

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2011
111 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde



NÚMERO: 064/2011

DATA: 30/12/2011

ASSUNTO: Prescrição de Antibióticos em Patologia Dentária
PALAVRAS-CHAVE: Antibioterapia; Medicina Dentária; Estomatologia
PARA: Médicos e Médicos Dentistas do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Médicos Dentistas, emite a seguinte

I – NORMA

1. Na pulpíte não está indicada a prescrição de antibióticos (Nível de evidência A/ Grau de recomendação Ib).
2. No abscesso periapical/dentoalveolar a amoxicilina é o antibiótico de primeira linha (Nível de evidência A/ Grau de recomendação Ib).
3. Na pericoronarite a amoxicilina é o antibiótico de primeira linha (Nível de evidência A/ Grau de recomendação Ib).
4. Na periodontite do adulto, sempre que clinicamente necessária a prescrição de antibiótico, são fármacos de primeira linha o metronidazol ou a associação metronidazol com amoxicilina (Nível de evidência A/ Grau de recomendação Ia).
5. Na gengivite/periodontite ulcerativa necrosante são fármacos de primeira linha o metronidazol ou a associação metronidazol com amoxicilina (Nível de evidência A/ Grau de recomendação Ia).
6. Nas infeções graves, com envolvimento das fáscias e tecidos profundos da cabeça e pescoço, o antibiótico de primeira linha é a associação amoxicilina com ácido clavulânico (Nível de evidência B/ Grau de recomendação IIc).
7. Nas situações clínicas de gengivite, abscesso periodontal e de alveolite fibrinolítica não está indicada a prescrição de antibióticos.
8. Nos casos clínicos de imunossupressão é obrigatória a prescrição de antibióticos, sendo estes os adequados a cada patologia (Nível de evidência B/ Grau de recomendação IIb).
9. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo.
10. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

II – CRITÉRIOS

- a) Princípios gerais de prescrição de antibióticos em patologia infecciosa de origem dentária e periodontal:
- o objetivo do tratamento antimicrobiano das infeções odontogénicas é evitar a disseminação da infeção, reduzir o número de bactérias no foco infeccioso e prevenir as complicações da disseminação hematogénica;
 - o uso de antibióticos na patologia infecciosa dentária e periodontal não substitui o tratamento dentário/cirúrgico, em muitas situações o procedimento estritamente operatório (desbridamento radicular, drenagem) pode anular ou diminuir a necessidade de antibiótico;
 - existe indicação para antibioterapia sempre que o doente apresente um quadro de infeção odontogénica com repercussão sistémica. O uso de antibióticos é igualmente justificado em indivíduos de risco séptico acrescido.
- b) Regras de prescrição de antibióticos em patologia infecciosa de origem dentária e periodontal:
- a escolha de um antibiótico faz-se em função do agente etiológico provável, do seu espectro antibacteriano e da sua farmacocinética e deve ter em conta os antecedentes do doente (a imunossupressão, o transplante, as comorbilidades) e a gravidade da situação clínica;
 - a monoterapia deve ser a regra e o espectro do antibiótico deve ser tão estreito quanto possível. Deve evitar-se a prescrição de um antibiótico da mesma classe se o doente o tomou recentemente;
 - a antibioterapia deve ser reavaliada e eventualmente alterada, com base na resposta clínica e nos dados microbiológicos laboratoriais;
 - os antibióticos que são dose dependente, como por exemplo os beta-lactâmicos, devem ser administrados com intervalos curtos. Os antibióticos que são concentração dependente, como por exemplo os aminoglicosídeos, devem ser administrados em doses altas e com intervalos prolongados;
 - a presença de insuficiência renal ou hepática deve ser avaliada e a dose de antibiótico ajustada em função da via de excreção;
 - a amoxicilina, a associação amoxicilina-ácido clavulânico, a associação amoxicilina/metronidazol e a clindamicina cobrem quase na totalidade o espectro dos agentes responsáveis pela maioria das infeções odontogénicas;
 - os derivados beta-lactâmicos são os fármacos de primeira linha no combate às infeções odontogénicas. A amoxicilina deve ser a primeira escolha (se houver presunção de resistência por produção de betalactamases deve optar-se pela associação amoxicilina/ácido clavulânico);

- viii. a associação de amoxicilina (ou penicilina) com metronidazol está recomendada na infeção predominantemente anaeróbia;
- ix. a clindamicina possui espectro adequado ao tratamento da infeção odontogénica, boa absorção, alta concentração intraóssea e baixas resistências. É o fármaco de primeira linha nos alérgicos aos betalactâmicos;
- x. a eritromicina não é um antibiótico de primeira linha porque tem pouca atividade contra fusobactérias e estreptococos viridans. No doente alérgico aos betalactâmicos, a antibioterapia com um macrólido pode ser uma opção mas apenas nas infeções de menor gravidade;
- xi. em periodontologia o uso de tetraciclina, nomeadamente a doxiciclina, tem sido advogado.

c) Tratamento das infeções comuns de origem dentária e periodontal:

- i. infeções endodónticas de origem pulpar: o tratamento endodóntico deve ser a primeira opção, devendo ser instituída antibioterapia concomitante se existir repercussão sistémica ou se se tratar de doente de risco séptico acrescido;
- ii. abcesso periapical/dentoalveolar:
 - a. infeção polimicrobiana com aeróbios e principalmente anaeróbios facultativos ou estritos: *estreptococos viridans*, *prevotella pigmentada*, fusobactérias, peptoestreptococos, *actinomyces*, porfiromonas, entre outros;
 - b. a localização do abcesso é determinada pelo dente envolvido tal como a respetiva relação com locas, planos musculares e fasciais. A sua extensão é condicionada pela virulência do agente e pela imunocompetência do hospedeiro;
 - c. o abcesso alveolar é bem delimitado, contém pus, os sinais inflamatórios para além da tumefação são praticamente inexistentes, encontrando-se geralmente uma área de flutuação; a dor é localizada e a repercussão sistémica modesta. Trata-se de uma doença «local»;
 - d. o tratamento baseia-se na eliminação da causa («tratar o dente») e na drenagem/desbridamento cirúrgico (transdentária, transmucosa, transcutânea), abordagem que, instituída precocemente, se revela suficiente em muitos casos;
 - e. se for necessária terapêutica antibiótica (por exemplo febre ou prostração) esta é empírica e o antibiótico de primeira linha é a amoxicilina; se se suspeitar da presença de beta-lactamases (as resistências crescem com a duração do tratamento e, nomeadamente, após as 72 horas, podem ultrapassar os 50%), deve optar-se pela associação amoxicilina/ácido clavulânico. Na alergia aos betalactâmicos a clindamicina é a alternativa.

iii. periodontite:

- a. a periodontite é uma infeção polimicrobiana e não permite uma abordagem simples. Numa bolsa periodontal podem existir mais de 500 estirpes bacterianas, com sensibilidades muito diferentes;
- b. periodontite crónica do adulto é a entidade mais frequente. Existe indicação para antibioterapia sistémica na periodontite recorrente ou refratária mas tendo sempre em conta os seguintes aspetos:
 - (i) a antibioterapia sistémica só tem indicação como complemento da terapêutica mecânica e a qualidade desta, mais do que o antibiótico, é que condiciona os resultados;
 - (ii) o tratamento operatório deve preceder a terapia antibiótica. O tempo até à antibioterapia deve ser reduzido ao mínimo;
 - (iii) não há consenso acerca da melhor antibioterapia. Atendendo à flora implicada parece sensato considerar o metronidazol como primeira linha, eventualmente associado à amoxicilina;
 - (iv) a clindamicina é uma alternativa válida, é especialmente eficaz contra peptoestreptococos, estreptococos beta hemolíticos e bacilos gram-negativos anaeróbios;
 - (v) as tetraciclina (ex: minociclina e doxiciclina) são opção, se o agente etiológico for o *actinobacillus actinomycetemcomitans*. Inibem as colagenases, o que representa uma mais-valia;
 - (vi) o insucesso da antibioterapia, combinada com a terapêutica operatória, deve alertar o clínico para a necessidade de testes microbiológicos.

iv. abscesso periodontal:

- a. tem indicação para antibioterapia, se o abscesso for acompanhado de manifestações sistémicas, como mal-estar, febre ou linfadenopatia. A antibioterapia deve acompanhar a terapêutica operatória;
- b. o antibiótico de primeira linha é a amoxicilina, substituída pela clindamicina ou azitromicina em caso de alergia.

v. periodontite agressiva do adolescente ou pré pubertária:

- a. o agente etiológico que predomina é o *actinobacillus actinomycetemcomitans*;
- b. o regime antibiótico aconselhado é a combinação metronidazol/amoxicilina que, quando instituído precocemente e associado a terapêutica operatória, tem resultados muito satisfatórios. As tetraciclina são uma alternativa válida.

vi. gengivoestomatite ulcerativa necrotizante aguda:

- a. causada por anaeróbios, caracteriza-se por úlceras da mucosa (tipicamente associadas a amputação das papilas), hemorragia, halitose e linfadenopatia;

- b. tratamento passa pela eliminação de placa e cálculo supra e subgingival associada a desinfeção local de sulcos e bolsas periodontais e terapêutica antibiótica;
 - c. o antibiótico de eleição é o metronidazol substituível por clindamicina ou amoxicilina-ácido clavulânico.
- vii. pericoronarite:
- a. infeção dos tecidos moles que envolvem um dente em erupção;
 - b. merece as mesmas considerações que o abscesso dentoalveolar: incisão, desbridamento e drenagem, desinfeção local e eventualmente antibioterapia;
 - c. pode ser necessária a extração do dente envolvido.
- viii. infeções graves com envolvimento das fáscias e tecidos profundos da cabeça e pescoço:
- a. celulite:
 - (i) a celulite é uma doença sistémica, traduz-se em tumefação com limites e dor difusos, com rubor, calor na sua evolução e, geralmente, decorre com febre, leucocitose e proteína C reativa elevada (a PCR tem valor preditivo quanto à gravidade da situação). A terapêutica antibiótica inicial é empírica;
 - (ii) o exame bacteriológico (incluindo hemoculturas) tem interesse epidemiológico e está indicado nas infeções de maior gravidade. Merece avaliação hospitalar;
 - (iii) a amoxicilina/ácido clavulâmico ou a clindamicina podem ser usadas em situações de celulite em que ainda haja condições para iniciar o tratamento em ambulatório;
 - (iv) o internamento hospitalar deve ser decidido em função da importância dos seguintes factores: compromisso submilohioideu; compromisso orbitário; trismos; disfagia; dispneia; prostração; febre alta; elevação da PCR/leucocitose; doença sistémica associada; falência da antibioterapia;
 - (v) a TC é um exame de primeira linha nas celulites do terço inferior, é importante na determinação da extensão da doença, compromisso da via aérea e identificação de coleções purulentas orientando a drenagem cirúrgica;
 - (vi) no internamento, sugere-se, como antibioterapia de primeira linha, a associação penicilina G (ou amoxicilina) e metronidazol. A clindamicina é uma alternativa válida;
 - (vii) nas celulites mais graves ou na presença de complicações, é de considerar associar um aminoglicosido, habitualmente a gentamicina. Um outro grupo de antibióticos, os carbapenemes, tem interesse em presença de infeções causadas por microrganismos multirresistentes com suscetibilidade conhecida ou provável. A sua utilização deve ser restringida ao meio hospitalar;
 - (viii) o tempo mínimo de tratamento deve ser cinco dias para além do ponto de melhoria substancial ou resolução dos sinais e sintomas.

- b. fascíte necrosante:
 - (i) é uma necrose das fáscias e tecido celular subcutâneo, com eventual formação de gás. Exige internamento prolongado, tem elevada mortalidade e é especialmente frequente no doente imunodeprimido (ex: alcoolismo, diabetes, infeção por HIV).
 - (ii) os exames direto e culturais são obrigatórios;
 - (iii) os fatores que influenciam o prognóstico são:
 - a. desbridamento precoce;
 - b. circunstância da doença associada;
 - c. progressão da infeção para os espaços retro faríngeo, pré traqueal, bainhas carotídeas e mediastino.
 - (iv) a antibioterapia deve ser tripla, associando um beta-lactâmico, metronidazol e aminoglicosido, com expectativa armada de recurso aos carbapenemes.
- ix. osteomielite supurada: infeção do osso basal da maxila ou mandíbula, tendo indicação para antibioterapia orientada para o agente etiológico.
- x. não está indicada a terapêutica com antibióticos na pulpíte reversível ou irreversível em pessoas saudáveis, na gengivite, no abscesso periodontal sem manifestações sistémicas e na alveolite fibrinolítica.

III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- b) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- c) Enquanto não estiver concluída a parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma, são utilizados os seguintes indicadores de avaliação:
 - i. % de inscritos com patologia dentária com prescrição de amoxicilina
 - ii. % de inscritos com patologia dentária com prescrição de amoxicilina e ácido clavulânico
 - iii. % do valor da prescrição de amoxicilina no total das prescrições de antibioterapia em inscritos com patologia dentária
 - iv. % do valor da prescrição de amoxicilina e ácido clavulânico no total das prescrições de antibioterapia em inscritos com patologia dentária

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) O número de espécies de microrganismos, incluindo bactérias, fungos e protozoários, identificados como colonizadores da cavidade oral estimava-se entre as 300 e as 500 aproximadamente. No entanto, estudos mais recentes sobre a caracterização microbiológica da

- placa bacteriana oral já identificaram cerca de 1000 espécies diferentes. Destes apenas cerca de 10% conseguem ser isolados com regularidade usando técnicas de cultura convencionais.
- b) As infeções bacterianas de origem dentária e periodontal são frequentes na prática clínica diária e o uso de antibióticos é comum, no entanto os critérios de prescrição não são uniformes. A prescrição racional de antibióticos traz benefícios para a pessoa, diminuindo a duração da doença e limitando a repercussão sistémica, e para a comunidade, com diminuição das resistências e dos custos.
 - c) O uso desnecessário, inadequado ou prolongado de antibióticos é o fator major no desenvolvimento de resistências.
 - d) A prescrição de antibióticos nas infeções orais é empírica e baseia-se na presunção do(s) microrganismo(s) causais. As infeções odontogénicas são sempre polimicrobianas incluindo agentes aeróbios, anaeróbios facultativos e anaeróbios. Deve privilegiar-se o espetro de ação mais estreito e a menor duração terapêutica possível.
 - e) O exame bacteriológico, incluindo hemocultura(s), é relevante nas infeções de maior gravidade, na ausência de resposta à antibioterapia e no conhecimento do perfil microbiológico da comunidade.
 - f) Na área dentária os antibióticos estão indicados na terapêutica de infeções odontogénicas agudas, na profilaxia de infeções à distância (ex: endocardite bacteriana) ou na profilaxia cirúrgica.
 - g) A abordagem cirúrgica do foco infeccioso é mandatória e pode anular, ou diminuir, a necessidade de antibiótico.

V – APOIO CIENTÍFICO

- a) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde e, ainda, pela Ordem dos Médicos Dentistas.
- b) Pedro Ferreira Trancoso e Ana Maldonado Fernandes (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), Paulo Melo, Tiago Pires Frazão.
- c) A presente Norma foi visada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- d) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas.
- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no *site* desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

MD	Medicina Dentária
TC	Tomografia Computorizada

BIBLIOGRAFIA

Almeida, A. Terapêutica Antibiótica das Infecções Orais. Lidel 2005.

American Academy of Periodontology (2004) Position paper: systemic antibiotics in periodontics. Journal of Periodontology 75(11), 1553-1565.

Antibiotic prophylaxis in surgery, a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, acedido em 10-05-2011.

Brennan MT, Runyon MS, Batts JJ, Fox PC, Kent ML, Cox TL, Norton HJ, Lockhart PB. Odontogenic signs and symptoms as predictors of odontogenic infection: a clinical trial. J Am Dent Assoc. 2006 Jan;137(1):62-6.

Brescó-Salinas M, Costa-Riu N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Antibiotic susceptibility of the bacteria causing odontogenic infections. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006 Jan 1;11(1):E70-5

Cachovan G, Böger RH, Giersdorf I, Hallier O, Streichert T, Haddad M, Platzer U, Schön G, Wegscheider K, Sobottka I. Comparative efficacy and safety of moxifloxacin and clindamycin in the treatment of odontogenic abscesses and inflammatory infiltrates: a phase II, double-blind, randomized trial. Antimicrob Agents Chemother. 2011 Mar;55(3):1142-7. Epub 2010 Dec 20.

Caton J, Ryan ME. Clinical studies on the management of periodontal diseases utilizing subantimicrobial dose doxycycline (SDD). Pharmacol Res. 2011 Feb;63(2):114-20. Epub 2010 Dec 21.

CKS – Clinical Knowledge Summaries 2011 – National Health Service Evidence – United Kingdom. http://www.cks.nhs.uk/dental_abscess/management/detailed_answers/waiting_to_see_a_dental_practitioner/prescribing_an_antibiotic.

Davey P, Garners on behalf of the Professional Education Subgroup of SACAR. Professional education on antimicrobial prescribing: a report from the Specialist Advisory Committee on Antimicrobial Resistance (SACAR). Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2007; 60, Suppl. 1:27-32.

Faculty of General Dental Practice (2000) Adult antimicrobial prescribing in primary dental care for general dental practitioners. London: Royal College of Surgeons of England.

Guideline on Use of Antibiotic Therapy for Pediatric Dental Patients, Revised 2009. American Academy of Pediatric Dentistry, acedido em 21-10-2011.

Haffajee AD, Socransky SS, Gunsolley JC. Systemic anti-infective periodontal therapy. A systematic review. Ann Periodontol. 2003 Dec;8(1):115-81

Handal T, Olsen I. Antimicrobial resistance with focus on oral beta-lactamases. Eur J Oral Sci. 2000 Jun;108(3):163-74.

Herrera D et al. Antimicrobial therapy in periodontitis: the use of systemic antimicrobials against the subgingival biofilm. J Clin Periodontol 2008; 35 (Suppl. 8): 45–66.

Jaramillo, A., Arce, R.M., Herrera, D. et al. (2005) Clinical and microbiological characterization of periodontal abscesses. Journal of Clinical Periodontology 32(12), 1213-1218.

Kirkwood KL. Update on antibiotics used to treat orofacial infections. Alpha Omegan. 2003 Dec;96(4):28-34.

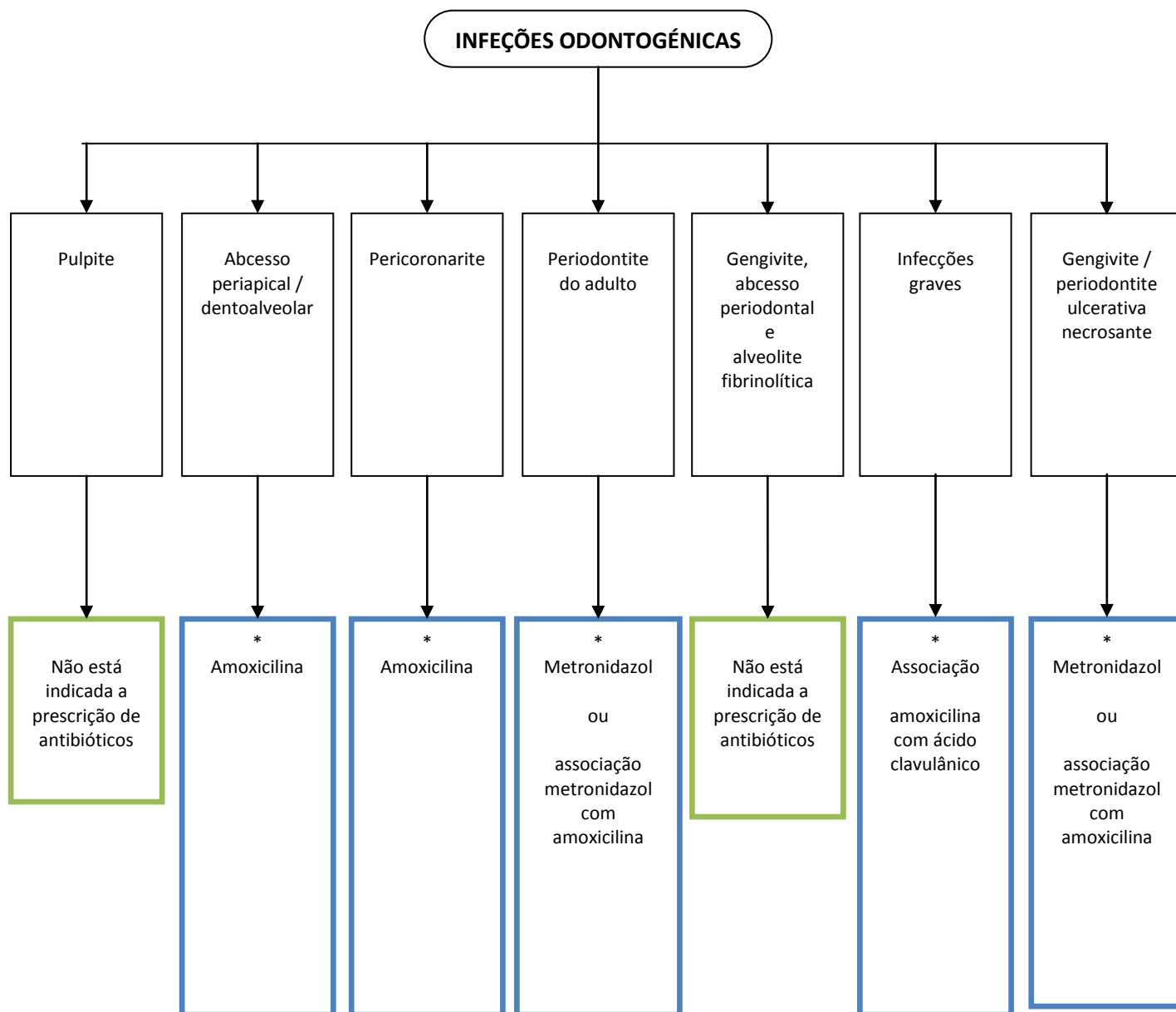


- Kuriyama T, Nakagawa K, Karasawa T, Saiki Y, Yamamoto E, Nakamura S. Past administration of beta-lactam antibiotics and increase in the emergence of beta-lactamase-producing bacteria in patients with orofacial odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000 Feb;89(2):186-92.
- Lesprit P, Brun-Buisson C. Hospital antibiotic stewardship. *Curr Opin Infect Dis.* 2008 Aug;21(4):344-9.
- Maestre-Vera JR. Treatment options in odontogenic infection. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9 Suppl:25-31; 19-24.
- Owens RC Jr. Antimicrobial stewardship: concepts and strategies in the 21st century. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2008 May;61(1):110-28. Epub 2008 Apr 2.
- Poveda Roda R, Bagan JV, Sanchis Bielsa JM, Carbonell Pastor E. Antibiotic use in dental practice. A review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007 May 1;12(3):E186-92.
- Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie. Recommandations et argumentaire. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, juillet 2001.
- Princípios gerais de antibioterapia. Orientação nº029/2011, de 5/8/2011, atualização de 24/8/2011 da Direção-Geral da Saúde.
- Prontuário Terapêutico. Infarmed, 2011.
- Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Systemic Antibiotics in Periodontics. *J Periodontol* 2004; 75:1 553-1565.
- Robertson D, Smith AJ. The microbiology of the acute dental abscess. *J Med Microbiol.* 2009 Feb;58(Pt 2):155-62.
- Roy KM, Smith A, Sanderson J, Bagg J, MacKenzie D, Jackson MS, Taylor G, McEwen J. Barriers to the use of a diagnostic oral microbiology laboratory by general dental practitioners. *Br Dent J.* 1999 Apr 10;186(7):345-7.
- Sandor GK, Low DE, Judd PL, Davidson RJ. Antimicrobial treatment options in the management of odontogenic infections. *J Can Dent Assoc.* 1998 Jul-Aug;64(7):508-14.
- Seppanen L. Analysis of systemic and local odontogenic infection complications requiring hospital care. *Journal of Infection* 2008; 57:116-122.
- Slots J, Jorgensen MG. Efficient antimicrobial treatment in periodontal maintenance care. *J Am Dent Assoc.* 2000 Sep;131(9):1293-304.
- Stefanopoulos PK, Kolokotronis AE. The clinical significance of anaerobic bacteria in acute orofacial odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 Oct;98(4):398-408. Review.
- Sweeney LC, Dave J, Chambers PA, Heritage J. Antibiotic resistance in general dental practice--a cause for concern? *J Antimicrob Chemother.* 2004 Apr;53(4):567-76. Epub 2004 Feb 25.
- Tamma PD, Cosgrove SE. Antimicrobial stewardship. *Infect Dis Clin N Am* 2011; 25:245-60.
- Ten Cate, J.M. Biofilms, a new approach to the microbiology of dental plaque. *Odontology.* 2006; 94: 1-9.
- Utilização de Ampicilina, Amoxicilina e Amoxicilina/Ácido Clavulânico. Orientação n.º 25/2011, de 28/6/2011, atualização 24/8/2011, da Direção-Geral da Saúde.
- Vallano A, Izarra A. Principios de terapéutica antimicrobiana. *Medicine* 2006;9:3196-203.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



* Fármacos de primeira linha (ver texto da Norma).

Anexo II: Quadros, tabelas e gráficos

Tabela 1:

Antimicrobianos mais comuns no tratamento das infeções odontogénicas (adaptado de Poveda-Roda et al, 2007)

Fármaco	Via de administração	Posologia média (adulto)
Amoxicilina	po*	500mg/8h 1000mg/12h
Amoxicilina-ácido clavulânico	po ou ev**	500-875mg/8h* 2000mg/12h* 1000-2000mg/8h**
Associação Amoxicilina Metronidazol	po	500mg 8/8h+500mg 8/8h
Azitromicina	po	500mg/24h 3 dias consecutivos
Ciprofloxacina	po	500mg/12h
Claritromicina	po	250mg/12h 500mg/12h
Clindamicina	po ou ev	300mg/8h* 600mg/8h**
Eritromicina	po	250 a 500 mg/6 horas 500 mg a 1 g/12 horas
Gentamicina	im*** ou ev	240mg/24h
Metronidazol	po	500-750mg/8h
Minociclina	po	100mg/24h
Penicilina G	im ou ev	1.2-2.4 milhões U/24h*** Até 24 milhões U/24h**

*po: via oral; **ev: endovenosa; ***im: intramuscular

Anexo III: Bilhete de identidade dos indicadores

Designação	Percentagem de inscritos com patologia dentária com prescrição de amoxicilina		
Dimensão	Efectividade	Entidade gestora	ACES
Norma	Medicina Dentária	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de inscritos
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter pelo menos uma prescrição de amoxicilina (GFT 1.1.1.2). <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter diagnóstico de doença dos dentes/gengivas (D82) sinalizado com activo na sua lista de problemas. 		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	N.º de inscritos com diagnóstico de doença dos dentes/gengivas com pelo menos uma prescrição de amoxicilina	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
B - Denominador	N.º de inscritos com diagnóstico de doença dos dentes/gengivas	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

Designação	Percentagem de inscritos com patologia dentária com prescrição de amoxicilina e ácido clavulânico		
Dimensão	Efectividade	Entidade gestora	ACES
Norma	Medicina Dentária	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de inscritos
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador: - Denominador; - Ter pelo menos uma prescrição de amoxicilina e ácido clavulânico (GFT 1.1.5).</p> <p>Denominador: - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter diagnóstico de doença dos dentes/gengivas (D82) sinalizado com activo na sua lista de problemas.</p>		
Observações			
Factor crítico			
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	N.º de inscritos com diagnóstico de doença dos dentes/gengivas com pelo menos uma prescrição de amoxicilina e ácido clavulânico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
B - Denominador	N.º de inscritos com diagnóstico de doença dos dentes/gengivas	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

111 anos
1899-2011

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde



Designação	Percentagem do valor da prescrição de amoxicilina no total das prescrições de antibioterapia em inscritos com patologia dentária		
Dimensão	Eficiência	Entidade gestora	ACES
Norma	Medicina Dentária	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter diagnóstico de doença dos dentes/gengivas (D82) sinalizado com activo na sua lista de problemas; - Valor total da prescrição de amoxicilina (GFT 1.1.1.2). <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter diagnóstico de doença dos dentes/gengivas (D82) sinalizado com activo na sua lista de problemas; - Valor total da prescrição de antibióticos (GFT 1.1). 		
Observações			
Factor crítico			
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Valor total da prescrição de amoxicilina a inscritos com diagnóstico de doença dos dentes/gengivas	SI USF/UCSP	€
B - Denominador	Valor total da prescrição de antibióticos a inscritos com diagnóstico de doença dos dentes/gengivas	SI USF/UCSP	€

Designação	Percentagem do valor da prescrição de amoxicilina e ácido clavulânico no total das prescrições de antibioterapia em inscritos com patologia dentária		
Dimensão	Eficiência	Entidade gestora	ACES
Norma	Medicina Dentária	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter diagnóstico de doença dos dentes/gengivas (D82) sinalizado com activo na sua lista de problemas; - Valor total da prescrição de amoxicilina e ácido clavulânico (GFT 1.1.5). <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter diagnóstico de doença dos dentes/gengivas (D82) sinalizado com activo na sua lista de problemas; - Valor total da prescrição de antibióticos (GFT 1.1). 		
Observações			
Factor crítico			
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Valor total da prescrição de amoxicilina e ácido clavulânico a inscritos com diagnóstico de doença dos dentes/gengivas	SI USF/UCSP	€
B - Denominador	Valor total da prescrição de antibióticos a inscritos com diagnóstico de doença dos dentes/gengivas	SI USF/UCSP	€