



## Guía terapéutica de antimicrobianos en niños de edad pre-escolar y escolar para el programa controlados de la UAO/UAZ

Therapeutic guide of antimicrobials in pre-school and school children for the UAO / UAZ controlled program

Vol. 6, No.12 agosto-diciembre 2016  
Contexto Odontológico

Fátima E. del Muro Casas, Leticia Rodríguez Villalobos, Nelly Alejandra Rodríguez Guajardo, Elsa G. Chávez Guajardo, Merly Yuridia Reyna Márquez, María Rossana Robles Sánchez.

Unidad Académica de Odontología/UAZ

Correo electrónico: fatima\_d88@hotmail.com

### Resumen

El odontólogo y el odontopediatra, así como los alumnos en fases donde se atienden pacientes del programa de preescolares y escolares, particularmente de la UAO/UAZ, en su práctica clínica requieren prescribir medicamentos a sus pacientes de manera racional, basado en el diagnóstico clínico y exámenes complementarios para planificar un tratamiento integral. Por consiguiente es importante conocer las peculiaridades del niño en relación a las particularidades farmacológicas del antimicrobiano. De igual manera considerar criterios de bioética, evitando los errores en la prescripción, conocer las patologías del paciente, enfrentando los fenómenos de automedicación. Por tal motivo, el presente trabajo tiene como objetivo realizar una guía de consulta antimicrobiana en pacientes odontopediátricos, para un mejor manejo posológico de los antimicrobianos en este tipo de pacientes.

**Palabras clave:** Odontopediatria, infecciones dentales, antimicrobianos, posología, guía terapéutica.

### Overview

General dentist practitioner and pediatric dentist, as well as dentistry students in high levels where they attend patients of preschool and elementary school programs, particularly the UAO / UAZ, in their clinical practice require to prescribe drugs to their patients in a rational manner, based on clinical diagnosis and Complementary examinations to plan an effective treatment. It is therefore important to know the uniqueness characteristics of the child in relation to the pharmacological particularities of the antimicrobial. Likewise consider criteria of bioethics, avoiding errors in prescription, knowing the pathologies of the patient and facing the phenomena of self-medication, the present work aims to conduct an antimicrobial consultation guide in pediatric dentistry patients, for a better dosage management of antimicrobials in this type of patients.

**Key words:** Pediatric dentistry, dental infections, antimicrobials, posology, therapeutic guide.

## Introducción y Antecedentes

Las patologías de origen infeccioso son de los diagnósticos que como profesionales de la salud se presentarán de manera recurrente y habitual, con base a esto, y para facilitar el abordaje de dichas enfermedades en niños es necesario unificar criterios terapéuticos y posológicos particularmente en el campo de la odontología.

Con el término infecciones odontogénicas se entiende el conjunto de procesos infecciosos que se originan en las estructuras dentarias y periodontales y por extensión a las estructuras óseas. A esta situación se le denomina infección focal o localización primaria. A pesar de que este tipo de infección generalmente es, localizada y auto-limitada, puede suceder una diseminación secundaria que afecte a estructuras cercanas de los maxilares e incluso a superficies más profundas, dando lugar a entidades clínicas que en ocasiones pueden incluso poner en peligro la vida del paciente. En la mayoría de los casos, las infecciones odontogénicas presentan un cuadro clínico que puede ser controlado tras la eliminación de la causa primaria de la infección, el drenaje purulento y conjuntamente con el tratamiento antibiótico. Las infecciones de la cavidad oral, según la zona en la que se desarrollen, se pueden clasificar en : (Gómez et al., 2005, Rodríguez y Rodríguez, 2009)

**-Odontógenas** cuando afectan a estructuras que forman el diente y el periodonto; incluyen caries, pulpitis, absceso periapical, gingivitis, periodontitis y pericoronitis.

**-No odontógenas** si afectan a mucosas o estructuras extradentales (glándulas salivares, lengua, etc).

El niño presenta características especiales que aumenta la posibilidad de que esto suceda. Sus características anatómicas y fisiológicas generales, son muy variadas debido al amplio rango etario que abarca la Odontopediatría. Entre ellas se puede resaltar el tamaño y composición corporal (en recién nacidos e infantes el volumen porcentual de agua, grasas, proteínas plasmáticas y enzimas hepáticas es diferente que el del niño y adolescente), la inmadurez del sistema gastrointestinal, renal e inmunológico y el estado nutricional deben considerarse. Desde el punto de vista local, las características anatómicas de los maxilares infantiles también difieren. La presencia de gérmenes dentarios, la mayor cantidad de hueso esponjoso con espacios medulares amplios y presencia de centros de crecimiento óseo, hacen que la difusión de los procesos infecciosos sea más rápida que en adultos. Por esta razón, los controles en esta población deben ser más acotados en el tiempo. El odontopediatra debe tomar en cuenta la evolución de ese paciente y prestar atención a los criterios de alarma que puedan derivar en la necesidad de hospitalización (Planells et al., 2006).

En los últimos años se le ha dado especial atención al rol que cumple la microbiología en la cavidad bucal. La cavidad oral es un complejo ecosistema compuesto por más de 500 especies bacterianas. Las distintas zonas que conforman esta cavidad constituyen ecosistemas: mucosa, superficies dentales, biopelícula, surco gingival y saliva. Los ecosistemas se caracterizan por la gran variabilidad, heterogeneidad y cantidad de la microbiota constituyente (Guilarte, 2016).

Las bacterias que causan las infecciones odontogénicas son generalmente saprofitas. La microbiología es variada, existen múltiples organismos, con diferentes

características. Las bacterias anaerobias y las aerobias están presentes habitualmente. Son muchas las especies de bacterias aerobias que causan infecciones odontogénicas; la más común es el Streptococo. Así, en la superficie del diente se diferencian dos regiones, la supragingival y la subgingival. La primera, bañada por la saliva es inicialmente aerobia y predominan los Streptococcus del grupo viridans (mutans, sobrinus, sanguis...) y secundariamente Lactobacillus; mientras que la región subgingival (surco gingival), está bañada por líquido gingival (o crevicular) es eminentemente anaerobia, y los microorganismos presentes son fundamentalmente Fusobacterium spp, Prevotella spp, Porphyromonas spp y Peptoestreptococcus spp. En la lengua y mucosa bucal predomina un ambiente aerobio, siendo los microorganismos más frecuentes los Estreptococcus del grupo viridans (S. salivarius) y Veillonella spp (Guilarte, 2002; Miralda, 2008; Rodríguez y Rodríguez, 2009) (Tabla I).

Como punto de partida, consideramos necesario mencionar una serie de particularidades diferenciales del tratamiento antibiótico en el niño (Planells et al., 2006; Brunton et al., 2006).

- El paciente infantil en sus primeras etapas carece de antecedentes médicos que hagan sospechar de la presencia de posibles reacciones adversas o de alergia a los fármacos.

- La mayor proporción de agua en los tejidos del niño, además de la mayor esponjosidad de los tejidos óseos, permiten una más rápida difusión de la infección, de un lado, y de otro, la necesidad en el ajuste adecuado de las dosis del medicamento prescrito.

- La deficiente higiene oral en la mayoría

de los niños y el consumo de alimentos ricos en sacarosa, contribuyen a aumentar el número de colonias de gérmenes en la cavidad oral, y con ello el riesgo de bacteriemia tras los tratamientos orales.

| PROCESO            | LOCALIZACION  | BACTERIAS IMPLICADAS   |
|--------------------|---|--|
| CARIES             | Esmalte, dentina, cemento y pulpa dental  | <i>Streptococcus mutans</i><br><i>Actinomyces</i> spp<br><i>Lactobacillus</i> spp  |
| PULPITIS           | Tejidos de la pulpa dental  | <i>Peptoestreptococcus micros</i><br><i>Porphyromonas endodontalis</i><br><i>Prevotella intermedia</i><br><i>Prevotella melaninogenica</i><br><i>Fusobacterium nucleatum</i>                       |
| GINGIVITIS         | Encías: Tejidos blandos que rodean el diente  | <i>Campylobacter rectus</i><br><i>Actinomyces</i> spp<br><i>Prevotella intermedia</i><br><i>E. corrodens</i><br><i>Capnocytophaga</i> spp<br><i>Streptococcus anginosus</i>                        |
| PERIODONTITIS      | Tejidos de sostén del diente (periodoncio)  | <i>Porphyromonas gingivalis</i><br><i>Tannerella forsythensis</i><br><i>A. actinomycetemcomitans</i><br><i>Prevotella intermedia</i><br><i>Fusobacterium nucleatum</i><br><i>Streptococcus</i> spp |
| ABSCESO PERIAPICAL | Tejidos periapicales  | <i>Peptoestreptococcus micros</i><br><i>Prevotella oralis melaninogenica</i><br><i>Fusobacterium</i> spp<br><i>Porphyromonas gingivalis</i><br><i>Bacteroides</i><br><i>Streptococcus</i> spp      |
| PERICORONITIS      | Tejidos que rodean el diente parcialmente erupcionado, sobre todo terceros molares inferiores | <i>Peptoestreptococcus micros</i><br><i>Porphyromonas gingivalis</i><br><i>Fusobacterium</i> spp<br><i>P. intermedia melaninogenica</i><br><i>Eubacterium</i><br><i>Streptococcus</i> spp          |

Tabla I. Microorganismos implicados en las principales patologías dentales (Rodríguez y Rodríguez, 2009).

Para considerar el uso o no de antibióticos en odontopediatría, ha de valorarse (Boj et al., 2005; Planells et al., 2006; Caviglia et al., 2014; Colmenares et al., 2015):

- La gravedad de la infección, cuando el niño acude al dentista.

- El estado de las defensas del paciente.
- En caso de infección aguda, si la infección tiene una moderada inflamación, ha progresado rápidamente, es una celulitis difusa con un dolor desde moderado a severo; o el niño tiene fiebre la evidencia hace indicar el uso de antibióticos, además de tratar el diente dañado.
- Infección en un niño que está médicamente comprometido.
- Presencia de infección que ha progresado a los espacios faciales extraorales. En estas situaciones, la infección es lo suficientemente agresiva como para haberse extendido más allá de los labios, indicando que las defensas son incapaces de controlar la infección. En los casos severos, los niños deben ser hospitalizados.
- Los antibióticos raramente son recomendados tras traumatismos leves, pero en casos con heridas importantes de los tejidos blandos o dentoalveolares, estarían indicados como profilaxis contra la infección. Debe conseguirse una buena cobertura antibiótica en casos de dientes avulsionados que se reimplantan; desde el uso de antibióticos sistémicos ha disminuido la incidencia de reabsorciones radiculares externas en estos casos. El calendario vacunal (vacuna antitetánica) debe considerarse cuando el accidente ocurre en medios contaminados.
- En pacientes con periodontitis juvenil localizada y otros tipos de periodontitis temprana puede considerarse la terapia antibiótica.
- Presencia de un absceso, crónico o bien localizado. Niños sanos en los que hay que realizar la extracción de un solo diente temporal con absceso, o una endodoncia de un diente permanente, puede solucio-

narse sin necesidad de tratamiento antibiótico. A diferencia de los niños sanos, aquellos que estén inmunosuprimidos, o tengan alguna afectación cardíaca, pueden necesitar antibióticos aunque la infección sólo sea una posibilidad.

Los antimicrobianos son sustancias producidas por diversas especies de microorganismos (bacterias, hongos, actinomicetos) que suprimen el crecimiento de otros microorganismos. El uso común a menudo extiende el término a antibióticos para incluir antimicrobianos sintéticos, como sulfonamidas y quinolonas. Se han identificado cientos de antibióticos y han sido llevados a la etapa en que tienen utilidad en la terapéutica de enfermedades infecciosas. Los antibióticos muestran diferencias notables en sus propiedades físicas, químicas y farmacológicas, así como en sus espectros antibacterianos y en su mecanismo de acción. Gracias a los conocimientos sobre los mecanismos moleculares de la multiplicación bacteriana ha sido posible elaborar de manera racional compuestos que interfieren con esta función (Roda et al., 2007).

La clasificación más acertada para agrupar a los antibióticos en base a su estructura química y su mecanismo de acción se acordó de la siguiente manera (Brunton et al., 2006):

- 1) sustancias que inhiben la síntesis de las paredes celulares bacterianas, como lactámicos (penicilinas, carbapenem, cefalosporinas) y otros medicamentos como cocloserina, vancomicina y bacracina.
- 2) Sustancias que actúan directamente en la membrana celular del microorganismo, aumentando la permeabilidad y provocando la salida de compuestos intracelulares, como detergentes del tipo de la polimixi-

na, antimicóticos de tipo polieno (nistatina y anfotericina B) que se adhieren a los esteroides de la pared celular y el lipopéptido daptomicina.

3) Sustancias que alteran la función de las subunidades ribosómicas 30s y 50s para inhibir de forma reversible, la síntesis de proteínas que suelen ser bacteriostáticos (cloranfenicol, tetraciclinas, eritromicina, clindamicina, estreptograminas y linezolid).

4) Sustancias que se adhieren a la subunidad ribosómica 30s y alteran la síntesis de proteínas, que suelen ser bactericidas (aminoglucosidos).

5) Sustancias que modifican el metabolismo del ácido nucleico bacteriano, como rifamicinas (rifampicina y rifabutina), que inhiben la polimerasa de RNA y las quinolonas, que inhiben la polimerasa de RNA y las quinolonas, que inhiben las topoisomerasas.

6) Los antimetabolitos, como trimetoprim y las sulfonamidas, que bloquean a ciertas enzimas esenciales del metabolismo del folato.

Durante los últimos años, los antibióticos se han ido perfeccionando y ahora disponemos de una gran cantidad de ellos. Su actividad se ha extendido a la práctica totalidad de las bacterias que producen enfermedades en los niños y su potencia ha aumentado mucho a la vez que se han reducido considerablemente sus efectos secundarios.

En las primeras edades de la vida, la dosis de los antibióticos ha de ser cuidadosamente calculada teniendo en cuenta el peso del niño. El cuadro clínico específico que presenta el enfermo es clave para la selección del antibiótico, pues la experiencia

indica la mejor selección según el germen que con más frecuencia produce dicho cuadro. El sitio de la infección es importante porque el antibiótico escogido debe ser capaz de llegar a él para poder actuar (Salinas et al., 2008; Benza y Pareja, 2009).

### Objetivo

El presente trabajo tiene como propósito realizar una guía de consulta rápida que proporcione información objetiva, completa y actualizada, orientada a conseguir una asistencia terapéutica antimicrobiana en odontopediatría de calidad, basada en evidencias bibliográficas para orientar y facilitar el conocimiento desde la posología hasta la selección del antimicrobiano, principalmente para los estudiantes de odontología, ya que la UAO/UAZ cuenta con un programa de atención a pre-escolares y escolares y su atención odontológica, así como también al personal de salud que lo requiera.

### Materiales y Métodos

Elaboración de guía de nueva creación:

Revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes existentes en la literatura.

Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia.

Protocolo sistematizado de búsqueda.

Revisión sistemática de la literatura.

Búsquedas mediante bases de datos electrónicas.

Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores.

Búsqueda en sitios Web especializados.

### Resultados

Como resultado, además de la elaboración de la guía de consulta terapéutica antimicrobiana se tendrá que instruir al usuario la posología según el peso y la dosis indicada del fármaco a prescribir. Ejemplo: si la dosis de la amoxicilina es de 50mg/Kg/día dividida en 3 tomas, se tendrá que obtener la dosis a emplear, suponiendo que se tiene un paciente que pesa 15Kg, con la siguiente ecuación:

$$\begin{array}{l} \text{AMOXICILINA 1Kg} \text{-----} 50 \text{ mg} \\ \text{Paciente X 15Kg} \text{-----} \boxed{X= 750 \text{ mg}} \end{array}$$

Se obtuvo la dosis de fármaco que el paciente X requiere según su peso (15Kg), pero ahora se tendrá que conocer la presentación del fármaco, la cual generalmente para este tipo de pacientes se manejan suspensiones orales, de tal manera que se pueda obtener los mililitros que finalmente el paciente va a administrarse vía oral, con la siguiente explicación:

**PRESENTACIÓN AMOXICILINA 250mg**  
contenidas en 5mL

DOSIS en mg requerida según el peso (ecuación anterior) 750 mg, por tanto se realiza la operación siguiente:

$$\begin{array}{l} 250 \text{ mg} \text{-----} 5\text{mL} \\ 750 \text{ mg} \text{-----} \boxed{X=15\text{mL Dividido en 3 tomas}=5\text{mL}} \end{array}$$

Siendo entontes, que el requerimiento de amoxicilina en un paciente con 15kg de peso corporal es de 5mL cada 8 hrs vía oral.

### Discusión

El 10% de los antibióticos que se prescriben, se emplean para tratar infecciones de la cavidad bucal. Se indican antimicrobianos con finalidad terapéutica (para eliminar la infección, disminuir su gravedad, acortar su evolución, evitar complicaciones generales) y con la finalidad preventiva en pacientes con enfermedades sistémicas (cardiológicas, inmunológicas). El uso inadecuado e irracional de los antimicrobianos, crea condiciones favorables a la aparición, propagación y persistencia de microorganismos resistentes. Las infecciones causadas por éstos, no responden al tratamiento ordinario.

Esto motivó la necesidad de una revisión para generar pautas más claras en la resolución clínica de estos procesos en odontopediatría. Para prescribir un antimicrobiano, de la literatura consultada se desprende que es fundamental respetar: las características del fármaco utilizado (tiempo o concentración dependiente), su forma farmacéutica, las características del paciente, tipo y gravedad de la infección que presenta. Estas pautas apuntan a racionalizar el uso de antimicrobianos en odontopediatría, aportando criterios claros de tratamiento que contribuyan a minimizar las resistencias microbianas.

Para instaurar una terapéutica adecuada, es fundamental obtener un correcto diagnóstico a través de una historia clínica completa. Si se decide el uso de antimicrobianos, se debe hacer una selección correcta del fármaco a utilizar, de acuerdo al paciente y al caso. Se debe evitar la submedicación (en dosis y/o tiempo) y no modificar la forma farmacéutica para mejorar la aceptación del medicamento por parte del niño.

**Guía de consulta terapéutica de antimicrobianos y su relación con patologías en odontopediatría (Tabla II):**

| ANTIMICROBIANO                | DOSES EN NIÑOS  | TIEMPO TRATAMIENTO | INDICACIONES TERAPEUTICAS   | PRESENTACION FARMACEUTICA | NOMBRE COMERCIAL  |
|-------------------------------|---|--------------------|---|---------------------------|---|
| AMPICILINA                    | Niños <20kg:<br>12.5-25 mg/kg/día (4 dosis) o 16-30 mg/kg/día (3 dosis)<br>Niños > 20kg:<br>100 a 200 mg/kg de peso (Dividido en 4 tomas) | 7 a 10 días        | Profilaxis y tratamiento de infecciones de la cavidad bucal.<br>Antibiótico<br>Beta lactámico   | 100MG/1ML GOTAS           | PENTREXYL   |
|                               |   |                    |   | 125MG/5ML BUSP            | BINOTAL (50ML)<br>AMPIQUIM                                    |
|                               |   |                    |   | 250MG/5ML BUSP            | MEXAPIN (60ML)<br>AMPIQUIM                                    |
|                               |   |                    |   | 500MG/5ML BUSP            | MEXAPIN (60ML)<br>PENTIVER (60ML)                             |
| AMOXICILINA                   | 50mg/kg/día (En tres dosis)   | 7 a 10 días        | Prevención de bacteremia asociada a procedimientos como la extracción dental, en paciente con riesgo a desarrollar endocarditis bacteriana.<br>Abscesos dentales (como coadyuvante para el tratamiento quirúrgico).   | 250MG/5ML BUSP            | AMOBAY<br>VANDIX (75ML)<br>DIMOPEN (75ML)<br>PENTICLOX (60ML) |
|                               |   |                    |   | 500MG/5ML BUSP            | PENTICLOX (60ML)<br>VANDIX (75ML)                             |
| AMOXICILINA/ÁCIDO CLAVULÁNICO | 20-40 mg/kg/día (En tres dosis)   | 7 a 10 días        | Cubre amplio rango de microorganismos tanto gram + y gram -, aerobios y anaerobios, productores o no productores de betalactamasas, aun resistentes a penicilina, ampicilina y amoxicilina sola.<br>Infecciones bucodentofaríngeas como abscesos, gingivitis, periodontitis.<br>Es el antibiótico de primera línea. | 25MG/6.25MG/3ML BUSP      | CLAVUBER (60ML)   |
|                               |   |                    |   | 125/31.25MG/5ML BUSP      | AMOXICLAV (60ML)<br>VALCAN (60ML)                             |
|                               |   |                    |   | 200/28.5/5ML BUSP         | AMOBAY CL (100ML)   |
|                               |   |                    |   | 250MG/62.5MG/5ML BUSP     | CLAMOXIN (60ML)<br>GIMACLAV (75ML)                            |
|                               |   |                    |   | 400MG/57MG/5ML BUSP       | CLAMOXIN 12H (50ML)   |
|                               |   |                    |   | 600MG/42.9MG/5ML BUSP     | UGMENTIN (50ML)   |
| AZITROMICINA                  | 10 mg/kg/día (1 dosis)  | 3 días             | En infecciones causadas por microorganismos susceptibles.<br>Microorganismos anaerobios.  | 200MG/5ML BUSP            | TEXIS (15ML)  |
|                               |   |                    |   | 400MG/5ML BUSP            | AZITROM FORTE (30ML)  |
|                               |   |                    |   | 600MG BUSP                | MACROZIT (15ML)   |
|                               |   |                    |   | 1200MG BUSP               | MACROZIT (30ML)   |
| BENCILPENICILINA CRISTALINA   | Niños <20kg<br>Niños >20kg (1 dosis)  | Dosis única        | Endocarditis bacteriana, esiomalitis e infecciones causadas por bacterias sensibles.  | 600,000 UI INYECTABLE     | G.I. (1 AMPULA)   |
|                               |   |                    |   | 1,200,000 UI              | G.I. (1 AMPULA)<br>PENISODINA                                 |
| BENCILPENICILINA PROCAÍNICA   | Niños <20kg (1 dosis)<br>Niños >20kg (1 dosis)  | 3 días             | Endocarditis bacteriana, esiomalitis e infecciones causadas por bacterias sensibles a penicilinas.  | 4,000,000 UI INYECTABLE   | G.I. (1 AMPULA)   |
|                               |   |                    |   | 8,000,000 UI              | G.I. (1 AMPULA)   |
| CEFALEXINA                    | 25 a 50 mg/kg (Divida en 4 tomas al día)  | 7 a 10 días        | Contra una amplia gama de gérmenes gram++ y gram -<br>Prevención de infecciones dentales causadas por Streptococos y Staphylococos.   | 125/5ML BUSP              | NIXELAF-C (100ML)<br>KEFLEX                                   |
|                               |   |                    |   | 250MG/5ML BUSP            | CEFALVER (90ML)<br>NIXELAF - C (100ML)<br>KEFLEX              |

|                                 |  |             |   |   |  |
|---------------------------------|--|-------------|---|---|--|
| CEFUROXIMA                      | 50 a 100 mg/kg/día (Dividida en 3 o 4 dosis) | 7 a 10 días | Estabilidad ante las B-lactamasas bacterianas y, por consiguiente, es activa contra muchas cepas resistentes a la ampicilina o amoxicilina. Infecciones de piel y tejidos blandos: furunculosis. Profiláctico contra infecciones postoperatorias. | 125/5ML SUSP                                  | CEFABIOT CEFAGEN (50ML)  |
|                                 |  |             |   | 250/5ML SUSP                                  | CEFABIOT CEFURACET (50ML) CEFAGEN (50ML)                                 |
| CLARITROMICINA                  | 15mg/kg/día (2 dosis)                        | 7 a 10 días | Infecciones de la piel y tejidos blandos: folliculitis, celulitis. Resistente a B-lactamasas. Indicado contra cepas de S. aureus, resistente a penicilinas.   | 125MG/5ML SUSP                                | ADEL KROBICIN (60ML)   |
|                                 |  |             |   | 250MG/5ML SUSP                                | ADEL KROBICIN (60ML)   |
| CLINDAMICINA                    | 10 –20 mg/kg/día (en tres dosis)             | 7 a 10 días | Acción Contra anaerobios gram+, eficaz contra bacterias anaerobias. Infecciones dentales como abscesos y periodontitis. Infecciones de heridas, e infecciones de hueso y articulaciones. Efectiva en septicemia y endocarditis.                   | 300MG/2ML INYECTABLE                          | G.I. (1 AMPULA) BIODACLIN ( AMPULA)                                      |
|                                 |  |             |   | 600MG/4ML INYECTABLE                          | G.I. (1 AMPULA) DAMICIN (1 AMPULA) INDAMID (1 AMPULA) LISIKEN (1 AMPULA) |
| DICLOXACILINA                   | 25-50 mg/kg/día (3 a 4 dosis)                | 7 a 10 días | Infecciones bucodentomaxilares ocasionadas por gérmenes Gram positivos como Staphylococcus y Streptococcus que ocasionan gingivitis, abscesos peripapilares, pericoronitis, ostiomieltis maxilomandibular e infecciones periodontales.            | 250MG/5ML SUSP                                | G.I. (60ML)  |
|                                 |  |             |   | 500MG/5ML INYECTABLE<br>8USP 125 o 250 mg/5mL | G.I. (1 AMPULA) POSIPEN (90ML)   |
| ERITROMICINA                    | 30 – 40 mg/kg/día (en tres o cuatro dosis)   | 7 a 10 días | Cuando las tetraciclinas no son toleradas. En infecciones de tejidos blandos de gravedad leve a moderada. ocasionados por: Streptococcus pyogenes, S. Viridans, S. aureus   | 125MG/5ML SUSP                                | ERITROVIER-S (100ML) PANTOMICINA   |
|                                 |  |             |   | 250MG/5ML SUSP                                | ERITRO PHARMA-S (100ML) QUILAMICINA                                      |
| METRONIDAZOL                    | 30 – 45 mg/kg/día (en tres dosis)            | 7 a 10 días | Infecciones causadas por Bacteroides spp. B fragilis y Clostridium spp. Fusobacterium spp. Peptococcus spp y Peptostreptococcus spp. En tratamiento de giarriasis e infecciones periodontales.  | 100MG/5ML SUSP                                | AMEBIDAL (100ML)   |
|                                 |  |             |   | 125MG/5ML SUSP                                | FLAQYL (120ML) FLAGENASE   |
|                                 |  |             |   | 250MG/5ML SUSP                                | LAMBLIT (120ML) FLAGENASE  |
| TRIMETOPRIMA/<br>SULFAMETOXAZOL | 8-10 mg/kg/día (2 dosis)                     | 7 a 10 días | Como alternativa al uso de antibióticos B-lactámicos. En abscesos y heridas infectadas. forúnculos, plodermias, dermatitis y quemaduras. Estados sépticos y otras infecciones por gérmenes sensibles.   | 40MG/200MG/5ML SUSP                           | BACTOPRIN (120ML) BACTRIM  |



### Referencias bibliográficas

Benza, R. y Pareja M., "Abscesos periodon- tales," Una revisión actualizada, Revista Kiru, vol 6, N° 2, pp. 118 – 124, 2009.

Boj, J.R., Catala M., C. García y Mendoza A., "Odontopediatría," 1a ed., Ed. España: Masson, 2005, cap. 24, pp. 271 – 283.

Brunton L. L., J. Lazo S., Parker K. L. "Goodman & Gilman – Las bases farmacológicas de la terapéutica," 11ª ed., Ed. New York: McGraw - Hill, 2006, pp. 1095 – 1109, 1111 – 1124, 1127 – 1152, 1155 – 1171, 1173 – 1201, 671 – 715, 547 – 584, 607 – 626.

Colmenares, F. Hoffmann I., Guerrero E, Pérez H. 2015. Uso racional de AINEs y antimicrobianos en odontopediatría. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Vol 19(3):31-40.

Gómez, S., Riaño A. y Garatea, J. "Infecciones odontogénicas," Libro electrónico de temas de urgencias, Servicio Navarro de Salud, pp. 1 – 5.

Guilarte, C. "Importancia del diagnóstico microbiológico en odontología" Acta odontológica venezolana, vol 40, No. 1, 2002.

Miralda, L. O. "Microbiología de las enfermedades odontogénicas," Grupo multidisciplinario de Oriente. Texto artículos, San Miguel, El salvador, Jul. 2008.

Planells, P. Barra, M. J., Troisfontaines, E. S. E. "Profilaxis antibiótica en odontología infantil: puesta al día" Revista Scielo, vol 11, Mar. 2006.

Rodríguez E. y Rodríguez M. T., "Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica," Revista sistema nacional de salud, vol. 33, N° 3, pp. 67-68, 2009.

Salinas, Y.J., Millán R.E y León, J.C. "Abscesos del periodonto. Conducta odontológica". Acta odontológica venezolana, vol 46, No. 22, 2008.



Universidad de Yale, Estados Unidos de América