótico sin drenaje se realiza solo en:

- Diagnóstico de celulitis o de absceso limitado a un espacio confirmado con estudio de imagen
- Pacientes sin datos de descompensación metabólica
- Pacientes sin factores de riesgo asociados.

Se considerará tratamiento exitoso la disminución o desaparición de signos y síntomas.

C

[E. Shekelle]

McClay 2003, Page 2008

R

En los pacientes con tratamiento médico se sugiere realizar valoración periódica estricta cada 8 horas es indispensable.

C

[E. Shekelle]

McClay 2003, Page 2008

E

Los microorganismos más frecuentemente encontrados son: *Streptococcus Viridans*, *Streptococo beta y alfa hemolítico*, *Klebsiella Neumoniae*, *Neisseria*, *Pseudomona*, *peptoestreptococos*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus milleri*, *fusobacterias*, *Bacteroides distasonis*, *Bacteroides ovatus* y *Enterobacter cloacae* diferentes anaerobios y frecuentemente cultivos polomicrobianos.

III
[E. Shekelle]
Eftekharian 2009,
Ramírez 2006
Huang 2006, *García 2004*, *Hope 2009*

R

Es de suma importancia obtener cultivo para continuar o modificar esquema antimicrobiano.

III
[E. Shekelle]
Eftekharian 2009,
Ramírez 2006
Huang 2006, *García 2004*

E

La presencia de complicaciones como afectación de la base del cráneo o la mediastinitis que puede manifestarse únicamente con taquicardia, disfagia, dificultad respiratoria, diaforesis o tos y requiere de manejo quirúrgico inmediato y deben ser tratados por un equipo multidisciplinario.

III
[E. Shekelle]
Alaani 2004, *De Freitas 2006*,
Kinzer 2008, *Leventhal 2008*, *Figueroa 2001*

R

Sugerimos llevar a cabo manejo multidisciplinario por parte de cirugía de cabeza y cuello, cardio-torácica, reconstructiva, máxilofacial y unidad de cuidados intensivos, para aquellos pacientes que lo requieran.

III
[E. Shekelle]
Ramírez 2004,
Wright 2008

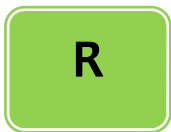
✓/R

Se sugiere utilizar terapia analgésica y antitérmica de acuerdo a las condiciones de cada paciente y preferentemente previo a la realización de curaciones.

Punto de Buena Práctica

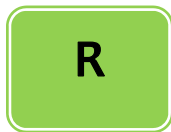
4.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>El drenaje por punción está descrito para diferentes localizaciones y extensiones, colocando sonda o catéter posterior a esto para irrigación y se realiza guiado por TC o USG.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Badran 2005, Ferrer 2001, Benaixa 2007, Yeow 2001, Thanos 2005</i></p>
<p>R</p>	<p>Se sugiere que este abordaje sea realizado por personal altamente capacitado y con el apoyo quirúrgico para drenaje abierto en caso de ser necesario. La valoración clínica y radiológica posterior al drenaje es indispensable.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Badran 2005, Ferrer 2001, Benaixa 2007, Yeow 2001, Thanos L 2005, Galioto 2008</i></p>
<p>✓/R</p>	<p>Se sugiere que esta técnica sea empleada solo para abscesos periamigdalinos, submentonianos, retrofaríngeo o submandibulares únicos sin involucro de tejidos adyacentes. Y en estos casos no es necesaria la punción guiada.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>
<p>✓/R</p>	<p>Se sugiere que cuando el espacio parafaríngeo se vea afectado sea drenado quirúrgicamente en forma urgente ya que se puede generar una trombosis séptica de la vena yugular interna y, a partir de ahí, embolismos a distintos sitios.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>
<p>E</p>	<p>La mayoría de los APC requiere de drenaje quirúrgico abierto, debido a que se encuentra dos o más espacios involucrados.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Stalfors 2004, Eftekharian 2009, Thanos 2005, Ramírez 2004, Bottin 2003</i></p>
<p>E</p>	<p>En el paciente con absceso de cuello, el edema y el trismus puede dificultar la anestesia debido a obstrucción de la vía aérea y la intubación con fibra óptica es una opción y otra alternativa es la traqueotomía con anestesia local, previa al drenaje abierto, para garantizar la seguridad de la vía aérea.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Bottin 2003, Eftekharian 2009</i></p>



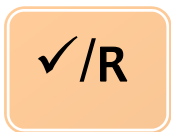
Cuando exista difícil acceso a la vía aérea la intubación traqueal con un broncoscopio flexible y anestesia tópica es recomendable, cuando no pueda realizarse por la falta del recurso o habilidad del médico es recomendable realizar traqueotomía con anestesia local previo al drenaje quirúrgico para garantizar la seguridad de la vía aérea.

C
[E. Shekelle]
Ovassapian 2005



El drenaje quirúrgico debe realizarse lo más pronto posible para evitar complicaciones como: mediastinitis, neumonía, derrame pleural, tromboembolia pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda, lesión vascular, empiema, síndrome de disfunción orgánica múltiple, hemorragia aguda, parálisis de nervios craneales y choque séptico.

C
[E. Shekelle]
LevenBthal 2008, Eftekharian 2009, Bottin 2003, Thanos 2005, Ramírez 2008, Ramírez 2004, Alaani 2004, De Freitas 2006, Kinzer 2008, Stalfors 2004, Kirov 2005



Se recomienda exista una comunicación adecuada entre anestesiólogo y cirujano ante la posibilidad de iniciar el procedimiento quirúrgico con una traqueostomía con anestesia local y evitar así compromiso ventilatorio.

Punto de Buena Práctica

Se sugiere realizar:



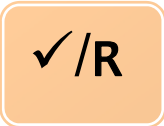
- Incisiones amplias para facilitar las curaciones
- Curación de los tejidos blandos de los espacios involucrados a través de las incisiones que cerrarán por segunda intención
- 2 a 3 por curaciones por día de acuerdo a evolución.

Punto de Buena Práctica


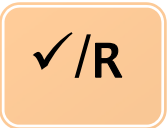
4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.5.1 TÉCNICO-MÉDICOS

4.5.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Todos los pacientes con diagnóstico de absceso profundo de cuello ameritan tratamiento mínimo en un segundo nivel de atención.</p>	Punto de Buena Práctica

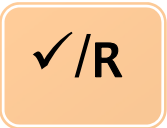
4.5.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>A pacientes con complicaciones graves como mediastinitis, choque séptico, etc. que ameritarán manejo multidisciplinario en tercer nivel.</p>	Punto de Buena Práctica
 <p>Aquellas unidades que no cuenten con recursos materiales o humanos capacitados para realizar el drenaje quirúrgico deberán considerar envío al siguiente nivel de atención médica.</p>	Punto de Buena Práctica

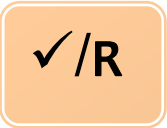
4.5 CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

4.5.1 TÉCNICO-MÉDICOS

4.5.1.1 CONTRARREFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Todo paciente cuya evolución en tercer nivel haya sido favorable y que únicamente requieran terminar el esquema antimicrobiano y curaciones. Es importante proporcionar la información de su atención en tercer nivel, evolución, y motivo de contrarreferencia.</p>	Punto de Buena Práctica

4.5.1.2 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se podrá enviar a primer nivel a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con resolución completa del APC. • Pacientes con factores de riesgo y/o focos sépticos dentales para su tratamiento <p>El médico de primer contacto debe considerar importante el antecedente de APC para así prevenir la posibilidad de un nuevo cuadro</p>	Punto de Buena Práctica

4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO



Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>El seguimiento del APC se lleva a cabo principalmente durante la estancia hospitalaria del paciente. Una vez drenado el absceso, se vigilará estrechamente la evolución clínica del paciente con apoyo de laboratorio y radiográfico de ser necesario.</p> <p>De acuerdo a dicha evolución, se tomarán decisiones en cuanto a posibles reintervenciones, lavados quirúrgicos o se continuará con el tratamiento establecido.</p> <p style="text-align: right;">III [E. Shekelle] <i>Benaixa 2007</i></p>
<p>E</p>	<p>Muchos pacientes son egresados a domicilio y se les pide acudir diario al consultorio para continuar curaciones. La frecuencia de estas curaciones será más esporádica conforme las heridas se mantengan limpias y vayan cicatrizando.</p> <p style="text-align: right;">III [E. Shekelle] <i>Fuentes 1996</i></p>
<p>✓/R</p>	<p>Una vez egresado a su domicilio al paciente se le citará a la consulta externa en 2 semanas para determinar su alta definitiva. Además se indicaran citas a curación donde se podrá valorar la evolución extrahospitalaria del paciente.</p> <p style="text-align: right;">Punto de Buena Práctica</p>
<p>E</p>	<p>La edad también representa un factor pronóstico para el desarrollo de complicaciones y la morbi-mortalidad está directamente relacionada al número de espacios afectados.</p> <p style="text-align: right;">III [E. Shekelle] <i>Ramírez 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>Recomendamos el drenaje quirúrgico completo de aquellos pacientes con tres o más espacios afectados, así como vigilancia estrecha de los pacientes mayores de 50 años.</p> <p style="text-align: right;">C [E. Shekelle] <i>Ramírez 2004</i></p>
<p>E</p>	<p>Una vez drenado el APC de origen dental, deberá ser valorada la posibilidad de erradicar el foco de infección.</p> <p style="text-align: right;">III [E. Shekelle] <i>Marioni 2008</i></p>

R

Considerar si es posible realizar al mismo tiempo el drenaje y erradicación del foco de infección a través de extracción del órgano dentario o la endodoncia correspondiente.

C
[E. Shekelle]
Marioni 2008

4.7 DÍAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Los días de incapacidad estarán determinados por la gravedad el APC y sus complicaciones potenciales.</p> <p>Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Todos los pacientes requieren de incapacidad hasta la resolución completa del padecimiento</p> <p>Punto de Buena Práctica</p>

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre: diagnóstico y tratamiento de los abscesos profundos de cuello.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica, a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre absceso cervical profundo en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Ministry of Health Clinical Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health of Clinical Excellence, National Library of Guidelines, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo no encontró guías de práctica clínica que cumplieran con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Para las recomendaciones de las guías se realizó el proceso de búsqueda que se llevó a cabo en: Medical disability advisor, PubMed, Cochrane Library, utilizando los términos y palabras clave; absceso cervical profundo, absceso de región parotidea, retrofaríngeo, parafaríngeo, periamigdalino, submandibular, submentoniano, cervical deep abscess, abscess submental, pharyngeal, parapharyngeal, retropharyngeal, retro-parapharyngeal, peritonsilar, la búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados, en idioma inglés y español, publicados a partir del 1997.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleó el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo \checkmark y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Crterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Escala de evidencia y recomendación de Shekelle

Categorías de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta análisis de estudios clínicos aleatorizados	A. Directamente basada en evidencia categoría I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización	B. Directamente basada en evidencia categoría II ó recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios 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 ó 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 de recomendaciones extrapoladas, de evidencias categoría II ó III

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Santiago: Minsal, 2007. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf>

FORTALEZA DE LOS GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Grado de recomendación	Bases de la recomendación
A	Evidencia de buena calidad
B	Evidencia inconsistente o de limitada calidad
C	Consenso, opinión de experto, o serie de casos para estudios de diagnóstico, tratamiento, prevención o detección

No authors listed] SORT: the strength-of-recommendation taxonomy. Am Fam Physician. 2005 Jan 1;71(1):19-20. No abstract available

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN DE MOH CLINICAL PRACTICE GUIDELINES 3/2005

Niveles de evidencia	Tipo de evidencia
Ia	Evidencia obtenida de meta-análisis o ensayos clínicos controlados aleatorios
Ib	Evidencia obtenida de al menos un Ensayo clínico controlado aleatorio
IIa	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado bien diseñado sin aleatorizar
IIb	Evidencia obtenida de al menos uno estudio cuasi experimental bien diseñado
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñado no experimentales, como estudios comparativos, de correlación y estudio de casos
IV	Evidencia obtenida de comité de expertos, repotes, opiniones u/o experiencia clínica de autoridades respetadas
Grados de recomendación	
Grado	Recomendación
A (nivel de evidencia Ia, Ib)	Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio, como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y coherencia abordar la recomendación específica.
B (nivel de evidencia IIa, IIb, III)	Requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien realizados pero no los ensayos clínicos aleatorios sobre el tema de la recomendación.
C (nivel de evidencia IV)	Requiere pruebas obtenidas de los informes de las comisiones de expertos u opiniones y/o experiencias clínicas de respetarse autoridades. Indica falta de aplicación directa estudios clínicos de buena calidad.
GPP (Puntos de buena práctica)	Las mejores prácticas recomendadas sobre la base de la experiencia clínica de la directriz del grupo de desarrollo

Ministry of Health of Malaysia. Clinical Practice Guidelines. Antibiotic Prophylaxis against wound infection for oral surgical procedures January 2003 . Available on the following website : [http:// www.moh.gov.my/medical/htm](http://www.moh.gov.my/medical/htm) : <http://www.acadmed.org.my> consultada 01 dicimbre 2009-

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CLASIFICACIÓN DE LOS ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO

Superficiales	afectan el tejido celular subcutáneo, son autolimitados, no ofrecen problemas para el diagnóstico o tratamiento, no pasan la aponeurosis superficial	
Profundos	Suprahioideos	Submentoniano
		Submaxilar
		Parotideo
		Peri amigdalino
		Retrofaríngeo
	Infrahioideo	Tiroideo (del conducto tirogloso)
	Circunscrito	Laringotraqueal
		De la vaina del músculo estenocleidomastoideo
		Sub-aponeuroticos y de la vaina carotideo
	infrahioideo	Latero faríngeo (faringomaxilar)
Difuso	Absceso profundo difuso	
	Celulitis cervical difusa	

Alina Mª García de Hombre Revisión sobre los abscesos profundos del cuello. ORL-DIPS 2004;31(2):62-65

PROFILAXIS ANTIMICROBIANA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PROCEDIMIENTOS DENTALES, RESPIRATORIOS Y ESOFÁGICOS

Situación	Droga	Dosis Adultos
Profilaxis estándar general	Amoxicilina	2,0 gr. oral, 1 hora antes del procedimiento
Imposibilidad de tratamiento oral	Ampicilina	2,0 gr. intramuscular o Intravenoso
Alérgico a Penicilina	Clindamicina	600 mg. 1 hora antes del procedimiento
	Azitromicina o claritromicina	500 mg. oral, 1 hora antes del procedimiento
Alérgico a Penicilina e imposibilidad de tratamiento oral.	Clindamicina	600 mg. intravenoso 30 min. antes del procedimiento

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años.

Santiago: Minsal, 2007. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf>

TRATAMIENTO DE URGENCIA ODONTOLÓGICA EN ADULTOS CON CASOS ESPECIALES

Patología de Base o condición	Diagnóstico	Indicaciones y Prescripción	Nivel de atención
Patología cardíaca	Portadores de válvulas (con o sin TAC) ASA II	Profilaxis antibiótica, (según Tabla)	Primario o secundario
	Portadores de válvulas (con o sin TAC) ASA III	Profilaxis antibiótica, (según Tabla)	Sólo en nivel terciario
	Endocarditis bacteriana infecciosa	Profilaxis antibiótica, (según Tabla)	Según el tipo de diagnóstico (ver tabla N° 1) corresponderá: 2rio y 3rio.*
	En tratamiento con aspirina	No es necesario suspender la aspirina, Interconsulta cardiólogo según complejidad. Hemostasia adecuada (sutura, gelita, cemento quirúrgico, etc.)	1°, 2°, 3° según complejidad del cuadro y diagnóstico máxilo -facial.
	Hipertenso ASA II	Sedación con benzodiazepinas Anestesia al 3%, sin vasoconstrictor. (Si bien, en este paciente, no se contraindican los vasoconstrictores, se brindará una anestesia más adecuada cuando se trabaja sin vasoconstrictor).	1°, 2°, 3° según complejidad del diagnóstico máxilofacial

	Hipertenso ASA III	Descompensado El dolor puede ser causa de descompensación. Sedación con Benzodiazepinas anestesia al 3%.	Secundario y terciario*
Enfermos renales La alteración de la función renal altera la vida media de los fármacos	En tratamiento médico. Los analgésicos, son eliminados por vía hepática, por lo que pueden usarse sin problemas de ajuste de dosis.	Interconsulta especialista. Eliminar los focos de infección. Siempre solicitar hemograma. Monitorizar la presión arterial. Profilaxis antibiótica, según tabla.	1°,2°,3° según complejidad del diagnóstico máxilofacial 55
Dializados	Se deben atender posterior a 24 hrs, de realizada la diálisis, idealmente por la mañana Los analgésicos, son eliminados por vía hepática, por lo que pueden usarse sin problemas de ajuste de dosis. Las penicilinas se pueden usar sin problemas, pero se deben alargar los intervalos posológicos. Se eliminan por vía renal (diálisis).	Profilaxis Evitar salicilatos y AINES; así como fármacos de excreción renal, los que deben ser ajustados en sus dosis. Uso de ácido tranexámico Colágeno local (gelita) Control de presión. Evitar el stress. Recordar que durante la diálisis se eliminan los fármacos circulantes y se debe reiniciar terapia medicamentosa posterior a la diálisis.	1°,2°,3° según derivación del diagnóstico máxilofacial
Diabéticos*	Compensado (ASA II)	No requiere cuidados especiales, si usa insulina realizar la atención post prandial idealmente.	Según el tipo de diagnóstico corresponderá el nivel 1° 2° 3°;
Diabéticos	Descompensado (ASA III)	Si la condición de base esta descompensada, realizar el procedimiento bajo profilaxis y si es posible, compensar previamente por el médico.	1°, 2°, 3°

<p>Paciente VIH, SIDA, Hepatitis, TBC y otras enfermedades infectocontagiosas Portador sano</p>	<p>Según diagnóstico Preferir técnicas con instrumental manual. Manejo del instrumental según Normas Minsal 1995 y 2001. Consideraciones similares al paciente ASA II.</p>	<p>Interconsulta médico tratante. Utilización de fármacos, de acuerdo a la patología del paciente y estado de la enfermedad y tratamiento médico utilizado. Realizar primera atención, citar a control programado.</p>	<p>Según diagnóstico: 1°, 2° y 3°**</p>
<p>Paciente VIH, SIDA, Hepatitis, TBC y otras enfermedades infectocontagiosas Portador enfermo</p>	<p>Según diagnóstico Preferir técnicas con instrumental manual. Manejo del Instrumental según Normas Minsal. 1995 y 2001. Consideraciones similares al paciente ASA III.</p>	<p>Interconsulta médico tratante. Utilización de fármacos, de acuerdo a la patología del paciente y estado de la enfermedad y tratamiento médico utilizado. Realizar primera atención, citar a control programado.</p>	<p>Según diagnóstico: 2° y 3°**</p>
<p>Alcohólicos</p>	<p>Según diagnóstico</p>	<p>Ajustar dosis de medicamentos Indicados (anestésicos locales, benzodiazepinas, paracetamol, etc.) debido al daño hepático. Hemostasia adecuada, debido a la alteración de los factores de la coagulación.</p>	<p>1°, 2°, 3°.</p>

* Si no existe forma de verificar que el paciente está compensado (< 130mg/dL); considerar como Diabético descompensado.

** Podrá ser tratado en aquellos establecimientos de atención primaria (Hospitales tipo IV) que cuente con condiciones para la atención.

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años.
Santiago: Minsal, 2007. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf>

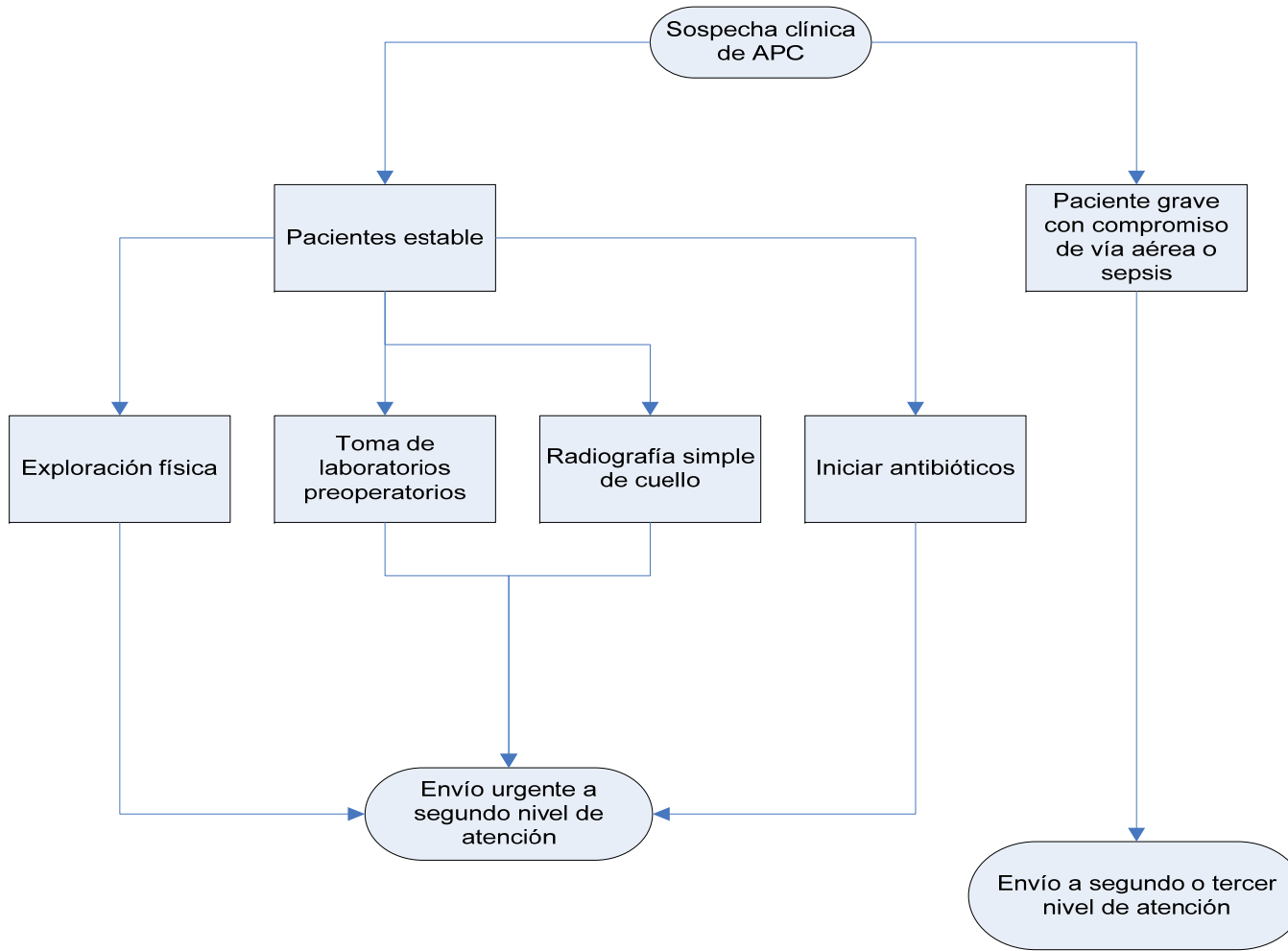
5.4 MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE ABSCESO CERVICAL PROFUNDO

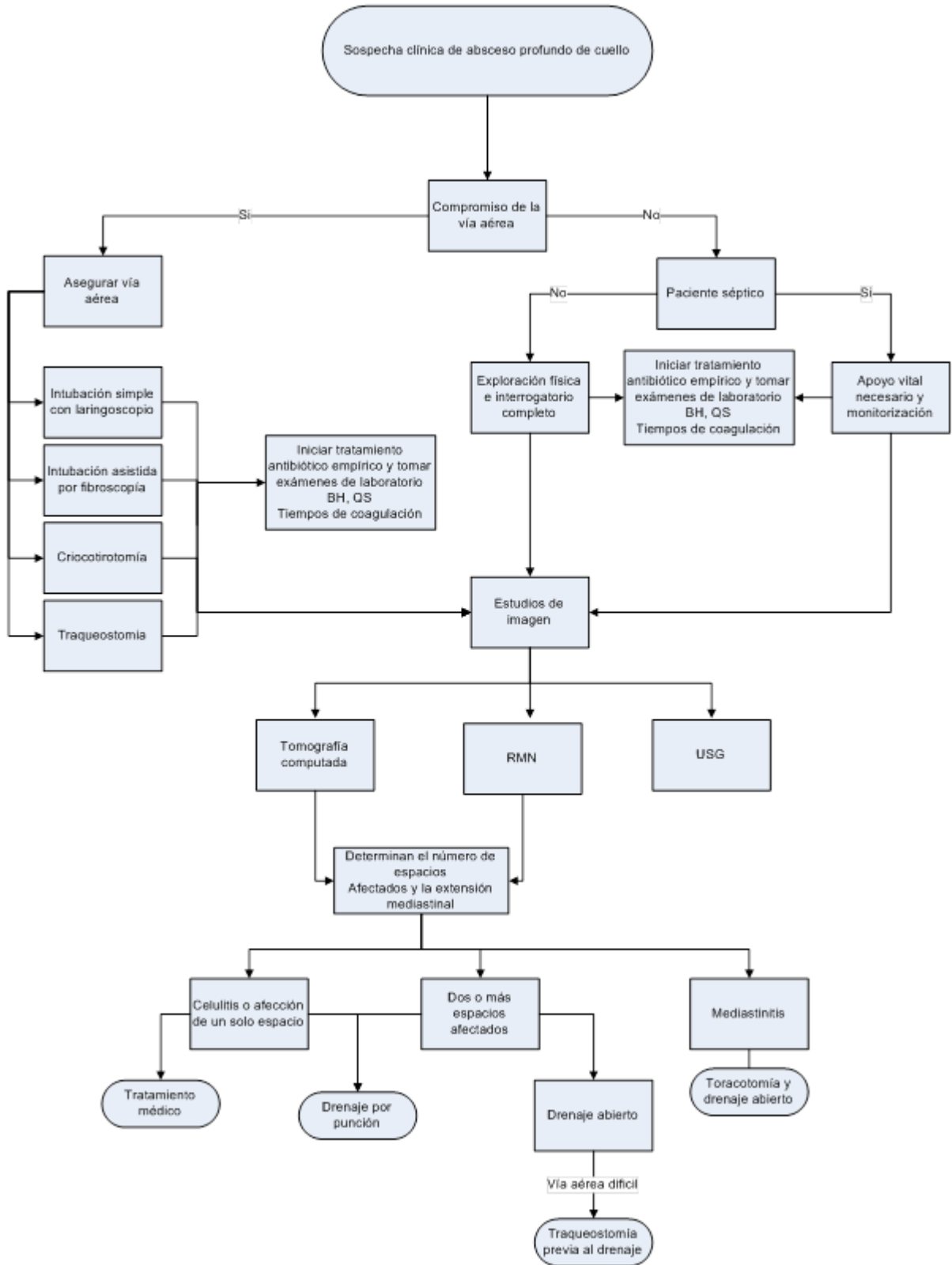
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1935	Cefotaxima	1 a 2 g cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 12 g/día.	Frasco ampula con polvo contiene: Cefotaxima sódica equivalente a 1 g de cefotaxima. Envase con 4 ml de diluyente.	Inicia esquema empírico y 14 días de acuerdo a resultados de cultivo con antibiograma	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, dolor en el sitio de la inyección, erupción cutánea	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal.
4254	Ceftazidima	1 g cada 8 a 12 horas, hasta 6 g/día.	Frasco ampula contiene polvo: Ceftazidima pentahidratada equivalente a 1 g de ceftazidima. Envase con 3 ml de diluyente.		Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis		
1937	Ceftriaxona	1 a 2 g cada 12 horas, sin exceder de 4 g/día	Frasco ampula con polvo contiene: Ceftriaxona sódica equivalente a 1 g de ceftriaxona. Envase con 10ml de diluyente.				
1309	Metronidazol	500 mg cada 8 horas por 7 a 10 días.	Ampolleta o frasco ampula con: Metronidazol 200 mg. Envase con 2 ampolletas o frascos ampula con 10 ml.	Inicia esquema empírico y 14 días de acuerdo a resultados de cultivo con antibiograma	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: No ingerir alcohol durante el tratamiento, insuficiencia hepática y renal
1311	Metronidazol	500 mg cada 8 horas por 7 a 10 días.	Cada 100ml contiene: Metronidazol 500 mg. Envase con 100 ml.				
1973	Clindamicina	300 a 900 mg cada 8 ó 12 horas. Dosis máxima: 2.7 g/día.	Cada ampolleta contiene: Fosfato de clindamicina equivalente a 300 mg de clindamicina. Envase con 2 ml.	Inicia esquema empírico y 14 días de acuerdo a resultados de cultivo con antibiograma	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, hipersensibilidad.	Su efecto se antagoniza con el uso de cloranfenicol y eritromicina. Aumenta el efecto de los relajantes musculares. Con caolín disminuye su absorción	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Colitis ulcerosa e insuficiencia hepática.
1976	Clindamicina	Intravenosa. 900 mg cada 8 horas	Frasco contiene: Fosfato de clindamicina equivalente a 900 mg de clindamicina. Envase con 50 ml				
2510	Penicilina procainica	2 400 000 UI. Dosis única.	Frasco ampula con polvo contiene: Bencilpenicilina procainica equivalente a 2 400 000 UI de bencilpenicilina. Envase con un frasco ampula con diluyente.	Inicia esquema empírico y 14 días de acuerdo a resultados de cultivo con antibiograma	Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de inyección	Con probenecid aumenta la concentración plasmática de las penicilinas. Sensibilidad cruzada con cefalosporinas y otras penicilinas. Con analgésicos no esteroideos aumenta la vida media de las penicilinas	Hipersensibilidad al fármaco

5.5 ALGORITMOS

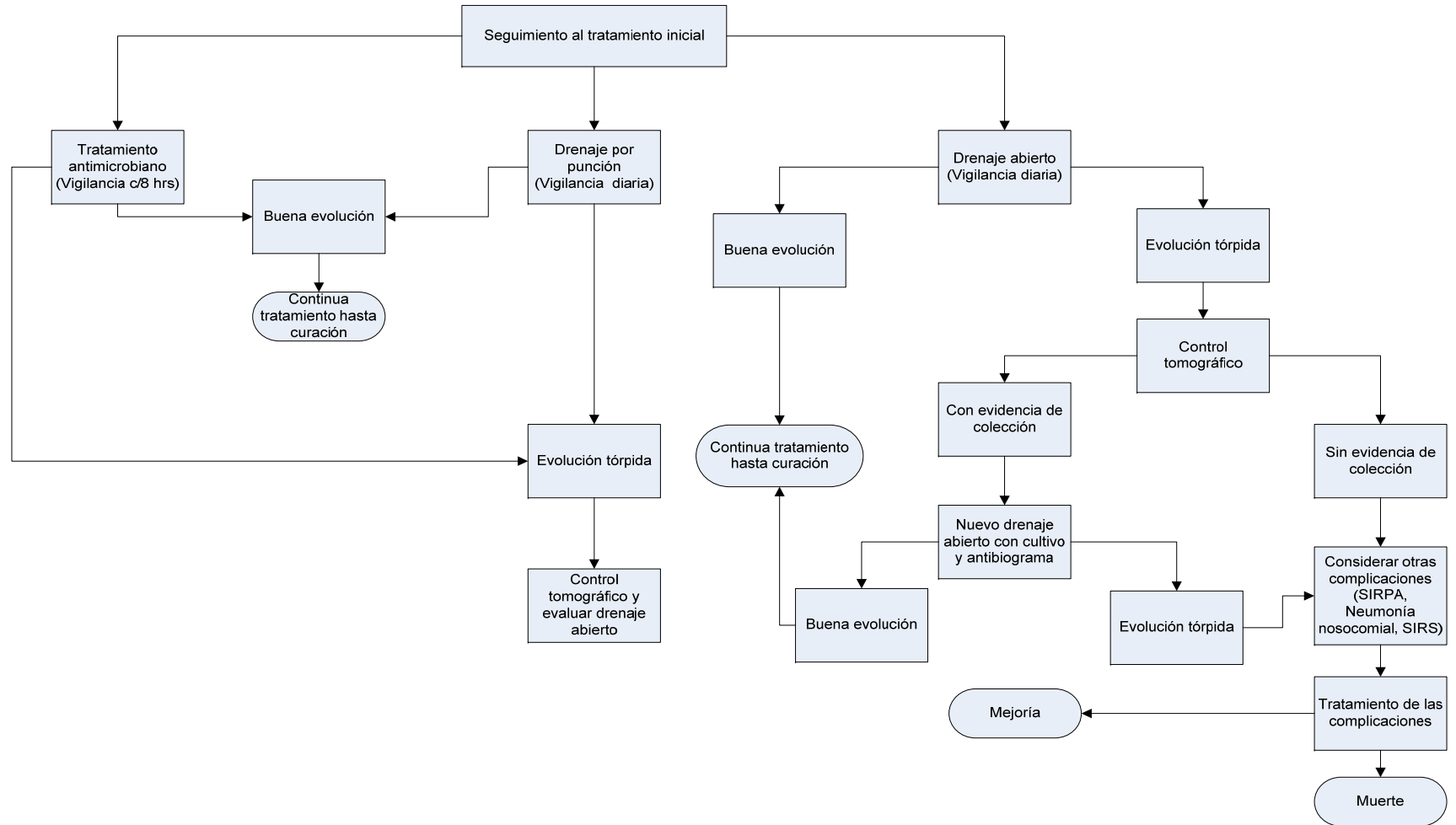
ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO



ABSCESSO PROFUNDO DE CUELLO



ABSCESSO PROFUNDO DE CUELLO



6. GLOSARIO

Absceso del espacio retrofaríngeo - absceso que se forma detrás de la faringe (parte posterior de la garganta), con frecuencia luego de una infección de las vías respiratorias superiores. En los niños, los ganglios linfáticos en esta región pueden infectarse y se destruyen, formando pus. Este tipo de absceso se presenta con mayor frecuencia en niños pequeños, puesto que estos ganglios linfáticos se atrofian (se reducen) cuando el niño alcanza la pubertad.

Absceso del espacio parafaríngeo – absceso que se forma desde la base del cráneo al hueso hioides. Tiene forma de pera invertida, y sus límites son el músculo constrictor superior de la faringe, amígdala palatina el músculo pterigoideo interno, cara interna de la rama ascendente de la mandíbula, lóbulo profundo de la parótida, vientre posterior del digástrico, la fascia prevertebral de la columna cervical, musculatura prevertebral y el rafe pterigomandibular.

Absceso del espacio periamigdalino - absceso que se forma en las paredes del tejido junto a las amígdalas (órganos linfáticos en la parte posterior de la garganta). Este tipo de absceso se presenta con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, y rara vez se observa en niños pequeños. Un absceso periamigdalino a menudo se denomina angina.

Absceso del espacio submandibular El espacio submandibular está delimitado por el borde inferior de la mandíbula y los dos vientres del músculo digástrico y allí se encuentra la celda submaxilar, que aloja a la glándula salivar correspondiente, el origen del conducto de Wharton, la arteria facial, la arteria submentoniana y los nervios hipogloso y lingual. Los abscesos de este espacio suelen aparecer por extensión de infecciones de los molares inferiores y debido a las relaciones anatómicas pueden extenderse hacia el espacio sublingual y el espacio submentoniano. Si el absceso traspasa la línea media factible que se genere una angina de Ludwig.

Absceso del espacio submentoniano: es el absceso que se forma en el espacio entre los músculos genihiodeo y milohiodeo pueden resultar el asiento de una infección.

Angina de Ludwig - absceso que se encuentra debajo de los tejidos en el piso de la boca. El pus se acumula debajo de la lengua y la empuja hacia arriba y hacia la parte posterior de la garganta, lo cual puede provocar problemas respiratorios y de deglución. La angina de Ludwig no es común en niños pequeños, pero puede presentarse en adolescentes mayores, especialmente después de una infección dental

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Alaani A, et al. Parapharyngeal abscesses: diagnosis, complications and management in adults. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2005;262(4):345-50.
2. Asif A, Epstein M. Prevention of radiocontrast-induced nephropathy. *Am J Kidney Dis*. 2004;44(1):12-24.
3. Asif A, Epstein DL, Epstein M. Dopamine-1 receptor agonist: renal effects and its potential role in the management of radiocontrast-induced nephropathy. *J Clin Pharmacol*. 2004;44(12):1342-51.
4. Badran K, Karkos, Acharya M, Daud A. Transstonsillar drainage of parapharyngeal absceso. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006;263(1):49-52.
5. Becker M, Zbären P, Hermans R, Becker CD, Marchal F, Kurt AM, Marré S, Rüfenacht DA, Terrier F. Necrotizing fasciitis of the head and neck: role of CT in diagnosis and management. *Radiology*. 1997;202(2):471-6.
6. Benaixa J.P, et al. Tratamiento de los abscesos perifaríngeos mediante punción-aspiración y drenaje por vía intraoral. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007; 58(3):105-9
7. Brook I. Current management of upper respiratory tract and head and neck infections. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009;266(3):315-23.
8. Bottin R, Marioni G, Rinaldi R, Boninsegna M, Salvadori L, Staffieri A. Deep neck infection: a present-day complication. A retrospective review of 83 cases (1998-2001). *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2003;260(10):576-9. Epub 2003 May 28.
9. Campos NL, Hernandez LD, Barrón SM. Frecuencia y topografía de los abscesos profundos del cuello AN ORL MEX 2009;54(4):129-134.
10. Cmejrek R. C, Cotichchia J.M, Arnold J. E. Presentation, Diagnosis, and Management of Deep-Neck Abscesses in Infants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128(12) :1361-64
11. Cotichchia JM, Getnick GS, Yun RD, Arnold JE. Age-, site-, and time-specific differences in pediatric deep neck abscesses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;130(2):201-7.
12. De Freitas R.P, et al. Descending necrotising mediastinitis: a safe treatment algorithm. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264(2)181-187
13. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibióticos para la faringitis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Eftekharian A, et al. Deep neck infections: a retrospective review of 112 cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009;266(2):273-277
15. Feldman D.P, Picerno N.A, Porubsky E.S. Cavernous sinus thrombosis complicating odontogenic parapharyngeal space neck abscess: A case report and discussion. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;123(6):744-5.
16. Ferrer Baixauli F et al. Absceso parafaríngeo secundario a un absceso periamigdalino en la infancia. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2001;52:723-726
17. Figueroa DR. Manifestaciones clínicas y letalidad de la mediastinitis necrosante descendente. *La revista de investigación clínica* 2001; 53(1):33-40
18. Fuentes Cienfuegos A. Absceso Periamigdalino. Manejo Ambulatorio. *Anales Médicos Asoc. Med. Hosp..ABC* 1996;41(3):94-97
19. Galioto NJ. Peritonsillar Abscess. *Am Fam Physician*. 2008;77(2):199-202, 209
20. García Callejo FJ. Tratamiento de la infección periamigdalina. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65(1):37-43

21. García DHA. Revisión sobre los abscesos profundos de cuello. ORL-DIPS 2004;31(2):62-65. http://www.nexusediciones.com/pdf/orldips2004_2/or-31-2-001.pdf
22. Gómez C, et al. Absceso y flegmón periamigdalino ¿Lo estamos haciendo bien?. Rev Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2006; 66: 185-190
23. Hernández L. E, Et al. Caries dental y enfermedad periodontal en pacientes diabéticos tipo 2. Rev. Medica Inst. Mex. Seg. Soc. 2006;94(3): 239-242
24. Hope GJ, Morales CM, Microbiología y factores predisponentes en los abscesos profundos del cuello• An Orl Mex 2009;54(3)85-91. <http://www.nietoeditores.com.mx/download/otorrinolaringologia/junio-Agosto2009/Otorrino%203.3%20MICRO.pdf>
25. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. Head Neck. 2004;26(10):854-60.
26. Jiménez FJ et al. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. Revista ADM 2006; 63 (5): 181-84
27. Jiménez Y, Bagán JV, Murillo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones Sistémicas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:(1)39-47.
28. Kinzer S, Pfeiffer J, Becker S, Ridder GJ. Severe deep neck space infections and mediastinitis of odontogenic origin: clinical relevance and implications for diagnosis and treatment. Acta Otolaryngol. 2009;129(1):62-70.
29. Kirzov G, Benchev R, Stoianov S. Surgical complications of the deep infections of the neck] Khirurgiia (Sofia). 2005;(3):36-9.
30. Krenk L, Nielsen HU, Christensen ME Necrotizing fasciitis in the head and neck region: an analysis of standard treatment effectiveness. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2007;264(8):917-22. Epub 2007 Mar 6.
31. Leventhal D, Schwartz D.N. Infratemporal Fossa Abscess Complication of Dental Injection. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2008;134(5):551-3.
32. Marioni G, et al. Deep neck infection with dental origin: analysis of 85 consecutive cases (2000-2006). Acta Otolaryngologica, 2008;128(2): 201-206
33. McClay JE, Murray AD, Booth T. Intravenous antibiotic therapy for deep neck abscesses defined by computed tomography. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129(11):1207-12.
34. Miller W. D, et al. A Prospective, Blinded Comparison of Clinical Examination and Computed Tomography in Deep Neck Infections. Laryngoscope 1999;109 (11):1873-79
35. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Santiago: Minsal, 2007. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf>
36. Ministry of Health of Malaysia. Clinical Practice Guidelines. Antibiotic Prophylaxis against wound infection for oral surgical procedures January 2003 . Available on the following website : [http:// www.moh.gov.my/medical/htm](http://www.moh.gov.my/medical/htm) : <http://www.acadmed.org.my> consultada 01 dicimbre 2009-
37. Muñoz A, et al. Acute Neck Infections: Prospective Comparison between CT and MRI in 47 Patients. Journal of Computer Assisted Tomography 2001; 25 (5): 733-41
38. Nagy M, Backstrom J. Comparison of the Sensitivity of Lateral Neck Radiographs and Computed Tomography Scanning in Pediatric Deep-Neck Infections. The Laryngoscope 1999;109 (5): 775-79
39. Ozbek C, Aygenc E, Unsal E, Ozdem C Peritonsillar abscess: a comparison of outpatient i.m. clindamycin and inpatient i.v. ampicillin/sulbactam following needle aspiration. Ear Nose Throat J. 2005;84(6):366-8.
40. Ovassapian A, Tuncbilek M, Weitzel EK, Joshi CW. Airway management in adult patients with deep neck infections: a case series and review of the literature. Anesth Analg. 2005;100(2):585-9.
41. Page C, Biet A, Zaatari R, Strunski V. Parapharyngeal abscesses: diagnosis and treatment. Eur Arc Otorhinolaryngol 2008;265(6):681-6.

42. Panduranga m, et al. Presentation and management of deep neck space abscess. Indian Journal of Otolaryngology and Head and neck Surgery 2003; 55 (4) 271-74.
43. Persaud R, Krahé D, Georgalas C, Kaniyur S, Das S, Alusi G. Life-threatening necrotizing fasciitis of the neck: an unusual consequence of a sore throat. Ann R Coll Surg Engl. 2004;86(4):253-7.
44. Plaza G, Martínez San Millán J.M, Martínez Vidal A. Absceso parafaríngeo: extensión infrahioidea perilaríngea. Acta Otorrinolaringol Esp 2001; 52: 132-138
45. Plaza Mayor G, Martínez San-Millán J, Martínez-Vidal A. Is conservative treatment of deep neck space infections appropriate? Head and Neck 2001; 23(2):126-33.
46. Ramírez CM, Lugo PE, Castro AMS, Villagomiz OAJ: Empiema y mediastinitis como complicación de absceso profundo de cuello: Caso clínico y revisión de la bibliografía Med Int Mex 2008;24(1):79-86
47. Ramírez M, et al. Absceso profundo de cuello, un reto terapéutico. Cirujano General 2004;26(4):282-286.
48. Sumi Y, Ogura H, Nakamori Y, Ukai I, Tasaki O, Kuwagata Y, Shimazu T, Tanaka H, Sugimoto H Nonoperative catheter management for cervical necrotizing fasciitis with and without descending necrotizing mediastinitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;134(7):750-6
49. Stalfors J, et al. Deep space infections remain a surgical challenge. A study of 72 patients. Acta Otolaryngol 2004; 124: 1191-1196
50. Thanos L, et al. Potentially Life-Threatening Neck Abscesses: Therapeutic Management Under CT-Guided Drainage. Cardiovasc Intervent Radiol 2005; 28:196-199
51. Wright Charles T, et al. Pediatric Mediastinitis as a Complication of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Retropharyngeal Abscess. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008; 134(4):408-413
52. Tsimntawm Wisconsin Diabetes Advisory Group thiab Wisconsin Diabetes Prevention and Control Program
53. Division of Public Health Wisconsin Department of Health Services P- 43081S (07/09) Folleto de Información y Registro de Autocontrol de la Diabetes. <http://dhs.wisconsin.gov/health/diabetes/PDFs/BkltSpan.pdf>
54. Yamada K, et al. Respiratory failure caused by massive pleural effusion in a patient with deep neck absceso. J Anesth 2004; 18:48-50
55. Yeow K, Liao C, Hao S. US-guided needle aspiration and catheter drainage as an alternative to open surgical drainage for uniloculated neck abscesses. J Vasc Interv Radiol 2001; 12:589-594

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Dr. Jaime A. Zaldivar Cervera	Director de UMAE La Raza
Dr. Mario Madrazo Navarro	Director de UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

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

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
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. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila 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 Fernández Vega Albalull 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
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 Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente