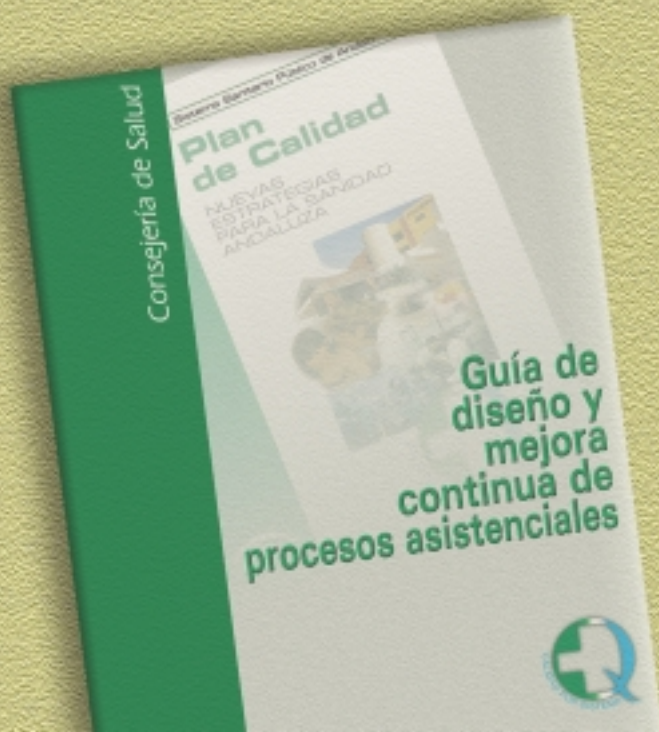


CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO

Atención a la Caries Dental y a las Inclusiones Dentarias



PROCESO PROCESO
ASISTENCIAL ASISTENCIAL
INTEGRADO INTEGRADO

**ATENCIÓN A LA CARIES DENTAL Y
A LAS INCLUSIONES DENTARIAS**



ATENCIÓN a la caries dental y a las inclusiones dentarias : proceso asistencial integrado / [autores, José Antonio Coello Suances ... et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2007]

119 p. ; 24 cm + 1 CDROM

1. Atención odontológica 2. Caries dental
3. Calidad de la atención de salud 4. Pautas prácticas 5. Andalucía I. Coello Suances, José Antonio II. Andalucía. Consejería de Salud
WU 29

ATENCIÓN A LA CARIES DENTAL Y A LAS INCLUSIONES DENTARIAS

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-690-5837-4

Depósito Legal: S-134-2007

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos –incluidos en el Mapa que se ha definido– y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento



AUTORES

José Antonio Coello Suances; Vicente L. González Andrés (Coordinador); José María Hernández Guisado; José Lozano Linares; Juan Antonio Márquez Rodríguez; Francisco Javier Pascual Codeso, Pilar San Juan Lozano; Miguel Urquía García; José Manuel Visuerte Sánchez.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	18
3. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA CARIES DENTAL. DEFINICIÓN GLOBAL.....	23
4. COMPONENTES	25
Descripción general	25
Profesionales. Actividades. Características de calidad	28
Recursos. Características generales	41
Unidades de Soporte.....	42
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	43
Arquitectura del procesos nivel 1	44
Arquitectura del procesos nivel 2	45
Arquitectura del procesos nivel 3	46
6. INDICADORES	47
Anexos	49
Bibliografía	71
7. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN A LAS INCLUSIONES DENTARIAS. DEFINICIÓN GLOBAL.....	75
8. COMPONENTES	77
Descripción general	77
Profesionales. Actividades. Características de calidad	81
Recursos. Características generales	89
Unidades de Soporte.....	90
9. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	91
Arquitectura del proceso nivel 1	92
Arquitectura del proceso nivel 2.....	93
Arquitectura del proceso nivel 3.....	95
10. INDICADORES	97
Anexos	99
Bibliografía	119

1 INTRODUCCIÓN

La metodología de gestión por procesos persigue una importante mejora de la eficiencia mediante la optimización de la coordinación entre servicios y unidades, implicando a los profesionales en la consecución de los objetivos, eliminando demoras, duplicidades, gastos innecesarios, y propiciando la visión integral del paciente, lo que conlleva un aumento de su satisfacción.

Con esta herramienta se realiza el análisis de los diversos componentes que interviene en la prestación sanitaria, ordenando los diferentes flujos de trabajo de los distintos profesionales; todo ello, tras el análisis del conocimiento científico actualizado, y teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y los profesionales, para intentar disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Al mismo tiempo que aparecía el primer Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se publicaba el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y la Orden de 19 de marzo de 2002, por la que se desarrolla dicho Decreto, incrementándose de manera importante las prestaciones asistenciales bucodentales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). De esta manera se introducía un cambio significativo en la gestión de dicha prestación, mediante la concertación con los dentistas privados.

Esta decisión venía a hacer frente a una realidad asistencial muy diversa, en relación a las prestaciones de salud bucodental que venían ofertando los dispositivos de apoyo

de los Distritos Sanitarios. Así, con diferentes grados de implantación según los recursos disponibles, se venía ofertando lo contenido, hasta entonces, en la cartera de servicios del SAS, esto es:

- el tratamiento de los procesos agudos bucodentales, y la cirugía oral (que cubría a toda la población);
- el seguimiento de salud bucodental de las embarazadas, y
- el Programa de Salud Bucodental a Escolares, con sus dos componentes básicos:
 - las prestaciones asistenciales (similares a la asistencia dental básica del Decreto 281/2001), y
 - las actividades de promoción y prevención de la salud bucodental en la escuela.

Por otra parte, el Artículo 5, apartado I, de la Orden de 19 de marzo de 2002 establece como obligación de los dentistas de cabecera habilitados y contratados "cumplir las normas básicas de calidad del proceso asistencial dental que sean establecidas por la Consejería de Salud".

Para hacer frente a esta necesidad, y siguiendo las líneas del primer Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Consejería de Salud se planteó aplicar la metodología de gestión por procesos a las prestaciones de salud bucodental, y desarrollar unas normas básicas de calidad de las mismas.

En una primera aproximación se priorizaron la atención a la caries dental, por ser el principal problema de salud dental en la población infantil, y las inclusiones dentarias, por el alto valor añadido que tendría su adecuada ordenación como prestación de cirugía mayor ambulatoria.

Caries dental

La caries dental es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el ser humano (menos del 5% de los adultos están libres de caries) y casi con toda seguridad la más prevalente en la infancia. Podemos definirla como una enfermedad de los tejidos duros del diente causada por la acción de los microorganismos, que se encuentran en la placa, sobre los carbohidratos fermentables (principalmente azúcares). A nivel individual es una enfermedad prevenible. Debido a la naturaleza dinámica de esta enfermedad, una vez establecida, puede ser detenida y revertida antes de que tenga lugar una significativa cavitación del diente.

El patrón y la severidad de la caries vienen determinados por dos grupos de factores, aquellos que influyen en la resistencia del diente al ataque, y aquellos, del ambiente que rodea al diente, que influyen en la severidad del ataque. Del primer grupo, el flúor es el único elemento que se ha relacionado con una mayor resistencia del diente; y, del segundo grupo, los factores locales más importantes son los azúcares de la dieta, la placa dental, la saliva y el flúor.

Está además reconocido que más del 60% de las lesiones de caries ocurren en un 20% de los escolares (alto riesgo), y que a pesar de estar produciéndose una disminución y enlentecimiento en la progresión de la enfermedad, no conseguimos, con el actual modelo asistencial restaurador, un control eficaz de la misma.

Por otra parte, resulta paradójico que siendo una enfermedad que puede controlarse por procedimientos médicos (dieta, y flúor), su abordaje sea mayoritariamente restaurador o quirúrgico. Por todo esto, y teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad dinámica, se debería adoptar un "modelo médico" en el tratamiento de la caries dental, mínimamente invasivo y enfocado al control y remineralización de lesiones incipientes (diagnóstico precoz), valorando el nivel de riesgo y la actividad de las lesiones.

Inclusiones dentarias

Aunque el campo de las inclusiones dentarias es amplio, el mayor protagonismo le corresponde a los terceros molares, ya que generan una alta demanda diaria en nuestras consultas, siendo además motivo de urgencias en la mayoría de los casos.

Su tratamiento, aun dependiendo del grado de dificultad del cuadro clínico, es una de las prestaciones que el dentista de Atención Primaria está capacitado para realizar. Así este proceso asistencial se va a desarrollar, en una gran proporción, en el ámbito de la Atención Primaria, siendo atendidos los casos complicados, a nivel hospitalario, por las Unidades de Cirugía Maxilofacial.

La elaboración del proceso de atención a la inclusión del tercer molar se hace necesaria e imprescindible por lo siguiente:

En primer lugar, que la atención al tercer molar, en todos aquellos casos de complejidad tanto baja como media, debe ser responsabilidad del dentista general y no precisando en ningún caso atención en el medio hospitalario, tal y como venía realizándose hasta ahora de manera mayoritaria en el SSPA. Así mismo, las inclusiones del tercer molar en situaciones más complejas, podrán ser abordadas en un porcentaje importante por dentistas con conocimientos y habilidades específicas en Cirugía Oral y que manejen las técnicas habituales, siendo un porcentaje menor el que precise técnicas quirúrgicas más complejas y que su abordaje requiera ser realizado en el medio hospitalario.

En segundo lugar hemos de considerar que de las principales indicaciones de cirugía del tercer molar, las más frecuentes son la presentación de clínica de pericoronaritis así como la producción de caries del segundo molar por retención de alimentos e impactación del cordal, correspondiéndose dicha cirugía con la de menor complejidad quirúrgica.

En tercer lugar, la ya tradicional sobrecarga de servicios hospitalarios por patologías como la del tercer molar, puestas de manifiesto de forma reiterada por los servicios hospitalarios, no está en la actualidad justificada. Por tanto, no resulta lógico concertar recursos para este problema con instituciones ajenas al SSPA, con un coste elevado, ya que puede ser de fácil solución en el seno de nuestro propio sistema.

En cuarto lugar, no debemos olvidar que la atención de estos procesos en Atención Primaria supone una importante mejora en lo que a accesibilidad y equidad se refiere, ya que ponemos las soluciones allí donde está el problema. Se evitarán consultas innecesarias de triaje haciendo la indicación quirúrgica en la primera visita con una alta probabilidad, desplazamientos, pérdidas de jornadas laborales, consultas a medicina de familia para prescripción de tratamientos, consultas de enfermería hospitalarias, etc. Se reducirán costes y se liberarán horas de profesionales altamente especializados para otras tareas.

Finalmente, debemos considerar que la formación de nuestros dentistas en centros hospitalarios se encuentra recogida en el Contrato Programa SAS Hospitales. No obstante también sería hora de empezar a considerar las posibilidades formativas de los profesionales de la Atención Primaria en sus centros de trabajo.

2 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS¹

Destinatarios y expectativas

PACIENTES Y FAMILIARES

Accesibilidad

- Posibilidad de consultar a los profesionales las dudas acerca del diagnóstico de la enfermedad.
- Flexibilidad de horarios (consultas por las tardes).
- Que me permitan acompañar al paciente el mayor tiempo posible, siempre y cuando las circunstancias clínicas lo permitan (Ley del Menor).
- Libre elección de dentista de cabecera, para la población infantil 6-15 años.
- Atención continuada y de urgencia por parte del dentista de cabecera.
- Eliminación de barreras arquitectónicas.
- Ser informado de forma veraz y en tiempo sobre la enfermedad.
- Cita telefónica, que no comunique siempre y con varias líneas.
- Teléfono de información (sobre el Decreto 281/2001).

¹ Se describen conjuntamente las de los dos procesos (caries dental e inclusiones dentarias).

Comunicación

- Información comprensible e individualizada (de acuerdo a cada nivel sociocultural).
- Consentimiento informado en los casos que lo requiera.
- Información de las prestaciones sanitarias a las que tengo derecho.
- Información por escrito de la asistencia recibida, diagnóstico, pautas de tratamiento...
- Que me faciliten la historia clínica anual (paciente prestación asistencial dental).

Tangibilidad

- Mobiliario y materiales suficientes y adecuados, especialmente en relación a la población infantil.
- Evitar masificaciones y trato individualizado.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informatización de la consulta.

Competencia

- Unidad de criterios y coordinación entre los distintos profesionales y servicios.
- Que se destine mayor tiempo a las consultas.
- Que los historiales de los pacientes estén informatizados.
- Que exista continuidad asistencial por el mismo profesional (dentista de cabecera en su caso), que será a su vez el profesional de referencia.

Cortesía en el trato

- Aumento de sensibilidad por parte del profesional ante la aplicación de técnicas que provoquen dolor.
- Trato personalizado, respetuoso y amable.
- Empatía en la relación con el paciente y familiares.
- Que me traten como si fuera un "servicio de pago".

Capacidad de respuesta

- Que en caso de urgencia se dé una respuesta rápida y adecuada a la situación presentada, sea ésta de índole diagnóstica, terapéutica, médica y/o quirúrgica.
- Evitar "quitarse el problema de encima", derivaciones innecesarias o no resolutivas.
- Ofrecer diferentes alternativas terapéuticas si fuese posible.

- Rapidez en caso de confirmación diagnóstica e instauración del tratamiento lo más rápido posible.

PROFESIONALES DEL DISPOSITIVO DE SALUD BUCODENTAL DE AP

Expectativas respecto a recursos y valores humanos

- Que la práctica sea motivadora y se evalúe.
- Tener tiempo y espacio funcional suficiente para atender a los pacientes.
- Implantación de un sistema de incentivos (carrera profesional).

Expectativas respecto a recursos materiales y otros factores

- Disponibilidad de protocolos y recursos materiales adecuados para poder realizar un abordaje integral.
- Creación de un sistema de registro común que pueda ser informatizado y permita el cálculo de indicadores y evaluación del proceso.
- Disponer de la historia clínica del paciente en el momento de la consulta: historia digital de salud.
- Que se fomente la investigación clínica y epidemiológica.
- Que se informatice adecuadamente la consulta.

Cortesía

- Consideración por parte de los familiares y pacientes.

Comunicación

- Respuesta adecuada de los pacientes a las indicaciones, consejos y modificaciones de su estilo de vida (hábitos saludables).
- Comunicación adecuada con otros profesionales implicados.

MÉDICO Y PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Comunicación

- Estar informados sobre la prestación dental asistencial.
- Coordinación entre profesionales.
- Conocer los circuitos de derivación de personas con discapacidad.

Unidad de atención al usuario

- Disponer de recursos materiales para sus funciones.
- Disponer de información actualizada (derechos y obligaciones de profesionales y usuarios, cartera de servicios...).
- Disponer de un plan de comunicación externa e interna.
- Implantación de la ventanilla única.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Consejo médico al usuario y a sus padres o cuidadores sobre la enfermedad de caries dental y las técnicas de prevención.
- Información sobre la importancia de los hábitos de dieta y autocuidado para la salud bucodental y general.
- Instrucción del cepillado bucodental al paciente y sus padres.
- Entrega de información escrita concreta y explícita.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA SANITARIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Valoración individual del riesgo de caries.
- Diagnóstico de las lesiones de caries.
- Determinar la existencia de lesiones activas de caries.
- Establecimiento de un plan de actuación.
- Actividades de prevención.
- Control de la enfermedad de la caries dental:
 - a. Detener la actividad de caries.
 - b. Monitorización y remineralización de lesiones incipientes.
- Tratamiento quirúrgico: exodoncias.
- Tratamiento restaurador de las lesiones por caries dental.
- Revisiones periódicas según el riesgo de caries.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA EN URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- En horario de consulta cualquier paciente que venga con dolor o inflamación será atendido por su dentista de cabecera en el día.
- En horario fuera de consulta el paciente se dirigirá al servicio de urgencias para valoración, tratamiento y posterior derivación a su dentista.

FLUJOS DE SALIDA: COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Entregar un informe de cada actuación realizada.
- Enviar anualmente historia clínica dental.
- Utilizar lenguaje claro y adecuado al nivel cultural.

FLUJOS DE SALIDA: **ACCESIBILIDAD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- No demoras.
- Amabilidad en el trato.
- Atención telefónica.
- Información sobre la prestación asistencial dental.
- Citas a preanestesia para personas con discapacidad.
- Actualización Base de datos de usuarios del SSPA (BDU).
- Tramitación solicitudes del Talón de Asistencia Dental Anual (TADA): resolución en un solo acto.
- Gestión administrativa coordinada entre niveles asistenciales.

DESTINATARIO: **FAMILIARES**

FLUJOS DE SALIDA: **SEGUIMIENTO ASISTENCIAL**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Actualización y seguimiento del envío del (TADA).
- Seguimiento de la utilización del TADA.
- Revisiones escolares.
- Desarrollo de programas de seguimiento específicos para niños de alto riesgo y pacientes con discapacidad.

FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Grupos de discusión con colectivos específicos: padres, educadores, asociaciones de personas con discapacidad.
- Cursos de formación a familiares y cuidadores de personas con discapacidad.
- Cartas anuales.
- Medios audiovisuales.

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Existencia de teléfonos de información sobre la prestación, tanto a nivel central como en las Delegaciones provinciales de salud.
- Información estandarizada completa clara e inteligible.
- Suministro de folletos de cuidados y consejos.

DESTINATARIO: **PROFESIONALES**

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información interprofesional legible y diligente.

FLUJOS DE SALIDA: **FORMACIÓN CONTINUADA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Recibirán formación de acuerdo a sus necesidades y práctica clínica.
- Formación en técnicas de comunicación.

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Se disminuirá la variabilidad de la práctica clínica mediante la utilización de protocolos y guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

FLUJOS DE SALIDA: **COORDINACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Todos los profesionales implicados en el proceso deberán estar coordinados para evitar demoras en la asistencia, especialmente entre niveles.

3

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional

Conjunto de actividades destinadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad de la caries dental y sus complicaciones.

Límite de entrada

1. Población que acceda a la prestación asistencial dental, o que sea captada por las revisiones escolares.
2. Paciente con signos o síntomas de caries dental y/o de sus complicaciones que demande atención en cualquier nivel asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Límite final

La salida del proceso dependerá del tipo de paciente y de su límite entrada, en cualquier caso, será cuando se le proporcione el tratamiento a su caries dental o complicaciones, mediante las medidas preventivas, diagnósticas, médicas, quirúrgicas y restauradoras necesarias.

En todos los casos se le dará información de otras alternativas terapéuticas posibles no cubiertas por el SSPA.

Límites marginales

No se abordarán prestaciones o tratamientos en relación a la enfermedad de la caries dental que no estén contempladas en la Cartera de Servicios del SSPA. Tampoco se describirá la atención a la caries dental, en los pacientes que, por su discapacidad física o psíquica, precisen una atención hospitalaria con sedación o anestesia general.

4 COMPONENTES

Las puertas de entrada al proceso pueden ser tres: las revisiones dentales escolares, la desarrollada por el Decreto 281/2001 sobre Prestación Asistencial Dental y la detección de pacientes con riesgo o enfermedad de caries dental o sus complicaciones por cualquier facultativo del SSPA; que se corresponden respectivamente con las actividades 1a, 1b, 1c. Cualquiera de ellas puede continuar con la evaluación por dentista de cabecera.

Descripción general

QUÉ	1a. REVISIONES DENTALES ESCOLARES
QUIÉN	Dentista del dispositivo de apoyo/Médicos de la Consejería de Educación/Higienista dental
CUÁNDO	Anualmente
DÓNDE	Centros de enseñanza
CÓMO	Protocolos establecidos

QUÉ	1b. EXPLORACIÓN DENTAL ANUAL DE LA PAD
QUIÉN	Dentista de cabecera
CUÁNDO	Anualmente en pacientes con derecho a la Prestación Asistencial Dental (PAD)
DÓNDE	Centro de salud/Consultas odontológicas concertadas
CÓMO	(TADA). Libre elección

QUÉ	1c. DETECCIÓN DE RIESGO O ENFERMEDAD DE CARIES DENTAL Y/O SUS COMPLICACIONES ANTE DEMANDA DE ASISTENCIA
QUIÉN	Facultativos de AP y AE
CUÁNDO	Tras demanda de asistencia
DÓNDE	Centros de salud/Centro periférico de especialidades/Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	2. GESTIÓN DE CITA PARA DENTISTA DE CABECERA
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	Tras solicitud
DÓNDE	Centro de salud
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	3. PRIMERA CONSULTA
QUIÉN	Dentista de cabecera/Facultativos de AP y AE
CUÁNDO	En los 10 primeros días desde la solicitud. En el mismo día si se trata de una urgencia
DÓNDE	Centro de salud/DCCU-AP/SCCU-H/Consultas odontológicas concertadas
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	4. SEGUNDA CONSULTA Y SUCESIVAS: TRATAMIENTO
QUIÉN	Dentista de cabecera
CUÁNDO	Consultas programadas
DÓNDE	Centro de salud/Consultas odontología concertadas
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	5. SEGUIMIENTO Y CONTROL
QUIÉN	Dentista de cabecera
CUÁNDO	Consultas programadas
DÓNDE	Centro de salud/Consultas odontología concertada
CÓMO	Guías de práctica clínica



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Dentista del dispositivo de apoyo del distrito/Médicos de la Consejería de Educación/Higienista dental

Actividades	Características de calidad
<p>1a Revisiones dentales escolares</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Anualmente se realizará examen dental en la escuela dirigido a:<ol style="list-style-type: none">1.1. Al menos, a la cohorte más joven que se incorpora cada año al PAD.1.2. Se solicitará previamente consentimiento a los padres, y se les informará de las lesiones de caries encontradas en sus hijos.1.3. Se utilizará los criterios de diagnóstico de los estudios epidemiológicos de la OMS.1.4. Se registrarán de manera individualizada todas las exploraciones dentales realizadas.1.5. Se coordinarán con las actividades de promoción de salud y de formación del profesorado.2. La detección del riesgo de caries y de las necesidades de tratamiento:<ol style="list-style-type: none">2.1. Se llevará a cabo mediante la exploración de la cavidad oral y el análisis de las lesiones de caries encontradas.2.2. Conforme a los criterios establecidos sólo se diagnostican las lesiones no dentinarias de caries, por lo que los niños que no presentan caries, no pueden ser considerados en todos los casos como libres de caries.3. Se informará a los padres sobre las necesidades de tratamiento detectadas, el riesgo de caries, y la oferta de la prestación asistencial dental mediante carta personal.4. Para la educación sanitaria y el asesoramiento al profesorado:<ol style="list-style-type: none">4.1. Se ofertarán sesiones de formación sobre las bases científicas de la educación sanitaria dental dirigidas a los profesores.4.2. Se facilitarán materiales educativos y de promoción del cepillado dental.

Dentista de cabecera

Actividades	Características de calidad
1b Exploración dental anual de la PAD	<ol style="list-style-type: none">1. Todas las personas de 6 a 15 años protegidas por el SSPA residentes en la Comunidad Autónoma Andaluza (Decreto 281/2001) tienen derecho a la revisión anual y al tratamiento preventivo o conservador de la caries dental.2. Podrán ejercer su derecho a la libre elección de un dentista de cabecera entre los dentistas públicos o privados contratados por la Delegación Provincial de Salud correspondiente, presentando al dentista elegido el Talón de Asistencia Dental Anual remitido por la Consejería de Salud.

Facultativos de AP y AE

Actividades	Características de calidad
1c Detección de riesgo o enfermedad de caries dental y/o sus complicaciones ante demanda de asistencia	<ol style="list-style-type: none">1. Cualquier profesional sanitario puede detectar a los pacientes con riesgo o enfermedad de caries dental y sus complicaciones mediante la exploración de su cavidad oral.2. Los factores de riesgo de caries son:<ol style="list-style-type: none">2.1. Factores generales:<ul style="list-style-type: none">• Nivel socioeconómico bajo.• Pacientes médicamente comprometidos con riesgo de caries y sus secuelas (Grado de recomendación B).• Niños con necesidades especiales, incluyendo dificultades de aprendizaje.• Niños en tratamiento con medicamentos de larga duración con azúcar.2.2. Factores locales:<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes de caries.• Consumo elevado de productos azucarados.• Higiene oral deficiente.• Flujo salivar bajo.• Aparatología ortodóncica. (Ver Anexo 3).3. En la exploración de la boca hay que valorar:<ol style="list-style-type: none">3.1. Estado de higiene de la boca (acúmulos de placa, sarro, sangrado gingival...).3.2. Presencia de lesiones sospechosas de caries. (Ver Anexo 3).

4. Ante la demanda de asistencia por sintomatología originada por lesiones de caries dental (infecciones odontógenas), realizaremos:

4.1. Valoración médica.

- Interrogatorio dirigido.
- Estado clínico del paciente.
- Inspección intra y extraoral.
- Percusión dental.
- Temperatura corporal.
- Pruebas complementarias:
 - Pruebas radiológicas
 - Radiología intraoral.
 - Ortopantomografía que es de elección en fases de celulitis y absceso.
 - Pruebas de laboratorio, si fueran necesarias:
 - Hemograma.
 - Bioquímica general.
 - Pruebas de coagulación.

4.2. Diagnóstico: tras la valoración y pruebas complementarias deberíamos conocer si estamos ante una infección odontogénica, en qué fase se encuentra y cuál es el diente causal, registrando en la historia del paciente al menos el diagnóstico de sospecha.

4.3. Tratamiento de la infección odontogénica, que se basa en tres pilares.

- Tratamiento odontológico.
- Tratamiento quirúrgico.
- Tratamiento farmacológico.

4.4. Los facultativos no dentistas solo podrán realizar el tratamiento farmacológico, que en las infecciones localizadas consiste en:

- Tratamiento antibiótico de elección:
 - Amoxicilina + Ac. Clavulánico, vía oral.
- Alternativas:
 - Clindamicina, vía oral.
 - Espiramicina + metronidazol, vía oral.
 - Claritromicina, vía oral.
- Tratamiento analgésico y antiinflamatorio.

5. Se derivarán al dentista:

5.1. Los pacientes en edad infantil que presenten alguno de los factores de riesgo de acuerdo al Anexo 3.

5.2. Adultos en los que la exploración nos indique posible patología de caries.

5.3. En aquellos casos que por la severidad del proceso inflamatorio o por la necesidad de una actuación quirúrgica inmediata, el paciente se derivará de forma urgente al dentista del dispositivo de apoyo del Distrito.

Unidad de Atención al Usuario AP

Actividades	Características de calidad
<p>2° Gestión de cita para dentista de cabecera</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el SSPA: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Ubicación accesible y bien señalizada. 1.2. Cita sin demora, incluyendo cita inmediata en presencia de síntomas. 1.3. Atención personalizada, amable y con respeto. 1.4. Cita telefónica (varias líneas, número fácil de recordar). 1.5. Flexibilidad horaria. 1.6. Se realizará registro completo de datos administrativos sin errores. 1.7. Actualización de datos, BDU. 1.8. Se establecerán los siguientes tiempos medios por consulta <ul style="list-style-type: none"> – Consultas a demanda: 15 min. – Consultas programadas: 30 min. 2. Consulta odontológica contratada: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Mayor flexibilidad horaria posible en función de la organización de la consulta. 2.2. No discriminar en el acceso a los pacientes con cobertura pública, en relación a los clientes privados.

Dentista de cabecera/Facultativo de AP y AE

Actividades	Características de calidad
<p>3° Primera consulta</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la historia de salud del paciente quedarán registrados todos los datos de la anamnesis, exploración, diagnóstico, consejo médico y plan de tratamiento. Se tendrá acceso a la historia digital de salud. 2. En cada paciente se determinará el grado de riesgo de caries dental (bajo, moderado, alto) la primera vez que asiste al dentista (Grado de recomendación B), y éste deberá quedar registrado en su historia de salud.

3. El indicador de riesgo de caries más consistente en niños es la experiencia pasada de caries; sin embargo, en la etiología de la caries intervienen múltiples factores microbianos, genéticos, ambientales e inmunológicos; por ello, serán necesarios múltiples indicadores ponderados que determinarán los niveles de riesgo. (Ver Anexo 3).
4. El diagnóstico precoz de la caries dental tiene como objetivo conseguir la reversión de la caries incipiente, para ello se utilizarán varios procedimientos diagnósticos para mejorar la fiabilidad. Se realizará mediante:
 - 4.1. Determinación del riesgo de caries. (Ver Anexo 3).
 - 4.2. Diagnóstico de lesiones precoces de caries.
 - 4.3. Al menos se utilizará un examen visual en diente previamente secado con aire junto a una radiografía de aleta de mordida (Grado de recomendación B).
5. El diagnóstico de confirmación de la enfermedad de caries dental y sus lesiones se realizará mediante:
 - 5.1. Entrevista clínica, que debe incluir interrogatorio sobre:
 - Antecedentes médicos.
 - Tratamientos farmacológicos actuales.
 - Identificación de hábitos.
 - 5.2. Exploración de la cavidad oral de todos los dientes y sus restauraciones. No se deberá utilizar sonda dental en lesiones de mancha blanca o lesiones de fosas y fisuras. Inspección y palpación de la mucosa oral.
 - 5.3. Radiología.
 - Cuando exista duda razonable se realizará exploración radiológica intraoral (en beneficiarios de la PAD, se debe solicitar consentimiento por escrito previo a los padres o tutores).
 - Las radiografías de aleta de mordida son esenciales para el primer examen clínico y el diagnóstico de lesiones de caries interproximales (Grado de recomendación B).
 - La frecuencia de posteriores exámenes radiográficos vendrán determinados por la evaluación del riesgo de caries.
 - Utilización de las medidas de protección adecuadas (collarín y delantal plomado).
 - Si la extensión de las complicaciones no está delimitada se solicitará una ortopantomografía.

6. Registro de cada una de las lesiones en la historia clínica del paciente, de esta manera podremos determinar cuáles están activas. Será determinante para evaluar esta actividad (tasa de progresión) la realización de radiografías. Hay que tener en cuenta que distintas lesiones en la misma boca van a evolucionar de distinta forma.
7. No existe ningún método eficaz de valoración de actividad de caries, ni tan siquiera la presencia de *S. Mutans* es un indicador fuerte de actividad.
8. En lesiones proximales se recomienda retrasar la restauración hasta que la lesión se localice claramente en dentina, pues son lesiones claramente remineralizables. Por tanto, se deberían monitorizar las lesiones mediante radiografías aleta de mordida cada 6-12 meses con el fin de evidenciar la remineralización.
9. El nivel de actividad de caries debe ser entendido como tasa de progresión de las lesiones existentes. Por ello, las caries diagnosticadas deben ser monitorizadas a lo largo del tiempo para determinar si se trata de caries activas o inactivas.
10. Elaboración de un plan de tratamiento:
 - 10.1. Deberá quedar registrado en la historia clínica, y se programará el número de consultas.
 - 10.2. En caso de presentar dolor y/o infección, se prescribirá el tratamiento analgésico, antiinflamatorio y antibiótico que precise.
 - 10.3. Se informará al paciente de las opciones terapéuticas restauradoras existentes que permitan conservar el diente.
 - 10.4. Hoy día sabemos que la caries en la mayoría de los casos progresa lentamente; así, el mejor método conservador será el de la remineralización y monitorización de aquellas lesiones en esmalte o de poca penetración en dentina.
 - 10.5. En beneficiarios de la PAD, al finalizar el año el paciente debe tener una boca sana y todas las lesiones de caries en dientes permanentes con indicación de tratamiento restaurador deben haber sido tratadas.
11. Se impartirá educación sanitaria (ver Anexo 2) que comprenderá los siguientes aspectos:
 - Consejo sanitario.

- Control dietético.
- Instrucción del cepillado bucodental al paciente y sus familiares.
- Uso correcto del flúor.
- Material educativo y didáctico.

12. Prescripción de tratamientos preventivos con flúor en el domicilio: dentífricos, suplementos orales, colutorios, de acuerdo a las siguientes pautas:

12.1. Dentífricos fluorados (Grado de recomendación A).

- Se recomienda que la cantidad de pasta a emplear sea semejante al tamaño de un guisante (1 gramo) por la posible ingestión, y la duración del cepillado de unos dos minutos.
- Para evitar la fluorosis dental, debe conocerse la concentración de flúor de los dentífricos a emplear en niños. En niños menores de seis años el dentífrico debe tener menos de 1.000 ppm de flúor. A partir de los seis años la pasta debe contener de 1.000 a 1.450 ppm de flúor.
- Las pastas dentífricas fluoradas carecen prácticamente de contraindicaciones en el adulto por su acción exclusivamente local.
- Las pastas dentífricas deben presentar con claridad su contenido en flúor expresado en ppm F.
- El flúor tópico administrado tras la erupción dental es el principal responsable de la acción preventiva de la caries dental.

12.2. Suplementos orales de flúor: gotas, comprimidos, comprimidos masticables, comprimidos que se disuelven.

- Sólo en pacientes entre 6 y 15 años y con riesgo elevado de caries dental (Grado de recomendación A).
- No se deben ofrecer suplementos orales fluorados en niños que consuman agua con más de 0,3 mg/l de flúor, independientemente de la edad.
- El exceso de flúor sistémico administrado antes de la erupción dental (antes de los seis años) sería el responsable de la fluorosis dental. Por lo que no está justificado emplear a la vez más de una forma de aplicación sistémica (por ejemplo, agua de bebida fluorada y suplementos orales fluorados).

	<ul style="list-style-type: none"> • Para aprovechar el papel tópico del flúor, lo ideal sería darlo en forma de comprimidos masticables o comprimidos que al chuparse se disuelvan lentamente. <p>12.3. Colutorios fluorados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sólo en pacientes con más de 6 años y con riesgo elevado de caries dental (Grado de recomendación B). • Enjuagues bucales semanales. • El flúor tópico administrado tras la erupción dental es el principal responsable de la acción preventiva de la caries dental. • Si estos pacientes de alto riesgo no pueden utilizar los colutorios, se aplicará flúor tópico de alta concentración en consulta.
--	--

Dentista de cabecera	
Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4°</p> <p>Segunda consulta y sucesivas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizará en función de la patología del paciente el tratamiento preventivo, restaurador o quirúrgico adecuado. 2. Se revisará el número de consultas establecido en el plan de tratamiento. 3. Tratamientos preventivos en la enfermedad de caries dental. <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Selladores de fosas y fisuras (Grado de recomendación A). (Ver Anexo IV). <ul style="list-style-type: none"> • A los usuarios con derecho a la PAD, se realizará en los dientes permanentes cuando: <ul style="list-style-type: none"> – El niño padezca o haya padecido caries en dentición temporal. – Se detecte caries, obturación o ausencia en algún diente permanente. – A criterio del profesional. 3.2. Manejo del primer molar con surco teñido. <ul style="list-style-type: none"> • Si existen evidentes signos de cavitación, la restauración es lo más indicado. • Si la fisura no está teñida pero existe un evidente riesgo de caries objetivable, la indicación de sellador sería lo más apropiado.

- Si existen surcos teñidos se realizará como mínimo una exploración visual y una radiografía aleta de mordida, que si confirma lesión en dentina, indicará la realización de una restauración preventiva de resina más sellador, o una restauración con composite o amalgama, si la afectación es mayor.
- La revisión de las superficies selladas deberá realizarse cada 6 meses.
- Si existen dudas razonables de caries en dentina, se explorará con fresa redonda pequeña (0,5 mm) a baja velocidad: si se confirma caries en dentina actuaremos como en el caso anterior, si afecta a esmalte solo restaurar y sellar el resto de fisura. Seguidamente se realizará controles periódicos de su evolución.
- Sellar lesiones sospechosas y márgenes defectuosos con amalgama o composite ha demostrado su eficacia en estudios de seguimientos de más de 10 años para evitar la progresión de caries selladas u obturadas.

3.3. Aplicación de barniz de alta concentración en flúor (Grado de recomendación A) a los usuarios con derecho a la PAD.

- La remineralización y monitorización deben ser considerada como el primer y más conservador método de tratamiento en lesiones de esmalte o de poca penetración en dentina.
- Los barnices de flúor tienen un beneficio comprobado en la prevención y la detención de lesiones por caries dental.
- Su indicación es en personas de alto riesgo de caries dental, y se realizarán dos o tres aplicaciones al año.
- Es útil en pacientes con minusvalías psíquicas y físicas y que no vayan a tolerar las cubetas con gel en la boca.

3.4. Aplicación de gel de alta concentración en fluor (Grado de recomendación A).

- Los geles de flúor tienen un beneficio comprobado en la prevención y la detención de lesiones por caries dental.
- Su indicación es en personas de alto riesgo de caries dental, y se realizarán dos aplicaciones al año.
- Para evitar intoxicación se recomienda:
 - No llenar más de un 40% de la cubeta.
 - Permanecer el paciente sentado con la cabeza inclinada hacia delante.
 - Aspirar entre las dos cubetas durante todo el proceso.

3.5. Aplicación de barniz de clorhexidina.

- Sólo en pacientes de alto riesgo, 3 aplicaciones seguidas, una por semana, cada 3-4 meses.
- La eficacia de la utilización del barniz de clorhexidina no está del todo demostrada, aunque estudios actuales parecen recomendar su uso conjuntamente con flúor tópico en pacientes de alto riesgo.
- Aunque enjuagues de clorhexidina en madres disminuyen el número de *Streptococos Mutans*, parece ser que no evitan la transmisión de estos a los hijos.
- Estudios que evalúan el efecto inhibitor de caries por la clorhexidina datan en un 46% el nivel de reducción, independientemente del método de aplicación, frecuencia, riesgo de caries, régimen de flúor, diagnóstico de caries y superficie dental.

4. Tratamientos restauradores de las lesiones de caries dental.

4.1. Obturación de las lesiones por caries dental en dentición definitiva a los usuarios con derecho a la PAD.

- Uno de los objetivos debería ser evitar restauraciones prematuras o innecesarias.
- El tratamiento restaurador está indicado por:
 - Razones estéticas.
 - Razones funcionales.
 - Lesiones cavitadas.
 - Lesiones que han progresado más allá del tercio dentinario externo.
 - Lesiones que afecten sólo a esmalte, pero que sean activas y en pacientes de alto riesgo.
 - Caries secundaria adyacente a las restauraciones.
- En relación a la amalgama dental, ha demostrado ser un efectivo material de obturación, siendo la opción en muchas situaciones clínicas, no encontrándose evidencia de que sean perjudiciales para la salud (Grado de recomendación C).
- En cuanto a lesiones proximales que requieran restauración, es preferible una preparación de clase II a una preparación en túnel (Grado de recomendación B).

4.2. Tratamiento de restauraciones defectuosas en dentición definitiva a los usuarios con derecho a la PAD.

- Se realizará cuando exista alguno de los parámetros siguientes:
 - Discrepancia marginal mayor de 0,5 mm.
 - Pérdida de parte de la restauración.
 - Rotura de la mayor parte del diente.
 - Coloración marginal en obturaciones de composite.

- El diagnóstico de caries secundarias es extremadamente difícil y se debería tener evidencia clara de enfermedad activa antes de reemplazar una restauración (Grado de recomendación B).
 - Si sólo una parte de la restauración ha fracasado, será reparada esa porción, y no la totalidad de la misma.
5. Tratamientos pulpares de las lesiones de caries dental.
- 5.1. Tratamiento pulpar en dientes permanentes a los usuarios con derecho a la PAD.
- 5.2. Se realizará cuando la lesión pulpar sea irreversible y exista suficiente corona remanente, siendo la opción de mayor beneficio para el paciente, y tras consentimiento informado por escrito de los padres o tutores.
6. Tratamientos quirúrgicos de las secuelas de caries dental (se programará sucesivas consultas en caso de requerir el paciente más de una exodoncia).
- 6.1. Exodoncia en diente permanente.
- Se realizará cuando la lesión pulpar sea irreversible y sea la opción de mayor beneficio para el paciente.
 - Se debe solicitar consentimiento informado por escrito previo al paciente o a sus padres o tutores.
 - Se deberá realizar el control de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales, según indicación de su hematólogo.
 - Se realizará radiografía previa en caso necesario.
 - Se realizará profilaxis antibiótica en los pacientes con patología de base que lo requiera: pacientes con prótesis articulares, fístula arteriovenosa, y determinadas cardiopatías. (Ver Anexos 5, 6, y 7).
 - Se realizará sutura en caso necesario, con cita programada para la retirada de los puntos de sutura.
 - Quedará registrado en la historia clínica del paciente el diente exodonciado, y las incidencias del acto quirúrgico.
 - Se entregarán recomendaciones por escrito de los cuidados a seguir post-extracción, y prescripción de medicamentos en caso necesario.
 - En los pacientes que no tienen derecho a la PAD se dará consejo médico de otras alternativas terapéuticas posibles, no contempladas en la Cartera de Servicios del SAS, para aquellos dientes con lesión de caries que puedan ser restaurados.

6.2. Exodoncia en diente temporal.

- Se dará consejo médico al padre, madre o tutor del paciente sobre otras alternativas terapéuticas posibles, no incluidas en la Cartera de Servicios del SAS, de aquellos dientes temporales con caries que puedan ser restaurados o se hayan perdido de forma temprana (pulpotomía, pulpectomía, mantenedores de espacio...)

6.3. Abscesos causados por lesiones de caries dental.

- Drenaje y desbridamiento de la lesión.
- Se deberá realizar el control de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales según indicación de su hematólogo.
- Se realizará profilaxis antibiótica en los pacientes con patología de base que lo requiera: pacientes con prótesis articulares, fístula arteriovenosa, y determinadas cardiopatías. (Ver Anexos 5, 6, y 7).

7. Se derivarán al Servicio de Cirugía Maxilofacial los casos que presenten un proceso infeccioso severo y que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- Protrusión lingual.
- Ausencia de movimientos linguales.
- Trismo marcado.
- Disnea.
- Trastornos fonatorios y/o deglutorios.
- Fiebre de carácter séptico.
- Pacientes inmunodeprimidos.
- Rápido deterioro sistémico.
- Aparición de signos neurológicos.
- Afectación de varios espacios anatómicos o de espacios anatómicos profundos.

Dentista de cabecera

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="164 256 401 378">5° Seguimiento y control de la enfermedad de caries dental</p>	<ol data-bbox="448 256 1119 997" style="list-style-type: none">1. Se programan tras la realización del tratamiento preventivo y/o restaurador con el objetivo de detener la progresión de la caries y diagnosticar precozmente nuevas lesiones.2. El paciente afectado de caries dental debe ser sometido a revisiones sucesivas, cuya periodicidad dependerá del nivel de riesgo y de la actividad de las lesiones.3. Para determinar si una lesión es activa, el único método disponible actualmente en clínica es el control en el tiempo, valorando si la lesión progresa y para observar la evidencia de la remineralización, con revisiones cada 6-12 meses mediante radiografías de aleta de mordida, con una técnica estandarizada que permita comparaciones entre las mismas.4. Cuando un paciente es considerado de riesgo alto las revisiones deben ser al menos cada cuatro meses, hasta que sean controlados los factores de riesgo.5. Las revisiones requieren un tiempo adecuado, sobre todo en niños, para lograr la modificación de hábitos propuesta, el refuerzo de las instrucciones preventivas y la discusión de los progresos logrados.6. Es aconsejable que los controles y revisiones los realice el mismo profesional, con la periodicidad suficiente para establecer complicidad y confidencialidad con el paciente.

Recursos. Características generales.

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none">• Las consultas contarán con el material descrito en el Decreto 416/94 que establece las condiciones y requisitos técnicos de instalación y funcionamiento de las consultas y clínicas dentales y laboratorios de prótesis dental.
Personal	<ul style="list-style-type: none">• Dentista.• Higienista dental.• Auxiliar de enfermería.
Instrumental y Aparataje	<ul style="list-style-type: none">• El profesional dispondrá del instrumental necesario para realizar la totalidad de actividades recogidas en la PAD y en la cartera de servicios.
Informática: software y hardware	<ul style="list-style-type: none">• Las consultas dispondrán de ordenador, impresora para emisión de informes y programa de gestión para pacientes PAD y a demanda.• Se tendrá acceso a la historia digital de salud.
Papelería	<ul style="list-style-type: none">• Materiales didácticos, y folletos educativos diseñados para diferentes edades y pacientes.
Material fungible	<ul style="list-style-type: none">• Las consultas dispondrán de los materiales fungibles necesarios para la asistencia dental básica (ADB) y las prestaciones recogidas en la cartera de servicios.

Unidades de soporte

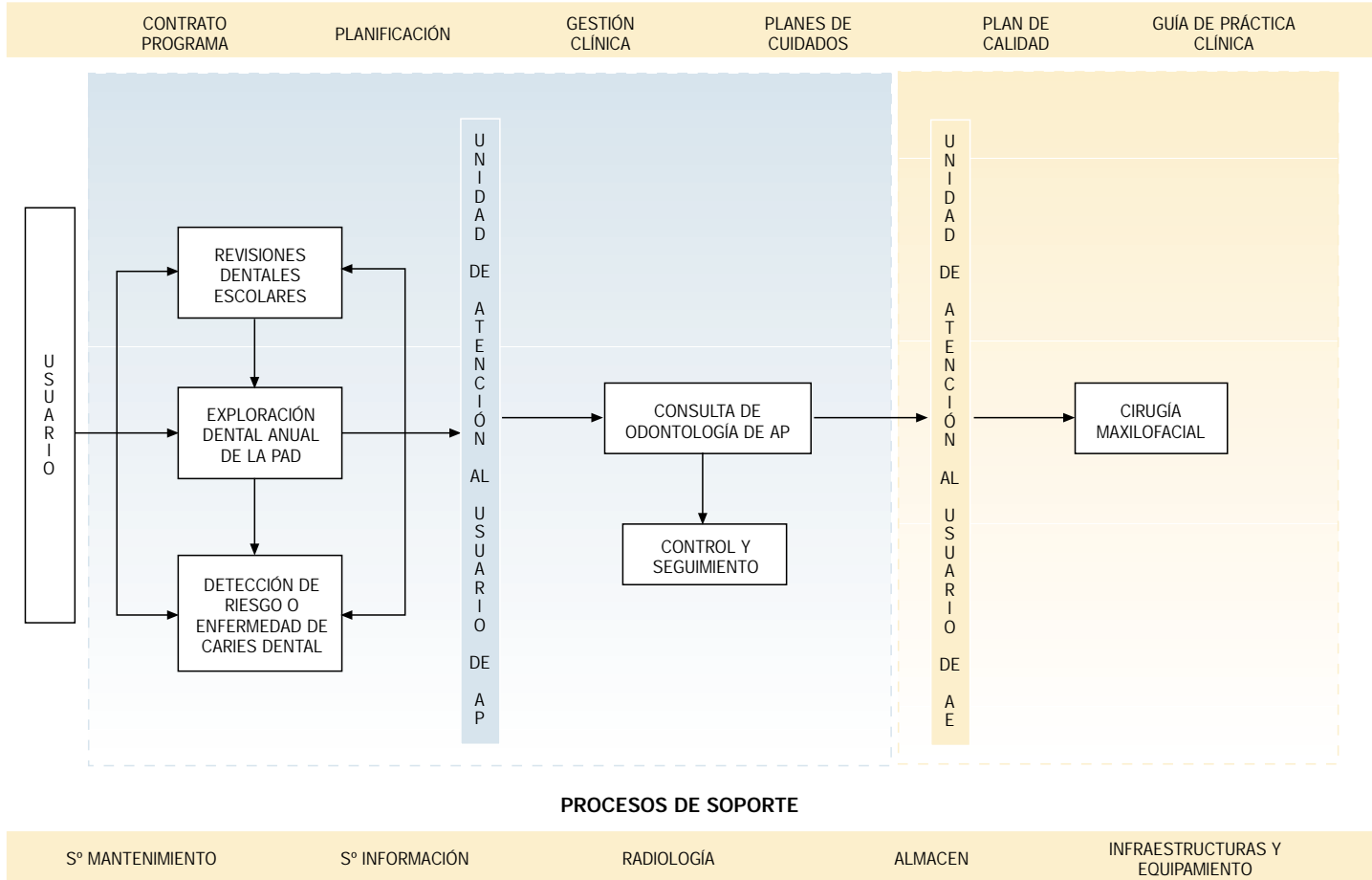
UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Diagnóstico por imagen	Estudios radiológicos.
Anestesiología y Reanimación	Valoración prequirúrgica. Técnicas de anestesia general y sedación.
Laboratorio	Elaboración de pruebas analíticas.
Farmacia	Selección de medicamentos. Adjudicación de compras. Informes periódicos de consumo.
Almacén	Suministro de materiales fungibles en plazos. Concursos de suministros. Comisión de compras. Informes periódicos de consumo.
Sistemas de Información	Indicadores del sistema de información. Centralización datos lista espera quirúrgica del dispositivo de apoyo de Atención Primaria. Informes periódicos sobre consumos de pruebas complementarias: radiología, anatomía patológica y laboratorio.
Electromedicina	Revisiones periódicas. Mantenimiento. Reparaciones.
Radioprotección	Revisiones anuales. Dosimetría personal o área.

5

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: CARIES DENTAL

PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: CARIES DENTAL

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO
PROGRAMA

PLANES DE
CUIDADOS

GESTIÓN
CLÍNICA

PLANIFICACIÓN
INVESTIGACIÓN

PLAN DE
CALIDAD

GUÍA DE PRÁCTICA
CLÍNICA

UNIDAD
DE
ATENCIÓN
AL
USUARIO
DE
AP

1ª CONSULTA
DENTISTA

VALORACIÓN DEL PACIENTE
E INCLUSIÓN EN GRUPO
TERAPÉUTICO

2ª CONSULTA Y SUCESIVAS
DENTISTA AP

REVISIÓN Y
SEGUIMIENTO

DERIVACIÓN A ATENCIÓN
HOSPITALARIA:
• PACIENTES CON
INFECCIONES SEVERAS

EDUCACIÓN SANITARIA
Y TRATAMIENTO:
• PREVENTIVO
• RESTAURADOR
• QUIRÚRGICO

PROCESOS DE SOPORTE

SUMINISTROS

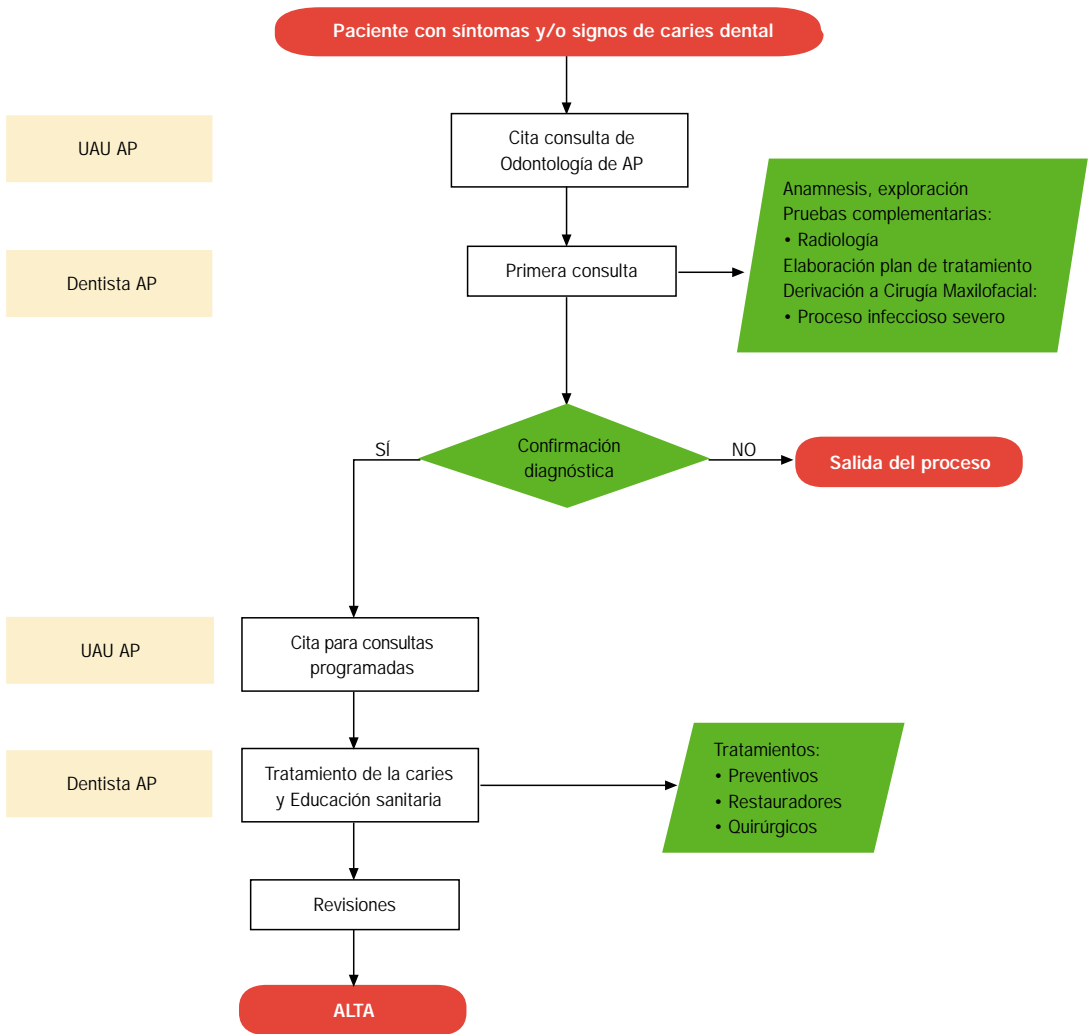
RADIOLOGÍA

ESTERILIZACIÓN

INFORMÁTICA

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: CARIES DENTAL



6 INDICADORES

INDICADORES DE PROCESO

Registro del riesgo de caries en la PAD Porcentaje de pacientes vistos en la PAD durante un año a los que se les ha registrado el grado de riesgo de caries.	50%
Porcentaje de pacientes de 6 a 10 años tratados con selladores en primeros molares permanentes Porcentaje de pacientes de moderado o alto riesgo de caries a los que se les han colocado selladores de fisuras en primeros molares permanentes durante un año.	50%
Porcentaje de pacientes de alto riesgo con un mínimo de 3 revisiones al año Porcentaje de pacientes con alto riesgo de caries a los que se les ha citado al menos 3 veces en el último año.	50%

ACTIVIDADES PREVENTIVAS A NIVEL COMUNITARIO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Instituciones educativas, sanitarias, asociaciones ciudadanas

ACTIVIDADES

Programas de promoción de la salud general y bucodental.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Las actividades para promocionar la salud bucal deben estar más integradas con el resto de actividades existentes en otros programas de prevención, ya que las causas de las enfermedades bucodentales son comunes a otros problemas de salud, siendo más razonables y rentables las estrategias orientadas a los factores de riesgo comunes que aquellas dirigidas a enfermedades específicas.

La promoción de la salud debe concentrarse en toda la población y no en los grupos de riesgo de una enfermedad específica.

Es de suma importancia la colaboración intersectorial, existen oportunidades de promoción de la salud oral en una amplia gama de escenarios: sistema educativo, escenarios comunitarios, lugares de trabajo.

En Andalucía, el programa Aprende a Sonreír, de las Consejerías de Salud y Educación es un referente de esta actividad en el ámbito escolar.

ACTIVIDADES

Fluoración de aguas de abastecimiento. (Grado de recomendación A).

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

De acuerdo con la normativa andaluza: Decreto 32/1985, de 5 de febrero y Orden de 26 de marzo de 1986, que desarrolla el Decreto 32/1985.

La fluoración del agua potable es la medida más coste-efectiva para prevenir las caries dentales entre la población que vive en áreas con un sistema de abastecimiento de agua adecuado.

Las cifras que generan mayor consenso entre los expertos apuntan a que la concentración óptima de flúor en agua potable debe oscilar entre 0,7 ppm y 1,2 ppm. A la hora de fluorar las aguas habría que tener en cuenta la ingesta total de fluoruros de la población así como los niveles previos de flúor en el agua (se recomienda como cifras óptimas entre 0,6 y 0,8 ppm, es decir, entre 0,6 y 0,8 mg F/litro).

Sobre los posibles efectos adversos, la única asociación encontrada es la que relaciona la fluorosis dental con la concentración de flúor en el agua (el exceso de flúor sistémico administrado antes de la erupción dental, antes de los seis años, sería el responsable de la fluorosis dental). No se ha encontrado ninguna asociación entre el flúor y otros posibles efectos adversos.

La fluoración del agua es un método efectivo de administración tópica de flúor.

ACTIVIDADES

Agua de consumo con flúor en la infancia.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

En el primer año de vida debe utilizarse agua para preparar los biberones, las papillas o como agua libre cuya concentración en flúor sea menor de 0,5 mg/l.

A partir del año de vida se recomienda la bebida de agua fluorada (hasta 1 mg/l. de flúor) para aprovechar el efecto tópico y continuado de la bebida a intervalos durante el día.

ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA CLÍNICA

Componentes de la educación sanitaria en el consultorio

1.- CONSEJO SANITARIO

Se instruirá al paciente y a sus familiares en:

- Higiene bucodental.
- Uso correcto del flúor, según nivel de riesgo.
- Dieta no cariogénica. Deberían reducir significativamente el consumo de bebidas azucaradas en los primeros 30 meses de vida y en caso de consumir zumos hacerlo solo en las comidas. (Grado de recomendación C).
- Utilización de Xilitol (Grado de recomendación B), sorbitol. Evidencias recientes demuestran que el consumo de más de 4 chicles de xilitol/día por las madres reducen significativamente las caries en sus hijos.

Informar a la madre sobre la colonización de bacterias (transmisión vertical) evitando compartir cucharas o cualquier utensilio (disminuir la carga bacteriana de la madre supone un descenso importante en el riesgo de caries del hijo/a). Esta transmisión es pasada de generación en generación.

Informar a los padres sobre los riesgos del uso de medicamentos pediátricos con azúcar, y que soliciten al pediatra la prescripción de equivalentes sin azúcar.

La educación dental individual ha demostrado sus beneficios (Grado de recomendación B).

2.- CONTROL DIETÉTICO

Consejo dietético específico al paciente y sus familiares, basado en el análisis de la dieta diaria (Grado de recomendación B).

Educar a la población en general, particularmente a través de programas escolares de educación sanitaria, sobre la conocida asociación entre el consumo frecuente de azúcar y la caries dental.

Los medicamentos pediátricos deberían estar libres de azúcar (Grado de recomendación B).

3.- INSTRUCCIÓN DEL CEPILLADO BUCODENTAL AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

Demostración de una adecuada eliminación de la placa mediante el revelado de placa y el cepillado bucodental.

Indicaciones del cepillado sobre un fantoma.

Lo realmente importante es la remoción de la placa y el uso de una pasta dentífrica fluorada, siendo menos importante una técnica de cepillado precisa.

(Grado de recomendación C, población general y Grado de recomendación A, población alto riesgo).

Los padres deben supervisar y realizar el cepillado dental de sus hijos, hasta que éstos sepan escribir sus nombres de manera legible, es decir, por lo menos hasta los 7 u 8 años de edad.

4.- USO CORRECTO DEL FLÚOR

El factor de protección más importante en la prevención de la caries dental es la exposición a bajas dosis, pero continuadas de fluoruro en la cavidad oral.

El empleo de flúor de manera adecuada, tanto sistémico y tópico, permite evitar la fluorosis dental.

5.- MATERIAL EDUCATIVO Y DIDÁCTICO

Entrega de documento con información concisa y explícita sobre los factores de riesgo de la enfermedad de la caries dental y las técnicas de prevención.

El material deberá ser adaptado a las características del grupo al que vaya dirigido.

LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CARIES EN LA CONSULTA

1. ¿PARA QUÉ DIAGNOSTICAR EL RIESGO DE CARIES?

El diagnóstico del riesgo de caries nos permite:

1. Ofertar los mejores tratamientos disponibles en función de la individualización del paciente.
2. Interceptar los ciclos de restauración repetida.
3. Optimizar nuestra calidad asistencial.

2. ¿CÓMO DIAGNOSTICAR EL RIESGO DE CARIES?

El diagnóstico del riesgo de caries se realiza por el Sistema 1, 2, 3, propuesto por el Dr. Thomas Seif y adaptado por el Dr. Juan Carlos Llodra, que está basado en el estudio de siete variables clínicas de interés.

A cada una de estas variables se les dará un valor de 1 a 3, dependiendo de la exploración bucodental y la entrevista clínica, posteriormente se obtiene la media aritmética de los siete valores otorgados. El resultado obtenido nos permite clasificar a este paciente en uno de los tres grupos de riesgo de caries dental: bajo, moderado o alto.

Variables clínicas de interés en el diagnóstico de caries dental.

1. Existencia de lesión de caries clínica o por radiología.
2. Presencia de restauración en boca.
3. Utilización de flúor por el paciente.
4. Ingesta de azúcares entre comidas.
5. Flujo salivar.
6. Higiene bucal.
7. Motivación del paciente.

Niveles en función del riesgo de caries dental.

Existen tres niveles en función del riesgo:

Nivel 1: **Bajo riesgo.**

Nivel 2: **Riesgo moderado.**

Nivel 3: **Alto riesgo.**

3. PARÁMETROS DE RIESGO DE CARIES DENTAL

Existencia de lesión de caries clínica o por radiología.

1. No hay caries clínicas ni imágenes compatibles o sólo pequeñas lesiones en esmalte.
2. Lesiones cavitadas o en límite amelodentinario (radiografía).
3. Lesiones francas en dentina.

Presencia de restauraciones en boca.

1. No se observan restauraciones o si las hay están en buen estado (adaptación, anatomía, no filtración).
2. Algunas obturaciones están en regular estado, con alguna filtración, defecto marginal, fractura, etc.
3. La mayoría de las restauraciones están en mal estado, con filtraciones, fracturas, etc.

Utilización de flúor por el paciente.

1. El paciente utiliza pastas y/o colutorios regularmente, o reside en zona fluorada y/o recibe aplicaciones profesionales una vez al año.
2. El paciente utiliza pastas/colutorios de manera irregular y hace más de un año que no recibe tratamiento tópico profesional con flúor.
3. El paciente no utiliza pastas/colutorios fluorados ni ha recibido tratamiento con flúor tópico.

Ingesta de azúcares entre comidas.

1. No ingiere carbohidratos entre comidas o sólo de manera muy esporádica.
2. De manera habitual ingiere carbohidratos entre comidas, una vez al día.
3. De manera habitual ingiere carbohidratos entre comidas, más de una vez al día.

Flujo salivar.

1. Nivel de flujo salivar estimulado entre 0,8–1 ml/minuto. Presencia de saliva en suelo de boca, labios húmedos, lengua y mucosas normales.
2. Nivel de flujo salivar entre 0,5-0,8 ml/minuto. Labios secos, lengua con poca humedad, pero saliva en boca.
3. Nivel de flujo salivar inferior a 0,5 ml/minuto. Apenas existe saliva en boca, signos de síndrome de boca seca, labios y mucosas resecos, lengua muy agrietada.

Higiene bucal.

1. Existencia de placa en el tercio gingival, no más del 10% de las superficies con placa.
2. Existencia de placa hasta el tercio medio, entre 10-20% de las superficies con placa.
3. Existencia de placa hasta en el tercio incisal u oclusal, más del 20% de las superficies con placa.

Motivación del paciente.

- En caso de primera cita.

1. Buena colaboración: los padres han ido muchas veces al dentista, escuchan las explicaciones, preguntan por alternativas de tratamiento, quieren saber qué puede hacer para mejorar.
2. Regular colaboración: nos escuchan, pero son escépticos, tienen muchas dudas, preguntan por los costes.
3. Mala colaboración: no se sienten responsables, siempre achacan sus problemas a los profesionales, no asumen ninguna responsabilidad.

- En caso de cita control.

1. Buena colaboración: el niño viene a las citas de control, sigue las indicaciones, está igual o mejor que al principio.
2. Regular colaboración: viene al menos a la mitad de las citas, sigue sólo algunas indicaciones, está igual o incluso peor que en la cita anterior.
3. Mala colaboración: no suele venir a las citas de control, sólo viene cuando algo le duele o le preocupa mucho, no sigue las indicaciones, está peor que en la cita anterior.

4. EJEMPLO DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE CARIES

	1	2	3
1. Existencia de caries	x		
2. Restauraciones en boca		x	
3. Utilización de flúor		x	
4. Ingesta de carbohidratos	x		
5. Flujo salivar			x
6. Higiene bucal		x	
7. Motivación	x		

$$\frac{1+2+2+1+3+2+1}{7} = 12/7 = 1,7 ; \text{ nivel de riesgo } 2$$

VARIABLES CLÍNICAS	ALTO RIESGO (3)	RIESGO MODERADO (2)	BAJO RIESGO (1)	Puntuación Otorgada
1. Lesión de caries	Lesiones francas en dentina.	Lesiones cavitadas o en límite amelodentinario (radiografía).	No hay caries clínicas ni imágenes compatibles o sólo pequeñas lesiones en esmalte.	
2. Presencia de restauraciones	Mayoría de restauraciones en mal estado (filtraciones, fracturas, etc.)	Algunas restauraciones en mal estado (filtración, defecto marginal).	No se observan restauraciones o si las hay están en buen estado.	
3. Utilización de flúor	No utiliza pastas/ colutorios fluorados, ni tratamiento profesional con flúor tópico.	Utiliza pastas/ colutorios irregularmente y hace más de un año que no recibe tratamiento tópico profesional con flúor.	Utiliza pastas/colutorios regularmente, o reside en zona fluorada y/o recibe aplicaciones profesionales una vez al año.	
4. Ingesta de azúcares entre comidas	Habitualmente ingiere carbohidratos entre comidas, más de una vez al día.	Habitualmente ingiere carbohidratos entre comidas, una vez al día.	No ingiere carbohidratos entre comidas o sólo esporádicamente.	
5. Flujo salivar	Inferior a 0,5 ml/minuto. Apenas existe saliva en boca (labios y mucosas resecos).	Entre 0,5-0,8 ml/minuto. Labios secos, lengua con poca humedad, pero saliva en boca.	Entre 0,8-1 ml/minuto. Presencia de saliva en suelo de boca, labios húmedos, lengua y mucosas normales.	
6. Higiene bucal	Existencia de placa hasta tercio incisal u oclusal, más del 20% de las superficies con placa.	Existencia de placa hasta tercio medio, entre 10-20% de las superficies con placa.	Existencia de placa en el tercio gingival, no más del 10% de las superficies con placa.	
7a. Motivación del paciente en 1ª cita	Mala colaboración: No asumen ninguna responsabilidad.	Regular colaboración: nos escuchan, pero son escépticos, tienen muchas dudas, preguntan por los costes.	Buena colaboración: los padres han ido muchas veces al dentista, escuchan las explicaciones, preguntan por alternativas de tratamiento, quieren saber qué pueden hacer para mejorar.	
7b. Motivación del paciente en cita control	Mala colaboración: no suele venir a las citas de control, sólo viene cuando le duele o le preocupa mucho, no sigue las indicaciones, está peor que en la cita anterior.	Regular colaboración: viene al menos a la mitad de las citas, sigue sólo algunas de las indicaciones, está igual o incluso peor que en la cita anterior.	Buena colaboración: viene a las citas de control, sigue las indicaciones, está igual o mejor que al principio.	
		Total puntuación =		
		Media (total puntuación/7)		

Una vez obtenida la media aritmética, el paciente se calificará como paciente de bajo, moderado o alto riesgo y se le realizarán los protocolos de actuación que le correspondan.

PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE CARIES DENTAL

Las pautas de prevención se han desarrollado según el grado de riesgo de caries dental que tenga el paciente. Estos protocolos de actuación están basados en las siguientes técnicas preventivas:

1. Flúor
2. Selladores de fisuras.
3. Control mecánico
4. Control químico
5. Control de dieta
6. Pauta de revisiones

PACIENTE DE ALTO RIESGO

1. Flúor

Suplementos orales.

- Paciente 4-16 años.

Flúor agua de bebida	Suplemento
< 0.3 ppm	1 mg/diario
> 0.4 ppm	No indicado

Colutorios

- Paciente de menos de 6 años.
No está indicado, por problema de deglución.
- Paciente de 6 años o más.
Colutorio 0.2% una vez a la semana.

Barnices

- Paciente de 6 años o más.
Una aplicación cada 6 meses.

Pastas dentífricas

- Paciente de 6 años o más.
Pasta de más de 1000 ppm dos veces al día, una por la noche. Lo ideal es escupir y no enjuagarse.

2. Selladores de fisuras

- Paciente de 6 a 10 años.
Se deben sellar los primeros molares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene alguna lesión de caries en los primeros molares.
 - Si lesión de caries aguda.
 - Si cod mayor o igual a 3.
 - Si paciente con discapacidad.
- Paciente de 11 a 15 años.
Se deben sellar los primeros y segundos molares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene dos o más lesiones de caries en los primeros molares.
 - Si tiene alguna lesión de caries en los segundos molares.
 - Si lesión de caries aguda.
 - Si paciente con discapacidad.Se deben sellar los primeros, segundos molares y premolares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene un CAOD igual o mayor a 5.
 - Si lesión de caries aguda.
 - Si es portador de ortodoncia multibrackets.

3. Control mecánico

Cepillado bucodental

- A toda la población.
Técnica: la que mejor remueva. No complicar al paciente.
Frecuencia: 2 veces al día. Un buen cepillado nocturno.
Ideal: no enjuagarse después de escupir restos de pasta.

Hilo y seda dental

- Paciente de 11 años o más.
Introducir la enseñanza del manejo de la seda dental.

Paciente con discapacidad

Recomendar el uso del cepillo eléctrico bajo supervisión de los padres o cuidadores.

4. Control químico

Barniz de Clorhexidina

Técnica: tres aplicaciones seguidas. Una por semana.
Frecuencia: repetir cada 3 – 4 meses hasta control completo del paciente.

5. Control de dieta

Está indicado realizar un dietario del paciente, también debemos introducir sustitutos de los azúcares, tales como el xilitol.

6. Pauta de revisiones

Se deben realizar revisiones periódicas, cada tres o cuatro meses, hasta estabilización del paciente, y paso al grupo de pacientes de riesgo moderado.

PACIENTE DE RIESGO MODERADO

1. Flúor

Suplementos orales

No están indicados.

Colutorios

- Paciente de menos de 6 años.
No está indicado, por problema de deglución.
- Paciente de 6 años o más.
Colutorio 0.2% una vez a la semana.

Barnices

- Paciente de 6 años o más.
Una aplicación cada 6 meses.

Pastas dentífricas

- Paciente de 6 años o más.
Pasta de más de 1000 ppm dos veces al día, una por la noche. Lo ideal es escupir y no enjuagarse.

2. Selladores de fisuras

- Paciente de 6 a 10 años.
Se deben sellar los primeros molares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene alguna lesión de caries en los primeros molares.
 - Si lesión de caries aguda.
 - Si cod mayor o igual a 3.
 - Si paciente con discapacidad.
- Paciente de 11 a 15 años.
Se deben sellar los primeros y segundos molares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene dos o más lesiones de caries en los primeros molares.
 - Si tiene alguna lesión de caries en los segundos molares.

3. Control mecánico

Cepillado bucodental

- A toda la población.
Técnica: la que mejor remueva. No complicar al paciente.
Frecuencia: 2 veces al día. Un buen cepillado nocturno.
Ideal: no enjuagarse después de escupir restos de pasta.

Hilo y seda dental

- Paciente de 11 años o más.
Introducir la enseñanza del manejo de la seda dental.

Paciente con discapacidad

Recomendar el uso del cepillo eléctrico bajo supervisión de los padres o cuidadores.

4. Control químico

Barniz de Clorhexidina

No está indicado.

5. Control de dieta

No está indicado.

6. Pauta de revisiones

Se deben realizar revisiones periódicas, cada seis meses, hasta estabilización del paciente, y paso al grupo de pacientes de riesgo bajo.

PACIENTE DE BAJO RIESGO

1. Flúor

Suplementos orales

No están indicados.

Colutorios

No están indicados.

Barnices

No están indicados.

Pastas dentífricas

- Paciente de 6 años o más.
Pasta de más de 1000 ppm dos veces al día, una por la noche. Lo ideal es escupir y no enjuagarse.

2. Selladores de fisuras

- Paciente de 6 a 10 años.
Si no existe lesión de caries en ninguno de los primeros molares y cod es igual o menor de uno, no está indicado sellar los primeros molares.
- Paciente de 11 a 15 años.
Si existen dos o menos lesiones de caries en los primeros molares y no existen lesiones de caries en los segundos molares, no está indicado sellar los segundos molares.

3. Control mecánico

Cepillado bucodental

- A toda la población.
Técnica: la que mejor remueva. No complicar al paciente.
Frecuencia: 2 veces al día. Un buen cepillado nocturno.
Ideal: no enjuagarse después de escupir restos de pasta.

Hilo y seda dental

- Paciente de 11 años o más.
Introducir la enseñanza del manejo de la seda dental.

4. Control químico

Barniz de Clorhexidina

No está indicado.

5. Control de dieta

No está indicado.

6. Pauta de revisiones

Se deben realizar revisiones periódicas, una vez al año.

RESUMEN DE PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN

1. PACIENTE DE ALTO RIESGO

Flúor	Suplementos orales (4 – 16 años)	< 0.3 ppm: 1 mg/día > 0.4 ppm: No indicado
	Colutorios (mayor de 6 años)	0,2 % semanal
	Barnices (mayor de 6 años)	2 veces/año
	Pastas dentífricas (6 años o más)	2 veces/día > 1000 ppm de flúor
Selladores de fisuras	De 6 a 10 años	M1
	De 11 a 15 años	Si CAOM>2: M1+M2 Si CAOD>5: M1+M2+PM
Control químico	Barniz de Clorhexidina	3 – 4 veces/año
Control de dieta	Sí	
Revisiones periódicas	Cada 3 – 4 meses	

2. PACIENTE DE RIESGO MODERADO

Flúor	Suplementos orales (4 – 16 años)	No indicado
	Colutorios (mayor de 6 años)	0,2 % semanal
	Barnices (mayor de 6 años)	2 veces/año
	Pastas dentífricas (6 años o más)	2 veces/día > 1000 ppm de flúor
Selladores de fisuras	De 6 a 10 años	M1
	De 11 a 15 años	Si CAOM>2: M1 + M2
Control químico	No indicado	
Control de dieta	No indicado	
Revisiones periódicas	Cada 6 meses	

3. PACIENTE DE BAJO RIESGO

Flúor	Suplementos orales (4 – 16 años)	No indicados
	Colutorios (mayor de 6 años)	
	Barnices (mayor de 6 años)	
	Pastas dentífricas (6 años o más)	2 veces/día > 1000 ppm de flúor
Selladores de fisuras	De 6 a 10 años	Si CAOM = 0: No indicados
	De 11 a 15 años	SI CAOM <=2: No indicados
Control químico	No indicado	
Control de dieta	No indicado	
Revisiones periódicas	Cada 12 meses	

	ACTUACIÓN	ALTO RIESGO	RIESGO MODERADO	BAJO RIESGO
Fluor	Suplementos orales (4 – 16 años)	< 0.3 ppm: 1 mg/día > 0.4 ppm: no indicado	No indicados	No indicados
	Colutorios (mayor de 6 años)	0,2 % semanal	0,2 % semanal	
	Barnices (mayor de 6 años)	2 veces/año	2 veces/año	
	Pastas dentífricas (6 años o más)	2 veces/día > 1000 ppm flúor	2 veces /día > 1000 ppm flúor	2 veces/día > 1000 ppm flúor
Selladores de fisuras	De 6 a 10 años	M1	M1	Si CAOM = 0: No indicados
	De 11 a 15 años	Si CAOM>2: M1 + M2 Si CAOD>5: M1 + M2 + PM	Si CAOM>2: M1+ M2	Si CAOM <=2: No indicados
Control químico Barniz de Clorhexidina		3 – 4 veces/año	No indicado	No indicado
Control de dieta		Sí	No indicado	No indicado
Revisiones		Cada 3 – 4 meses	Cada 6 meses	Cada 12 meses

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EN LOS QUE SE DEBE CONSIDERAR LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS PACIENTES CON RIESGO

PROFILAXIS ANTIBIOTICA	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO
Sí	<ul style="list-style-type: none">• Extracción dental• Procedimientos periodontales• Implantes subgingivales de tiras de antibióticos• Implantes de bandas de ortodoncia• Inyección intraligamentosa de anestésicos• Limpieza con sangrado
NO	<ul style="list-style-type: none">• Inyecciones de anestésicos no intraligamentosas• Quitar puntos de sutura• Obtención de impresiones dentales• Extracción dental en primera dentición

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ENFERMOS CON CARDIOPATÍAS

Cardiopatías asociadas con endocarditis

Profilaxis recomendada

Riesgo alto

- Prótesis valvulares (incluidas bioprótesis y homoinjertos)
- Endocarditis bacteriana previa
- Cardiopatías congénitas cianóticas
- Ductus arteriosus
- Insuficiencia aórtica
- Estenosis aórtica
- Insuficiencia mitral
- Doble lesión mitral
- CIV
- Coartación aórtica
- Lesiones intracardiacas operadas con anomalías hemodinámicas residuales
- Cortocircuitos sistémicos o pulmonares con corrección quirúrgica

Riesgo moderado

- Otros defectos congénitos que los expertos en el apartado precedente y posterior
- Estenosis mitral pura
- Valvulopatía tricuspídea
- Estenosis pulmonar
- Miocardiopatía hipertrófica
- Prolapso mitral con insuficiencia valvular y/o valvas redundantes
- Aorta bicúspide con ligeras anomalías hemodinámicas
- Esclerosis aórtica con ligeras anomalías hemodinámicas
- Lesiones degenerativas valvulares en los ancianos
- Lesiones intracardiacas operadas sin anomalías hemodinámicas en los primeros 6 meses tras la intervención

Profilaxis no necesaria

Riesgo bajo

CIA tipo *ostium secundum*

Reparación de CIA y ductus pasados 6 meses y sin lesiones residuales

Cirugía coronaria

Prolapso mitral sin insuficiencia valvular

Soplos funcionales

Enfermedad de Kawasaki sin disfunción valvular

Fiebre reumática previa sin lesión valvular

Marcapasos (endocavitarios y epicárdicos) y desfibriladores

Insuficiencia valvular leve por Doppler sin anomalías orgánicas

Implantación de Stent

CIA: comunicación interauricular; CIV: comunicación interventricular.

PAUTA ANTIBIÓTICA DE PROFILAXIS EN LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES

	ANTIBIÓTICO	PAUTA
Profilaxis estándar	Amoxicilina	Adultos: 2 g; niños: 5mg/kg 1 h antes del procedimiento.
Intolerancia a la vía oral	Ampicilina	Adultos: 2 g i.m. o i.v.; niños: 50 mg/kg i.m. o i.v. 30 min. antes del procedimiento.
Alérgicos a penicilina	Clindamicina o cefalexina	Adultos: 600 mg; niños: 20 mg/kg oral 1 h antes del procedimiento. Adultos: 2 g; niños: 20 mg/kg oral 1 h antes del procedimiento.
Alérgicos a penicilina e intolerancia via oral	Clindamicina o cefazolina	Adultos: 600 mg; niños: 20 mg/kg i.v. 30 min antes del procedimiento. Adultos: 2 g; niños: 25 mg/kg i.m. o i.v. 30 min antes del procedimiento.

1. Vallés F, Anguita M, Escribano MP, Pérez F, Pousibet H, Tornos P, Vilacosta M. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en endocarditis. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 1384 – 1396.
2. Martínez F, Fernández MA, López MF, Lucía JF, Navarro JL, Velasco F, Zuazu I. Recomendaciones acerca del control del tratamiento anticoagulante oral ambulatorio. Documento de consenso y posicionamiento oficial de la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia y Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. 2002.
3. Della Valle A, Sanmartino G, Marenzi G, Tia M, Di Lauro AE, Ferrari F, Lo Muzio L. Prevention of postoperative bleeding in anticoagulated patients undergoing oral surgery. Use of platelet-rich plasma gel. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 1275-8.
4. Giner J, González A, Ordóñez V, Martín R, Berguer A. Actualización de la cirugía oral en el paciente anticoagulado. *Rev. Esp. Cir Oral Maxilofac* 2003; 25: 294-303.
5. Unidad de Hemostasia y Trombosis. Servicio de Hematología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Pauta para extracción dentaria o cirugía menor en pacientes anticoagulados con Sintrom y con bajo riesgo tromboembólico.
6. Gutiérrez JL, Infante P, Belmonte R, Torres D, Hita P. Protocolo en infecciones odontogénicas. Protocolos y guías de práctica clínica en cirugía bucal. Sociedad Española de Cirugía Bucal 2005. 61-70.
7. Pérez R, Núñez R, Hita P, Oliveras JM, Gutiérrez JL. Protocolo de actuación quirúrgica en pacientes con alteraciones en la coagulación. Protocolos y guías de práctica clínica en cirugía bucal. Sociedad Española de Cirugía Bucal 2005. 9-15.
8. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la salud. *RCOE* 2002; 7(5): 537-545.
9. Eficacia y seguridad de la fluoración de las aguas. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. Informe 4/2005.
10. Gregg, TA, et al.: National Clinical Guidelines and Policy Documents 1999. Paediatric Dentistry – UK. Dental Practice Board for England and Wales.
11. Flúor y prevención de la caries en la infancia. Actualización 2002. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Volumen IV. Número 15. Julio/Septiembre 2002".
12. Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Nº 47; 2000.

13. Baca P, Junco P, Bravo M, Baca AP, Muñoz MJ.: Caries incidence in permanent first molars after discontinuation of a school-based chlorhexidine-thymol varnish program Community dentistry and oral epidemiology 2003; 31: 179-183.
14. Baca P, Muñoz MJ, Bravo M, Junco P, Baca AP. Effectiveness of chlorhexidine-thymol varnish for caries reduction in permanent first molars of 6-7 year old children: 24-month clinical trial. Community dentistry and oral epidemiology 2002; 30: 363-8.
15. Dasanayake AP, Wiener HW, Li Y, Vermund SV, Caufield PW. Lack of effect of chlorhexidine varnish on Streptococcus mutans transmisión and caries in mothers and children. Caries Research. 2002; 36: 288-93.
16. Van Rijkom HM, Truin GJ, Van't Hof MA. A meta-analysis of clinical studies on the caries inhibiting effect of chlorhexidine treatment. Journal of dental research 1996; 75: 790-5.
17. Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. Caries Res. 1999; 33: 252-260.
18. American Academy of Pediatrics: Policy Statement. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. PEDIATRICS. 2003; vol .111 N° 5: 113-1116.
19. Anusavice KJ. Treatment regimens in preventive and restorative dentistry. JADA. 1995; vol. 126.
20. Cuenca E, Manau C, Serra M. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Masson, Barcelona 1999.
21. World Health Organization. Fluorides. Geneva: WHO, 2002. Environmental Health Criteria 227.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual 2004-05.
23. Bertness J, Holt K. (eds.) 2004. Early Childhood Caries Resource Guide (2nd ed). Washington DC. National Maternal & Child Oral Health Resource Center. Georgetown University.
24. Diagnosis and Management of Dental Caries Throughout Life. National Institutes of Health. Consensus Development Conference Statement Online 2001 March 26-28; [02-04-02]; 18(1): 1-24.
25. Marinho VCC, Higgins JPT, Sheiham S. Cremas dentales fluoradas para prevenir caries dentales en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2005; n° 2.
26. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Barnices fluorados para la prevención de caries dentales en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2005; N° 2.

27. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Geles fluorados para la prevención de la caries dental en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2005; N° 2.
28. Bravo M, Baca P, Llodra JC, Osorio E. A 24 month study comparing sealant and fluoride varnish in caries reduction on different permanent first molar surfaces. *J Public Health Dent* 1997; 57: 184-6.
29. Llodra JC, Bravo M, Delgado-Rodriguez M, Baca P, Gálvez R. Factors Influencing the effectiveness of sealants. A metaanalysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:261-8.
30. García JI, López P, Cebrián T, Esparza F, Lozano J, Lozano M, Prieto F, Vadillo C, Varón T. Evaluación de la efectividad de un programa escolar de educación bucodental después de 4 años de intervención. *Archivos de Odontología* 2002; vol 18, nº 3: 165-175.
31. Stanton MW, Rutherford MK. Dental care: improving access and quality. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. Research in Action Issue #13. AHRQ Pub No. 03-0040.
32. McDonagh MS, et al.: Systematic review of water fluoridation. *BMJ* 2000; 321: 855-9.
33. Heath Development Agency. The scientific basis of dental health education: A policy document (revised fourth edition). 1996.
34. Gustafsson BE, Quensel CE, Lanke LS, Lundquist C, Grahnen H, Bonow BE et al. The Vipeholm dental caries study; the effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years. *Acta Odont Scand* 1954; 11(3-4): 232-364.
35. Scheinin A, Makinen KK, Ylitalo K. Turku sugar studies. V. Final report on the effect of sucrose, fructose and xylitol diets on the caries incidence in man. *Acta Odontol Scand.* 1976; 34(4):179-216.
36. Barsamian-Wunsch P, Park JH, Watson MR, Tinanoff N, Minah GE. Microbiological screening for cariogenic bacteria in children 9 to 36 months of age. *Pediatr Dent* 2004; 26(3): 231-9.
37. Radford JR, Ballantyne HM, Nugent Z, Beighton D, Robertson M, Longbottom C, et al. Caries-associated micro-organisms in infants from different socio economic backgrounds in Scotland. *J Dent* 2000; 28(5): 307-12.
38. O'Sullivan DM, Thibodeau EA. Caries experience and mutans streptococci as indicators of caries incidence. *Pediatr Dent.* 1996;18(5): 371-4.
39. Twetman S, Petersson LG. Interdental caries incidence and progression in relation to mutans streptococci suppression after chlorhexidine-thymol varnish treatments in schoolchildren. *Acta Odontol Scand.* 1999; 57(3): 144-8.

40. Tenovou J, Hakkinen P, Paunio P, Emilson CG. Effects of chlorhexidine-fluoride gel treatments in mothers on the establishment of mutans streptococci in primary teeth and the development of dental caries in children. *Caries Res.* 1992; 26(4): 275-80.
41. O'Sullivan DM, Thibodeau EA, O'Sullivan DM. Salivary mutans streptococci and incidence of caries in preschool children. *Caries Res.* 1995;29(2):148-53. 34. Thibodeau EA, O'Sullivan DM. Salivary mutans streptococci and caries development in the primary and mixed dentitions of children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999; 27(6): 406-12.
42. Disney JA, Graves RC, Stamm JW, Bohannan HM, Abernathy JR, Zack DD. The University of North Carolina Caries Risk Assessment study: further developments in caries risk prediction. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992; 20(2): 64-75.
43. Radford JR, Ballantyne HM, Nugent Z, Beighton D, Robertson M, Longbottom C, et al. Caries-associated micro-organisms in infants from different socio economic backgrounds in Scotland. *J Dent* 2000; 28(5): 307-12.
44. Prendergast MJ, Beal JF, Williams SA. The relationship between deprivation, ethnicity and dental health in 5-year-old children in Leeds, UK. *Community Dent Health* 1997; 14(1): 18-21.
45. Grindefjord M, Dahllöf G, Nilsson B, Modeer T. Prediction of dental caries development in 1-year-old children. *Caries Res.* 1995; 29(5): 343-8.
46. Saemundsson SR, Slade GD, Spencer AJ, Davies MJ. The basis for clinicians' caries risk grouping in children. *Pediatr Dent.* 1997; 19(5): 331-8.
47. Wandera A, Bhakta S, Barker T. Caries prediction and indicators using a pediatric risk assessment teaching tool. *ASDC J Dent Child.* 2000; 67(6): 408-12, 375.
48. Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G. Oral health in pre-school children living in Sweden. Part III—A longitudinal study. Risk analyses based on caries prevalence at 3 years of age and immigrant status. *Swed Dent J* 1999; 23(1): 17-25.

7

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso

Proceso de atención a las personas con inclusiones del tercer molar y otras inclusiones dentarias.

Definición funcional

Conjunto de actuaciones mediante las cuales, ante cualquier paciente que requiera asistencia en Atención Primaria por presentar signos o síntomas relacionados con terceros molares que hayan detenido su erupción, total o parcial, se establecerán los mecanismos necesarios con el objetivo de prestar una asistencia completa mediante historia clínica, anamnesis, exploración y pruebas complementarias necesarias que nos permitan alcanzar un diagnóstico definitivo, así como la indicación quirúrgica como medida adecuada, pudiendo establecer su grado de complejidad e indicación del medio adecuado para su tratamiento, así como la programación de su tratamiento, comprendiendo la definición clara de las actuaciones de todos y cada uno de los profesionales que participen.

Los cuadros clínicos más frecuentes serán los derivados de la patología del tercer molar, fundamentalmente pericoronaritis aguda, así como los de la caries del segundo molar por malposición e impactación y retención de alimentos.

Límite de entrada

Cualquier demanda de asistencia realizada por un paciente con signos relacionados con una inclusión dentaria.

Las entradas principales al proceso se producirán por la solicitud directa de atención por parte del paciente al dentista del dispositivo de Apoyo de Atención Primaria o por derivación del médico de familia; no obstante, existen otras vías de entrada como los dispositivos de urgencias de Atención Primaria y los de Atención Hospitalaria.

Límite de salida

La salida del paciente del proceso asistencial se producirá cuando se realice la exodoncia del diente incluido, cuando se produzca la erupción completa y asintomática del mismo o cuando se confirme la no existencia de inclusiones como causantes del cuadro clínico por el que se consulta.

Límites marginales

No se abordarán aquellas indicaciones de tratamiento quirúrgico que no obedezcan a la presencia de signos o síntomas clínicos anteriormente mencionados, como los secundarios a necesidades de tratamiento ortodóncico, salvo los que pudieran contemplarse en relación al Decreto 281/2001, Artículo 4.2.

8 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. DETECCIÓN DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DE INCLUSIONES DENTARIAS
QUIÉN	Médicos del SSPA
CUÁNDO	Tras demanda de asistencia
DÓNDE	Centros de salud/Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	2. GESTIÓN DE CITA PARA DENTISTA
QUIÉN	Unidad de Atención al usuario de AP
CUÁNDO	Tras solicitud
DÓNDE	Centro de salud
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	3. PRIMERA CONSULTA
QUIÉN	Dentista del dispositivo de apoyo de AP
CUÁNDO	10 días desde la solicitud
DÓNDE	Centros de salud/Hospital
CÓMO	Protocolos

QUÉ	4. GESTIÓN DE CITAS <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas complementarias • Segunda consulta
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	Radiología antes de 20 días/2ª consulta antes de 10 días tras resultados de radiología. Cirugía Maxilofacial antes de 60 días
DÓNDE	Centro de salud
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	5. SEGUNDA CONSULTA
QUIÉN	Dentista del dispositivo de apoyo de AP
CUÁNDO	Antes de 10 días tras resultados de pruebas complementarias
DÓNDE	Centro de salud
CÓMO	Guías de práctica clínica (GPC)

QUÉ	6. GESTIÓN DE CITAS <ul style="list-style-type: none"> • Para cirugía en el dispositivo de apoyo de AP • Para consulta en el Servicio de Cirugía Maxilofacial
------------	--

QUIÉN	Unidad de Atención al usuario de AP
CUÁNDO	Antes de 45 días en el dispositivo de apoyo de AP/Antes de 60 para Cirugía Maxilofacial
DÓNDE	Centro de salud
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	7. TRATAMIENTO: EXODONCIA QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR
------------	--

QUIÉN	Dentista del dispositivo de apoyo de AP
CUÁNDO	Antes de 45 días tras la indicación quirúrgica
DÓNDE	Centro de salud
CÓMO	Técnicas establecidas

QUÉ	8. PRIMERA CONSULTA CIRUGÍA MAXILOFACIAL
------------	---

QUIÉN	Cirujano maxilofacial
CUÁNDO	Antes de 60 días tras la solicitud
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	9. GESTIÓN DE CITAS <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas complementarias • Segunda consulta Cirugía Maxilofacial
------------	---

QUIÉN	Unidad de Atención al usuario de AE
CUÁNDO	Pruebas complementarias antes de 20 días/ 2ª consulta antes de 10 días tras los resultados de las pruebas complementarias
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: EXODONCIA
QUIÉN	Cirujano maxilofacial
CUÁNDO	Antes de 6 meses tras la indicación
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	11. REVISIÓN POST-CIRUGÍA
QUIÉN	Cirujano maxilofacial/dentista del dispositivo de apoyo de AP
CUÁNDO	10 días después de la cirugía
DÓNDE	Hospital/Centro de salud
CÓMO	Procedimientos



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Médicos del SSPA	
Actividades	Características de calidad
<p>1° Detección de pacientes con síntomas de inclusiones dentarias</p>	<p>1. Detección de pacientes con síntomas de inclusiones dentarias.</p> <p>1.1. La detección de pacientes con síntomas de inclusiones dentales puede realizarla cualquier facultativo que, tras la anamnesis, realice una exploración de su cavidad oral.</p> <p>1.2. Exploración de la boca:</p> <ul style="list-style-type: none">• Presencia de signos de inflamación e infección.• Presencia de trismo. <p>1.3. Ante sospecha de infección odontogénica, se realizará valoración médica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Interrogatorio dirigido.• Estado clínico del paciente.• Inspección intra y extraoral.• Palpación.• Percusión dental.• Temperatura corporal.• Pruebas complementarias:<ul style="list-style-type: none">– Pruebas radiológicas:<ul style="list-style-type: none">- Radiología intraoral.- Ortopantomografía que es de elección en fases de celulitis y absceso.– Pruebas de laboratorio:<ul style="list-style-type: none">- Hemograma.- Bioquímica general. <p>1.4. Con los datos obtenidos de la valoración y pruebas complementarias podremos saber:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si estamos o no ante una infección odontogénica.• En qué fase se encuentra.• Cuál es el diente causal.• En la historia de salud del paciente quedará registrado al menos el diagnóstico de sospecha. <p>1.5. El tratamiento de la infección odontogénica se basa en tres pilares:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento odontológico.• Tratamiento farmacológico.• Tratamiento quirúrgico.

1.6. Los facultativos no dentistas solo podrán realizar el tratamiento farmacológico, que en las infecciones localizadas consiste en:

- Tratamiento antibiótico:
 - De elección:
 - Amoxicilina + más Ac. Clavulámico, vía oral.
 - Alternativas:
 - Clindamicina, vía oral.
 - Espiramicina + metronidazol, vía oral.
 - Claritromicina, vía oral.
- Tratamiento sintomático: analgésicos y antiinflamatorios.

2. Derivación a:

2.1. Dentista de cabecera: se derivarán todos los pacientes que presenten síntomas y que la exploración nos indique posible inclusión dentaria.

2.2. Cirugía Maxilofacial: los casos que, por la severidad del proceso infeccioso, deben ser tratados en ámbito hospitalario, son aquellos que cumplen alguno de los siguientes criterios:

- Protrusión lingual.
- Limitación de movimientos linguales.
- Trismo marcado.
- Disnea.
- Trastornos fonatorios y/o deglutorios.
- Fiebre.
- Pacientes inmunodeprimidos.
- Afectación del estado general.
- Aparición de signos neurológicos.
- Afectación de varios espacios anatómicos o de espacios anatómicos profundos.

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p>2° Gestión de cita para dentista</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad de Atención al Usuario accesible. Posibilidad de acceso telefónico. Atención personalizada y correcta. 2. Cita para la primera consulta sin demora. 3. Registro de datos sin errores administrativos. 4. Información adecuada sobre ubicación del servicio.

Dentista del dispositivo de apoyo de AP

Actividades	Características de calidad
3° Primera consulta	<ol style="list-style-type: none">1. Ante sospecha de inclusiones dentarias se realizará historia clínica en todos los casos que incluirá:<ol style="list-style-type: none">1.1. Anamnesis.1.2. Exploración.1.3. Valoración del grado de cooperación del paciente ante la necesidad de tratamiento con anestesia local y sus posibilidades.1.4. Constatación de la presencia de discapacidad que impida el abordaje.2. En caso de presencia de signos o síntomas consecuencia de la inclusión dentaria, se procederá a su estudio radiológico mediante radiografía panorámica.3. No está justificada la exploración radiológica rutinaria en busca de inclusiones dentarias sin la presencia de signos o síntomas que lo justifiquen.

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
4° Gestión de citas: <ul style="list-style-type: none">• Pruebas complementarias• Segunda consulta	<ol style="list-style-type: none">1. Unidad de Atención al Usuario accesible. Posibilidad de acceso telefónico. Atención personalizada y correcta.2. Registro de datos sin errores administrativos.3. La cita para radiología no debería demorarse más de 20 días.4. Se le entregará simultáneamente la cita para segunda visita con su dentista antes de 10 días tras la radiología.

Dentista del dispositivo de apoyo de AP

Actividades	Características de calidad
5° Segunda consulta	<ol style="list-style-type: none">1. Tras la valoración de las pruebas complementarias realizadas, el dentista deberá hacer una correcta identificación de las necesidades terapéuticas del paciente así como del nivel asistencial que corresponde a sus necesidades, dentro de las siguientes posibilidades:

- 1.1. Aquellos que no precisen tratamiento alguno por no presentar inclusión quedarán fuera del proceso. Se emitirá informe del caso para su médico de familia en caso de ser el autor de la derivación inicial, quedando registrado en la historia clínica.
- 1.2. Aquellos que precisen tratamiento médico y no exista en el momento actual indicación quirúrgica, al terminarlo y desaparecida la sintomatología saldrán del proceso. Se emitirá informe del caso para su médico de familia en caso de ser el autor de la derivación inicial, quedando registrado en historia clínica.
- 1.3. Aquellos que precisen tratamiento quirúrgico y que tras valoración clínica y radiológica sea posible su abordaje quirúrgico en el dispositivo de apoyo de Atención Primaria por el dentista, se le informará sobre dicha circunstancia, indicándole los posibles riesgos, complicaciones y secuelas, así como de las complicaciones en caso de no someterse al mismo. Una vez proporcionada la información se le solicitará el correspondiente consentimiento informado. (Ver Anexo 1).
- 1.4. El consentimiento informado será conservado en la historia clínica del paciente, así como todas las pruebas complementarias y la copia del documento de inclusión en el Registro de Demanda Quirúrgica.
- 1.5. Aquellos pacientes en los que su abordaje quirúrgico sea complejo, por patología local asociada o por la presencia de enfermedades sistémicas concomitantes, serán derivados al servicio de Cirugía Maxilofacial. Los criterios de derivación son:
 - Cualquier lesión radiográfica acompañante al diente, diferente a las alteraciones habituales correspondientes al saco folicular.
 - Presencia de atrofia ósea marcada diagnosticada radiológicamente, que incremente el riesgo de fractura maxilar.
 - Inclusiones dentarias desplazadas a distancia de su lugar habitual y de difícil abordaje quirúrgico.
 - Inclusiones dentarias desplazadas por la presencia de quistes o tumores.
 - Presencia de enfermedades sistémicas que hagan prever la existencia de complicaciones en el postoperatorio.

- Por el grado de dificultad (Clasificación de Koerner, ver Anexo 2).

1.6. Se emitirá siempre un informe clínico completo en el que se describa la anamnesis, exploración, pruebas realizadas y juicio clínico que justifiquen la derivación, que se acompañará de las pruebas complementarias realizadas, especialmente radiológicas.

2. Indicaciones de la exodoncia:

2.1. No se recomienda la exodoncia en los siguientes casos:

- Posibilidades de erupción correcta y funcionalidad adecuada (Grado de recomendación B).
- Exodoncia de germen dentario (Grado de recomendación C).
- Cuando por patología sistémica concomitante, la exodoncia supone un riesgo inaceptable y las consecuencias superan los beneficios (Grado de recomendación C).
- No historia ni evidencia de patología relacionada con el tercer molar (Grado de recomendación B).
- Riesgos quirúrgicos elevados, incluso fractura (Grado de recomendación C).

2.2. La exodoncia es aconsejable en los siguientes casos:

- Historia de infecciones de repetición (Grado de recomendación C).
- Factores de riesgo asociados a dificultades de acceso a cuidados dentales e higiene oral (Grado de recomendación C).
- Cuando los factores de riesgo asociados sean mayores que los asociados a la propia exodoncia (radioterapia, cirugía cardiovascular ...) (Grado de recomendación C).
- Decisión de cirugía ortognática, trasplantes dentarios, etc. (Grado de recomendación C).
- Cuando exista necesidad de anestesia general para la exodoncia, valorar la del contralateral (Grado de recomendación C).

2.3. Existe una clara indicación para la exodoncia en los siguientes casos:

- Episodios anteriores de pericoronaritis, celulitis, abscesos, o patología pulpar o periapical intratable (Grado de recomendación C).
- Existencia de caries en el tercer molar sin posibilidades de restauración (Grado de recomendación B).

- Caries en segundo molar, cuya restauración sea dificultada por la presencia del tercer molar (Grado de recomendación B).
- Existencias de alteraciones periodontales en el tercer molar que pueden afectar al segundo molar (Grado de recomendación B).
- La presencia de quistes dentígeros u otra patología quística asociada (Grado de recomendación B).
- Presencia de reabsorción externa del tercer molar, o del segundo provocada por el tercer molar (Grado de recomendación B).

Unidad de Atención al Usuario AP

Actividades	Características de calidad
<p>6° Gestión de citas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Cirugía Maxilofacial • Cita quirúrgica para dentista del dispositivo de apoyo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. En caso de derivación al servicio de Cirugía Maxilofacial, la primera consulta deberá realizarse en un plazo inferior a 60 días. 2. Se proporcionará información adecuada sobre ubicación del servicio de Cirugía Maxilofacial. 3. Entrega de copia de petición de cita mediante P-111. 4. En caso de atención por el dispositivo de apoyo su tratamiento quirúrgico sería en un periodo inferior a 45 días.

Dentista del dispositivo de apoyo de AP

Actividades	Características de calidad
<p>7° Tratamiento: exodoncia quirúrgica del tercer molar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento en el día y hora establecidos. 2. Registro en historia clínica del procedimiento quirúrgico realizado. 3. Información detallada y escrita al paciente sobre los cuidados postquirúrgicos. 4. Prescripción de fármacos establecidos para el tratamiento postquirúrgico. 5. Accesibilidad para consultas en caso de complicaciones o demanda de información por el paciente. 6. Entrega de cita para revisión, retirada de puntos y alta médica.

Cirujano maxilofacial

Actividades	Características de calidad
8° Primera consulta	<ol style="list-style-type: none">1. La consulta será de alta resolución en un 80% de los casos, en la que el paciente es dado de alta o inscrito en el Registro de demanda quirúrgica.<ol style="list-style-type: none">1.1. Realizará valoración y diagnóstico de la inclusión dental y plan de tratamiento.1.2. Solicitará las pruebas complementarias necesarias.1.3. Prescribirá el tratamiento adecuado.1.4. Derivación a AP en caso de ausencia de indicación quirúrgica.2. La respuesta quirúrgica será en un plazo inferior a 6 meses.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
9° Gestión de citas: <ul style="list-style-type: none">• Pruebas complementarias• Segunda consulta	<ol style="list-style-type: none">1. Para pacientes en los que no sea posible el diagnóstico e inclusión en lista de espera quirúrgica en consulta de alta resolución.2. La cita para radiología no debería demorarse más de 20 días.3. Se le entregará simultáneamente la cita para segunda consulta para cirujano maxilofacial antes de los 10 días tras la radiología.

Cirujano maxilofacial

Actividades	Características de calidad
10° Tratamiento quirúrgico: exodoncia	<ol style="list-style-type: none">1. Asistencia en el día y hora establecidos.2. Recogida en la historia clínica del procedimiento quirúrgico.3. Información detallada y escrita al paciente sobre los cuidados postquirúrgicos. (Ver Anexo 3).4. Prescripción de fármacos establecidos para primeros tratamientos postquirúrgicos en receta oficial.5. Informe de alta completo con indicación expresa de atención postquirúrgica por Cirugía Maxilofacial, o por el dispositivo de apoyo de Atención Primaria.

Cirujano maxilofacial/dentista del dispositivo de apoyo de AP

Actividades	Características de calidad
11° Revisión postquirúrgica	<ol style="list-style-type: none">1. Diez días después de la cirugía.2. Revisión y retirada de puntos.3. Alta médica.

Recursos. Características generales.

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES
Infraestructura	<p>Las consultas contarán con material rotatorio y quirúrgico, de calidad contrastada, y con un mantenimiento en condiciones.</p> <p>Al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillón dental. • Fuente de luz suficiente. • Equipo aspiración. Aspirador quirúrgico. • Material rotatorio: <ul style="list-style-type: none"> – Dos piezas de mano recta. – Una turbina. • Autoclave. • Mesa porta instrumentos (cigüeña). • Bombona de oxígeno. • Maletín de urgencias vitales. • Medicación de urgencia.
Personal servicio hospitalario Cirugía Maxilofacial	<ul style="list-style-type: none"> • Cirujano maxilofacial. • Enfermero/a. • Personal auxiliar.
Personal dispositivo apoyo de Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Odontostomatólogo/a. • Enfermero/a. • Auxiliar de clínica.
Instrumental	<p>El profesional dispondrá del instrumental necesario en número suficiente para permitir varias actividades en una sesión.</p> <p>Instrumental básico.</p>
Aparataje	<p>Rx intraoral de cono largo.</p> <p>Reveladora manual.</p> <p>Autoclave de ciclo corto.</p> <p>Ultrasonidos,</p>
Informática: software y hardware	<p>Las consultas dispondrán de ordenador, impresora para emisión de informes.</p> <p>Se tendrá acceso a la historia digital de salud.</p>

Papelería	Materiales didácticos, y folletos educativos diseñados para diferentes edades y pacientes.
Material fungible	Las consultas dispondrán de los materiales fungibles básicos necesarios para la cirugía de la inclusión dentaria.

Unidades de soporte

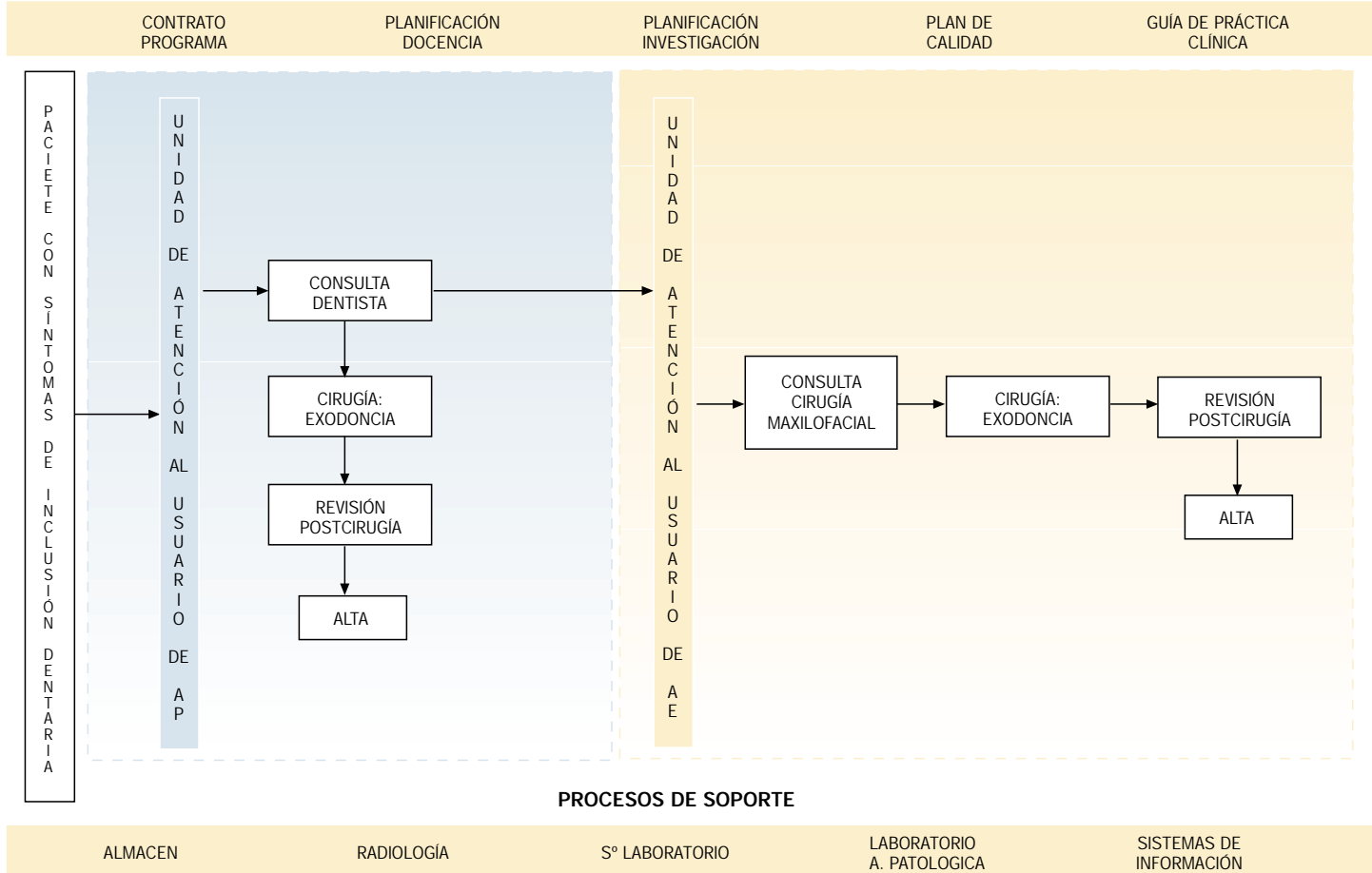
UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Diagnóstico por imagen	Estudios radiológicos.
Anatomía Patológica	Estudio de biopsias. Remisión de informes.
Anestesiología y Reanimación	Valoración prequirúrgica. Técnicas de anestesia general y sedación.
Laboratorio	Elaboración de pruebas analíticas.
Farmacia	Selección de medicamentos. Adjudicación de compras. Informes periódicos de consumo.
Almacén	Suministro de materiales fungibles en plazos. Concursos de suministros. Comisión de compras. Informes periódicos de consumo.
Sistemas de Información	Indicadores del sistema de información Centralización datos lista espera quirúrgica del dispositivo de apoyo de Atención Primaria Informes periódicos sobre consumos de pruebas complementarias: radiología, anatomía patológica y laboratorio.
Electromedicina	Revisiones periódicas. Mantenimiento. Reparaciones.
Radioprotección	Revisiones anuales. Dosimetría personal o área.

9

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

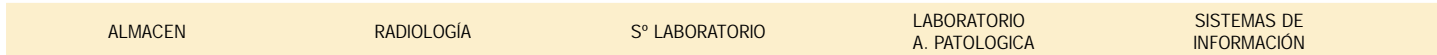
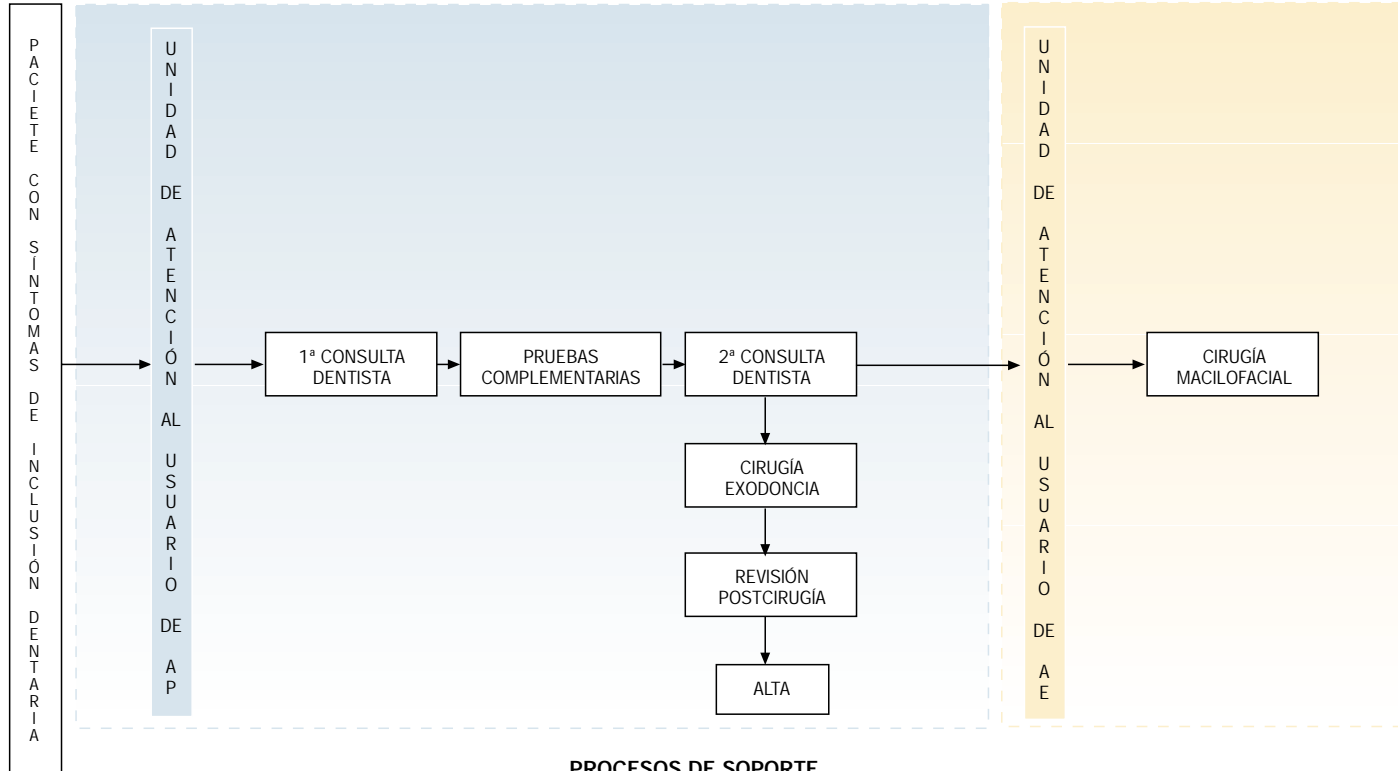
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: INCLUSIONES DENTARIAS

PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2a: INCLUSIONES DENTARIAS

PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2b: INCLUSIONES DENTARIAS

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO
PROGRAMAPLANIFICACIÓN
DOCENCIAPLANIFICACIÓN
INVESTIGACIÓNPLAN DE
CALIDADGUÍA DE PRÁCTICA
CLÍNICAPACIENTE
CON
SINTOMAS
DE
INCLUSIÓN
DENTARIAUNIDAD
DE
ATENCIÓN
AL
USUARIO
DE
A
ECONSULTA CIRUGIA
MAXILOFACIALPRUEBAS
COMPLEMENTARIASCIRUGÍA
EXODONCIAREVISIÓN
POSTCIRUGÍA

ALTA

PROCESOS DE SOPORTE

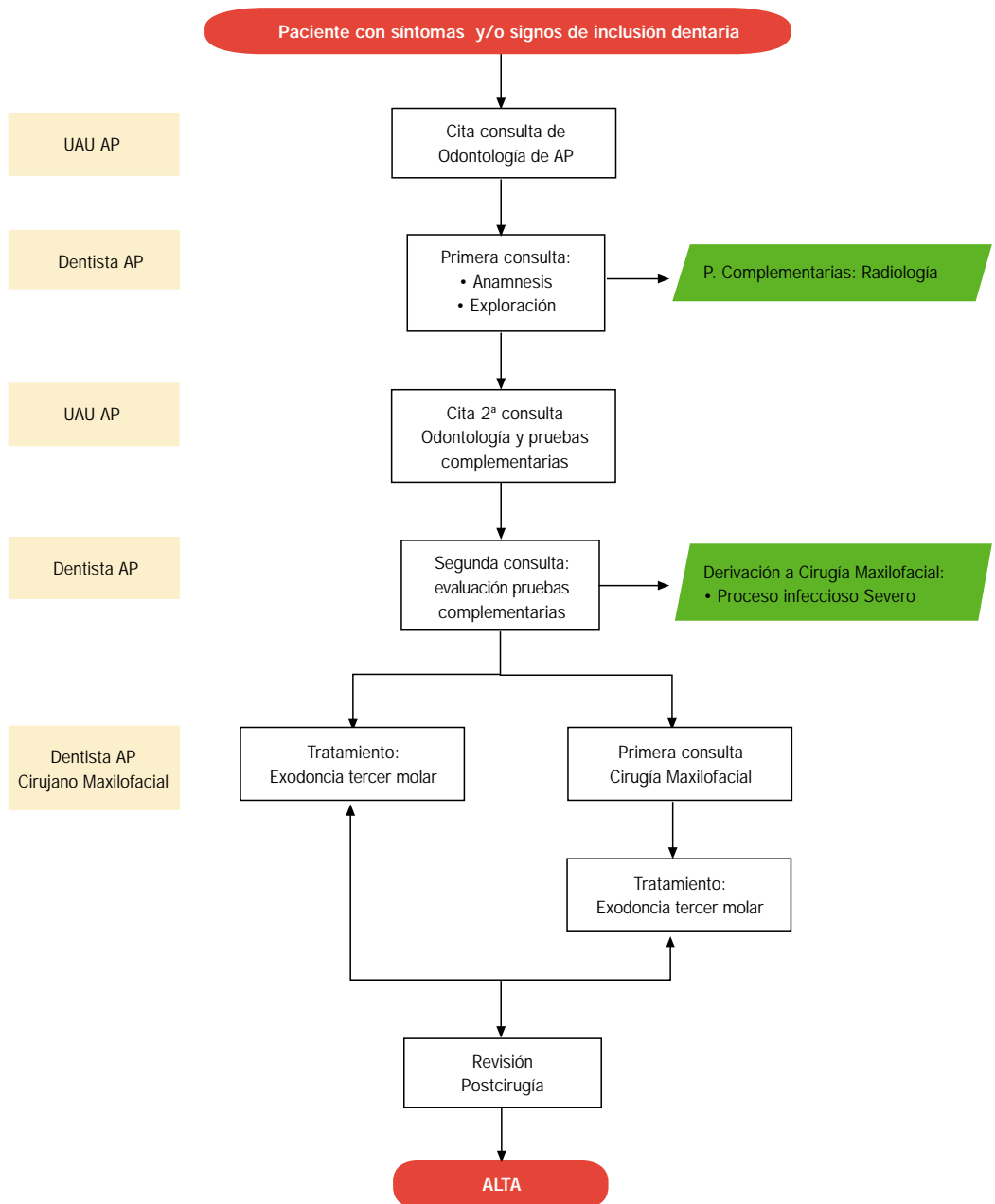
ALMACEN

RADIOLOGÍA

S° LABORATORIO

LABORATORIO
A. PATOLÓGICASISTEMAS DE
INFORMACIÓN

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: INCLUSIÓN DENTARIA



10 INDICADORES

INDICADORES

Registro del grado de dificultad de la inclusión dentaria

Porcentaje de pacientes diagnosticados de inclusión del tercer molar inferior durante un año a los que se les ha registrado el grado de dificultad según los criterios de Koerner.

50%

Registro de actividad en Atención Primaria

Porcentaje de exodoncias de terceros molares inferiores clasificados como poco (3-4) o moderadamente difíciles (5-7), según el índice de Koerner, sean tratados y dados de Alta en AP.

50%

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORAL

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnóstico, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad

Yo D/Doña.....
como paciente.....
O D/Doña.....
como su representante..... en el pleno uso de mis facultades,
libre y voluntariamente. DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el
Dr.....y en consecuencia AUTORIZO a él, sus asociados y
ayudantes para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado..
.....

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extracciones de piezas dentarias o restos radiculares incluidos, fenestración o tracción de dientes retenidos, plastias de frenillos labiales, extirpación de quiste maxilares y pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral, implantes dentarias y cirugía preprotésica fundamentalmente. Esta cirugía puede realizarse con anestesia local o general (con los riesgos inherentes a las mismas), y que los fármacos utilizados pueden producir determinadas actividades, tales como conducir un vehículo. Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, alguna de ellas inevitables, tales como:

- alergia al anestésico u otro medicamento utilizando, antes, durante o después de la cirugía
- hematoma y edema de la región
- hemorragia post-operatoria
- dehiscencia de la sutura
- daño de dientes adyacentes
- hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, temporal o definitiva
- hipoestesia o anestesia del nervio lingual, temporal o definitiva
- hipoestesia o anestesia del nervio infraorbitario temporal o definitiva
- infección postoperatoria
- osteitis
- sinusitis
- comunicación oronasal o/y orosinusal
- fracturas oseas
- rotura de instrumentos

He comprendido la naturaleza y el propósito del procedimiento terapéutico/quirúrgico al que voy a ser sometido/a. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas y ampliar oralmente la información en entrevista personal con el Dr.....

Estoy satisfecho/a de la información que se me ha proporcionado y, por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique.....

Si surgiese cualquier situación inesperada durante la intervención, autorizo a mi cirujano a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las indicadas en este documento, que a su juicio estimase oportunas para mi tratamiento.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mi en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído.

En Sevilla, a de de

Firma del paciente
(o su representante legal
en caso de discapacidad)
D.N.I.

Firma del profesional
nº de colegiado o CNP

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el documento

Firma del testigo
D.N.I.

ÍNDICE DE DIFICULTAD PARA LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS SEGÚN KOERNER

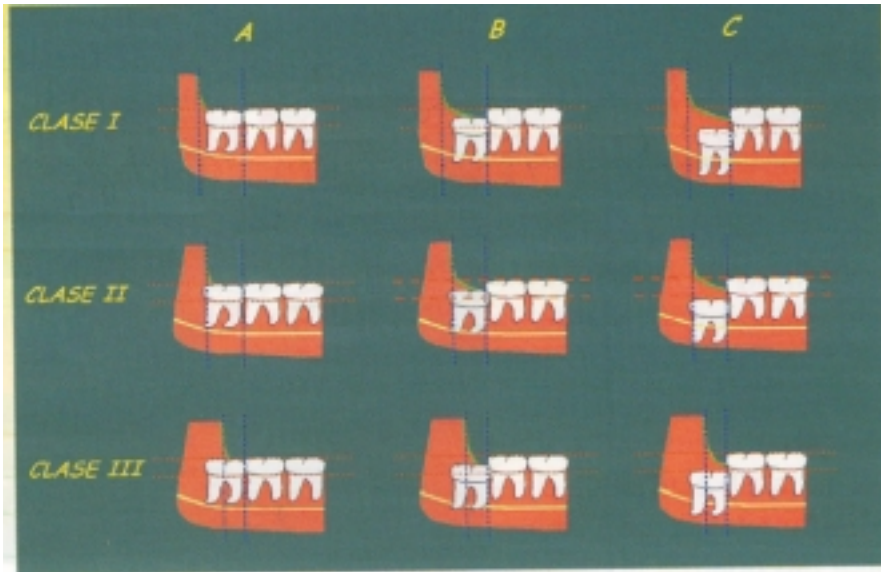
VARIABLE	VALOR
RELACIÓN ESPACIAL	
Mesioangular	1
Horizontal/transversal	2
Vertical	3
Distoangular	4
PROFUNDIDAD	
Nivel A	1
Nivel B	2
Nivel C	3
RELACIÓN CON LA RAMA/ESPACIO DISPONIBLE	
Clase I	1
Clase II	2
Clase III	3
ÍNDICE DE DIFICULTAD	
Muy difícil	7-10
Moderadamente difícil	5-7
Poco difícil	3-4

En cuanto a la valoración de la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, se describen tres posiciones:

- Posición A: la porción alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal que pasa por encima del segundo molar.
- Posición B: cordal situado por debajo de la línea oclusal del segundo molar, pero por encima de la línea cervical del mismo.
- Posición C: la parte más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Por otra parte, también se clasifican los cordales por la posición de los terceros molares en relación con el borde anterior de la rama ascendente mandibular y el segundo molar, distinguiéndose:

- Clase I: hay espacio suficiente entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.
- Clase II: El cordal incluido tiene un diámetro mesiodistal mayor que el espacio entre el segundo molar y la rama ascendente.
- Clase III: No hay espacio y el cordal se sitúa en la rama ascendente.



NORMAS POSTOPERATORIAS EN LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR

El usuario D
con Historia Clínica nº..... ha sido intervenido bajo anestesia loco-regional en
régimen ambulatorio porpersonal del Servicio de
.....de el día
habiéndosele practicado la técnica quirúrgica:

ACONSEJAMOS:

- Aplicar frío en la zona operada durante las primeras horas del postoperatorio.
- Si se observa sangrado en la zona operada, aplicar una gasa seca y limpia sobre la misma durante al menos media hora.
- No alarmarse si se inflama la zona o la región operada. Es normal que se produzca una inflamación incluso exagerada, también es normal que se eleve la temperatura corporal unas décimas. ELLO NO SUPONE INFECCIÓN.
- Evitar los enjuagues de la cavidad bucal.
- Alimentarse en las primeras horas con alimentos líquidos o blandos, preferiblemente fríos o tibios.
- Mantener limpias las heridas retirando exudados y coágulos, con suero fisiológico y gasas limpias.
- Tomar analgésicos, excepto aspirina, siendo recomendable el analgésico que el paciente tome habitualmente para el dolor de cabeza.
- Pueden retirarse los puntos a partir del quinto día sin que exista un plazo fijo para ello. La sutura debe estar completamente retirada a los 15 días como máximo.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:.....
.....
.....

- Si hay algún problema en la evolución de la herida, puede acudir a las Consultas Externas de nuestro Hospital (Consulta de Curas del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, previa cita, llamando al teléfono 955-012459 ó 955-012461).

- Se prescribe la siguiente medicación:

- Antibióticos:cada.....horas

- Antinflamatorioscada.....horas

- Analgésicos de refuerzo.....cada.....horas

- Si hay algún problema en la evolución de la herida puede acudir a las consultas externas de nuestro.....(Hospital/Centro de Salud), llamando al teléfono.....

Firmado: Dr. Enfermero/a D.

NORMATIVA ANDALUZA SOBRE LA PRESTACIÓN SANITARIA DENTAL

DECRETO 281/2001 DE 26 DE DICIEMBRE POR EL QUE SE REGULA LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL DENTAL A LA POBLACIÓN DE 6 A 15 AÑOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que compete a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía, en sus artículos 13.21 y 20.1, confiere a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de sanidad e higiene, sin perjuicio de lo que establece el artículo 149.1.16ª de la Constitución, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en su Anexo I apartado 2.f). 5.º b). dentro de la atención a la salud buco-dental, contempla medidas preventivas y asistenciales, como la aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras, para población infantil, de acuerdo con la financiación y los programas especiales para la salud buco-dental de cada año.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en su Título V, considera el Plan Andaluz de Salud como marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía.

El II Plan Andaluz de Salud contiene objetivos concretos en materia de salud-bucodental. Para su consecución la Consejería de Salud potenciará las actividades de promoción de la salud, preventivas y asistenciales en la población comprendida entre los 6 y 15 años.

El Consejo Asesor de Salud Bucodental de Andalucía, órgano de asesoramiento técnico de la Consejería de Salud, creado por el Decreto 15/2001, de 23 de enero, ha informado el presente Decreto.

En su virtud, a propuesta del Consejero de Salud, de acuerdo con el artículo 39.2 de la Ley 6/1983, de 21 de julio, del Gobierno y la Administración de la Comunidad Autónoma y la Disposición Final Segunda de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, de acuerdo con el Consejo Consultivo, previa deliberación del Consejo de Gobierno, en su reunión del día 26 de diciembre de 2001,

DISPONGO

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.

1. La Administración de la Junta de Andalucía garantiza la asistencia dental básica y los tratamientos especiales a todas las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía residentes en la Comunidad Autónoma Andaluza, realizándose su implantación de forma progresiva.
2. La garantía a la asistencia dental básica y a los tratamientos especiales contemplada en el presente Decreto, comenzará el 1 de enero del año en el que se cumplen los 6 años, y finalizará el 31 de diciembre del año en el que se cumplen los 15 años.

Artículo 2. Asistencia dental básica.

La asistencia dental básica a las personas amparadas por este Decreto comprenderá:

1. Una revisión anual cuyo contenido mínimo será el siguiente:
 - a) Se instruirá al niño, y a los padres o tutores, en normas de higiene para el mantenimiento de su salud oral, uso correcto de flúor y recomendaciones sobre dieta para evitar caries.
 - b) Exploración de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral.
 - c) Reconocimiento de la dentición permanente (utilizando sonda de exploración, espejo plano y el material necesario), incluyendo todas las fosas y fisuras existentes en el esmalte. En caso de duda razonable se realizará una exploración radiológica intraoral, previo consentimiento formulado por escrito de los padres o tutores.
 - d) El dentista de cabecera realizará un seguimiento singularizado de aquellos niños con una especial predisposición a la caries, enfermedad periodontal o maloclusiones, o en las que un tratamiento bucodental agresivo suponga un riesgo para la salud del paciente.
2. Sellado de fisuras o fosas en las piezas permanentes, que se realizará en los siguientes casos:
 - a) Cuando se detecte que el niño haya padecido o padezca caries en la dentición temporal.
 - b) Cuando se detecte caries, obturación o ausencia por caries en alguna pieza permanente.
 - c) Del mismo modo, se realizará sellado de las fosas y/o fisuras de piezas permanentes cuando, a criterio del profesional, las características individuales de las piezas dentarias o del niño así lo aconsejen.
3. Obturaciones. Cuando se detecte caries en una pieza permanente, el dentista evaluará su estadio y velocidad de progresión.

Si la lesión se considera irreversible, el dentista procederá a obturarla con materiales permanentes adecuados.
4. Tratamientos pulpares y exodoncias en piezas permanentes. En los casos de lesiones pulpares irreversibles en piezas permanentes, el dentista podrá optar por realizar el tratamiento pulpar o extraer la pieza afectada. La decisión deberá basarse en lo que estime como el mayor beneficio para el niño, y tras consentimiento formulado por escrito de los padres o tutores.

5. Exodoncias en piezas temporales
6. Asistencia dental a los niños, por el dentista de cabecera, cuantas veces lo necesiten para la atención a cualquier urgencia dental, y recibir los cuidados y tratamientos precisos en toda la dentición permanente, mediante la realización de los procedimientos diagnósticos, preventivos y terapéuticos que se estimen necesarios.
7. Tartrectomías. Cuando se detecte cálculo y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente.

Artículo 3. Tratamientos especiales.

1. Los tratamientos especiales garantizados en este Decreto comprenderán los trastornos del grupo incisivo-canino a causa de malformaciones y/o traumatismos. Estos tratamientos requerirán la conformidad expresa e individualizada del titular de la Delegación Provincial de Salud correspondiente, previa presentación de un informe clínico del dentista de cabecera, donde se justifique la necesidad del tratamiento.
2. Quedan excluidos los tratamientos especiales siguientes:
 - a) Los tratamientos por traumatismo del grupo incisivo-canino cuando exista un tercero obligado a responder de dicho tratamiento.
 - b) Los tratamientos de ortodoncia, salvo lo contemplado en el artículo 4 de este Decreto.
 - c) Los tratamientos reparadores en dentición temporal.

Artículo 4. Asistencia dental a personas con discapacidades.

1. Las personas a que se refiere el presente Decreto, cuyas discapacidades psíquicas o físicas tengan incidencia en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral o su tratamiento, serán atendidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
2. Los casos de maloclusión severa en pacientes intervenidos de fisura palatina, labio leporino y malformaciones esqueléticas, serán atendidos por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
3. La Consejería de Salud determinará los criterios para la asistencia de las personas contempladas en los apartados anteriores.

Artículo 5. Dentista de cabecera.

1. Las personas incluidas dentro del ámbito de aplicación de esta norma tendrán un dentista de cabecera responsable de su salud buco-dental, perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía o del sector privado habilitado al efecto, para la prestación contemplada en los artículos 2 y 3 de este Decreto.
2. Los dentistas de cabecera dejarán constancia de la asistencia practicada, y cuantas otras incidencias se hayan presentado en la historia bucodental individual, a las personas incluidas en el ámbito de aplicación de esta norma.

Artículo 6. Libre elección.

Los padres, tutores o responsables de las personas afectadas por este Decreto, podrán elegir anualmente a un dentista de cabecera entre cualquiera de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, o entre aquellos otros dentistas privados que a tal efecto sean habilitados.

Artículo 7. Habilitación profesional.

La Consejería de Salud habilitará a los dentistas privados que sean necesarios para garantizar la asistencia dental a las personas comprendidas en el ámbito de aplicación de este Decreto. A tal efecto determinará los requisitos exigidos para dicha habilitación, en función de los criterios de adecuación de consultas, formación continuada, y directrices de calidad asistencial fijadas por la Consejería de Salud.

Artículo 8. Coordinación Intersectorial.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía se coordinará con otros Organismos públicos y privados para que colaboren en la difusión, implantación y seguimiento de la prestación asistencial dental a las personas incluidas en el ámbito de aplicación de este Decreto.

Artículo 9. Retribuciones de profesionales.

1. Los dentistas de cabecera privados habilitados que presten servicios de asistencia dental a las personas incluidas en el ámbito de aplicación de esta norma, serán retribuidos mediante sistema caputivo para la cobertura de la asistencia prevista en el artículo 2 de este Decreto, y por tratamiento realizado para los casos previstos en el artículo 3 del presente Decreto.
2. La cantidad a abonar en el sistema caputivo, así como el baremo de honorarios a abonar por los tratamientos especiales del artículo 3 de este Decreto se determinará por la Consejería de Salud.

Artículo 10. Seguimiento y evaluación.

La Consejería de Salud procederá al seguimiento y evaluación de la implantación y desarrollo de las medidas adoptadas en este Decreto.

Disposición adicional única. Implantación de la garantía.

1. La prestación de la asistencia dental básica y los tratamientos especiales que se garantizan en el presente Decreto, comenzará con los niños nacidos en los años 1995 y 1996.
2. El titular de la Consejería de Salud determinará mediante Orden los grupos de edad comprendidos en el tramo regulado en el artículo 1 del presente Decreto, que se incorporan anualmente a la garantía de la prestación reconocida en el mismo, incluyéndose, en cualquier caso, los niños que cumplan seis años.

Disposición final primera. Desarrollo reglamentario.

1. El titular de la Consejería de Salud podrá actualizar los contenidos de las distintas formas de asistencia dental previstas en este Decreto, para adaptarlos a las innovaciones técnicas o científicas y a las circunstancias objetivas que la experiencia aconseje.

2. Se faculta al titular de la Consejería de Salud para dictar las disposiciones necesarias para la correcta aplicación, desarrollo y ejecución del presente Decreto.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor en el plazo de cuatro meses a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 26 de Diciembre de 2001

EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Manuel Chaves González

EL CONSEJERO DE SALUD

Francisco Vallejo Serrano

ORDEN DE 19 DE MARZO DE 2002, POR LA QUE SE DESARROLLA EL DECRETO 281/2001, DE 26 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE REGULA LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL DENTAL A LA POBLACIÓN DE 6 A 15 AÑOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA Y SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES ESENCIALES DE CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS Y SE FIJAN SUS TARIFAS.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, establece, en su artículo 62.14 y 15, que corresponde a la Consejería de Salud, entre otras competencias, la coordinación y ejecución de la política de convenios y conciertos con entidades públicas y privadas para la prestación de servicios sanitarios, así como la gestión de aquellos que reglamentariamente se determinen y la aprobación de los precios por la prestación de servicios y de tarifas para la concertación de servicios, así como su modificación y revisión.

La regulación de las relaciones de colaboración con la iniciativa privada viene establecida en el Capítulo VII del título VII de la Ley de Salud de Andalucía, señalando los artículos 73 y 74 que la suscripción de los conciertos sanitarios para la prestación de dichos servicios pueden realizarse con las entidades privadas titulares de centros y/o servicios sanitarios y, concretamente, con entidades, empresas o profesionales para la prestación de dichos servicios.

El Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, regula, entre otras materias, los tratamientos especiales, la asistencia dental a personas con discapacidades, el dentista de cabecera, la libre elección, la habilitación profesional, las retribuciones profesionales y el seguimiento y evaluación, así como la implantación de la garantía de la prestación de la asistencia dental básica y de los tratamientos especiales a la población objeto de la norma, y cuyo desarrollo se remite, por su disposición final primera, a la regulación por una nueva norma.

El referido Decreto en su Disposición final primera párrafo 2 establece que se faculta al titular de la Consejería de Salud para dictar las disposiciones necesarias para la correcta aplicación, desarrollo y ejecución del presente Decreto.

En su virtud, de conformidad con lo dispuesto en la habilitación contenida en el párrafo 2 de la Disposición final primera del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, y en uso de las atribuciones que me confiere el artículo 44.4 de la Ley 6/1983, de 21 de julio, del Gobierno y la Administración de la Comunidad Autónoma.

DISPONGO

Artículo 1.- Objeto

El objeto de la presente Orden es desarrollar el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, regulando la habilitación de los profesionales y del servicio, estableciendo el régimen de contratación y las tarifas.

Artículo 2.- Tratamientos especiales

Los tratamientos especiales a los que se refiere el artículo 3 del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, son los siguientes:

- a) Apicoformación.
- b) Corona completa de metal noble-porcelana.
- c) Corona completa de porcelana.
- d) Corona provisional de acrílico.
- e) Endodoncia.
- f) Extracción de un supernumerario.
- g) Ferulización del grupo anterior.
- h) Gran reconstrucción.

- Se entiende como tal los siguientes tratamientos:

1. Por traumatismo: La reconstrucción de una fractura de más de 1/3 de corona que ha requerido tratamiento endodóntico.
2. Por malformación: Reconstrucción completa de la corona con material estético.

- i) Muñón metálico colado unirradicular.
- j) Perno prefabricado intrarradicular.
- k) Mantenedor de espacio.
- l) Reconstrucción.

Se considerará como tal la reconstrucción, en el grupo anterior permanente, de lesiones debidas a traumatismos o malformaciones, excepto las incluidas en el apartado "gran reconstrucción".

- m) Recubrimiento pulpar directo.
- n) Reimplante dentario.
- o) Sutura de tejidos blandos (se exceptúan las incluidas en alguno de los tratamientos anteriores).

Artículo 3.- Asistencia dental a personas con discapacidades.

Las personas con discapacidades serán atendidas por su dentista de cabecera del sector privado habilitado o del Sistema Sanitario Público de Andalucía, salvo para las circunstancias contempladas en el artículo 4 del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, que serán atendidas por el personal del Servicio Andaluz de Salud y de las Empresas Públicas hospitalarias adscritas a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, no pudiendo ser objeto de contratación la asistencia dental de dichas personas con consultas o clínicas dentales privadas.

Artículo 4.- Prestaciones excluidas.

De acuerdo con lo previsto en el art. 3 apartado 2, del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, se entienden excluidas las exploraciones radiológicas y otros medios de diagnósticos aplicables a tratamientos excluidos en dicho precepto, así como cualquier intervención previa o necesaria para la realización de los mismos, tales como exodoncias, incluidas las intraóseas, para la realización de ortodoncia.

Artículo 5.- Derechos y obligaciones de los dentistas de cabecera habilitados y contratados.

Los derechos y obligaciones de los dentistas de cabecera habilitados y contratados son los siguientes:

- a) A las prestaciones económicas establecidas en la presente Orden.
- b) A facilitar la mayor flexibilidad horaria posible en función de la organización de la consulta para favorecer la accesibilidad de los ciudadanos.
- c) A que, cuando por las circunstancias del proceso dental sea necesaria la administración de tratamientos farmacológicos, remitan a los pacientes a su médico de cabecera con un informe donde hagan constar, además del proceso clínico, los fármacos por principios activos.
- d) Deberá facilitar al usuario o representante legal informe correspondiente a la asistencia recibida una vez finalizado cada proceso clínico. Asimismo, bien personalmente o remitiéndolo a su domicilio habitual, copia por duplicado ejemplar de la historia clínica, en el caso en que lo soliciten o por cambio de dentista de cabecera, con objeto de dar continuidad al proceso asistencial dental y mantener los antecedentes clínicos del mismo.
- e) No podrán rehusar a ningún paciente. No obstante, podrán poner en conocimiento de la Delegación Provincial de Salud la concurrencia de alguna de las siguientes circunstancias, quien, tras valorarlas, podrá autorizarles expresamente la denegación de la prestación de los servicios:
 - Cuando el paciente no acude de manera reiterada y sin avisar a la cita concertada.
 - Cuando por motivo de no haber acudido periódicamente a la revisión dental anual, el paciente presenta un nivel de patología dental más acusado. En estos casos, la Delegación Provincial de Salud correspondiente, una vez valoradas las circunstancias, podrá derivar al paciente a los profesionales del Servicio Andaluz de Salud.
- f) A participar en los cursos de formación continuada que se determinen por la Consejería de Salud, según el artículo 7 del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre.
- g) A que, en su caso, en las consultas o clínicas dentales con más de un dentista se hará constar, en el Talonario de Asistencia Dental Anual, los datos del dentista de cabecera elegido por el paciente.
- h) Enviar a la Delegación Provincial de Salud correspondiente el informe clínico, acompañado de estudio radiológico cuando sea necesario para el diagnóstico y tratamiento, por el que se propone la realización de cada tratamiento especial del artículo 3 del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre.

- i) A atender en tiempo y forma a las demandas de procedimiento e información de la Delegación Provincial de Salud correspondiente.
- j) A respetar la intimidad y a no discriminar en el acceso y en la atención a los pacientes con cobertura pública, en relación a sus clientes privados.
- k) A no ocasionar un perjuicio para la salud del beneficiario o a la Administración, como consecuencia de la asistencia o de la no asistencia sanitaria.
- l) A cumplir las normas básicas de calidad del proceso asistencial dental que sean establecidas por la Consejería de Salud.

Artículo 6.- Derechos y obligaciones de los pacientes.

Los derechos y obligaciones de los pacientes de 6 a 15 años son los siguientes:

- a) A la libre elección, dentro del año natural y antes del mes de diciembre, de un dentista de cabecera, entre los dentistas del Servicio Andaluz de Salud o los dentistas privados habilitados por la Delegación Provincial de Salud correspondiente, mediante la presentación, al dentista de cabecera elegido, del Talón de Asistencia Dental Anual remitido por la Consejería de Salud. Esta elección tiene validez para todo el año al que corresponda el Talón de Asistencia Dental Anual, salvo por resolución expresa de la Delegación Provincial de Salud correspondiente.
- b) A la igualdad en la atención, sin más diferencias que las inherentes a la naturaleza propia del proceso asistencial.
- c) A acudir a la consulta o clínica dental de su dentista de cabecera cuantas veces lo necesiten a lo largo del año. En casos de urgencia, y por ausencia reglada de su dentista de cabecera, deberá acudir a los servicios de atención continuada o de urgencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- d) A la revisión anual y al tratamiento preventivo o conservador, con consentimiento formulado por escrito de los padres o tutores en las exploraciones radiológicas intraorales para el reconocimiento de la dentición permanente y en los tratamientos pulpares y exodoncias en piezas permanentes.
- e) A los tratamientos especiales, previa conformidad expresa e individualizada de la Delegación Provincial de Salud correspondiente.
- f) A acudir a las citas concertadas con su dentista de cabecera.
- g) Los padres o tutores del paciente deberán colaborar en las pautas de tratamiento a seguir.

Artículo 7.- Habilitación.

A los efectos del artículo 7, del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, se habilitarán aquellos dentistas privados que cumplan los requisitos contenidos en el Anexo I de esta Orden.

Artículo 8.- Contratación.

- a) La contratación de dentistas privados habilitados como dentistas de cabecera será por concurso público y abierto. Excepcionalmente, y de acuerdo al artículo 159.2 del Real

Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, se podrá contratar dentistas de cabeceras directamente, siempre y cuando cumplan los requisitos exigidos para los contratados por concurso público y abierto.

- b) Al igual que en el apartado anterior, se podrá contratar con consultas o clínicas dentales con más de un dentista privado, siempre que los odontólogos o estomatólogos, propuestos para la prestación asistencial dental, estén habilitados.
- c) La duración del contrato será de un año a partir del día siguiente al de su formalización.
- d) El contrato podrá prorrogarse por acuerdo expreso de las partes, por periodos anuales y hasta un máximo de cinco años, incluidas las prórrogas.
- e) Vencido el período de vigencia del contrato o el de cualquiera de sus prórrogas, o cuando se produzca cualquier otra causa de extinción del contrato, el contratista podrá ser obligado a continuar prestando el servicio, por razones de interés público y por un máximo de un año.
- f) Las consultas o clínicas dentales deben estar ubicadas en el territorio de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Artículo 9.- Retribución de las prestaciones de la asistencia dental.

El abono de las retribuciones de las prestaciones de la asistencia dental será:

- a) Por el sistema de capitación conforme a la tarifa anual que figura en el Anexo II.
- b) Por unidad para los tratamientos especiales, según las tarifas que figuran en el Anexo II para cada uno de ellos.

Estos abonos serán efectuados por la Delegación Provincial de Salud correspondiente según lo establecido en el Anexo II a esta Orden.

Cuando la Delegación Provincial de Salud determina un cambio de dentista de cabecera, dentro del año natural de la prestación, ésta resolverá si al primero se le detrae la retribución por capitación que haya recibido por el paciente.

Artículo 10.- Periodos de facturación.

Los dentistas de cabecera habilitados y contratados y las consultas o clínicas dentales contratadas facturará mensualmente la actividad realizada en el mes anterior a la fecha de emisión de la factura.

En el mes de diciembre del año natural de la prestación asistencial dental, sólo serán facturados los tratamientos especiales realizados hasta el 10 diciembre, debiéndose entregar la factura en la Delegación Provincial de Salud correspondiente antes del día 15 de dicho mes.

Artículo 11.- Sistema de Información de Prestación Asistencial Dental.

La Consejería de Salud desarrollará, de acuerdo al artículo 5.2 del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, un Sistema de Información de Prestación Asistencial Dental (S.I.P.A.D) para la evaluación y seguimiento de la eficacia, eficiencia y calidad de la asistencia de las personas comprendidas en el ámbito de su aplicación.

Artículo 12. Seguimiento de las prestaciones asistenciales dentales.

La Consejería de Salud velará por la calidad de las prestaciones asistenciales dentales contempladas en el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, y en la presente Orden, tanto de la asistencia dental básica como de los tratamientos especiales, verificándose, en su caso, a través de la Inspección Sanitaria de la Junta de Andalucía, el cumplimiento de las normas básicas de calidad del proceso asistencial dental, así como la correspondencia de éste con los tratamientos especiales autorizados y con el contenido de la cobertura de la asistencia dental básica.

Artículo 13.- Incumplimiento contractual que puede dar lugar a la revocación de la habilitación y/o a la resolución del contrato.

El incumplimiento por el dentista de cabecera habilitado y/o contratado, directamente o a través de una consulta o clínica dental, de las obligaciones que se le establecen y de los requisitos para la habilitación en los artículos 5 y 7 de esta Orden, puede dar lugar a la revocación de la habilitación otorgada y/o a la resolución del contrato.

Disposición adicional única.- Cobertura de la prestación durante el año 2002.

Durante el año 2002 tendrán derecho a la asistencia dental básica y a los tratamientos especiales establecidos en el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, los niños nacidos en los años 1995 y 1996.

Disposición final única. Entrada en vigor

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 19 de Marzo de 2002

EL CONSEJERO DE SALUD

Francisco Vallejo Serrano

ANEXO I

REQUISITOS PARA LA HABILITACIÓN DE LOS DENTISTAS PRIVADOS

1. Poseer la titulación de odontólogo o de estomatólogo que posibilite su actuación profesional de acuerdo a la normativa vigente.
2. Estar colegiado en el Colegio profesional correspondiente.
3. La consulta o clínica dental en la que vayan a prestar la asistencia dental del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, ha de disponer de:
 - a) Autorización administrativa de funcionamiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
 - b) Reunir, además de los requisitos exigidos en el Decreto 416/1994, de 25 de octubre, por el que se establecen las condiciones y requisitos técnicos de instalación y funcionamiento de las consultas y clínicas dentales y laboratorios de prótesis dental, lo siguiente:
 - Un aparato de ultrasonidos para tartrectomías.
 - Una lámpara de polimerización, con una sola función, regulación de baja tensión con temporizador, lámpara para 120W y conexión a la red de 220V.
 - Equipo de radiodiagnóstico para la realización de radiografías intraorales.
 - Un vibrador para amalgama de plata.
4. Participar en los cursos de formación continuada de contenido específico que sean organizados por la Consejería de Salud sobre la prestación asistencial dental establecida en el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre.

ANEXO II

Las retribuciones de las prestaciones de la asistencia dental contratadas por la Consejería de Salud estarán de acuerdo a las siguientes cuantías:

1. Una tarifa por capitación anual, por asistencia dental básica, de 30,65 Euros por cada persona atendida según el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre.
2. Las tarifas de los tratamientos especiales a los que se refiere el artículo 3 del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, y relacionadas en el artículo 2 de la presente Orden son las siguientes:

a) Apicoformación (por sesión).	30 €
b) Corona completa de metal noble-porcelana.	175 €
c) Corona completa de porcelana.	192 €
d) Corona provisional de acrílico.	30 €
e) Endodoncia.	60 €
f) Extracción de un supernumerario.	30 €
g) Ferulización del grupo anterior.	48 €
h) Gran reconstrucción.	52 €
i) Muñón metálico colado unirradicular.	60 €
j) Perno prefabricado intrarradicular.	18 €
k) Mantenedor de espacio.	78 €
l) Reconstrucción.	41 €
m) Recubrimiento pulpar directo.	22 €
n) Reimplante dentario.	61 €
o) Sutura de tejidos blandos (se exceptúan las incluidas en alguno de los tratamientos anteriores).	30 €

1. Management of unerupted Third Molar Teeth. A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN Publication number 43. Septiembre 1999.
2. El tercer molar incluido. Editores Manuel María Romero Ruiz y José Luis Gutiérrez Pérez. Ediciones GSK. 2001.
3. Current Clinical Practice and Parameters of Care: The Management of Patients with Third Molar (Syn: Wisdom) Teeth. Faculty of Dental Surgery, Royal College of Surgeons, London. 1997.
4. The management of patients with third molar (syn: wisdom) teeth. Report of a working party convened by the Faculty of Dental Surgery. Faculty of Dental Surgery The Royal College of Surgeons of England. London. 1997.
5. Trond Inge Berge, Lisen Vivienne Espeland, Kristin Klock, Anders Ragne, Ellen Nilsen Prophylactic removal of wisdom teeth. SMM Report 10/2003. ISBN 82-14-03241-5.
6. Song F, O'Meara S, Wilson P, Golder S, Kleijnen J. The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. *Health Technol Assess* 2000; 4(15).
7. Song F, O'Meara S, Wilson P, Golder S, Kleijnen J. The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. *Health Technol Assess* 2000; 4(15).
8. Interventions for treating asymptomatic impacted wisdom teeth adolescents and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD003879.Review.
9. Guidance on the extraction os wisdom teeth. National Institute for Clinical Excellence. London. Technology Appraisal Guidance N° 1. March 2000.
10. Risk of periodontal defects after third molar surgery. An exercise in evidence-based clinical decision-making. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005 Aug; 100 (2): 133-7.
11. Prophylactic removal of impacted thir molar: an assessment of published reviews. *Br. Dent J*. 1997 May 10;182(9):339-46.
12. Removal of third molars. Sponsored by the National Institute of Dental Research, November 28-30, 1979.

