



Programa de
Salud Oral
en Atención Primaria



Programa de
Salud Oral
en Atención Primaria



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

COORDINACIÓN

Rita Tristancho Ajamil
*Jefa de Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación
de la Dirección General de Programas Asistenciales*

Lourdes Brito González
Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales

GRUPO DE TRABAJO

Lourdes Brito González.
DUE. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Luciano Díaz González.
Odontólogo. USBD de San Sebastián del Área de Salud de La Gomera.

Aroldo R. Felipe Govantes.
Médico Estomatólogo. USBD de Santa Cruz de La Palma del Área de Salud de La Palma.

Juan Francisco García Cabrera.
Higienista Dental. USBD de Puerto de la Cruz-Casco Botánico del Área de Salud de Tenerife.

Gladys Gómez Santos.
Médica Estomatóloga. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General Salud Pública.

Ricardo Graziani González.
Médico Estomatólogo. USBD de San José del Área de Salud de Gran Canaria.

Ana Argelia Hernández Domínguez.
Higienista Dental. USBD de Canalejas del Área de Salud de Gran Canaria.

Antonio Moreno González.
Odontólogo. USBD de Puerto del Rosario del Área de Salud de Fuerteventura.

Margarita Padrón Moreno.
Médica. Odontóloga. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Beatriz Prieto Regueiro.
Odontóloga. USBD de Valterra del Área de Salud de Lanzarote.

Magdalena Rojo Moreno.
Médica. Unidad Técnica de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife.

Lourdes Suárez Pérez.
DUE. Unidad Técnica de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria.

Jesús Yanes Contreras.
Médico Estomatólogo. USBD de Puerto de la Cruz-Casco Botánico del Área de Salud de Tenerife.

Edición:

Gobierno de Canarias
Servicio Canario de la Salud
Dirección General de Programas Asistenciales
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación
1ª Edición: Marzo 2010

Realización e Impresión:

Daute Diseño, S.L.

Depósito Legal:

G.C. 234-2010

ISBN:

978-84-606-5025-6

PRESENTACIÓN

La Consejería de Sanidad consciente de la importancia que tiene para la salud y la calidad de vida de las personas mantener una boca sana, ha establecido como uno de sus objetivos prioritarios mejorar la atención de la salud oral.

Para ello considera que es necesario reforzar y completar las actuaciones generales que desde el año 1988 se vienen desarrollando en esta materia en Atención Primaria, incorporando nuevas prestaciones y ampliando su cobertura. En este sentido, en colaboración con los Colegios Oficiales de Dentistas de nuestra Comunidad Autónoma, se ha puesto en marcha el Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN), dirigido a la población de seis a quince años y se ha adelantado la edad de comienzo de revisión de la boca a los 3 años.

La nueva incorporación al Programa de Salud Oral de la aplicación de medidas preventivas y de educación para la salud en la población de 3 a 5 años por parte del personal sanitario de los centros de salud en colaboración con el profesorado de educación infantil, implicará a largo plazo una disminución de la patología oral en edades posteriores.

Todo ello nos ha llevado a desarrollar un nuevo Programa que se consolida como una herramienta indiscutible que constata el importante papel que desempeñan las Unidades de Salud Bucodental, garantizando unos servicios dentales basados en la promoción y prevención de la salud, que van a contribuir a una mejora de la salud oral de la población.

Para facilitar esta labor nuestra consejería está realizando un gran esfuerzo para mejorar la tecnología clínica existente y dotar a sus servicios dentales de las aplicaciones informáticas necesarias para evaluar las actividades realizadas.

Desde aquí, quiero felicitar al equipo de profesionales que con su experiencia y conocimiento ha participado en la elaboración de este programa así como a las distintas Unidades de Salud Bucodental que han aportado sus valiosos comentarios, animándoles a implementar este conjunto de acciones en su práctica diaria.

Mercedes Roldós Caballero
Consejera de Sanidad
Gobierno de Canarias

La necesidad de actualizar los criterios clínicos y preventivos de la actividad odontológica que se venía desarrollando en nuestra red asistencial y la puesta en marcha del Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN), han sido los principales motivos que han llevado a esta Dirección General a desarrollar el nuevo Programa de Salud Oral en Atención Primaria.

Transcurridos diez años de la última revisión del Programa, se ha procedido a su actualización contemplando no sólo los diferentes cambios en la práctica clínica, sino también las nuevas necesidades de salud oral de la población canaria.

El Programa de Salud Oral se dirige tanto a la población infanto-juvenil como a la población adulta. Sus objetivos y actividades están dirigidos a garantizar las prestaciones en salud oral preventivas, rehabilitadoras y de promoción de la salud necesarias para obtener el mayor porcentaje de población infanto-juvenil libre de enfermedades orales, contribuir a una buena salud oral de las mujeres durante su embarazo y detectar precozmente en la población adulta de riesgo posibles lesiones precancerosas y/o de cáncer oral.

La revisión se ha llevado a cabo por un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales asistenciales de la mayoría de las Áreas de Salud junto a personal técnico de la Dirección General de Salud Pública y de las Gerencias de Atención Primaria bajo la coordinación técnica del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación de la Dirección General de Programas Asistenciales. Se han considerado los criterios técnicos y de diagnóstico que cuentan con una mayor evidencia científica y siguiendo las prioridades establecidas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Gloria Julia Nazco Casariego
Directora General de Programas Asistenciales

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
LIMITES DEL PROGRAMA. POBLACIÓN DIANA	12
OBJETIVOS	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
METAS Y ACTIVIDADES	14
ALGORITMOS DE ACTUACIÓN	17
PRESTACIONES INCLUIDAS Y EXCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE SALUD ORAL DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN LA EDAD DE LA POBLACIÓN	19
EVALUACIÓN	21
Sistemas de registro	21
Indicadores	21
NORMATIVA DE INTERÉS	24
ANEXO I. Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN)	27
ANEXO II. Criterios Diagnósticos y Pautas de Actuación	37
De Caries	39
De Gingivitis	39
De Maloclusión	39
En la Detección Precoz del Cáncer Oral	40
En las Mujeres Embarazadas	43
De Fluorosis	44
En la atención a Pacientes "Especiales"	48
Personas Diabéticas	48
Con coagulopatías y tratamiento anticoagulante	49
Personas Irradiadas en cabeza y cuello	50
Personas Hipertensas	51
Prevención de Endocarditis Infecciosa	52
Con Hepatopatías	52
Con Insuficiencia Renal Crónica	53
Con Osteonecrosis de los maxilares por bisfosfonatos	57
Personas Discapacitadas	68
Con Corticoterapia	69
ANEXO III. Criterios Técnicos y Pautas de Actuación	71
En el tratamiento médico y derivación de procesos infecciosos odontológicos	73
En el tratamiento de traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones de la mucosa oral	73
En la Disfunción de la Articulación TemporoMandibular (ATM)	75
En la colocación de Obturaciones en dientes permanentes	75
En la realización de Extracciones	76
En la colocación de Selladores en fosas y fisuras	76

77	En la realización de Tartrectomias
77	En la recomendación de Colutorios Fluorados
78	En la aplicación de Barniz de Flúor
79	En la aplicación de Gel de Flúor
85	En la realización de Radiografía de aleta de mordida y periapicales en población infantil
86	En la Esterilización del Instrumental
99	ANEXO IV. Criterios de Derivación
101	Al o a la Dentista concertada
101	Al Servicio de Cirugía Maxilofacial
101	Al Servicio de Radiología para una Ortopantomografía
102	Al o a la Trabajador/a Social
106	Desde y a Pediatría
106	Desde y a la Matrn/a
106	Desde y a Medicina de Familia
107	ANEXO V. Consentimientos Informados
109	Introducción
111	Para la aplicación de Gel de Flúor
113	Para la aplicación de Barniz de Flúor
115	Para la colocación de Selladores en fosas y fisuras
117	Para la realización de Radiografías Dentales
119	Para la realización de Tartrectomía
121	Para la colocación de Obturaciones
123	Para la realización de Extracciones
125	Para la administración de Anestesia Local Oral
127	ANEXO VI. Educación para la Salud
129	Consejos de Salud Oral:
129	Para Personas Diabéticas
129	Para Personas con Enfermedades Cardíacas
130	Para Personas Irradiadas
131	Para Personas con Epilepsia
131	Para Personas que le han realizado un Trasplante
132	Para las Mujeres Embarazadas
132	Para Lactantes
134	Para Población Infantil de 2 a 5 años
136	Para Población Infantil de 6 a 8 años
136	Para jóvenes de 9 a 15 años
138	Para Personas Mayores
139	Guía rápida para dejar de fumar
141	6 mitos sobre el tabaco
143	Ambientes libres de humo de tabaco
145	Pautas de actuación en Educación Sanitaria en consulta
147	Actividades de Educación Sanitaria Grupal sobre Salud Oral que puedan realizarse a través de Aulas de Salud de la Dirección General de Programas Asistenciales y el Programa Cepillin Cepillán de la Dirección General de Salud Pública
153	ANEXO VII. Recomendaciones para los y las pacientes tras los diversos tratamientos odontológicos
155	Extracción Dental
155	Obturación
155	Tartrectomía
155	Barniz de Flúor
156	Gel de Flúor
156	Sellador
156	Sutura
156	Reimplante Dentario
157	ANEXO VIII. Referencias Bibliográficas

INTRODUCCIÓN

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 6 establece que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

- A la promoción de la salud.
- A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
- A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
- A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
- A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del o de la paciente.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias incluye dentro de las funciones de la estructura sanitaria pública la atención bucodental, con especial atención a la prevención, previendo la posibilidad de incorporar, dentro de los límites presupuestarios, el resto de las prestaciones asistenciales (art. 23.2.e).

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 12.2i señala la atención a la salud oral como una de las actividades básicas garantizadas por la atención primaria.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. El apartado 9 de su Anexo II regula la atención a la salud oral en los siguientes términos:

9. Atención a la salud oral.

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud oral. La indicación de esta prestación se realiza por los odontólogos y las odontólogas, y médicos/as especialistas en estomatología.

La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:

9.1. Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud oral.

9.2. Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación temporomandibular.

Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.

9.3. Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas: Incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud oral, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada.

9.4. Medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes: Aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras."

9.5. Se consideran excluidos de la atención bucodental básica los siguientes tratamientos:

9.5.1. Tratamiento reparador de la dentición temporal.

9.5.2. Tratamientos ortodóncicos.

9.5.3. Exodoncias de piezas sanas.

9.5.4. Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.

9.5.5. Implantes dentarios.

- 9.5.6. *Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiadas por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.*
- 9.6. *En el caso de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud oral, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidos a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización.*

EVOLUCIÓN DE LA SALUD ORAL EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Para valorar la evolución de las enfermedades orales en la población infanto-juvenil de Canarias disponemos de tres estudios epidemiológicos realizados en 1991, 1998 y 2006 por la Dirección General de Salud Pública.

La evolución de la caries se valora mediante el promedio de dientes temporales cariados obturados (índice cod) a los 7 años y mediante el promedio de dientes permanentes cariados ausentes y obturados (índice CAOD) a los 12 años.

Para el conjunto de la población canaria, a los 7 años el cod varió de 1,42 en 1991 a 1,14 en 1998 y 1,37 en 2006. A los 12 años el CAOD pasó de 1,86 a 1,21 y 1,51 en los tres estudios respectivamente y el SIC (Significant Caries Index, que se define como el CAOD medio del tercio de la población con la mayor puntuación de caries) pasó a los 12 años de 4,28 a 3,15 y 3,72.

Este modelo global de evolución ha sido diferente en la última década en las distintas áreas geográficas. A los 12 años entre 1991 y 1998 podemos observar un descenso del índice CAOD en ambas provincias, pasando de 2,06 a 1,33 en Santa Cruz de Tenerife y de 1,68 a 1,11 en Las Palmas. En cambio entre 1998 y 2006 la evolución en ambas provincias es diferente, observándose una estabilización en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, pasando el CAOD a 1,15 y un ascenso significativo en Las Palmas alcanzando un valor de 1,81.

En cuanto a la evolución de la prevalencia de caries en dentición temporal a los 7 años, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife se produjo un descenso y una estabilización posterior (46,6% - 34,2% - 35,1%) y en la de Las Palmas un descenso y un ascenso posterior (45,7% - 41,4% -

47,1%). En cuanto a la evolución de la prevalencia de caries a los 12 años en la provincia de Santa Cruz de Tenerife se produjeron dos descensos en los tres estudios (61,2% - 49,2% - 44,3%) y en la provincia de Las Palmas un primer descenso y un ascenso posterior (56,6% - 41,5% - 58,2%).

Respecto a la evolución de la caries en Canarias, a los 12 años, en comparación con los estudios nacionales, se observa que solo la provincia de Santa Cruz de Tenerife sigue la misma tendencia de los estudios nacionales, es decir por una parte un primer descenso del CAOD en la década de los 90 y una estabilización posterior y por otra parte un descenso de la prevalencia de caries en las dos décadas. No obstante, a pesar de la distinta evolución de la provincia de Las Palmas, no existen diferencias significativas entre los índices actuales de caries de Canarias y los valores promedios nacionales (1,51 vs 1,33). De igual modo, los valores del SIC en Canarias son similares a los promedios nacionales (3,72 vs 3,52) y tampoco hay diferencias significativas en la prevalencia de caries en Canarias respecto al valor del último estudio nacional (51,92% vs 47,2%).

En lo que respecta al Índice de Restauración (IR: porcentaje que representan las piezas obturadas en el índice CAOD) a los 12 años, ascendió de 24,05% en 1991 a 30,43% en 1998 y a 37,20% en 2006. A pesar del aumento que se refleja, nuestros índices de restauración actuales son inferiores a los promedios nacionales tanto a los 7 años en dentición temporal (10,49% vs 22,9%) como a los 12 años en dentición permanente (37,20% vs 52,9%).

En cuanto a la fluorosis, a los 12 años en Canarias aumentó la prevalencia entre 1991 y 1998 pasando de 27% a 38,7% y disminuyó al 21,5% en el 2006, siendo lo más destacable el gran descenso de la prevalencia de niños con fluorosis grave y moderada.

A pesar de las fluctuaciones de la caries manifiestas en los tres estudios, a los 12 años en Canarias nos hemos mantenido desde 1991 a la actualidad en el nivel de caries bajo de la clasificación de la OMS. La evolución acontecida en la prevalencia de fluorosis dental refleja el efecto de las medidas adoptadas a los 10 años de inicio de las mismas.

LA SALUD ORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA

Para valorar la situación de la salud oral en la población adulta se dispone de un único estudio epidemiológico realizado por la Dirección General de Salud Pública en el año 2002.

El 88 % de los canarios y las canarias con edades entre 35 y 44 años conservan más de 20 dientes (aunque no todos sanos), con lo que se cumple la recomendación de la OMS de que *“para el año 2000 el 75% de las personas adultas de esta edad deben conservar al menos 20 dientes”*. Esto unido a la baja cifra de desdentados totales (0,6%), puede ser considerado como un dato favorable para esta cohorte.

El 36% de las personas adultas canarias entre 65 y 74 años conservan más de 20 dientes, con lo que no cumplimos la recomendación de la OMS de que *“para el año 2000 el 50% de las personas adultas mayores de 65 años deben conservar al menos 20 dientes”*. Esto unido a la elevada cifra de desdentados totales (más del 20%), nos indica la desfavorable situación de este grupo.

La prevalencia de caries en la población adulta de Canarias es de casi el 100% en los tres grupos de edad estudiados: 35-45 años, 65-74 años y personas mayores de 74 años.

La prevalencia de caries activa (o caries sin tratar) es del 71% a los 35-44 años, 60% a los 65-74 años y 53% en las personas mayores de 74 años.

El CAOD en Canarias es de 12,2 en el grupo de 35-44 años, 20,9 en la cohorte de 65-74 años y 24,2 en los mayores de 74 años respectivamente. El CAOD en Canarias es significativamente mayor que el valor promedio del estudio na-

cional del año 2000, en el grupo de personas adultas jóvenes y en el grupo de 65-74 años, siendo en este estudio estos valores de 8,40 y 18,10 respectivamente en el promedio de los españoles.

El IR en Canarias es del 39% en el grupo de 35-44 años, 11% en la cohorte de 65-74 años y 6% en las personas mayores de 74 años.

Los trastornos de la mucosa oral más frecuentes son las úlceras, candidiasis y leucoplasias. A los 35-45 años, la prevalencia de estas lesiones es: úlceras 4%, leucoplasia 4% y candidiasis 2%. A los 65-74 años estos valores son del 8%, 5% y 6% respectivamente y en las personas mayores de 74 años, de 11%, 3% y 7% respectivamente.

Por todo ello el objetivo del presente Programa es seguir contribuyendo a conseguir un buen nivel de salud oral en la Comunidad Canaria.

De ahí que sus objetivos específicos estén dirigidos a garantizar las prestaciones sanitarias necesarias para conseguir ese buen nivel de salud oral en las diferentes etapas de la vida de la persona con una especial atención a su etapa infantil y juvenil.

LÍMITES DEL PROGRAMA. POBLACIÓN DIANA

El presente Programa tiene como ámbito de aplicación la Comunidad Autónoma de Canarias.

La población de referencia es la infantil, juvenil, adolescente y adulta de las Zonas de Salud que se adscriben a las diferentes Unidades de salud bucodental (USBD). Esta se concreta en el presente Programa de la siguiente manera:

- La Población de 3 a 5 años, ambas edades incluidas.
- La Población de 6 a 15 años, ambas edades incluidas.
- Las Mujeres Embarazadas.
- La Población Adulta.

En todos estos grupos de población se desarrollan actividades asistenciales de promoción, prevención y rehabilitadoras especificadas en el Programa.

La incorporación al Programa de la población de 3 a 5 años va encaminada fundamentalmente a la aplicación de medidas preventivas y de educación sanitaria en la familia y sus vías de captación serán diversas.

La incorporación al Programa de la población de 6 a 15 años, se irá haciendo de forma progresiva tal como se define en el PADICAN (Programa de Atención Dental Infantil de Canarias- ver Anexo I), iniciándose las prestaciones incluidas en éste durante el año 2010, para los niños y niñas nacidos en 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. En cada nuevo año, se irá incluyendo la cohorte de jóvenes que cumplan 6 años durante el año y que continuarán manteniendo la garantía de las prestaciones hasta alcanzar los 15 años de edad, ambas edades incluidas.

Por otro lado, los y las jóvenes que en el año 2010 tengan entre 11 y 14 años seguirán beneficiándose de las prestaciones del Programa de Salud Oral, hasta que superan la edad de los 14 años.

El resto de grupos poblacionales incluidos en el Programa se captarán según se detalla en los apartados específicos de éste.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el nivel de la salud oral de la población objeto de este Programa a través de la realización de actividades preventivas, de promoción de la salud y asistenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Según criterios y pautas de actuación definidas en el Programa:

1. Incluir a la población objeto del mismo.
2. Realizar actividades asistenciales de promoción, prevención y rehabilitadoras en la población de 3 a 5 años.
3. Diagnosticar y aplicar tratamientos preventivos a la población de 6 a 15 años que acude a la consulta odontológica.
4. Prestar los cuidados odontológicos preventivos a las mujeres embarazadas que acudan a consulta.
5. Detectar precozmente el Cáncer Oral en la población adulta de riesgo que acude a consulta.
6. Impartir Educación Sanitaria Oral individual y grupal.
7. Diagnosticar y tratar las patologías orales que determina el Programa en la población de 6 a 15 años.
8. Diagnosticar y tratar las patologías orales que determina el Programa en la población adulta.
9. Colaborar con la Dirección de la Zona Básica de Salud en la facturación a Terceros.

METAS Y ACTIVIDADES

OBJETIVO N.º 1

Incluir en el Programa a la población objeto del mismo.

○ Metas

Sensibilizar a la población y profesionales sanitarios de la importancia de la salud oral:

- a. Reuniones de información, formación y coordinación con el 100% de los Equipos de Atención Primaria (EAP).
- b. Las USBD incluirán en el Programa a la población escolar de 3 a 5 años:
 - Por derivación de las Unidades de Atención Pediátrica (UAP), y/o
 - Por captación en los colegios por parte de Enfermería y/o de las propias Unidades que van a los colegios.
- c. Se incluirá en el Programa a la población de 6 a 15 años, según establece el PADICAN.
- d. Las USBD continuarán dando atención básica odontológica a aquella población \leq de 14 años nacida antes del año 2000 que haya quedado fuera del PADICAN, según establece el Programa de Salud Oral.
- e. Las matronas y matrones derivarán al 100% de las mujeres embarazadas a la USBD.
- f. Las Unidades de Atención Familiar (UAF) derivarán al 100% de la población adulta a las USBD según criterios de derivación definidos en el Programa.

○ Actividades

- Las Direcciones de Zona informaran a los EAP sobre el Programa y fundamentalmente los criterios de derivación a la USBD, y se los facilitarán por escrito.
- La población de 3 a 5 años será derivada por la UAF a la USBD.
- Las USBD que realizan exploraciones odontológicas en los colegios derivaran a la consulta a aquella población escolar de 3 a 5 años que requieran de atención.
- La población de 6 a 15 años será captada según se defina en el PADICAN.

- Toda mujer embarazada será remitida por el/la matrn/a o la UAF a la USBD según criterios establecidos en el Programa
- Toda persona adulta será derivado por la UAF a la USBD según criterios establecidos en el Programa.

OBJETIVO N.º 2

Realizar actividades asistenciales de promoción, prevención y rehabilitadoras en la población de 3 a 5 años.

VER LA TABLA PÁG. 19 Y 20

○ Metas

- Atender en la consulta odontológica a la población de 3 a 5 años.
- Realizar una exploración de salud oral al 100% de los niños y niñas de 3 a 5 años que acuden a consulta.
- Al 100% de los padres, madres y tutores de los niños y niñas que acuden a consulta, se les dará consejos y recomendaciones sobre salud oral.

○ Actividades

- Se realizará una exploración de salud oral en consulta.
- Se registrará en la Ficha de Salud Oral informatizada y en el protocolo correspondiente.
- Se aplicará barniz de flúor cuando cumplan las recomendaciones definidas en el Programa.
- Se le dará a los padres, madres o tutores de los niños y niñas que acuden a consulta, consejos y recomendaciones sobre hábitos de higiene bucal y de alimentación saludable, uso racional del flúor, prevención de accidentes y de hábitos nocivos, así como sensibilizar sobre la importancia de las revisiones periódicas.
- Se volverá a citar para el próximo año al niño o a la niña hasta que cumpla los 6 años momento en el cual se incorporará al PADICAN.

OBJETIVO N° 3***Diagnosticar y aplicar tratamientos preventivos a la población de 6 a 15 años que acude a la consulta odontológica.***

VER EL ALGORITMO DE ACTUACIÓN PÁG. 18

○ Metas

- Realizar una exploración de salud oral al 100% de la población de 6 a 15 años que acude a consulta.
- Abrir Ficha de Salud Oral al 100% de esta población que acude a consulta registrando los datos de identificación, antecedentes generales y odonto-estomatológicos, y hábitos.

○ Actividades

- Se realizará una exploración de salud oral en consulta cuando acuden por primera vez y posteriormente al menos cada año.
- Se registrará en la Ficha de Salud Oral informatizada y en el protocolo correspondiente.
- Se aplicará gel de flúor o barniz según criterios y pautas de actuación establecidas.
- Se realizarán tartrectomías según criterios y pautas de actuación establecidas.
- Se realizarán sellados de fosas y fisuras a aquellas menores de alto riesgo según criterios y pautas de actuación establecidas.
- Se detectarán las maloclusiones aplicando las pautas de actuación definidas.
- Se volverá a citar a consulta a todo/a menor que haya recibido tratamiento según periodicidad establecida y tipo de tratamiento recibido.

OBJETIVO N° 4***Prestar los cuidados odontológicos preventivos a las mujeres embarazadas que acuden a consulta.*****○ Metas**

- Atender en la consulta odontológica al 100% de las mujeres embarazadas que acuden.
- Registrar en la Ficha de Salud Oral informatizada al 100% de las mujeres embarazadas que acuden a consulta odontológica.
- Realizar la atención odontológica pautada al 100% de las mujeres derivadas a la consulta.
- Conseguir un "Índice de placa" compatible con salud oral.

○ Actividades

- Se registrará en la Ficha de Salud Oral informatizada y en el protocolo correspondiente.

- Se prestará atención odontológica según criterios y pautas de actuación definidas en el Programa.
- Se volverá a citar a consulta a toda mujer embarazada que haya recibido tratamiento según periodicidad establecida y tipo de tratamiento recibido.

OBJETIVO N° 5***Detectar precozmente el Cáncer Oral en la población adulta de riesgo.***

VER EL ALGORITMO DE ACTUACIÓN PÁG. 17

○ Metas

- Hacer una exploración de salud oral al 100% de las personas adultas que acuden a consulta.
- Aplicar al 100% de las personas adultas que acude a la consulta catalogadas de riesgo el Protocolo de "Detección precoz del cáncer oral".

○ Actividades

- Se realizará una revisión oral completa a toda persona adulta que acude a consulta y que presente los factores de riesgo asociados al cáncer oral. Se aplicarán los criterios a seguir en la revisión oral definidos en el Protocolo informatizado.
- La UAF derivará a la consulta de odontología a aquella persona adulta que presente una lesión oral sospechosa, siguiendo los criterios definidos para ello.

OBJETIVO N° 6***Impartir Educación Sanitaria Oral individual y grupal.*****○ Metas**

- Impartir educación sanitaria oral grupal según criterios y pautas de actuación de Aulas de Salud en aquellos centros de enseñanza de la/las Zona/s Básica/s de Salud adscritas a la USBD que lleguen a un acuerdo con éstas de manera individual o sujetas a un convenio de colaboración.
- Participar en el 100% de aquellas actividades de Promoción de la Salud organizadas por la Dirección de Zona Básica de Salud, relacionadas con la salud oral.
- Realizar educación sanitaria individual al 100% de pacientes y familiares que acuden a la consulta odontológica.
- Las Direcciones de Zona facilitarán la promoción en salud y la educación sanitaria oral grupal.

○ Actividades

- En los centros de enseñanza:
La población a la que irán dirigidas las actividades de educación sanitaria oral son fundamentalmente:

- alumnado
- familiares
- personal docente
- personal de comedor

Las actividades irán principalmente encaminadas a fomentar los hábitos de higiene oral y de alimentación saludable, uso racional del flúor, prevención de accidentes y de hábitos nocivos, así como sensibilizar sobre la importancia de las revisiones periódicas.

- En el resto de la Comunidad:
Las actividades irán principalmente encaminadas a fomentar los hábitos de salud oral en función de las necesidades específicas de la población diana (Centros de Mayores, Asociaciones de Vecinos, etc.).
- En la consulta:
 - Se realizará educación sanitaria a todo niño o niña y familiares que pasen por la consulta odontológica atendiendo a las pautas de actuación en educación sanitaria definidas en el programa.
 - Se realizará educación sanitaria a la persona adulta que acude a la consulta odontológica atendiendo a las pautas de actuación en educación sanitaria definidas en el programa.
 - Se realizará educación sanitaria a la mujer embarazada que acude a la consulta odontológica atendiendo a las pautas de actuación en educación sanitaria definidas en el programa, incidiendo en la importancia del cuidado del futuro bebe.

OBJETIVO N.º 7

Diagnosticar y tratar las patologías orales que determina el Programa en la población de 6 a 15 años

VER EL ALGORITMO DE ACTUACIÓN PÁG. 18

- **Metas**
 - Se realizará a todo/a menor aquel tratamiento indicado que cumpla los criterios establecidos en el Programa.
 - Todo/a menor será derivado a donde proceda según los criterios establecidos en el Programa.
- **Actividades**
 - Obturación de los dientes permanentes a aquellos menores que cumplan los criterios establecidos en el Programa.
 - Exodoncias a todo/a menor según criterios establecidos en el Programa.
 - Se realizara radiografía periapical y de aleta de mordida cuando el o la menor cumpla los criterios establecidos en el Programa para ello.
 - Tratamientos médicos de la patología oral que lo requiera según criterios establecidos en el Programa.

- Se derivará al o a la dentista privada cuando el o la menor requiera de un tratamiento especial de los contenidos en el PADICAN, según criterios de derivación definidos en el Programa.
- Se derivará a otro u otra profesional (trabajador/a social, pediatra,...) del EAP o al nivel especializado (radiología, maxilo facial,...) cuando cumpla algunos de los criterios de derivación establecidos en el Programa.
- Se recomendará aquellos tratamientos no cubiertos como prestación por el Servicio Canario de la Salud (obturación de piezas temporales, ortodoncia,...).
- Se volverá a citar a consulta a todo/a menor que haya recibido tratamiento según periodicidad establecida y tipo de tratamiento recibido.

OBJETIVO N.º 8

Diagnosticar y tratar las patologías orales que determina el Programa en la población adulta

- **Metas**
 - Registrar en la Ficha de Salud Oral informatizada al 100% de las personas adultas que acuden a consulta.
- **Actividades**
 - Exodoncias a toda persona adulta según criterios establecidos en el Programa.
 - Tratamientos médicos de toda patología bucal que lo requiera según criterios establecidos en el Programa.
 - Tratamientos quirúrgicos que a criterio del/de la dentista y de acuerdo al equipamiento e instrumental de la consulta se puedan realizar (p.e. terceros molares, cordales, restos radiculares, ...).
 - Se derivará al nivel especializado a la persona adulta en caso de gravedad, detección de una lesión sospechosa de malignidad, o porque no pueda ser tratado en la consulta, siendo preciso la elaboración de un informe para el o la especialista.
 - Se derivará a otro u otra profesional (trabajador/a social, matrn/a, médico/a de familia,...) del EAP a la persona adulta cuando cumpla algunos de los criterios de derivación establecidos en el Programa.
 - Se volverá a citar a consulta a toda persona adulta que haya recibido tratamiento según periodicidad establecida y tipo de tratamiento recibido.

OBJETIVO N.º 9

Colaborar con la Dirección de la Zona Básica de Salud en la facturación a Terceros

- Metas

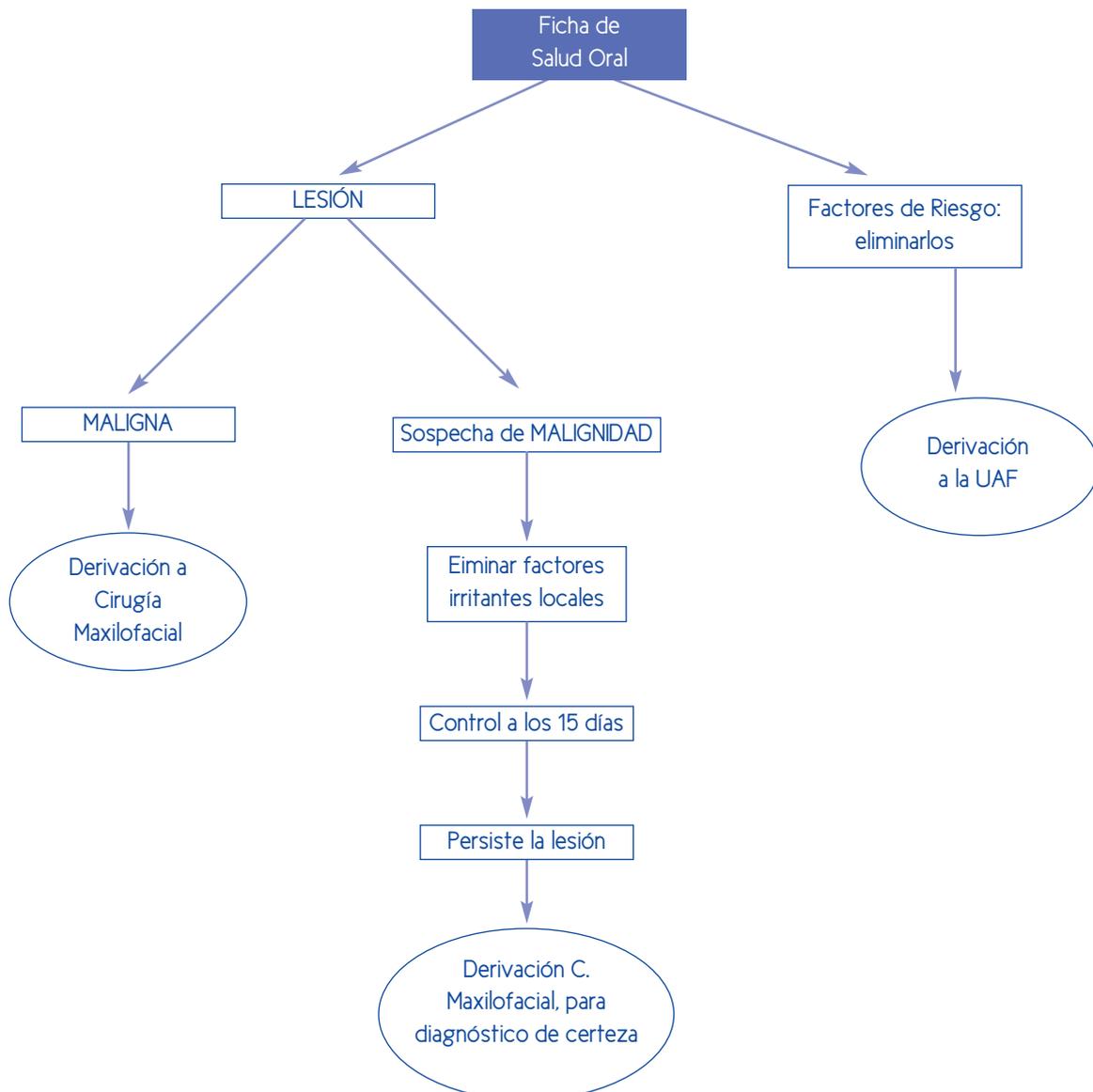
- Facilitar los trámites para la correcta tramitación de los cobros a terceros.

- Actividades

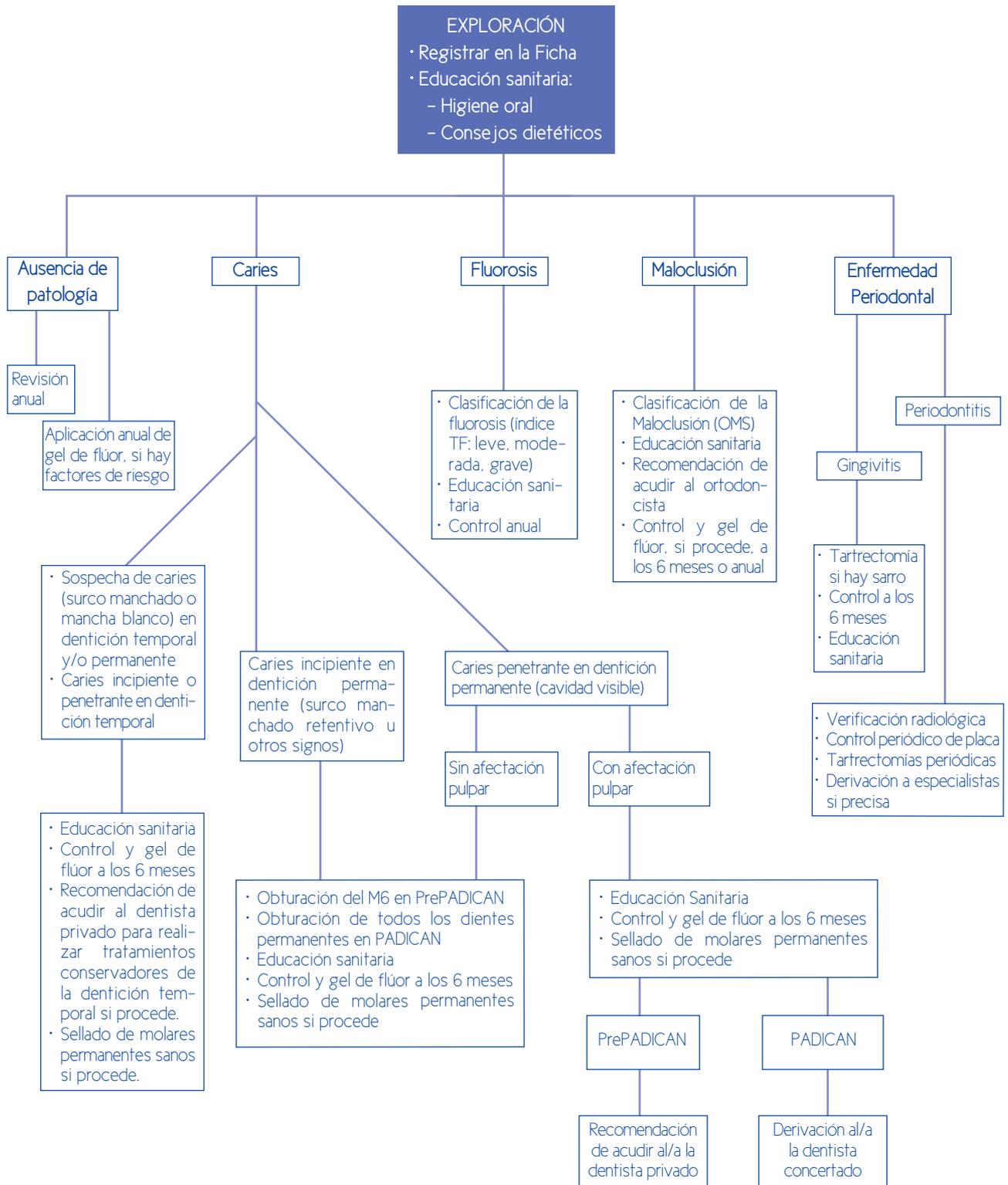
- Elaborar el informe pertinente para la Unidad Administrativa.
- Cumplimentar el formulario específico para la Unidad Administrativa.

ALGORITMOS DE ACTUACIÓN

ALGORITMO DE LAS ACTIVIDADES EN LA REVISIÓN ODONTOLÓGICA DE LA POBLACIÓN ADULTA (≥ 14 años hasta 2015 / ≥ 16 años a partir del 2015)



ALGORITMO DE LAS ACTIVIDADES EN LA REVISIÓN ODONTOLÓGICA DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL



PRESTACIONES INCLUIDAS Y EXCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE SALUD ORAL DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN LA EDAD DE LA POBLACIÓN				
POBLACIÓN	PRESTACIONES ASISTENCIALES INCLUIDAS EN LA CONSULTA	OTRAS PRESTACIONES INCLUIDAS	PRESTACIONES EXCLUIDAS	PROFESIONALES DEL EAP IMPLICADOS EN EL PROGRAMA
De 0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> Derivaciones específicas de pediatría 			USBD, Pediatría
De 3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> Revisión (diagnóstico de patologías orales) Recomendaciones sobre higiene y alimentación. Aplicación de barniz de flúor Extracción de dientes temporales Pruebas complementarias precisas para realizar los tratamientos incluidos (radiografías, analíticas etc.). Urgencias 	Participación en el Programa de Promoción de la Salud Oral "Cepillin, Cepillán"	<ul style="list-style-type: none"> Extracciones de piezas temporales prescritas por un o una ortodoncista en la fase de diagnóstico o del tratamiento ortodónico. Cualquier intervención o prueba diagnóstica necesaria para la realización de prestaciones no incluidas 	USBD, Pediatría
De 6 a 10 años (PADICAN 2010) En el año 2015: desde los 6 a los 15 años (1)	<p>Prestaciones básicas del PADICAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisión (diagnóstico de patologías orales) Recomendaciones sobre higiene y alimentación Sellados de fisuras Aplicación de gel de flúor Obturaciones de la dentición permanente. Extracciones de dientes temporales y permanentes. Tarrectomías. Pruebas complementarias (Radiografías, analíticas etc.). Urgencias Reimplante y ferulización en los casos de avulsión de dientes permanentes 	Participación en actividades de Aulas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Prestaciones especiales del PADICAN que son derivadas a los y las dentistas privados (1) Extracciones de piezas temporales o permanentes prescritas por un ortodoncista en la fase de diagnóstico o del tratamiento ortodónico. <p>Cualquier intervención necesaria para la realización de prestaciones no incluidas en el Programa</p>	USBD, Pediatría
11 a 14 años (año 2010) 12 a 14 años (año 2011) 13 y 14 años (año 2012) 14 años (año 2013)	<ul style="list-style-type: none"> Revisión (diagnóstico de patologías orales) Recomendaciones sobre higiene y alimentación Sellados de fisuras del primer y segundo molar Aplicación de gel de flúor Obturación del primer molar permanente. Extracciones de dientes temporales y permanentes. Limpieza de la boca. Urgencias. Pruebas complementarias (radiografías, analíticas, etc...). 	Participación en actividades de Aulas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Extracciones de piezas temporales o permanentes prescritas por un o una ortodoncista en la fase de diagnóstico o del tratamiento ortodónico Cualquier intervención o prescripción necesaria para la realización de prestaciones no incluidas en el Programa 	USBD, Pediatría.

	<ul style="list-style-type: none"> · Reimplante y ferulización en los casos de avulsión de dientes permanentes · Embarazadas 			
<p>> 14 años (hasta el 2015) > 16 años (año 2015 en adelante) (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Revisión (diagnóstico de patologías orales) · Consultas · Recomendaciones sobre higiene y alimentación · Screening de cáncer oral · Extracciones dentales · Limpieza de la boca en mujeres embarazadas (2) · Urgencias · Pruebas complementarias (radiografías, analíticas, etc...). 	Participación en actividades de Aulas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> · Cualquier intervención o prescripción necesaria para la realización de prestaciones no incluidas en el Programa (ejemplo prescripción de prótesis) 	<p>USBD Medicina de Familia, Matrona</p>

(1) En años sucesivos entrará una cohorte más al PADICAN hasta cubrir a todos los niños de 6 a 15 años, quedando las prestaciones reflejadas anualmente en los convenios que se suscriban con los Colegios Oficiales de Dentistas.

(2) Hace referencia también a las adolescentes menores de 15 años embarazadas.

EVALUACIÓN

SISTEMAS DE REGISTRO

- El principal sistema de registro será la ficha de salud oral informatizada en el sistema DRAGO-AP.
- Las agendas informatizadas de odontología.
- Los registros en papel de la actividad diaria y mensual tendientes a desaparecer una vez implantada la informatización en todas las consultas odontológicas.
- El sistema informático SICH, exclusivo para el PADICAN.

INDICADORES

La evaluación del Programa de Salud Oral de la CAC vendrá determinada por la obtención de una serie de indicadores que se obtienen de los objetivos específicos definidos en el Programa, con sus metas y actividades.

Estos indicadores son de dos tipos:

- de proceso: actividad
- de resultados: coberturas

Están dirigidos a evaluar tanto la parte de procesos clínicos rehabilitadores como la preventiva y de promoción de la salud.

Los indicadores que se establecen en función de los objetivos específicos planteados, sus metas y actividades, son:

Objetivo específico n° 1:

Captar a la población objeto del Programa.

- 1.1. N° de reuniones de información, formación y/o coordinación con el EAP por parte de la USBD en cada ZBS (desglosado: información, formación y coordinación).

POR EDAD Y SEXO

- 1.2. Población de 3 a 5 años que deriva pediatría (pediatría y enfermería) a la consulta odontológica/Total de la población de 3 a 5 años adscrita a la ZBS.

- 1.3. Población de 3 a 5 años que deriva pediatría (pediatría y enfermería) a la consulta odontológica/Total de la población de 3 a 5 años que acude a consulta odontológica.

POR EDAD Y SEXO

- 1.4. Población de 6 a 15 años que acude a consulta/Total de población de 6 a 15 años adscrita de la ZBS.

- 1.5. N° de mujeres embarazadas derivadas a la consulta odontología por la matron/a/Total de mujeres embarazadas atendidas en consulta odontológica.

- 1.6. N° de mujeres embarazadas derivadas a la consulta odontología por medicina de familia / Total de mujeres embarazadas atendidas en consulta odontológica.

POR EDAD Y SEXO

- 1.7. N° de personas adultas que acuden a consulta odontológica/Total población adscrita adulta de la ZBS.

- 1.8. N° de personas adultas derivadas por medicina de familia (médico/a y enfermería) a la consulta de odontológica/ Total de personas adultas que acuden a consulta odontológica.

Objetivo específico n° 2:

Realizar actividades asistenciales de promoción, prevención y rehabilitadoras en la población de 3 a 5.

POR EDAD Y SEXO

- 2.1. Población de 3 a 5 años atendida en consulta / Total de la población de 3 a 5 años adscrita a la ZBS.

- * Atendida en consulta: se entiende como tal cuando se le ha hecho a ese niño o niña una ex-

ploración odontológica, aplicación de barniz de flúor si lo requiere, consejo sanitario sobre salud oral a padres, madres o tutores, y registro de la actividad hecha.

Objetivo específico nº 3:

Diagnosticar y aplicar tratamientos preventivos a la población de 6 a 15 años que acude a la consulta odontológica.

POR EDAD Y SEXO

- 3.1. Población de 6 a 15 años que se le ha realizado una exploración de salud oral/ Total de población de 6 a 15 que acude a consulta.
- 3.2. Población de 6 a 15 años que se le ha aplicado gel o barniz de flúor/Total de población de 6 a 15 años que acude a consulta.
- 3.3. Población de 6 a 15 años que se le ha realizado sellados de fosas y fisuras/Total de población de 6 a 15 años que acude a consulta.
- 3.4. Población de 6 a 15 años que se le ha realizado una tartrectomía/Total de población de 6 a 15 años que acude a consulta.
- 3.5. Población de 6 a 15 años que se le ha detectado problemas de maloclusión/Total de población de 6 a 15 años que acude a consulta.

Objetivo específico nº 4:

Prestar los cuidados odontológicos preventivos a las mujeres embarazadas que acuden a consulta.

- 4.1. Nº de mujeres embarazadas que han recibido la atención odontológica según protocolo definido en el Programa/ Nº de mujeres embarazadas que acude a consulta.

Objetivo específico nº 5:

Detectar precozmente el Cáncer Oral en la población adulta de riesgo que acude a consulta.

POR EDAD Y SEXO

- 5.1. Nº de personas adultas a los que se les ha aplicado el protocolo de "Detección Precoz de Cáncer Oral" (anamnesis y exploración física)/Total población adulta que acude a consulta.

Objetivo específico nº 6:

Impartir Educación Sanitaria Oral individual y grupal.

- 6.1. En lo que se refiere a los indicadores de las actividades de Educación Sanitaria Oral grupal, estos se extraerán

de los definidos por el Programa de Aulas de Salud y el Programa Cepillín Cepillan, en la línea de cuantificar cuantas acciones o talleres en materia de salud oral se han dirigido a la población infantil, familia, personal de los centros escolares y otros grupos de población, cuantos han sido las y los participantes, así como el nº de profesionales y categoría participantes en estas acciones grupales.

POR EDAD Y SEXO

- 6.2. Población de 3 a 15 años que en el año (y/o familiares) ha recibido consejos sobre salud oral definidos en el Programa/Total de población de 3 a 15 años que acude a consulta.

POR EDAD Y SEXO

- 6.3. Población adulta que en el año ha recibido consejos sobre salud oral definidos en el Programa/Total de población adulta que acude a consulta.
- 6.4. Nº de mujeres embarazadas que en el año han recibido consejos sobre salud oral definidos en el Programa/ Total de mujeres embarazadas que acude a consulta.

Objetivo específico nº 7:

Diagnosticar y tratar las patologías orales que determina el Programa en la población de 6 a 15 años.

POR EDAD Y SEXO

- 7.1. Población de 6 a 15 años que ha recibido alguna obturación en dientes permanentes/Total de población de 6 a 15 años que acude a consulta.
- 7.2. Población de 6 a 15 años que se le ha realizado alguna exodoncia/Total de población de 6 a 15 años que acude a consulta.
- 7.3. Población de 6 a 15 años que se le ha solicitado una ortopantomografía/Total de población de 6 a 15 años que acude a consulta.
- 7.4. Población de 6 a 15 años que se le ha solicitado una radiología periapical o de aleta de mordida/Total población de 6 a 15 años que acude a consulta.
- 7.5. Población de 6 a 15 años que se le ha derivado a maxilofacial/ Total población de 6 a 15 años que acude a consulta.
- 7.6. Población de 6 a 15 años que se le ha derivado para anestesia general o sedación vigilada/Total población de 6 a 15 años que acude a consulta.

SOLO REFERIDO A LAS USBD:

7.7. Población de 6 a 15 años que ha sido derivada a un/a dentista privado para un tto. especial/Total de población de 6 a 15 años que acude a consulta.

Objetivo específico n° 8:

Diagnosticar y tratar las patologías orales que determina el Programa en la población adulta.

POR EDAD Y SEXO

8.1. Población adulta que se le ha realizado alguna exodoncia/Total de población adulta que acude a consulta.

8.2. Población adulta que ha sido derivada al nivel especializado/ Total de población adulta que acude a consulta.

8.3. Población adulta que acude a revisión/Total de población adulta que acude a consulta.

8.4. Población adulta que se le ha solicitado una ortopantomografía/Total de población adulta que acude a consulta.

Objetivo específico n° 9:

Colaborar con la Dirección de la Zona Básica de Salud en la facturación a Terceros.

9.1. N° de informes elaborados para la Unidad Administrativa para el cobro a terceros.

9.2. % de formularios cumplimentados correctamente para la Unidad Administrativa para el cobro a terceros.

IMPORTANTE:

POBLACIÓN ADULTA:

≥ 14 años hasta 2015
≥ 16 años a partir de 2015

NORMATIVA DE INTERÉS

En este apartado se relaciona la normativa de referencia para el Programa de Salud Oral relativo a la población infante juvenil, a las mujeres embarazadas, a las personas inmigrantes, a la violencia de género, a las personas mayores, a las profesiones sanitarias, entre otras normativas.

1. Ley 1/1997, de 7 de febrero, de ATENCIÓN INTEGRAL A LOS MENORES

En el artículo 18, sobre obligaciones de los centros y servicios sanitarios recoge:

En el punto 1:

"El personal de los centros y servicios sanitarios deberá comunicar de inmediato a los órganos y servicios municipales y autonómicos competentes los hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de riesgo o desamparo de los menores. Específicamente, están obligados a poner en conocimiento de la Administración Pública autonómica, los hechos y circunstancias que permitan presumir la existencia de malos tratos, abandono y drogodependencias".

En el punto 2, continúa:

"El incumplimiento de la obligación prevista en el número anterior por el personal sanitario al servicio de las Administraciones Públicas canarias, será considerado falta disciplinaria grave....."

En el artículo 8, sobre la colaboración inter-administrativa, define:

En el punto 1:

"Las Administraciones Públicas canarias colaborarán, en todo momento, en el ejercicio de las competencias de atención integral a los menores que tienen asignadas, a cuyo efecto están obligadas a: a) Intercambiarse la información y datos disponibles que afecten a los menores, con la debida reserva, siempre que sea necesaria para el ejercicio de las competencias que tienen atribui-

das; b) Facilitar el ejercicio de las competencias propias de las otras administraciones, cooperar y prestarle el auxilio que precisen para dicho ejercicio....."

2. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre DERECHOS Y LIBERTADES DE LAS PERSONAS EXTRANJERAS EN ESPAÑA y su integración social, en su redacción dada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre

Art. 12. Derecho a la asistencia sanitaria

En el punto 3:

"Las personas extranjeras menores de 18 años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas españolas". Sobre la asistencia sanitaria de los padres, se recoge en el punto 1 del mismo artículo, que especifica que las personas extranjeras que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria.

En el punto 4:

Las mujeres extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto

3. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. En el Capítulo III, en el ámbito sanitario.

Artículo 15. Sensibilización y formación.

1. Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución

del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.

2. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.

4. **Ley 16/2003** de 28 de mayo, (BOE 29/05/2003) de **COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**.

En el artículo 12, punto 2 "La atención primaria comprenderá... c) las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria...; f) las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos; i) La atención a la "salud oral".

5. **Ley 41/2002** de 14 de noviembre (BOE 15/11/2002) **BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**.

En su artículo 9, sobre los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

En el punto 3.c:

"Se otorgará el consentimiento informado y consentimiento por representación en los siguientes supuestos: {...}

- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emanci-

pados o con 16 años cumplidos, no cabe presentar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente".

Como se puede leer, esta ley plantea como novedad que sólo se otorgará el consentimiento informado por representación cuando el paciente menor de 16 años no sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, o, lo que es lo mismo, todo menor capaz de comprender el alcance de la intervención puede prestar consentimiento para la misma sin autorización de sus padres.

En todo caso, se tendrá en cuenta la entidad de la intervención y el riesgo que comporta para el menor y la supremacía del interés del menor.

Asimismo, de la intervención se deriva su derecho a la confidencialidad.

6. **Ley 51/2003**, de 2 de diciembre (BOE 3/12/2003), de **IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**.

7. **Ley 44/2003** de 21 noviembre, de **ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS**. (BOE N° 280, 22/11/03): en su Título I, art. 4, punto 4: corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situación de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.



Anexo
I

Programa de
Atención Dental Infantil
de Canarias (PADICAN)

PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL DE CANARIAS (PADICAN)

¿QUÉ ES EL PADICAN?

Es un Programa de Atención Dental Infantil que se enmarca dentro del Programa de Salud Oral de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud. Se caracteriza por ser un Programa de provisión mixta (pública y privada) con financiación pública. Se inicia en el año 2009.

OBJETIVOS DEL PADICAN

- **General**
Mejorar el nivel de salud oral de la población objeto de este Programa a través de la realización de actividades preventivas, asistenciales y de educación sanitaria, aumentando la cartera de servicios y la mayor accesibilidad a los servicios sanitarios.
- **Específicos**
 1. Captar a la población de 6 a 15 años de edad.
 2. Garantizar la puesta en marcha del Programa y su desarrollo.
 3. Diagnosticar y aplicar tratamientos preventivos a la población objeto del Programa que acude a la consulta odontológica.
 4. Detectar lesiones o patologías en esta población, que requiera una prestación especial y garantizar su tratamiento.
 5. Impartir Educación Sanitaria sobre salud oral en la consulta.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO EL PADICAN

La población infantil nacida a partir de 1 de enero del 2000 al cumplir los 6 años permaneciendo en el programa hasta el año en que cumplen 15 años.

La incorporación al nuevo programa se irá haciendo de forma progresiva.

En cada nuevo ejercicio, se irán incluyendo las cohortes de niños y niñas que cumplan 6 años y que continuarán manteniendo la garantía de las prestaciones del PADICAN hasta el año que cumplan los 15 años. Todo ello, sin perjuicio de que los jóvenes nacidos antes del 2000 y hasta los 14 años, sigan beneficiándose de las prestaciones del Programa de Salud Oral que se especifican en la tabla de las páginas 19 y 20.

PROFESIONALES QUE REALIZAN LAS ACTIVIDADES DEL PADICAN

Realizarán las actividades de este Programa de Atención Dental Infantil, las y los profesionales de las Unidades de Salud Bucodental (USBBD) del Servicio Canario de la Salud (SCS) y aquellos profesionales del sector privado que se sumen al convenio anual firmado entre el SCS y los dos Colegios Oficiales de Dentistas de Canarias.

En relación a los y las dentistas privadas, estos deberán cumplir y acogerse a lo estipulado en el Convenio de colaboración entre el SCS y los Colegios Oficiales de Dentistas de Las Palmas y de Santa Cruz de Tenerife.

PRESTACIONES DEL PROGRAMA

Se contemplan dos tipos de prestaciones: básicas y especiales.

○ Prestaciones Básicas

Estas prestaciones serán ofertadas por las Unidades de Salud Bucodental (USBBD) del Servicio Canario de la Salud y, los y las dentistas privadas adscritos al convenio.

- Revisión anual del estado de salud de la cavidad oral, incluyendo exploración radiográfica cuando el grado de patología dental del niño así lo precise, previo *consentimiento* formulado por los padres o tutores.
- Sellados de fisuras o fosas en las molares permanentes.
- Obturaciones en piezas dentarias permanentes por caries.
- Exodoncias de piezas dentarias temporales y permanentes.
- Tartrectomías.
- Educación para la salud oral individual. En las consultas se proporcionarán conocimientos sobre dieta, higiene y hábitos.
- Aplicación tópica de flúor. Se seguirán las pautas de actuación que en cada momento recomiende la Dirección General de Salud Pública, en función de las concentraciones de flúor del agua de abastecimiento público.
- Detección de Maloclusión.
- Diagnóstico de gingivitis o enfermedades periodontales.
- Radiología simple. Siempre que esté indicado, se efectuará radiografía periapical y aleta de mordida, debiendo realizarse con todos los requerimientos técnicos determinados legalmente y siguiendo las indicaciones de los protocolos, aprobados por la Dirección General de Programas Asistenciales, previo informe de la Comisión de Seguimiento.
- Urgencias. Cuando un usuario/a del PADICAN presente una urgencia de carácter dental, cualquiera que sea su origen, y especialmente si le produce dolor, el o la profesional deberá atenderle tan pronto como le sea posible, dentro de su horario de consulta, poniendo los medios más adecuados, según su criterio, para resolverla. Si afecta a piezas permanentes, se aplicará, si procede, tratamiento asistencial básico, o en su caso, tratamiento especial. Si afecta a la dentición temporal, se prestará un tratamiento exclusivamente paliativo a base de terapia farmacológica o extracción de la pieza afectada. Por ejemplo: procesos infecciosos o inflamatorios, heridas y lesiones de la mucosa oral, traumatismos óseos dentarios.

○ Prestaciones especiales

Estas prestaciones serán ofertadas por las y los dentistas privados adscritos al convenio.

- Endodoncias de todos los dientes permanentes por caries profundas o del grupo incisivo canino por fractura o malformación:
 - Endodoncia unirradicular
 - Endodoncia birradicular.
 - Endodoncia multirradicular.
- Protección pulpar en dientes del grupo incisivo-canino.
- Extracción de diente supernumerario erupcionado.

- Gran reconstrucción: para reconstruir dientes del grupo incisivo canino con fractura o malformación que haya requerido una endodoncia previa; y/o para reconstruir cualquier diente que se haya endodonciado por caries profunda.
- Reconstrucción simple en dientes del grupo incisivo canino fracturados o con malformación que no haya requerido una endodoncia previa.
- Apicoformación (de todos los dientes permanentes por caries profundas o del grupo incisivo canino por fractura o malformación):
 - Apicoformación unirradicular.
 - Apicoformación birradicular.
 - Apicoformación multirradicular.
- Ferulización del grupo incisivo-canino.
- Reimplante dentario.
- Perno prefabricado en cualquier diente.
- Sutura de tejidos blandos a consecuencia de laceración debida a traumatismo.
- Muñón metálico colado en dientes unirradiculares.
- Muñón metálico colado en dientes multirradiculares.
- Corona provisional de resina.
- Mantenedor de espacio (uno o varias piezas dentales).

○ Exclusiones

- Menores cuya asistencia sanitaria no pertenezca al Servicio Canario de la Salud.
- Menores no residentes en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Cuando la extracción de una pieza temporal o permanente deba realizarse exclusivamente por indicación ortodóncica, quedará excluida de las prestaciones del Programa, entendiéndose como tales las extracciones prescritas por un o una ortodoncista, en fase diagnóstica o terapéutica de un tratamiento ortodóncico.
- La atención dental ortodóncica.
- Los tratamientos del grupo incisivo canino por agenesia de todas o alguna de las piezas.
- Cualquier intervención necesaria para o por la realización de prestaciones excluidas en el Programa.
- Cualquier tratamiento incluido en el Programa, cuando exista un tercero obligado a responder de dicho tratamiento.
- La Prótesis dental.
- Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.

FUNCIONAMIENTO. ACCESO

Una vez que los niños y las niñas nacidas después del 1 de enero del 2000 y cumplan 6 años, forman parte del PADICAN podrán permanecer en él hasta que cumplan los 15 años.

La información sobre el PADICAN estará disponible en diferentes sitios:

- Internet: www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs
- 012: dentistas de las USBD
- Centros de Salud

Las madres, padres o tutores del niño o de la niña elegirán el o la dentista del listado que se publica cada año. Una vez elegido solicitarán cita y acudirán a la consulta con la tarjeta sanitaria del o de la menor.

Una vez que los padres, madres o tutores eligen dentista, deben firmar un documento de adscripción anual de asistencia dental (ver pág. 33), que se le facilitará en la consulta dental, en donde se comprometen a permanecer con dicho profesional durante todo el año.

Este documento de adscripción anual de asistencia dental está disponible en formato electrónico y se imprimirá en las consultas.

El o la profesional dará de alta a la niña o al niño en su consulta, en el sistema informático SICH a través del código CIP de su tarjeta sanitaria.

En la primera consulta el o la profesional facilitará al o a la menor la Cartilla de Salud Oral Infantil. Esta es un documento personal e intransferible que deberá llevar cada vez que acuda a la consulta junto con la tarjeta sanitaria. En la Cartilla, el o la profesional irá anotando los tratamientos realizados.

Al año siguiente ese niño o niña puede acudir al mismo o a la misma dentista que el año pasado, o elegir otro u otra profesional en caso de no querer seguir con el del año anterior.

Por otro lado, si se quisiera cambiar de profesional durante el año por motivos justificados, los padres, madres o tutores lo tendrían que solicitar a la Dirección de Área correspondiente que valorará tal solicitud.

En el caso de cambio de profesional, bien por libre elección anual o por autorización de la Dirección de Área, al objeto de garantizar la continuidad en el proceso asistencial, es muy importante que los y las profesionales vayan registrando en el sistema informático SICH ó DRAGO y en la Cartilla de Salud Oral Infantil de cada menor, las actuaciones practicadas hasta la fecha.

En el caso de que se haya elegido un o una profesional del sistema público, de las Unidades de Salud Bucodental (USBBD), esta será el de su Zona Básica de Salud:

Las madres, padres o tutores del niño o de la niña elegirán dentista del listado que se publica cada año, que será la USBBD de su zona de salud. Una vez elegida solicitarán cita y acudirán a la consulta con la tarjeta sanitaria.

La USBBD dará de alta al niño o la niña (CIP) en su consulta y abrirá su Ficha de Salud Oral informatizada en la cual irá registrando las diferentes actuaciones y tratamientos realizados a ese menor que acude a su consulta.

En esta primera consulta, efectuará una exploración completa de la cavidad oral y programará los tratamientos básicos que considera adecuados así como dar consejos en materia de salud oral, registrando también las intervenciones realizadas en la Cartilla de Salud Oral Infantil y en su Ficha de Salud Oral del SICH.

Si durante la prestación de la atención dental básica el niño o la niña requiere de un tratamiento especial de los contenidos en el PADICAN, la USBBD derivará a ese niño o niña a un/a dentista habilitado/a. Para ello tendrá que hacer la solicitud a la Dirección de Área a través del SICH. La Dirección de Área asignará un/a dentista habilitado/a en función del domicilio del niño o de la niña. La Dirección de Área se encargará a través del SICH de comunicar al o a la profesional del sector privado que se le ha asignado un tratamiento especial y éste/a será quien avise a los padres, madres o tutores dándoles la cita para la actuación correspondiente.

Cuando el o la dentista del sector privado haya finalizado el tratamiento especial, el niño o la niña volverá a su dentista en el sistema público para seguir con las actividades preventivas y de seguimiento, habiendo registrado en la cartilla de salud oral las actuaciones realizadas y en el sistema informático SICH.

En el caso de que se haya elegido un o una profesional del sistema privado:

Los padres, madres o tutores del niño o de la niña elegirán el o la dentista del listado que se publica. Una vez elegido, llamarán para solicitar cita, acudiendo a la cita con la tarjeta sanitaria del o de la menor.

Estos profesionales contarán con un equipo informático en donde tendrán instalado el programa SICH. En él darán de alta al niño o a la niña (CIP) en su consulta y abrirá su Ficha en la cual irá registrando las diferentes actuaciones y tratamientos realizados a esa niña o niño que acude a su consulta, además de quedar estas reflejadas en la Cartilla de Salud Oral Infantil.

En caso de que el o la profesional del sector privado considere necesario un tratamiento especial, tendrá primero que solicitar la autorización del tratamiento a la Dirección de Área. La solicitud de la autorización de un tratamiento especial se hace a través del programa informático SICH (ver pág. 34) y recibirá la respuesta por el mismo. En caso de una urgencia, ver el apartado correspondiente.

El o la dentista privada si lo considera oportuno, podrá derivar a un niño o a una niña a la USBD que le corresponda en los siguientes supuestos:

- En el caso de un niño o una niña, que habiéndose o no incorporado en su momento al Programa, esté 2 o más años sin acudir al mismo.
- Si una niña o un niño procedente de otra Comunidad Autónoma u otro país se incorporara al Programa con un retraso mayor de 2 años de lo previsto.

Por otro lado, los o las dentistas privados adscritos al convenio:

- No podrán demorar en dar cita más de 30 días tanto para la primera cita como las sucesivas.
- Las urgencias tendrán que ser atendidas en un plazo máximo de 48 horas.
- Solo podrán rechazar a un niño o a una niña cuando hayan alcanzado un cupo mínimo de 300 niños/as.
- Todas las pruebas complementarias (analíticas y radiografías) realizada al niño o niña quedaran en poder del o de la paciente.

○ Tratamientos con anestesia general

En el caso de que un niño o una niña requiera de una prestación, y que ésta, por las características del o de la menor se deba de hacer con anestesia general o sedación vigilada, el o la profesional lo remitirá a la Dirección de Área, a través del SICH, la cual autorizará la derivación del o de la paciente para su atención en Centros Hospitalarios propios o concertados.

○ Urgencias (en el caso de dentistas privados)

En el caso de tratamientos urgentes como consecuencia de un traumatismo o accidente, se administrará el tratamiento

sin ser imprescindible la autorización previa de la Dirección de Área de Salud, si bien esta debe de solicitarse a través del SICH como cualquier otro procedimiento aunque la respuesta sea a posteriori.

Se consideran urgentes los tratamientos siguientes:

- Endodoncia con gutapercha
- Extracción dental por traumatismo
- Reimplante dentario con ferulización.
- Ferulización de dos o más dientes.
- Apicoformación.
- Sutura de tejidos blandos.

Por otro lado en el caso de lesiones traumáticas, se excluyen del pago aquellos casos cubiertos por otro seguro o tercero.

○ Otras derivaciones

Si dada la situación el o la dentista necesita derivar, lo hará a través del sistema informático SICH. Los motivos para derivar son:

- Una ortopantomografía.
- Una consulta a Cirugía Máxilofacial.
- Derivación para tratamiento bajo anestesia general o sedación.

En el caso de un tratamiento farmacológico del o de la dentista privada, el SCS facilitara a estos profesionales a través de su colegio profesional, un modelo de receta específico para este Programa (ver pág. 35); y en caso de una analítica, el o la dentista usara su propio formato. En ambos casos el niño o la niña tendrá que ir a su pediatra o médico del centro de salud para solicitar la receta oficial o la analítica.

ADSCRIPCIÓN ANUAL DE ASISTENCIA DENTAL 2010



ODONTÓLOGO/A:

DIRECCIÓN:

TLF:

Fecha:

Nº COLEGIADO:

LOCALIDAD:



Acepto mi responsabilidad y contribuir mediante consejos de salud oral, medidas preventivas y aplicar los tratamientos necesarios para mantener un estado óptimo de la salud bucodental del/la menor cuyos datos figuran en este documento, en las condiciones del Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN). Así mismo, declaro tener conocimiento de mis derechos y obligaciones como dentista adscrito al mismo.

Firma y sello:

REPRESENTANTE DEL/LA MENOR:

NOMBRE:

D.N.I.:

TLF:

PACIENTE:

CÓDIGO C.I.P.:

Deseo que el/la menor cuyos datos figuran en este impreso reciba las prestaciones del Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN). Me comprometo a seguir las instrucciones que, para el cuidado de la salud bucodental de mi hijo/a, determine el o la dentista de cabecera que libremente he elegido y declaro conocer mis derechos y obligaciones.



Firma:

ADSCRIPCIÓN ANUAL DE ASISTENCIA DENTAL 2010



ODONTÓLOGO/A:

DIRECCIÓN:

TLF:

Fecha:

Nº COLEGIADO:

LOCALIDAD:



Acepto mi responsabilidad y contribuir mediante consejos de salud oral, medidas preventivas y los tratamientos necesarios para mantener un estado óptimo en la salud bucodental del/la menor cuyos datos figuran en este documento en las condiciones del Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN). Así mismo, declaro tener conocimiento de mis derechos y obligaciones como dentista adscrito al mismo.

Firma y sello:

REPRESENTANTE DEL/LA MENOR:

NOMBRE:

D.N.I.:

TLF:

PACIENTE:

CÓDIGO C.I.P.:

Deseo que el/la menor cuyos datos figuran en este impreso reciba las prestaciones del Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN). Me comprometo a seguir las instrucciones que, para el cuidado de la salud bucodental de mi hijo/a, determine el o la dentista de cabecera que libremente he elegido y declaro conocer mis derechos y obligaciones.



Firma:



**DOCUMENTO DE CONFORMIDAD DE
TRATAMIENTO REALIZADO PADICAN 2010**



Nombre del/la Paciente:

Código CIP:

Odontólogo/a:

DNI:

Localidad:

Nº Colegiado/a:

Declara que ha realizado el o los tratamientos siguientes:

Diente/es Número	Tratamiento	Fecha

Y para que conste y surta a efectos retributivos estipulados dentro del Convenio de Colaboración entre el Servicio Canario de la Salud y los Colegios Oficiales de Dentistas de Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife para la ejecución del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Representante del/la menor:

DNI:

Teléfono de contacto:

Sello y Firma del Profesional

Firma del/la Representante



**Servicio
Canario de la Salud**

INFORME CLÍNICO
para recetas de
dentistas

DATOS PACIENTE

Apellidos:		Nombre:	
Edad:	Domicilio:	Localidad:	Teléfono:

DATOS CLÍNICOS

Diagnósticos	Producto prescrito Genérico o DCI	Posología		Duración del tto.
		Unidades por toma	Pauta de administración	

DATOS DENTISTA

Datos de identificación y firma:



Anexo II

Criterios Diagnósticos
y Pautas de Actuación

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y PAUTAS DE ACTUACIÓN

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE CARIES. PAUTAS DE ACTUACIÓN

1. Diagnóstico
Deber ser diagnosticada por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.
2. Responsable de realizar la actividad
Dentista
3. Población a la que va dirigida la actividad
A toda la población incluida en el Programa.
4. Diagnóstico de caries y pautas de actuación
Se manejarán los siguientes criterios:
 1. *Surco manchado*. Ante la duda de si hay o no caries, control cada seis meses.
 2. *Surco manchado retentivo*, es decir se engancha la sonda y se desplaza, y el suelo está blando: diagnóstico de caries incipiente por lo que se obtura.
 3. *Cavidad visible*: diagnóstico de caries penetrante, también se obtura.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE GINGIVITIS. PAUTAS DE ACTUACIÓN

1. Diagnóstico
Deber ser diagnosticada por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.
2. Responsable de realizar la actividad
Dentista
3. Población a la que va dirigida la actividad
A toda la población incluida en el Programa.

4. Criterios diagnósticos y pautas de actuación
 - a. A la inspección se observa encías rojo viscosas, globulosas y aumentadas de tamaño sobre todo en los espacios interdentarios, generalizada o localizada (más frecuentemente en el sector inferior y anterior).
 - b. A la exploración se produce sangrado al tocar con el explorador o sonda, o simplemente con aire. Se acompaña la mayoría de las veces de saburra y restos de alimentos.
 - c. Aplicar tratamiento adecuado en cada proceso.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE MALOCCLUSIÓN. PAUTAS DE ACTUACIÓN

1. Diagnóstico
Deber ser diagnosticada por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.
2. Responsable de realizar la actividad
Dentista
3. Población a la que va dirigida la actividad
A la población infantil incluida en el Programa.
4. Criterios diagnósticos y pautas de actuación
Se determinará la anomalía. Si existe maloclusión, se derivará al niño, o a la niña al o a la Ortodoncista, aclarando a las madres, padres o tutores que esta prestación no está incluida en el Programa. Se utilizarán los criterios de la OMS y la clasificación de Angle para definir la maloclusión. Estos son:
 - Criterios de la OMS
 - 0 → Sin anomalía, ni maloclusión.
 - 1 → 1.1. Anomalías ligeras: uno o más dientes rotados o inclinados, apiñamiento de una amplitud mayor a un premolar o incisivo lateral.

1.2. Anomalías moderadas:

- Mordida cruzada posterior unilateral de uno o varias piezas.
- Mordida cruzada anterior incisal de una o dos piezas, sin repercusión funcional.
- Mordida borde a borde con oclusión molar correcta.

2 → Anomalías graves, especialmente la presencia de uno o más de estas condiciones:

- Overjet maxilar > o igual 9 mm
- Prognatismo inferior > o igual 4 mm
- Mordida abierta anterior
- Diastema en incisivos de más de 4 mm
- Apinamiento en incisivos > 4 mm
- Desviación de la línea media de más de 4 mm

○ Clasificación de ANGLE

CLASE I: relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes, la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior.

CLASE II: relación anteroposterior anómala entre los primeros molares permanentes. El surco vestibular del primer molar inferior cae por detrás de la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior.

CLASE III: el surco vestibular del primer molar inferior está por delante de la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior.

PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER ORAL

Más del 90% de los cánceres de la cavidad oral y faríngea se observan en personas mayores de 45 años, y representa entre el 2 y el 3 % de todas las muertes por cáncer en nuestro país. Aunque la letalidad es muy elevada (superior al 50%) las tasas de supervivencia aumentan cuando éstos se detectan de forma precoz.

○ Factores de riesgo del cáncer oral

Principales factores de riesgo en la génesis del cáncer oral:

- El consumo de tabaco se considera como la principal causa de cáncer oral.
- El consumo de alcohol se considera también importante, pero actúa más como irritante local. Además existe un efecto de sinergismo entre tabaco y alcohol.

- Las deficiencias nutricionales en vitaminas antioxidantes A, C y E; en beta caroteno y en hierro, se asocian a un aumento de riesgo de padecer cáncer.
- Infecciones por el virus del papiloma humano (VPH). Hay evidencia de asociación del cáncer oral con los serotipos 2, 11 y 16. Los tipos 16 y 18 actúan como carcinogénicos lo que indica un papel de cofactor en la carcinogénesis oral.
- La exposición prolongada a la luz solar, normalmente asociada al tipo de actividad laboral al aire libre (pescadores, agricultores, pastores, hamaqueros...), se asociaría sobretodo con el desarrollo de cáncer de labio.

Otros factores:

- La irritación crónica (sepsis oral), constituye una cuestión controvertida. La presencia de dientes rotos con bordes traumatizantes, prótesis mal adaptadas, restauraciones dentarias desbordantes e incorrectas y mala higiene oral son un hallazgo habitual en numerosos pacientes con cáncer oral, pero no se ha demostrado la existencia de una relación causal.
- Lesiones precancerosas: leucoplasia, eritroplasia, eritroleucoplasia. En estas lesiones el cáncer oral puede aparecer con mayor frecuencia que en el tejido equivalente de apariencia normal
- Condiciones precancerosas: liquen plano, lupus eritematoso discoide, queilitis actínica, fibrosis oral submucosa, xeroderma pigmentosum de kaposi, Síndrome de Plummer-Vinson, disqueratosis congénita. Son estados orgánicos generalizados asociados con un aumento significativo del riesgo de padecer un cáncer oral.
- Las lesiones localizadas en: suelo de boca, cara ventral de la lengua, surco bucal inferior, alveolo y ángulo de la boca tienen mayor probabilidad de transformación maligna.

○ Prevención

El Protocolo de detección precoz del cáncer oral tiene por finalidad contribuir a disminuir la morbimortalidad de esta patología en las personas adultas, siendo la medida más efectiva la prevención primaria, es decir reducir la aparición de nuevos casos.

En la ficha de salud oral del o de la paciente, se anotarán las características clínicas de la lesión.

Prevención primaria

Consiste en reducir o eliminar los factores de riesgo claramente vinculados en la génesis del cáncer oral.

Las estrategias se basarán en una promoción de los hábitos saludables destinados a:

- disminuir y/o eliminar el consumo de tabaco y/o alcohol.
- realizar diariamente una dieta equilibrada sobre todo en el consumo de frutas y vegetales.
- aconsejar el uso de protectores labiales y viseras a aquellas personas expuestas al sol.
- utilizar mecanismos que impidan la transmisión de la enfermedad del VPH fundamentalmente por vía sexual.
- mantener un buen nivel de higiene oral y un estado óptimo de la dentición.
- instruir en técnicas de autoexamen y realizar una revisión periódica odontológica.
- practicar exámenes a la población de alto riesgo a partir de los cuarenta años, sobre todo a varones que han sido o son grandes fumadores y bebedores.

Prevención secundaria

Implica la detección de la enfermedad en el estadio más precoz posible.

Ante una lesión oral, primeramente se hará un diagnóstico diferencial con lesiones orales de causa conocida como son:

- Lesiones traumáticas:
 - mucosa mordisqueada.
 - ulceraciones traumáticas por mordedura de la mucosa oral (traumatismo epilepsia, anestesia local).
 - úlceras de decúbito por rollos de algodón o por prótesis sobre todo las mucosoportadas.
 - lesiones provocadas por mal posición dental, caries extensas, uso inadecuado del cepillado dental.
- Lesiones provocadas por agentes químicos:
 - por contacto directo con la mucosa oral, el más frecuente es por A.A.S.
 - necrosis palatina postanestesia.
 - ulceraciones bucales secundarias a la quimioterapia.
 - estomatitis alérgica medicamentosa o por contacto.
 - sobrecrecimiento gingival por hidantoína, ciclosporinas o nifedipino.
 - perforación palatina por cocaína
 - osteonecrosis por bifosfonatos
- Lesiones provocadas por agentes físicos:
 - lesiones en la mucosa oral secundaria a la radioterapia
 - lesiones por quemadura eléctrica
 - lesiones producidas por el calor o el frío extremos
- Dis cromías de la mucosa oral por pigmentación exógena: estomatitis por depósito de metales (bismuto, plomo, mercurio) y tatuaje por amalgama de plata.

Una vez realizado el diagnóstico de presunción se daría consejo al o a la paciente para eliminar el factor de riesgo y se le volvería a citar a los 15 días para comprobar la remisión o

no de la lesión. Si la lesión persiste se procederá a derivarlo a nivel especializado para descartar patología.

El carcinoma oral no produce síntomas hasta que la lesión se ulcera, por ello toda lesión oral que no responda a medidas terapéuticas habituales en un plazo de 15 días debe considerarse maligna hasta que no se demuestre lo contrario, para lo cual la biopsia es el método diagnóstico definitivo del cáncer oral.

Prevención terciaria

Persigue prevenir la aparición de recidivas así como reducir la morbilidad terapéutica. El o la dentista debe contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes involucrándose en la prevención y manejo de las secuelas del tratamiento oncológico.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA REVISIÓN ORAL PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER ORAL

- Responsable de realizar la actividad
Dentista.
- Población a la que va dirigida la actividad
A la población adulta de riesgo.
- Criterios
La demora diagnóstica y por tanto la existencia de un estadio más avanzado en el momento del tratamiento puede ser atribuida a:
 - retraso del o de la paciente en acudir a la consulta dental.
 - incapacidad del o de la profesional para identificar las manifestaciones de la enfermedad hasta que se encuentra en un estadio avanzado.

Asumiendo que se posee el conocimiento adecuado para reconocer los signos y síntomas que exhibe el cáncer oral, la información necesaria para llegar a un diagnóstico correcto, se obtiene mediante tres vías sucesivas:

1. Anamnesis
2. Exploración física
3. Pruebas diagnósticas complementarias

○ Anamnesis

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda remitir al segundo nivel asistencial a aquellos y aquellas pacientes que

presenten alguno de los siguientes signos o síntomas, para ello preguntaremos a la persona por la existencia y duración de las mismas:

- Heridas o úlceras que no cicatrizan en dos semanas.
- Dolor o molestias en la boca que no desaparecen espontáneamente.
- Presencia de engrosamiento o tumoración en la mejilla.
- Persistencia de una lesión blanquecina o rojiza en la zona de la garganta, lengua, amígdala o el suelo de la boca u otra zona de la mucosa oral.
- Sensación de cuerpo extraño en la cavidad oral o en la faringe con molestias persistentes en la misma zona.
- Dificultad para tragar o masticar.
- Dificultad para mover la lengua o la mandíbula.
- Sensación de anestesia en la lengua, labio inferior u otra zona de la boca.
- Cambios de forma o tamaño de los tejidos que desestabilizan y/o impiden el asentamiento o uso de una prótesis dental.
- Movilidad dentaria sin causa aparente.
- Pérdida espontánea de dientes.
- Sialorrea, ocasionalmente sanguinolenta.
- Cambios de la voz.
- Aparición de una masa en el cuello.
- Pérdida de peso.

Así mismo debemos conocer los hábitos de la persona en relación con los factores de riesgo (ver protocolo de detección precoz del cáncer oral).

○ Exploración física de la cara, cavidad oral y cuello

Las manifestaciones iniciales del cáncer oral son inespecíficas por lo que debe llevarse a cabo de una forma metódica y completa. Esta exploración puede requerir más de 5 ó 10 minutos.

Material necesario:

- Fuente de luz.
- Espejos.
- Depresores linguales.
- Guantes.
- Gasas.
- Aspiración.
- Anestesia tópica en spray (útil en pacientes con reflejo nauseoso exacerbado).

Exploración facial:

- Inspección visual en busca de asimetrías, tumores, cambios cutáneos, parálisis facial.
- Las alteraciones detectadas deben ser exploradas por palpación para determinar consistencia, límites y movilidad.

- La exploración debe ser ordenada e incluir las diversas regiones de la cara: frente, nariz, mejillas, labios y mentón.
- Se debe inspeccionar y palpar tanto los tejidos blandos (piel, músculos glándulas) como el esqueleto.
- También debe explorarse los movimientos de ambos ojos, ya que la invasión orbitaria por un cáncer oral o del seno maxilar puede alterarlos.

Exploración de la cavidad oral:

Debe realizarse igualmente de forma ordenada y completa, primero mediante inspección y luego por palpación.

- Labios:
 - Inspeccionar la piel y el bermellón con los labios en reposo y con la boca abierta.
 - La exploración de la mucosa exige la eversión de los labios, para así evaluar la mucosa labial, la parte anterior de los vestíbulos y frenillos.
 - Se prestará atención a los cambios en el color, la textura de los tejidos así como las modificaciones del contorno y simetría labiales.
- Mucosa yugal:
 - La exploración debe ser bilateral desde la comisura labial a la orofaringe.
 - Asegurarse que los separadores tisulares o espejos no cubran las comisuras labiales impidiendo su exploración.
 - No confundir anomalías con estructuras anatómicas normales como el conducto de Stenon o alteraciones mucosas como la línea alba.
- Encía:
 - Explorar las dos vertientes de ambos rebordes alveolares comenzando por el triángulo retromolar derecho y recorriendo la encía vestibular inferior llegar hasta el triángulo retromolar izquierdo.
 - Para explorar las vertientes linguales se procederá de igual manera pero con la ayuda de un espejo por visión indirecta.
 - Tras el reborde inferior se explora el superior de la misma forma.
- Lengua:
 - Exploración del dorso de la lengua en reposo con la boca abierta.
 - Exploración de la lengua en protusiva observando su posición o movilidad. Cuando existe una parálisis del nervio hipogloso la punta de la lengua se desviará hacia el lado paralizado.
 - Explorar los bordes laterales anteriores de la lengua indicando al o la paciente que con la lengua fuera de la boca la desplace hacia ambos lados. Para explorar la zona posterior traccionaremos la lengua hacia fuera y hacia ambos lados, tomando su extremo an-

terior con una gasa y separando la comisura labial del mismo lado.

- Finalmente se pide al o a la paciente que eleve la lengua al paladar para explorar la cara ventral de la misma.
- No confundir con tumores las papilas caliciformes, las amígdalas linguales y las papilas franjeadas.
- Suelo de boca:
 - Con la lengua elevada hacia el paladar se inspecciona el suelo de boca desde la línea media hasta los pilares anteriores del velo y posteriormente se palpará bidigitalmente (un dedo en el interior de la boca y otro apoyado en la piel de la región suprahióidea).
 - Se explorará además la glándula submandibular, sublingual y las caruncular de los conductos de Wharton.
- Paladar:
 - Explorar el paladar duro y blando en toda su extensión deprimiendo el dorso de la lengua con un espejo o un depresor.
 - Explorar las paredes faríngeas lateral y posterior.
 - Evaluar la movilidad del paladar blando (pidiendo al o a la paciente que diga ahhl) y la posición de la úvula, alteraciones en ella pueden indicar parálisis del nervio neumogástrico.

Exploración de cuello:

El cáncer oral tiende a propagarse a través de los ganglios linfáticos cervicales, por lo que éstos deben ser explorados rutinariamente. Esta exploración consiste en:

1. Inspección: para ello es preciso colocarse delante del o de la paciente buscando asimetrías, tumores y alteraciones cutáneas.
2. Palpación: es preciso colocarse al lado o por detrás del o de la paciente:
 - con la cabeza en posición extendida palparemos sobretodo los ganglios submentales y submaxilares.
 - con el cuello extendido y rotado hacia el lado contrario palparemos las cadenas ganglionares latero-cervicales.
 - cuando se detecta un aumento ganglionar es preciso evaluar:
 - Localización.
 - Número.
 - Tamaño.
 - Consistencia.
 - Situación en relación con la lesión primitiva.
 - Movilidad o fijación a la piel, músculos o eje vascular del cuello.

○ Confirmación diagnóstica: biopsia.

El único método objetivo de realizar un diagnóstico de certeza de un cáncer de la cavidad oral es la realización de una biopsia.

Indicaciones de la biopsia de mucosa oral:

- Lesiones sin causa evidente que persisten más de 14 días.
- Lesiones aparentemente inflamatorias o traumáticas que no responden a la eliminación de la presunta causa irritante local tras 10 a 15 días.
- Leucoplasia.
- Eritroplasia.
- Lesiones inflamatorias de causa desconocida que persisten durante largos periodos de tiempo.
- Tumores visibles de la mucosa oral, o palpables bajo una mucosa de apariencia normal.
- Lesiones que causan dolor o trastornos sensitivos.
- Lesiones que interfieren localmente con una función oral.
- Lesiones óseas observables en una radiografía y cuya naturaleza no sea evidente.
- Lesiones que exhiben características de malignidad:
 - Ulceración.
 - Persistencia en el tiempo superior a dos semanas.
 - Consistencia firme.
 - Base indurada.
 - Infiltración de los tejidos vecinos.
 - Fijación de la lesión a los tejidos adyacentes.
 - Tejido muy vascularizado que sangra con cualquier traumatismo o con el simple contacto.
 - Crecimiento rápido.
 - Lesión recidivada.

Contraindicaciones de la biopsia de mucosa oral:

- Estructuras normales y variantes anatómicas de las mismas.
- Lesiones inflamatorias o traumáticas que respondan a un tratamiento conservador.
- Lesiones vasculares.
- Cuando se sospeche de la existencia de un melanoma, no debe realizarse una biopsia incisional.

CRITERIOS EN LA EXPLORACIÓN PREVENTIVA DE LA CAVIDAD A MUJERES EMBARAZADAS. PAUTAS DE ACTUACIÓN

1. Responsable de realizar la actividad
Dentista e Higienista Dental.
2. Población a la que va dirigida la actividad
Toda mujer embarazada que acude a consulta odontológica.
3. Pautas de actuación
A toda mujer embarazada que acude a la Unidad de Salud Bucodental remitida por la matrona o el matrn, la UAF o por cuenta propia, se le realizará:

1. Una revisión completa de la cavidad oral y si procede, diagnóstico de la patología existente por parte del o de la dentista de la Unidad.
2. Profilaxis oral con eliminación de cálculo y placa supra y subgingivales (Tartrectomía), a criterio del o de la dentista responsable de la USBD.
3. Se aplicará gel de flúor dependiendo del riesgo y necesidades de la paciente a criterio del o de la dentista responsable de la USBD.
4. Educación para la salud individual y grupal, en colaboración con el matrn o la matrona:
 - Información orientada hacia la concienciación en salud oral, autocuidado de la paciente y formación como agente de salud en su entorno familiar y social.
 - Instrucciones en Higiene Oral, consejo dietético y recomendaciones para el cuidado del futuro bebé (P.ej. "síndrome de la caries del biberón").

Estas actividades se pueden realizar en una sola consulta o en varias concertadas, a criterio de la USBD.

En caso de requerir tratamiento odontológico, se citará para una posterior consulta.

Se hará una segunda revisión completa de la cavidad oral, en el tercer trimestre del embarazo.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE FLUOROSIS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS PATOLOGÍAS. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL FLÚOR. PAUTAS DE ACTUACIÓN RECOMENDADAS

○ Criterios de diagnóstico de Fluorosis

Para clasificar la fluorosis hay múltiples índices si bien recomendamos utilizar la que hemos usado en los 3 estudios epidemiológicos de la salud oral de los y las escolares de Canarias con la finalidad de hacer comparaciones. El índice citado es el "Índice de Thylstrup y Fejerskov" (Índice TF), que es el que se recomienda para situaciones de fluorosis endémica, como el caso de Canarias. Este índice tiene 10 clases agrupados en 3 niveles: leve, moderada y severa.

- leve: clases 1-2
- moderada: clases 3- 4
- severa: clases 5-9

La aparición clínica de la fluorosis dental puede ser dividida en diez clases, que van de 0 a 9 y reflejan grados crecientes

de severidad. Como quiera que en la fluorosis, todas las superficies de un diente dado están igualmente afectadas, el sistema de clasificación no necesita ser aplicado a todas las superficies y sólo se explora, con ayuda de un espejo, la superficie labial o vestibular de todos los dientes y se registra el resultado del valor más alto observado en una pareja de dientes homólogos (hecho indispensable para ser diagnosticado como fluorosis).

La exploración de la fluorosis debe hacerse con luz natural, por lo tanto debe apagarse la luz de la lámpara del equipo. Previamente a la exploración, es imprescindible que los dientes sean limpiados y secados con una gasa porque la saliva interfiere en la valoración. Los criterios del índice TF son los siguientes:

0. Después de limpiar y secar la superficie, el esmalte aparece transparente, blanco, cremoso y brillante, como normalmente.

Fluorosis leve

1. Aparecen líneas blancas opacas atravesando la superficie del diente, en todas partes y correspondiendo a la posición de los perikimatis. En algunos casos puede verse un casquete blanco, como un "pico nevado", en las cúspides y bordes incisales.
2. Las líneas blancas son más pronunciadas y frecuentemente se unen para formar pequeñas áreas nubosas opacas dispersas por la superficie del diente. Son comunes los "picos nevados" de los márgenes incisales y las cúspides.

Fluorosis moderada

3. Las áreas nubosas aparecen por toda la superficie y entre ellas también pueden verse las líneas blancas.
4. Toda la superficie del diente está opaca, con aspecto de tiza. Aquellas partes de la superficie expuestas al uso o la atricción pueden aparecer menos afectadas.

Fluorosis grave

5. La superficie entera es opaca y hay agujeros redondos, por pérdida focal del esmalte superficial, siendo el tamaño del diámetro de cada uno de ellos inferior a 2 mm.
6. Los agujeros pequeños se fusionan en el esmalte opaco para formar bandas, que son igualmente menores de 2 mm, en su altura vertical. También se incluye en esta fase la destrucción del vértice de la cúspide en la cara labial que haya dado lugar a una pérdida de la dimensión vertical del diente menor de 2 mm.
7. Hay pérdida de la superficie del esmalte en áreas irregulares, pero en menos de la mitad de la superficie. El resto del esmalte intacto es opaco.
8. La pérdida de la superficie externa del esmalte abarca más de la mitad de la superficie. Como en el caso anterior, el resto del esmalte intacto es opaco.

9. La pérdida de la mayor parte de la superficie externa del esmalte provoca el cambio de la forma anatómica de la superficie del diente. A menudo se observa un collar cervical de esmalte opaco.

○ **Diagnóstico diferencial de la Fluorosis: opacidades no inducidas por el flúor**

- *Área afectada:* en la fluorosis se afectan todas las superficies del diente y por completo, y a menudo se resalta la zona cerca de las cúspides y márgenes incisales. En las opacidades del esmalte, éstas están generalmente centradas en las superficies lisas, y son de extensión limitada.
- *Forma de la lesión:* en la fluorosis se asemejan a líneas en pinceladas que van aumentando hasta fusionarse y dar una imagen de nube. En las cúspides y bordes incisales forman como una caperuzita blanca que se conoce como "picos nevados". En cambio, en las opacidades del esmalte la forma es redonda u oval.
- *Límites de la lesión:* en la fluorosis la distribución es difusa sobre la superficie, y de intensidad variable. En cambio las opacidades se diferencian claramente del diente adyacente normal.
- *Color:* en la fluorosis son líneas o nubes blancas opacas, que incluso pueden tener apariencia de tiza. Aparecen los "picos nevados" en cúspides y bordes incisales. La zona mesio-incisal de los incisivos centrales superiores, tras la erupción, puede decolorarse hacia un tono marrón. En cambio, las opacidades son de color blanco opaco, o amarillo y naranja, en el momento de la erupción.
- *Dientes afectados:* la fluorosis siempre aparece en dientes homólogos. Los dientes que erupcionan antes, esto es, los incisivos y los primeros molares, son las piezas que se ven menos afectadas. Por el contrario, los premolares y los segundos molares se afectan más. Las opacidades son más comunes en la superficie labial de dientes aislados, y raramente se presentan en dientes homólogos. Puede afectarse cualquier diente, pero son más comunes entre los incisivos.

○ **Casos de exposición limitada al flúor**

En estos casos son sólo ciertos grupos de dientes y/o parte de la superficie dental los que se afectan, si bien con todos los signos de fluorosis dental. El diagnóstico se confirma por la historia de ingesta de flúor individual.

○ **Conceptos básicos sobre el flúor. Pautas de actuación recomendadas**

1. **Conceptos Básicos sobre el Flúor**

- **¿Qué es el flúor?**
Elemento químico de gran reactividad.

En forma de fluoruro supone entre el 0,06 y el 0,09 de la corteza terrestre.

• **¿Dónde se encuentra?**

De forma natural en rocas y suelos formando parte de numerosos minerales, como son el espatoflúor (utilizado para la obtención de flúor elemental), la criolita (empleada en la producción de aluminio), las apatitas, la mica, la horblenda, y las pegmatitas (por ejemplo topacio y turmalina), y en las rocas de origen volcánico.

• **¿Cómo llega al agua?**

Fundamentalmente por la acción de arrastre que el agua realiza sobre las rocas y minerales ricos en flúor.

• **Importancia del flúor para el ser humano**

Radica en que es uno de los pocos elementos que pueden tener efectos beneficiosos y perjudiciales en un intervalo estrecho de concentración. Es decir, a dosis relativamente pequeñas es capaz de proteger a la población frente a la caries, que es la enfermedad más importante en cuanto a extensión en las sociedades desarrolladas, y a dosis muy superiores puede llegar a producir alteraciones óseas y dentales más o menos graves, conocidas como fluorosis.

• **¿Cómo actúa?**

El flúor, puede llegar a la persona a partir de diferentes fuentes, pero la más importante, con diferencia, es el agua de bebida.

Prácticamente todo el flúor ingerido es absorbido en el tracto intestinal. Una vez en la sangre, manifiesta una especial predilección por los tejidos duros, a saber, el hueso y el diente. La magnitud de la fijación, tanto en uno como en otro, está en la ingesta total y la edad de la persona.

Actúa sustituyendo a los grupos hidróxilo de la hidroxiapatita dando lugar a la fluorapatita, un compuesto de dureza y resistencia muy superiores, lo que proporciona al diente una mayor defensa frente a la acción de los ácidos que forma la placa bacteriana, principales causantes de la caries.

Así, las actividades que actualmente se realizan dentro de los programas de prevención de la caries dental, tienen los objetivos fundamentales de:

- Evitar el efecto destructor de los ácidos de la placa bacteriana, mediante la promoción educativa de hábitos para el correcto cepillado de los dientes (que arrastra la placa bacteriana), y de disminución del contenido de azúcares de la dieta (que disminuye la formación de la placa bacteriana). Estas actividades educativas constituyen la base de los programas de prevención.
- Aumentar la resistencia del diente frente al ataque de los ácidos de la placa bacteriana, mediante la utilización de compuestos fluorados.

- **¿Cuándo actúa?**

La fase de mayor acción coincide con el periodo de maduración pre eruptivo de los dientes, debido a la gran porosidad del esmalte en formación. Sin embargo, continúa actuando durante toda la vida aunque en mucha menor magnitud. El flúor atraviesa la barrera placentaria, si bien ésta ejerce de filtro, de tal manera que los niveles de concentración de flúor en la sangre fetal son inferiores a los de la sangre materna. Esta es la razón de que se observe una menor afectación por fluorosis en la dentición temporal que en la definitiva.

La edad de mayor riesgo de desarrollo potencial de fluorosis es de 0 a 7 años.

- **¿Qué es la fluorosis y cómo se produce?**

Cuando la ingesta de flúor es excesivamente alta, la sustitución masiva de hidroxiapatita por fluorapatita, da lugar a alteraciones en la mineralización del esmalte, que se manifiesta por la aparición de manchas en el esmalte dental, que van de blanco opaco en las fases más tempranas, hasta amarillo marrón en las más avanzadas. En los casos muy graves, estas manchas oscuras ocupan la superficie total del diente. Así mismo, debido a la excesiva dureza del esmalte alterado pueden aparecer fisuras y grietas que dan al diente un aspecto corroído.

No tiene curación, pero pueden realizarse tratamientos de blanqueo para evitar el efecto antiestético

- **¿Cómo se puede evitar la aparición de fluorosis?**

Fundamentalmente controlando la ingesta total de flúor de la población infantil. O lo que es prácticamente lo mismo, controlando la concentración de flúor en el agua de bebida y controlando el uso de suplementos fluorados.

El contenido óptimo de flúor del agua de consumo viene determinado por las temperaturas medias anuales. Por lo tanto, existirán diferentes recomendaciones para áreas geográficas diferentes. De forma general, se acepta un intervalo entre 0,7 a 1,5 mg/l, intervalo que se establece en la legislación aplicable a las aguas potables de consumo público.

- **Situación en Canarias**

En la Comunidad Autónoma de Canarias actualmente solo en Tenerife aparecen concentraciones superiores a 1,5 ppm en determinadas entidades singulares de población.

En función del contenido del flúor del agua de abasto, en las Islas nos encontramos con: zonas de bajo contenido en flúor y alta prevalencia de

caries dental, y zonas con altas concentraciones de flúor en las aguas y prevalencias de fluorosis dental elevadas junto a bajas prevalencias de caries. Esto es debido al origen de las aguas utilizadas para consumo.

Las aguas de origen subterráneo que se encuentran en terrenos volcánicos, son aguas de alto contenido en minerales y por lo tanto en aquellas zonas donde la roca madre presenta compuestos fluorados, son ricas en flúor. Las aguas procedentes de plantas desaladoras son pobres en sales y por lo tanto no contienen flúor.

- **¿Qué acciones se están realizando?**

Entre los años 1990 y 1996 la Dirección General de Salud Pública (DGSP), desarrolló un programa específico de estudio y seguimiento y evolución del contenido en flúor de las aguas de abastecimiento público de la Comunidad Autónoma, con objeto de conocer exactamente la situación de cada una de las islas respecto a la concentración de flúor en estas aguas, así como de establecer las relaciones entre esta situación y los resultados del estudio epidemiológico de salud oral, efectuado en 1991 por la misma Dirección General.

Actualmente, y como labor de seguimiento de los niveles de concentración de flúor en las aguas de abastecimiento, se incluye la determinación periódica de este elemento en las aguas de consumo público, dentro de los programas de vigilancia y control, que diseñados por la Dirección General de Salud Pública se vienen ejecutando por los Ayuntamientos y Áreas de Salud de cada una de las islas, respectivamente.

La reducción de la fluorosis detectada entre los dos últimos estudios epidemiológicos de la salud oral de los escolares canarios (1998 y 2006) realizados por la DGSP, revela como Canarias, que tradicionalmente se ha caracterizado por ser de las pocas zonas de España con endemismo de fluorosis, empieza a ver los efectos de las medidas que se han ido tomando para paliar esta situación como las diversas plantas de tratamiento de aguas colocadas al efecto en Tenerife, la sustitución en determinados municipios canarios de determinadas fuentes de agua por agua procedentes de plantas desaladoras o la mezcla de aguas. Así mismo, la difusión de las medidas preventivas de la fluorosis entre los educadores y el personal sanitario ha podido también contribuir a esta disminución.

A pesar de ello, aún queda una elevada proporción de población con fluorosis resultante no

sólo del exceso de flúor en el agua de abastecimiento público, sino probablemente de la suma de otras fuentes de flúor como el uso incontrolado de dentífricos con elevadas concentraciones de flúor, suplementos fluorados, colutorios, geles y aguas envasadas con altas concentraciones de flúor.

Respecto a las aguas envasadas, son las marcas producidas en Canarias las que han sido más consumidas. Dentro de ellas, algunas marcas que superaban la concentración de 1,5 ppm de fluoruro ya no se comercializan en la actualidad, pero estuvieron disponibles al público durante mucho tiempo en el que pudieron causar parte de los efectos que se han observado en los tres estudios epidemiológicos.

Por lo que respecta a los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano, actualmente, se establece para un valor paramétrico de 1,5 mg/l, tal y como se recoge en el Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, que incluye al fluoruro en la parte B del anexo I. La superación del límite implica la calificación de la muestra de agua como no apta para el consumo de forma inmediata. Este cambio en la concepción del incumplimiento junto con la existencia de tratamientos de reconocida eficacia ya implantados en las Islas, ha fundamentado las actuaciones de protección de la salud de la población desarrolladas por la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Canarias en los últimos años, estableciendo restricciones de uso y consumo en los municipios afectados, que se mantendrán hasta la subsanación de la alteración.

Independientemente de las acciones indicadas, hay que recordar que la educación para la salud es la base de la prevención dental, tanto respecto a los hábitos de cepillado e higiene dental, como a la alimentación correcta y equilibrada no cariogénica. En este sentido, habrá de tenerse en cuenta, que el uso de productos fluorados dependerá de la concentración de flúor en las aguas de abastecimiento público y de la ingesta de flúor procedente de otras fuentes.

○ Fluorosis y consumo de agua naturalmente fluorada en lactantes

La lactancia o periodo comprendido entre 0 y 12 meses, requiere unas necesidades de líquidos, que la mayor parte de las veces son aportados a través de la leche. La leche materna carece de concentraciones elevadas de flúor, pero normalmente la alimentación con leche materna en

Canarias suele abarcar el periodo de 0 a 3 meses y muchas veces no es en exclusiva sino combinada con leches de fórmula. Los y las pediatras recomiendan el uso de este tipo de leche hasta los 2 años si es económicamente posible.

Para elaborar el biberón con leches de fórmula, suele ser recomendado en pediatría en primera instancia añadir el polvo al agua envasada vigilando que esta no contenga un exceso de flúor. Si lo anterior no es posible, se recomienda añadir el polvo al agua de abastecimiento público previamente hervida.

Se ha demostrado que el uso de estas fórmulas combinadas con agua de abastecimiento público con concentraciones óptimas de flúor (1 ppm) puede producir fluorosis en la dentición permanente, lo cual es lógico si tenemos en cuenta que la calcificación de los dientes anteriores permanentes se inicia durante los 12 primeros meses de vida. No obstante, no existe evidencia científica clara del límite exacto de flúor en el agua que habría que permitir durante este periodo de la vida para que no produjera fluorosis.

Una vez hecha una revisión de la literatura se sacan las siguientes conclusiones:

- No existe ningún ensayo clínico controlado ni mucho menos metaanálisis sobre este tema, que serían el tipo de evidencias científicas de primer orden.
- No obstante, hay consenso de grupos o asociaciones dentales de prestigio, sobre que hay que aconsejar usar para la elaboración de la leche de fórmula un agua con contenido bajo en flúor, si bien no se atreven a indicar el límite preciso.
- En el resto de la bibliografía consultada (tipo revisiones y otras) algunos autores sugieren el límite de 0,3 o de 0,5 ppm de flúor.

La postura de la DGSP ha sido hasta ahora recomendar el uso de aguas envasadas para la bebida y elaboración de las comidas en menores de 8 años donde el agua de abastecimiento público supere 1,5 ppm. Se recomienda consultar la etiqueta para revisar el contenido de flúor. Normalmente las aguas envasadas pobres en sales minerales en general suelen ser pobres en flúor y suelen llevar indicado en la etiqueta que son aptas para la preparación de comidas para los bebés.

2. Pautas de actuación

- Higiene bucal
Se recomienda el cepillado con la aparición del primer diente en la boca. Antes de la erupción de los mismos

- se aconseja efectuar la limpieza oral con una gasa envuelta en el dedo pasándola por todas las superficies sin olvidar la lengua.
- A partir de los 2 años se puede empezar a utilizar la pasta dental pero en poca cantidad (el tamaño de la uña del dedo meñique del niño o niña) y supervisado por los padres, 2 veces al día, enjuagándose y expectorando después del uso. Debe recordarse que el cepillado tiene fundamentalmente el fin de arrastrar la placa bacteriana y que ese efecto es independiente de la existencia de flúor en la pasta dental.
 - Entre los 2 y los 6 años se recomiendan dentífricos con una concentración de flúor entre 500 y 1000 ppm, si bien en los primeros la efectividad frente a la caries es inferior. Los dentífricos con bajas concentraciones (250-500-550 ppm) tienen la ventaja de reducir la ingestión de fluoruros en niños y niñas, y así reducir el riesgo de fluorosis pero los resultados sobre su efectividad son contradictorios. En este grupo de edad se recomendará que el cepillado se haga siempre ayudado por una persona adulta, vigilando que se enjuague bien para eliminar todos los restos de pasta.
 - Como medida general, no debe utilizarse pasta dental fluorada por los niños y niñas menores de 2 años, ni aconsejarse el uso de colutorios fluorados en menores de 6 años, así como evitar las pastas dentales fluoradas con sabores atractivos (fresa, cola, caramelo, etc.).
 - A partir de los 6 años se recomiendan dentífricos con una concentración de flúor entre 1000 y 1500 ppm.
 - Nota: 1ppm = 0,001 mg/g
- **Contenido en flúor de las aguas de consumo**
 - Si la concentración de flúor en el agua de abastecimiento público es inferior a **0,7 mg/l**, se aconseja como medida preventiva frente a la caries dental:
 - Utilizar enjuagues o colutorios fluorados
 - Fomentar la utilización de pastas dentales fluoradasNo se debe olvidar que la higiene dental mediante el cepillado correcto de los dientes, es la medida más importante de salud oral, al igual que la educación sobre la alimentación correcta y equilibrada, no cariogénica.
 - Si la concentración de flúor en el agua de abastecimiento público está **entre 0,7 y 0,9 mg/l**, se insistirá sobre todo, en la puesta en marcha de medidas educativas sobre el cepillado dental y alimentación correcta, ya que no es necesario utilizar habitualmente colutorios fluorados.
 - Si la concentración de flúor en el agua de abastecimiento público es **superior a 1,5 mg/l**, la actitud adecuada será:

- Desaconsejar el uso del agua de abastecimiento público como agua de bebida para el consumo de niñas y niños entre 0 y 7 años, y de las mujeres en periodo de gestación.
- Esta limitación del uso se debe ampliar al agua utilizada para reconstruir la leche, y en la elaboración de potajes, purés y otras comidas destinadas a la alimentación infantil.
- Debe evitarse el uso de pastas dentales fluoradas y otros productos de higiene dental con flúor.
- Evitar el uso de suplementos fluorados en tabletas, compuestos vitamínicos, etc.
- Sustituir el agua de abastecimiento público por agua embotellada, comprobando que en el etiquetado correspondiente no se realiza advertencia sanitaria alguna sobre el contenido en flúor, o en su caso, que la concentración de flúor se encuentra por debajo de los 1,5 mg/l, tanto para el agua de bebida como para la elaboración de alimentos en las niñas y niños menores de 8 años.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LA PERSONA DIABÉTICA

La diabetes mellitus es una de las patologías más frecuentes a las que se enfrentan los y las odontólogos en la clínica diaria. Su importancia radica en la posible aparición de complicaciones agudas que por su gravedad suponen un riesgo inmediato para la vida de la persona diabética y complicaciones crónicas que afectan a diversos órganos, de modo que estas personas pueden presentar nefropatía, hipertensión, cardiopatía isquémica enfermedad cerebrovascular, arteriosclerosis.

Para un mejor conocimiento del estado de la persona diabética es importante que acuda a consulta aportando medicación actual y los controles de las glucemias/glucosurias/hemoglobinas glicosiladas recientes.

Criterios a seguir:

- En pacientes diabéticos bien controlados: pueden ser tratados como una persona no diabética.
- En pacientes sin un buen control metabólico: lo deseable sería mejorar en lo posible su control glucémico, en coordinación con su UAF de referencia.
- Y en general, se debe informar y educar a todas las personas diabéticas para que no modifiquen sus hábitos alimenticios ni su pauta de tratamiento antes de la intervención odontológica.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON COAGULOPATÍAS Y CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE. PAUTAS DE ACTUACIÓN

En odontología los y las pacientes con dificultades en la hemostasia constituyen un serio riesgo en un tratamiento dental de carácter quirúrgico.

○ **Consideraciones en pacientes en tratamiento con anticoagulantes**

Cada paciente debe ser evaluado individualmente de acuerdo con la gravedad del trastorno. Por ello a la hora de planificar el tratamiento odontológico se debe consultar con su hematólogo/a y/o con el o la facultativa que haya prescrito el anticoagulante, indicando en el informe correspondiente si es necesario o no suspender o reducir la administración del fármaco, y la pauta recomendada previamente a la práctica de la exodoncia.

○ **Recomendaciones durante el tratamiento odontológico**

- Trataremos previamente las infecciones agudas y aminorar la inflamación.
- Comprobación del Ratio Internacional Normalizada (INR), debe estar en el rango adecuado para la realización del tratamiento quirúrgico. Se recomienda conocer el INR al menos en las 24 horas previas de la intervención.
- Tratamiento profiláctico de la endocarditis infecciosa si fuese necesario.
- Técnica quirúrgica lo más atraumática posible.
- Evitaremos en lo posible las infiltraciones anestésicas tronculares, (preferiblemente anestesia intraligamentosa).
- Aplicaremos medidas hemostáticas locales:
 1. Irrigación intraoperatoria de la zona cruenta con el contenido de una ampolla de 500 mg de un antifibrinolítico: (ácido tranexámico (TXA) o ácido épsilon – aminocapróico (AECA).
 2. Sutura de la herida, se recomienda utilizarla reabsorbible.
 3. Si se produce un sangrado excesivo, habrá que realizar un relleno con material hemostático reabsorbible.
 4. Compresión con una gasa empapada en un antifibrinolítico 20 minutos
 5. Enjuagues con antifibrinolítico cada 6 horas al menos 2 días durante dos minutos sin ingerir el contenido de la ampolla. Se evitará comer o beber en la hora siguiente a los enjuagues. El mejor conocido es el ácido tranexámico al 4.8-5% (Amchafibrin®), cuatro enjuagues al día de 10 ml. durante 2 minutos. Una al-

ternativa, es el ácido épsilon-aminocapróico (Caproamin®) al 25%, en enjuagues de 5-10 ml.

○ **Medidas tras el tratamiento odontológico**

- Se prescribirá dieta líquida y fría durante las primeras 24-48 horas.
- En caso de que exista riesgo de infección postoperatoria se pautarán antibióticos.
- Si la cicatrización es correcta se revisará al o a la paciente a los 3 ó 4 días y seguirá su pauta normal de anticoagulación
- En cuanto a la analgesia utilizaremos paracetamol y/o un opiáceo suave del tipo de la codeína. En la medida de lo posible, se evitará el uso de AAS u otros AINES por el evidente incremento de riesgo de sangrado.
- Las hemorragias pueden ocurrir durante el tratamiento o inmediatamente después, pero generalmente ocurren más tarde, entre el 1º y 5º día postintervención. Se aplicarán las medidas hemostáticas locales señaladas anteriormente.

○ **Consideraciones en pacientes en tratamiento con antiagregantes plaquetarios**

1. Antiagregación simple
 - No se debe interrumpir de forma sistemática el tratamiento con antiagregantes plaquetarios (AGP) en todo paciente sometido a intervención dental con riesgo de sangrado. Aunque es posible un aumento del sangrado postoperatorio en los tratados con AAS, éste puede ser controlado eficazmente mediante la aplicación de medidas hemostáticas locales adecuadas (compresión, suturas, etc.).
 - De acuerdo con las evidencias disponibles parece que el riesgo de sangrado persistente, en pacientes tratados con AAS es débil, independientemente de las dosis utilizadas. En cualquier caso dicho riesgo no parece superar los riesgos de la interrupción del tratamiento con AAS.
 - En relación al resto de los AGPs, y teniendo en cuenta el importante número de intervenciones dentales que se realizan, no se dispone de ninguna evidencia clínica sólida, ni comunicaciones de casos, que apoye la existencia de un riesgo de sangrado particularmente elevado.
2. Antiagregación doble.
 - La doble antiagregación (AAS + clopidogrel) se usa como complemento a la colocación de un Stent (normalmente durante un mes para los convencionales y de un año para los recubiertos), para evitar el riesgo de trombosis. Estos son los tiempos que tarda en producirse el proceso de endotelización, de

manera que el dispositivo queda excluido del contacto con la sangre; un mes en los convencionales y un año en los recubiertos. (Los Stent convencionales, disminuyen algo la cifra de reestenosis (se presenta en 25-30%) y durante un mes tienen riesgo de trombosis; los recubiertos, disminuyen mucho la cifra de reestenosis (se presenta en 10% de pacientes) pero mantienen el riesgo de trombosis durante un año).

- En estos casos, la suspensión de uno de los antiagregantes, trae consigo un aumento importante del riesgo de trombosis. El manejo inadecuado de estos fármacos, nos puede llevar a situaciones de gravedad.
- En estos y estas pacientes, el riesgo de sangrado quirúrgico es muy importante.
- El manejo de estas y estos pacientes debe pasar por demorar el procedimiento el tiempo necesario, o realizar el tratamiento quirúrgico en ámbito hospitalario.

○ Consideraciones en pacientes con enfermedades hematológicas

En pacientes con hemofilia, enfermedad de Von Willebrand, trombocitopenia y otras diátesis hemorrágicas, todas las consideraciones vistas anteriormente, en cuanto a extremar las medidas de profilaxis de sangrado durante y después del acto quirúrgico, son aquí igualmente válidas. No obstante, debe quedar claro que en este tipo de trastornos, es ineludible contar con la valoración y colaboración del o de la hematólogo.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES IRRADIADOS EN CABEZA Y CUELLO. PAUTAS DE ACTUACIÓN

La irradiación terapéutica de los tumores de cabeza y cuello consigue buenas tasas de supervivencia pero no está exenta de efectos secundarios y secuelas no deseadas en la cavidad oral.

Estas complicaciones según su cronología (Riobo 1994) se clasifican en:

- inmediatas: mucositis, disgeusia, glosodinia, xerostomía.
- a medio plazo: caries, trismo, disfagia, necrosis mucosa.
- a largo plazo: osteorradionecrosis, alteraciones del desarrollo del germen dental y del crecimiento óseo y endarteritis obliterante carotídea.

El tratamiento de estas complicaciones es preventivo, paliativo y multidisciplinar, en el cual el o la odontólogo des-

empeña una labor fundamental en colaboración con el o la radioterapeuta y la o el oncólogo.

Existen tres fases claramente diferenciadas en cuanto a las medidas de prevención y tratamiento: antes, durante y después de la radioterapia. Por ello, organizaremos las pautas de actuación recomendadas en tres protocolos diferentes.

○ Normas básicas generales.

• Antes de la radioterapia

1. Realizar una anamnesis y una exploración completa del o de la paciente (intra y extraoral así como la palpación de las cadenas ganglionares).
2. Interconsulta con el o la radioterapeuta y oncólogo/a para conocer las características del tratamiento que va a recibir.
3. Ortopantomografía y radiografías intraorales para valoración del estado bucodentario.
4. Recomendar un plan de tratamiento prerradioterapia:
 - a. Instaurar un plan exhaustivo de higiene oral y aplicación de fluoruros (cubetas individuales)
 - b. Según el estado oral y el tipo de paciente (clasificación de Daly)
5. Recomendaremos: Tartrectomía, tratamiento conservador en aquellos dientes con un grado de supervivencia aceptable, endodoncias en dientes sin patología periapical, modificar o ajustar prótesis removibles, etc.
6. Realizar extracciones dentales en dientes inviábiles y con enfermedad periodontal severa al menos 15 ó 20 días antes de la radioterapia, técnica quirúrgica atraumática con alveoloplastia, cierre hermético con sutura, anestesia sin vasoconstrictor, no usar técnicas anestésicas intraligamentosas, respetar el periostio, cobertura antibiótica si lo requiere y enjuagues con clorhexidina antes y después de la exodoncia.

• Durante la radioterapia.

1. Mantener la pauta profiláctica en higiene oral, el uso de fluoruros, recomendar dieta anticariogénica blanda y pobre en hidratos de carbono.
2. Tratamiento sintomático de las lesiones orales sobre todo de las mucositis.
3. Retirar el uso de las prótesis removibles.
4. No realizar ninguna técnica quirúrgica bucal (extracciones, cirugía oral, cirugía periodontal).
5. En caso de pulpitis o absceso: tratamiento pulpar, tratamiento farmacológico y enjuagues con clorhexidina.

• Después de la radioterapia

- Recomendaciones generales:
 1. Controlar al o a la paciente cada 2 ó 3 meses, reforzando la higiene oral y el uso de fluoruros al menos hasta seis meses.
 2. No se deben realizar extracciones dentales, siempre es preferible el tratamiento conservador, al menos en un año, teniendo presente que el riesgo de osteorradionecrosis es por tiempo indefinido.
 3. Durante tres meses se recomienda no llevar prótesis completas y removibles mucosoportadas para evitar úlceras y posibles necrosis óseas, aunque hay autores que sugieren mínimo un año.
- Tratamiento odontológico individualizado:
 1. Tratamiento paliativo de las complicaciones descritas anteriormente (mucositis, hiposialia, pérdida del gusto, infecciones secundarias (candidiasis, herpes simple...) etc.
 2. Tratar la hiperestesia dentinaria si aparece.
 3. Se recomienda ajustar las prótesis dentales al relocalizarlas.
 4. Se recomendará realiza las obturaciones necesarias.
 5. Prevenir la osteorradionecrosis y tratar las lesiones incipientes.
 6. Revisiones postradioterapia recomendadas:
 - a. a las tres semanas
 - b. a los 6 meses
 - c. cada 6 meses tras el primer año durante 2 años
 7. Ortopantomografía de control por lo menos los dos primeros años, siempre bajo criterio odontológico de la USBD.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES HIPERTENSOS. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Un o una paciente hipertensa bien controlada no supone un riesgo especial en clínica, aunque debido a situaciones de estrés que pueden producirse en la misma, hay que tener presentes las siguientes consideraciones:

Preguntaremos si existen antecedentes personales de hipertensión. En estos casos necesitaremos saber:

- Cuál es el control de dicha hipertensión (si no reciben tratamiento adecuado o no lo toman de forma habitual).
- Cuáles son los medicamentos para el control de la misma (interacciones con los vasoconstrictores - Antidepresivos tricíclicos, IMAO, bloqueantes...).

- En pacientes de riesgo, puede ser útil el control basal de las cifras tensionales antes del procedimiento dental.
 - Hay cifras de normalidad (<140/90mm/hg) o se encuentran en un margen de HT leve (140-160/90-100mm/hg), se podría proceder a tratamiento dental.
 - Si persisten, tras una segunda toma, cifras de TA significativamente elevadas de manera moderada con sistólicas entre 160-180mm/hg y diastólicas entre 100 y 110mm/hg (HT moderada), se debe posponer la intervención odontológica y derivar al o a la paciente para valoración a su médico o médica de cabecera.
 - Si encontramos cifras tensionales sistólicas por encima de 180 mm/hg y/o diastólicas por encima de 110 mm/hg (HT severa), se debe remitir de manera urgente. En todo caso, debe individualizarse en cada situación, en función de las características del o de la paciente y del tipo de intervención que se va a realizar.
- Valorar la necesidad de ansiolíticos previos al tratamiento dental, usando para estos casos benzodiacepinas (estos pacientes sufren mayores aumentos tensionales ante la ansiedad que uno normotenso).
- Utilizaremos buena técnica anestésica:
 - a) Los mayores aumentos de la T.A., ocurren durante el tratamiento quirúrgico o conservador dental sin una correcta anestesia en la zona.
 - b) Se puede usar anestésicos con vasoconstrictor para evitar cualquier sensación dolorosa que induzca la liberación de adrenalina endógena. Parece que el uso de vasoconstrictores con el anestésico no modifica las cifras tensionales, que si lo hacen por el estrés y el dolor.
 - c) No obstante, parece prudente no sobrepasar la dosis de dos carpules de anestésico con vasoconstrictor por los cambios hemodinámicos que con toda probabilidad produce la adrenalina (máximo de 2 carpules). Se debe proceder a administrar lentamente y con aspiraciones continuas para evitar administración intravascular. Si se precisa más anestesia, usarla sin vasoconstrictor.
- Durante el tratamiento, evitaremos cambios posturales rápidos (hipotensión ortostática asociada a algunos hipotensores).
- En caso de emergencia hipertensiva, si es necesario, se puede usar captopril (25 mg y repetir a los 30 min. si procede). En la actualidad, cada vez se preconiza más el provocar descensos muy lentos de la T.A., por lo que el fármaco más indicado en la actualidad es el captopril a dosis bajas. Hay que evitar descensos bruscos.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA PREVENCIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Los procedimientos odontológicos recomendados en los que se debe considerar la profilaxis de la endocarditis bacteriana son las extracciones dentales, procedimientos periodontales, tartrectomía con sangrado, colocación de bandas infragingivales, inyección intraligamentosa de anestésicos y en general las maniobras bucodentales que conlleven sangrado.

Los procesos infecciosos dónde está indicada la profilaxis de la endocarditis bacteriana son los siguientes:

ALTO RIESGO:

- portadores de prótesis cardíacas valvulares (incluidas bioprótesis y homoinjertos)
- cardiopatías congénitas cianóticas
- ductus arterioso permeable
- comunicación intraventricular

- coartación aórtica
- insuficiencia y/o estenosis mitral
- insuficiencia y/o estenosis aórtica
- lesiones intracardiacas operadas con anomalías hemodinámicas residuales
- cortocircuitos sistémicos o pulmonares con corrección quirúrgica
- antecedentes de endocarditis bacteriana

RIESGO MODERADO:

- estenosis mitral aislada
- 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 en los primeros seis meses tras la intervención

Pautas preventivas (recomendadas por la Sociedad Americana de Cardiología European Society of Cardiology (ESC 2004) y Sociedad Española de Cardiología).

Profilaxis estándar	Amoxicilina	Adultos: 2 g; niños: 50 mg/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 Azitromicina/Claritromicina	Adultos: 600 mg; niños: 20 mg/kg oral 1 h antes del procedimiento Adultos 500 mg (niños 15 mg/kg) 1 h antes del procedimiento
Alérgica a penicilina e intolerancia a la vía oral	Clindamicina	Adultos: 600 mg i.v.; niños: 20 mg/kg i.v. 30 min. antes del procedimiento

CRITERIOS A SEGUIR EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍAS. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Las tres grandes complicaciones en un o una paciente con una hepatopatía son:

- el contagio para el personal sanitario o en forma de infección cruzada para el resto de los pacientes (sobre todo las hepatitis víricas).
- la posibilidad de producirse hemorragias en casos de disfunción hepática importante.
- la disfunción metabólica que incrementa el riesgo de toxicidad farmacológica.

En caso de sospechar una patología hepática grave, remitiremos al o a la especialista al paciente para consultar sobre el estado actual de la enfermedad, las alteraciones secundarias a la hepatopatía, medicación actual y posible interacción de fármacos de prescripción odontológica habitual.

En caso de un o una paciente con síntomas de hepatitis aguda, no debe ser tratado sin previa consulta médica; y en caso de urgencias, se establecerá un plan de tratamiento en consenso con especialista.

● Prevención de riesgo de hemorragias

Es posible que una persona con hepatitis crónica persistente evolucione a una insuficiencia hepática o cirrosis, que a su

vez puede descompensarse y empeorar la salud de la persona.

Debemos explorar en busca de hemorragias gingivales, petequias o hematomas que puedan alertar de una hemostasia deficiente. Los parámetros de determinación son INR o tiempo de protrombina, recuento de plaquetas, recuento de hematíes, enzimas hepáticos ALT y AST, su incremento sugiere daño hepático y dificultad para el metabolismo de los fármacos.

Se recomienda minimizar el uso de fármacos de metabolismo hepático, ajustar las dosis y consultar con el médico del o de la paciente en caso de duda.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA ATENCIÓN ONDONTOLÓGICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Los dos grandes síndromes por los que se llega a la insuficiencia renal son el S. Nefrótico (edema, tromboembolismo, insuficiencia cardíaca...) y el S. Nefrítico (hematuria, HTA...), cuadros agudos que no se nos presentan en consulta en la fase aguda (pacientes hospitalizados...) pero que tras ese proceso, con su tratamiento de fondo, con mejor o peor control de su proceso de base sí se nos pueden presentar con algún grado de Insuficiencia Renal Crónica (IRC).

En cualquier caso, además de en función de su proceso de base, hemos de tratarlo considerando el grado de insuficiencia renal.

Entendemos por IRC a la pérdida lenta y progresiva de nefronas que condiciona una reducción del filtrado glomerular e incapacidad para mantener la homeostasis normal.

La prueba base para el estudio de la función renal es el aclaramiento de creatinina que se puede calcular de dos maneras:

- a) Idealmente, en orina de 24 h. y aplicando la siguiente fórmula:

$$Ccr = \frac{Ucr \text{ (mg./dl)} \times \text{Vol orina mli/min}}{Pcr}$$

Las cifras normales de volumen de filtrado son:

- En el hombre: 125 ml/min ± 25
- En la mujer: 95 ml /min ± 20

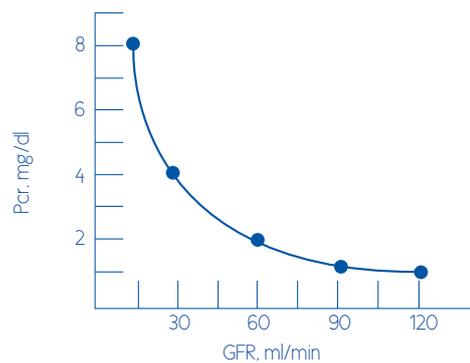
- b) Solo en plasma, si no disponemos de la prueba anterior. A partir de la creatinina plasmática, peso del o de la paciente y su edad (Ecuación de Cockcroft Gault), se puede calcular aproximadamente:

$$\frac{(140 - \text{edad en años}) \times \text{peso en kilos x}}{\text{Creatinina sérica (mol/L)}}$$

Corregido (♂ : x 1.23 y ♀ x 1.04)

De forma general se considera que es de 100 ml/min (el 100% de filtrado)

El valor de la creatinina plasmática tiene una relación con el aclaramiento de creatinina (o lo que es lo mismo, con el volumen de filtrado glomerular o con la función de filtración renal) que origina una curva del tipo que describimos a continuación.



Cuando el aclaramiento de creatinina está en 120 ml/min (o en general en 100), la creatinina plasmática está por debajo de 1 mg./ml

Si un o una paciente pasa de una creatinina plasmática de 1 a 2 mg., significa que el filtrado glomerular ha disminuido al 60%, por lo que se ha perdido un 40% de la función renal.

Una creatina plasmática entre 2 y 3 mg., significa que casi un 60 -70% de la función de filtración renal está perdida.

Cifras de entre 4 y 18 casi cursan sin variaciones de la función renal (no significativas).

De manera general:

- Creatinina plasmática de 1 mg/dl, nos dan una función renal normal.
- Creatinina plasmática de 2 mg/dl, debemos tener actitud expectante

- Creatinina por encima de 4 mg/dl, paciente en insuficiencia renal (NO se puede tratar en consulta).
- Paciente que en poco tiempo pasa de 2 a 3 mg/dl, significa que ha sufrido una gran pérdida de la función renal, por lo que se remitirá a la mayor brevedad a su médico o médica (pérdida muy importante de la función).

Nuestro medio es uno de los más prevalentes de nuestro país en IRC, y entre las causas encontramos la Diabetes (30%), HTA (25% de las IRC), Glomerulonefritis (GMN) crónica (15%), Enf. Urológicas (6%) y otras.

Habitualmente es asintomática en las primeras fases (dependiendo de la enfermedad de base), con caída progresiva del filtrado y aumento de la creatinina plasmática.

Inicialmente las nefronas sanas van compensando a las enfermas, en un proceso lento, de años de evolución, y con pérdidas de hasta el 50% (periodo de compensación completa).

A partir de filtraciones menores al 50%, ocurre lo que se denomina retención compensadora, con síntomas leves o incluso asintomáticos, pero con algunas pruebas de laboratorio alteradas (anemia, astenia, hematocrito...) y progresivamente hasta filtrados de 10% con alteraciones como aumento progresivo de la urea, hiperpotasemia, hipernatremia, poliuria, mayor retención, edemas... hasta concluir con un cuadro florido de uremia que lleva a la clínica florida y posterior requerimiento de diálisis.

Clinica:

- Piel: color urémico pajizo, prurito.
- Respiratorio: edema pulmón, derrame pleural...
- CV: HTA, insuficiencia cardíaca, pericarditis, trast. EKG.
- Digestivo: fétor urémico, estomatitis, anorexia, vómitos, gastritis, diarrea.
- Neurológico: neuropatía, alteraciones psíquicas, convulsiones, coma, ACV.
- Endocrino/metabólico: hiperparatiroidismo 2º, hipogonadismo, resistencia a la insulina (RI), hiperlipemia.
- Sangre: anemia (alt. eritropoyetina y a veces déficit de Fe), coagulopatías (alt. adhesividad y agregación plaquetaria), inmunodeficiencia.
- Óseo: osteomalacia, osteoesclerosis, osteoporosis.

Como pautas generales:

1. Mucha atención con las creatininas plasmáticas entre 1 – 2 mg/dl. (IRC leve o moderada compensada, aclaramientos del 50%). Si está diagnosticado, tratado y con informe del nefrólogo o de la nefróloga, se pueden tratar en consulta.

2. No tratar a pacientes con creatininas > 2 mg/dl (compensación precaria). En fases previas a la diálisis, la situación de compensación es muy precaria, por lo que en situaciones de estrés, o por efecto de la NA asociada a la anestesia local pueden ser causa de descompensación (replantearse el momento del tratamiento).
3. En el caso de pacientes dializados/as, lo ideal para tratamientos no muy agresivos (obturaciones, extracciones no complejas...) sería proceder tras la diálisis o en día posterior a la misma. El peor momento para tratar a estos pacientes sería antes de la diálisis (peores constantes plasmáticas). En caso de tratamientos más agresivos, probablemente precise ámbito hospitalario.
4. De manera general :
 - Estudio de la coagulación (recuento plaquetario, TTPA, T. de Protrombina). En caso de sangrado excesivo usaremos las medidas de control habituales (compresión, sutura, hemostáticos tópicos, una gasa embebida en un antifibrinolítico...).
 - Estudio del hematocrito y la tasa de hemoglobina
 - No se requiere profilaxis antibiótica (excepto en fistulas quirúrgicas para diálisis).
 - Control de la HTA.
 - Control de los fármacos usados (evitar fármacos nefrotóxicos y ajustar los que su eliminación dependa del funcionalismo renal) (ver más adelante).
5. Especial cuidado con las y los pacientes trasplantados, bajo tratamiento con inmunosupresores y corticoides. Requerir interconsulta al servicio de nefrología correspondiente.

Considerar la posibilidad de profilaxis antibiótica por la posibilidad de la fistula quirúrgica para la hemodiálisis, y la plaquetopenia y anticoagulación habitual de estos y estas pacientes.

○ **Uso de fármacos en la insuficiencia renal**

El uso de fármacos puede comportar problemas especiales en pacientes con insuficiencia renal (IR).

Causas:

1. La incapacidad para excretar un fármaco que se elimina por el riñón puede dar lugar a su acumulación o a la de sus metabolitos en caso de administración repetida.
2. En las nefropatías asociadas a albuminuria se pueden producir efectos farmacológicos más intensos por la disminución de la capacidad de fijación a las proteínas plasmáticas y de aumento de la fracción libre circulante del fármaco.
3. En caso de IR los efectos de algunos fármacos pueden disminuir (diuréticos tiazídicos).
4. Especial sensibilidad a fármacos nefrotóxicos.

Consideraciones en caso de usar fármacos:

1. En primer lugar promover la administración de un fármaco alternativo, cuya eliminación no dependa del funcionalismo renal.
2. Hay que evitar el uso de fármacos nefrotóxicos siempre que sea posible, ya que las consecuencias de la toxicidad renal son mayores cuando la función renal está ya previamente alterada.
3. Hay que ajustar las dosis (reduciendo las dosis de mantenimiento o alargando los intervalos de dosificación, o bien ambas cosas a la vez) en las siguientes situaciones de IRC:
 - Cuando la proporción del fármaco que se suele excretar en forma inalterada por la orina es mayor del 50%.

- Cuando el grado de afectación del funcionalismo renal es profundo, con valores de la depuración de creatinina menores de 50 ml/min.
- Cuando el margen terapéutico del fármaco es estrecho (diferencia entre las concentraciones terapéuticas y las tóxicas pequeña).

En la tabla se dan orientaciones para el ajuste de las dosis de algunos fármacos en caso de insuficiencia renal, según el valor del aclaramiento de la creatinina o creatinina plásmática, sabiendo que pacientes de edad avanzada pueden tener un aclaramiento de la creatinina inferior a 50 ml/min sin presentar una cifra de creatinina sérica alterada.

FÁRMACO	ELIMINACIÓN	DOSIS FR NORMAL	MÉTODO AJUSTE DE DOSIS	AJUSTE EN CASO DE IR SEGÚN EL VALOR DEL FILTRADO GLOMERULAR (mL/min)		
				>50 mL/min	10-50 mL/min	<10 mL/min
Antimicrobianos						
Eritromicina	H (R)	250-500 mg/6-12 h	D	100 %	100 %	50-75 %
Claritromicina	H (R)		D	100 %	75 %	50-75 %
Amoxicilina	R (H)	500 mg/8 h	I	8 h	8-12 h	12 h
A. Clavulánico	R (H)		D	100 %	75 %	75 %
Penicilina G	R (H)	0,5-4 mill U/6 h	D	100 %	75 %	25-50 %
Ciprofloxacino	H (R)	500-750 mg/12 h	D	100 %	50 %	33 %
Norfloxacino	H (R)	400 mg/12 h	I	12 h	12-24 h	24 h
Doxiciclina	H (R)	100-200 mg/24 h	D	100 %	100 %	100 %
Tetraciclina	R (H)	250-500 mg/6 h	I	6-8 h	12-24 h	Evitar
Clindamicina	H	150-300 mg/6 h	D	100 %	100 %	100 %
Metronidazol Vancomicina*	H (R) R (H)	7,5 mg/kg/6 g 1 g/12 h	D I	100 % 12-24 h	100 % 2-7 d	50 % 7-10 d
Antifúngicos						
Fluconazol	R	50-200 mg/día	D	100 %	50 %	25 %
Ketoconazol	H	200-400 mg/día	D	100 %	100 %	100 %

Antivíricos						
Aciclovir	R	5 mg/kg/8 h	D I	5 mg/kg 8-12 h	5 mg/kg 12-24 h	2,5 mg/kg 24 h
Ganciclovir	R	2,5 mg/kg/8 h	I	8-12 h	24 h	48-96 h
Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE)						
Acido acetilsalicílico AAS	H (R)	650 mg/4 h	I	4 h	4-6 h	Evitar
Codeína Morfina Meperidina	H		D	100 %	75 %	50 %
Paracetamol	H	650 mg/4 h	I	4 h	6 h	8 h
Ibuprofeno, Naproxeno	H (R)		D	100%	100%	100%
Cardiotónicos						
Digoxina*	R (H)	0,25-0,5 mg/día	I	24 h	24 h	48 h
Hipotensores						
Atenolol	R	50-100 mg/día	D	100 %	50 %	25 %
Captopril	R (H)	25-50 mg/8 h	D I	100 %	75 %	50 %
Otros						
Cimetidina	R	400 mg/12 h	D	75-100 %	50-75 %	25-50 %
Omeprazol	H	20-40 mg/día	D	100 %	100 %	100 %
Ranitidina	R	150-300 mg/día	D	50-100 %	50 %	25 %
Corticoides (3)	H		D	100%	100 %	100 %
Clorfeniramina	H		D	100%	100 %	100 %
Difenhidramina	H		I	6	6-9	9-12
Alprazolam	H (R)		D	100%	100 %	100 %
Diacepam	H		D	100%	100 %	100 %

(*) Fármacos que precisan monitorización plasmática por su escaso margen terapéutico.

Eliminación predominante: H: hepático; R: renal. La letra entre paréntesis indica eliminación menos importante pero significativa.

Las dosis indicadas y los ajustes propuestos son meramente orientativos.

Método de ajuste de dosis: I: intervalo de dosis; D: reducción de dosis. 100%= no variar dosis (no precisa cambio)

(3) Pueden agravar la uremia y producir retención de Na, edemas e HTA

DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES POR BISFOSFONATOS. RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL (SECOM)*

**Este documento ha sido elaborado por el Prof. Dr. Junquera LM y aprobado el día 22 de mayo del 2008 por la Comisión Científica de la SECOM, compuesta por los Dres. Acero J, Burgueño M, de Vicente JC, Martín-Granizo R, Santamaría J, Infante P, Raspall G. y López Cedrún JL.*

○ Introducción

Los bisfosfonatos (BFN) se usan en el tratamiento de diversas patologías como las lesiones osteolíticas asociadas a metástasis óseas o al mieloma múltiple, la hipercalcemia maligna, la enfermedad de Paget y la osteoporosis. Es importante para el clínico conocer los diferentes tipos de aminobisfosfonatos comercializados, así como su potencia relativa (Tabla I).

La constatación en la pertinente historia de salud del uso de alguno de estos fármacos, constituye el punto de partida de todas las medidas de diagnóstico y profilaxis de la osteonecrosis de los maxilares en relación con el empleo de bisfosfonatos (ONRB).

En la actualidad se podría hablar, al menos académicamente, de dos entidades con diferentes grados de información científica: las osteonecrosis en relación con la administración intravenosa de estos medicamentos y las osteonecrosis en relación con la administración oral de los mismos. Para el primer grupo las estrategias de prevención y tratamiento empiezan a estar consolidadas, mientras que para el segundo se precisará de una mayor documentación científica para alcanzar este objetivo. En la **Tabla II** se recogen las principales diferencias entre estas dos entidades.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo que se relacionan con la presentación de las ONRB pueden simplificarse de la siguiente manera:

1. Pacientes con mieloma múltiple (MM) tienen el mayor riesgo de presentación de ONRB, que se incrementa un 9% por cada década que aumente la edad. En segundo lugar estarían las pacientes con cáncer de mama.
2. Pacientes con tratamiento concomitante con corticosteroides, parecen tener un mayor riesgo de osteonecrosis.

3. La vía intravenosa en pacientes oncológicos, los bisfosfonatos de mayor potencia (ácido zoledrónico), y un mayor tiempo de empleo y/o dosis se asocian con una mayor frecuencia de presentación de ONRB.
4. Las osteonecrosis suelen presentarse en pacientes que han tomado bisfosfonatos orales durante más de tres años, con un tiempo medio de consumo de 5,6 años (rango: 3,3-10,2 años). En cambio, el tiempo de utilización de pacientes con osteonecrosis en relación con los bisfosfonatos intravenosos puede ser inferior a 1 año (9,3 meses para el ácido zoledrónico y 14,1 meses para el pamidronato).
5. En las osteonecrosis en relación con los aminobisfosfonatos intravenosos los antecedentes de cirugía dentoalveolar multiplican por siete la posibilidad de presentación de ONRB, mientras la presencia de patología inflamatoria (dental o periodontal) incrementa en el mismo porcentaje esta posibilidad.
6. En las osteonecrosis en relación con aminobisfosfonatos orales, mucho más infrecuentes, el 50% de los casos se presentan espontáneamente (sin antecedentes de cirugía dentoalveolar), localizándose mayoritariamente en los segmentos posteriores de la mandíbula.
7. Los efectos de los aminobisfosfonatos intravenosos sobre el hueso pueden persistir incluso 10 años después de suspendido el tratamiento.
8. La utilización de aminobisfosfonatos intravenosos para las indicaciones clásicas de los orales (osteoporosis, prevención de fracturas de cadera y vertebrales: Zometa, 5 mg una dosis anual, durante tres años), parece tener el mismo comportamiento con respecto a las osteonecrosis que el empleo de bisfosfonatos orales.
9. Otros tratamientos o enfermedades concurrentes (diabetes, tabaco, alcohol, higiene oral, quimioterapia...), pueden suponer un incremento en el riesgo.

○ Objetivos

- a. Facilitar el diagnóstico clínico y complementario de las osteonecrosis por bisfosfonatos por parte de los y las especialistas de la salud oral (Cirujanos/as orales y maxilofaciales, odontólogos/as y estomatólogos/as).
- b. Explicitar las medidas preventivas más apropiadas para limitar el número de casos de esta patología, a la luz de los conocimientos actuales.
- c. Detallar la forma de tratamiento más reconocida para los diferentes estadios de la osteonecrosis, una vez establecida.
- d. Proporcionar un documento para la buena praxis médica y odontológica en pacientes que padecen esta enfermedad o estén en riesgo de sufrirla.

○ Criterios diagnósticos. Definición de caso

Al objeto de diferenciar la osteonecrosis de los maxilares en relación con bisfosfonatos (ONRB) de otras patologías que cursen con exposiciones óseas y retrasos en la cicatrización de los procesos alveolares, se deben de tener en cuenta los siguientes criterios de diagnóstico e inclusión:

Criterios Clínicos

- Paciente que ha recibido, está recibiendo o recibió bisfosfonatos intravenosos u orales sin antecedentes previos de radioterapia en el territorio maxilofacial. La existencia de un antecedente previo de radioterapia cervico-facial conllevará un diagnóstico diferencial comprometido entre una osteonecrosis física, química o mixta.
- Presencia de una o varias lesiones ulceradas con exposición ósea en el maxilar superior y/o la mandíbula de más de ocho semanas de evolución (AAOMS, 2006).
- Esta exposición ósea puede ser asintomática y auto-limitada en su tamaño, o acompañarse de dolor, aumento en su extensión y formación de sequestros óseos.
- Algunos casos de ONRB pueden presentarse sin una exposición ósea franca, predominando el dolor de origen no filiado, con o sin pequeñas fistulas orales.

Pruebas Complementarias

- Ortopantomografía. Técnica de imagen más utilizada. Puede no aportar información en estadios precoces de la ONRB.
- Tomografía Computarizada (TC). Puede posibilitar un diagnóstico precoz, y definir la verdadera extensión de la osteonecrosis, confirmando también el estadio clínico y, por lo tanto, orientando hacia el tratamiento específico para cada caso.
- La Resonancia Magnética (RM) una técnica complementaria para valorar la afectación del hueso medular y partes blandas.
- Cultivos microbiológicos y antibiograma.

Estudio Histológico. Biopsia

- La biopsia del hueso expuesto se hará obligatoriamente ante la sospecha de que el origen de la lesión guarde relación con la patología que motivó la utilización intravenosa de los bisfosfonatos, de modo primario o metastático, especialmente si se trata de pacientes con antecedentes de mieloma múltiple.
- En pacientes en tratamiento con bisfosfonatos orales se deberá hacer una biopsia ante la mínima sospecha clínica de que se trate de un carcinoma epidermoide oral, de acuerdo con las indicaciones habituales en estos casos.

○ Prevención de la patología bisfosfonatos intravenosos en pacientes oncológicos

Una de las teorías patogénicas del ONRB es el depósito del fármaco en los osteoclastos, que explica por qué la dosis acumulada es un factor de riesgo en relación directa y por qué se puede encontrar ONRB en pacientes que han suspendido el tratamiento hace años. Por otro lado, no se han publicado casos por debajo de los 6 meses de administración del fármaco. Por esto, podríamos considerar que el hueso durante las primeras semanas de tratamiento se comporta como sano, con idéntica capacidad de regeneración. Proponemos por tanto que no se contraindiquen los procedimientos invasivos que puedan ser necesarios durante los primeros 3 meses. Hay que tener en cuenta que la situación clínica de base de estos pacientes hace necesario el inicio inmediato del tratamiento por lo que este no podría diferirse por aplicar las medidas preventivas (hipercalcemia maligna, mieloma, metástasis osteolíticas...).

Antes y durante los tres primeros meses de la administración del tratamiento intravenoso (AAOMS, 2007)

- Los diferentes especialistas (oncólogos/as, hematólogos/as, ginecólogos/as, urólogos, etc.) deberían informar al o a la paciente y su entorno sobre la importancia del mantenimiento de la salud oral con relación al tratamiento y solicitar una valoración del o de la paciente por parte del o de la especialista en cirugía oral y maxilofacial o del odontólogo/a o estomatólogo/a, antes del inicio del tratamiento.
- El o la especialista en salud oral deberá diagnosticar la existencia de focos infecciosos, tanto dento-alveolares como periodontales, presentes o futuros y recomendar y proceder a su inmediato tratamiento. Si precisara la realización de exodoncias deberá empezar su plan de tratamiento con este acto quirúrgico, al objeto de generar un intervalo de tiempo prudencial (15-20 días) entre la exodoncia y la primera administración intravenosa del bisfosfonato. Deberán ser exodonciados los dientes con un pronóstico incierto.
- Respecto a la colocación de implantes intraóseos, no hay una recomendación explícita que lo contraindique ni case reports en que se demuestre asociación entre un implante correctamente osteointegrado y ONRB. No se recomienda la colocación de implantes antes de la administración IV de bisfosfonatos si se espera que no haya finalizado el periodo de osteo-integración en ese momento.
- El o la dentista deberá realizar todos los tratamientos no invasivos apropiados para alcanzar un buen nivel de salud oral, informando al o a la paciente y a su entorno sobre la importancia de este objetivo como principal medida profiláctica de la ONRB. Estos tratamientos conserva-

dores pueden realizarse durante la administración del bisfosfonato.

- El o la dentista deberá evaluar y corregir la posible existencia de traumatismos protéticos, especialmente sobre las superficies linguales de la mandíbula. También debe evaluar y corregir la posible presencia de Ptorus, exóstosis de gran tamaño y otras prominencias óseas en caso de riesgo de futuras complicaciones, especialmente en pacientes con prótesis removibles.
- El o la dentista y el o la especialista médico, bajo cuyo criterio se instaurará el tratamiento intravenoso del aminobisfosfonato, deberán informar y concienciar al o a la paciente sobre los riesgos relacionados con la cirugía dentoalveolar una vez que se ha instaurado el tratamiento, así como sobre la persistencia del riesgo de ONRB durante un largo periodo de tiempo después de su aplicación.

Durante la administración del tratamiento intravenoso (después de los primeros 3 meses de tratamiento)

- Deberá evitarse la realización de cualquier tipo de cirugía oral e implantológica.
- Ante la presencia de un foco infeccioso el tratamiento de los conductos debe ser la primera indicación, procurando un mínimo trauma periapical y periodontal. Valorar cobertura antibiótica.
- El o la dentista deberá controlar periódicamente el estado de salud oral del o de la paciente, manteniendo sus condiciones óptimas. Se recomiendan controles al menos cada seis meses.

Después del tratamiento intravenoso

- Deberá evitarse la realización de cualquier tipo de cirugía oral al menos durante un periodo no inferior a los 10 años de la última administración del bisfosfonato. Aunque es cierto que se ha demostrado la presencia de zoledrónico hasta 12 años después, no hay datos al respecto en la literatura de referencia y este punto permanece controvertido.
- El o la dentista deberá motivar y mantener un riguroso control de la salud oral de la o del paciente, durante largo tiempo.

○ Bisfosfonatos orales o bisfosfonatos intravenosos (zometá) a una dosis anual durante tres años

Antes de la administración del tratamiento oral

- Los y las diferentes especialistas que prescriben el tratamiento deben informar y recomendar a sus pacientes la evaluación de su salud oral antes del inicio del tratamiento.
- Los y las especialistas en salud oral tienen un plazo de 3 años para alcanzar un óptimo estado de salud oral. Du-

rante este periodo se podrá realizar todo tipo de tratamiento quirúrgico y rehabilitador, comenzando por los que requieran un mayor compromiso en el remodelado óseo.

Durante la administración del tratamiento oral

(debido al escaso nivel de evidencia disponible, las recomendaciones referentes a este tipo de administración oral deberán ser actualizadas constantemente)

Pacientes con menos de tres años de tratamiento y sin factores de riesgo:

- Los y las especialistas de la salud oral podrán realizar cualquier tipo de tratamiento quirúrgico y rehabilitador (implantología) que requiera el buen cuidado de su paciente.
- Se deberá obtener un consentimiento informado que añada a los riesgos propios de cada cirugía, la osteonecrosis en relación con la ingesta del bisfosfonato oral.
- Se deberá controlar periódicamente (al menos anualmente) el estado de salud oral.

Pacientes con menos de tres años de tratamiento, con factores de riesgo: administración concomitante de corticoides, edad por encima de los 70 años:

- Sería recomendable, si las condiciones clínicas lo permiten, la suspensión del medicamento durante un periodo de tres meses antes de la realización de cualquier tipo de cirugía oral.
- La reincorporación del tratamiento se realizará cuando la cicatrización de la cirugía efectuada haya concluido. En el caso de la cirugía implantológica se recomienda un plazo mínimo de tres meses.
- La determinación sanguínea en ayunas del telopéptido C-terminal del colágeno tipo I (b-CTX) que rinda valores superiores a 150 pg/mL permitiría realizar cualquier tipo de cirugía con mínimo riesgo y sin la necesidad de suspender el aminobisfosfonato. Sin embargo, este parámetro precisa de mayor evidencia científica para confirmar su validez.
- Aunque es posible que la cirugía en el maxilar superior tenga una significativa menor incidencia de osteonecrosis, esto se encuentra pendiente de una mayor evidencia científica, por lo que no podemos afirmar que las actuaciones agresivas sobre el maxilar no incrementen el riesgo de ONRB en esa localización.
- Se debe obtener un consentimiento informado que añada a los riesgos propios de cada cirugía, la osteonecrosis en relación con la ingesta del bisfosfonato oral.
- Controlar periódicamente (al menos anualmente) el estado de salud oral.

Pacientes con más de tres años de tratamiento, con o sin factores de riesgo:

- Las mismas recomendaciones que en el grupo precedente.

○ **Tratamiento de la patología instaurada**

Estadio 1: exposición de hueso necrótico, asintomática y sin signos de infección

- Cuantificación en milímetros del tamaño de la exposición.
- Sugerir, si fuera posible, la suspensión del aminobisfosfonato por parte del o de la especialista que lo prescribió.
- Pautar enjuagues con colutorio de clorhexidina al 0,12% o al 0,2% cada 12 horas durante 15 días.
- Control evolutivo a los 15 días:
 - Igual o menor tamaño de exposición que en el momento del diagnóstico: mantener la misma pauta durante otros 15 días.
 - Incremento en el tamaño de la exposición, dolor o signos de infección: aplicar el tratamiento de estadio 2.
- Control evolutivo al mes:
 - Mejoría o resolución: sugerir al o a la especialista correspondiente la restauración del aminobisfosfonato si la situación clínica del o de la paciente lo aconseja. Aplicar rigurosamente las normas de prevención.
 - Incremento en el tamaño de la exposición, dolor o signos de infección: aplicar el tratamiento de estadio 2.

Estadio 2: exposición de hueso necrótico, en pacientes con dolor y signos de infección.

Podría incluirse en este estadio a aquellos y aquellas pacientes con proceso doloroso en los maxilares no atribuible a otra causa y con signos radiológicos de osteonecrosis. No se aplicaría en estos casos el punto 1 de las siguientes recomendaciones:

- Cuantificación en milímetros del tamaño de la exposición.
- Recomendar, si fuera posible, la suspensión del aminobisfosfonato por parte del o de la especialista que lo prescribió.
- Pautar enjuagues con colutorio de clorhexidina al 0,12% o al 0,2% cada 12 horas durante 15 días.
- Administrar antibioterapia oral de manera empírica (mientras no se disponga de resultados de cultivo y antibiograma):
 - Primera indicación: Amoxicilina/ácido clavulánico 2.000/125 mgrs. cada 12 horas, durante 15 días. En los protocolos de EEUU: Penicilina VK 500 mgrs. cada 8 horas.

- Pacientes alérgicos a Penicilina: Levofloxacin 500 mgrs. cada 24 horas, durante 15 días. Alternativa: Azitromicina.
- Administrar anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) por vía oral.
- Control evolutivo a los 15 días:
 - Menor tamaño de exposición, desaparición o mejoría del dolor, desaparición de los signos flogóticos: pasar a tratamiento de estadio 1.
 - Persistencia o agravamiento de la sintomatología: mantener la misma pauta de tratamiento durante otros 15 días. Solicitar estudio complementario: TC (aunque se disponga de estudio previo)
- Control evolutivo al mes:
 - Desaparición del dolor, desaparición de los signos flogóticos: pasar a tratamiento de estadio 1. Promover, si la situación clínica lo requiere, la reincorporación del tratamiento con el aminobisfosfonato. Aplicar rigurosamente las normas de prevención.
 - Persistencia o agravamiento de la sintomatología: valorar la necesidad del tratamiento recomendado para el estadio 3.

Estadio 3: exposición de hueso necrótico, en pacientes con dolor, signos de infección y evidencia clínica o radiográfica de secuestro óseo u otra complicación (tal como fracturas):

- Recomendar, si fuera posible, la suspensión del aminobisfosfonato por parte del o de la especialista que lo prescribió.
- Administrar antibioterapia oral y enjuagues con clorhexidina según la pauta recogida en el estadio 2.
- Bajo anestesia local, si fuera posible, eliminar el secuestro óseo incluyendo, si precisara, la exodoncia de los dientes involucrados, irrigación del lecho quirúrgico con clorhexidina 0,2% y cierre del defecto con material reabsorbible.
- Control evolutivo a los 15 días:
 - Evolución favorable: suspender la antibioterapia oral y los antiinflamatorios. Mantener los enjuagues con el colutorio. Aplicar rigurosamente las normas de prevención sobre los dientes remanentes. Control a los 15 días.
 - Evolución desfavorable (incremento en la exposición, dolor intenso, signos de infección): mantener antibioterapia, enjuagues y anti-inflamatorios durante 15 días.
- Control evolutivo al mes:
 - Evolución favorable: promover, si la situación clínica lo requiere, la reincorporación del tratamiento con el aminobisfosfonato. Aplicar rigurosamente las normas de prevención sobre dientes remanentes.
 - Evolución desfavorable: programar nueva cirugía, igualmente conservadora bajo anestesia local.

- En circunstancias graves con fracaso de todas las medidas previas pueden plantearse situaciones complejas en las que puede proponerse cirugía alternativa, siempre lo más conservadora posible:
 - Fractura patológica: legrado tejido óseo necrótico y placa de reconstrucción (evitar injertos)

- Osteonecrosis (ON) hasta borde inferior: resección en bloque y placa de reconstrucción (evitar injertos).
- Fístula extraoral: desbridamiento eliminando áreas de ON que produzcan irritación mucosa. Medidas médicas descritas.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

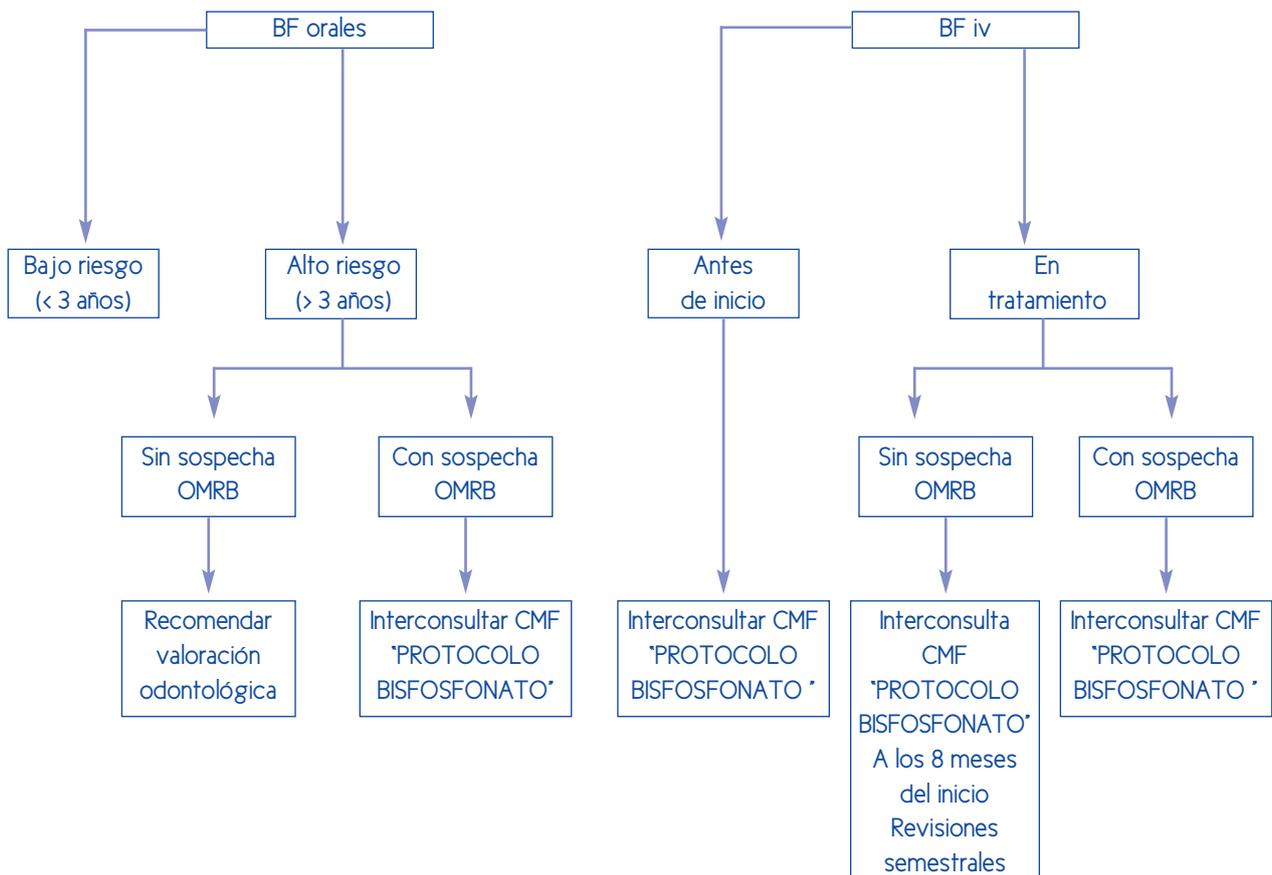


TABLA I. Principales bisfosfonatos, vía de administración y potencia relativa

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CASA COMERCIAL	POTENCIA RELATIVA
Pamidronato	Aredia® Linoten® Pamifos®	Intravenosa	Novartis Mayne Madaus	100
Ácido zoledrónico	Zometa® Aclasta®	Intravenosa	Novartis Novartis	100.000
Alendronato	Fosamax® Adronat® Fosavance®	Oral	Merck Abello Merck	1.000
Etidronato	Didronel® Difosfen® Osteum®	Oral	Procter-Gamble Rubio Viñas	1
Risedronato	Actonel® Acrel® Losentra®	Oral	Proctor-Gamble P&G Pharmaceuticals Aventis	1
Tiludronato	Skelid®	Oral	Sanofi	10
Ibandronato	Boniva® Bonviva®	Oral Intravenoso	Roche Roche	10.000

TABLA II. Principales diferencias entre las osteonecrosis por aminobisfosfonatos orales e intravenosos

	BISFOSFONATOS INTRAVENOSOS	BISFOSFONATOS ORALES
Incidencia	Relativamente frecuente: 0,8 - 12%	Muy frecuente: 0,01 - 0,04%
Tiempo de administración	Corto: 9,3 - 14,1 meses	Largo: 3,3 - 10,2 años
Localización	Mandíbula/maxilar superior/ambos Sectorios posteriores	Mayoritariamente en mandíbula Sectorios posteriores
Tamaño de exposición	Habitualmente mayor tamaño	Menor tamaño
Antecedente quirúrgico	70% de los casos	50% de los casos
Evolución	Impredecible. Sucesión de estadios	Más favorable



SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

COMUNICACIÓN SOBRE RIESGOS DE MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS



MINISTERIO SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
REGISTRO AUXILIAR
AGENCIA E. DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS
SANITARIOS
SALIDA
N. de Registro: 34798 / RG 68029
Fecha: 25/09/2009 12:52:45

Ref: 2009/10
25 de septiembre de 2009

NOTA INFORMATIVA

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA OSTEONECROSIS DEL MAXILAR ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS

Antecedentes

Los bisfosfonatos son un grupo de medicamentos, análogos sintéticos de la hidroxiapatita, que reducen la velocidad de recambio óseo, inhibiendo la resorción, principalmente mediante la inhibición de la acción de los osteoclastos. Se utilizan en pacientes con enfermedades oncológicas (hipercalcemia tumoral, metástasis óseas osteolíticas) y en patología reumatológica (osteoporosis posmenopáusica o inducida por corticoides, enfermedad ósea de Paget).

En España están disponibles los principios activos alendronato, clodronato, etidronato, ibandronato, pamidronato, risedronato, tiludronato y zoledronato. Los medicamentos que contienen estos principios activos difieren en indicaciones, posología y vías de administración. Puede consultar las Fichas Técnicas en la [web de la AEMPS \(www.agemed.es-CIMA\)](http://www.agemed.es-CIMA)

La osteonecrosis del maxilar (ONM) se asoció primeramente al tratamiento con bisfosfonatos en 2003, en relación sobre todo con la utilización de zoledronato y pamidronato por vía intravenosa en indicaciones oncológicas. Como consecuencia, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió en noviembre de 2005 una Nota Informativa, en la que se realizaban recomendaciones específicas de prevención, y se procedió a la actualización de las Fichas Técnicas.

La experiencia acumulada desde entonces ha permitido establecer una definición más clara de la ONM y confirmar que se trata de una reacción adversa grave y potencialmente incapacitante, que puede afectar de manera muy relevante a la calidad de vida de los pacientes. Por otra parte, requiere un tratamiento que debe ser realizado por profesionales con experiencia.

Además, se han comunicado casos de ONM asociados al tratamiento con bisfosfonatos orales prescritos para el tratamiento de osteoporosis, enfermedad de Paget y otros usos no oncológicos. Así mismo, se han publicado diferentes estudios epidemiológicos y recomendaciones, aunque persisten importantes incertidumbres y muchas de las recomendaciones siguen estando basadas en experiencias y opiniones de grupos de expertos.

El Comité de Seguridad de Medicamentos de uso humano (CSMH) de la AEMPS y, en el ámbito europeo, el Grupo de Trabajo de Farmacovigilancia (CHMP Pharmacovigilance Working Party: PhVWP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) han evaluado los datos disponibles con el fin establecer recomendaciones actualizadas para la prevención de la ONM asociada a bisfosfonatos. Como resultado de la evaluación europea, el Comité de Medicamentos de Uso Humano de la EMA (CHMP), del que forma parte la AEMPS, ha publicado, tras su reunión del mes de septiembre de 2009 un informe de evaluación, que podrá ser consultado en la web de la EMA (www.ema.europa.eu). Para la realización del este informe, el CHMP ha consultado a un grupo de expertos europeos reunido "ad hoc" sobre esta materia. Las conclusiones principales de esta evaluación se refieren a continuación.

CORREO ELECTRÓNICO
vigilancia@agemed.es

C/ CAMPEZO, 1 - EDIFICIO 8
28022 MADRID TEL: 91 822 50 36
FAX: 91 822 51 27



MINISTERIO SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
REGISTRO AUXILIAR
AGENCIA E. DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS
SANTARIOS
SALIDA
N. de Registro: 34796 / RG 60029
Fecha: 25/09/2009 12:52:45



Definición de osteonecrosis del maxilar asociada a bisfosfonatos:

Un paciente tiene ONM asociada a bisfosfonatos si tiene las siguientes tres características:

- Hueso expuesto o necrótico en la región máxilo-facial que ha persistido durante más de ocho semanas
- Ausencia de historia de irradiación en la región maxilar
- Tratamiento actual o previo con un bisfosfonato

A su vez se definen tres estadios en la ONM establecida: estadio 1 (asintomático), estadio 2 (dolor y pruebas clínicas de infección), estadio 3 (además, presencia de complicaciones). Cada uno de estos estadios implica un manejo clínico diferente de la enfermedad. Estas definiciones están basadas en las publicadas por la *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS)*¹.

Incidencia:

La incidencia acumulada de ONM en la población de pacientes oncológicos, en la que se utilizan los bisfosfonatos más potentes a altas dosis por vía intravenosa, se ha estimado en un 0,8-12% según los estudios¹.

En relación con la frecuencia de ONM en pacientes que utilizan bisfosfonatos (orales o parenterales) en indicación de osteoporosis, apenas hay datos procedentes de estudios epidemiológicos adecuados que permitan realizar una estimación fiable. No obstante, se estima que la incidencia es mucho menor que en los tratamientos en oncología, y, en todo caso, sería menor de 1 caso por 1000 pacientes en tratamiento². Puesto que el riesgo de ONM está relacionado con la dosis acumulada, la incidencia puede ser mayor en un futuro al aumentar la población con osteoporosis y con exposiciones prolongadas a bisfosfonatos.

Factores de riesgo:

Aunque los factores de riesgo pueden ser múltiples y en muchos casos no están bien esclarecidos, los siguientes se reconocen como los más importantes:

- *Mayor potencia del bisfosfonato.* Zoledronato es el bisfosfonato más potente, seguido por el pamidronato. Ambos se usan por vía intravenosa. Respecto al resto, los nitrogenados (alendronato, ibandronato y risedronato) son más potentes que los no nitrogenados (etidronato, clodronato y tiludronato).
- *Vía de administración intravenosa,* que es la utilizada en las indicaciones oncológicas. En indicación de osteoporosis se encuentra disponible una presentación de zoledronato i.v. en dosis más bajas (se administra una vez al año), que tendría un riesgo menor que la utilizada en indicaciones oncológicas. A este respecto, en un ensayo clínico en osteoporosis con un seguimiento máximo de 3 años, se observó 1 caso de ONM entre los 3.862 pacientes tratados con zoledronato y 1 caso entre los 3.852 que recibieron placebo³.
- *Dosis acumulada de exposición a bisfosfonatos.* Hay que tener en cuenta que los bisfosfonatos se acumulan en el hueso y permanecen en él durante un tiempo prolongado, incluso años, después de dejar de administrarse. En este sentido, no existen pruebas de que la interrupción del tratamiento con bisfosfonatos durante un tiempo antes y después de las intervenciones odontológicas tenga algún efecto para prevenir la ONM.
- *Intervenciones dentales* de diferentes tipos están presentes como antecedente en la mayoría de los casos de ONM. Aunque se consideran, en general, como un factor precipitante de la ONM, en



MINISTERIO SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
REGISTRO AUXILIAR
AGENCIA E. DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS
SANITARIOS
SALIDA
N. de Registro: 34798 / RG 69029
Fecha: 25/09/2009 12:52:45



algunos casos la intervención puede en realidad realizarse como consecuencia de una ONM preexistente.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA ONM ASOCIADA A BISFOSFONATOS:

En concordancia con la evaluación realizada en el CSMH y en el CHMP, la AEMPS realiza las siguientes recomendaciones para la prevención de la ONM en pacientes en tratamiento con bisfosfonatos:

1. La indicación de los bisfosfonatos en osteoporosis debe estar guiada por el riesgo de fracturas en cada paciente⁴, y la necesidad de su prevención farmacológica. Por ello:
 - a. Es importante que la decisión de iniciar tratamiento con bisfosfonatos se realice una vez evaluados los beneficios y riesgos para el paciente individual, teniendo en cuenta que normalmente el tratamiento debe mantenerse a largo plazo, situación que puede ser un factor de riesgo para la ONM.
 - b. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones de las guías clínicas actuales publicadas por los respectivos Servicios de Salud de las CCAA y por sociedades científicas.
2. Una vez decidida la necesidad de tratamiento con bisfosfonatos, se deberán llevar a cabo las medidas preventivas dentales correspondientes (ver ANEXO).
3. Los pacientes que desarrollen una ONM, deberá recibir el tratamiento apropiado por profesionales con experiencia en esta patología.

Es particularmente importante la notificación de todos los casos sospechosos de ONM al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente del Sistema Español de Farmacovigilancia.

Por último, la AEMPS recuerda a los profesionales sanitarios la importancia de seguir estrictamente las condiciones de uso autorizadas, establecidas en las Fichas Técnicas de los medicamentos que contienen bisfosfonatos.

Puede consultarse la [nota de prensa de la EMEA](#) en su web: www.emea.europa.eu

EL SUBDIRECTOR GENERAL
DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

 agencia española de
medicamentos
productos sanitarios
Ministerio de Sanidad y Política Social
Subdirección General
de Medicamentos de Uso Humano


Ddo. Emilio Vargas Castrillón

1. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS). J Oral Maxillofac Surg 65:369-376, 2007, and AAOMS position paper on bisphosphonate-related ONJ – 2009 update. www.aaoms.org/docs/position_papers/broni_update.pdf
2. Mavroukaki A, Cheng A, Stein B, Goss AN. The nature and frequency of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws in Australia. J Oral Maxillofac Surg. 2007;65:415-423.
3. Black DM, Delmas PD, Eastell R, et al. Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med 2007;356:1809-1822.
4. FRAX (Herramienta de evaluación del riesgo de fractura desarrollada por la Organización Mundial de la Salud). http://www.shef.ac.uk/FRAX/index_SP.htm

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL
Agencia española de
medicamentos y
productos sanitarios



ANEXO A LA NOTA INFORMATIVA 2009/10 DE LA AEMPS

MEDIDAS PREVENTIVAS DENTALES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS

1. PACIENTES QUE RECIBEN BISFOSFONATOS EN INDICACIONES ONCOLÓGICAS (hipercalcemia tumoral, metástasis óseas osteolíticas)

- Antes de comenzar el tratamiento, se debe realizar una evaluación buco-dental completa realizada por un odontólogo. En el caso de identificarse la necesidad de tratamiento dental, éste deberá llevarse a cabo tan pronto como sea posible, antes del comienzo del tratamiento; si es urgente la necesidad de instaurar tratamiento (p.e. hipercalcemia tumoral), éste no debe retrasarse, aunque deberá referirse al paciente cuanto antes para tratamiento odontológico.
- Durante el tratamiento con bisfosfonatos:
 - o El paciente deberá realizar con regularidad revisiones odontológicas. Además, deberá acudir a consulta odontológica tan pronto como presente síntomas tales como dolor o inflamación orales.
 - o Cuando sean necesarias intervenciones dentales, éstas deberán ser tan conservadoras como sea posible (mantenimiento de la pieza).
 - o Si son necesarias extracciones o procedimientos invasivos, se recomienda que el odontólogo refiera al enfermo a centros con experiencia en este tipo de pacientes.

2. PACIENTES QUE RECIBEN BISFOSFONATOS EN INDICACIONES NO ONCOLÓGICAS (osteoporosis, enfermedad ósea de Paget)

- Antes de comenzar el tratamiento:
 - o Se debe realizar una valoración en todos los pacientes del estado de su salud buco-dental.
 - o En caso de que se compruebe que el paciente tiene una mala salud buco-dental, debe ser examinado por un odontólogo.
 - o En general, en caso de indicarse tratamiento odontológico, éste deberá completarse antes de iniciar el bisfosfonato.
- Durante el tratamiento con bisfosfonatos:
 - o Se recomiendan revisiones regulares por un odontólogo. Además, deberá acudir a consulta odontológica tan pronto como presente problemas dentales.
 - o Cuando sean necesarias intervenciones dentales, éstas deberán ser tan conservadoras como sea posible (mantenimiento de la pieza).

3. GENERALES:

- Debe instruirse al paciente sobre las medidas preventivas correspondientes, en particular sobre el mantenimiento de una adecuada higiene buco-dental, y sobre la necesidad de revisiones odontológicas periódicas. Además se le deben dar indicaciones sobre como proceder ante la aparición de problemas dentales (ver Nota para pacientes sobre BISFOSFONATOS Y OSTEONECROSIS DEL MAXILAR: RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN)



- Para la aplicación efectiva de estas recomendaciones, es fundamental el desarrollo de Guías y Protocolos locales, compartidos por los diferentes medios y niveles asistenciales implicados en el seguimiento del paciente.
- Los profesionales del ámbito de la odontología deben conocer si los pacientes a los que realizan intervenciones dentales tienen factores de riesgo de ONM, y en particular si están o han estado recibiendo bisfosfonatos.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA ATENCIÓN A PERSONAS DISCAPACITADAS. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Es difícil etiquetar, clasificar o agrupar a las personas con discapacidad puesto que se trata de una población muy diversa. Dentro de los diversos cuadros clínicos que se pueden encontrar en personas discapacitadas: con parálisis cerebral, con retraso mental, síndrome de Rett etc. Al final del capítulo haremos mención especial a la persona con Síndrome de Down.

La odontología en personas discapacitadas en la mayoría de los casos se considera una disciplina muy compleja debido a:

- Alta incidencia de patología oral.
- Dificultad de manejo clínico odontológico, lo que limita el tratamiento dental.
- Pronóstico reservado de los tratamientos por el difícil mantenimiento de una buena higiene oral y un buen control de dietas cariogénicas.
- Dificultad de acceso a centros sanitarios.
- Grado de dependencia.
- Disponibilidad de medios y coste económico elevado.
- Necesidad de un equipo con personal especializado en el tratamiento odontológico a personas discapacitadas.

○ Patología oral

Factores predisponentes:

- Defectos en el desarrollo de las estructuras ósea y tejidos dentales.
- Deficiencias funcionales orofaciales como las alteraciones en la masticación, fonación y deglución.
- Hábitos nocivos como el bruxismo, mordisqueamiento, rumiación, empaquetamiento y lesiones por autoagresión.
- Dietas monótonas excesivamente blandas y azucaradas.
- Medicación que favorece la hiposialia, xerostomía, sobrecrecimiento gingival.
- Falta de higiene oral. Las causas son varias, desde problemas físicos con falta de coordinación motora y limitación de habilidades, hasta problemas de la conducta o falta de cuidados asistidos por parte del o de la responsable de la persona discapacitada.

Patología oral más frecuente:

- Gingivitis.
- Enfermedad periodontal.
- Caries.
- Traumatismos.
- Maloclusiones.
- Lesiones irritativas en la mucosa oral.

○ Pautas de actuación

- Al cumplimentar la ficha de salud oral es importante anotar el tratamiento farmacológico, el grado de comunicación y las posibles interacciones de las alteraciones sistémicas con el tratamiento dental.
- En la exploración oral se valorará la existencia de malformaciones orofaciales, la presencia de caries o inflamación gingival así como la presencia de maloclusión o disfunción (bruxismo, babeo).
- En estas personas la sedación englobará desde el uso de premedicación con ansiolíticos (el más utilizado es el diazepam 5 ó 10 mg la noche antes y la misma dosis una hora antes de la cita) hasta el uso de anestesia general en un centro hospitalario.
- Se debe evitar tumbar en exceso a la persona por riesgo de asfixia o aspiración debido a alteraciones funcionales deglutorias.
- Se valorará la capacidad de la persona para desarrollar una higiene oral aceptable de forma autónoma o asistida, adaptando el cepillo dental para la remoción de placa con movimientos adecuados. Cuando se realice de forma asistida se formará al o a la cuidadora, indicándole el punto gatillo (salida del nervio mentoniano) que se presionará para que el o la paciente abra la boca. Con el uso de un abrebocas se facilitará la higiene oral, desde el uso del cepillo dental adaptado, hasta la limpieza con una gasa e irrigación de agua con una jeringa eliminando los restos de comida.
- Se informará de la conveniencia de dieta adecuada y en pacientes con alto riesgo de caries habrá que pautar gel o barniz de flúor de forma periódica.
- En general se ha de actuar en el terreno de la información y formación a cuidadores y familiares centrándose en reforzar la corrección de hábitos nocivos y en aconsejar medidas higiénico dietéticas adecuadas.
- Cuando el grado de comprensión, colaboración o tolerancia es casi nulo o la discapacidad física y/o psíquica es importante y presentan bocas muy sépticas y alto grado de patología oral, se deberá recurrir al procedimiento bajo anestesia general, para lo cual serán remitidos al centro hospitalario mediante derivación al servicio de maxilofacial correspondiente.

○ Paciente con Síndrome de Down

El síndrome de Down es una de las causas más frecuentes de retraso mental y cardiopatía congénita. La mitad de estas personas presenta en la edad adulta prolapso de la válvula mitral lo que condiciona la necesidad de la profilaxis de la endocarditis bacteriana.

De igual modo, presentan alteraciones en sistema inmunológico lo que favorecerá una alta incidencia de infecciones.

En cuanto a la cavidad oral, serán más vulnerables a padecer enfermedad periodontal, aftas, candidiasis o gingivitis úlcero-necrotizante aguda (GUNA); alteraciones óseas como hipoplasia maxilar, tendencia a clase III, mordida cruzada posterior uni o bilateral por protusión lingual y macroglosia, mordida abierta anterior con interposición lingual y falta de sellado labial, retraso en la erupción, agenesia dental, defectos en la forma y tamaño dental, bruxismo, disfunción de ATM.

Se ha demostrado que estas personas tienen un nivel de caries igual o menor que en la población general.

Manejo clínico odontológico:

- Se debe captar a estas personas desde un principio para introducir medidas preventivas en fases tempranas, estableciendo dietas sanas y crear hábitos para una higiene oral correcta, así como instaurar una vigilancia de la salud oral de manera periódica.
- A los 6 años se comenzará con fluorizaciones periódicas controlándose cada 4 ó 6 meses.
- A partir de los 12 años el objetivo primordial será el control de la gingivitis y la enfermedad periodontal, siendo aconsejable el uso de barnices con clorhexidina.
- Estas personas suelen ser perfectamente controlables en la clínica dental, y sólo en aquellos con gran retraso mental será necesario el tratamiento bajo anestesia general.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LA PERSONA CON CORTICOTERAPIA

○ Corticoterapia crónica y manejo quirúrgico

Consideraciones en el tratamiento dental de los casos de administración de corticoides en dosis suprafisiológicas.

Se considera que se produce una supresión suprarrenal después de 1 mes de estar tomando la cantidad equivalente a 20 mg de hidrocortisona al día. Al existir dicha supresión, el o la paciente no está en condiciones de adaptarse a situaciones de estrés, por lo que conviene ad-

ministrar dosis suplementarias cuando se le van a efectuar tratamientos dentales de cierta importancia según la pauta siguiente:

1. Paciente que toma una dosis normal, es decir, el equivalente a 20 mg de hidrocortisona al día (durante al menos 1 mes). Se puede suponer que existe cierto grado de supresión, por lo que se seguirán las mismas indicaciones que en el siguiente apartado, a no ser que su médico o médica de cabecera indique lo contrario.
2. Paciente que toma una dosis doble de la normal, equivalente a 20-40 mg de hidrocortisona al día (durante al menos 1 mes). Se podrá realizar el tratamiento odontológico de rutina después de haber doblado la dosis habitual durante la mañana del tratamiento.
3. Paciente que toma una dosis superior al doble de la normal, es decir, mayor del equivalente a 40 mg de hidrocortisona al día. En estas personas no se considera necesario aumentar la dosis, puesto que tienen una cobertura suficiente con su dosis habitual.
4. Paciente que ha tomado corticosteroides en los últimos 12 meses. Consultaremos con su médico o médica de cabecera para ver en cuál de los apartados anteriores lo incluimos, mientras que, si hace más de 12 meses que los tomó y el o la paciente se encuentra en buen estado, no hará falta suplementos de corticoides y se podrá efectuar el tratamiento normal.

Pero además de la dosis que el o la paciente toma, es importante tener en cuenta el tipo de tratamiento que se le ha de efectuar, ya que todos no provocan el mismo estrés:

- a. Si el o la paciente va a ser sometido a intervenciones con un mínimo de estrés, como obturaciones, tartrecotomías, biopsias menores o tratamientos de prótesis fija o removible, no es necesario aumentar la medicación.
- b. Si la intervención supone un estrés moderado, como cirugía periodontal, cirugía del tercer molar o extracciones múltiples, será conveniente duplicar la dosis.
- c. Por último, las intervenciones que requieren periodos mayores pueden obligar a triplicar la dosis.

La dosificación suplementaria ha de disminuirse progresivamente a lo largo de los 2 ó 3 días siguientes a la intervención, de modo que sea proporcional a la disminución del dolor, el miedo, la fiebre y otros síntomas de estrés.

En cualquier caso, debemos poner en conocimiento del o de la especialista que trata la enfermedad de base, nuestras consideraciones y consensuar el mejor procedimiento para cada paciente.

CORTICOIDES ORALES. Equivalencia de dosis y propiedades.

CORTICOIDE	Equivalencia en mg (oral)	Actividad mineralcorticoide	Semivida biológica	Duración de la acción
Cortisona	25	MEDIA	8-12 horas	CORTA
Hidrocortisona (cortisol)	20	MEDIA	8-12 horas	CORTA
Prednisona	5	BAJA	12-36 horas	INTERMEDIA
Metilprednisolona	4	NULA	12-36 horas	INTERMEDIA
Prednisolona	5	BAJA	12-36 horas	INTERMEDIA
Metilprednisolona	4	NULA	12-36 horas	INTERMEDIA
Deflazacort	6-7,5	NULA-BAJA	12-36 horas	INTERMEDIA
Dexametasona	0,75-0,8	NULA	36-72 horas	LARGA
Betametasona	0,6-0,8	NULA	36-72 horas	LARGA
Fludrocortisona	2	ALTA	18-36 horas	INTERMEDIA
Parametasona	2	NULA	36-54 horas	LARGA
Triamcinolona	4	NULA	12-36 horas	INTERMEDIA



Anexo
III

Criterios Técnicos
y Pautas de Actuación

CRITERIOS TÉCNICOS Y PAUTAS DE ACTUACIÓN

CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO Y PARA LA DERIVACIÓN DE PROCESOS INFECCIOSOS ODONTOLÓGICOS

1. Prescripción

Deber ser prescrito por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.

2. Población a la que va dirigida la actividad

Toda la población incluida en el Programa.

3. Pautas de actuación

- *Tratamiento médico:*
antibióticos (preferentemente Amoxicilina- Ácido Clavulánico o Clindamicina si existe alergia a la penicilina), analgésicos (preferentemente Paracetamol), AINES (preferentemente Ibuprofeno) y protectores gástricos, si procede.
- En los casos de pulpitis irreversibles (sintomáticas, asintomáticas y necrosis pulpar) y fistulas odontogénicas intraorales que puedan ser resueltas con endodoncia, además de instaurar el tratamiento médico, si procede:
 - Si es paciente del PADICAN derivar a través del Área de Salud (vía SICH) para que se le realice una endodoncia/apicoformación por un o una dentista privada habilitada.
 - Si es paciente PREPADICAN o adulto, aconsejar que se realice una endodoncia/apicoformación, si puede, en un o una dentista privada.
- En el caso de las complicaciones que se describen debajo, el o la paciente se derivará al Servicio de Cirugía Máxilofacial o al que corresponda en su caso, además de instaurar el tratamiento médico si procede:
 - Abscesos no resolutivos o complicados.
 - Celulitis difusa, angina de Ludwig.
 - Fascitis necrotizante cervicofacial.
 - Mediastinitis de origen odontogénico.
 - Sepsis.

- Osteomielitis.
- Complicaciones neurológicas: tromboflebitis del seno cavernoso, absceso cerebral, meningitis.
- Complicaciones vasculares: absceso en la vaina carotídea, erosión de las arterias carotídeas, tromboflebitis séptica de la vena yugular interna.
- Complicaciones orbitarias.
- Pericoronaritis por cordal malposicionado, incluido o semi-incluido.

CRITERIOS TÉCNICOS Y PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE TRAUMATISMO OSEODENTARIOS Y HERIDAS Y LESIONES DE LA MUCOSA ORAL

● TRATAMIENTO DE TRAUMATISMO OSEODENTARIOS

1. Responsable de realizar el tratamiento

Dentista

2. Población a la que va dirigida la actividad

Ante un traumatismo dental en un niño o una niña de cualquier edad (0 a 14 años) que acuda de urgencias a la USBD, lo primero a realizar es un estudio radiográfico mediante radiografías periapicales para valorar el estado del diente y los tejidos de soporte. Si se sospecha fractura ósea, prescribir ortopantomografía.

Si el traumatismo tiene como consecuencia fracturas o luxaciones de dientes permanentes del grupo incisivo-canino y la niña o el niño por su edad tiene derecho a la prestación, se remitirá al Área de Salud que lo derivará a un o una dentista habilitada, después de haber realizado la radiografía y de prescribir tratamiento sintomático.

Si el traumatismo tiene como consecuencia una **avulsión dental** debe realizarse el **reimplante dentario**. Al ser un

tratamiento que tiene carácter de máxima urgencia, dado que el éxito del mismo depende de la rapidez con que se instaure, debe realizarse en la USBD.

Esta prestación, estará destinada a tratar a todos los niños y niñas de entre 6 y 14 años incluidos en el Programa que hayan sufrido un traumatismo que ocasione una avulsión o salida de un diente permanente en su totalidad del alveolo dentario.

La USBD debe realizar todos los pasos que se detallan, exceptuando la endodoncia que será derivada al Área de Salud en los casos en que por su edad tenga derecho la niña o el niño. En el resto de los casos se le recomendará que se haga la endodoncia en un o una dentista privada.

3. Procedimiento para realizar la actividad

- Si el diente tiene caries profunda o enfermedad periodontal muy avanzada, hay fracturas alveolares múltiples, patología sistémica grave como endocarditis, tratamiento con inmunosupresores, o el diente lleva mucho tiempo en seco (varias horas) o es un diente inmaduro con más de una hora fuera de la boca, no optar por el reimplante dentario.
- Si el diente viene colocado dentro del alveolo porque lo introdujo ya el profesor/a o un familiar no se extraerá del alveolo. Solo se lavará el área afecta con suero o con clorhexidina.
- Cuando acude con el diente en la mano en seco o en saliva, leche, solución de Hank etc., solo si el aspecto del diente parece muy contaminado se lavará con suero fisiológico.
- Colocación del diente avulsionado en el interior del alveolo dentario en su posición correcta.
- Ferulización del diente afectado con los dientes adyacentes. La fijación deberá ser semirrígida mediante un material que carezca prácticamente de memoria, de modo que los dientes no estén sometidos a movimiento durante la cicatrización, así como permitir el mantenimiento de la higiene oral y que no afecte negativamente a la encía. La férula se retirará a los siete o diez días, excepto si hay fractura ósea, en cuyo caso se hará a los dos meses.
- Una vez conseguida la cicatrización periodontal, se procederá a la endodoncia (criterios marcados para ésta) y seguimiento radiológico periódico, (cada 2-3 meses) para observar posibles áreas de reabsorción radicular
- Se recomienda la administración de antibióticos sistémicos (derivados penicínicos a dosis altas o doxiciclina a dosis habituales) mientras el diente esté ferulizado. La necesidad de analgésicos se valorará según las circunstancias personales.

- Además de informar al o a la paciente de la importancia de la higiene oral, se prescribirá un colutorio de hexetidina.
- Hay que valorar la profilaxis antitetánica si han pasado más de cinco años desde la última vacuna.
- Finalizado el tratamiento, se redactará un resumen en la historia de salud, acompañado de las radiografías precisas para cada uno de los pasos o copias de éstas.
- Si procede, formalizar el documento de facturación a terceros.

○ TRATAMIENTO DE HERIDAS Y LESIONES DE LA MUCOSA ORAL

1. Responsable de realizar el tratamiento

Dentista

2. Población a la que va dirigida la actividad

Esta prestación, estará destinada a tratar a todos los niños y niñas de entre 6 y 14 años incluidos en el Programa que hayan sufrido un traumatismo que ocasione una herida o lesión de la mucosa, acompañada o no de fracturas dentales, luxaciones o avulsión dental.

3. Procedimiento para realizar la actividad

- Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Determinación de la integridad de las estructuras salivares, dientes y huesos
- Inspección visual y palpación de la lesión.
- Buscar fragmentos de dientes que puedan haberse alojado en la mucosa y tejido profundo del labio que pueden causar inflamación e infección grave si no se extraen antes del cierre.
- Si existe duda sobre la localización de un diente o fragmento, hacer radiografía de las partes blandas de la zona afectada.
- El tipo de anestesia dependerá de la zona afectada.
- Los cortes en la mucosa bucal o en la encía cicatrizan sin reparación si los bordes de la herida no están muy separados y si no se forman colgajos. Las heridas que permanecen separadas más de 2-3 cm solo precisan de uno a tres puntos de sutura. Suturar la laceración, aproximando los bordes de la lesión, evitando cualquier tensión sobre los tejidos ya comprometidos.
- Los colgajos interpuestos entre los dientes pueden extirparse o cerrarse con material 5-0.
- En ocasiones se forma un colgajo de tejido en la mucosa gingival que cubre la cresta mandibular o maxilar que resulta difícil de suturar porque los tejidos de soporte son muy finos. En este caso, los puntos se pasan alrededor del diente y a través del colgajo de tejido.

- Instaurar tratamiento antibiótico.
- Se informará al o a la paciente de que coma alimentos blandos y que se enjuague la boca con un antiséptico con suavidad después de cada comida.
- Hay que valorar la profilaxis antitetánica si han pasado más de cinco años desde la última vacuna.
- Si procede, formalizar el documento de facturación a terceros.

CRITERIOS TÉCNICOS Y PAUTAS DE ACTUACIÓN ODONTOLÓGICA EN LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

- Identificar los posibles factores etiológicos y condicionantes (oclusales, parafuncionales, disfuncionales, traumáticos), efectuando las pruebas diagnósticas complementarias requeridas en cada caso.
- Tratamiento sintomático con medidas farmacológicas (analgésicos antiinflamatorios, relajantes musculares, ansiolíticos...) y/o medidas físicas (termoterapia, fisioterapia ...).
- Recomendar si procede férula de descarga.

Se derivará a consulta maxilofacial, a aquellos y aquellas pacientes con disfunción temporomandibular subsidiarios de tratamiento por cirugía maxilofacial.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA COLOCACIÓN DE OBTURACIONES EN DIENTES PERMANENTES. PAUTAS DE ACTUACIÓN.

1. **Prescripción**
Deber ser prescrito por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.
2. **Responsable de realizar la actividad**
Dentista
3. **Población a la que va dirigida la actividad**
Se realizarán las obturaciones de dientes permanentes a la población incluida en el Programa, con edades entre 6 y 15 años, para el tratamiento de la caries. Las cohortes que entren en el PADICAN tendrán derecho a realizarse en la USBD obturaciones en cualquier diente permanente por caries y aquellas cohortes que no entren en el PADICAN pero tienen derecho al PREPADICAN (Programa antiguo) podrán optar a realizarse obtura-

ciones del molar de los 6 años (Esto es para 2009 la población de 10 a 14 años, para 2010 la población de 11 a 14 años, etc.). Si el Programa continúa, salvo nuevas modificaciones que pudieran darse, en el 2014 sólo los y las jóvenes de 14 años continuarán con el programa antiguo y en el 2015 todos los niños y las niñas de 6 a 15 años, ambas edades incluidas, tendrán todas las prestaciones del PADICAN, es decir, podrán optar a realizarse en la USBD una obturación de cualquier diente permanente por caries.

3. Concepto y tipos de obturaciones

Definiciones:

Obturación: Restauración directa o plástica mediante materiales que se endurecen, de manera espontánea o inducida, una vez colocados en la cavidad terapéutica que el o la facultativa ha configurado ad hoc sobre la cavidad patológica o defecto dentario. Se distinguen los siguientes tipos de obturación:

• **Atendiendo a la extensión:**

Obturaciones Simples: interesan una sola superficie dentaria.

Obturaciones Compuestas: afectan a dos superficies dentarias.

Obturaciones Complejas: afectan a tres superficies dentarias.

Reconstrucciones:

- *Gran Reconstrucción:* Este tratamiento podrá ser realizado en el grupo anterior, bien por traumatismo o malformación o en dientes posteriores endodonciados por caries profunda. En el grupo anterior a veces habrá sido necesaria la realización de endodoncia previa y colocación de perno para la restauración del diente afectado.
- *Reconstrucción Simple:* Este tratamiento podrá ser realizado en el grupo anterior, bien por traumatismo o malformación.

• **Atendiendo a la localización:**

Abordaje convencional (para caries supragingivales).

Abordaje con apoyo de técnicas quirúrgicas.

• **Atendiendo al material:**

Amalgamas.

Estéticas:

Silicatos (en desuso).

Ionómeros de vidrio.

Compómeros.

Composites (resinas compuestas).

En este Programa el material empleado para las obturaciones lo decidirá exclusivamente el o la profesional según su criterio.

4. Casos de exclusión

No se realizará el tratamiento en los siguientes casos:

- Falta de colaboración del o de la paciente y/o del padre/madre o tutor/a.
- Cuando el índice de placa no sea aceptable.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXTRACCIONES DE DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES. PAUTAS DE ACTUACIÓN.

1. Prescripción

Deber ser prescrita por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.

2. Responsable de realizar la actividad

Dentista.

3. Población a la que va dirigida la actividad

Toda la población. Previo Consentimiento Informado del o de la paciente, o del padre/madre/tutor/tutora, en caso de menores de edad o personas discapacitadas.

Indicaciones de la extracción dentaria

- Tratamiento conservador inviable, soporte óseo inadecuado y/o posibilidad de perpetuar una enfermedad o proceso morbosos existente, por diversas causas o situaciones:
 - Patología dentaria:
 - Caries que ha destruido total o parcialmente la corona dentaria, con lesión pulpar o con otras complicaciones.
 - Destrucción del tejido dentinario radicular (rizolisis, lesión cemento-dentinaria...).
 - Patología periodontal.
 - Anomalías de erupción:
 - Retenciones dentarias, parciales o totales, que no puedan resolverse con tratamientos conservadores. La exodoncia en fase precoz previene la aparición de las complicaciones de tipo infeccioso, mecánico, reflejo o tumoral.
 - Los dientes supernumerarios erupcionados deben ser diagnosticados para realizar su extracción, si procede.
 - Infección focal: Patología valvular cardíaca.
 - Traumatismo dentomaxilar.
 - Dientes afectados o en relación íntima con áreas radiolúcidas apicales.

- Tratamientos previos a Radioterapia. (ver protocolo)
- Tratamientos previos a terapia con Bifosfonatos intravenosos/orales. (ver protocolo)
- Tratamientos previos a Trasplante. (ver protocolo)
- Motivos protésicos. Bajo criterio del o de la dentista, no del o de la paciente y/o protésico dental.
- Dientes ectópicos. Siempre que ocasionen patología y no sea posible efectuar algún tratamiento conservador.
- Motivos socio-económicos. Con la finalidad de evitar los problemas derivados de focos de sepsis evidentes.
- Negativa del o de la paciente al tratamiento conservador, o de los padres, madres o tutores en caso de menores de edad o personas discapacitadas, siempre y cuando haya síntomas clínicos.

4. Casos excluidos

- Falta de colaboración del o de la paciente, padre, madre y/o tutor o tutora.
- Motivos Ortodóncicos.
- Dientes sanos. (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. Anexo II. Apartado 9.5.3)

5. Estudios previos a la exodoncia.

- Ficha de salud oral.
- Exploración de la cavidad bucal.
- Estudios complementarios: siempre y cuando se considere que son necesarios para la realización de la extracción dentaria, a criterio del o de la odontostomatóloga.
 - Radiología: ortopantomografía y/o radiografía intrabucal periapical.
 - Laboratorio: pruebas de hemostasia, pruebas de alergia a medicamentos.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA COLOCACIÓN DE SELLADORES

1. Prescripción

Deber ser prescrito por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.

2. Responsable de realizar el sellado

Dentista y/o Higienista Dental.

3. Población a la que va dirigida la actividad

Se colocarán sellados de fisuras a toda la población incluida en el Programa, para la prevención de la caries en los primeros y segundos molares permanentes siguiendo las indicaciones de la tabla adjunta:

Indicaciones de los selladores de fisuras en función de la selección del o de la paciente y la morfología del diente

- No sellar
 - Ausencia de nuevas lesiones de caries en el último año.
 - No caries en dentición temporal.
 - No caries en ningún molar permanente erupcionado.
 - Buena exposición a fluoruros.
 - Dieta no cariogénica.
 - Buena higiene.
 - Revisiones periódicas.
- Sellar
 - Caries en dentición temporal (cod > 0).
 - Algún molar permanente afectado por caries (CAOD > 0).
 - Exposición baja a fluoruros.
 - Dieta cariogénica.
 - Revisiones irregulares.
 - Fisuras estrechas y retentivas.
 - Elevada experiencia de caries en los padres.
 - Compromiso médico.
 - Medicación que produzca xerostomía.
- Casos excluidos
 - Cuando el Índice de placa no es aceptable.
 - Falta de colaboración del paciente, madre, padre y/o tutor.

4. Realización de la actividad.

Una vez al año, cuando acuda a la consulta para hacer la revisión anual, reevaluando y reponiéndose el sellador si fuera necesario.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA REALIZACIÓN DE TARTRECTOMÍA

1. Prescripción

El tratamiento debe ser prescrito por el o la dentista responsable de la USBD previa exploración del o de la paciente.

2. Responsable de realizar la aplicación

Dentista y/o Higienista Dental

3. Población a la que va dirigida la actividad

Se realizará la tartrectomía a la población infantil incluida en el programa y a las mujeres embarazadas. En el caso de las embarazadas, se indica la realización de la tartrectomía en cualquier momento del embarazo a criterio del o de la profesional.

4. Indicaciones

Presencia a la exploración de cálculo o sarro visible y palpable en uno o más dientes. Se hará a mano o con aparato de ultrasonidos.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA RECOMENDACIÓN DE COLUTORIOS FLUORADOS

1. Prescripción

Debe ser prescrito por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.

2. Responsable de realizar la recomendación

Dentista y/o Higienista Dental.

3. Población a la que va dirigida la actividad

Se realizará la recomendación de realizar colutorios fluorados en casa a la población mayor de 6 años, con riesgo moderado o alto de caries, siguiendo las indicaciones de la tabla adjunta.

Indicaciones de la recomendación de colutorios fluorados en función de la selección del o de la paciente

Riesgo moderado de caries (cuando se cumple una o más de las condiciones expuestas): recomendar colutorio con 0,05% de flúor (230 ppm de flúor) de frecuencia diaria:

- Una nueva lesión de caries en el último año.
- Caries en dentición temporal.
- Algún molar permanente afectado por caries.
- Exposición baja a fluoruros: concentración de flúor del agua menor de 0,7 mg/l.
- Dieta cariogénica.
- Higiene deficiente.
- Revisiones irregulares.

Riesgo alto de caries (cuando se cumple una o más de las condiciones expuestas): Recomendar colutorio

con 0,2% de flúor (920 ppm de flúor) de frecuencia semanal o quincenal:

- Dos o más nuevas lesiones de caries en el último año.
- Elevada experiencia de caries en los padres y/o madres.
- Caries rampantes del biberón.
- Compromiso médico.
- Medicación que produzca xerostomía.
- Dieta muy cariogénica.
- Nula o casi nula exposición a fluoruros.
- Higiene ausente o muy deficiente.

Respecto a los enjuagues que combinan flúor con clorhexidina y triclosán, aunque su eficacia está probada, el efecto clínico a largo plazo está poco documentado.

4. Casos excluidos

Falta de colaboración del o de la paciente, madre, padre y/o tutor o tutora.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA APLICACIÓN PROFESIONAL DE BARNIZ DE FLÚOR

1. Prescripción

Debe ser prescrito por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.

2. Responsable de realizar la aplicación

Dentista y/o Higienista Dental.

3. Población a la que va dirigida la actividad

Se realizará la aplicación de barniz de flúor a la población infantil juvenil incluida en el Programa, para la prevención de la caries, siguiendo las indicaciones de la tabla adjunta. Estará preferentemente indicada en población con edades comprendidas entre 3 y 5 años.

Indicaciones de la aplicación profesional de barniz de flúor en función de la selección del o de la paciente

No recomendado cuando se cumplen todas las condiciones expuestas:

- Ausencia de nuevas lesiones de caries en el último año.

- No caries en dentición temporal.
- No caries en ningún molar permanente erupcionado.
- Exposición aceptable a fluoruros (concentración de flúor en el agua de bebida habitual entre 0,7 y 1,5 mg/l).
- Exposición excesiva a fluoruros (concentración de flúor en el agua de bebida habitual superior a 1,5 mg/l).
- Dieta no cariogénica.
- Buena higiene.
- Revisiones periódicas.

Recomendado. Cuando se cumpla una o más de las condiciones expuestas:

- Una nueva lesión de caries en el último año.
- Caries en dentición temporal.
- Algún molar permanente afectado por caries.
- Exposición baja a fluoruros (concentración de flúor en el agua de bebida habitual inferior a 0,7 mg/l).
- Dieta cariogénica.
- Higiene deficiente.
- Revisiones irregulares.

Muy recomendado. Cuando se cumpla una o más de las condiciones expuestas:

- Dos o más nuevas lesiones de caries en el último año.
- Elevada experiencia de caries en los padres y/o madres.
- Caries rampantes del biberón.
- Compromiso médico.
- Medicación que produzca xerostomía.
- Dieta muy cariogénica.
- Nula o casi nula exposición a fluoruros.
- Higiene ausente o muy deficiente.

4. Realización de la actividad

- Según la OMS en comunidades con bajo nivel de caries (Canarias) se recomienda su utilización cuando los niños y niñas presentan experiencia pasada de caries o caries activas, pudiendo aplicarse con dos protocolos diferentes:
 - de 2 a 4 veces al año, o bien
 - 3 veces durante 2 semanas
- En comunidades con alto nivel de caries, el barniz debe aplicarse a todos los niños y niñas, en todos los dientes, de 2 a 4 veces al año.
- No existe evidencia de que puedan ser un factor de riesgo de fluorosis dental, incluso aunque se apliquen a menores de 6 años.

- Dado su alto costo respecto al gel de flúor, se aplicará en los primeros y segundos molares bajo criterios de eficiencia.

5. Casos excluidos

- Pacientes con problemas de Asma debido a una posible sensibilidad de los componentes del barniz.
- Falta de colaboración del o de la paciente, madre, padre y/o tutor o tutora.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA APLICACIÓN PROFESIONAL DE GEL DE FLÚOR

1. Prescripción

Debe ser prescrito por el o la dentista responsable de la USBD, previa exploración del o de la paciente.

2. Responsable de realizar la aplicación

Dentista y/o Higienista Dental.

3. Población a la que va dirigida la actividad

- Embarazadas: se aplicará gel de flúor dependiendo del riesgo y necesidades de la paciente a criterio del/de la dentista responsable de la USBD.
- Población infanto juvenil: se realizará la aplicación profesional de gel de flúor a toda la población incluida en el Programa, para la prevención de la caries, siguiendo las indicaciones de la tabla adjunta.

Indicaciones de la aplicación profesional de gel de flúor para la población infanto juvenil en función de la selección del o de la paciente

No recomendado cuando se cumplen todas las condiciones expuestas:

- Ausencia de nuevas lesiones de caries en el último año.
- No caries en dentición temporal.
- No caries en ningún molar permanente erupcionado.
- Exposición aceptable a fluoruros (concentración de fluoruro en el agua de bebida habitual entre 0,7 y 1,5 mg/l).
- Exposición excesiva a fluoruros (concentración de fluoruro en el agua de bebida habitual superior a 1,5 mg/l).
- Dieta no cariogénica.
- Buena higiene.
- Revisiones periódicas.

Recomendado. Se recomienda cuando se cumpla una o más de las condiciones expuestas:

- Una nueva lesión de caries en el último año.
- Caries en dentición temporal.
- Algún molar permanente afectado por caries.
- Exposición baja a fluoruros (concentración de fluoruro en el agua de bebida habitual inferior a 0,7 mg/l).
- Dieta cariogénica.
- Higiene deficiente.
- Revisiones irregulares.

Muy recomendado. Se recomienda cuando se cumpla una o más de las condiciones expuestas:

- Dos o más nuevas lesiones de caries en el último año.
- Elevada experiencia de caries en los padres y/o madres.
- Caries rampantes del biberón.
- Compromiso médico.
- Medicación que produzca xerostomía.
- Dieta muy cariogénica.
- Nula o casi nula exposición a fluoruros.
- Higiene ausente o muy deficiente.

4. Realización de la actividad

- La aplicación más usual es semianual, pero se puede aplicar con periodicidad trimestral cuando el riesgo de caries es muy alto.
- La aplicación con intervalos que oscilan entre 3 y 12 meses causan poco riesgo de fluorosis, incluso en menores de 6 años.
- En cambio, hay riesgos de toxicidad aguda si el niño o niña accidentalmente ingiere un exceso de gel, lo que se manifiesta por náuseas, vómitos, dolor de cabeza y dolor abdominal. Por este motivo no se recomienda a menores de 6 años.

5. Casos excluidos

Falta de colaboración del o de la paciente, madre, padre y/o tutor o tutora.

6. Concentraciones de fluoruro del agua de abasto

Para aplicar todas las consideraciones expuestas anteriormente sería ideal conocer la concentración exacta de fluoruro del agua de la localidad donde vive la niña/el niño. No obstante, como las concentraciones de fluoruro son muy variables, no suelen ser publicadas por el Servicio de Sanidad Ambiental de la Dirección General de Salud Pública.

Actualmente solo podemos conocer a través del SINAC (Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo) si una localidad determinada tiene o no su agua apta para el consumo. A través de la dirección de Internet:

<http://sinac.msc.es/sinac/ciudadano/IndexCiudadanoAction.do> se nos permite visualizar los últimos boletines de análisis de red de distribución de una localidad determinada en cualquier municipio de España.

En aquellas localidades donde la concentración de flúor del agua es superior a 1,5 ppm, el SINAC advierte que el agua no es apta para el consumo señalando que el parámetro afectado es el fluoruro. Como el acceso público por Internet al sistema es reciente, se presenta el inconveniente de que no es posible realizar la consulta en determinadas localidades donde no existe aún una zona

de abastecimiento asociada ni en aquellas donde no se han realizado análisis de agua.

7. Concentraciones de fluoruro en las aguas envasadas producidas en canarias

Ver tabla I.

Las aguas envasadas más consumidas en Canarias son las de producción local. En la tabla I se detallan los contenidos de fluoruro de las marcas de aguas envasadas producidas en Canarias, según la isla de procedencia y el tipo de agua de acuerdo a la clasificación del Real Decreto 1074/2002, de 18 de octubre, por el que se regula el proceso de elaboración, circulación y comercio de aguas de bebida envasadas. Se especifican en mg/l las concentraciones de fluoruro en todos los análisis disponibles para cada marca.

TABLA I. Contenido de flúor en las aguas de bebidas envasadas en Canarias

MARCA	PROCEDENCIA	TIPO	FLUOR (mg/l)	Fecha últimos análisis
Agua de Aridane	La Palma	Agua Potable Preparada	< 0,2	2009
Agua Barbuzano	La Palma	Agua Mineral Natural	< 0,2	2008
Fuente Alta	Tenerife	Agua de Manantial	0,51-0,59	2008-2009
Fonteide	Tenerife	Agua Mineral Natural	< 0,2	2008
Aguas de Guayadeque	Gran Canaria	Agua de Manantial	0,2	2007-2008
Vitalia	Gran Canaria	Agua Potable Preparada	0,5	2008
La Ideal II	Gran Canaria	Agua Mineral Natural	0,205	2009
La Ideal I	Gran Canaria	Agua Mineral Natural	0,28	2009
San Antón II	Gran Canaria	Agua Mineral Natural	0,14	2009
San Antón	Gran Canaria	Agua de Manantial	0,3	2008
Fuente Bruma	Gran Canaria	Agua Mineral Natural	< 0,2	2007
Fuenteumbria	Gran Canaria	Agua de Manantial	0,7	2008
Fuenteinguada	Gran Canaria	Agua de Manantial	0,5	2008
Toscal	Gran Canaria	Agua de Manantial	0,4-0,3-0,7-0,6	2005-2006-2007-2008
Ahemon	Gran Canaria	Agua Potable Preparada	< 0,2	2003 a 2008
AMN Teror carbónica	Gran Canaria	Agua Mineral Natural	0,4	2008
Fuenteror	Gran Canaria	Agua Mineral Natural	0,3	2008
Aguas de Roque Nublo	Gran Canaria	Agua Potable Preparada	0,69	2008
Aguas de Roque Nublo	Gran Canaria	Agua de Manantial	0,81	2008

Fuente: Servicio de Seguridad Alimentaria, Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de la Salud, 23-4-2009.

8. Concentraciones de fluoruro en las aguas envasadas no producidas en Canarias

Se remite a la página: <http://www.aguainfant.com/AGUAS ESP/pdf/agua-lactante.pdf> para consultar las concentraciones de flúor de las aguas envasadas no producidas en Canarias.

9. Concentraciones de fluoruro en dentífricos comercializados en España

Ver tabla II.

Tabla II: Contenido en flúor en dentífricos españoles. Esta tabla no es exhaustiva. Fuente: Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. 28-7-2009

NOMBRE COMERCIAL	PO ₃ FNa ₂ gr %	NaF gr %	ppm lón flúor
Bexident encías pasta dental clorhexidina			0
Elgydium dentífrico con clorhexidina antiplaca			0
Halita dentífrico			0
Parogencil forte encías			0
Perio Aid tratamiento gel dentífrico			0
Vademecum	0,14		175
Elgydium junior con fluorinol			250
PHB petit gel		0,055	250
Deliplus 2 en 1 flúor más calcio infantil dentífrico más elixir	0,30		375
Deliplus gel dental infantil	0,30		375
Auchan gel dentífrico sabor fresa		x	450
Binaca dientes de leche		0,1106	500
Colgate smiles 0- 6 años		0,11	500
Fluocaril Kids	x	x	500
Flúor Kin infantil pasta dentífrica fresa dosificador		0,11	500
Las tres mellizas	x		500
Licor del Polo junior		0,11	500
Auchan rik & rok gel dentífrico y elixir		0,22	1000
Bexident dientes sensibles		0,22	1000
Bexident encías con triclosán		0,22	1000
Cariax desensibilizante pasta dentífrica/ gel/ dentífrico líquido		0,22	1000
Cariax gingival		0,22	1000
Carrefour kids		0,22	1000
Carrefour kids 2 en 1		0,22	1000
Colgate max fresh líquido clean mint		0,22	1000
Colgate max fresh líquido cool mint		0,22	1000
Colgate max white líquido		0,22	1000
Colgate oxygen	0,72		1000
Colgate smiles 6+ años		0,22	1000
Deliplus crema dental flúor	0,80		1000
Flúor kin calcio pasta dentífrica	0,76		1000
Gingikin B5 pasta dentífrica		0,22	1000
Kemphor crema dental fluorada	0,76		1000
Kemphor extra fresh	0,76		1000

Kemphor junior	0,76		1000
Kin Forte Encias pasta dentífrica		0,22	1000
Kin Fresh pasta dentífrica/dentífrico líquido		0,22	1000
Kin Nature dientes gel		0,22	1000
Licor del Polo 2 en 1 junior		0,22	1000
Licor del Polo clorofila		0,22	1000
Licor del Polo esmalte sano	0,8		1000
Orthokin dentífrico líquido		0,22	1000
Supersol gel dental junior		0,222	1000
Supersol gel dental kids		0,22	1000
Vitis junior gel dentífrico		0,221	1000
White kin pasta dentífrica		0,22	1000
Binaca	0,8		1053
Denivit blanco y brillo		0,24	1091
Binaca blanqueante profesional		0,243	1100
Binaca dientes blancos con triclene		0,243	1100
Colgate antisarro más blanqueador		0,24	1100
Oral B Stages		0,24	1100
Rembrandt plus	x		1160
Rembrandt complete mint	x		1160
Elgydium dientes sensibles (con fluorinol)	-	-	1250
Binaca aquafresh		0,306	1350
Binaca aliento extra fresco		0,306	1400
Binaca aliento fresco		0,306	1400
Binaca aliento sano		0,306	1400
Binaca blanqueante		0,306	1400
Binaca encias		0,306	1400
Binaca encías delicadas		0,306	1400
Binaca limpieza extrema		0,306	1400
Sensodyne extrafresh		0,306	1400
Sensodyne f farma		0,306	1400
Sensodyne pasta blanqueadora		0,306	1400
Auchan aliento fresco	1,1		1450
Auchan blanqueadora	1,1		1450
Auchan gel dentífrico blanqueador	x	x	1450
Carrefour 2 in 1	0,76	0,1	1450
Carrefour 2 in 1 blanqueante	0,76	0,1	1450
Carrefour 2 in 1 extra fresco	0,76	0,1	1450
Carrefour aliento fresco	1,1		1450
Carrefour blanqueante	1,1		1450
Carrefour crema dental blanqueadora		0,32	1450
Colgate flúor gel		0,32	1450
Colgate herbal	1,06		1450
Colgate max fresh clean mint		0,32	1450
Colgate max fresh cool mint		0,32	1450
Colgate max white		0,32	1450
Colgate protección anti-edad	1,05		1450

Colgate protection caries	0,72	0,10	1450
Colgate sensation blanqueador		0,32	1450
Colgate sensitive blanqueador		0,32	1450
Colgate sensitive multiprotección	1,10		1450
Colgate sensitive original		0,32	1450
Colgate sensitive protección esmalte		0,32	1450
Colgate total		0,32	1450
Colgate total blanqueador		0,32	1450
Colgate total frescor avanzado		0,32	1450
Colgate total limpieza avanzada		0,32	1450
Colgate total protección de encías		0,32	1450
Colgate triple action		0,32	1450
Deliplus crema dental bicarbonato y flúor		0,325	1450
Deliplus crema dental blanqueador		0,325	1450
Deliplus crema dental gingival		0,325	1450
Deliplus gel dental		0,325	1450
Deliplus gel ultrafresco con micropartículas		0,325	1450
Denivit crema dental antimanchas		0,325	1450
Fluocaril blanqueador		0,325	1450
Fluocaril dientes sensibles		0,325	1450
Fluocaril protección de noche		0,325	1450
Kemphor blanco total		0,32	1450
Kemphor blanco total dentífrico más elixir		0,32	1450
Kemphor dientes sensibles		0,32	1450
Kin care pasta dentífrica		0,32	1450
Kin hidrat pasta dentífrica		0,32	1450
Licor del Polo 3d clean		0,32	1450
Licor del Polo action 3		0,32	1450
Licor del Polo artic fresh dentífrico más elixir		0,32	1450
Licor del Polo balsámico dentífrico más elixir		0,32	1450
Licor del Polo blanco polar		0,32	1450
Licor del Polo blanqueador avanzado		0,32	1450
Licor del Polo blanqueador avanzado dentífrico más elixir		0,32	1450
Licor del Polo fresh ultrapolar		0,32	1450
Licor del Polo Menta fresca		0,32	1450
Licor del Polo menta fresh dentífrico más elixir		0,32	1450
Licor del Polo mentol activo dentífrico más elixir		0,32	1450
Licor del Polo night protect	1,10		1450
Licor del Polo prosalud		0,32	1450
Licor del Polo xxx fresh dentífrico más elixir	1,10		1450
Oral B advantage		0,32	1450
Oral B sensitive		0,32	1450
Orthokin fresa mentolada pasta dentífrica y dentífrico líquido		0,32	1450
Profiden anticaries	1,06		1450
Profiden blanco y fresco	1,06		1450
Sensikin pasta dentífrica		0,32	1450
Sensodyne proesmalte		0,32	1450

Signal action gel		0,32	1450
Signal aliento fresco hexedrine y flúor		0,32	1450
Signal blanqueador		0,32	1450
Signal blanqueador bicarbonato		0,32	1450
Signal blanqueador natural		0,32	1450
Signal frescor explosivo		0,32	1450
Signal frescor intenso blanqueador		0,32	1450
Signal gel fresco		0,32	1450
Signal microgránulos		0,32	1450
Signal protección anticaries flúor calcio	x	x	1450
Signal sistema blanqueador		0,32	1450
Signal white now		0,32	1450
Spar crema dental blanqueante	1,06		1450
Spar dentífrico elixir dental	x	x	1450
Supersol crema dental blanqueadora	1,06		1450
Supersol dentífrico y elixir 2 en 1 blanqueante	x	x	1450
Supersol gel dental triple acción	x	x	1450
Thera med mint explosion		0,32	1450
Carrefour gel bi flúor	0,757	0,103	1460
Spar gel dental bi flúor	x	x	1460
Deliplus crema dental dientes y encías sensibles		0,325	1463
Deliplus dentífrico elixir 2 en 1 blanqueador		0,325	1463
Deliplus dentífrico elixir 2 en 1 clorofila		0,325	1463
Deliplus dentífrico elixir 2 en 1 dientes sensibles		0,325	1463
Spar dentífrico elixir 2 en 1 blanqueante		x	1470
Supersol dentífrico y elixir 2 en 1 menta fresca		x	1470
Auchan crema total	x	x	1490
Auchan dientes maduros	x	x	1490
Carrefour encías plus	0,445	0,2	1490
Carrefour sistema antisarro	0,445	0,2	1490
Gum caries protect	0,41	0,21	1490
Gum sensitival		x	1490
Spar crema dental bi flúor	x	x	1490
Spar crema dental triple acción	x	x	1490
Supersol crema dental bi flúor más calcio	x	x	1490
Errezil aloe vera		0,325	1500
Fluocaril junior	x	x	1500
Gingilacer pasta dentífrica	1,13		1500
Interprox gel dentífrico		0,32	1500
Lacer blanc pasta dentífrica	1,13		1500
Lacer fresh gel dentífrico		0,32	1500
Lacer junior pasta dentífrica	1,13		1500
Oraldine pasta dentífrica	0,8	0,1	1500
Orto Lacer		0,32	1500
Parogencil control		0,3315	1500
PHB blanqueadora		0,33	1500

PHB uso diario		0,33	1500
Vitis antiage pasta dentífrica		0,332	1500
Vitis electric pasta dentífrica		0,332	1500
Vitis encias pasta dentífrica		0,33	1500
Vitis orthodontic pasta dentífrica		0,33	1500
Vitis pasta dentífrica		0,332	1500
Xeros dentaid pasta dentífrica		0,332	1500
Desensin gel dentífrico		0,5530	2500
Desensin plus pasta dentífrica		0,5530	2500
Fluocaril bi flúor menta	0,760	0,3315	2500
Flúor Aid 250 pasta dentífrica		0,5530	2500
Lacer antiplaca anticaries con flúor pasta dentífrica	1,90		2500
Lacer oros	0,8	0,32	2500
Sensi lacer gel dentífrico	1,89		2500
Xero lacer pasta dentífrica	0,8	0,32	2500
Blantex	1,00	0,26	2550

CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DE RADIOGRA- FÍAS DE ALETA DE MORDIDA Y PERIAPICIALES EN POBLACIÓN INFANTIL

Estas directrices, desarrolladas por la *American Dental Association* (ADA), están destinadas a optimizar la seguridad del o de la paciente y a minimizar la exposición a radiación, pero regulando los recursos disponibles para la atención sa-

nitaria. Las recomendaciones siempre están sujetas al juicio clínico del o de la dentista con base individual, aunque cualquier examen radiográfico debe estar precedido de examen clínico completo y revisión de la historia del o de la paciente. Si el o la especialista clínico decide prescribir radiografías, se recomienda el principio «tan baja como sea razonablemente posible» (ALARA) para minimizar la exposición a la radiación. Los procedimientos ALARA recomendados se detallan en la figura adjunta.

Mantener la exposición ALARA: procedimiento y tecnología

Procedimiento

- Selección de pacientes para radiografías dentales
- Evitar repetir tomas
- Reducir exposición excesiva
- Mantener soluciones de proceso de película en su máxima potencia

Tecnología

- Película de alta velocidad
- Pantallas intensificadoras
- Radiografía digital
- Dispositivo indicador de posición (DIP) rectangular

Radiación ALARA

Evaluación de desarrollo dental y enfermedades dentales en pacientes nuevos

- **Niños y niñas con dentición primaria:** Si la evidencia clínica indica caries, el cierre de los espacios interproximales entre los dientes primarios posteriores necesitará una evaluación radiográfica con aletas de mordida posteriores. Las imágenes periapicales y oclusales ayudan a evaluar el desarrollo dental y el trauma dentoalveolar.
- **Niños y niñas con dentición de transición:** Si la evidencia clínica indica caries o enfermedad periodontal, se aconsejan radiografías de aleta de mordida o específicas periapicales respectivamente. Los dientes que no han erupcionado o los supernumerarios pueden evaluarse con radiografías oclusales.

Pacientes de reevaluación con caries clínica o riesgo de caries en aumento

- **Niños, niñas y adolescentes:** Las lesiones cariosas que no puedan examinarse visualmente o con sonda, deben evaluarse con aletas de mordida. Según el estado de riesgo de caries del o de la paciente, el examen radiográfico se debe realizar cada 6 a 12 meses.

Pacientes de reevaluación sin caries clínica y sin aumento del riesgo de caries

- **Niños y niñas con dentición primaria o de transición, que no tengan aumento del riesgo de caries:** Deben realizarse aletas de mordida posteriores cada 12 a 24 meses si las superficies proximales no pueden examinarse adecuadamente en forma visual o con sonda.
- **Adolescentes que no tengan aumento del riesgo de caries:** Deben realizarse exámenes de aletas de mordida posteriores cada 18 a 36 meses.

Pacientes de reevaluación con enfermedad periodontal

- **Niños, niñas y adolescentes con enfermedad periodontal:** Deben realizarse radiografías periapicales en las áreas donde la enfermedad periodontal (que no sea gingivitis inespecífica) pueda identificarse clínicamente. El avance de la enfermedad periodontal, según la evaluación clínica, determinará la frecuencia necesaria de los exámenes radiográficos.

Pacientes para supervisión de crecimiento y desarrollo

- **Niños y niñas con dentición primaria:** En ausencia de signos clínicos, no se aconsejan exámenes radiológicos en niños y niñas a los que no les han salido los dientes permanentes.
- **Adolescentes:** La posición y el desarrollo de los terceros molares puede evaluarse con imágenes periapicales específicas.

Pacientes en otras circunstancias

- **Pacientes con otra patología:** Es necesario el mejor juicio clínico del o de la profesional para determinar el tipo de imagen que se necesita obtener.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Lavado de manos del personal sanitario

Tipos de lavado de manos y procedimiento:

- **Lavado rutinario**
Se realiza con un jabón normal y tiene una duración entre 10 y 15 segundos, su función es eliminar la flora transitoria de las mismas.

PROCEDIMIENTO

- Lavar bien manos y muñecas.
- Utilizar jabón.
- Insistir en uñas y espacios interdigitales.
- Aclarar con abundante agua.
- Secar con una toalla desechable o papel.

- **Lavado higiénico o especial**
Se realizará con un jabón tipo antiséptico homologado en recipiente con dosificador y con una duración de unos 30 segundos a 1 minuto. Su objetivo es eliminar la flora transitoria y disminuir la flora habitual, realizándose siempre al comenzar el trabajo y entre paciente y paciente y al finalizar la jornada.

PROCEDIMIENTO

- Lavar bien manos y muñecas.
- Utilizar jabón antiséptico obligatorio (UNE-EN 1499).
- Insistir en uñas y espacios interdigitales.
- Aclarar con abundante agua.
- Secar con una toalla desechable o papel.

- **Lavado quirúrgico**
Se realizará cuando exista un riesgo importante de infección para el o la paciente, y en Áreas Quirúrgicas antes de la colocación de guantes estériles. Se realizará con un jabón tipo antiséptico obligatoriamente en recipiente, la utilización de un cepillo estéril y cepillado de uñas obligatorio y con una duración de 2-3 minutos.

PROCEDIMIENTO

- Mojar las dos manos y los antebrazos.
- Tomar el jabón en la palma de la mano.
- Lavarse las manos y los brazos hasta los codos.
- Tomar el cepillo estéril entre los dedos.
- Mojar el cepillo y poner el jabón.
- Cepillarse las uñas durante medio minuto.
- Aclarar con abundante agua, manteniendo los codos y antebrazos más altos, para evitar que el agua se arrastre sobre las manos.
- Volver a poner jabón en la palma de las manos.
- Volver a aclarar con abundante agua, manteniendo los codos y antebrazos como se mencionaba anteriormente.
- Secar con un material desechable.

El lavado de manos ha de realizarse por todo el personal de la USBD.

RECOMENDACIONES

1. Antes de comenzar el trabajo.
2. Siempre que estén sucias.
3. Después de ir al aseo.
4. Después de sonarse.
5. Antes y después de comer, fumar, etc.
6. Al terminar el trabajo.

Equipos de protección del personal de la usb

Delantal

Este tiene que proporcionarnos una buena impermeabilidad entre el uniforme y las gotas de líquido desinfectante y agua en el proceso de limpieza.

Protectores Oculares

Serán necesarios para proteger los ojos frente al material disperso y residuos generados por los instrumentos rotatorios. Los ojos del o de la paciente también deben estar protegidos, ya que también pueden verse afectados. Los utilizaremos también en los procesos de limpieza del material.

Protección Oronasal

Son utilizadas para evitar transmisiones aéreas, en especial en la utilización de instrumentos de alta velocidad. Las más utilizadas son las de fibra de vidrio y polipropileno, por su eficacia en la filtración.

Guantes

Es una de las barrera de protección más importantes, ya que protege a dos niveles PERSONAL/PACIENTE, impidiendo así el contacto de la piel con los fluidos orgánicos. Existen tres tipos de guantes de uso en consulta: exploración, estériles y uso doméstico para los procesos de limpieza del material.

Limpieza del instrumental de la usb

El proceso de limpieza del material de la consulta es vital para conseguir con éxito una desinfección y esterilización óptima. Por ello debemos de tener presentes dos consignas muy importantes:

- Todo material sobre el que no se pueda garantizar un lavado correcto no podrá ser esterilizado.
- Primero lavar y después desinfectar (no invertir el orden).

La limpieza del material es tan importante como los procesos de esterilización, ya que la mayor parte de los problemas en los procesos infecciosos relacionados con el material, son debidos a deficiencias en el lavado y no a fallos en la esterilización. Por ello, es de suma importancia controlar los procesos que transcurren antes de la esterilización, así como todo el circuito del material ya esterilizado hasta su utilización.

Detergente enzimático

Son detergentes específicos para uso hospitalario, ya que no agreden al material y son muy eficaces en la eliminación de la sangre y otros fluidos corporales.

El utilizado en las USBD es el Instrunet Enzimático EZ+T (ver anexo I).

Recomendado para instrumental clínico sucio con restos de sangre, glúcidos, lípidos, etc. No altera las gomas ni plásticos. Evite el contacto con los ojos y piel.

Lavado por inmersión

- Durante este procedimiento, utilizar medidas de barrera de protección (gafas, guantes, bata, etc.).
- Preparar la solución detergente según las indicaciones del fabricante (anexo I).
- Antes de sumergir el material, elimine de estos los restos más grandes, pasándolo bajo el chorro del grifo de agua fría. Con lo que reduciremos la carga de patógenos.
- Para evitar la coagulación de proteínas y restos de sangre, sumerja el material después del uso.
- Se recomienda que la temperatura del agua con el detergente sea de unos 40-45°C, para así aumentar su efectividad de arrastre.

- Sumerja completamente el instrumento, si es articulado procederemos a su apertura, para facilitar el proceso de limpieza.
- Cepillado del material o paso por cubeta de ultrasonido.
- Aclare con agua abundante o bajo en chorro los restos de detergente.
- Secado del material con paño limpio, papel o pistola de aire.

Cubeta de ultrasonido

Este aparato nos permite eliminar los residuos del instrumental, emitiendo ondas ultrasónicas de alta frecuencia que generan burbujas minúsculas en las superficies del instrumental, estas se expanden hasta que generan un vacío parcial alrededor de la burbuja, provocando la absorción hacia el interior atrayendo la suciedad.

Sólo son efectivos los dispositivos metálicos, por el contrario los materiales plásticos y elásticos no lo son, ya que producen un efecto rebote de la onda que anula la cavitación y su efecto de barrido.

- En su interior pondremos una solución de 3 l. de agua y 25 ml de detergente Enzimático Instrunet EZ-T.
- Seleccionaremos el tiempo y la temperatura adecuada.
- Es importante que la temperatura del agua ronde los 45 °C, y en procesos posteriores a la retirada de los residuos orgánicos se podrá superar los 60°C, obteniendo además una termodesinfección del instrumental.

RECOMENDACIONES

1. Utilice detergentes sin espuma.
2. La cubeta deberá rellenarse hasta señal del nivel.
3. El instrumental debe estar abierto y cubierto totalmente por el líquido.
4. La cubeta deberá estar tapada, para evitar aerosoles.
5. El instrumental ha de colocarse en la cesta correspondiente.
6. No sobrecargar en demasía la cubeta.
7. La solución se cambiará cada 24 horas.
8. Los tiempos dependerán del grado de suciedad (efectivos a partir de 3').

Desinfección del instrumental de la usbd

En las USBD utilizamos Desinfectante de Alto nivel (Instrunet F.A. ®) un formulado indicado para la desinfección manual en frío del instrumental y/o sensibles al calor y no resistentes al proceso de esterilización (ver anexo II).

PROCEDIMIENTO

(anteriormente se ha realizado el procedimiento de limpieza del material)

- Inmersión. Introducir el material dentro de la solución, asegurándonos que esté perfectamente sumergido y que el material articulado, deberá estar bien abierto y separado por piezas.
- El tiempo de inmersión, será el recomendado por el fabricante (ver anexo II)
- Aclarado. Someteremos el material a un paso por abundante agua, con el fin de diluir y eliminar la sustancia desinfectante.
- Secado. Este se realizará de manera minuciosa e individualizada, teniendo especial atención en las zonas articuladas y las zonas huecas.

Embolsado

El objetivo de este es guardar estéril el material y permitir su uso con posterioridad.

Utilizaremos bolsas mixtas con un film transparente e impermeable por un lado y por el otro una capa de papel de celulosa.

PROCEDIMIENTO

- Introducir el material/instrumental en la bolsa de elección.
- El material debe quedar holgado en la bolsa, por lo que no llenaremos las bolsas completamente, con el fin de que el vapor circule entre el instrumental.
- El instrumental articulado se debe abrir y los desmontables se separaran por piezas.
- El instrumental de superficies lisas o capsuladas, deberán colocarse boca abajo y colocaremos siempre un indicador químico en su interior.
- Marcaremos en la bolsa el lugar de procedencia y la fecha de esterilización en el borde exterior del auto-sellado.

Características de los embases

- Permitir la extracción y salida del aire, manteniendo la resistencia a los cambios de presión.
- Ser resistente a la humedad, altas temperaturas, permitiendo el secado.

- Debe permitir la entrada del agente esterilizador, sin que su composición actúe o reaccione con un compuesto químico de éste.
- Una vez estéril, debe actuar como barrera frente a los microorganismos.
- Cumplir con la Norma UNE-EN 868 sobre envases.

Esterilización

Es la destrucción de todo tipo de microorganismos vivos incluyendo virus, bacterias, hongos y las esporas bacterianas en un objeto consiguiendo total asepsia.

Existen varios sistemas de esterilización, siendo el de elección en Odontología el calor húmedo. (**1032 ORDEN de 29 de mayo de 2002**), por la relación entre temperatura y tiempo, consiguiéndose altas temperaturas en una cámara a presión mediante la presurización del vapor.

Ventajas

- Rápida y fácil de usar.
- Permite esterilizar material embolsado.
- Penetra a través de los envoltorios de papel y la tela.
- Económico y fiable.
- Fácil monitorización.

Inconvenientes

- Corrosión y oxidación.
- Daña el plástico.
- Deteriora el filo del instrumental.

El esterilizador de calor húmedo que utilizamos en la mayoría de las Unidades es el TUTTNAUER 2540E, también el TUTTNAUER 2340 y el MATACHANA 21 L E. Su tiempo de esterilización es de 12' y secado 30' a 134 °C

PROCEDIMIENTO

- Introducir el material dentro del esterilizador teniendo en cuenta:
 - No cargar más del 75% de la capacidad.
 - Separar las bolsas de las paredes.

Limpieza y desinfección del sillón dental

El gabinete dental se contamina desde el momento que se inicia el tratamiento y los equipos empiezan a funcionar creando aerosoles, depositando las bacterias a un metro del campo operatorio.

El sillón debe ser lo más liso posible y se debe desinfectar entre paciente y paciente, las superficies más críticas son las que el equipo odontológico manipulan durante las intervenciones, debemos evitar en la medida de lo posible las manipulaciones.

Para la desinfección de superficies, utilizaremos un desinfectante de medio nivel o incluso hipoclorito sódico. No utilizaremos desinfectantes muy agresivos ya que pueden dañar el material del equipo odontológico.

PROCEDIMIENTO

- Aplicaremos la solución desinfectante en la zona.
- Dejaremos actuar al líquido desinfectante el tiempo determinado por el fabricante.
- Limpiaremos y secaremos con un paño limpio o papel la zona.

Limpieza y desinfección de los circuitos internos

Las mangueras del circuito de aspiración deben ser desconectadas después de cada jornada y sumergirlas en detergente enzimático para ablandar los restos orgánicos, las escupideras debemos desinfectarlas de igual manera con desinfectante de superficies.

Filtros

Los filtros del sistema de aspiración también se deben desmontar y lavarlos junto a las mangueras. Estos permiten en su interior la colocación de unas pastillas de carbono activo que elimina los malos olores y espuma.

También recogen los restos de amalgama.

PROCEDIMIENTO

- Preparar la disolución del desinfectante de elección (*).
- Circular mediante el propio mecanismo de aspiración dicha solución, por las mangueras y sistema interno del sillón.
- Apagar el sillón de la red eléctrica.
- Desconectar las mangueras del sillón dental.
- Sumergir las mangueras en detergente enzimático durante unos 15 min.
- Aclarar con abundante agua.
- Secar.
- Limpiar el filtro, bajo chorro de agua.
- Colocar pastilla de carbono activo.
- Colocar el filtro en su lugar.
- Volver a conectar las mangueras al sillón.

Desinfectantes de uso

No se utilizarán desinfectantes abrasivos, que pueden decolorar y envejecer los materiales.

Por lo general se emplean compuestos de amonio e incluso podemos realizar una inmersión en AGUA OXIGENADA 1,5

Limpieza, desinfección y esterilización de las jeringas aire/agua

Es uno de los aparatos que más contaminación genera, por ello al igual que el resto del equipo se desinfectará y esterilizará.

PROCEDIMIENTO

- Hacerla funcionar unos 20–30 segundos.
- Desmontarla y limpiarla con el equipo desconectado.
- Se esterilizará en el autoclave (siempre ver indicaciones del fabricante), si no es posible la esterilización se limpiará su exterior con un desinfectante de alto o medio nivel.

Limpieza, desinfección y esterilización del instrumental rotatorio

Este material es una de las principales y mayor fuente de transmisión de patógenos, ya que al estar en el interior de la boca y por medio de su mecanismo de acción dispersa en el ambiente millones de micro-partículas de saliva y sangre que pueden estar contaminada por algún patógeno.

• Desinfección

PROCEDIMIENTO

- Se desinfectará con un desinfectante de alto o medio nivel, no utilizaremos lejía y como última opción utilizaremos una solución detergente impregnada en una gasa.
- Estos suelen tener varias piezas que se pueden desmontar, para su limpieza y lubricado. (*)
- Estos no se pueden sumergir, ya que sus conductos se deteriorarían.

• Esterilización

Es muy importante la buena esterilización de este tipo de instrumental, ya que la turbina y el contraángulo están en contacto directo con la cavidad oral del o de la paciente. La válvula de reflujo de este instrumental, puede expulsar agua contaminada con microorganismo de un o una paciente tratada anteriormente, cuando accionamos el pedal en un nuevo acto.

Este instrumental, tiene unas pequeñas estrias, para favorecer su manipulación, estas estrias serán un magnífico reservorio, si no ha sido desinfectado y esterilizado previamente.

PROCEDIMIENTO

- Antes de desconectar el instrumental rotatorio del equipo, se dejará circular el agua del circuito interno del equipo unos 10–20 segundos.
- Se limpiará externamente con una gasa impregnada en desinfectante, si es mucha la contaminación podemos cepillar las estrias con un cepillo de uñas (nunca sumergirlo en el ultrasonido).
- Aclarar y secar.
- Se lubricará el instrumental con el producto indicado por el fabricante. (hidrosoluble) (*)
- Se limpiará el instrumental, de posibles restos de lubricante y se embolsará como el resto de material que vamos a esterilizar.
- Limpiar las conexiones o fibra óptica con alcohol.
- Embolsar.
- Esterilizaremos el material en un programa adecuado, sin ciclo de secado y a 121°C. Colocando el cabezal más alto que el cuerpo, con el fin de evitar que la condensación penetre en cabezal (*).
- Tras la esterilización, no se deben enfriar bruscamente.

(*) *mirar indicaciones del fabricante del instrumental.*

Registros

La documentación y registros de los procesos realizados son de carácter obligatorio (RD 414/96) y podrán ser exigidos por las autoridades sanitarias. La norma UNE-EN 556 establece que el registro y archivo de datos es obligatorio durante al menos 5 años.

• Diario

Tras la realización de cada ciclo de esterilización, se cumplimentará de la Hoja de Control de Material Odontológico (anexo IV). En ella se registrará:

- Todo el material (clasificado) que se ha esterilizado en ese ciclo.
- Fecha de esterilización.
- Validez o nulidad del ciclo.

- Número de Ciclo
- Firma y nombre del o de la responsable de la Esterilización.
- Cualquier observación al respecto.

- **Semanal**

Cambio de líquido desinfectante

- Registraremos la fecha de cambio de líquido desinfectante (Instrunet F.A) que se producirá cada semana (ver anexo II)
- Firma y nombre del o de la responsable del cambio de Desinfectante.

Mantenimiento interno del esterilizador de calor húmedo

- En el se registrará el mantenimiento del interior de la cámara del autoclave y se realizará cada 7 días. (ver anexo III)
- Firma y nombre del o de la responsable del mantenimiento.

- **Semestral**

- En esta hoja registraremos la fecha de caducidad del material, pasado los 6 meses desde la fecha de su última esterilización (ver anexo II).
- Firma y nombre del o de la responsable de la esterilización.

Sistemas de validación de los procesos de esterilización

Para comprobar la correcta esterilización de los productos, una vez realizados los procesos de esterilización, se deberá realizar un cultivo bacteriológico sobre el mismo. Por ello existen una serie de sistemas de control:

- **Control Físico**

Son las gráficas emitidas por el esterilizador, en las que se reflejan las condiciones en las que se está desarrollando el ciclo de esterilización dentro de la cámara del mismo. En esta aparecen los datos de temperatura, presión y tiempos alcanzados.

- **Control Químico**

Se utilizan tiras reactivas que viran su color cuando se someten al proceso de esterilización. Utilizaremos:

- De proceso: Aparecen en el exterior de los envases, teniendo como función la de diferenciar que paquetes han sido procesados y cuales no.
- Internos: Son los que utilizaremos para conocer del procesado en el interior de los equipos. Se utilizan principalmente en instrumental hueco, para saber si el agente esterilizante ha llegado hasta su interior.

- **Control Biológico**

Es el control más fiable en cuanto a eficacia y letalidad y se realizará quincenalmente.

Almacenamiento

Para que la conservación del material estéril sea la idónea, este se debe guardar en vitrinas con puertas, evitando la luz directa y el polvo ambiental.

Tras la esterilización del instrumental, se procederá al almacenamiento de la siguiente manera:

PROCEDIMIENTO

- Se dejará enfriar el material, para evitar condensaciones.
- Se comprobará.
 - Que la bolsa está identificada y con su correspondiente fecha.
 - Que los controles de esterilización hayan sido correctos.
 - Que el envoltorio no presente roturas, ni humedades.
- Se colocará el material de forma que se evite su manipulación.
- Se organizará de forma que quede asegurada su rotación teniendo en cuenta la fecha de caducidad.
- No se debe mezclar el material estéril con otro que no lo esté.
- No se debe almacenar en zonas de corrientes de paso de aire.
- Se debe almacenar en lugar seco y protegido del polvo y de la luz solar directa y evitar las fuentes de calor.
- No se debe almacenar a menos de 25 cm del suelo ni a menos de 40 cm del techo.
- No comprima los productos ni los almacene en exceso.
- Si la bolsa está estropeada, la esterilidad se ha perdido.
- Elimine siempre las bolsas que contengan manchas, humedad, polvo o grietas en su superficie.

Caducidad

La caducidad de un material esterilizado está directamente relacionada con las condiciones de envasado y almacenamiento.

Los envases utilizados han de permitir la entrada y salida de aire y mantener la resistencia a los cambios de presión. También deben ser resistentes a la humedad y a las altas temperaturas.

En condiciones normales de conservación se aceptan los siguientes tiempos:

- Papel de grado médico (bolsa o papel mixto):

- Embolsado simple: 6 meses.
- Embolsado doble: 12 meses.

Dotación de las USBD

En referencia a los elementos de desinfección y esterilización las Unidades tendrán que estar dotadas con el siguiente equipamiento mínimo.

Elementos de higiene personal:

- a. Detergente líquido en dosificador.
- b. Toallas de papel desechables.
- c. Ropa y calzado de uso exclusivo.
- d. Jabón antiséptico en dosificador.
- e. Elementos de protección personal, tales como guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales.

Elementos de esterilización y desinfección:

- a. Esterilizador de calor húmedo. En caso de que el proceso de esterilización se realice en otro centro, deberá aportarse documento emitido por la persona física o el o la representante legal de la persona jurídica que se responsabilice del proceso de esterilización, que, en todo caso, deberá llevarse a cabo en un centro autorizado por el Servicio Canario de la Salud.
- b. Recipientes diferenciados para desinfección del instrumental que no pueda esterilizarse y para desinfección de las impresiones para prótesis.
- c. Sistema de empaquetado adecuado que mantenga las condiciones de esterilidad del instrumental, con indicación de la fecha de esterilización.
- d. Limpiador ultrasónico de instrumental o sistema equivalente que evite la limpieza a mano del instrumental.

CADENA DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

1. **Protección.** Colocarse guantes reforzados o doble guante, delantal impermeable, mascarilla y pantalla de protección facial.
2. **Eliminación de mayor carga patógena del instrumental.** Con el fin de eliminar la mayor carga de patógenos del instrumental, antes de sumergirlo en el líquido enzimático, este se pasará por debajo del chorro de agua.
3. **Lavar el material.** Sumergir en detergente enzimático entre 5 y 15 minutos dependiendo del producto utilizado, introduciendo el material en el ultrasonido, teniendo especial cuidado en las zonas más difíciles (partes articuladas, estrías, oquedades, etc).
4. **Enjuagar, aclarar y escurrir/secar.** Pasar el material bajo el chorro de agua a presión para que arrastre las partículas de materia orgánica que pudieran quedar y restos de detergente. Después secar.
5. **Introducir en solución desinfectante.** Seguir las instrucciones del fabricante: Dilución adecuada, tiempo de inmersión correcto. Eliminar las soluciones turbias, con restos orgánicos y sin fecha de caducidad.
6. **Aclarar y secar.** Después de sumergir el material en la solución desinfectante pasarlo bajo un chorro de agua a presión y secarlo con papel absorbente y desechable, ya que debajo de una gota de agua pueden quedar bacterias o virus que impidan la acción del proceso de esterilización.
7. **Clasificar y embolsar adecuadamente.** Tener en cuenta la consulta de procedencia.
8. **Marcar el material.** Indicar el lugar de destino y la fecha en la que se produce el ciclo de esterilización. Marcar en la solapa de la bolsa.
9. **Colocación del material.** Introducir el material dentro del esterilizador teniendo en cuenta que:
 - No cargar más del 75% de la capacidad.
 - Separar las bolsas de las paredes.
 - Dejar espacio entre las bolsas o entre el material.
 - Cerrar la puerta y poner en marcha el programa adecuado al tipo de material, comprobando que los parámetros son los correctos.
10. **Comprobar.** A la finalización del proceso de esterilización, la comprobación visual de los indicadores de tiempo, temperatura y ciclo correcto emitida por la tira de papel del esterilizador y los cambios de color de los indicadores químicos y Test Biológico.
11. **Registrar y firmar.** En el modelo establecido los datos del proceso, como prueba de que el material ha seguido el procedimiento adecuado.
12. **Almacenar.** El material esterilizado en un lugar adecuado (vitriñas, estantes, armarios, etc) protegiéndolos de la humedad, salpicaduras y manipulaciones que puedan deteriorar el envase. Los envases deteriorados y mojados.

	<p>ANEXO I:</p> <p>FICHA DE DATOS DE</p> <p>SEGURIDAD INSTRUNET EZ+T</p>	<p>Revisión: 24.02.2005</p> <p>Edición: 1ª</p>	<p>AENOR</p> <p>ER</p> <p>EMPRESA REGISTRADA ER-0548/1996</p>
---	---	---	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL PREPARADO Y DE LA SOCIEDAD O EMPRESA

- Identificación de la sustancia o preparado: INSTRUNET EZ + T
- Uso de la sustancia o preparado: Líquido para la limpieza manual del instrumental endoscópico e instrumental clínico. Los equipos y el instrumental deben ser esterilizados o desinfectados mediante métodos adecuados en una etapa posterior.
- Identificación de la sociedad o empresa:

Fabricado por: LABORATORIOS INIBSA, S.A.
Ctra. Sabadell-Granollers, km. 14.5
08185 Lliçà de Vall (Barcelona)
España
Tel. + 34 93 860 95 00
Fax.+ 34 93 843 96 95
Teléfono de emergencia: + 34 91 562 04 20 (Servicio Nacional de información Toxicológica)

2. COMPOSICIÓN/INFORMACIÓN SOBRE LOS COMPONENTES

Componentes peligrosos:

Sustancia	%	Nº CAS	Símbolo	Frases R
Tensioactivo no-iónico	7	68526-86-3	Xn	R22, R41
Enzima proteasa	6	9014-01-1	Xn	R42
Enzima amilasa	0,5	9000-90-2	Xn	R42

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

Peligros específicos para el hombre y el medio ambiente: Puede ser irritante para la piel y los ojos en su forma concentrada.

4. PRIMEROS AUXILIOS

- Información general: Retirar las prendas que hayan estado en contacto con el producto.
- Contacto cutáneo: Lavar inmediata y abundantemente con agua y acudir al médico.
- Contacto ocular: Lavar inmediata y abundantemente con agua y acudir al médico.
- En caso de inhalación: Procurar aire fresco. En caso malestar, acúdase inmediatamente al médico (si es posible, muéstrela la etiqueta)
- En caso de ingestión: Beber abundante cantidad de agua, sin inducir el vómito. Acúdase al médico y muéstrela, si es posible, la etiqueta del envase.

5. MEDIDAS DE LUCHA CONTRA INCENDIOS

Medios de extinción adecuados: Agua pulverizada, espuma

Medios de extinción no adecuados: Agua a chorro

Equipo de protección especial en caso de incendio: Usar equipo de protección habitual contra el fuego

6. MEDIDAS EN CASO DE VERTIDO ACCIDENTAL

- Precauciones personales: Tomar las medidas indicadas en el apartado 8.
- Precauciones ambientales: Evitar verter el producto al alcantarillado público.
- Métodos de limpieza/ eliminación: Utilizar mangas absorbentes para que los grandes derrames no se extiendan, y absorber con láminas absorbentes. Recoger en recipiente con cierre para residuos debidamente etiquetado y disponer de acuerdo al apartado 13.

7. MANIPULACIÓN Y ALMACENAMIENTO

- Manipulación: Manejar de acuerdo con las buenas prácticas de higiene y seguridad para la manipulación de productos químicos. Manipular alejado de toda llama o fuentes de chispas. No fumar.
- Almacenamiento: Conservar únicamente en el recipiente de origen bien cerrado. Mantener fuera del alcance de los niños. Mantener lejos de alimentos y bebidas. Mantener en lugar seco y fresco. Conservar alejado de toda llama o fuente de chispas. No fumar.

8. CONTROLES DE LA EXPOSICIÓN/PROTECCIÓN PERSONAL

- Valores límite de exposición: Enzima proteasa (n° CAS 9014-01-1) VLA-EC: 0,00006mg/m3 (INSHT 2004)
- Protección respiratoria: En el caso que la ventilación sea inadecuada, usar máscara de protección (filtro tipo P3)
- Protección ocular: Usar gafas protectoras.
- Protección de las manos: Utilizar guantes de protección (ej. Nitrilo)
- Medidas generales de protección e higiene: Disponer de lavavajos.

9. PROPIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS

- Estado físico: Líquido
- Color: Verde
- Olor: Característico
- pH (sin diluir): 6,8 . 7,6
- Densidad: 1,07g/ml
- Índice de refracción 1,42 (aprox.)
- Residuo seco (105°C): 10 . 13%
- Solubilidad en agua: Completa

10. ESTABILIDAD Y REACTIVIDAD

Estabilidad: Estable en condiciones normales de uso.

11. INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA

- Toxicidad aguda: Estudio de la toxicidad oral aguda: método de clase tóxica aguda (método OECD 401): DL50 por vía oral (rata) >2.000mg/kg.
- Irritación: El producto sin diluir puede ser irritante
- Información toxicológica adicional: Contiene perfume. Puede provocar una reacción alérgica.

12. INFORMACIÓN ECOLÓGICA

Ecotoxicidad:

- Ecotoxicidad en peces. CL50 (96h) (método OECD 203): >100ppm
- Ecotoxicidad en Daphnias. CE50 (48h) (método OECD 202): >100ppm
- Inhibición crecimiento algas. CI50 (72h) (método OECD 201): >100ppm

Persistencia y degradabilidad: Biodegradabilidad (método OECD 302B): >70%, fácilmente biodegradable

13. CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA ELIMINACIÓN

Producto: Detergente

Disponer el producto de acuerdo con la legislación nacional y/o local vigente.

14. INFORMACIÓN RELATIVA AL TRANSPORTE

Producto No regulado de acuerdo con la normativa de transporte de mercancías peligrosas

Observaciones: Mantener lejos de alimentos y bebidas. Conservar alejado de toda llama o fuentes de chispas o calor - No fumar.

15. INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

Clasificación peligrosidad: Puede ser irritante para la piel y los ojos en su forma concentrada.

Frases de riesgo: Puede ser irritante para la piel y los ojos en su forma concentrada.

Frases de prudencia:

- S2 Manténgase fuera del alcance de los niños.
- S13 Manténgase lejos de alimentos y bebidas.
- S24/25 Evitese el contacto con los ojos y la piel.
- S26 En caso de contacto con los ojos, lávense inmediata y abundantemente con agua y acúdase a un médico.
- S37/39 Úsense guantes adecuados y protección para los ojos/la cara.
- S46 En caso de ingestión, beber abundante cantidad de agua sin inducir al vómito. Acúdase al médico y muéstrela la etiqueta.

16. OTRAS INFORMACIONES

Listado Frases R contempladas en los apartados 2 y 3:

- R22 Nocivo por ingestión
- R 41 Riesgo de lesiones oculares graves
- R42 Posibilidad de sensibilización por inhalación

Adaptación de la clasificación y ficha de seguridad del producto según la Directiva 2001/59/CE.

La información contenida en esta Ficha de Datos de Seguridad está basada en el estado actual de nuestros conocimientos. Su objetivo es describir el producto desde el punto de vista de la salud, seguridad y cuidado del medio ambiente. No representa una garantía de las propiedades del producto. Corresponde al usuario la utilización correcta y responsable del producto.

	ANEXO III: F_EST_07_MANTENIMIENTO INTERNO DE ESTERILIZACIÓN DE CALOR HÚMEDO	 Gobierno de Canarias
	ESTERILIZACIÓN	Fecha: Rev:

CAMBIO DE AGUA Y LIMPIEZA DE ESTERILIZADOR (Calor Húmedo)				
MES	SEMANAL	BISEMANAL	FECHA	FIRMA DE USUARIO/A
ENERO	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
FEBRERO	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
MARZO	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
ABRIL	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
MAYO	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
JUNIO	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
JULIO	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
AGOSTO	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
SEPTIEMBRE	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
OCTUBRE	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
NOVIEMBRE	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
DICIEMBRE	LIMPIEZA DE LA CAMARA			
	LIMPIEZA DE LA CAMARA	CAMBIO DE AGUA		
	LIMPIEZA DE LA CAMARA			

 Servicio Canario de la Salud	ANEXO IV: HOJA DE CONTROL MATERIAL ODONTOLÓGICO
ESTERILIZACIÓN	Fecha: _____

USBD: _____

PROCESO DE ESTERILIZACIÓN:
FECHA: _____
AUTOCLAVE: _____
Nº SERIE: _____
Nº CICLO CORRECTO: _____
Nº CICLO NULO: _____

Nombre y firma del operario/a: _____

GRAPAR TIRA DE IMPRESORA:

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD
INSTRUMENTAL DE EXTRACCIÓN		INSTRUMENTAL DE OBTURACIÓN
FÓRCEPS SUPERIORES		CUCCHARILLAS
FÓRCEPS INFERIORES		BRUNIDORES
ELEVADORES O BOTADORES SUPERIORES E INFERIORES		INSTRUMENTO DE COMPOSITE
CUCCHARILLAS QUIRÚRGICAS		ATACADORES DE AMALGAMA
PERIOTÓTOMO		PORTAMATRICES
SEPARADORES		GRAPAS O CLAMPS
GUBIAS		INSTRUMENTAL ROTATORIO O VIBRATORIO
PINZAS		TURBINA
PORTAAGUJAS		CONTRAÁNGULO
TIJERAS		ACCESORIOS:
MANGO DE BISTURÍ		Fresas
INSTRUMENTAL DE EXPLORACIÓN		Cepillos
ESPEJOS		Copas de pulido
SONDAS (de exploración, periodontales)		Puntas de limpieza

OBSERVACIONES (Anotar incidencias):



Anexo
IV

Crterios de
Derivación

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN AL O A LA DENTISTA CONCERTADO/A

- *Endodoncias en piezas permanentes.* En caso de afectación pulpar establecida y en el caso de caries que supongan compromiso o riesgo aparente de afectación pulpar.
 - *En el caso de necesidad de retratamiento endodóntico se comunicará la incidencia a la Dirección de Área correspondiente.*
- *Tratamientos de incisivos y caninos permanentes* en caso de malformaciones y traumatismos.
- *Protección pulpar en dientes del grupo incisivo-canino en caso de malformaciones o traumatismos.*
- *Extracción de supernumerarios erupcionados.* Cuando exista alguna asociación patológica o estética que sea originada por el supernumerario.
- *Gran reconstrucción:* en piezas endodonciadas posteriores.
- *Reconstrucción simple:* pieza endodonciada anterior o pieza con traumatismo o malformación.
- *Apicoformación:* en grupo incisivo-canino.
- *Ferulización del grupo incisivo canino.* En casos de subluxación, extrusión y luxación lateral. En caso de avulsión se realizará en la USBD, si acude de urgencias.
- *Tratamiento mediante mantenedor de espacio:* No se indicará si previo control radiográfico, la raíz/raíces de la/s pieza/s a sustituir, y que erupcionarán en el futuro, tienen ya dos tercios o más de su longitud definitiva.

CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

Serán derivados al Servicio de Cirugía Maxilofacial las personas con las siguientes patologías o problemas:

- Supernumerarios incluidos.
- Cordales incluidos o semiincluidos.
- Piezas dentarias incluidas.
- Restos radiculares incluidos fracturados que precisen osteotomías.
- Quistes de los maxilares.
- Patología tumoral ósea de los maxilares.
- Patología tumoral de la mucosa oral.
- Adenopatías, tumoraciones, quistes laterocervicales.
- Valoración de imágenes anormales de la ortopantomografía.
- Torus palatinos, mandibulares (exostosis ósea), si se precisa.
- Hiperplasia inflamatorias.
- Épulis.
- Lesiones premalignas de mucosa oral.
- Frenillo labial superior e inferior cortos.
- Anquilosis: valoración y tratamiento.
- Pacientes que no colaboren, bien sea para extracciones dentarias o que precisen cualquier tipo de tratamiento quirúrgico que requiera anestesia general.
- Fracturas de maxilar superior e inferior y del territorio orofacial.
- Imágenes radiolúcidas apicales susceptibles de tratamiento quirúrgico apical (apicectomía).
- Procesos infecciosos del suelo de la boca y laterocervicales.
- Patología inflamatoria y tumoral de glándulas salivares.
- Cualquier tipo de lesión de la mucosa oral que tras quince días de evolución no se resuelve.
- Cirugía oral en pacientes médicamente comprometidos.

CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE RADIOLOGÍA PARA UNA ORTOPANTOMOGRAFÍA

- Sospecha de lesión ósea.
- Pacientes que vayan a ser derivados a un Servicio de Cirugía Máxilofacial por lesión ósea. Antes de acudir a este

Servicio el o la paciente deberá aportar siempre la ortopantomografía.

- Patología de la Articulación Témpero Mandibular que requieran derivación a un Servicio de Cirugía Máxilofacial.
- Pacientes que han sufrido un traumatismo siempre que se sospeche lesión ósea con o sin lesiones dentales o periodontales.

Exclusiones

No se podrán solicitar ortopantomografías:

- Para diagnóstico de caries. En estos casos se realizarán radiografías de aleta de mordida.
- Por motivos de ortodoncia.

CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN AL O A LA TRABAJADOR/A SOCIAL

Se derivarán a las Unidades de Trabajo Social del centro de salud, aquellos casos que determina el Programa de Salud Infantil del Servicio Canario de Salud, siguiendo los protocolos que en este programa se detallan.

A continuación se presenta un resumen extractado de: "ASPECTOS SOCIALES". Capítulo 28 del Programa de Salud Infantil del SCS.

Actuación general ante riesgo social

Actuación general para la identificación de factores de riesgo social en la infancia, entendiendo el riesgo social como el incremento de la susceptibilidad a contraer enfermedad psíquica y/u orgánica y la mayor vulnerabilidad de presentar situación de desprotección del niño o de la niña.

Factores de Riesgo Social e Instructivo.

(Anexo 06. Programa de Salud Infantil del SCS)

- Enfermedad psíquica del padre/madre
- Discapacidad intelectual de la madre
- Antecedentes de maltrato de los padres o madres
- Patología crónica grave y/o discapacidad del o de la menor
- Dependencia al alcohol y/o otras drogas de los padres o madres
- Madre y/o padre adolescentes
- Aislamiento social
- Dificultades familiares
- Marginalidad: prisión, desempleo repetido, bajo nivel económico, sin vivienda, inmigración, mendicidad, etc
- Ausencia continuada de los padres o madres

Cualquier profesional del equipo de atención primaria (EAP) puede identificar factores de riesgo social en la infancia y en la atención a personas adultas y si se conoce su condición de progenitores/cuidadores deben comunicarlo a la trabajador/a social a través de interconsulta y derivación si procede.

Atención al maltrato infantil

El maltrato infantil en todas sus formas constituye un problema de salud pública originado por múltiples causas: psicológicas, familiares, económicas y sociales. Su incidencia es similar a la de otras causas de mortalidad y morbilidad infantil como el cáncer o los accidentes, siendo causante de diversas secuelas físicas y psíquicas.

El o la profesional de atención primaria debe conocer los **indicadores de maltrato** (*Anexo 09. Programa de Salud Infantil del SCS*), teniendo en cuenta que:

- La constatación de un único indicador no prueba que exista maltrato.
- Sirven para alertar a cualquier profesional sobre la posible existencia de una situación de maltrato cuando exista:
 - La presencia reiterada de uno de los indicadores
 - La presencia de diversos indicadores combinados
 - La aparición de lesiones serias

Existen además una serie de **indicadores inespecíficos** que también hay que tener presentes en la consulta, éstos son:

- No acudir a las consultas concertadas
- Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios
- Cambios frecuentes de médicos
- Acudir a consulta sin motivo aparente
- Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica

Definiciones de los tipos de maltrato

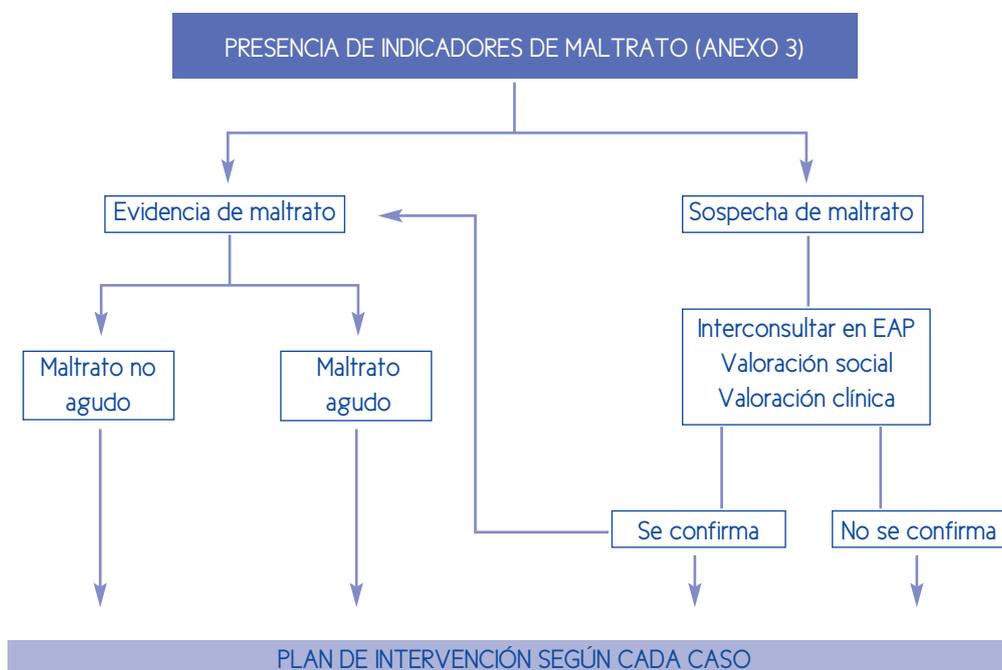
- **Maltrato o abuso físico.** Es la acción no accidental de alguna persona adulta que provoca daño físico o enfermedad en el niño o en la niña, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo. Puede ser una acción voluntaria o también derivar de un exceso de disciplina o de un castigo inapropiado. Incluye: Lesiones cutáneas (excoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, quemaduras, mordeduras), traumatismos, fracturas, Síndrome del niño zarandeado, intoxicaciones.
- **Maltrato o abuso emocional.** Acciones de los padres o responsables del niño o de la niña tales como hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquiera de los miembros de la familia. Incluye además: infundir

miedo o terror, rechazar, humillar, infravalorar, aislamiento, encierro, o implicar al niño o a la niña en actividades antisociales.

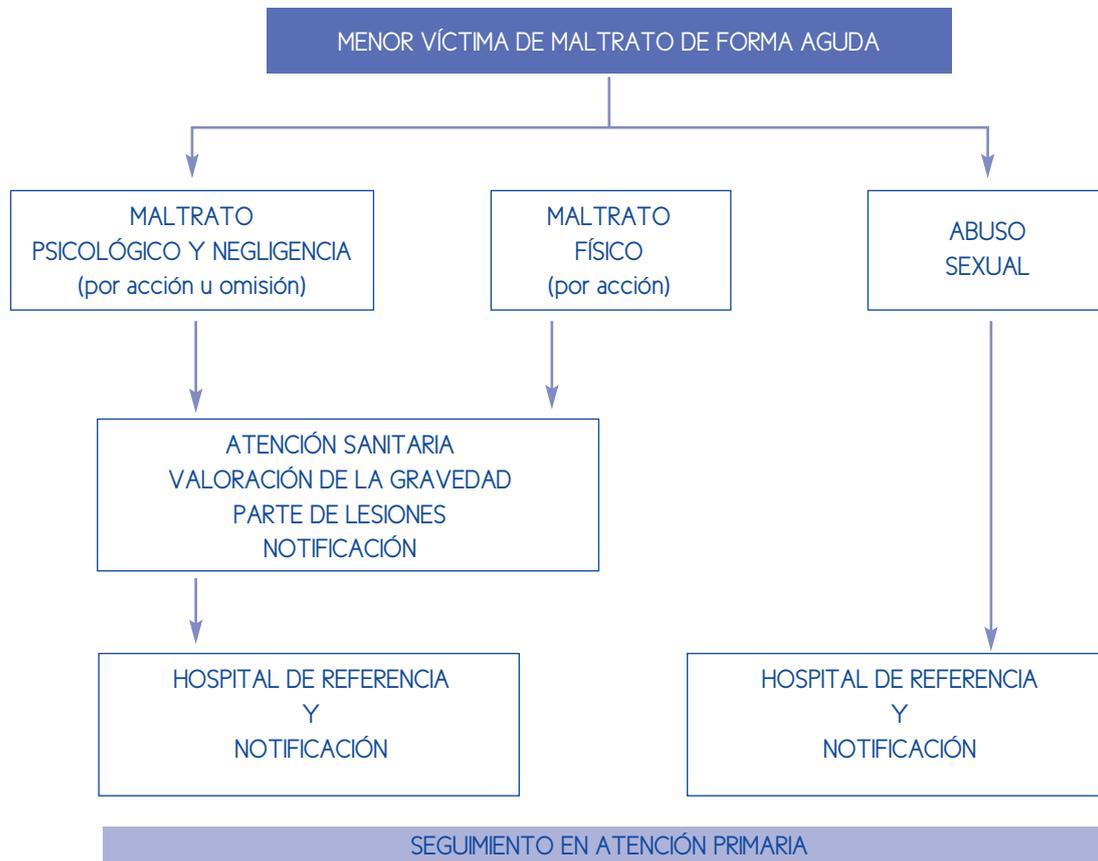
- **Abuso sexual.** Implicación de niños o niñas en actividades sexuales para satisfacción de la persona adulta a través de la fuerza, engañar o aprovechar la posición de superioridad, ascendencia, poder o autoridad. Con contacto físico serían: la violación, incesto, tocamientos, estimulación sexual, etc. Sin contacto físico serían: el exhibicionismo, solicitud verbal, etc.
- **Negligencia o abandono físico.** Es abstenerse de atender a las necesidades del niño o de la niña y a los deberes de guarda y protección, o cuidado inadecuado del niño o niña. Las formas que adquiere este tipo de maltrato son la desatención, el abandono, los problemas físicos, necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones, etc.).
- **Negligencia o abandono emocional.** Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por la niña o el niño y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable. Las formas que puede tomar este tipo de mal-

trato incluyen la privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño o de la niña (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, autoestima, etc.).

- **Explotación laboral.** Los padres/madres/tutores asignan al niño o la niña con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos, e interfieren en sus necesidades como menor.
- **Maltrato prenatal.** Falta de cuidado por acción o por omisión, del cuerpo de la futura madre o autosuministro de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente perjudican al feto.
- **Maltrato institucional.** Se refiere a cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión, procedente de los poderes públicos, o bien derivada de la actuación individual del o de la profesional, que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos de la infancia.
- **El síndrome Munchausen por poderes.** Los cuidadores inventan o provocan enfermedades en el niño o en la niña, al que someten a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos.



Fuente: Programa de Salud Infantil. Servicio Canario de la Salud



Fuente: Programa de Salud Infantil. Servicio Canario de la Salud

○ Atención social a la discapacidad

Necesidades de atención de la familia ante esta situación:

- Necesidad de información adecuada y adaptada a los momentos por los que pasa la familia.
- Apoyo a los padres y madres para conocer las formas de acceso a los servicios, prestaciones, etc., de los diferentes niveles del sistema sanitario.

- Atención coordinada entre los servicios y consultas de atención primaria y atención especializada.
- Apoyo psicosocial desde los primeros momentos.
- Información de recursos adecuado a las necesidades que va presentando la familia.

Coordinación intra e interinstitucional. Enlace con los servicios sanitarios y con los servicios sociales básicos y especializados facilitando la acción coordinada.

INDICADORES DE MALTRATO

	Físicos del/la niño/a	En el comportamiento del/la niño/a	En la conducta del/de la cuidador/a
MALTRATO FÍSICO (POR ACCIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> • Magulladuras o moretones • Quemaduras • Fracturas • Intoxicaciones • Heridas o raspaduras • Lesiones abdominales, hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos recidivantes • Mordedura humana • Síndrome de Münchausen por poderes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cauteloso respeto al contacto físico con adultos • Se muestra aprensivo cuando lloran otros niño/as • Miedo de sus padres, de ir a casa, o llora al terminar las clases y dejar la escuela • Muestra conductas extremas (llanto inconsolable) • Dice que le han pegado 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha sido objeto de maltrato en la infancia • Utiliza disciplina severa, inapropiada para la edad, para la falta cometida y para la condición del niño/a • No explica las lesiones del niño/a, o da explicaciones ilógicas y poco convincentes • Parece no preocuparse del niño/a • Percibe al niño/a de manera negativa • Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad del agresor
NEGLIGENCIA (POR OMISIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> • Falta higiene • Consultas frecuentes a urgencias • Accidentes frecuentes por falta de supervisión • Hematomas inexplicados • Infecciones leves recurrentes o persistentes • Ropa inadecuada • Alimentación con horario inadecuado • Retraso crecimiento • Enfermedad crónica llamativa que no ocasiona consulta médica • Retraso en las áreas madurativas • Retraso del aprendizaje escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia, apatía, depresión • Hiperactividad, agresividad • Tendencia a la fantasía • Comportamientos autogratificantes • Absentismo escolar • Se queda dormido en clase • Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde • Dice que no hay quién le cuide • Comportamientos antisociales • Conductas para llamar la atención del adulto 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida en el hogar caótica • Apatía, inutilidad • Bajo nivel intelectual o mentalmente enfermo • Fue objeto de negligencia en la infancia • Tiene una enfermedad crónica que le impide la correcta atención al niño/a

FACTORES DE RIESGO SOCIAL E INSTRUCTIVO

1. Enfermedad psíquica del padre/madre: cuadros de psicosis y cuadros de neurosis, como cuadro depresivo o ansioso con tratamiento farmacológico del padre o la madre.
2. Discapacidad intelectual de la madre: dificultad manifiesta, con o sin diagnóstico, para entender las instrucciones o mensajes en consulta por coeficiente intelectual bajo.
3. Antecedentes de maltrato de los padres: tanto víctimas como presencia de maltrato a la madre.
4. Patología crónica grave y/o discapacidad del menor: ver protocolo de discapacidad.
5. Dependencia al alcohol y/o otras drogas los padres: dependencia al alcohol y/o otras drogas del padre/madre.
6. Madre y/o padre adolescentes: edad de la pareja inferior a 18 años, especialmente la madre sin apoyo.
7. Aislamiento social. Madre/padre adolescentes: inexistencia o carencia de contactos de apoyo percibido o dificultad para recibirlo por causas culturales, físicas (aislamiento geográfico) u otras.
8. Dificultades familiares: dificultades familiares como conflictividad, disfunción familiar y/o familia monoparental sin apoyo. Dificultades expresadas por alguno de sus miembros.
9. Marginalidad: prisión, desempleo repetido, bajo nivel económico, sin vivienda, inmigración, mendicidad, etc. Dificultades expresadas por alguno de sus miembros.
10. Ausencia continuada de los padres: excesivo número de horas fuera del hogar que suponga responsabilidades prematuras de los menores.

La exploración de los factores sociales en ocasiones genera dificultades para los profesionales sanitarios, no familiarizándose con el abordaje de forma sistemática de algunos aspectos de carácter social.

Las siguientes sugerencias pueden ayudar a la exploración de los mismos:

- Para los factores 1, 2, 3 y 5: preguntar cuando se explora sobre los antecedentes y situación de la salud actual de los padres. Para el factor 3: ¿Ha habido algún problema de violencia en su familia/infancia?
- Para el factor 6: edad de los padres
- Para el factor 7: ¿Tiene apoyo para el cuidado del niño/a y lo considera suficientes? Es decir, si tiene quien le ayude a cuidar al niño cuando lo necesita.
- Para los factores 8 y 9: ¿Existe algún problema en su familia, que le esté afectando en este momento? Si hay que especificar, introducir algunos ejemplos como enfermedad, conflictos, dificultades económicas, etc. que afectan en un momento u otro a las familias.
- Para el factor 10: situación laboral y horario laboral de los padres. ¿Cuántas horas pasa el niño/a en casa solo/a (teniendo en cuenta la edad)?

Fuente: Programa de Salud Infantil. Servicio Canario de la Salud

CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DESDE Y A PEDIATRÍA

- Pediatría derivará a la USBD a todo niño y niña, de 3 a 5 años, para revisión y apertura de la ficha de Salud Oral.
- Pediatría derivará a la USBD para revisión y aplicación de las actividades contempladas en el Programa de Salud Bucodental de la C.A. de Canarias 1999-2000, sólo a los niños y niñas de 14 y menos años, nacidos antes del año 2000.
- Pediatría derivará a la USBD a los niños y niñas incluidos por derecho en el *PADICAN*, (de 6 a 15 años), nacidos a partir del 1 de enero de 2000, y que no hayan sido captados hasta el momento.
- Todo niño o niña, de 0 a 15 años, podrá ser derivado a la USBD en caso de que se le haya detectado algún problema oral y/o requiera de una valoración odontológica complementaria, con la excepción de aquellos niños y niñas, incluidos en el *PADICAN*, que hayan optado por la provisión privada de servicios bucodentales, los cuales serán derivados a su odontostomatólogo/a correspondiente.
- La USBD derivará a la consulta de pediatría a toda niña o niño al que se le haya detectado un posible problema general o sistémico, no diagnosticado, y/o requiera de una valoración pediátrica:
 - Enfermedad.
 - Trastorno del crecimiento y desarrollo.
 - Malnutrición.
 - Hábitos nocivos.
 - Hábitos tóxicos.
 - Riesgo social, maltrato, abandono.
 - Niño sin Historia de salud pediátrica.
- La USBD derivará a la consulta de pediatría a todo niño o niña que presente posible descompensación sistémica de su enfermedad de base.
- Las USBD y la Dirección de Zona determinarán conjuntamente con Pediatría la manera de derivación.

CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DESDE Y A LA MATRONA O MATRÓN

- Toda mujer embarazada será remitida por el/la matrn/a a la Unidad de Salud Bucodental (USBBD).
- Igualmente será derivada a consulta odontológica toda mujer embarazada, en caso de que se le haya detectado

algún problema oral y/o requiera una valoración odontológica complementaria.

- La captación de la paciente por la USBD será controlada por el/la matrn/a en las sucesivas revisiones, a través de la Historia de salud Informatizada.
- Determinar conjuntamente con el/la matrn/a la manera de derivación.
- Será derivada a el/la matrn/a toda mujer embarazada en caso de que se le haya detectado algún problema y/o requiera de una valoración obstétrica/ginecológica.

CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DESDE Y A MEDICINA FAMILIAR

Se derivará de medicina familiar a odontología a todo o toda paciente que:

- Se le haya detectado algún problema oral y/o requiera una valoración odontológica complementaria.
- Se le indique o esté en tratamiento con bifosfonatos, terapia bloqueadora del factor de necrosis tumoral (anti-TNF), inmunosupresores...
- A toda o todo paciente en situación de riesgo como complemento a la valoración de su estado de salud general (DM, cardiopatas, edad, hábito tabáquico, eno-lismo...).
- Vaya a ser intervenido/a quirúrgicamente y sea necesario eliminar focos sépticos orales que puedan agravar su enfermedad de base o puedan generar complicaciones sistémicas.
- Se derivará de forma Urgente/Preferente a odontología a todo o toda paciente que:
 - a. Vaya a ser sometido a radioterapia en el área de cabeza y cuello.
 - b. Lesiones con sospecha de malignidad.

Se derivará de odontología a medicina de familia a todo o toda paciente que:

- Presente posible descompensación sistémica de su enfermedad de base (personas hipertensas, personas diabéticas...).
- Presente clínica de sospecha de una posible enfermedad no diagnosticada para valoración, tratamiento o derivación a especializada si procede.
- Se les requiera una información exhaustiva de su patología de base o intercurrente.



Anexo
V

Consentimientos
Informados

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

REVISIÓN Y ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRESTACIONES REALIZADAS EN LA CONSULTA DENTAL DE LAS UNIDADES DE SALUD ORAL

Dentro de las prestaciones, que se ofertan en las USBD de Atención Primaria, la necesidad de recabar el consentimiento para cualquier actuación viene regulada por la ley 41/2002 "básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica".

- El consentimiento del o de la paciente hay que *recabarlo siempre antes de cualquier intervención*, debe obtenerse en el momento previo a que el o la dentista planifique la intervención, *dejando a el o la paciente el tiempo necesario para reflexionar sobre el tratamiento*, siempre que no se trate de actividades urgentes o que requieran hospitalización. Se comunicará a él o la paciente de *forma comprensible y adecuada a sus necesidades* (art. 4.2 de la ley 41/2002).

- El consentimiento será *Verbal dejando constancia en la historia de salud* (art. 4.1 de la ley básica reguladora de la autonomía del paciente) y comprende la fidelidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos (deben ser *riesgos típicos ó normales y los atípicos serían excepcionales y no precisarían ser mencionados en el documento de consentimiento informado*, art.10.1 de la Ley 41/2002) y sus consecuencias.
- El Consentimiento será *Escrito* ante los procedimientos *claramente quirúrgicos y debe constar en la historia de salud*. El consentimiento escrito de el/la paciente será necesario para cada acto médico, excepto que el tratamiento incluya *varias acciones idénticas*, en este caso, podría ser válido un único consentimiento para todas las actuaciones (Ej. multiexodoncias).

En nuestra cartera de servicios, en odontología en atención primaria, recabaremos *el consentimiento por escrito y dejando constancia en la historia de salud* en las siguientes actuaciones clínicas:

CASOS HABITUALES	CASOS ESPECIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes no comprometidos clínicamente y que no planteen gran riesgo legal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes muy comprometidos clínicamente. • Pacientes que planteen gran riesgo legal (demandas previas). • Investigación (pacientes que participen en estudios epidemiológicos etc.)
PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS
<p>Procedimientos que utilicen anestesia. Extracciones simples ó complicadas.</p>	<p>Procedimientos que utilicen anestesia. Extracciones simples ó complicadas. Obturaciones. Radiografías dentales. Tartrectomías. Selladores Aplicación de flúor, barniz ó en cubetas.</p>

Debe recibir la información y dar el consentimiento el propio o la propia paciente, salvo en las siguientes excepciones:

EXCEPCIONES	ACTITUD A SEGUIR
Paciente discapacitado/a temporal	Posponer la intervención, salvo urgencia vital.
Paciente con incapacidad permanente	Reciben la información y dan el consentimiento los representantes legales si faltan, personas vinculadas al o la paciente, por razones familiares ó de hecho.
Paciente incapacitado/a legalmente	Reciben la información y dan el consentimiento los representantes legales.
Menores emancipados ó con 16 años cumplidos	Reciben la información y dan el consentimiento los padres, madres ó tutores si el procedimiento plantea riesgos que precise un documento de consentimiento escrito, previamente informados por sus hijos (manteniendo el secreto profesional).
Menores de 12 años	Reciben la información y dan el consentimiento los padres, madres ó representantes legales después de haber escuchado su opinión (si tienen ya 12 años cumplidos).

El o la paciente puede *revocar libremente por escrito* su consentimiento en cualquier momento (art. 8.5 de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente). El o la dentista debe informarle de los riesgos o consecuencias que asume al rechazar la intervención.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE GEL DE FLÚOR

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la aplicación de gel de flúor dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es la aplicación de flúor tópico en forma de gel en unas cubetas desechables que se colocarán en las dos arcadas dentales (superior e inferior).
2. El/la Profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento preventivo, para disminuir el riesgo de caries en la cavidad oral.
3. Comprendo que se considera un tratamiento altamente efectivo, en pacientes que tengan un riesgo alto y moderado de caries.
4. También me ha explicado puede ser realizado por un/una dentista o por un/una higienista dental.
5. Me han explicado que no debo ingerir alimentos o líquidos hasta 30 minutos después de la aplicación para no disminuir la efectividad del gel de flúor.
6. El/la Profesional me ha explicado que los riesgos de la aplicación de la cubeta de flúor son los ocasionados por la aspiración o por la ingesta accidental de una gran cantidad de gel, que aunque poco probable, pudiera provocar una intoxicación aguda que diera lugar a náuseas, vómitos, y dolor abdominal. Es por este motivo que no se recomienda este procedimiento en menores de 6 años debido a la dificultad de éstos en controlar correctamente el acto de la deglución.
7. Entiendo que como medida complementaria para la prevención de la caries son necesarias las revisiones periódicas y el mantenimiento de una estricta higiene oral.
8. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la aplicación de barniz de flúor dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es la aplicación de flúor tópico en forma de barniz mediante pinceles o torundas de algodón aplicado en las dos arcadas dentales.
2. El/la Profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento preventivo para disminuir el riesgo de caries en la cavidad oral.
3. Comprendo que se considera un tratamiento altamente efectivo en pacientes que tengan un riesgo alto y moderado de caries.
4. También me ha explicado que puede ser realizado por un/una dentista o por un/una higienista dental.
5. Entiendo que no se deben ingerir alimentos sólidos o líquidos durante las 2-4 horas siguientes y que no se deben cepillar los dientes hasta el día siguiente.
6. Me han advertido que los dientes temporalmente pueden presentar un color amarillento y una sensación áspera.
7. Entiendo que como medida complementaria para la prevención de la caries son necesarias las revisiones periódicas y el mantenimiento de una estricta higiene oral.
8. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder al sellado de fisuras de la pieza dentaria dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es la colocación de una resina selladora en las fosas y fisuras de uno o más dientes.
2. El/la Profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento preventivo para evitar la aparición de caries futuras sobre un diente sano.
3. Me han explicado que se considera un tratamiento efectivo en algunos pacientes que tienen un alto riesgo de caries.
4. Entiendo que pueda haber hábitos (masticar chicle, morder objetos o alimentos duros...) que puedan provocar la fractura del sellador.
5. Me han explicado que a pesar de evitar estos hábitos con el tiempo el sellador puede romperse y en tal caso sea necesario reemplazarlo.
6. Igualmente me ha explicado que se trata de un procedimiento, que puede ser realizado por un/una dentista o por un/una higienista dental.
7. Entiendo que como medida complementaria para la prevención de la caries son necesarias las revisiones periódicas y el mantenimiento de una estricta higiene oral.
8. El/la Profesional me ha explicado que todo acto médico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios.
9. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍAS DENTALES

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la realización de una radiografía dental dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de esta prueba diagnóstica es obtener una imagen detallada de una determinada zona de la cavidad oral (radiografía periapical) o bien de la zona posterior de los cuatro cuadrantes en que se divide la boca (radiografías de aleta), en la que observaremos las diferentes piezas dentarias y los tejidos que las rodean.
2. Me han explicado que el objetivo de estas técnicas es conseguir una imagen que nos permita diagnosticar diferentes patologías, como son caries, procesos infecciosos y otros.
3. Comprendo que la exposición a la radiación utilizando este tipo de técnicas radiográficas es muy baja aunque el facultativo intentará hacer siempre el menor número de placas posibles.
4. Me han explicado que durante la radiografía debo estar solo en la consulta sin moverme sujetando la placa como me ha explicado el personal sanitario. En el caso de que no pudiera realizar este procedimiento yo solo, necesitaría la ayuda de un familiar que nunca sería una mujer embarazada.
5. Igualmente comprendo que se trata de un procedimiento que puede ser realizado por un/una dentista o bien por otro tipo de personal sanitario debidamente autorizado.
6. También me han advertido de que existen elementos que tienen por objetivo reducir la radiación sobre zonas importantes del organismo como pueden ser los protectores plomados.
7. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TARTRECTOMÍA

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la realización de una tartrectomía (limpieza dental) dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es la realización de una tartrectomía (limpieza dental) que tiene como objetivo la eliminación del sarro o cálculo que se encuentra adherido a la superficie de los dientes.
2. Me han explicado que este sarro o cálculo es un factor irritante que en el caso de no eliminarlo dará lugar a una inflamación de las encías (gingivitis) que se manifestará con dolor, hinchazón y sangrado.
3. La técnica se lleva a cabo mediante un aparato de ultrasonidos que produce una vibración que hace desprender el cálculo del diente o bien de forma manual mediante instrumental específico.
4. Comprendo que aunque no es una técnica dolorosa, si puede resultar en algunos casos molesta dependiendo de la sensibilidad dentaria de cada persona.
5. También me han advertido que, aunque poco frecuente, pueda provocar ciertas molestias en la zona de la encía y sensibilidad leve o moderada en los dientes.
6. También sé que la tartrectomía o limpieza dental puede ser realizada por un/una dentista o por un/una higienista dental.
7. Entiendo que como medida complementaria para la prevención de las enfermedades de la encía son necesarias las revisiones periódicas y el mantenimiento de una estricta higiene oral.
8. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE OBTURACIÓN

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a realizar una o varias obturaciones dentales o empastes, dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger la pulpa, para conservar el diente y su función.
2. Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.
3. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, hematoma y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior, y que la anestesia puede provocar mareos bien por la ansiedad ó por bajada de la tensión arterial que debe ser comunicado inmediatamente a el /la dentista para adoptar las medidas correctoras oportunas y evitar tan incómoda sensación.
Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
4. El/la Dentista me ha explicado que esta intervención no cura la enfermedad de la caries sino que trata una lesión de caries y que solo las medidas preventivas (dieta adecuada, higiene correcta y otras) revisiones periódicas, evitarán ó disminuirán la aparición de nuevas lesiones de caries en el mismo diente o en otros dientes.
5. Durante la intervención podría ocurrir una exposición pulpar y en tal caso el/la dentista me explicará el tratamiento oportuno.
6. La intervención consiste en limpiar la cavidad o lesión de tejido enfermo y rellenarla posteriormente con el material que en cada caso el/la dentista considere oportuno, conservando el diente.
7. El/la Dentista me ha advertido que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo.
8. También me ha recomendado el/la Dentista que vuelva a visitarle lo más pronto posible, si advierto signos de movilidad o alteraciones de la mordida, pues en ese caso sería preciso ajustarla.
9. Comprendo que este tratamiento puede producir que posteriormente sea necesario realizar una Endodoncia/Apicoformación, especialmente en los casos en que la caries es muy profunda, lo que conlleva que el diente quede frágil y precise además otros tipos de tratamientos.
10. También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto de diente sano.
11. Entiendo que la duración de la obturación es limitada, estando ésta en función de la cantidad de diente sano existente, del desgaste del material y de mis hábitos masticatorios.
12. Entiendo que este tratamiento precisa de revisiones periódicas y del mantenimiento de una estricta higiene oral con el fin de evitar posibles complicaciones.
13. El/la Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.
14. El/la dentista me ha explicado que durante o después del procedimiento se puede producir la ingestión accidental de instrumentos, material o residuos orgánicos, requiriendo en algunos casos pruebas complementarias para su diagnóstico y tratamiento.

15. En caso de que haya que realizar este tratamiento en varias actuaciones de forma programada en sucesivas citas, el o la paciente acepta la validez de este consentimiento para todas ellas y en cualquier momento puede revocarlo.
16. Condiciones particulares del caso:

Es fundamental que nos advierta de:

- de cualquier alergia que tenga ó sospeche tener.
- de cualquier enfermedad que usted padezca..
- si experimenta mareos frecuentemente y de los medicamentos que esté tomando.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y

D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXTRACCIÓN

D./Dña. _____ de _____ años y

D.N.I. _____ en calidad de _____

(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, realizar una o varias extracciones dentales dándome la siguiente información:

1. En consecuencia, comprendo que no mantendré ese o esos dientes y que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis. Que podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, y las descarto por el estado que presenta, y que no hace razonable su conservación, o porque por motivos personales prefiero esta opción.
2. Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, hematoma en la zona y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior y que la anestesia puede provocar mareos bien por la ansiedad ó por bajada de la tensión arterial que debe ser comunicado inmediatamente a el/la dentista para adoptar las medidas correctoras oportunas y evitar tan incómoda sensación. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
3. La intervención consiste en la aplicación de un instrumento quirúrgico al diente, practicando la luxación y osteotomía si procede, de manera que pueda desprenderse del alvéolo donde está insertado, posteriormente se aproximan los bordes de la herida entre sí mediante compresión de las paredes del alvéolo, para facilitar la coagulación y cicatrización, que se ayuda mordiendo un apósito estéril durante unos minutos.
4. Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que durante el curso del tratamiento pueda producirse
 - un proceso infeccioso, sobreinfección por gérmenes en la boca, alveolitis que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios,
 - una hemorragia, que exigirá, para cohibirla, la colocación en el alvéolo de una torunda de algodón seca u otro producto hemostático incluso sutura.
 - rotura de la corona del diente,
 - fracturas y luxaciones de dientes contiguos,
 - heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua,
 - inserción de la raíz en el seno maxilar,
 - fractura de los maxilares,
 - lesión del germen del diente definitivo en el caso de la extracción de un diente temporal,
 - luxación de la Articulación Témporo Mandibular en pacientes predispuestos,
 - alteración de la sensibilidad,
 - comunicación orosinusal (boca-nariz),
 - ingestión accidental de instrumentos, material o residuos orgánicos, requiriendo en algunos casos pruebas complementarias para su diagnóstico y tratamiento.

que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción, o bien lo programará para otra cita o lo derivará al especialista correspondiente.

5. Entiendo que este tratamiento precisa de una estricta higiene oral con el fin de evitar posibles complicaciones.
6. El/la Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.
7. En caso de que haya que realizar este tratamiento en varias actuaciones de forma programada en sucesivas citas, el paciente acepta la validez de este consentimiento para todas ellas y en cualquier momento puede revocarlo.
8. Condiciones particulares del caso:

Es fundamental que nos advierta de:

- de cualquier alergia que tenga ó sospeche tener.
- de cualquier enfermedad que usted padezca.
- si experimenta mareos frecuentemente y de los medicamentos que esté tomando.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y

D.N.I. _____ en calidad de _____

(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA LOCAL ORAL

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, administrarme anestesia local oral dándome la siguiente información:

1. Consiste en proporcionar, mediante una inyección, de una sustancia (anestésico local) que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.
2. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.
3. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa, pequeños hematomas, dolor y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior, y que la anestesia puede provocar mareos, bien por la ansiedad ó disminución de la tensión arterial que debe ser comunicado inmediatamente a el /la dentista para adoptar las medidas correctoras oportunas y evitar tan incómoda sensación.
4. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
5. Condiciones particulares del caso:

Es fundamental que nos advierta de:

- de cualquier alergia que tenga ó sospeche tener.
- de cualquier enfermedad que usted padezca.
- si experimenta mareos frecuentemente y de los medicamentos que esté tomando.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal



Anexo
VI

Educación
para la Salud

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

CONSEJOS SOBRE SALUD ORAL PARA PERSONAS DIABÉTICAS

- **Controle sus niveles de glucosa en sangre (azúcar) en unos niveles aceptables**

En la diabetes, los cambios en los vasos sanguíneos disminuyen el flujo de sangre y la eliminación de desechos de los tejidos corporales. Además si está mal controlada, los niveles altos de azúcar en los fluidos de la boca estimulan el crecimiento de bacterias que podrán causar enfermedad infecciosa tanto en los dientes (caries) como en los tejidos que los rodean y mantienen en su lugar (enfermedades periodontales). La enfermedad periodontal puede iniciarse en la juventud y agravarse con el tiempo si no se instaura un tratamiento adecuado.

- **Abandone el hábito de fumar**
Fumar perjudica gravemente la salud oral en todas las personas. Sin embargo, una persona que fuma y que tiene diabetes corre mucho más riesgo de desarrollar una enfermedad de las encías que alguien sin diabetes. El o la profesional sanitaria pueden ayudarlo a dejar de fumar.

- **Hidrátese correctamente con la ingesta de abundantes frutas y verduras (5 al día) y escogiendo el agua como bebida principal**

La diabetes provoca sequedad de la boca por falta de una secreción adecuada en la cantidad de saliva. Esto favorece una infección por hongos conocida como candidiasis bucal. Si a la sequedad bucal se le añade además un mal control del azúcar, la combinación de estos problemas podría resultar en aftas, unas pequeñas úlceras blanquecinas y dolorosas que aparecen en la boca.

- **Extreme las medidas de higiene oral y tórnese unos minutos para inspeccionar su boca de forma habitual**

Es muy importante cepillarse los dientes y usar hilo dental todos los días. Informe al o a la dentista si su dentadura postiza no le resulta cómoda o le duelen las encías. A veces, las encías sangran al cepillarse los dientes o pasar el hilo dental. Es posible también que haya sequedad,

dolor, manchas blanquecinas o un gusto desagradable en la boca. Cualquiera de estos malestares justifica una cita con el o la dentista.

Recuerde: si la diabetes no está bajo control la posibilidad de tener problemas en su boca aumenta.

Recuerde: cepillarse después de cada comida y refrigerio con un cepillo de dientes de cerdas suaves y usar el hilo dental al menos una vez al día así como productos que su dentista le recomiende (cepillo manual o eléctrico, seda ó cepillo interdental, cepillo para limpiar la prótesis completa o parcial, etc.). En caso de usar dentadura postiza, es importante mantenerla limpia. Su dentista o su higienista le enseñarán a mantener una buena higiene bucal y le indicarán si precisa una limpieza dental y la periodicidad más adecuada en su caso, siendo fundamental entonces la visita de revisión anual.

¡Sus dientes pueden durar muchos años, independientemente de su edad!

CONSEJOS SOBRE SALUD ORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIACAS

Cada vez hay más pruebas que sugieren que la enfermedad periodontal también puede ser un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades cardiacas. De hecho, las personas con enfermedad periodontal tienen casi dos veces más probabilidades de sufrir una enfermedad de las arterias del corazón.

Las enfermedades periodontales son infecciones de las encías, los huesos y las fibras que unen el diente al hueso. La causa principal de estas enfermedades es la placa, una película pegajosa que se forma en los dientes y está llena de bacterias. Si no se retira la placa todos los días con el cepi-

llado y el uso del hilo dental, la placa puede fijarse al diente y endurecerse hasta convertirse en sarro (cálculos) que a su vez acumula más placa. Las bacterias de la placa liberan toxinas que, junto con las propias defensas del cuerpo contra las bacterias, irritan las encías, causando inflamación e infección. Fumar puede empeorar el pronóstico, especialmente en personas con enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

La enfermedad periodontal puede exacerbar condiciones cardíacas existentes. Por un lado, el tratamiento de la enfermedad periodontal puede ayudar a restaurar la elasticidad de las arterias que irrigan sangre al corazón. Hay estudios que han sugerido una relación entre la enfermedad periodontal y la aterosclerosis (enfermedad que afecta los vasos sanguíneos arteriales y sustrato de la enfermedad cardiovascular) y han propuesto que el tratamiento periodontal puede reducir el riesgo cardiovascular.

Y por otro lado, hay pacientes cardiopatas con un riesgo alto o moderado de sufrir endocarditis infecciosa (inflamación de la cubierta interna del corazón). Por ejemplo, los portadores de prótesis valvulares, endocarditis previas, cardiopatías congénitas complejas, trasplantados etc. Estas personas requieren antibióticos antes de someterse a procedimientos dentales y tener especialmente controlada su enfermedad periodontal.

Es importante informar a su dentista de sus problemas cardíacos y de salud en general, al igual que de cualquier cambio en su salud dental o general. Hágale saber si tiene las encías rojas, le duelen, le sangran o se retraen de los dientes. Además de problemas en las encías, las personas con enfermedades cardíacas que toman ciertos medicamentos pueden sentir la boca seca debido a un menor flujo de saliva; esto puede producir dolor, úlceras, infección y caries.

Debe informar o llevar los medicamentos que esté tomando al visitar al o la dentista pues éstos podrían afectar al tratamiento así como seguir atentamente las instrucciones de su médico/a y dentista cuando le receten medicamentos especiales como los antibióticos.

Si fuma, trabaje con su médico/a o dentista para intentar dejar el hábito. Si su peso corporal no es el óptimo, trabaje con su médico/a para reducir su peso corporal estableciendo un plan dietético saludable y un nivel adecuado de ejercicio físico.

Su dentista le recomendará programar sus citas en el momento más idóneo del día para minimizar el estrés asociado a la consulta bucodental. De igual modo, podrá diagnosticarle una enfermedad periodontal o cualquier otra patología de la

boca que pueda padecer; tratarla si es posible y, en aquellos casos en los que el tratamiento no está incluido en las prescripciones del Servicio Canario de la Salud, aconsejarle sobre el tratamiento más adecuado a su caso particular.

Su dentista en colaboración con su médico/a de atención primaria o cardiólogo/a, determinarán si su condición cardíaca requiere o no el uso de antibióticos antes de aquellos procedimientos dentales que puedan producir sangrado.

Recuerde: cepillarse después de cada comida y refrigerio con un cepillo de dientes de cerdas suaves y usar el hilo dental al menos una vez al día o con los productos que su dentista le recomiende (cepillo manual o eléctrico, seda ó cepillo interdental, cepillo para limpiar la prótesis completa o parcial, etc.). En caso de usar dentadura postiza, es importante mantenerla limpia. Su dentista o su higienista le enseñarán a mantener una buena higiene bucal y le indicarán si precisa una limpieza dental y la periodicidad más adecuada en su caso, siendo fundamental entonces la visita de revisión anual.

Recuerde: la buena salud oral no sólo mantiene los dientes y las encías libres de infección, sino que también puede tener un efecto positivo en la salud de su corazón y de sus arterias.

¡Sus dientes pueden durar muchos años, independientemente de su edad!

CONSEJOS SOBRE SALUD ORAL PARA PERSONAS IRRADIADAS

Las personas con neoplasias de cabeza y cuello en los que se realiza tratamiento con radioterapia sufren efectos secundarios en su boca, fundamentalmente la aparición de caries rápidamente progresivas y osteoradionecrosis (afectación del hueso por disminución del riego de sangre, que lo hace más vulnerable a las infecciones y con retraso de la cicatrización).

Para prevenir las complicaciones orales de la radioterapia, es muy importante:

- Acudir a la o al dentista para realizar los tratamientos necesarios (obturaciones, extracciones de piezas etc.) antes de la radioterapia.
- Abandonar el consumo de tabaco y alcohol.
- Durante las sesiones de radioterapia es importante la protección de los dientes con protectores intraorales de plomo y en este periodo se recomienda realizar enjuaga-

gues con flúor y clorhexidina a elevadas concentraciones para la prevención de la caries.

- Una vez finalizadas las sesiones de radioterapia se recomienda realizar controles trimestrales con su dentista.
- Acudir al o a la dentista para realizar de inmediato el tratamiento de las complicaciones de la radioterapia como, la inflamación de las mucosas, la disminución de la saliva y la obturación de las lesiones de caries que puedan aparecer y, posponer, si fueran precisas, las extracciones dentarias al menos durante el primer año, para evitar la osteoradionecrosis.

Recuerde: cepillarse después de cada comida y refrigerio o por lo menos dos veces al día con un cepillo de dientes de cerdas suaves y usar el hilo dental al menos una vez al día, así como los productos que su dentista le recomiende (cepillo manual o eléctrico, seda ó cepillo interdental, cepillo para limpiar la prótesis completa o parcial, etc.).

En caso de usar dentadura postiza, es importante mantenerla limpia. Su dentista o su higienista le enseñarán a mantener una buena higiene bucal y le indicarán si precisa una limpieza dental y la periodicidad más adecuada en su caso, siendo fundamental entonces la visita de revisión anual.

¡Sus dientes pueden durar muchos años, independientemente de su edad!

CONSEJOS SOBRE SALUD ORAL PARA PERSONAS CON EPILEPSIA

La epilepsia es un desorden de la función cerebral que cursa con pérdida de conciencia episódica y habitualmente alteraciones motoras y sensoriales. Puede ser de causa desconocida o secundaria a procesos infecciosos cerebrales, traumatismos, tumores etc.

Las principales complicaciones orales en la persona epiléptica son:

1. Como consecuencia de la crisis:
 - Heridas en la cara, la lengua y las mucosas. Para evitarlo se recomienda poner un pañuelo de lado a lado evitando morder al inicio de la crisis
 - Fracturas y desplazamientos de los dientes y la articulación de la mandíbula
2. Como consecuencia de la medicación:
 - Aftas
 - Sequedad de la boca

- Tendencia al sangrado de la encía
- Agrandamiento de la encía (hipertrofias)

Por ello, si usted toma medicación antiépilética, esté atento a la aparición precoz de los signos anteriores para acudir a su dentista e iniciar el tratamiento lo antes posible.

Recuerde: cepillarse después de cada comida y refrigerio o por lo menos dos veces al día con un cepillo de dientes de cerdas suaves y usar el hilo dental al menos una vez al día, así como los productos que su dentista le recomiende (cepillo manual o eléctrico, seda ó cepillo interdental, cepillo para limpiar la prótesis completa o parcial, etc.).

En caso de usar dentadura postiza, es importante mantenerla limpia. Su dentista o su higienista le enseñarán a mantener una buena higiene bucal y le indicarán si precisa una limpieza dental y la periodicidad más adecuada en su caso, siendo fundamental entonces la visita de revisión anual.

¡Sus dientes pueden durar muchos años, independientemente de su edad!

CONSEJOS SOBRE SALUD ORAL PARA PERSONAS A LAS QUE LE HAN REALIZADO UN TRASPLANTE

Las personas trasplantadas precisan tratamiento con fármacos del grupo de los quimioterápicos.

Estos medicamentos pueden causar sensibilidad en la boca y garganta, por lo que se recomienda hacer una visita a su dentista antes de comenzar el tratamiento. También producen una disminución de las defensas, lo que exige un control especial de las infecciones de la boca y, en ciertos casos exige la administración de antibióticos y otros medicamentos específicos antes del tratamiento odontológico. Algunos de estos medicamentos, como las ciclosporinas, pueden ocasionar una inflamación de las encías que pueda requerir tratamiento quirúrgico.

Recuerde: cepillarse después de cada comida y refrigerio o por lo menos dos veces al día con un cepillo de dientes de cerdas suaves y usar el hilo dental al menos una vez al día, así como los productos que su dentista le recomiende (cepillo manual o eléctrico, seda ó cepillo interdental, cepillo para limpiar la prótesis completa o parcial, etc.).

En caso de usar dentadura postiza, es importante mantenerla limpia. Su dentista o su higienista le enseñarán a mantener una buena higiene bucal y le indicarán si precisa una limpieza dental y la periodicidad más adecuada en su caso, siendo fundamental entonces la visita de revisión anual.

¡Sus dientes pueden durar muchos años, independientemente de su edad!

CONSEJOS DE SALUD ORAL PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS

Durante el embarazo es fundamental realizar una visita al o a la dentista. En este periodo existen las condiciones bucales ideales para producirse más caries. En este sentido prevalece la creencia de que ésta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser; sin embargo, esto es falso pues el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida.

La verdadera causa es que en esta época, la composición salival se ve alterada, y disminuye la capacidad de la saliva para amortiguar la acidez de la boca, lo que ayuda al desarrollo de las bacterias productoras de la caries.

En esta etapa también se producen cambios en los modos y estilos de vida. Los cambios en los hábitos alimenticios implican un mayor número de comidas al día y un mayor consumo de hidratos de carbono debido a que las necesidades de estos alimentos durante el embarazo son mayores. La mujer suele consumir más azúcares del tipo de refrescos, dulces, galletas etc que son alimentos que favorecen la aparición de caries. Lo ideal es aumentar el consumo de frutas y otros hidratos de carbono como arroz, papas, pan, cereales integrales etc que no favorecen tanto la aparición de caries.

Unido a esto, se presenta la deficiencia del cepillado por dos motivos: las náuseas que produce la práctica de este hábito y porque la mujer embarazada se ve asediada por la sintomatología propia de este estado, todo lo cual contribuye a la acumulación de placa con bacterias organizadas y adheridas a ella sobre la superficie del diente. Además, durante el embarazo las caries ya establecidas avanzan más rápidamente.

Por otra parte en este periodo las encías tienden a inflamarse fácilmente y sangrar como consecuencia de los cambios hormonales. Si existe una enfermedad periodontal previa,

ésta podrá agravarse. En ocasiones la alteración de los tejidos de soporte produce cierta movilidad dentaria que generalmente desaparece tras el parto. Además existe relación entre la presencia y gravedad de periodontitis en el segundo trimestre del embarazo y el aumento de riesgo de parto prematuro. Su dentista le indicará en que momento debe realizarse una limpieza dental si la precisa.

Si usted consigue una situación de niveles bajos de bacterias cariogénicas en su boca, contribuirá positivamente a un menor riesgo de caries de su futuro bebé. Para ello es fundamental que además de extremar la higiene oral personal, se restauren los dientes con caries y de este modo lograr una disminución de los nichos donde puedan estancarse los microorganismos productores de la caries. Los tratamientos conservadores deben realizarse en el segundo trimestre del embarazo.

Muchas mujeres embarazadas podrían necesitar algún tipo de tratamiento odontológico en el cual se indique la toma de radiografías de alguna zona de la boca. Hoy en día tenemos al alcance tecnología moderna, como el delantal de plomo y las radiografías de alta velocidad, que minimizan los riesgos que pudiera tener una mujer embarazada al exponerse a las radiaciones durante el tratamiento dental. Aun así, la toma de radiografías durante el embarazo debe limitarse a aquellos casos en que se deban tratar situaciones agudas o tratamientos donde sea imprescindible tomar una radiografía para tener un diagnóstico acertado y se recomienda que se pospongan al segundo trimestre.

Recuerde: cepillarse después de cada comida y refrigerio con un cepillo de dientes de cerdas suaves y usar el hilo dental al menos una vez al día, así como los productos que su dentista le recomiende (cepillo manual o eléctrico, seda ó cepillo interdental, comprimidos reveladores de placa bacteriana, etc.).

CONSEJOS DE SALUD ORAL PARA LACTANTES

Los y las bebés necesitan buen cuidado dental tanto en el hogar, como en la consulta de pediatría y de odontología. Cuanto más temprano se comience dicha atención, más pronto ayudaremos a asegurar que los primeros dientes del o de la bebé sean saludables y crezcan de forma correcta.

Esto es importante porque los primeros dientes (dientes de leche o temporales) sirven para masticar, sonreír, hablar y para mantener el espacio necesario para los dientes

permanentes. Cuando un diente de leche se pierde muy pronto o presenta una caries avanzada, los otros dientes pueden desplazarse hacia el espacio vacío y los nuevos venir torcidos; además esta pérdida prematura puede afectar el habla, la autoestima y otros aspectos psicológicos.

● La erupción de los dientes temporales

Hay 20 dientes en la dentición primaria. Los incisivos primarios son los primeros dientes que aparecen en la cavidad bucal, los incisivos inferiores erupcionan primero entre los 6 y 7 meses de vida. Los molares son los últimos dientes en salir y lo hacen entre los 20 y 30 meses.

Los dientes temporales cumplen en la infancia las mismas funciones que los dientes permanentes en las personas adultas. No por ser temporales tiene menor importancia su cuidado y mantenimiento.

El retraso en la aparición del primer diente generalmente indica un retraso en el resto de la erupción, tanto temporal como permanente.

Los dientes permanentes comienzan su erupción a los 6 años de edad. Por lo tanto los dientes temporales que se pierden tempranamente por traumatismos o caries pueden ocasionar graves problemas, en cuanto a la alteración del espacio que está reservado para su sucesor permanente. El cuidado apropiado de los dientes temporales establece los hábitos de higiene y buen cuidado bucal de la persona adulta.

● Cuidados de los dientes y encías del/de la bebé

- Limpie suavemente las encías del/de la bebé después de amamantar o darle fórmulas. Para esto se utiliza un paño húmedo, gasa pequeña o el mismo pañal.
- A partir de los 5 meses estimule las encías para favorecer el desarrollo de los maxilares y la erupción dentaria; esto se logra dejando que el o la bebé muerda cosas un poco más duras, si son frías mejor, pues alivia el dolor o molestia que ocasiona el nuevo diente.
- Cuando broten los primeros dientes comience a limpiar con un cepillo infantil suave, de cabeza pequeña, sin pasta dental. Se recomienda colocar pasta con flúor a partir de los 2 años. Se recomiendan dentífricos con una concentración de flúor entre 500 y 1000 ppm, si bien en los primeros la efectividad frente a la caries es inferior. A esta edad se recomendará que el cepillado se haga siempre ayudado por una persona adulta, vigilando que se enjuague bien para eliminar todos los restos de pasta.

● Prevención de la caries dental

- La lactancia materna durante más de 40 días puede actuar preventivamente e inhibir el desarrollo de caries en la dentición primaria. En cambio, se ha constatado que algunas fórmulas lácteas son cariogénicas.
- Evite que la o el bebé se duerma con un biberón que contenga algún líquido que no sea agua.
- Después de la erupción del primer diente, evite el amamantamiento o la toma de biberón durante la noche y procure que tras la última toma, antes de dormir, limpiar los dientes a la o al bebé.
- Entre los 12 y 14 meses de edad se debe ir sustituyendo el biberón por vaso.
- Limpie los dientes y déle agua inmediatamente después de administrarle algún medicamento. Algunos contienen azúcar, especialmente aerosoles, inhaladores y jarabes.
- Evite el consumo prolongado de bebidas azucaradas como jugos de frutas, refrescos u otros líquidos dulces en el biberón.
- Controle la dieta:
 - Controle la frecuencia y cantidad de alimentos dulces.
 - Evite dar de merienda comidas pegajosas, adhesivas que contienen altos niveles de azúcar.
 - Acostumbre al niño o a la niña desde pequeña a ofrecerle meriendas sanas. La leche (sin azúcar o cacao) y la fruta entera, sin licuar, no producen caries.
- Limpie los dientes por lo menos dos veces al día. Es muy importante el cepillado de la noche antes de dormir.
- Realice el primer control odontológico entre los 6 meses y 1 año.
- Evite premiarle con golosinas. Si en algún momento va a tomar golosinas, las que llevan en el envoltorio el distintivo de "El diente feliz" (diente cubierto por un paraguas) no contienen azúcar y ayudan a mantener la boca sana.

● Prevención de anomalías dentomaxilofaciales o maloclusiones dentales

- La lactancia materna ayuda a prevenir las anomalías dentomaxilofaciales porque:
 1. Contribuye notablemente en el crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio
 2. Evita la adquisición de hábitos bucales deformantes
 3. Mejora la oclusión en etapas posteriores del desarrollo infantil
- Otro modo de prevenir las maloclusiones es evitando los hábitos nocivos en el o la bebé como el uso de chupetes no anatómicos y la prolongación del uso de los chupetes más allá de los 18 meses, la succión del dedo

o de la lengua, la interposición del labio, la respiración bucal etc. Es importante acudir a la consulta dental cuando se presenta de forma crónica alguno de estos hábitos.

○ Prevención de la fluorosis dental

El flúor es el medio más eficaz para combatir la caries dental, pero su consumo excesivo mientras los dientes se están desarrollando, puede causar fluorosis dental. Esta enfermedad produce cambios en la calidad y apariencia del esmalte. Clínicamente podemos observar en la superficie del esmalte pequeñas líneas blancas, poros y hasta manchas marrones, de menor a mayor severidad.

El flúor puede consumirse a través del agua, los alimentos, la pasta dental y los suplementos vitamínicos en forma de comprimidos o gotas.

El período de mayor riesgo en el que puede ocurrir fluorosis en los dientes anteriores, es entre los 18 y 36 meses de edad. Ocurre fluorosis si la niña o el niño ingiere habitualmente agua con concentraciones de flúor mayores de 1,5 mg/l. No obstante, el riesgo existe desde el embarazo de la madre hasta que el niño o la niña tiene 8 años, pues es durante este período cuando se están calcificando los dientes y el flúor en exceso altera el proceso de mineralización.

Para evitar la fluorosis dental en los dientes del/de la bebé, deben seguirse las siguientes recomendaciones:

- Infórmese con su dentista sobre la concentración de flúor del agua de abastecimiento público de su zona si su bebé toma agua del grifo.
- Si el agua que toma o que usa para la elaboración de biberones y otras comidas es envasada, revise la concentración de flúor en la etiqueta. En lactantes se recomienda usar aguas envasadas con concentraciones de flúor que no superen 0,5 ppm.
- En general no se recomienda dar al o a la bebé suplementos vitamínicos con flúor. Estos se reservan para situaciones de muy alto riesgo de caries.
- Cepille los dientes del/de la bebé sin pasta dental hasta los dos años;

○ Prevención bucal para las familias de lactantes

El cuidado bucal de la familia es de suma importancia para evitar la caries en su bebé. Las bacterias que producen la caries dental se transmiten de la madre y/o el padre al bebé. Esto puede ocurrir cuando lo besan en la boca o cuando introduce la cuchara, el biberón o la chupa primero en su boca y después en la del/de la bebé. De ahí, la importancia de que

tanto la familia como el o la bebé mantengan una correcta higiene bucal y eviten esos hábitos.

Las medidas de prevención que deben aplicarse para evitar la transmisión de las bacterias ligadas a la caries dental son:

- Mantenga una dieta equilibrada controlando la frecuencia y consumo de alimentos y bebidas azucaradas.
- Cepille sus dientes con pasta dental con flúor después de las comidas.
- Utilice el hilo dental o los cepillos interdentes para eliminar los restos de comida que quedan atrapados entre los dientes.
- Realice controles odontológicos regulares.

Aplicando todas estas medidas preventivas, la familia conviviente no solo tendrá una correcta salud bucal, sino que además estará reduciendo el riesgo de que su bebé presente caries dental.

CONSEJOS DE SALUD ORAL PARA LA POBLACIÓN DE 2 A 5 AÑOS

○ La alimentación sana

¿Qué puedo hacer para darle una alimentación sana y prevenir la caries?

- Debe proporcionarle una dieta equilibrada, rica en productos frescos como verduras, frutas, cereales, leche (especialmente yogures), pescado, carnes magras, huevos (entre 3 y 6 a la semana). Los frutos secos tienen excelentes propiedades; sin embargo, por el peligro de atragantamiento, en estas edades se recomiendan los más blandos (nueces) y siempre bajo la supervisión de una persona adulta.
- Reduzca el consumo, especialmente entre comidas, de azúcares refinados como golosinas, galletas, pasteles, bollos, helados, chocolate y bebidas azucaradas como batidos, refrescos o néctar de frutas.
- Intente identificar los productos potencialmente cariogénicos. Muchos alimentos preparados contienen "azúcares escondidos" como el ketchup, las salsas etc. Para averiguar si un alimento contiene azúcar consulte la etiqueta.
- Evite premiar a la niña/el niño con golosinas entre comidas o en fiestas y cumpleaños. En todo caso, si toma alguna golosina, procure que sea sin azúcar. Estas se suelen identificar por la imagen de una muela con un paraguas abierto, impresa en el envoltorio.
- Los y las escolares de ambos sexos, entre los 4 y los 6 años de edad, tienen un peso medio de 20 kg. y una talla

media de 112 cm. Requieren diariamente 90 kcal/kg. (unas 1800 kcal/día).

● Higiene de la boca

CEPILLADO

¿Puede la niña/el niño cepillarse sin ayuda?

- No, los y las escolares deben ir aprendiendo a usar las distintas técnicas de cepillado pero siempre con la supervisión de una persona adulta que controle el resultado final.

¿Cómo debemos limpiar la boca?

- Debemos remover toda la placa bacteriana, que es una película que se adhiere a la superficie de los dientes. Cualquier cepillo blando con una cabeza pequeña, preferiblemente diseñado para niños y niñas, será adecuado para efectuarlo.
- Los dientes deben limpiarse por todas sus caras. No hay que olvidarse de cepillar la lengua, donde también quedan bacterias depositadas.
- Normalmente todo este proceso dura aproximadamente entre dos y tres minutos.

¿Cuándo debe limpiarse la boca?

- Después de cada comida y dándole especial atención a la higiene nocturna.

¿Cómo podemos asegurarnos de que hemos realizado una higiene correcta?

- Para que el cepillo elimine adecuadamente la placa, debe cambiarse cada tres o cuatro meses.
- Existen pastillas reveladoras de placa bacteriana, para disolver en la boca, que tiñen de color las zonas donde aún no se ha logrado una higiene perfecta. Es un buen instrumento para visualizar las áreas donde debemos mejorar el cepillado.

FLÚOR

¿Qué es el flúor?

- Es un elemento presente en la naturaleza, que hace que los dientes sean más resistentes a la acción de los ácidos. Se aporta fundamentalmente a través del agua, los alimentos, las pastas de dientes etc.

¿Debo darle al niño o a la niña pasta de dientes con flúor?

- Sí, pero hay pastas que tienen un alto contenido en flúor y podrían ser potencialmente tóxicas para menores, por eso se aconseja usar pastas específicas para la infancia.
- Su pediatra o su dentista le indicará la pasta adecuada en función de la edad del niño o de la niña y de la concentración de flúor del agua que consuma. Salvo contraindicación facultativa, en niños y niñas de 2 a 5 años se recomiendan pastas con 500 ppm de fluoruro.

¿Cuanta pasta debo usar?

- Los padres deben supervisar el cepillado y controlar que las cantidades de pasta en el cepillo sean del tamaño de la uña del dedo meñique de la niña/ el niño.

● La visita al dentista

¿Qué es la caries?

- La caries es una enfermedad contagiosa del diente que en muchas ocasiones no somos capaces de advertir en las primeras fases de su desarrollo. Por tanto es necesaria la ayuda del o de la dentista para diagnosticarla.

¿Cómo se produce?

- Las bacterias de la placa transforman el azúcar de los alimentos en ácidos que van atacando a los dientes, dando lugar así a la caries dental.
- Las madres y los padres que tienen caries pueden transmitir las bacterias que la producen a sus hijas o hijos.
- Si toda la familia mantiene una higiene bucal correcta y visita periódicamente al dentista, será más fácil prevenir la caries en los y las escolares.

¿Qué es el sarro?

- Es el resultado del endurecimiento y calcificación de la placa bacteriana.
- Debe ser retirado por un o una profesional porque no es posible eliminarlo con un cepillo dental.
- Puede causar problemas de las encías.

¿Cuándo se debe hacer la primera revisión de la boca?

- La boca debe revisarse en la consulta dental o de pediatría en cuanto salga el primer diente de leche.

¿Los dientes de leche son importantes para el niño y la niña?

- Sí. Cumplen un papel fundamental a la hora de preparar el espacio para la correcta erupción de los dientes permanentes en la boca.
- Ayudan a comer y hablar correctamente
- Son fundamentales en la vida de relación y en la autoestima.

¿Puede aparecer sarro o caries en los dientes de leche?

- Sí. Por eso es importante la revisión periódica, dos veces al año, por pediatría o dentista para detectarlos a tiempo.

● Prevención de accidentes y de hábitos nocivos

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

¿Cómo puedo evitar un accidente bucal?

- Use cinturón de seguridad en el coche, asientos apropiados para la edad de su niña/niño y cascos en ciclomotores.
- Existen sillas especialmente diseñadas para bicicletas. Use el casco apropiado.
- No deje a su niña/niño en los columpios sin supervisión y use los apropiados para su edad.

- Vigile a su niña/niño en todo momento para prevenir golpes contra superficies duras.
- Los protectores bucales previenen daños en los dientes, mejillas y encías cuando se practican actividades como patinaje, bicicleta, etc.
- Cerciórese de que su casa sea segura para niños y niñas. Evite escaleras sin pasamanos, bordes y esquinas puntiagudas y pequeños objetos o cables que puedan ser introducidos en la boca.

¿Qué debo hacer si a pesar de mis cuidados ha tenido un accidente en la boca?

- Lo primero es mantener la calma y llevarlo urgentemente a la consulta dental.

HÁBITOS NOCIVOS

¿Que debo hacer si se chupa el dedo?

- Este tipo de hábito es perjudicial para la boca si se mantiene mucho en el tiempo. Algunos niños y niñas lo dejan por sí solos pero en caso de no ser así, consulte a su dentista.

¿Puede causar el biberón problemas en la boca?

- Sí. Evite dejar a su niña/niño durmiendo con un biberón con leche, zumo u otros líquidos dulces. Si no es posible, use solo agua en el biberón de la noche. De este modo podemos prevenir la "caries por biberón".
- Limpie siempre los dientes antes de que el niño o la niña se duerma.

¿Puede ser perjudicial el uso del chupete?

- El uso excesivo del chupete puede ocasionar problemas en el desarrollo de los maxilares. En ningún caso debe mantenerse por encima de los tres años.
- Nunca dé a su niño o a su niña un chupete mojado en leche condensada, miel u otros líquidos dulces.

¿Qué debo hacer si habitualmente respira por la boca?

- Los niños y las niñas con trastornos respiratorios o psicomotores deben ser controlados por su dentista ya que pueden presentar problemas de malposición de la lengua. Esto debe ser corregido antes de que se presente una alteración del desarrollo de los maxilares.

CONSEJOS DE SALUD ORAL PARA LA POBLACIÓN DE 6 A 8 AÑOS

1. Mantenga una dieta variada y equilibrada, con horarios de comida regulares. Recuerde la importancia de un desayuno adecuado.
2. No abuse de golosinas, refrescos, zumos no naturales o con azúcares añadidos bollería industrial o salsas en las

comidas (mayonesas, ketchup, alioli, etc.). Durante las comidas se beberá sólo agua.

3. Evite picotear entre comidas y si se va a tomar un tentempié, procure evitar los alimentos o bebidas azucarados.
4. Si en algún momento se toman golosinas, las que llevan el distintivo de "El diente feliz" (representado por una muela sonriendo con un paraguas abierto) no contienen azúcar y ayudan a mantener la boca sana. Si además estas golosinas contienen xilitol como edulcorante, la prevención de la caries es aún mayor.
5. Hasta los 8 años el cepillado debe ser realizado con la ayuda de una persona adulta, debe durar al menos 2 minutos y al finalizar enjuagarse bien la boca evitando tragar restos de dentífrico.
6. Para controlar si se ha limpiado bien la boca es conveniente usar comprimidos reveladores de placa bacteriana. Si usa seda dental debe hacerlo también con ayuda.
7. El dentífrico a utilizar debe contener una concentración de flúor entre 1000 y 1500 ppm.
8. Se recomienda una técnica de cepillado vertical. La que se muestra en la figura 1 puede ser un buen ejemplo.
9. Además a partir de los 6 años ya se pueden usar enjuagues con flúor si lo recomienda su dentista pues el niño y la niña normalmente ya controla la deglución.
10. Hasta los 8 años debe controlarse el tipo de agua que bebe en lo referente a la concentración de flúor. Hasta esta edad debido a que los dientes permanentes que no han erupcionado en la boca están aún formándose dentro del hueso, las aguas con concentraciones de flúor superiores a 1,5 mg/l pueden causar fluorosis dental.
11. Evite los juegos violentos que puedan causar algún golpe en la boca, así como abrir botellas, partir nueces, almendras, etc. con los dientes.
12. Use casco protector cuando vaya en ciclomotor, bicicleta, monopatín o patines.
13. Procure usar un protector bucal durante las actividades deportivas o recreativas.

CONSEJOS DE SALUD ORAL PARA LA POBLACIÓN DE 9 A 15 AÑOS

1. Mantenga una dieta variada y equilibrada, con horarios de comida regulares. Recuerde la importancia de un desayuno adecuado.
2. No abuse de golosinas, refrescos, zumos no naturales o con azúcares añadidos, bollería industrial o salsas en las comidas (mayonesas, ketchup, alioli, etc.). Durante las comidas se beberá solo agua.

3. Evite picotear entre comidas y si se va a tomar un tentempié, procure evitar los alimentos o bebidas azucarados.
4. Si en algún momento se toman golosinas, las que llevan el distintivo de "El diente feliz" (representado por una muela sonriendo con un paraguas abierto) no contienen azúcar y ayudan a mantener la boca sana. Si además estas golosinas contienen xilitol como edulcorante, la prevención de la caries es aún mayor.
5. Cepille los dientes después de cada comida durante 2 minutos. Además de la técnica de cepillado dental, que se muestra en la figura 1, se recomienda empezar a utilizar sin ayuda el hilo dental, siguiendo las instrucciones que se exponen en la figura 2.
6. Para controlar si se ha limpiado bien la boca es conveniente usar comprimidos reveladores de placa bacteriana.
7. Además se pueden usar enjuagues con flúor si lo recomienda su dentista.
8. Evite los juegos violentos que puedan causar algún golpe en la boca, así como abrir botellas, partir nueces, almendras, etc. con los dientes.
9. Use casco protector cuando vaya en ciclomotor, bicicleta, monopatín o patines.
10. Procure usar un protector bucal durante las actividades deportivas o recreativas.
11. El piercing en la lengua, los labios y las mejillas puede traer como consecuencia dolor, inflamación, infecciones, dientes fracturados y daños a los tejidos blandos.

FIGURA 1. TÉCNICA DE CEPILLADO RECOMENDADA



FIGURA 2. USO DEL HILO DENTAL



CONSEJOS DE SALUD ORAL PARA LAS PERSONAS MAYORES

Durante la tercera edad es posible que su salud oral sufra alteraciones, incluso teniendo buenos hábitos de higiene, por el uso de prótesis, la toma de medicamentos o por trastornos de salud comunes en la vejez. Es importante que comunique a su dentista las enfermedades que padece, sobre todo en el caso de tener diabetes, cáncer o afecciones cardíacas pues pueden afectar a su salud oral. Saberlo le permitirá atender adecuadamente sus necesidades especiales. Tanto su médico/a de cabecera como su dentista le ayudarán a enfrentarse satisfactoriamente a sus problemas.

En esta época de la vida destacamos como alteraciones más frecuentes:

- La caries radicular o de la raíz de los dientes. Por ello es importante utilizar un cepillo adecuado que ayude a alcanzar esa zona especialmente.
- La sensibilidad dental puede aparecer y/o agravarse en la tercera edad, ya que las encías se retraen con el tiempo y quedan al descubierto zonas que no están protegidas por el esmalte y que son particularmente sensibles al dolor ante alimentos y bebidas frías o calientes, ácidas o dulces. Por ello se recomienda usar una pasta para dientes sensibles y si el problema continúa, consultar a su dentista.
- La sequedad de la boca. Puede ser causada por la toma de medicamentos o alguna enfermedad que padezca. Si la sequedad no se trata, pueden dañarse los dientes. Su dentista le recomendará el método más adecuado en su caso para tratarla.
- Las enfermedades de las encías. Son un trastorno potencialmente grave que se agrava con la edad. En sus primeras etapas la enfermedad es reversible, por lo que es muy importante identificarla precozmente y

asegurar su diagnóstico y tratamiento, mediante revisiones dentales periódicas.

Hay diversos factores que pueden empeorarla, como son:

- Higiene oral deficiente
- Enfermedades sistémicas como la diabetes, afecciones cardíacas y cáncer
- Factores ambientales como el stress y el tabaquismo
- Uso de medicamentos

Recuerde: cepillarse después de cada comida y refrigerio o por lo menos dos veces al día con un cepillo de dientes de cerdas suaves y usar el hilo dental al menos una vez al día, así como los productos que su dentista le recomienda (cepillo manual o eléctrico, seda ó cepillo interdental, cepillo para limpiar la prótesis completa o parcial, etc.).

Use una pasta con alto contenido en flúor. No abuse de los antisépticos bucales. Debe realizar una ingesta adecuada de líquidos y, sobre todo, zumos de frutas naturales; el sabor de los zumos estimula la producción de saliva, que es antiséptica y limpia la boca.

En caso de usar dentadura postiza, cepille la dentadura bajo el agua del grifo. Si la dentadura está manchada, utilice productos especiales para su limpieza. Enjuáguela a fondo antes de usarla. Vigile que su fijación y/o adaptación sea correcta; si no lo fuera consulte a su dentista. No es recomendable dormir con ella.

Su dentista o su higienista le enseñarán a mantener una buena higiene bucal y le indicarán si precisa una limpieza dental y la periodicidad más adecuada en su caso, siendo fundamental entonces la visita de revisión anual.

¡Sus dientes pueden durar muchos años, independientemente de su edad!

www.canariaslibrehumodetabaco.org

Guía Rápida para dejar de fumar

¿ESTÁ "CHUPAO"?

Por Ti

Por los demás

Guía Rápida para dejar de fumar

INFORMACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR:
www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/habaco/guiahabaco.htm
www.cript.es
www.escoelias.com/miet.es/web/es/dejadefumar/
www.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgpad/tpya/datetearespara/

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

¿ESTÁS PENSANDO EN DEJAR DE FUMAR?

Esta guía está basada en la experiencia de miles de personas que ya lo han conseguido. Seguro que tienes algún amigo, familiar o compañero que lo ha dejado.

Prepárate, tú eliges, tú puedes.

Cuanto antes se deje de fumar, mayores son los beneficios.

Dejar de fumar es posible

Hay muchas razones para dejarlo:

- Mejorará tu calidad de vida y la de las personas que te rodean.
 - Respirarás mejor, te cansarás menos y tendrás más vitalidad.
 - Desaparecerá el mal aliento de tu boca, el olor desagradable de tu ropa y de tu casa.
 - Evitarás dar mal ejemplo a tus hijos e hijas y disminuirán las posibilidades de que fumen en el futuro.
- Reflexiona, haz una lista con tus propias razones.
Dejar de fumar es la decisión más importante que puedes tomar en tu vida en relación con tu salud.

¡LA DECISIÓN ES TUYA!

Toma la decisión

- Piensa una fecha apropiada para dejar de fumar.
- Procura que no coincida con preocupaciones o situaciones estresantes.
- Comunica tu decisión a la familia, amigos y compañeros. Pídeles su colaboración.
- Lee tu lista de razones.
- Busca ayuda profesional: tu centro de salud, farmacia, teléfonos de ayuda...

Prepárate para dejarlo

En los días previos resulta útil:

- No comprar cigarrillos.
- Retirar todos los utensilios relacionados con el tabaco (ceniceros, mecheros...).
- Modificar las situaciones que te incitan a fumar (tertulias, salidas...).
- Buscar la compañía y apoyo de alguien cercano que también quiera dejarlo.

LLEGADO EL DÍA ELEGIDO

- Inicia el día sin prisas, con tranquilidad, respirando profundamente aire puro.
- Bebe abundantes líquidos: agua y zumos naturales, evitando los que te inducen a fumar como el café o las bebidas alcohólicas.
- Haz comidas ligeras, ricas en verduras y frutas. Evita las comidas muy condimentadas.
- Piensa en tu compromiso de no fumar hoy, mañana será otro día.
- Di a todas las personas que te rodean que ya no fumas.
- Intenta ocupar tu tiempo. Hacer ejercicio físico te ayudará.
- Evita aquellas situaciones en las que habitualmente fumabas.

PARA MANTENERTE SIN FUMAR

- No debes fumar ningún cigarrillo. No cometas el error de creer que por fumar un cigarrillo no pasa nada. Es rotundamente falso: empezarás con uno y en poco tiempo volverás a fumar como antes.
- Cuando pases malos momentos, repasa los motivos por los que quieres dejar de fumar.
- Evita situaciones que puedan llevarte a una recaída.
- Procura estar con personas no fumadoras.
- Cuando tengas ganas de fumar, puedes practicar ejercicios que te relajen: respira profundamente, ocupa tus manos con algún objeto, mira el reloj durante 60 segundos,.... La sensación pasará en poco tiempo.
- Si sientes ganas de comer entre horas, utiliza alimentos bajos en calorías (zanahorias, frutas...), caramelos o chicles sin azúcar.
- Es buena idea hacer ejercicio físico.
- Piensa seriamente en lo que vas conseguir.
- Empieza a disfrutar de tu éxito. Con el dinero ahorrado en cigarrillos date un capricho.

6 MITOS SOBRE EL TABACO



<p>1. El tabaco sólo tiene nicotina, alquitran y monóxido de carbono</p> 	<p>En la combustión de un cigarrillo se produce una potente combinación de más de 4.000 sustancias químicas, muchas de ellas tóxicas. Entre ellas se incluyen la acetona, el tolueno, el níquel, el cadmio, el arsénico y algunas incluso radioactivas como el polonio-210.</p> <p>Se han aislado al menos 42 componentes que pueden provocar cáncer en el ser humano. No es extraño por tanto que la inhalación continuada del humo del tabaco, tenga importantes consecuencias para la salud, tanto de los fumadores activos como de los involuntarios.</p>
<p>2. La contaminación ambiental es más perjudicial que el tabaco</p> 	<p>La concentración de algunos elementos tóxicos que se desprenden del humo del tabaco es 400 veces superior a la concentración de contaminantes de la población de la ciudad. Según la Asociación Española Contra el Cáncer (2004), se estima que el humo del tabaco es 57 veces más contaminante que la radiación ambiental o cualquier otro tóxico (asbesto, dioxuro de vinilo, arsénico, benceno).</p> <p>Los estudios epidemiológicos señalan que el tabaco es causante del 30% de todos los cánceres diagnosticados, frente a un 2% producido por la contaminación ambiental.</p>
<p>3. Fumar porque me gusta</p> 	<p>Muchos fumadores dicen que les gusta fumar. La mayoría de los cigarrillos consumidos en un día, sobre todo el primero de la mañana, sólo sirve para aumentar o mantener los niveles de nicotina en la sangre y evitar los síntomas del síndrome de abstinencia. Sólo algunos de los cigarrillos (1-2 por día) se asocian psicológicamente a situaciones placenteras reales (ocio, descanso, relajación). Teniendo en cuenta los efectos perjudiciales del tabaco en el organismo y que la asociación con la relajación del tabaco es una consecuencia de la propia adicción: ¿Merece la pena? ¿Cuántos días escucharías una emisora de radio que emitiera sólo dos canciones al día de tu gusto?</p>
<p>4. El tabaco me sirve para afrontar situaciones estresantes</p> 	<p>Esto es un signo de adicción. El consumo de cigarrillos sólo consigue relajar a los fumadores y en muy contadas situaciones. En realidad, la nicotina a dosis habituales es un estimulante. El fumador, después de repetir muchas veces la misma conducta ante determinadas situaciones, tiene asociado el gesto de encender un cigarrillo como una estrategia para afrontar la situación estresante.</p> <p>Además, hay otras alternativas para hacer frente a situaciones de tensión, que es lo que hacen las personas que no fuman.</p>
<p>5. Fumar unas pocas cigarrillos al día no es perjudicial</p> 	<p>No existe una cantidad saludable de humo de tabaco. Incluso el respirar un poco de humo puede ser peligroso. Los beneficios se obtienen plenamente cuando dejamos completamente de fumar.</p> <p>Los estudios científicos más serios han demostrado que no hay una cantidad mínima segura de humo de tabaco. Unos pocos cigarrillos al día incrementan considerablemente el riesgo de padecer enfermedades graves como el cáncer de pulmón o el infarto de miocardio.</p>
<p>6. No tengo suficiente fuerza de voluntad para dejar de fumar</p> 	<p>Eso puede ser una resistencia a dejarlo. Es evidente que el primer requisito para dejar de fumar es estar motivado para hacerlo. A pesar de eso, hay personas que precisan ayuda profesional para conseguirlo. Actualmente hay tratamientos médicos y psicológicos con una alta efectividad para ayudar a dejar de fumar. Además, la motivación aumenta si se cree que el objetivo es alcanzable. Hay muchos profesionales de la salud que pueden ayudarte a hacer un intento serio de dejar de fumar.</p>

AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO

www.canariaslibredehumodetabaco.org



Ambientes libres de humo de tabaco



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad



**Servicio
Canario de la Salud**

Tabaquismo involuntario

Sustancias que provocan cáncer
Todas son extremadamente tóxicas

El humo del cigarrillo tiene más de 4.000 sustancias. Muchas de estas sustancias son tóxicas y provocan cáncer.

Gases Venenosos

Metales tóxicos
Pueden provocar cáncer, daños cardiovasculares y en el feto de la madre

Respiras estas sustancias cuando estás cerca de alguien que está fumando.

Cloruro de sodio
Se usa para hacer tabaco

Polonio-210
El radiactivo más tóxico

Formaldehído
Se utiliza para embalsamar cadáveres

Creosol
Se usa para hacer asfalto

Acetileno
Se utiliza en la industria

Plomo
Se emplea para hacer tabaco

Cadmio
Se emplea para hacer tabaco

Tolueno
Se emplea en la industria de pinturas

Aluminio
Se usa en los pigmentos de maquillaje

Bromo
Se usa en la industria de explosivos

Ácido clorhídrico
Se utiliza en la industria química

Monóxido de carbono
Se encuentra en el humo de los coches

Pueden afectar las funciones cardíacas y respiratorias, generar la gripe, los pulmones y los ojos, provocar depresión y ansiedad y causar la muerte

"INFORME SOBRE TABAQUISMO INVOLUNTARIO DEL SURGEN GENERAL DE ESTADOS UNIDOS 2006"

Riesgos de la exposición al humo de tabaco

El **tabaquismo involuntario** consiste en respirar aire contaminado por humo de tabaco. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la tercera causa de muerte evitable en todo el mundo. La Agencia de Protección del Medio Ambiente de EE.UU. (EPA) y el Instituto Nacional de la Salud de Reino Unido (NIH) han declarado al humo de tabaco como un contaminante de clase A, es decir, capaz de producir cáncer en seres humanos.

La exposición continuada a este contaminante provoca:

- Enfermedades respiratorias agudas.
- Reagudización de enfermedades respiratorias crónicas.
- Asma y agravamiento de los síntomas asmáticos en niños y adultos.
- Enfermedades agudas y crónicas del oído medio.

Además, el tabaquismo involuntario incrementa el riesgo de:

- Enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, angina de pecho).
- Cáncer de pulmón.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.
- Bajo peso al nacer en bebés de madres fumadoras durante el embarazo.

Los más pequeños son los más desprotegidos porque desconocen los efectos perjudiciales del humo de tabaco sobre su salud.

Además, **NO** existe ningún nivel seguro de exposición. Es decir, cualquier cantidad de humo ambiental es potencialmente tóxica. Ninguna tecnología de ventilación ni de aire acondicionado, incluyendo los llamados "desionizadores" y "generadores de cortinas de aire", ha demostrado poder eliminar todos los riesgos de la exposición al humo de tabaco².

1. Informe sobre tabaquismo involuntario del Surgen General de Estados Unidos 2006.
2. Informe de la Asociación Americana de Ingenieros de Calefacción, Refrigeración y Aire Acondicionado (ASHRAE), 2005

Ventajas de ambientes libres de humo de tabaco

- Los ambientes en los que no se fuma son los únicos capaces de proteger totalmente a las personas de los graves efectos perjudiciales del humo de tabaco.
- Los espacios en los que no se fuma fomentan que la juventud no vea el consumo de cigarrillos como algo característico y habitual en las personas adultas.
- Los ambientes libres de humo de tabaco ayudan a disminuir el consumo en muchas personas fumadoras y podría ayudar a tomar la decisión de dejarlo completamente.
- La prohibición de fumar en otros países no ha perjudicado los resultados económicos en el sector de los bares, restaurantes y hoteles. Además, ha conseguido espacios libres de contaminantes para el personal y clientes.
- Las limitaciones al consumo de tabaco en espacios públicos cerrados cuentan con amplio respaldo, tanto de personas que fuman como de las que no fuman.
- Todas las personas tenemos derecho a respirar aire limpio, libre de humo de tabaco.

Escoje siempre que puedas

ESPACIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO

©Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud

PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EDUCACIÓN SANITARIA EN LA CONSULTA

La consulta sanitaria o entrevista sanitario/a-paciente es una de las situaciones más favorables que existen para la educación sanitaria de personas, tanto «sanas» como «enfermas». La educación sanitaria tiene cuatro objetivos principales:

- Conseguir que la gente esté bien informada sobre los problemas de salud y enfermedad.
- Hacer que adopte la salud como un valor fundamental.
- Modificar los hábitos o conductas insanas y
- Promover las adecuadas conductas positivas de salud.

Para conseguir estos objetivos, los y las agentes de educación sanitaria deben elaborar mensajes informativos y persuasivos, y hacerlos llegar a la población. El proceso o técnica mediante el cual el mensaje alcanza a los/las educandos es lo que se conoce como *método de educación sanitaria*.

En la consulta el método utilizado es el directo o bidireccional pues existe un contacto directo entre el educador o educadora y el/la educando, utilizándose la palabra hablada como medio de comunicación. La palabra hablada constituye el primer medio y el más efectivo con que siempre ha contado la educación. El contacto directo facilita la aclaración, por parte del educador o educadora, de las dudas o problemas que puedan presentarse al/a la educando. Aquí la relación es estrecha, creándose entre ellos una fuerte interacción lo que hace que la eficacia sea mayor que la de otros métodos como los indirectos en los que se interponen entre ambos los medios de comunicación, pues existe una lejanía en el espacio y/o en el tiempo entre el educador o educadora y el/la educando. La palabra educativa puede utilizar cuatro vías principales de aplicación: el diálogo, la clase, la charla y la discusión en grupo.

En la consulta el diálogo de la entrevista sanitaria es uno de los mejores métodos de educación sanitaria y para que sea eficaz se precisa de una serie de características:

- **La creación previa de un clima de confianza y comprensión mutua.** El tacto social del entrevistador o entrevistadora debe procurar disipar los celos que todo tipo de contacto humano provoca en una primera aproximación.
- **Saber escuchar** (no interrumpir al entrevistado o entrevistada, no discutir ni criticar sus opiniones, ni siquiera las equivocadas), saber conversar (emplear un lenguaje claro, apropiado a la mentalidad y cultura del entrevista-

tado o entrevistada) y saber aconsejar (no aportar una solución que parezca personal, más bien, al contrario, procurar que la respuesta sea hallada espontáneamente por el entrevistado o entrevistada).

- **Alivio de la ansiedad.** Muchas personas que acuden a un consultorio dental presentan un elevado nivel de ansiedad que los bloquea para cualquier aprendizaje (modelo de necesidades de Maslow).
- **Determinación de las necesidades educativas y asistenciales del o de la paciente.** A la hora de organizar la asistencia y plantear las medidas educativas debemos tener en cuenta cuál es el motivo de la consulta (el o la profesional puede considerar que necesita realizar un programa educativo pero los intereses del o de la paciente son únicamente asistenciales).
- **Reconocimiento por parte del o de la paciente de sus necesidades de educación.** Si la persona no las reconoce no merece la pena intentarlo, pues estamos abocados al fracaso.
- **Relacionar las necesidades en salud oral con sus propias necesidades.**
 - En la infancia apelar al deseo de ser como las personas mayores, a la curiosidad y a las necesidades de jugar.
 - En un o una adolescente apelar al aspecto físico, muy importante en su relación con el grupo de iguales o la pareja.
 - En una persona adulta podemos recurrir a: la necesidad de mantener una buena apariencia para que le den trabajo, el fallecimiento de un familiar por cáncer, el mayor coste de los tratamientos que de las medidas preventivas, la mejor aceptación de su pareja sexual etc.
 - En una persona mayor mejorar la autoestima para poder entablar nuevas relaciones
 - En el embarazo la motivación es evitar infecciones que dañen el embrión/feto o evitar los efectos secundarios de la medicación administrada o el evitar partos prematuros consecuencia de periodontitis.
 - En la persona cardiópata la motivación sería evitar que los gérmenes de la boca lleguen al corazón o a los dispositivos artificiales que le hayan colocado (válvulas, *stent*, *bypass* etc.).
- **Motivarlo para crear en él o en ella necesidades de tipo educativo.** Así como la información actúa sobre el área de los conocimientos o cognitiva, la motivación actúa sobre el área afectiva con la idea de modificar las actitudes (opiniones, sentimientos e intenciones) de la persona en relación con el problema y así dejar abierto el camino para el cambio de conducta. Las motivaciones más fuertes del ser humano son el miedo, el amor y el dinero. En las personas adultas, una buena motivación es enfatizar las diferentes consecuencias negativas sobre

la salud de las conductas autodestructivas con el fin de despertar un cierto nivel de miedo en el o la paciente. Lo que no es conveniente es despertar un miedo excesivo, pues ello puede desencadenar una reacción de rechazo en la persona, paralizando el cambio de actitud.

Cuando la relación es óptima, una buena motivación es sugerir al o a la paciente que el médico o la médica se sentiría muy complacida y satisfecha si intentara el abandono del hábito y mucho más aún si lo lograra (los y las pacientes en general desean complacer a los y las profesionales en quienes han depositado su confianza y de quienes solicitan consejo).

Una buena motivación para que las personas cambien sus conductas insanas es la posibilidad de obtener algún tipo de premio si lo logran. Como es lógico, el mejor premio es el mantenimiento de un buen estado de salud en el futuro. De todas formas es importante buscar o diseñar premios más inmediatos, como ahorro económico, mayor éxito en las relaciones de pareja, etc. Esto es especialmente importante en los y las adolescentes y personas adultas jóvenes, en los que la salud o, mejor dicho, su pérdida no sirven en general como motivación.

Siempre es mejor la motivación intrínseca, que parte de las necesidades del propio paciente, que la motivación extrínseca o inducida, mediante el uso de premios (motivación positiva) o castigos y amenazas (motivación negativa). No obstante en ocasiones es difícil de conseguir dado las limitaciones de tiempo principalmente.

- **Establecimiento de objetivos.** Una vez que el o la paciente está motivado y quiere hacer algo por su salud, se deben plantear objetivos concretos y fáciles de comprender, que sean relevantes, atractivos, cuantificables y alcanzables para el o la paciente. Para conseguir los objetivos es imprescindible la fuerza de voluntad. Para mejorarla hay diversas estrategias:
 - Trabajar sobre pequeños éxitos (proponiendo objetivos inicialmente modestos para progresar hacia logros mayores). Por Ej. el o la profesional puede poner como objetivo que el índice de placa sea del 50% y luego ir aumentando el objetivo progresivamente en las siguientes visitas.
 - Establecer contratos de comportamiento. (Firma de un contrato en el que se aceptan cláusulas que incluyen comportamientos a realizar y recompensas que se obtendrán).
 - El modelado, basado en intentar conseguir lo que otros consiguen ("si él o ella puede, yo puedo").
 - Automonitorización y registro de logros. Ej valorar la eficacia de nuestro cepillado con el revelador de placa.
- **Comienzo de la acción educativa.** Una vez que se han realizado todos los pasos anteriores ahora estamos en condiciones de implementar la medida educativa, pues

las posibilidades de éxito son mayores. Para que los consejos educativos impartidos por los y las profesionales sanitarios que trabajan en este ámbito sean efectivos, es fundamental tener presente los siguientes puntos:

- Mensajes informativos y motivadores, y con instrucciones sobre cómo hacer para pasar a la acción.
 - El lenguaje ha de estar adaptado a la edad, sexo y nivel de instrucción de las y los pacientes.
 - El mensaje debe ser repetido frecuentemente, cuanto más a menudo mejor.
 - El diálogo educativo (comunicación verbal individual) debe complementarse, siempre que sea posible, con acciones educativas de grupo (comunicación verbal de grupo) y comunicación escrita (folletos educativos).
 - Debe promoverse la modificación de los factores ambientales que se oponen al cambio de conducta, sobretodo en el caso de la salud oral los factores del microambiente familiar y del hogar, pues los factores del macroambiente sociopolítico, comunitario y laboral están más inaccesibles..
- **Evaluación.** Es un paso importante y muchas veces olvidado, ya que ayuda al o a la paciente a ver sus logros, reforzando su conducta. Le permite comparar su estado actual con el anterior y valorar su esfuerzo, permitiendo que la o el profesional pueda redefinir nuevos objetivos si es necesario.
- **Principios a considerar a la hora de impartir educación sanitaria en la consulta**
 - **El o la paciente.** La persona cuya conducta se pretende modificar. Debemos considerarlo como un todo, y no solo preocuparnos por su boca sino por él o por ella como conjunto, teniendo en cuenta aspectos como la edad, desarrollo físico y mental, estado de salud, entorno social, experiencias odontológicas, etc. Además de conseguir esta información, debemos dejar que se exprese y participe activamente en el proceso educativo.
 - **El personal sanitario.** Debe tener amplias dotes de comunicación y demostrar interés por el o la paciente en todo momento, sin demostrarle rechazo ni desagrado en caso de incumplimiento del tratamiento. Por el contrario, debe animarlo o animarla a seguir e intentarlo de nuevo.
 - **El tiempo.** Se deben emplear módulos educativos de 10-15 minutos, repetidos semanalmente de 3 a 5 veces.
 - **La atmósfera emocional.** Es producto de la combinación de los factores antes tratados. El ambiente debe ser agradable, demostrando en todo momento interés por el o la paciente y por su salud. Debe plantearse un diálogo entre profesional y paciente, evitando abrumarlo/a con excesiva información técnica, usando un lenguaje comprensible y evitando lucimientos por

parte del o de la profesional. El uso de folletos no debe convertirse en un sustituto del consejo, sino ser un complemento. Una atmósfera adecuada garantiza un mayor éxito del folleto.

• **El mensaje.**

El consenso actual incluye los siguientes puntos:

1. Reducir tanto la cantidad como la frecuencia de ingesta de comidas y bebidas que contengan azúcar.
2. Limpiar los dientes y encías cuidadosamente todos los días con una pasta fluorada. El cepillo es el elemento más importante para eliminar la placa.
3. Recomendar el consumo de flúor apropiado en función de las fuentes a las que esté expuesto la persona (agua, dentífricos etc.) y a los factores de riesgo individuales (hábitos dietéticos, enfermedades sistémicas etc.)
4. Visitas periódicas al o a la dentista.

ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EpS) GRUPAL SOBRE SALUD ORAL QUE PUEDEN REALIZARSE A TRAVÉS DE AULAS DE SALUD DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES Y PROGRAMA CEPILLÍN CEPILLÁN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

○ AULAS DE SALUD

En el año 2006 se pone en marcha una línea de actuación denominada Aulas de Salud, que nace con el objetivo de aglutinar todas aquellas acciones de Educación para la Salud (EpS) que se estuviesen llevando a cabo en la Comunidad Autónoma Canaria (CAC), con la finalidad de unificar tanto los mensajes como el lenguaje y la metodología utilizada para este fin. Asimismo, se diseñaron y elaboraron documentos y materiales didácticos, que se acompañaban siempre de sus fichas metodológicas y contexto o área en la que utilizarla, para dotar al personal de los Centros de Salud (CS), principalmente enfermería, de instrumentos fiables y basados en las últimas evidencias científicas, que le sirvieran de apoyo a la hora de sensibilizar, informar y formar a la población de referencia en su CS en materia de EpS.

Esta línea emana de la propuesta de acciones del Plan de Salud de Canarias 2004-2008, del Plan Estratégico de Atención Primaria 2006-2009 y del Pacto Social por la Sanidad en Canarias aprobado en octubre de 2005, así como de los diversos Protocolos y Programas de Salud instaurados en la Atención Primaria a través de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Sus objetivos se vinculan a la creación de una oferta permanente hacia la ciudadanía de acciones y recursos de educación para la salud grupal, para lo que se formó a los/las sanitarios/as de Atención Primaria en Educación para la Salud (individual, grupal y comunitaria), a la coordinación y divulgación de las intervenciones en Educación Sanitaria y Promoción de la Salud entre los diversos organismos públicos, y la de promocionar a través de los medios de comunicación programaciones estables sobre hábitos de vida saludables.

Su ámbito de intervención se establece a nivel de todas las Zonas Básicas de Salud del archipiélago.

Metodología

El desarrollo de Aulas de Salud se desenvuelve a través de tres elementos:

1. Formación de formadores.

Está centrada en tres grandes ámbitos:

- Educación para la salud (centrando este ámbito en el Programa Aulas de Salud). Sirve para presentar el marco de trabajo.
- Dinámica de grupos y modelo educativo experiencial. Ayuda a conocer y trabajar la metodología educativa que se desarrolla en los talleres con la población.
- Formación específica (contenidos y recursos) sobre un área temática determinada. En este caso la temática a desarrollar se centrará en fórmulas de intervención educativa en el ámbito social. Apoya el conocimiento y desarrollo de los contenidos específicos y de los recursos para hacerlo.

2. Realización de actividades formativas con la población.

Se desarrollan a través de diferentes talleres educativos que ponen en marcha los/as profesionales de la salud. Están basadas en el trabajo con grupos experienciales y de apoyo mutuo.

Para su realización se puede contar con los siguientes recursos:

- Presentaciones de apoyo (power point, transparencias...): elemento que recoge de forma didáctica los contenidos y a partir del cual se puede estructurar el desarrollo de las sesiones. Son un elemento flexible y de apoyo conceptual que puede usarse o no en función del grupo, de la destreza de la persona que guía, etc. En muchos de los casos están acompañadas de "pistas didácticas" que nos permiten desarrollar dinámicas concretas a partir de algunas de las diapositivas.
- Dinámicas: recogen el desarrollo de los contenidos de forma práctica, vivencial y lúdica. Con ellas se

pretende que todos/as aprendan "haciendo", reflexionando sobre lo hecho y generalizando el aprendizaje. Las dinámicas están asociadas a los contenidos de las presentaciones y, en ese sentido, pueden ser usadas con éstas o de forma libre ya que permiten cubrir objetivos de aprendizaje por sí mismas.

- **Materiales didácticos:** están asociados a algún tipo de dinámica o estrategia y parten de la idea de que las personas pueden aprender a través de la interacción con materiales y/o recursos didácticos. Todos los materiales complementan o desarrollan algunos de los contenidos del área temática. En muchos casos pueden usarse como elementos de refuerzo o, incluso, como estrategia para obtener información inicial acerca de lo que se conoce o no sobre un tema determinado. Los materiales tienen un carácter lúdico.
- **Documentación de consulta:** destinado a profundizar en los temas desarrollados, a resolver posibles dudas que se puedan presentar, a ser entregada a personas que soliciten más contenidos, etc.

3. Evaluación

Los dos elementos anteriores están atravesados por procesos evaluativos de carácter inicial, de procesos y de resultados.

Población receptora

La población receptora de la acción de Aulas de Salud contempla dos colectivos:

1. Profesionales de la salud, fundamentalmente enfermeros/as, trabajadores/as sociales y médicos/as. Son el colectivo al que se dirige directamente una formación general sobre metodología educativa aplicada al ámbito de la educación para la salud y otra específica sobre áreas temáticas concretas. Los objetivos de esta formación son capacitarlos como agentes educativos y sociales de educación para la salud y poner a su alcance materiales y recursos que les ayuden en esa labor.
2. Población en general. Siguiendo los objetivos de prevención, promoción y educación dentro de la Atención Primaria, que alcance a la población y que redunde en el logro de estilos de vida más saludables.

Contenidos del CD Aulas de Salud

En este CD podremos encontrar todo el material necesario para desarrollar cualquier actividad educativa recogida den-

tro Aulas de Salud. Asimismo, también se hace referencia a otras acciones educativas grupales, que integradas en la Cartera de Servicios, han sido elaboradas por otros servicios y/o autores.

En el menú inicial encontraremos:

1. **Presentación:** en el que se hace la presentación del CD.
2. **Recursos didácticos:** en este apartado accederemos a documentación agrupada en cinco grandes grupos dentro de cada subservicio, área temática y taller respectivo:
 - **Fichas metodológicas:** que son los guiones de los talleres en los que se detalla cómo ponerlos en marcha.
 - **Materiales complementarios:** documentos de apoyo que se entregarán a los/as participantes que ayudan al desarrollo del taller o a ampliar los conocimientos.
 - **Presentación de apoyo:** todas las presentaciones en PowerPoint que sirven de guía en el desarrollo del mismo.
 - **Propuesta de dinámicas:** fichas de las dinámicas que proponemos para el desarrollo del taller.

A su vez, dentro del área temática podemos encontrar:

- **Documentación de consulta:** en la que se encuentran los documentos que aportan información extra y complementaria para el educador.
3. **Organización e indicadores de evaluación** en el que encontraremos:
 - **Organización:** que contiene todos los formularios y fichas necesarias para organizar el taller (oferta de contenidos, ficha solicitud de recursos, propuesta metodológica, etc.).
 - **Indicadores de evaluación:** que contiene tres formularios de evaluación de procesos y resultados.
 4. **Documentación de consulta:** en el que se recogen todos los documentos de consulta por subservicio.
 5. **Acreditación de nuevas acciones:** se muestra el documento que explica las características necesarias, así como la documentación a presentar, para acreditar una acción educativa grupal.

A continuación se detallan los documentos sobre salud oral incluidos en el CD Aulas de Salud

NOMBRE DEL DOCUMENTO	TIPO
005 alimentos cariogénicos	Ficha metodológica de dinámica
005 consejos para padres cepillín	Folleto Programa Cepillín Cepillán de la DGSP
005 cuadernos de salud bucodental	Material para escolares primaria. DGSP
005 la boca gigante	Ficha metodológica de dinámica
005 rompecabezas dental	Ficha metodológica de dinámica
005 salud oral alumnado	Ficha metodológica de acción educativa
005 sonriendo a la vida	Ficha metodológica de dinámica
005 vamos a cepillarnos	Ficha metodológica de dinámica
005 video forum salud oral	Ficha metodológica de dinámica
006 ficha metodológica salud oral padres	Ficha metodológica de acción educativa
006 salud oral padres	Presentación de power point
011 cepillín cepillán	Documentación de consulta. DGSP
012 dientes son para toda la vida	Presentación de power point
012 los dientes son para toda la vida. Ficha metodológica	Ficha metodológica de acción educativa
013 salud oral alumnado	Presentación de power point
013 salud oral ámbito escolar	Ficha metodológica de acción educativa
013 salud oral ámbito escolar	Presentación en power point
015 salud oral en el medio escolar	Ficha metodológica de acción educativa
018 programa escuela y salud	Documentación de consulta. REPS.
019 dientes toda la vida	Cartel para primaria. DGSP
019 taller de higiene bucodental	Taller de la REPS. DGPA
088 bucodental padres	Ficha metodológica de acción educativa
096 oral	Documentación de consulta. OMS
0191 fluor fluorosis dental	Documentación de consulta. DGSP
0191 informe cepillín	Documentación de consulta. DGSP
0191 miboca primaria	Folleto de la DGSP
0191 programa salud oral	Documentación de consulta. DGPA
0191 salud cuidado boca	Folleto dirigido a alumnos de secundaria. DGSP
0191 técnicas higiene dental	Cartel sobre técnicas de higiene oral. DGSP

DGPA: Dirección General de Programas Asistenciales.

DGSP: Dirección General de Salud Pública.

REPS: Red de Escuelas Promotoras de Salud. Consejería de Educación.

DGPE: Dirección General de Promoción Educativa. Consejería de Educación.

● Programa CEPILLÍN CEPILLÁN de la Dirección General de Salud Pública

El Programa Cepillín Cepillán es un Programa de Educación para la Salud cuya meta es mejorar la salud oral de los y las escolares que cursan educación infantil (3 a 5) previniendo la aparición de las patologías orales más frecuentes como caries en la dentición temporal, gingivitis y fluorosis, así como accidentes bucales y hábitos nocivos.

Justificación

El segundo estudio epidemiológico de la salud oral Infantil en Canarias, realizado en 1998, dejó claro la urgencia de

desarrollar programas de salud oral específicos para la dentición temporal. En Canarias, a los 7 años de edad, la prevalencia de caries en la dentición temporal era de un 38,36% y el caod (promedio de dientes temporales cariados, ausentes y obturados) de 1,18. El tercer estudio epidemiológico, cuyo trabajo de campo ha sido realizado en el año 2006, muestra una prevalencia del 43,84% y un caod de 1,48.

Se ha producido un ascenso importante en una patología, la caries en la dentición temporal, cuyo tratamiento no estaba incluido entre las prestaciones del anterior Programa de salud oral que se llevaba a cabo en Atención Primaria en los Centros de Salud y que estaba orientado a los niños

y niñas de 6 a 14 años de edad, dando prioridad a la dentición permanente y dejando sin actuación la dentición decidua.

Es frecuente encontrar a los 6 años, cuando el alumnado de primer curso de primaria es revisado por primera vez en la consulta dental del Centro de Salud, un gran desconocimiento por parte de las madres y los padres de la importancia de mantener la boca libre de caries y un porcentaje elevado de necesidades de tratamiento en la dentición temporal.

Atendiendo a estas necesidades no cubiertas, este programa de educación sanitaria tiene como finalidad prevenir la afectación de la dentición temporal y de otras patologías y malos hábitos propios de este grupo de edad (3-5 años) mediante el desarrollo de actividades escolares y de charlas-talleres para la familia y el profesorado.

La evidencia científica demuestra que durante la infancia el programa preventivo de control de placa más eficiente es la enseñanza del cepillado por parte del profesorado y de la familia. Diferentes estudios demuestran que, ni el número de sesiones, ni la programación que pueda establecerse de las mismas, es fundamental para obtener una motivación correcta. Parece tener más que ver en los resultados el establecimiento de un plan a largo plazo, bien estructurado, metódico, atractivo y repetitivo.

Objetivos

- Promover la adquisición de hábitos alimentarios e higiénicos saludables (alimentación no cariogénica, cepillado

correcto, prevención de traumatismos y de hábitos nocivos etc.).

- Garantizar el uso racional del flúor por distintas vías como medida preventivo-terapéutica.
- Promover la participación activa de las tres partes implicadas en el proceso salud enfermedad: el alumnado, el profesorado y las familias.

Población diana

La población diana está constituida por los y las escolares de Educación Infantil (3-5 años), sus familiares y el profesorado de los centros escolares inscritos en el Programa. Actualmente solo se admiten centros escolares que estén inscritos previamente en la Red de Escuelas Promotoras de Salud, pero se pretende más adelante ampliar la oferta a todos los centros de educación infantil que lo soliciten

Material y métodos

1. Materiales diseñados y adquiridos para el Programa. Estos materiales se reparten anualmente entre los centros escolares y el personal sanitario:
 - Carteles para el aula
 - Folletos informativos para las familias.
 - Guías educativas para el profesorado y el personal sanitario.
 - Material didáctico para educación y motivación en el aula: fichas para colorear, juegos, marionetas, modelos de bocas de escayola para enseñanza del cepillado etc.
 - Material para los y las sanitarias que imparten las charlas: presentación en power point para las charlas para las familias y el profesorado.

TABLA 1. Documentos incluidos en los CD del Programa Cepillín Cepillán

<p>CD MATERIAL EDUCATIVO (PARA EL PROFESORADO) Folleto "Consejos par las familias" Material de apoyo para las charlas dirigidas a las familias (Power point) Cartel Propuesta de actividades didácticas Guia para el profesorado y el personal sanitario Canción Cepillin Cepillán (Formato MP3 y Formato CD)</p>
<p>CD MATERIAL DE APOYO AL PERSONAL SANITARIO Material de apoyo para las charlas dirigidas a las familias (Power point) Presentación de materiales al Profesorado (Power point) Hoja de comentarios del profesorado (Doc. Word y PDF) Hoja de registro de actividades (Doc. Word y PDF) Hoja de registro de asistencia de las familias y profesores a las charlas, certificado ponentes y encuesta (Doc. Word y PDF) Modelo de solicitud para participar en el programa del próximo curso (Doc. Word y PDF)</p>

- Cepillos dentales
- Relojes de arena para controlar el tiempo de cepillado en casa.

Todo el material está incluido en dos CD (Tabla 1):

1. Material educativo
 2. Material de apoyo para el personal sanitario
2. Desarrollo de charlas-talleres para las familias de los y las escolares y el profesorado de los centros participantes en el Programa, impartidas por diverso tipo de personal sanitario de Atención Primaria: Odonto-estomatólogos/as, Higienistas Dentales y Enfermería, dependiendo del Área de Salud.
 3. Desarrollo de actividades didácticas impartidas por el profesorado en clase. Las actividades se muestran en la Tabla 2.
 4. Paralelamente se han realizado cursos de formación en salud oral dirigidos a higienistas dentales, enfermería y matronas

Evaluación

1. Se realiza anualmente una evaluación de las actividades del programa a través de:
 - Autoevaluación del escolar mediante fichas, encuestas, puestas en común, etc.
 - Registro de las actividades realizadas por cada centro escolar
 - Valoración de la asistencia de los padres y profesores a las charlas-talleres
 - Valoración de los hábitos de salud oral de los escolares a través de una encuesta dirigida a los familiares que asisten a las charlas.
 - Análisis semicualitativo del desarrollo del Programa durante el curso, obtenido a partir de las reflexiones del profesorado sobre el Programa.
2. Se realizará al final de un ciclo de educación infantil la valoración de la evolución de la salud oral de una muestra de escolares participantes en el Programa comparada con otra muestra de alumnos de centros no participantes en el Programa durante tres años consecutivos.

TABLA 2. Actividades del Programa y población a la que está dirigida

ACTIVIDAD	POBLACIÓN DIANA
1. Encuestas a madres/padres sobre hábitos de salud bucodental de sus hijos/as	FAMILIAS
2. Guía de seguimiento del desayuno	3º
3. Dibujar o recortar y pegar los alimentos sanos para preparar una fiesta de cumpleaños	3º
4. Colorear los alimentos sanos para los dientes	2º, 3º
5. Dibujar sobre una mesa alimentos para desayunar, sanos para los dientes	3º
6. Colorear el dibujo	1º, 2º, 3º
7. Contar los dientes de la boca	3º
8. Colorear los cepillos que sirven y tachar los que no sirven	2º, 3º
9. Ordenar y colorear los dibujos de diferentes momentos del cepillado	3º
10. Encontrar el camino hacia el cepillo y la pasta	1º
11. Fabricar un portacepillos	3º
12. Unir los puntos y encontrar el dibujo de la muela y el cepillo	2º, 3º
13. Colorear y explicar la escena del cepillo en familia	3º
14. Obra de teatro: La muela Manuela	1º, 2º, 3º
15. Canción "Cepillin Cepillán"	1º, 2º, 3º
16. Poesía	1º, 2º, 3º
17. Fabricar marionetas de los personajes de la obra de teatro	2º, 3º
18. Explicación del cepillo con los modelos de la boca de escayola	1º, 2º, 3º
19. Registro semanal de hábitos higiénicos en casa	1º, 2º, 3º, FAMILIAS
20. Colorear los personajes de la obra de teatro según indican los números de los mosaicos	1º, 2º, 3º
21. Colorear dibujo de la visita al dentista	2º, 3º
22. Distinguir los hábitos perjudiciales para la boca de los que no lo son	3º
23. Juegos sociales sobre la boca	1: 1º, 2º 2: 1º, 2º 3: 1º, 2º, 3º
24. Charla del personal sanitario a las madres/padres	FAMILIAS



Anexo VII

Recomendaciones
para los y las pacientes
tras los diversos
tratamientos
odontológicos

RECOMENDACIONES TRAS LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

EN CASO DE EXTRACCIÓN DENTAL

Le acabamos de realizar una **EXTRACCIÓN DENTAL**, por ello debe seguir las siguientes instrucciones:

- Durante el tiempo que dure el efecto de la anestesia evite morder el labio y la mejilla que pudieran provocar heridas en la cavidad oral.
- Mantenga firmemente la gasa durante media hora.
- No se enjuague, ni se cepille, ni escupa hasta pasadas al menos 24 horas. Después puede hacerlo con agua y sal (una cucharada de sal por un vaso de agua).
- No coma durante dos horas. Después puede tomar alimentos líquidos y/o blandos nunca calientes.
- No fume.
- En caso de hemorragia coja una gasa, colóquela en la zona sangrante y muerda durante 30 minutos.
- Si tiene dolor y/o hinchazón puede tomar un analgésico y/o antiinflamatorio (consulte con su médico, médica o dentista). No tome ácido acetil salicílico, por ejemplo aspirina.
- Si tiene algún problema debido a dicha intervención, no dude en acudir a la consulta.
- Duerma con la cabeza más alta que habitualmente y del lado contrario al de la extracción.

EN CASO DE OBTURACIÓN

Le acabamos de realizar un **EMPASTE** por lo que debe seguir las siguientes instrucciones:

- Durante el tiempo que dure el efecto de la anestesia evite morder el labio y la mejilla que pudieran provocar heridas en la cavidad oral.
- Evite la masticación de alimentos duros durante el periodo que dure la anestesia.

- Si durante la masticación notara que el empaste ha quedado alto debe acudir a la consulta.
- Es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá al cabo de unos días de modo espontáneo, especialmente si el empaste es muy profundo. En este último caso evitar alimentos excesivamente fríos o calientes.
- Siga los controles que le indique su dentista.
- Se debe seguir una estricta higiene oral para poder evitar así posibles complicaciones futuras.

EN CASO DE TARTRECTOMÍA

Le acabamos de realizar una **TARTRECTOMÍA** por lo que debe seguir las siguientes instrucciones:

- Puede provocar ciertas molestias en la zona de la encía y sensibilidad leve o moderada en las piezas dentarias que remitirán en las primeras horas.
- Precisa de revisiones periódicas y del mantenimiento de una estricta higiene oral con el fin de evitar posibles complicaciones.
- No fume en las próximas 24 horas, ni consuma alimentos con colorantes (café, té, vino, colas, chocolate...)

EN CASO DE APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR

Le acabamos de aplicar **BARNIZ DE FLÚOR** por lo que debe seguir las siguientes instrucciones:

- No se deben ingerir alimentos sólidos o líquidos durante las 2-4 horas siguientes, tampoco se debe cepillar la zona tratada en 24 h para no disminuir la efectividad del barniz de flúor.

- Temporalmente los dientes pueden presentar un color amarillento y sensación áspera que desaparecerá en pocas horas después del correcto cepillado.
- Es necesario seguir una estricta higiene oral con el fin de evitar posibles complicaciones futuras.
- La rutina de aplicación del barniz es de 2 a 4 veces al año o bien 3 veces durante 2 semanas, aunque todo ello dependerá del nivel de caries que se presente.

EN CASO DE APLICACIÓN DE GEL DE FLÚOR

Le acabamos de aplicar una cubeta de **GEL DE FLÚOR** por lo que debe seguir las siguientes instrucciones:

- No debe ingerir alimentos sólidos o líquidos 30 minutos después de la aplicación para no disminuir la efectividad del gel de flúor.
- Es recomendable acudir a la consulta con la periodicidad que su dentista le indique para la aplicación de gel de flúor.
- Se debe seguir una estricta higiene oral para evitar posibles complicaciones futuras.

EN CASO DE SELLADOR

Le acabamos de realizar un **SELLADOR**, por ello debe seguir las siguientes instrucciones:

- Evite comer alimentos pegajosos (chicles, caramelos...) o duros que puedan producir la fractura o desprendimiento del sellador.
- Evite morder objetos que puedan fracturar el sellador.
- Si durante la masticación notara que el sellador ha quedado alto (que la oclusión ha quedado alta) debe acudir a la consulta.
- Es necesario acudir a la consulta dental con la periodicidad que le indique su dentista para reevaluar y reponer el sellador en caso de que fuera necesario (fractura, filtración del sellador)
- Es fundamental seguir una estricta higiene oral para evitar posibles complicaciones futuras.

EN CASO DE SUTURA

Le acabamos de realizar una **SUTURA** por lo que debe seguir las siguientes instrucciones:

- Siga las recomendaciones de su dentista sobre la toma de antibióticos y antiinflamatorios para evitar que se produzcan diversos procesos infecciosos que puedan alterar el éxito del tratamiento y para mitigar el dolor originado por el traumatismo.
- Como alimentos blandos durante 2-3 días siguientes a la intervención y haga enjuagues con suavidad después de cada comida.
- Consulte a su pediatra si han pasado más de 5 años tras la última vacuna frente al tétanos.

EN CASO DE REIMPLANTE DENTARIO

Le acabamos de realizar un **REIMPLANTE DENTARIO** por lo que debe seguir las siguientes instrucciones:

- Siga las instrucciones sobre la toma de medicamentos para evitar que se produzcan diversos procesos infecciosos que puedan alterar el éxito del tratamiento y para mitigar el dolor originado por el traumatismo.
- Consulte a su pediatra si han pasado más de 5 años tras la última vacuna frente a tétanos.
- Debe llevar una dieta blanda evitando morder sobre el diente reimplantado hasta que la pieza dentaria se haya fijado correctamente que será aproximadamente unas dos semanas.
- Este tratamiento precisa del mantenimiento de una estricta higiene oral con el fin de evitar posibles complicaciones.
- Debido al traumatismo puede verse comprometida la vitalidad del nervio de la pieza afectada por lo que puede ser necesario realizar un tratamiento de conductos (endodoncia/apicoformación). Por ello debe volver periódicamente a revisión para valorar el diente.
- Recuerde llevar los informes y radiografías que le hayan entregado en el centro de salud en caso de que acuda a otro/a dentista a realizar una segunda fase del tratamiento.



Anexo
VIII

Referencias
bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Dental Association. La selección de pacientes para exámenes radiográficos dentales. Sitio Web de Colgate. (Actualizado en 2004; citado el 19 de abril de 2010). Disponible en: http://colgateprofesional.com.mx/LeadershipMX/NewsArticles/NewsMedia/PrevNews/ColgatePrevNews_16_2.pdf
- American Society for Healthcare Central Service Personnel. Training Manual for Central Service Technicians. 1993.
- Baca García P. Uso racional del flúor. En: Cuenca Sala E y Baca García P, editores. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 131-61.
- Bagán Sebastián JV, Vera Sempere F. Lesiones iatrogénicas de la mucosa oral. En: *Patología de la mucosa oral*. Barcelona: Syntex latino; 1989. p. 16-23.
- Báscones A, Llanes F, editores. *Cáncer de la mucosa bucal*. En: *Medicina Bucal*. Madrid: Ediciones Avances; 1991. p. 195-214.
- Bautista JM, Calvo F, Vicente JC. *Central de Esterilización*. Málaga: ASP Jhonson and Jhonson Medical INC; 1997.
- Beirne P, Clarkson JE, Worthington HV. Intervalos de visita para la salud oral en pacientes de atención primaria. (Beirne P, Clarkson JE, Worthington HV). Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2.
- Berini L, Gay C. *Infección odontogénica*. Barcelona: Editorial M.C.R.; 1994.
- Bran E, Canalda C, Berástegui E, Pumarola J, Roig M. *Infección pulpoperiapical*. Barcelona: Editorial M.C.R.; 1995.
- Bravo-Pérez M, Casals-Peidro E, Cortés-Martínicorena FJ, Llodra-Calvo JC, Álvarez-Arenas I, Hermo-Señáriz P et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005 (monografía en Internet). RCOE 2006. Jul-Ago; 11(4):381-496. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n4/encuesta.pdf>
- Bullon P., Machuca G. Asistencia odontológica en pacientes con patología endocrina: el paciente diabético. En: *Tratamiento odontológico en pacientes especiales*. Madrid. 2004. Laboratorios Normon. p 519-526.
- Bullon P, Machuca G. Características odontológicas del paciente con minusvalías. En: *Tratamiento odontológico en pacientes especiales*. Madrid. 2004. Laboratorios Normon. p 595-612.
- Bullon P, Machuca G. Manejo del comportamiento en el paciente discapacitado. En: *Tratamiento odontológico en pacientes especiales*. Madrid. 2004. Laboratorios Normon. p 613-656.
- CADIME. Escuela Andaluza de Salud Pública. ¿Debería interrumpirse el tratamiento con antiagregante plaquetario antes de una intervención dental?. *Bol Ter Andal* 2005; 21 (6). Disponible en: http://www.easp.es/web/documentos/BTA/00009136_documento.pdf
- CDC. Recommended Infection-Control Practices for dentistry, 1993. *MMWR* 42 (Nº RR-8):112,1993.
- Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria. Planificación y Evaluación. Programa de Salud Infantil. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/pr_salud_infantil/ppal.jsp
- Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Cana-

- rio de la Salud. Servicio de Atención Primaria. Planificación y Evaluación. Programa de salud oral 1999-2000.
- Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Protocolos clínicos aceptados. Protocolo de monitorización del tratamiento anticoagulante en la atención odontológica. Disponible en: <http://coema.org>.
 - Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Protocolos clínicos aceptados. Protocolo de prevención de las complicaciones orales debidas a radioterapia de cabeza y cuello. Disponible en: <http://coema.org>
 - Consejo Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de España. Protocolo de restauración dentaria mediante obturaciones. Sitio Web del Consejo Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de España. Disponible en: <http://www.consejodentistas.org/>
 - Consejo Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de España. Protocolo de recomendaciones en el tratamiento odontológico del paciente diabético. Sitio Web del Consejo Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de España. Disponible en: <http://www.coema.org>.
 - Consentimientos informados del Consejo de Dentistas. Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/A06DENTISTAS1.asp?menu=5>.
 - Consentimiento informado para la extracción dental de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud.
 - Consentimiento informado para la extracción dental de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura. Servicio Canario de la Salud.
 - Consentimiento informado para la extracción dental de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote. Servicio Canario de la Salud.
 - Criterios de calidad de los tratamientos especiales. Anexo II del Convenio de colaboración entre el Servicio Canario de la Salud, el Colegio Oficial de Dentistas de Las Palmas y el Colegio Oficial de Dentistas de Santa Cruz de Tenerife para la ejecución del Programa de Atención Dental Infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias (PADICAN). Noviembre 2008.
 - Cruz Hernández JJ. Introducción. En: Documentos Con-
- senso Oncología Cabeza y Cuello. Madrid: Nova Sidonia oncología; 2000. p.1-9.
- De Lorenzo R, Bascones A. El consentimiento informado en odontoestomatología. Madrid: Editores Médicos, SA; 1996.
 - De Vicente Rodríguez, JC. Papel del dentista en la prevención del cáncer oral. En: Cáncer Oral. De Vicente Rodríguez, JC. Oviedo.2007. p. 77-84.
 - De Vicente Rodríguez, JC. El camino del diagnóstico. En: Cáncer Oral. De Vicente Rodríguez, JC. Oviedo. 2007. p.43-62.
 - Donado Rodríguez A. Extracción dentaria. In: Donado Rodríguez A, Aguado Matorras A, Aguado Blass C, De Andrés Rodríguez-Trelles F, Baca Pérez-Bryan R, Berguer Sandez A, et All. Cirugía Bucal. Patología y Técnica. Laval; Madrid 1990. p. 275-283.
 - Ekstrand J, Fomon SJ, Ziegler EE, Nelson SE. Fluoride pharmacokinetics in infancy. *Pediatr Res.* 1994 Feb; 35 (2): 157-63.
 - Ekstrand J, Ziegler E. E., Nelson S. E. and Fomon S. J.. Absorption and retention of dietary and supplemental fluoride by infants. *Advances in Dental Research*, Vol 8, 175-180.
 - EN ISO 11137-1:2006. Esterilización de productos para asistencia sanitaria -Radiación -Parte 1: Requisitos para el desarrollo, la validación y el control de rutina de un proceso de esterilización para productos sanitarios (ISO 11137-1:2006). 2006-04-15. Disponible en: www.hospitecna.com.
 - EN ISO 11137-2:2006. Esterilización de productos sanitarios. Radiación. Parte 2: Establecimiento de la dosis de esterilización (ISO 11137-2:2006). 2006-04-15. Disponible en www.hospitecna.com.
 - EN ISO 11137-3:2006. Esterilización de productos sanitarios-Radiación -Parte 3: Recomendaciones sobre los aspectos dosimétricos (ISO 11137-3:2006). 2006-04-15. Disponible en www.hospitecna.com.
 - EN ISO 11607-1:2006.Embalaje para productos sanitarios esterilizados terminalmente. Parte 1: Requisitos para los materiales, los sistemas de barreras estériles y los sistemas de embalaje. (ISO 11607-1:2006). Disponible en www.hospitecna.com.

- EN ISO 11607-2:2006 Embalaje para productos sanitarios esterilizados terminalmente. Parte 2: Requisitos para procesos de formación, sellado y ensamblaje (ISO 11607 2:2006). 2006-04-15. Disponible en: www.hospitecnia.com.
- EN ISO 11737-1:2006. Esterilización de productos sanitarios. Métodos microbiológicos. Parte 1: Determinación de la población de microorganismos en los productos (ISO 11737-1:2006). 2006-04-01. Disponible en: www.hospitecnia.com.
- Especificación. EN 285: Esterilizadores para uso médico. Esterilizadores grandes por vapor.
- Fejerskov O, Manji F, Baelum V. Dental fluorosis: a handbook for health workers. Copenhagen: Munksgaard, 1988.
- Fomon SJ, Ekstrand J, Ziegler EE. Fluoride intake and prevalence of dental fluorosis: trends in fluoride intake with special attention to infants. *J Public Health Dent*. 2000 Summer; 60(3):131-9.
- Fomon SJ, Ekstrand J. Fluoride intake by infants. *J Public Health Dent*. 1999 Fall; 59 (4): 229-34.
- García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Cózar Hidalgo A. Nuevas tendencias en el tratamiento de la avulsión dental. *RCOE v.8 n.2 Madrid mar.-abr.* 2003.
- Gay Escoda C, Berini Aytés L. Principios básicos de la exodoncia. In: Gay Escoda C, Berini Aytés L. *Cirugía Bucal*. Ergon S.A; Madrid 1999. p. 201-231.
- Giner Díaz J, Ortiz de Artiñano Jiménez F, Villarreal Renedo P, Martínez T. Cirugía oral en pacientes con trastornos de la hemostasia en: *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*.
- Giner Díaz J, González Corchón A, Ordóñez Soblechero V, Martín-Granizo R, Berguer A. Actualización de la cirugía oral en el paciente anticoagulado. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. [periódico en la Internet]. 2003 Oct [citado 2008 Oct 22]; 25(5): 294-303. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v25n5/Especial.pdf>
- Gómez Santos G, Gómez Santos D, Martín Delgado M. Flúor y fluorosis dental. Pautas para el consumo de dentífricos y aguas de bebida en Canarias [monografía en Internet]. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud; 2002 [citado el 4 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c7371f7e-3ed8-11de-ac1c->
- Gómez Santos G, González Sierra MA, Gómez Santos D, Moreno González AA, Graziani González R, Rodríguez Bernal O et al. Estudio Epidemiológico de la Salud Oral de los Adultos. Canarias 2002 [monografía en Internet]. Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias; 2004. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/3/3_5/3_5_1/_fter_3/estudio%20adultos/ppal.jsp
- Gómez-Santos G, González-Sierra MA, Vázquez-García-Machiñena J. Evolution of caries and fluorosis in schoolchildren of the Canary Islands (Spain): 1991, 1998, 2006. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Sep 1;13(9):E599-608. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v13i9/medoralv13i9p599.pdf>
- Gómez Santos G, González Sierra MA, Vázquez García-Machiñena J, Gómez Santos D, Moltó Llarena A, Padrón Moreno M et al. III Estudio Epidemiológico de la Salud Oral en Escolares de Canarias [monografía en Internet]. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud; 2008. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/3/3_5/3_5_1/_fter_3/estudio%20escolares/ppal.jsp
- Gómez Santos G. Personas mayores: salud oral. *Canarias Saludable*. Revista Canaria de Salud. 2002; 1: 16-7.
- Gómez Santos G. Que es la fluorosis dental. Con el flúor a raya. *Canarias saludable*. Revista Canaria de Salud. 2003; 5 (II):11.
- Gómez Santos G, Armas Navarro A. Mi boca. Folleto de información sanitaria para niños. Dirección General de Salud Pública., Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, Gobierno de Canarias; 2003. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d0eccb9f-c872-11de-a7af91ed84fe55ca/folletomboca.pdf>
- Gómez Santos G, Armas Navarro A. Salud y cuidado de la boca. Folleto de información sanitaria para adultos. Santa Cruz de Tenerife: Dirección General de Salud Pública., Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, Gobierno de Canarias; 2003. Disponible en :

- <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d5842e74-c872-11de-a7af-91ed84fe55ca/FolletoSaludCuidadoBoca.pdf>
- Gómez Santos G, Sugo Mautone R. Programa de salud oral para escolares de educación infantil. Cepillin, Cepillán. Propuesta de actividades didácticas. Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias; 2005.
 - Gómez Santos G, Sugo Mautone R. Programa de salud oral para escolares de educación infantil. Cepillin, Cepillán. Consejos para las familias. Folleto de información sanitaria para adultos. Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias; 2006. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/3/3_5/3_5_1/pdf/cd_cepillin/FolletoCepillin06.pdf
 - Gómez Santos G. Presentación del Programa Cepillin Cepillán para escolares de Educación Infantil. Jornadas Canarias de salud oral 2005. Boletín informativo: 5-6. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/eb1b0042-a380-11de-ae50-15aa3b9230b7/boletinVIIIjornadas.pdf>
 - González Barón M, Ordóñez A., Feliú J., Zamora P., Espinosa E., editores. Oncología Clínica. 2ª Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p.341-55.
 - Gruendemann BJ, Mangum SS. Prevención de la infección en áreas quirúrgicas. Philadelphia: WB Saunders Co (Ediciones Harcourt); 2002
 - Guerra Pérez A, Montesdeoca Díaz AJ, Moreno García JG, García Navarrete JM, Murillo Alba JM, Suárez Castro J et al. Recursos Didácticos en Educación para la Salud. Aulas de Salud. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Canario de la Salud, Dirección General de Programas Asistenciales, 2007.
 - Guía rápida para dejar de fumar. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.
 - Guía de Profilaxis de Endocarditis Bacterianas. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Servicio de Cardiología.
 - Guía de Práctica Clínica sobre prevención de EI. European Society of Cardiology (ESC 2004) y Sociedad Española de Cardiología.
 - Guía de Práctica Clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol 2004; 57(10): 952-62.
 - Haynes RC, Murad F. Hormona adrenocorticotrófica, esteroides adrenocorticales (corticosteroides) y sus análogos. En: Goodman L, Gilman A. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Panamericana; 1982. p. 1431-1458 .
 - Herranz González-Botas, Jesús. Diagnóstico precoz del cáncer de cavidad oral. Sitio Web Atención Primaria en la Red guías clínicas 2001. Disponible en: <http://fisterra.com>
 - Horstkotte Dieter (Coordinador), Follath Ferenc, Gutschika Erno, Lengyela Maria, Otoa Ali, Paviea Alain, Soler-Solera Jordi, Thienea Gaetano y Graevenitza Alexander von. (Grupo de Trabajo de Endocarditis Infecciosa de la Sociedad Europea de Cardiología) (2004). Rev. Esp. Cardiol. 2004; 57: 952 - 962 ISSN: 1579-2242 DOI artículo: 10.1157/13066456.
 - INSALUD. Manual de Gestión de los procesos de esterilización y desinfección del material sanitario. Madrid: INSALUD; 1997.
 - John J. Perkins, M.S., LL.D., F.R.S.H., Charles C Thomas. Principles and Methods of Sterilization in Health Sciences. Publisher. 2nd 1983.
 - Junquera LM, Martín-Granizo R. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares por bisfosfonatos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). Rev Esp Cir Oral y Maxilofac 2008;30,3 (mayo-junio):145-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=1130-055820080003&script=sci_issuetoc
 - Landa Llona S, Santamaría Zuazua J. Extracción dentaria convencional. Exodoncia quirúrgica. In: Bascones Martínez A, Bagán Sebastián J, Bermejo Fenoll A, Bullón Fernández P, Canut Brusola J, Gay Escoda J, Goirieta de Gandarias J, et al. Tratado de Odontología - Tomo IV. Trigo Ediciones S.L; Madrid 1998. p. 3617-3628.
 - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. 2002 Nov 15; (274): 40126-32.
 - Ley 31/1995 de 8 noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado nº 269, 10 de noviembre de 1995, pag. 32590 - 32611.

- Little J, Falace D. Odontología en pacientes con patología previa. Barcelona. Medici S.A. 1982.
- Llena Puy MC. Protocolos y guías de práctica clínica de medidas preventivas en la embarazada, en Atención Primaria. En: Libro de ponencias X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. Puerto de la Cruz, Tenerife: 2003. p. 41-7. Disponible en:<http://www.infomed.es/sespo/descargas.php?doc=ponenciasxcongreso.pdf>
- Llodra-Calvo JC, Bravo-Pérez M, Cortés-Martinicorena, FJ. Encuesta de Salud Oral en España (2000) (monografía en Internet). RCOE 2002, 7 (Número especial): 19-63.
- Llodra Calvo JC, Selladores de fisuras. En: Cuenca Sala E y Baca García P, editores. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 163-173.
- López de Sá Esteban, Moreno Raúl, R. Rey-Blas Juan, Armada Eduardo, Filgueira David y López-Sendón José. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.
- López de Sá E, Moreno R, Rey-Blas JR, Armada E, Filgueira D, López-Sendón J. Cuestiones planteadas con el tratamiento antiplaquetario en los pacientes portadores de stents recubiertos. Rev Esp Cardiol Supl. 2007;7:72E-9E.
- López Méndez Y, Arias Araluce MM, Oksana del Valle Z. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. Rev Cubana Ortod. 1999; 14: 32-8. Disponible en:
http://bvvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.pdf
- López Vaquero D, Herencia Nieto H, Pérez Cevallos JL, Infante Cossio P, Gutiérrez Pérez JL. Antibioticoterapia en la patología de la región maxilar. En Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Máxilofacial. Madrid: Glaxo Smith Kline; 2006.
- Lokken P, Valderhaug J. Fluorosis due to fluoride in drinking water. A health risk even in Norway?. Tidsskr Nor Laegeforen. 1991 May 10;111(12):1506-7.
- Marshall TA, Levy SM, Warren JJ, Broffitt B, Eichenberger-Gilmore JM, Stumbo PJ. Associations between Intakes of fluoride from beverages during infancy and dental fluorosis of primary teeth. J Am Coll Nutr. 2004 Apr;23(2):108-16
- Milian A. Enfermedades endocrinas y metabólicas. En: Vagan JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. Medicina oral. Barcelona: Masson; 1995. p. 595-607.
- Miller CH, Palenik CJ. Control de la infección y manejo de materiales peligrosos para el equipo de profesionales de salud dental. Madrid: Harcourt, 2000, Cap. 11:135-174.
- Norma EN 554. Marzo 1995: Esterilización de productos sanitarios. Validación y control de rutina de la esterilización por vapor de agua.
- Norma UNE-EN ISO 9001. Diciembre 2000: Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.(ISO 9001:2000).
- Pagliari Ana Valéria, Moimaz Suzely Adas Saliba, Saliba Orlando, Delbem Alberto Carlos Botazzo, Sasaki Kikue Takebayashi. Analysis of fluoride concentration in mother's milk substitutes. Braz. oral res. 2006 20(3): 269-274.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242006000300016&lng=doi:10.1590/S1806-83242006000300016.
- Perea Pérez B. Tema 3: Información y consentimiento en odontología. Curso de Formación continuada online Responsabilidad profesional y gestión de riesgos legales en la práctica odontológica. Consejo de Odontólogos y Estomatólogos de España, 2009.
- Pérez R, Núñez R, Hita P, Oliveras JM, Gutiérrez JL. Protocolo de actuación quirúrgica en pacientes con alteraciones en la coagulación. En: Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB). Protocolos y Guías de Práctica clínica en Cirugía Bucal. 2005. p. 9-13.
- Programa de Salud Infantil. Servicio Canario de Salud. <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=e590b776-e23a-11dd-8313-c9005baed236>
- Quintero Parada E, Sabater Recolons MM, Chimenos Klistner E, López López J. Hemostasia y tratamiento odontológico. Avances en odontoestomatología. Vol. 20 - Núm. 5 - 2004, p. 247-261.
- Raspall G, editor. Cáncer de la cavidad oral y de la orofaringe. En: "Tumores de cara, boca, cabeza y cuello". Atlas Clínico, 2ª Ed. Barcelona: Masson; 2000. p.47-78.
- Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano. BOE. 2003 Feb 21;(45): 7228-45.

- Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo por el que se regula los productos sanitarios. BOE 1996 Abril 24;(99).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE 2008 Abril 16; (222): 32656-32660.
- Resolución de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud de 18 de febrero de 2008, por la que se establece el programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias. BOC 2008 Marzo 3; (45): 3325-3342.
- Rodríguez Gómez F., Hernández Weigand P., García Fernández E., Poch Broto J. Laringología. En: Antonio Bascónes Martínez. Tratado de Odontología. 2ª ed. Madrid: Ediciones Avances Médico - Dentales; 1998. p.1509-27.
- Roig M, Durán-Sindreu F, Ribot J. Manual de Endodoncia. Parte 3. Diagnóstico en Endodoncia. Rev Oper Dent Endod 2006;5:23.
- Rose L, Kaye D. Medicina interna en odontología. Barcelona: Salvat editores; 1992.
- Salleras Sanmartí LM, Prat Marín A, Garrido Morales P. Métodos y medios de educación sanitaria. En: Piédrola Gil G editor. Medicina preventiva y salud pública. 9ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1992. p.1052-62.
- Segura Barandalla, Victor. Descontaminación del Instrumental. Guía Práctica. ESMONpharma. 2006.
- Serra Majem LL, Ramón Torrell JM. Cáncer Oral: epidemiología y prevención. En: Cuenca Sala E, Manau Navarro C, Serra Majem LL, editores. Odontología preventiva y comunitaria principios, métodos y aplicaciones. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 173-93.
- Servicio Canario de la Salud. Guía de Limpieza, desinfección y esterilización en Atención Primaria.
- Silvestre FJ, Plaza A. El paciente con riesgo de sangrado y enfermedades hematológicas. En: Odontología en pacientes especiales. Universidad de Valencia 2007. p. 33-49.
- Silvestre FJ, Plaza A. Odontología en las enfermedades del sistema endocrino. En: Odontología en pacientes especiales. Universidad de Valencia 2007.
- Silvestre FJ, Plaza A. El paciente oncológico en odontología. En: Odontología en pacientes especiales. Universidad de Valencia 2007. P.231-239.
- Silvestre FJ, Plaza A. Manejo odontológico de los pacientes con discapacidad. En: odontología en pacientes especiales. Universidad de Valencia 2007. P. 249-267.
- Silvestre FJ, Plaza A. Manejo odontológico en diferentes tipos de pacientes discapacitados. En: odontología en pacientes especiales. Universidad de Valencia 2007. P.269-286.
- Simón Salazar, Federico. El PADI en el País Vasco y Navarra. Actividad, opinión de sus dentistas y epidemiología. (1990-2002). (Ed.). PROMOLIBRO VALENCIA. 2006.
- Smyth Chamosa E, Fernández González C. Educación para la salud. Principios, métodos y aplicaciones en salud oral. En: Cuenca Sala E y Baca García P, editores. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 451-469.
- Stents recubiertos. Cuestiones planteadas con el tratamiento antiplaquetario en los pacientes portadores de stents recubiertos. Rev Esp Cardiol Supl. 2007;7:72E-9E.
- STERIS. La esterilización hospitalaria. 2ª ed. S.S. de los Reyes: Kaher II, 1997, Cap. 3: 45-84.
- Surgical management of the primary care dental patient on warfarin. North West Medicines Information Centre, Pharmacy Practice Unit, 70, Pembroke Place Liverpool, L69 3GF Editor: Christine Randall, Date first published: July 2001 Date of revision: March 2004.
- Thylstrup A, Fejerskov O. Clinical appearance of dental fluorosis in permanent teeth in relation to histologic changes. Community Dent Oral Epidemiol. 1978 Nov;6 (6):315-28.
- Trott A T. Heridas y cortes: Tratamiento y sutura de urgencia. 3ª ed, p. 171. Ed. Elsevier España, 2007.
- Trujillo Martín MM, Ramallo Fariña Y, Gómez Santos G, Vázquez García-Machiñena J, Duque González B, Serrano Aguilar P. Efectividad y coste-efectividad de intervenciones preventivas de la caries en menores de 5 años desde atención primaria. Madrid: Plan Nacional

para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO No 2006/07.

- Vicente Rodríguez JC. Tratamiento, evolución y seguimiento de los pacientes. En: Vicente Rodríguez JC, Cáncer oral. Oviedo. 2007. p. 63-76.

- Visitine E, Contardo L, Biasotto M, Vignoletti F. Extracciones dentarias en pacientes en tratamiento con anticoagulantes:revisión de la literatura. Av. Odontoestomatol 2006; 22 (4): 241-245. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n4/original4.pdf>

- Vitoria Miñana I. Agua de bebida en el lactante. An Pediatr (Barc) 2004;60(2):161-9. [citado el 15 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.aguainfant.com/pdf/agua-lactante.pdf>

