

	<table border="1"> <tr> <td>Náuseas</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> <td>IMPORTANTE</td> </tr> <tr> <td>Rash dérmico leve y otros</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> <td>IMPORTANTE</td> </tr> </table> <p>Evidencia de las preguntas PO 4, 5 y 6:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (outcomes)</th> <th>Certeza</th> <th>Importancia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prevalencia de los microorganismos</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> <td>IMPORTANTE</td> </tr> </tbody> </table>	Náuseas	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE	Rash dérmico leve y otros	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE	Desenlaces (outcomes)	Certeza	Importancia	Prevalencia de los microorganismos	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE	
Náuseas	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE												
Rash dérmico leve y otros	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE												
Desenlaces (outcomes)	Certeza	Importancia												
Prevalencia de los microorganismos	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE												
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b>														
¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<ul style="list-style-type: none"> <li>● No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>○ Sí</li> </ul>		<p>El GEG según su experiencia en la atención de pacientes con infección odontogénica, consideró por unanimidad que existen otros desenlaces importantes que no fueron evaluados por los estudios como el grado de tumefacción facial, dolor, trismus y complicaciones como el compromiso de la vía aérea, infecciones superiores o inferiores y mortalidad.</p>												
<b>Balance de los efectos:</b>														
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece al comparador</li> <li>○ No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece a la intervención</li> <li>● Favorece a la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p><b>Absceso dentoalveolar:</b></p> <p>Los antibióticos que presentan un mayor espectro antibacteriano para los microorganismos anaerobios son la azitromicina, clindamicina y betalactámicos (amoxicilina / amoxicilina con ácido clavulánico y cefalosporinas). Sin embargo, resulta preferible reservar antibióticos como la clindamicina o azitromicina que son de mayor espectro antibacteriano y potencial. Por ello, al ser una infección odontogénica focalizada, el GEG consideró el empleo de una terapia antibiótica escalonada, teniendo como primera elección a la amoxicilina o cefalosporinas de primera generación y en caso de alergia a los betalactámicos, la administración de azitromicina o clindamicina.</p> <p><b>Celulitis facial:</b></p> <p>Los antibióticos que presentan una mayor cobertura hacia flora mixta son la clindamicina o una terapia dual (para que mediante la combinación de dos medicamentos consiga una sinergia antibacteriana que cubra microorganismos anaerobios y aerobios). En relación a los daños, la clindamicina presenta una baja frecuencia de</p>												

		<p>producir una colitis pseudomembranosa. De forma similar, la frecuencia de efectos adversos es pequeño en los betalactámicos y antianaerobios.</p> <p>Por ello, al ser una infección odontogénica que compromete tejidos subcutáneos y que tiene riesgo de diseminarse a espacios más profundos para convertirse en un absceso cervicofacial, se optó por tener como antibióticos de primera elección a la clindamicina o terapia dual (betalactámico con un antianaerobio).</p> <p><b>Absceso cervicofacial:</b> Los antibióticos que presentan una mayor cobertura hacia flora mixta es la clindamicina o una terapia dual para que mediante la combinación de dos medicamentos consiga una sinergia antibacteriana que cubra microorganismos anaerobios y aerobios. En relación a los daños, se considera que la frecuencia de efectos adversos es pequeño en las quinolonas, metronidazol, clindamicina o ceftriaxona. Por ello, al ser el una infección odontogénica que compromete espacios faciales profundos y que presenta riesgo de diseminarse hacia vías aéreas, tener como primera elección a la terapia antibiótica dual con las combinaciones de (ceftriaxona o ciprofloxacino) y (metronidazol o clindamicina)</p>
<b>Uso de recursos:</b>		
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador?		
<p align="center">Juicio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Costos elevados</li> <li>○ Costos moderados</li> <li>● Costos o ahorros insignificantes</li> <li>○ Ahorros moderados</li> <li>○ Ahorros extensos</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<p align="center">Evidencia</p> <p><b>Gastos de la intervención:</b></p> <p>Cada tratamiento con el fármaco cuesta por unidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoxicilina: S/0.10</li> <li>- Cefalexina: S/0.20</li> <li>- Azitromicina: S/ 0.25</li> <li>- Clindamicina: VO (S/0.14) Parenteral (S/0.30)</li> <li>- Metronidazol: VO (S/0.07) Parenteral (S/1.40)</li> <li>- Ciprofloxacino: VO (S/0.30) Parenteral (S/1.68)</li> <li>- Moxifloxacino: VO (S/8.50)</li> </ul> <p>Fuente: observatorio de medicamentos de DIGEMID.</p>	<p align="center">Consideraciones adicionales</p> <p>Los costos de los antibióticos empleados son los referidos según el observatorio de medicamentos de DIGEMID.</p> <p>El GEG consideró que el costo del moxifloxacino es mayor a comparación del costo de los otros antibióticos.</p>
<p><b>Inequidad:</b></p> <p>¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</p>		
<p align="center">Juicio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducido</li> <li>○ Probablemente reducido</li> <li>● Probablemente no tenga impacto</li> <li>○ Probablemente incremente la equidad</li> <li>○ Incrementa la equidad</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<p align="center">Evidencia</p>	<p align="center">Consideraciones adicionales</p> <p>El GEG consideró que la administración de los antibióticos empíricos probablemente no tenga un impacto en la inequidad, debido a que hay una gran variedad de posibilidades de antibióticos a elegir y la gran mayoría está disponible en todos los niveles de atención. A excepción de la administración de moxifloxacino, el cual podría</p>

		generar una inequidad, debido a que no está disponible en todos los niveles de atención para odontología.
<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que tanto el personal de salud como los pacientes si aceptarían la administración de la terapia antibiótica empírica con betalactámicos, azálidos, lincosamidas, quinolonas y metronizadol, debido a que ésta es parte del manejo integral de pacientes con infecciones odontogénicas.
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que la intervención es factible debido a que existe una gran diversidad de antibióticos que se podría seleccionar como tratamiento empírico. Además, ya se encuentra implementado en todos los niveles de atención. A excepción del moxifloxacino que no está disponible para uso odontológico.

**Subpoblación 1: Absceso dentoalveolar agudo**

**Recomendaciones y justificación:**

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b>Dirección:</b></p> <p>El GEG consideró que, el balance de beneficios y daños favoreció el uso de la terapia antibiótica empírica de primera elección con amoxicilina o cefalosporinas de primera generación y como segunda elección a la azitromicina o clindamicina. Por lo cual se decidió emitir una recomendación <b>a favor</b> de considerar dicha intervención según las características del paciente.</p> <p>Además, se consideró la posología referida por RxList – The internet drug index. Available at: “<a href="http://www.rxlist.com">http://www.rxlist.com</a>”(39)</p> <p><b>Fuerza:</b></p>	<p>En pacientes adultos con absceso dentoalveolar agudo recomendamos administrar terapia antibiótica con amoxicilina VO (25-50 mg/kg/día, dividido en tres administraciones, durante al menos cinco días) o cefalosporinas de primera generación (por ejemplo: cefalexina VO 25-50 mg/kg/día, dividido en tres administraciones, durante al menos cinco días) como tratamiento empírico de primera elección.</p> <p>En pacientes alérgicos a los betalactámicos, recomendamos administrar azitromicina VO (500 mg/24h durante tres días) o clindamicina VO (300 mg/8h durante al menos cinco días).</p> <p><b>Recomendación fuerte a favor</b></p>

<p>El GEG consideró que, a pesar de la certeza de la evidencia muy baja, la terapia antibiótica empírica es parte del manejo integral de las infecciones odontogénicas y presenta potenciales beneficios importantes. Por este motivo, el GEG decidió emitir una <b>recomendación fuerte</b>.</p>	<p><b>Certeza de la evidencia: muy baja</b> ⊕⊖⊖⊖</p>
---	--

**Subpoblación 2: Celulitis facial**

**Recomendaciones y justificación:**

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b>Dirección:</b></p> <p>El GEG consideró que el balance de beneficios y daños favoreció el uso de la terapia antibiótica empírica de primera elección con clindamicina o terapia antibiótica dual (betalactámico con un antianaerobio). Por lo cual se decidió emitir una recomendación <b>a favor</b> de considerar dicha intervención según las características del paciente.</p> <p>Además, se consideró la posología referida por RxList – The internet drug index. Available at: “<a href="http://www.rxlist.com">http://www.rxlist.com</a>”(39)</p> <p><b>Fuerza:</b></p> <p>El GEG consideró que, a pesar de la certeza de la evidencia muy baja, la terapia antibiótica empírica es parte del manejo integral de las infecciones odontogénicas y presenta potenciales beneficios importantes. Por este motivo, el GEG decidió emitir una <b>recomendación fuerte</b>.</p>	<p>En pacientes adultos con celulitis facial recomendamos administrar clindamicina EV 600mg/8h o “terapia antibiótica dual” (betalactámico + anti anaerobio como: cefazolina [EV 1g/12h] + metronidazol [EV 500mg/8h] durante al menos siete días) como tratamiento empírico de primera elección. El tratamiento iniciará por vía parenteral y luego según las características del paciente (clínicas y laboratoriales) se continuará por vía oral.</p> <p><b>Recomendación fuerte a favor</b> <b>Certeza de la evidencia: muy baja</b> ⊕⊖⊖⊖</p>

Subpoblación 3: Absceso cervicofacial

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b>Dirección:</b></p> <p>El GEG consideró que, el balance de beneficios y daños favoreció el uso de la terapia antibiótica empírica de primera elección con ceftriaxona o ciprofloxacino y metronidazol o clindamicina. Por lo cual se decidió emitir una recomendación <b>a favor</b> de considerar dicha intervención según las características del paciente.</p> <p>Además, se consideró la posología referida por RxList – The internet drug index. Available at: “<a href="http://www.rxlist.com">http://www.rxlist.com</a>”(39)</p> <p><b>Fuerza:</b></p> <p>El GEG consideró que, a pesar de la certeza de la evidencia muy baja, la terapia antibiótica empírica es parte del manejo integral de las infecciones odontogénicas y presenta potenciales beneficios importantes. Por este motivo, el GEG decidió emitir una <b>recomendación fuerte</b>.</p>	<p>En pacientes adultos con absceso cervicofacial recomendamos administrar terapia antibiótica dual y durante al menos diez días con (betalactámico: ceftriaxona [EV 1g/12h] o fluorquinolona: ciprofloxacino [EV 200mg/12h]) con (antianaerobio: clindamicina [EV 600mg/8h] o metronidazol [EV 500 mg/8h]), como tratamiento empírico de primera elección.</p> <p><b>Recomendación fuerte a favor</b>  <b>Certeza de la evidencia: muy baja</b>  ⊕⊖⊖⊖</p>

**Buenas Prácticas Clínicas (BPC):**

El GEG consideró relevante emitir los siguientes puntos de BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

<b>Justificación</b>	<b>Punto de BPC</b>
El GEG consideró adoptar lo mencionado por la GPC MINSAL(18), el cual refiere que se realizará un seguimiento y monitorización tanto de los parámetros clínicos como laboratoriales a los pacientes con infecciones odontogénicas como celulitis facial y absceso cervicofacial debido a la gravedad del compromiso de los espacios aponeuróticos.	Se debe monitorizar la evolución de los parámetros clínicos y de laboratorio durante el tratamiento de los pacientes con celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico.

**Pregunta 3. En pacientes adultos con celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico, ¿se debería administrar corticoesteroides?**

**Introducción**

El uso de los corticoesteroides en el tratamiento de las infecciones de origen odontogénico moderadas o severas como la celulitis o los abscesos cervicofaciales siguen causando controversia.(40, 41) El uso de corticoesteroides en el manejo de infecciones cervicofaciales podría sustentarse en estas tres razones: la reducción del dolor por sus efectos neuromoduladores en la sensibilización central y periférica, sus propiedades antiinflamatorias al inhibir las ciclooxigenasas 2, y las síntesis de citocinas.(42, 43) Sin embargo, su uso podría agravar el cuadro infeccioso debido a su efecto inmunomodulador.(41)

**Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:**

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta	Población	Intervención / Comparación	Desenlaces
1	Pacientes con celulitis facial odontogénica o absceso cervicofacial odontogénico.	Corticoesteroides/No corticoesteroides	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoramiento del trismus</li> <li>• Dolor</li> <li>• Temperatura corporal normalizada</li> <li>• Alta de la hospitalización</li> <li>• Efectos adversos</li> </ul>

**Búsqueda de RS:**

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**).

Se encontró dos RS publicadas como artículos científicos: Lee 2016(44) y Kent 2019(42). A continuación, se resumen las características de estas RS:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios
Lee 2016	7/15	Diciembre 2014	3 ECA de absceso peritonsilar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor</li> <li>• Mejoramiento de trismus</li> <li>• Alta de la hospitalización</li> <li>• Efectos adversos</li> </ul>
Kent 2019*	8/13	No especifica	4 ECA de absceso peritonsilar 10 ECA de faringitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor</li> <li>• Trismus</li> <li>• Temperatura corporal</li> <li>• Efectos adversos</li> </ul>

\*Esta RS no realiza MA

Se decidió realizar una búsqueda *de novo* de ECA (**Anexo N° 2**), debido a que los estudios incluidos en la RS no incluyeron a pacientes con infecciones odontogénicas; sin embargo, no se encontró ningún estudio de la población requerida.

**Evidencia por cada desenlace:**

PICO 1: Corticoesteroides vs no corticoesteroides:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mejoramiento de trismus:
  - Para este desenlace se consideró la RS de Lee 2016(44), debido a que realizó un metaanálisis e incluyó el mismo número de ECA para absceso peritonsilar que la RS de Kent 2019.
  - Para el mejoramiento de trismus, la RS de Lee 2016(44) realizó un MA que incluyó 2 ECA (n=112). La población fueron pacientes con absceso peritonsilar en los que se comparó la administración de corticoides con antibióticos vs. solo administración de antibióticos. El trismus desenlace fue definido como la disminución de la distancia entre los incisivos superiores e inferiores durante la apertura bucal a las 4, 12 y 24 horas.
- Dolor
  - Para este desenlace se consideró la RS de Lee 2016, debido a que realizó un metaanálisis e incluyó el mismo número de ECA que la RS de Kent 2019.
  - Para dolor, la RS de Lee 2016 realizó un metaanálisis que incluyó 1 ECA (n=41). La población fueron pacientes con absceso peritonsilar en los que se comparó la administración de corticoides con antibióticos vs solo administración de antibióticos.
- Temperatura corporal normalizada
  - Para este desenlace se consideró la RS de Lee 2016, debido a que fue la de mayor calidad y realizó un metaanálisis para este desenlace.
  - Para la temperatura corporal normalizada, la RS de Lee 2016 incluyó 2 ECA (n=112). La población fueron pacientes con absceso peritonsilar. En ellos, se comparó la administración de corticoides con antibióticos vs. solo administración de antibióticos.
- Alta de hospitalización
  - Para este desenlace se consideró la RS de Lee 2016, debido a que fue la de mayor calidad y realizó un metaanálisis para este desenlace.
  - Para el alta de hospitalización, la RS de Lee 2016 incluyó 1 ECA (n=62). La población fueron pacientes con absceso peritonsilar. En ellos, se comparó la administración de corticoides con antibióticos vs. solo administración de antibióticos. Este desenlace fue definida como la frecuencia de pacientes que fue dado de alta en un determinado tiempo desde que inició el tratamiento.
- Efectos adversos:
  - Se consideró la RS de Kent 2019, el cual incluyó 1 ECA (n=31) de Chau 2014, que evalúa los efectos adversos en los pacientes con absceso peritonsilar que fueron

medicados con corticoesteroides en combinación con antibióticos y los que solo recibieron antibióticos.

**Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF):**

Beneficios:							
Desenlaces (outcomes)	Estudios	CS	No CS	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Mejoramiento de trismus a las 4 horas (medido como la distancia interincisal)	2 ECA	20/56 (35,7%)	5/56 (8,9%)	OR 5,36 (1,97 a 14,73)	RA: 255 más por 1000 (de 73 más a 502 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
Mejoramiento de trismus a las 12 horas (medido como la distancia interincisal)	2 ECA	51/56 (91,1%)	8/56 (14,3%)	OR 68,03 (17,46 a 265,07)	RA: 776 más por 1000 (de 601 más a 835 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
Mejoramiento de trismus a las 24 horas (medido como la distancia interincisal)	2 ECA	53/56 (94,6%)	10/53 (18,9%)	OR 86,48 (11,13 a 665,14)	RA: 764 más por 1000 (de 533 más a 805 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
Dolor a las 24 horas (medido según la EVA)	1 ECA	--	--	--	SMD 0,86 SD (-0,21 a 1,51)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Dolor a las 48 horas (medido según la EVA)	1 ECA	--	--	--	SMD 0,39 SD (-0,23 a 1,01)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Dolor a las 72 horas (medido según la EVA)	1 ECA	--	--	--	SMD 0,33 SD (-0,29 a 0,95)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Temperatura corporal normalizada a las 12 horas	2 ECA	29/56 (51,8%)	6/56 (10,7%)	OR 9,26 (3,59 a 24,28)	RA: 419 más por 1000 (de 194 más a 637 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Temperatura corporal normalizada a las 24 horas	2 ECA	44/56 (78,6%)	17/56 (30,4%)	OR 8,33 (2,71 a 25,79)	RA: 480 más por 1000 (de 238 más a 615 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Temperatura corporal normalizada a las 48 horas	2 ECA	53/56 (94,6%)	31/56 (55,4%)	OR 16,11 (4,48 a 57,97)	RA: 399 más por 1000 (de 294 más a 433 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Alta de hospitalización a los 3 días desde el inicio del tratamiento	1 ECA	18/31 (58,1%)	2/31 (6,5%)	OR 20,08 (4,05 a 99,48)	RA: 516 más por 1000 (de 154 más a 808 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE

Alta de hospitalización a los 4 días desde el inicio del tratamiento	1 ECA	26/31 (83,9%)	6/31 (19,4%)	OR 21,75 (5,87 a 79,23)	RA: 646 más por 1000 (de 391 más a 756 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Alta de hospitalización a los 5 días desde el inicio del tratamiento	1 ECA	29/31 (93,5%)	12/31 (38,7%)	OR 20,08 (4,05 a 99,48)	RA: 540 más por 1000 (de 332 más a 597 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
<b>Daños:</b>							
Desenlaces ( <i>outcomes</i> )	Estudios	CS	No CS	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Náuseas a las 48 horas	1 ECA	4/20 (20%)	4/20 (9,5%)	RR: 1 (IC 95%: 0,29 - 3,45)	RA: 0 por 1000 (de 247 menos a 247 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
Náuseas a los 7 días	1 ECA	0/20 (0%)	2/21 (9,5%)	RR No estimable	RA No estimable	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
Vómitos a las 48 horas	1 ECA	2/20 (10%)	3/21 (14,3%)	RR: 0,7 (IC 95%: 0,13 - 3,76)	RA: 42,8 menos por 1000 (de 242 menos a 156 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Vómitos a los 7 días	1 ECA	0/20 (0%)	1/21 (4,8%)	RR No estimable	RA No estimable	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Somnolencia a las 48 horas	1 ECA	8/20 (10%)	6/21 (28,6%)	RR: 1,4 (IC 95%: 0,59 - 3,32)	RA: 114 más por 1000 (de 175 menos a 403 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
Somnolencia a los 7 días	1 ECA	1/20 (5%)	2/21 (9,5%)	RR: 0,53 (IC 95%: 0,05 - 5,34)	RA: 45 menos por 1000 (de 203 menos a 113 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
Espasmo muscular a las 48 horas	1 ECA	2/20 (10%)	2/21 (9,5%)	RR: 1,05 (IC 95%: 0,16 - 6,76)	RA: 4 más por 1000 (de 177 menos a 186 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Espasmo muscular a los 7 días	1 ECA	0/20 (0%)	2/21 (9,5%)	RR No estimable	RA No estimable	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
Diarrea a los 7 días	1 ECA	2/20 (10%)	4/21 (19%)	RR: 0,52 (IC 95%: 0,11 - 2,56)	RA: 90 menos por 1000 (de 304 menos a 123 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>RR:</b> Razón de riesgo, <b>DM:</b> Diferencia de medias</p> <p><b>Explicaciones de riesgo de sesgo:</b></p> <p>a. Se consideró disminuir un nivel de certeza debido a su no claro riesgo de sesgo en la generación de la secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación y de los evaluadores.</p> <p>b. Se consideró disminuir un nivel de certeza debido a que la población no presenta una infección de origen odontogénico.</p> <p>c. Se consideró disminuir dos niveles de certeza debido a que los intervalos de confianza son muy amplios y esto por el pequeño tamaño de la muestra.</p>							

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision, EtD*):

Presentación:

<b>Pregunta 3. En pacientes adultos con celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico, ¿se debería administrar corticoesteroides?</b>	
<b>Población:</b>	Adultos con celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico
<b>Intervención y comparador:</b>	Prescripción de corticoesteroides / no corticoesteroides
<b>Desenlaces principales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoramiento de trismus</li> <li>• Dolor</li> <li>• Temperatura corporal normalizada</li> <li>• Hospitalización</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica – poblacional
<b>Conflictos de intereses:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con esta pregunta.

Evaluación:

Beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce	<b>Desenlaces (outcomes)</b>	<b>Número y Tipo de Estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Importancia</b>	El GEG consideró de manera unánime que en celulitis facial o absceso cervicofacial odontogénico la administración de corticoesteroides posiblemente presenta beneficios moderados debido a su efecto en trismus, temperatura corporal normalizada y alta de hospitalización.
	Mejoramiento de trismus a 4 horas	2 ECA	OR 5,36 (1,97 a 14,73)	RA: 255 más por 1000 (de 73 más a 502 más )	IMPORTANTE	
	Mejoramiento de trismus a las 12 horas	2 ECA	OR 68,03 (17,46 a 265,07)	RA: 776 más por 1000 (de 601 más a 835 más )	IMPORTANTE	
	Mejoramiento de trismus a las 24 horas	2 ECA	OR 86,48 (11,13 a 665,14)	RA: 764 más por 1000 (de 533 más a 805 más )	IMPORTANTE	
	Reducción del dolor a las 24 horas	1 ECA	--	SMD 0,86 SD (-0,21 a 1,51)	IMPORTANTE	
	Reducción del dolor a las 48 horas	1 ECA	--	SMD 0,39 SD (-0,23 a 1,01)	IMPORTANTE	
	Reducción del dolor a las 72 horas	1 ECA	--	SMD 0,33 SD (-0,29 a 0,95)	IMPORTANTE	
	Temperatura corporal normalizada a las 12 horas	2 ECA	OR 9,26 (3,59 a 24,28)	RA: 419 más por 1000 (de 194 más a 637 más )	IMPORTANTE	
	Temperatura corporal normalizada a las 24 horas	2 ECA	OR 8,33 (2,71 a 25,79)	RA: 480 más por 1000 (de 238 más a 615 más )	IMPORTANTE	
Temperatura corporal normalizada a las 48 horas	2 ECA	OR 16,11 (4,48 a 57,97)	RA: 399 más por 1000 (de 294 más a 433 más )	IMPORTANTE		

Alta de hospitalización a los 3 días desde el inicio del tratamiento	1 ECA	OR 20,08 (4,05 a 99,48)	RA: 516 más por 1000 (de 154 más a 808 más )	IMPORTANTE
Alta de hospitalización a los 4 días desde el inicio del tratamiento	1 ECA	OR 21,75 (5,87 a 79,23)	RA: 646 más por 1000 (de 391 más a 756 más )	IMPORTANTE
Alta de hospitalización a los 4 días desde el inicio del tratamiento	1 ECA	OR 20,08 (4,05 a 99,48)	RA: 540 más por 1000 (de 332 más a 597 más )	IMPORTANTE

**Daños:**  
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?

Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
○ Grande ○ Moderado ● Pequeño ○ Trivial ○ Varía ○ Se desconoce	<b>Desenlaces (outcomes)</b>	<b>Número y Tipo de Estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Importancia</b>
	Náuseas a las 48 horas	1 ECA	RR: 1 (IC 95%: 0,29 - 3,45)	RA: 0 por 1000 (de 247 menos a 247 más)	IMPORTANTE
	Náuseas a los 7 días	1 ECA	RR No estimable	RA No estimable	IMPORTANTE
	Vómitos a las 48 horas	1 ECA	RR: 0,7 (IC 95%: 0,13 - 3,76)	RA: 42,8 menos por 1000 (de 242 menos a 156 más)	IMPORTANTE
	Vómitos a los 7 días	1 ECA	RR No estimable	RA No estimable	IMPORTANTE
	Somnolencia a las 48 horas	1 ECA	RR: 1,4 (IC 95%: 0,59 - 3,32)	RA: 114 más por 1000 (de 175 menos a 403 más)	IMPORTANTE
	Somnolencia a los 7 días	1 ECA	RR: 0,53 (IC 95%: 0,05 - 5,34)	RA: 45 menos por 1000 (de 203 menos a 113 más)	IMPORTANTE
	Espasmo muscular a las 48 horas	1 ECA	RR: 1,05 (IC 95%: 0,16 - 6,76)	RA: 4 más por 1000 (de 177 menos a 186 más)	IMPORTANTE
	Espasmo muscular a los 7 días	1 ECA	RR No estimable	RA No estimable	IMPORTANTE
Diarrea a los 7 días	1 ECA	RR: 0,52 (IC 95%: 0,11 - 2,56)	RA: 90 menos por 1000 (de 304 menos a 123 más)	IMPORTANTE	

El GEG consideró de manera unánime que los frecuencias de daños eran pequeñas. Además, se resaltó que si bien en pacientes ASA I los efectos adversos de la prescripción de corticoides son pequeños, hay que tener precaución con su uso en pacientes con alguna comorbilidad que comprometa su sistema inmune.

**Certeza de la evidencia:**  
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?