







Edita:  
Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.  
C/ Ciriaco Miguel Vigil 9. 33006. Oviedo.

Dirección electrónica:  
[salud.poblacional@asturias.org](mailto:salud.poblacional@asturias.org)

Diseño:  
PUBLIDISA

Imprime:  
Gráficas la Morgal

Depósito Legal:  
AS-5070/2010



# Guía

para la atención  
**a la Salud Bucodental**  
en Atención Primaria de Asturias



Gobierno del  
Principado de Asturias

Consejería de Salud  
y Servicios Sanitarios



Servicio de Salud  
del Principado de Asturias

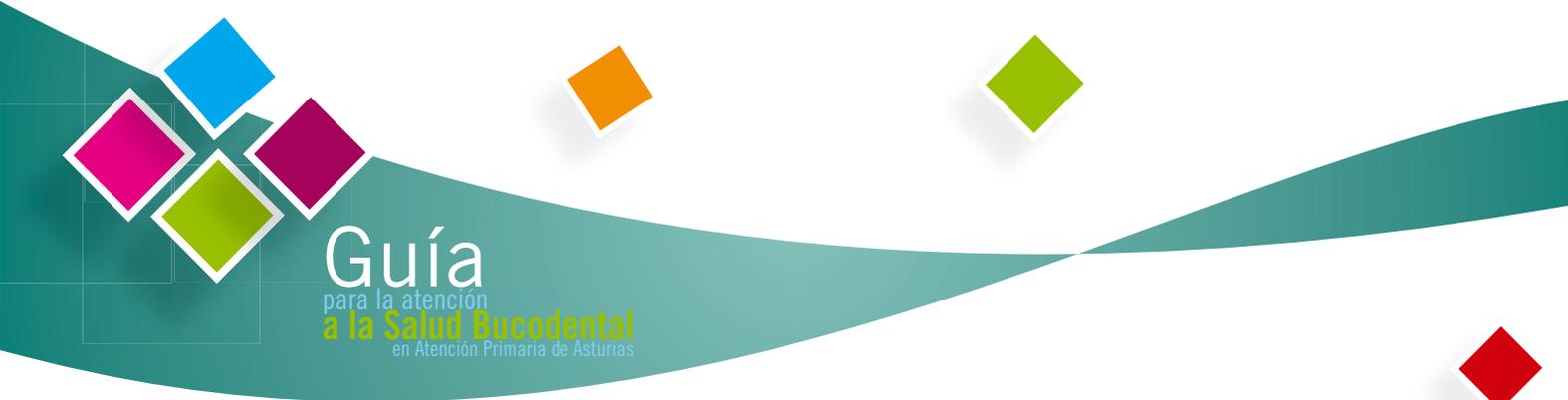




# Índice

9	1. Presentación
11	2. Agradecimientos, grupo redactor y declaraciones de interés
13	3. Introducción
13	a. La atención a la salud bucodental en Asturias
14	b. Necesidad de una Guía
14	c. Objetivos de la Guía
15	d. ¿Quién puede usar la Guía?
15	e. Niveles de evidencia y grados de recomendación
16	f. Definiciones y terminología
19	4. Valoración del riesgo individual de caries
23	5. Niveles de Prevención en Salud Bucodental
23	5.1. Prevención primaria
24	5.2. Prevención secundaria
27	5.3. Prevención terciaria
31	6. Guías Clínicas para el Programa de Promoción de la Salud Bucodental
31	6.1. Guía para el Manejo Conductual en Odontopediatría
32	6.2. Guía para las Revisiones Infantiles y la Educación para la Salud en la Consulta
35	6.3. Guía para el Empleo del Flúor
37	6.4. Guía para los Sellados de Fisuras
38	6.5. Guía para las Obturaciones
40	6.6. Guía para la Atención de los Traumatismos Dentales
43	7. Guía para la Atención a la Embarazada
45	8. Guía para las Tartrectomías
47	9. Guía para la Atención a la Patología Oral en Atención Primaria
49	10. Guía para la Cirugía Bucal en Atención Primaria
51	11. Guía para la Atención al Paciente Especial
53	12. Guía para la Desinfección y la Esterilización
57	13. Abreviaturas
59	14. Anexos
149	15. Bibliografía Seleccionada





# Guía

para la atención  
a la Salud Bucodental  
en Atención Primaria de Asturias

## 1. Presentación

La Dirección General de Salud Pública y Participación ha iniciado en esta legislatura el proceso de actualización y mejora de la atención a la salud bucodental en nuestra comunidad autónoma. Uno de los aspectos que hemos considerado prioritario es la normalización de la forma en la que los profesionales de Atención Primaria se enfrentan a las necesidades preventivas y terapéuticas de la población que atienden. Por este motivo hemos promovido el desarrollo de las guías clínicas que ahora presentamos, diseñadas con la intención de facilitar mediante orientaciones generales el abordaje de cada una de las actividades que son llevadas a cabo en nuestros centros de salud.

Este trabajo ha sido desarrollado desde la experiencia y las propuestas de un grupo de profesionales que trabajan en la vertiente asistencial del Servicio de Salud del Principado de Asturias, quienes han sido capaces de definir un marco teórico de actuación ambicioso y comprometido con la mejora de la salud oral que esta Dirección General está impulsando.

En las guías y protocolos se establecen criterios uniformes de trabajo adaptándolos a las condiciones del sistema sanitario público asturiano, por lo que han sido diseñadas teniendo en cuenta la realidad habitual de las Unidades de Salud Bucodental de Atención Primaria. Es posible que no en todas ellas se puedan poner en práctica el conjunto completo de recomendaciones que la Guía propone, pero se establece desde este momento un objetivo de referencia al que tender en un futuro próximo, de manera que tanto clínicos como gestores dispongan de una información actualizada de la actividad que se pretende mejorar.

Felicidades a los autores por el mérito que supone la revisión de documentos, la discusión de propuestas y la redacción final de las guías, que esperamos supongan un importante avance cualitativo en la asistencia bucodental que recibe nuestra población.

Amelia González López.  
*Directora General de Salud Pública y Participación.  
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.*



## 2. Agradecimientos, grupo redactor y declaraciones de interés

Esta Guía se ha realizado gracias al esfuerzo desarrollado por el grupo de trabajo constituido en el Servicio de Salud Poblacional perteneciente a la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Este conjunto de profesionales ha derrochado entusiasmo para enfrentarse a las dificultades lógicas que un documento como este supone. Además son conscientes de la necesidad de mejorarlo en un futuro próximo, por lo que su compromiso con esta tarea se mantendrá a lo largo del tiempo.

Ha sido clave para que este proyecto llegue a buen término la colaboración institucional entre los dos organismos responsables de la atención a la salud bucodental en Atención Primaria:

- La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, representada por Amelia González López, Directora General de Salud Pública y Participación y por Rafael Cofiño Fernández, Jefe del Servicio de Salud Poblacional.
- El Servicio de Salud del Principado de Asturias, a través de Ana Luz Villarías López, Subdirectora de Gestión Clínica y Calidad.

Gracias a su preocupación e interés por los temas relacionados con la salud oral se ha facilitado la planificación de los trabajos, la búsqueda bibliográfica y la organización del tiempo y de los medios necesarios para llevar a cabo la tarea prevista.

La comprensión y amabilidad mostradas por las Gerencias de Atención Primaria de las Áreas I (Ricardo de Dios del Valle), IV (José Antonio Noya Mejuto), VI (Jesús Pérez Suárez) y de la Gerencia del Hospital Universitario Central de Asturias (Mario González González) han permitido que los componentes del grupo de trabajo acudieran a las numerosas reuniones que tuvieron lugar durante los años 2008 y 2009, en las cuales se debatieron y trabajaron las propuestas que han acabado por cristalizar en este trabajo.

Los consultores del borrador de la Guía han sido capaces de aportar una visión mejorada de algunos de los aspectos más sensibles incluidos en ella, de tal manera que a ellos se debe el aspecto final de todo el documento.

Los profesionales de las Unidades de Salud Bucodental, dentistas e higienistas de Atención Primaria, han colaborado con el grupo para hacer lo más realista posible el contenido de los capítulos que fueron incluidos en ella.

Agradecemos también la deferencia que ha tenido el Consejo General de Dentistas de España al permitirnos la inclusión de sus protocolos clínicos en algunos de los capítulos expuestos en estas guías.

Para finalizar, esperamos no defraudar el interés con el que los técnicos de salud, los componentes de los equipos de Atención Primaria, y en general todas las personas que forman parte del sistema sanitario público asturiano siguieron los trabajos que han hecho posible la realización de esta Guía.

### Grupo redactor:

#### A. Estomatólogos / Odontólogos

José María Blanco González. Coordinador del grupo y redactor.  
Elisabeth Herrero Grandgirard.  
María Eugenia García Barrero.  
Elena López-Arranz Monje.

B. **Técnicos superiores en higiene bucodental**

Silvia Conde Campos.  
Yolanda Pardo Rodríguez.

C. **Servicio de Salud del Principado de Asturias:**

Matías Prieto Hernández. Jefe de la Unidad de Gestión Clínica y Calidad (Subdirección de Gestión Clínica y Calidad).

Los componentes del grupo redactor declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con la elaboración de esta Guía.

**Consultores:**

**Para el conjunto de la Guía:**

- Ana M<sup>º</sup> García Gutiérrez. Estomatólogo de Área de Atención Primaria.
- Miguel Prieto García. Técnico de Salud Pública. Servicio de Salud Poblacional.
- Ernesto Smyth Chamosa. Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Santiago de Compostela.
- José Ignacio Zalba Elizari. Odontólogo. Sociedad Española de Odontología Mínimamente Invasiva.

**Para la Guía de Desinfección y Esterilización:**

- Galo Blanco Verdugo. Enfermero. Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Central de Asturias.
- Carmen Martínez Ortega. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Central de Asturias.

### 3. Introducción

#### a. La atención a la salud bucodental en Asturias

A la vista del último Estudio Epidemiológico entre Escolares Asturianos de 2008, los índices de caries en Asturias se mantienen en líneas generales en un nivel “bajo” para la OMS. En él se observa un índice CAO de 0,11 a los 6 años en dentición definitiva, de 1,17 a los 12 años y de 1,48 a los 15 años. Se han mejorado los índices respecto al estudio previo publicado en el año 1993, donde se reflejaba un CAO de 0,25 para las cohortes de 6 años, de 1,50 para la de 9 años y de 3,30 para la de 12. Esta mejora en el estado de salud oral de la población infantil y juvenil asturiana sigue la tendencia generalizada de los países industrializados, donde se constata una progresiva reducción de la incidencia de caries.

Un hallazgo significativo de este estudio es el de los casos con mayor patología dentro de cada cohorte estudiada, donde se observa que para el grupo de 12 años, el 15,6% de los sujetos acumula el 55,4% del total de caries, o que el 23,7% de este grupo de edad acumula el 73,8% de las lesiones. Así mismo, para la cohorte de los 15 años se ha constatado que en el 16,3% de la muestra aparece el 52,5% de patología por caries. Estos valores hablan de un segmento de la población donde la enfermedad se muestra de modo más evidente, debido a factores que no parecen ser los biológicos, sino más bien a condicionantes de tipo social y cultural.

La atención a la salud bucodental (SBD) se lleva a cabo en nuestra comunidad autónoma a través de actuaciones específicas dirigidas a los siguientes grupos de población:

- Niños/as hasta los 14 años, a través del Programa de Promoción de la Salud Bucodental (PSBD).
- Embarazadas.
- Personas con discapacidad.

Aunque no existen programas preventivos o asistenciales específicos, también se contempla la atención a la población general que consulta problemas de patología oral en los centros de salud, incluyendo actividades de cirugía bucal en alguna de las Áreas Sanitarias.

Los dispositivos asistenciales que desarrollan las actuaciones dirigidas al cuidado de la SBD en Asturias son los siguientes:

- *Unidades de Salud Bucodental (USBD) de Atención Primaria (AP).* Localizadas en 58 de los centros de salud con los que cuenta la red de AP. Son las responsables del PSBD, de la atención a la embarazada, a la población general y a las personas con discapacidad que colaboran adecuadamente sin medios especiales de sedación. Desarrollan también actividades de Educación para la Salud (EpS) en los centros educativos de Educación Primaria y Secundaria de su zona geográfica de influencia.
- *Unidad Central de Salud Bucodental (UC-SBD).* Es una USBD de referencia a la que se remiten los tratamientos complejos de la dentición definitiva que no pueden ser asumidos por las otras USBD, como los tratamientos pulpares, las malformaciones dentales o los traumatismos de incisivos y caninos.
- *Unidad Especial de Salud Bucodental (UE-SBD).* Está localizada en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y se encarga de la atención a los pacientes con discapacidad física o psíquica que no pueden ser atendidos de forma habitual en las USBD. También se encarga de la atención bucodental al paciente médicamente comprometido remitido desde Atención Primaria o Especializada.
- *Servicios de Cirugía Maxilo-facial* pertenecientes a los Hospitales de Cabueñes (Gijón) y del HUCA (Oviedo).

Las actividades dirigidas a la atención de la SBD entre escolares asturianos se han actualizado en 2010, definiendo las cohortes a incluir como las comprendidas entre los 5 y los 14 años. Las prestaciones contempladas en Programa para cualquier cohorte son: fluoraciones tópicas, tartrectomías, sellados de fisuras, obturaciones de dientes definitivos y exodoncias. Para las cohortes inferiores se incluyen además tratamientos complejos, como son los pulpares y la atención a los traumatismos o malformaciones del grupo incisivo-canino. Se pretende ir asumiendo de forma incremental el acceso de todas las cohortes del actual PSBD a las revisiones anuales y a todas las coberturas expuestas, de modo que se vayan incorporando progresivamente al Programa los grupos de menor edad con los que se trabaja especialmente en actividades de prevención.

Como innovación relevante se ha diseñado también un proyecto pedagógico en el que participan las Consejerías tanto de Educación y Ciencia como de Salud y Servicios Sanitarios, denominado "*La conquista de la boca sana*". Este proyecto, que comienza con los niños/as de 5 años y alcanza a los de 12, desarrolla actividades concretas (fichas, trabajo en el aula y con las familias) dirigidas a la Educación Infantil y Primaria, complementando la actividad asistencial que desarrollan las USBD en los centros de salud.

El equipo profesional que compone las USBD está formado por 36 dentistas (odontólogos y estomatólogos), 25 higienistas (técnicos superiores en higiene bucodental) y 11 auxiliares de clínica que apoyan el funcionamiento de las USBD en aquellos centros donde no existe la figura de higienista.

Todos los gabinetes de SBD están dotados con el equipamiento habitual de cualquier clínica odontológica, equipos informáticos y conexión a la red. Además se dispone de captadores digitales de imágenes radiográficas intraorales para la totalidad de los dentistas y existen ortopantomógrafos en tres de las ocho Áreas Sanitarias (IV, V y VI) que forman el mapa de la sanidad asturiana.

#### b. Necesidad de una Guía

Los dentistas e higienistas de AP de Asturias son conscientes de que las actividades sanitarias dirigidas a la SBD vienen realizándose desde el primer momento de su implantación según el parecer individual del clínico, por lo que a día de hoy carecen de herramientas comunes para desempeñar su trabajo. Es decir, necesitan definir los criterios de actuación tanto diagnósticos como terapéuticos de todos los procesos que realizan en sus consultas, y disponer de herramientas de evaluación y comparación para diseñar mejoras en sus actuaciones.

Esta Guía nace con la intención de ofrecer un marco de trabajo común a todo el sistema público asturiano para facilitar la mejor atención posible en salud oral. No sólo está pensada para los principales actores en este campo, dentistas e higienistas de AP, sino que el personal sanitario en general podrá disponer de una perspectiva actualizada en SBD y orientar mejor el manejo de este aspecto concreto de la salud.

#### c. Objetivos de la Guía

Se pretende dar recomendaciones para el abordaje de la salud oral en Asturias, priorizando su atención en la población infantil de 7 a 14 años. Otros grupos a los que se dirige son las embarazadas, las personas con discapacidad y los pacientes médicamente comprometidos. La población general que acude a la consulta de AP de Asturias a causa de un problema de salud oral también se beneficiará de una mejora en los sistemas de atención y tratamiento como los que propone esta Guía.

Los *objetivos generales* con los que se elabora son:

- Reducir la variabilidad individual en la prestación de todas las actividades de SBD.
- Fomentar aquellas actividades de promoción y prevención que se han demostrado eficaces en la reducción de la caries y de la enfermedad periodontal, a través de programas preventivos dirigidos a escolares y embarazadas.
- Mejorar el abordaje de la atención a los problemas de salud oral que se realiza desde los centros de salud, como el tratamiento de la caries, la cirugía bucal, la consulta del adulto o la atención a la discapacidad.

La prevención en las edades pre-escolares y la atención a otros colectivos no están incluidas de forma específica en esta Guía. Sin embargo se recomienda crear y potenciar actuaciones en esta dirección como paso imprescindible en la mejora del nivel de salud de la población asturiana.

La Guía ha sido diseñada para incluir los avances científicos desarrollados en los últimos 15 años en el manejo de los problemas de salud oral, definiendo un método de valoración del riesgo de caries y estableciendo las medidas de prevención asociadas a cada nivel del mismo. Especifica además en cada capítulo los grados de recomendación para una determinada actuación tanto preventiva como terapéutica en función de los niveles de evidencia disponibles.

Este trabajo no pretende resumir todos los abordajes posibles de cualquier problema de salud oral que se presente, sino que se ha ceñido a la cartera de servicios de AP y a las actividades que el sistema público garantiza como universales a la población que se incluye en los diferentes programas creados. Así excluye aspectos como los tratamientos de ortodoncia o los protésicos.

Este proyecto fue planteado desde el principio de su elaboración como un proceso dinámico que se pretende revisar periódicamente por parte del grupo redactor con la intención de ir añadiendo aquellas modificaciones y cambios que obligadamente se irán produciendo en el conocimiento de las materias que incluye. Por este motivo se presenta también en formato electrónico, donde se recoge el trabajo completo y donde podrán volcarse las actualizaciones que se produzcan a lo largo del tiempo para sustituir o completar el contenido existente en la Guía original.

Se pretende a partir de la puesta en marcha de este proyecto especificar recomendaciones que permitan adaptar su contenido a la realidad de las consultas de AP, incluyendo propuestas de evaluación, así como posteriores líneas de actuación e investigación.

#### d. ¿Quién puede usar la Guía?

- Los dentistas e higienistas de Área de AP de Asturias, como responsables principales de la atención a la SBD en este nivel de asistencia.
- Los profesionales sanitarios pertenecientes al campo de la Medicina Familiar y Comunitaria, a la Pediatría y a la Enfermería de AP tienen un destacado papel en la atención a los usuarios que no han tenido contacto aún con las USBD. Su participación en el campo de la SBD, prestando consejo o derivando aquellos casos que lo precisen, se considera imprescindible para alcanzar los objetivos señalados.
- Las Gerencias de AP, los técnicos de salud pública, los servicios de gestión y evaluación del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y los responsables de Salud Pública de la Consejería de Salud, como directores del diseño y aplicación de cualquier programa de salud comunitario.
- Otros profesionales sanitarios (cirujanos maxilofaciales, médicos de atención especializada, farmacéuticos,...) y no sanitarios (maestros, trabajadores sociales,...), como consultores o parte implicada en el desarrollo de alguna de las actuaciones que se incluyen.

#### e. Niveles de evidencia y grados de recomendación

##### o Niveles de evidencia

Para clasificar la calidad (confianza en los resultados) de la literatura científica consultada para la redacción de esta Guía se utilizó la clasificación alfabética, quien ordena la calidad de la información en cuatro categorías (A, B, C y D) según el grado de confianza en los resultados obtenidos por los estudios revisados. La categoría A se corresponde con una calidad alta y la D con una muy baja.

**Clasificación de la calidad de la evidencia seguida.** Tomado de la Guía Española para el Manejo del Asma-GEMA 2006. Modificada a su vez de GINA 2006 (Global Initiative for Asthma 2006).

A	Revisiones sistemáticas de estudios aleatorizados y controlados con o sin metaanálisis y estudios aleatorizados y controlados con bajo riesgo de sesgo. La evidencia proviene de un número sustancial de estudios bien diseñados con resultados consistentes.
B	Revisiones sistemáticas de estudios aleatorizados y controlados con o sin metaanálisis y estudios aleatorizados y controlados con moderado riesgo de sesgo. La evidencia proviene de un número limitado de estudios y/o resultados inconsistentes.
C	La evidencia proviene de estudios no aleatorizados, observacionales o no controlados.
D	Experiencia clínica o literatura científica que no puede incluirse en la categoría C.

#### ◦ Grados de recomendación

Una vez clasificado el estudio recogido se define la fuerza asociada a las recomendaciones que se incluyen en los capítulos de la Guía. Así se han definido 2 posibilidades:

- **R1:** Recomendación fuerte. Su aplicación se espera suponga un beneficio superior al conseguido si no se aplicara.
- **R2:** Recomendación débil. Se plantea cierta incertidumbre acerca de los beneficios que suponga su implantación.

#### f. Definiciones y terminología

##### ◦ Placa bacteriana

Es un depósito de color blanco-amarillento que aparece cuando no se llevan a cabo medidas adecuadas de higiene oral. Se adhiere a la superficie de los dientes y de las restauraciones así como al margen gingival, formando una estructura blanda en la que se encuentran bacterias aerobias y anaerobias rodeadas por una matriz acelular de polímeros de origen microbiano y salival. En ella se localizan los gérmenes responsables de la caries y de la enfermedad periodontal.

##### ◦ Caries

La caries es una enfermedad infecciosa multifactorial que afecta a los tejidos duros de los dientes y que se caracteriza por la sucesión de episodios de desmineralización y remineralización. Cuando los períodos de pérdida mineral superan a los de aposición se acaba por producir una lesión cavitada resultado de la destrucción de estos tejidos. Junto con los factores que promueven su aparición son decisivos el tiempo y la frecuencia de contacto de los dientes con el ácido producido tras la metabolización por la placa bacteriana bucal de los hidratos de carbono.

La caries debe ser entendida como un proceso (enfermedad) que sólo precisará tratamiento restaurador (quirúrgico) cuando la lesión esté cavitada o haya superado el límite amelodentinario. Hasta entonces la caries puede ser reversible aplicando las medidas preventivas adecuadas. Si conseguimos frenar el proceso hablamos de caries inactiva, y nos referimos a caries activa cuando el proceso destructivo se está produciendo en el momento del diagnóstico.

##### ◦ Enfermedad periodontal

Es el proceso por el que se destruyen definitivamente los tejidos de soporte de los dientes y que se inicia por la acumulación alrededor de los mismos de placa bacteriana inespecífica. Se desencadena a continuación una gingivitis, que es aquella inflamación limitada a la encía que rodea al diente en la que no hay migración apical del epitelio de inserción. Cuando la inflamación persiste se produce la migración apical de este epitelio y se inicia la destrucción del hueso alveolar que rodea la raíz, estado patológico que se denomina periodontitis.

##### ◦ Prevención primaria

Respecto a la caries, se refiere a mantener los dientes de la población infantil a la que se dirigen los programas objeto de esta Guía, libres de caries. En cuanto a la enfermedad periodontal, intenta evitar la aparición de gingivitis en la población incluida en alguno de los programas preventivos que se desarrollan en AP.

Incluye:

- Medidas de auto-cuidado en las que la participación de los maestros y las familias es imprescindible. Entre estas medidas se encuentran las de control de placa y la adquisición de hábitos dietéticos saludables.
- Sellado de fisuras y fosas de la dentición definitiva susceptibles de ser origen de caries.
- Empleo habitual del flúor en pasta, en colutorio, sistémico o en forma de gel profesional.

##### ◦ Prevención secundaria

El objetivo de este nivel de prevención se dirige por un lado a detectar la caries en los períodos iniciales de su desarrollo y frenar su progresión, y por otro lado, para la enfermedad periodontal, a eliminar las estructuras que perpetúan el daño gingival, es decir la placa bacteriana organizada y el cálculo. Para ello, en la población a la que se dirigen nuestros programas preventivos se realizarán:

- para la prevención secundaria de la caries: fluoraciones tópicas, aplicación de barnices fluorados en las lesiones de esmalte proximales, así como el sellado de fisuras de lesiones de inicio o de márgenes defectuosos de obturaciones previas.

- para la prevención de la patología periodontal: tartrectomías que eliminen el cálculo y la placa bacteriana.

En ambos casos se incluirán medidas de prevención primaria para evitar nuevos problemas de salud oral.

#### ◦ Prevención terciaria

Es el intento de limitar el daño y de rehabilitar la anatomía y la función de aquellos dientes de la población infantil que han sufrido un daño grave, ante el cual el dentista decide llevar a cabo un tratamiento restaurador. Incluirá tanto las obturaciones y los tratamientos pulpares de la dentición definitiva como la instauración de actuaciones de prevención primaria y secundaria para evitar la aparición de nuevas lesiones.

#### ◦ Discapacidad y salud oral

Se refiere al grupo de población cuya minusvalía psíquica compromete su autocuidado bucal. En el caso de que colabore adecuadamente en la consulta de AP para la realización de actividades preventivas y terapéuticas consideramos a la persona con discapacidad como un usuario más. Si por el contrario la condición especial de su minusvalía no le permite ser atendido sin el empleo de sedación, será remitido a la UE-SBD localizada en el Hospital Universitario Central de Asturias.

#### ◦ Embarazo y salud oral

Se refiere a las actuaciones realizadas en los centros de salud dirigidos a las embarazadas y que incluyen actividades de prevención primaria y secundaria.

#### ◦ Patología oral en AP

Incluye todas las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas, así como las derivaciones, dirigidas a los problemas de salud de la boca de la población general y que son realizadas en las USBD.

#### ◦ Cirugía bucal en AP

Es el tratamiento específico que se dirige al grupo de problemas orales resueltos en las USBD mediante un abordaje quirúrgico, y que incluye entre otras actuaciones la atención a las inclusiones dentarias, la exodoncia compleja o la biopsia de lesiones mucosas.

#### ◦ Tartrectomía

Es la eliminación del cálculo supragingival, incluyendo en algunas ocasiones la remoción de los cálculos subgingivales cercanos al margen gingival. Para ello se utilizan instrumentos manuales (curetas) o instrumentos mecánicos (ultrasonidos). También se denomina “limpieza profesional”.

#### ◦ Sellado de fisuras

Los selladores son los revestimientos que se aplican en los surcos, fosas y fisuras de la superficie de los dientes sanos sin necesidad de realizar una apertura terapéutica. Al mantener aislados estos lugares del resto de la boca se impide en ellos el crecimiento bacteriano que promueve la formación de caries.

#### ◦ Obturación

Por obturación se entiende aquella restauración directa hecha con materiales que se endurecen de manera espontánea o inducida, una vez colocados en la cavidad terapéutica que el facultativo ha configurado *ad hoc* sobre la cavidad patológica o defecto dentario. También son denominados “empastes”.

#### ◦ Tratamiento de conductos: endodoncia y apicoformación

Es el tratamiento dirigido a la eliminación completa del tejido pulpar de un diente, la preparación de sus conductos y su relleno definitivo con un material que sustituya al extraído. Incluye la apicoformación en dientes que aún no han finalizado su cierre apical. Se realiza en la UC-SBD de referencia. Supone siempre una reconstrucción coronal posterior, por lo que es preciso valorar la posibilidad de realizar ésta antes de prescribirlo.



#### 4. Valoración del riesgo individual de caries

La caries se produce cuando simultáneamente coinciden varios de los factores implicados en su desarrollo y entre los que se encuentran la dieta azucarada, la placa bacteriana bucal y las condiciones individuales de resistencia frente a ella (saliva y morfología dentaria). La valoración de todos ellos determinará el enfoque de las medidas individuales que cada boca necesita [B]. La Guía pretende cuantificar en cada paciente su riesgo de padecer la enfermedad, asignando a cada nivel del mismo una recomendación concreta.

Como *factores de riesgo de caries* más relevantes podemos considerar:

##### 1. Enfermedad previa de caries.

Tanto en dentición decidua como en definitiva. Se considera que la posibilidad de padecer caries en el futuro está relacionada directamente con el hecho de haberla padecido con anterioridad [A].

##### 2. Consumo habitual de azúcares.

El consumo de alimentos y bebidas azucarados entre las comidas tiene una relación probada con el desarrollo de caries. Debe tenerse en cuenta que la medida dietética más efectiva para la reducir el riesgo de caries de una población es reducir su consumo total de azúcar [A].

##### 3. Nivel socio-económico familiar bajo.

Los niños y niñas procedentes de familias con escasos ingresos y bajo nivel de instrucción presentan índices de caries más altos que otros niveles sociales. Además presentan menos dientes libres de caries, menos sellados de fisuras y más lesiones de caries sin tratar. [B]

##### 4. Uso reducido del cepillo dental y de la pasta fluorada.

La placa bacteriana es la responsable de la caries. Sin un correcto cepillado esta placa no es eliminada, manteniendo así el riesgo de padecer la enfermedad. Por otro lado, la ausencia de flúor en el medio oral suprime la ventaja que este mineral aporta a la reducción de las lesiones por caries [A].

##### 5. Anomalías estructurales.

Los defectos del esmalte o la anatomía tortuosa de las fisuras de los molares son factores favorecedores del desarrollo de caries en esos lugares. El apiñamiento dentario y los tratamientos de ortodoncia también son factores de riesgo para desarrollarla [B].

##### 6. Enfermedades, hábitos o medicamentos que reduzcan el flujo salival.

La saliva tiene un papel primordial en la protección frente a la caries por medio de su actividad bactericida y manteniendo un pH oral elevado que evita la disolución ácida del esmalte. Si se reduce el contenido de saliva en la boca como sucede en algunas enfermedades autoinmunes o en aquellos niños/as que mantengan un hábito de boca abierta por ejemplo, aumenta el riesgo de padecer caries [B y C].

##### 7. Minusvalía física o psíquica que limite la capacidad para el autocuidado de la boca.

La población que sufre alguna discapacidad importante tiene peores índices de higiene oral y por tanto mayor riesgo de caries. En este grupo de pacientes nos encontramos además con mayores niveles de caries sin tratar y de exodoncias que en la población general [B].

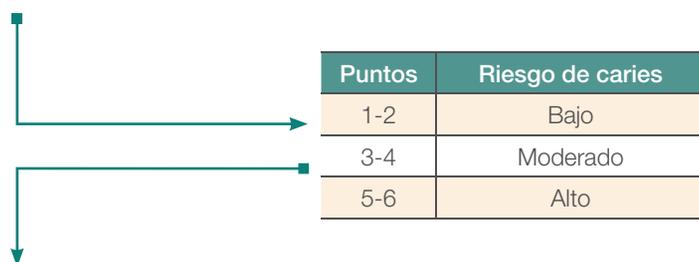
A partir de estos factores principales, la Guía propone una clasificación de riesgo de caries diseñada con la intención de ser una herramienta útil entre los profesionales de las USBD para el manejo de los niños y niñas incluidos en el PSBD.

Nos interesa además, no sólo una instantánea de lo que vemos, sino también una aproximación a lo que podremos encontrar en posteriores revisiones. De ahí el considerar la motivación individual y familiar para mantener una higiene oral adecuada como un factor importante de cara al pronóstico. Sin ella una boca sana puede transformarse en de riesgo y por el contrario una de *alto riesgo* puede convertirse en otra de *bajo* si la motivación es adecuada.

Los factores “*Nivel socio-económico familiar bajo*”, “*Enfermedades, hábitos o medicamentos que reduzcan el flujo salival*” y “*Minusvalía física o psíquica que limite la capacidad para el autocuidado de la boca*” definen por sí mismos a ese niño o a esa niña como de *alto riesgo* de caries, por lo que no es necesaria su inclusión en una tabla de valoración. **R1**

La asignación del riesgo individual de caries puede realizarse de acuerdo con las siguientes tablas, teniendo en cuenta que el valor “0” corresponde a que no se detecta ese factor de riesgo, mientras que “1” equivale a que se confirma su presencia en el niño/a que exploramos. **R1**

Factores de Riesgo	Caries D / d	Obturaciones previas	Dieta cariogénica	Higiene oral mala	Defectos estructurales	Motivación escasa
Valoración	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1



Riesgo de caries	Dentífrico fluorado	F sistémico	CF semestral	Colutorio semanal de F (0,2 %)	SF	Rx aleta cada
Bajo	sí	no	no	no	opcional	opcional
Moderado	sí	no	sí	sí	si	12 meses
Alto	sí	sí	sí	sí	si	6 meses

**Factores incluidos:**

1. Caries D/d: son las caries presentes en la dentición definitiva (D) y decidua (d).
2. Obturaciones previas: los tratamientos definitivos o provisionales que se observen, independientemente de su estado.
3. Dieta cariogénica: si come o bebe dulce entre horas de forma habitual.
4. Higiene oral mala: si el cepillado no se hace, se hace 1 vez al día o la técnica empleada permite un elevado índice de placa.
5. Defectos estructurales: alteraciones visibles del esmalte y fisuras retentivas. Se incluyen aquí los tratamientos de ortodoncia, tanto con aparatos fijos como removibles.
6. Motivación escasa: poco interés en sustituir los hábitos inadecuados por otros saludables, y percepción de falta de compromiso en los familiares del niño/a.

Se ha intentado hacer operativo el concepto de riesgo, estableciendo 3 niveles: bajo, moderado y alto, que simplifiquen el establecimiento de medidas correctoras en cada caso. Se ha preferido valorar cada una de las entradas (higiene, dieta, motivación,...) con 1 ó 0 y evitar así la dispersión de cifras para no convertir este cuadro de orientación en una tabla imposible de manejar en la clínica.



La valoración del riesgo de caries (siempre aproximado) que se apoye en una tabla como la descrita se espera que sea una buena herramienta de predicción del riesgo de padecer la enfermedad, y además hará innecesario el empleo de otras más complejas como el uso de pruebas microbiológicas de la saliva.

Esta clasificación del riesgo será utilizada para aconsejar una actuación preventiva en concreto o para planificar otras actividades que se incluyen en esta Guía, como son establecer la actitud ante una caries proximal o los intervalos entre cada exploración radiográfica. **R1**

Debe tenerse en cuenta que ésta no es una clasificación definitiva para el niño o niña incluido en ella. En las sucesivas evaluaciones de su estado de salud oral, se podrá cambiar la categoría del riesgo establecida en anteriores revisiones. Este cambio de encuadramiento hará que la estrategia de manejo para ese caso concreto varíe, haciéndola más o menos exigente, según corresponda.





## 5. Niveles de Prevención en Salud Bucodental

### 5.1. Prevención primaria

- Reducir el riesgo de caries para mantener los dientes libres de enfermedad
- Evitar la aparición de gingivitis

#### I. Actuaciones para reducir el riesgo de caries

La base fundamental de la prevención primaria en salud oral es la instauración y mantenimiento de hábitos saludables que eviten la aparición de las enfermedades orales [A]. Es imprescindible para conseguir este objetivo que los beneficiarios de estas actuaciones sepan cuáles son las medidas más eficaces para alcanzar y mantener una adecuada salud oral.

Además de las actividades de Educación para la Salud en la consulta de AP que esta Guía promueve deben ponerse en marcha actuaciones en esta materia dirigidas a los centros educativos y a las familias que refuerzan la adquisición de estos conocimientos y la adopción de actitudes saludables. **R2**

Para modificar los factores de riesgo de caries se recomiendan cuatro medidas básicas desde el sistema público de salud:

#### 1. Adecuada higiene oral

La recomendación principal para todos los niños y niñas que son atendidos en las USBD es conseguir que sean capaces de realizar un cepillado correcto al menos dos veces al día. **R1**

#### 2. Recomendar el uso habitual de flúor

El mecanismo de acción del flúor en la prevención de la caries, indica que el efecto predominante del flúor es tópico, y que ocurre principalmente a través de la remineralización de las lesiones incipientes de caries por un lado y mediante la reducción de la desmineralización del esmalte dental sano por otro [A].

Por tanto se recomienda el empleo generalizado de pasta de dientes fluorada ajustada a la edad del niño/a, independientemente del riesgo individual de caries que presente (*ver las recomendaciones de la Guía 6.3*). **R1**

Se recomienda no enjuagarse la boca después del cepillado, sino sólo escupir el exceso de pasta para permitir la actuación tópica del flúor que contiene la pasta dentífrica empleada. **R1**

Si además el niño/a se clasifica como de riesgo moderado o alto se recomienda asociar a la pasta fluorada, el colutorio semanal de flúor y la cubeta de flúor semestral. **R1**

Respecto al flúor sistémico, éste sólo se recomienda para los casos de alto riesgo de caries teniendo en cuenta las consideraciones expuestas en la *Guía 6.3*. **R2**

#### 3. Conseguir una dieta saludable

Como objetivos concretos en materia de dieta se proponen:

- Reducir la cantidad total de alimentos y bebidas azucarados que se consumen diariamente. **R1**
- Limitarlos a las comidas, evitando su ingesta entre ellas. **R2**
- Aconsejar el consumo de golosinas y medicinas sin azúcar. **R1**

- Recomendar el consumo de chicles en cuya composición se utilice el Xylitol como edulcorante, cuando este consumo no tenga contraindicaciones. **R2**

#### 4. Convertir la anatomía dental desfavorable en favorable mediante los sellados

El sellado de las fosas y fisuras ha representado, sin ningún género de dudas, una medida eficaz de protección frente a la caries durante las últimas décadas [A]. Todos los estudios publicados coinciden en recomendar su práctica generalizada, por lo que esta Guía aconseja su uso en los surcos de niños y niñas de riesgo alto y moderado de caries. **R1**

Sin embargo también son útiles en aquellos niños/as de bajo riesgo en los que el dentista, teniendo en cuenta las circunstancias individuales, sociales o familiares del caso, los considera necesarios. **R2**

## II. Prevención de la gingivitis

La prevención primaria de la gingivitis se considera cumplida si se instauran las medidas correspondientes a la prevención de la caries, es decir una técnica de cepillado y una dieta correctas [A y B]. De esta manera evitaremos la formación de la placa inespecífica, primera etapa en el desarrollo de una gingivitis. **R1**

### 5.2. Prevención secundaria

- Evitar la progresión de la caries
- Eliminar las estructuras que perpetúan el daño gingival

#### I. Evitar la progresión de la caries

Las medidas que se recomiendan para frenar o reducir el progreso de una lesión por caries son:

##### 1. Detectar precozmente el daño ocasionado

El objetivo básico de un programa preventivo es evitar la aparición de la enfermedad, o en caso de haberse desarrollado, diagnosticarla en los estadios iniciales de su desarrollo para reducir el impacto individual y colectivo que esta enfermedad supone [A]. Cuanto primero identifiquemos una lesión, más eficaces y menos agresivas serán las medidas para tratarla.

Debe tenerse en cuenta que, en caso de bajo o moderado riesgo de caries, son necesarios 2 años para que una lesión llegue a la dentina una vez se localiza en la mitad del esmalte [B]. Este margen nos permitirá aplicar medidas preventivas que frenen el avance y, en condiciones adecuadas, hagan revertir el daño producido por la enfermedad [B]. Sin embargo en los casos de alto riesgo esta progresión consigue ser más rápida, y por tanto el tiempo disponible así como la capacidad para detener el proceso de lesión se reducen. Es decir, si asignamos adecuadamente al niño/a a un grupo de riesgo de caries, y hacemos una adecuada monitorización de la lesión podremos abordar cualquier caso con la máxima eficacia posible.

El diagnóstico precoz es, por tanto, fundamental para impedir la generación de más daño al diente que ya ha sufrido una caries, por lo que es necesario establecer una pauta de revisiones periódicas, capaces de detectar cuanto antes todas las lesiones presentes [B].

La combinación de la exploración visual y radiográfica debe ser el método al que el clínico debe recurrir para obtener el menor número de falsos positivos (alta especificidad) y de falsos negativos (alta sensibilidad) en el diagnóstico de la caries [A]. Esta combinación permitirá además decidir cuándo una lesión debe ser tratada mediante un abordaje conservador o quirúrgico. **R1**

##### a. Exploración clínica

Consiste en la exploración visual de toda la cavidad oral, empleando una fuente de luz adecuada y la jeringa de aire, valorando todos sus componentes: labios, mucosas, encías, paladar duro y blando, suelo de la boca y por último dientes.

Se recomienda realizar cada 12 meses una exploración completa de la cavidad oral a todos los escolares incluidos en el Programa. **R1**

##### b. Exploración radiográfica

El examen radiográfico constituye un procedimiento insustituible en el examen general del niño. El diagnóstico temprano de las caries que ofrecen las radiografías evita al paciente pediátrico episodios de dolor o de stress emocional y reduce el número de exodoncias a realizar [B]. Numerosos estudios han demostrado también que la detección temprana de las caries en dientes temporales permite su conservación hasta su recambio normal [B].



El examen radiográfico no debe emplearse como el único elemento de diagnóstico posible, sino que debe ser entendido como una ayuda complementaria al examen clínico, tanto para el diagnóstico completo de las caries presentes como para la elaboración del plan de tratamiento. Por el contrario el no emplearlo nunca supone limitar nuestra capacidad de diagnosticar los problemas de salud del niño o niña que exploramos. Además, su aportación puede ser muy valiosa en la investigación o en la detección de anomalías del número, forma o tamaño de los dientes.

Las radiografías deben ser tomadas determinando siempre el riesgo-beneficio para obtener así el diagnóstico más preciso con el menor número de ellas posible. Las radiografías periapicales aportan mucha información para el diagnóstico de la caries pero precisan de más tomas para la exploración completa de la boca que la radiografía de “aleta de mordida” (bite-wing). Si además se puede disponer de captadores digitales para obtener estas “aletas” se reduce considerablemente la exposición a la radiación necesaria, consiguiendo un margen de seguridad muy superior al de una toma convencional.

En todos los casos la exposición a la toma de radiografías debe ser minimizada protegiendo al niño/a con un delantal plomado y empleando la dosis más baja posible de radiación. Por este motivo la Guía no recomienda la ortopantomografía como medida habitual para la exploración radiográfica de los niños y niñas incluidos en el Programa, dada la dosis de radiación considerablemente mayor que precisa respecto a las aletas de mordida. **R1**

Por todas estas consideraciones se recomienda como estudio radiológico de elección en AP la toma de 2 radiografías de aleta de mordida [A], previo consentimiento informado solicitado a los tutores legales del niño o niña, en los casos siguientes: **R1**

- Acompañando a la primera exploración clínica de los niños y niñas clasificados de *moderado* o de *alto* riesgo incluidos en el PSBD [B].
- Independientemente del nivel de riesgo asignado, en aquellos casos en los que se plantee una duda razonable sobre la presencia de caries y en los que la exploración visual no sea concluyente.
- Repitiendo las radiografías cada 6 meses en aquellos niños y niñas clasificados como de *alto* riesgo de caries en la revisión realizada, mientras se mantengan en este riesgo [B].
- Repitiendo las radiografías cada 12 meses en aquellos niños y niñas clasificados como de *moderado* riesgo de caries, mientras se mantengan en este riesgo [B].
- En los casos clasificados como de *bajo* riesgo, no se indica la exploración radiográfica. En caso de considerar el dentista que es necesaria, se repetirá en intervalos de 2 años o más en dentición permanente [C]. No hay evidencia científica suficiente que concluya que la supervisión radiográfica cada 6 meses sea mejor que la supervisión menos frecuente en los pacientes de bajo riesgo [B].

## 2. Reducir la carga patógena de la placa bacteriana

Solamente un número reducido de bacterias de entre todas las que se encuentran en la flora habitual de la boca es capaz de provocar caries. Se sabe que los responsables principales de estas lesiones son el Estreptococo Mutans y los Lactobilos [A].

El primer paso para evitar la progresión de la lesión generada por estas bacterias será por tanto reducir su número, además de instaurar todas las actividades ya descritas correspondientes a la prevención primaria. Como actuaciones recomendadas se incluyen:

- Empleo de clorhexidina en colutorio. La clorhexidina ha demostrado ser un eficaz antiséptico de la cavidad oral, pero su empleo no puede ser continuo ya que acaba por teñir la superficie del esmalte. Sin embargo en ciclos únicos de 10-14 días antes de iniciar los tratamientos previstos, contribuye al establecimiento de actuaciones preventivas y terapéuticas más eficaces, al reducir significativamente la placa bacteriana patógena presente [A]. **R1**
- Al mismo tiempo, deberían eliminarse los lugares desde donde el E. Mutans recoloniza el resto de la boca, manteniendo elevado el riesgo de padecer la enfermedad. Estos puntos son:
  - Los márgenes defectuosos de obturaciones previas, que deberían ser sellados siempre que no se precise de una nueva obturación en ese lugar. **R2**
  - Lesiones por caries ya cavitadas, dientes inviábiles y restos radiculares, que precisarán de obturación o exodoncia. **R1**

### 3. Abordaje conservador de las lesiones detectadas

Es inevitable que en el diagnóstico de la caries, oclusal sobre todo, se dé un mínimo grado de incertidumbre, por lo que en el momento de tomar la decisión terapéutica deberán considerarse la prevalencia de la enfermedad y la susceptibilidad del paciente a la caries, sopesando el riesgo de no intervenir y retrasar el tratamiento de una lesión cariosa frente al riesgo de sobretratar un diente sano [C]. Se trata de detener el avance de la caries y permitir su regresión, evitando la inclusión del diente en el circuito de lesión-restauración a la que obligaría la práctica de una obturación convencional.

Por tanto, antes de obturar una caries el dentista debe comprobar si está afectada o no la dentina del diente, así como las posibilidades de remineralizar la lesión detectada:

a. **Afectación dentinaria.**

Consideramos una lesión inicial aquella que se limita al esmalte y en la que aún no se ha producido cavitación. El método diagnóstico que establece el grado de penetración es, en nuestro medio, la exploración visual y las radiografías de aleta. **R1**

Para las lesiones oclusales la afectación dentinaria se establece mediante inspección visual en primer lugar, evitando el empleo de la sonda de caries en el fondo de la lesión ya que el exceso de presión en el punto dudoso puede acabar provocando la cavidad que se intenta evitar. **R1**

A continuación, mediante la radiografía de aleta se valora la presencia de lesiones tanto oclusales como proximales, considerando como *de inicio* aquellas que afecten sólo al esmalte y que por tanto son susceptibles de ser remineralizadas. **R1**

b. **Capacidad de remineralización de la lesión**

El protocolo de actuación ante una caries, tanto oclusal como proximal, se establece teniendo en cuenta no sólo la penetración de la misma, sino también la capacidad de frenar la progresión de la enfermedad por parte del niño o niña que la padece, en función del compromiso con las medidas de prevención primaria que es capaz de alcanzar dirigidas a evitar el empaste. **R1**

Si el riesgo de caries es moderado o bajo, valorando con especial cuidado la motivación tanto individual como familiar, se puede establecer una actitud expectante. Si por el contrario nos encontramos ante un riesgo elevado de caries, las posibilidades de remineralización son escasas, por lo que sólo se recomienda una evaluación más a los 6 meses para valorar la adhesión a las medidas de prevención recomendadas, antes de aconsejar la obturación de esa lesión. **R2**

Si las condiciones de profundidad y de capacidad de remineralización de la caries detectada son favorables es posible evitar una obturación convencional mediante:

- **Aplicación tópica de barnices fluorados.**  
Se recomienda la aplicación de un barniz de flúor 2 veces al año en aquellos puntos *proximales* en los que se está desarrollando la lesión [A]. **R1**
- **Sellado de lesiones iniciales mínimas en hoyos y fisuras.**  
Para lesiones de inicio de bajo o moderado riesgo de caries, tras la comprobación radiográfica de que la lesión considerada como mínima es efectivamente como sospecha el dentista, y siempre que se pueda monitorizar a lo largo del tiempo al niño/a, se sellarán estas pequeñas lesiones en los surcos y fisuras. **R2**  
Esta medida no se aconseja en niños/as de alto riesgo de caries o en aquellos cuyo seguimiento no sea posible.

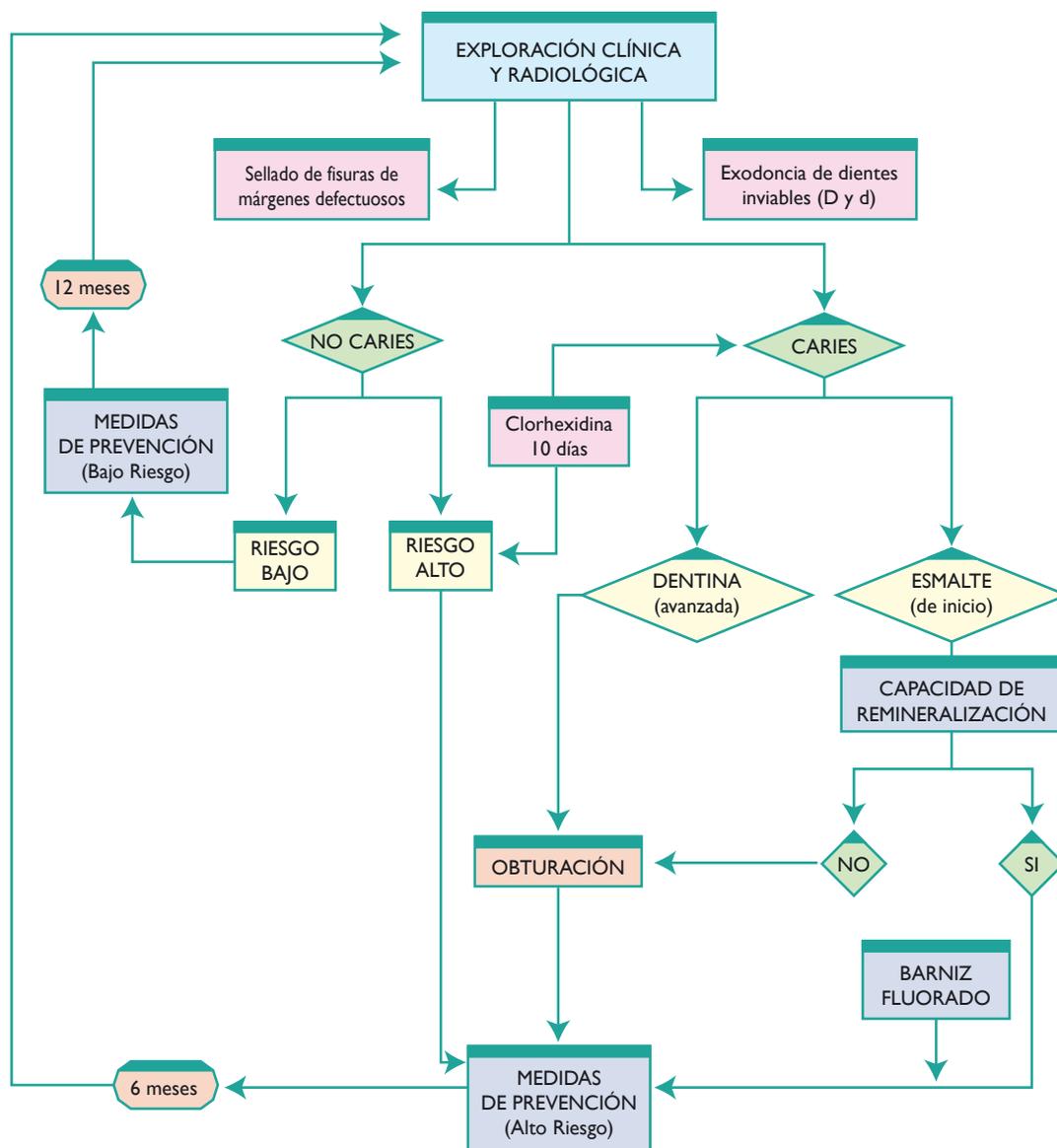
Las medidas expuestas en los puntos anteriores se resumen en el protocolo de la siguiente página.

## II. Evitar la progresión del daño gingival

Cuando se aprecie cálculo se aconseja la práctica de un tartrectomía, a fin de evitar el mantenimiento de una gingivitis establecida, y como primera medida de prevención secundaria de cara a la aparición de una periodontitis. **R2**

Para evitar la progresión de la caries y del daño gingival se deberán establecer además todas las medidas de prevención primaria correspondientes al caso concreto que ha precisado la intervención. **R1**

### Protocolo para evitar la progresión de la caries



#### 5.3. Prevención terciaria

- Rehabilitar la anatomía y la función perdidas a causa de la caries, los traumatismos o las malformaciones

Una vez se ha diagnosticado una lesión cavitada producida por la caries, o cuando se ha constatado que la lesión no tiene capacidad de ser remineralizada, es preciso instaurar un tratamiento lo antes posible a fin de evitar su progresión [A]. También será necesario tratar aquellos dientes que han sufrido un traumatismo o presentan una malformación grave que afecte a su estructura.

Al mismo tiempo deben ponerse en marcha todas las medidas de prevención primaria y secundaria ya explicadas.

Se intenta evitar más daño al diente que ha sufrido alguna de estas patologías, recuperando una adecuada anatomía que le permita seguir desempeñando la función que le corresponde. Las medidas dirigidas a rehabilitar la arquitectura del diente en nuestro medio pasan por la obturación de la lesión producida, sin incluir otro tipo de tratamientos como los protéticos.

Así, las posibilidades de tratamiento odontológico en AP pueden agruparse como sigue:

### 1. Obturaciones

De las caries que sobrepasen claramente el límite amelo-dentinario o estén cavitadas, además de aquellas lesiones traumáticas o malformativas que precisen de un tratamiento conservador. El material de obturación podrá ser resina compuesta, ionómero de vidrio o amalgama [A y C].

En principio, las USBD asumirán el tratamiento de cualquier diente de la dentición definitiva.

### 2. Re-obturaciones

De aquellos empastes realizados en alguna de las USBD de AP que lo precisen. Antes de rehacer un empaste es necesario valorar tanto la sintomatología generada por ese diente como el grado de filtración marginal o de destrucción observada.

Ante la dificultad que puede suponer el diagnóstico preciso de una caries recurrente se recomienda un sellado del margen defectuoso antes que la destrucción de la obturación previa, a efectos de evitar una nueva agresión pulpar y mayores pérdidas de tejido dentario. **R2**

### 3. Tratamiento de conductos

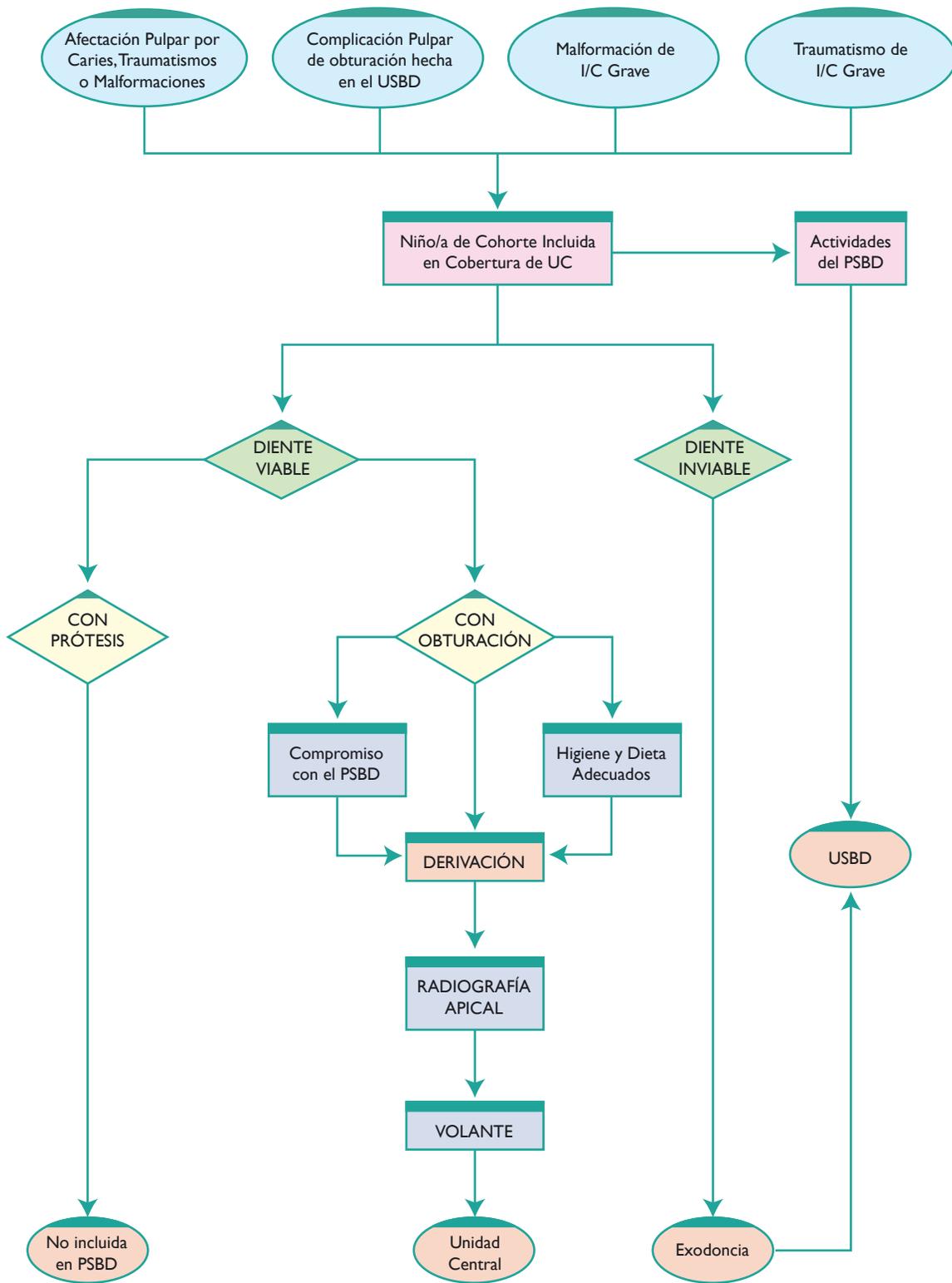
Está indicado cuando la lesión ha conseguido producir una pulpitis irreversible. El objetivo de este tipo de tratamiento es evitar la pérdida definitiva del diente enfermo, pero antes de indicarlo debe valorarse al paciente en su contexto clínico, familiar y social.

Esta evaluación global decidirá si es preferible el tratamiento conservador del diente mediante una terapia pulpar y su posterior reconstrucción, o una exodoncia. **R2**

La afectación pulpar por caries supone el fracaso de todas las medidas de prevención diseñadas para evitarla, por lo que si el niño o niña que se incluye en el Programa participa activamente en su desarrollo, el número de endodoncias esperables será muy reducido.

El tratamiento de conductos se realizará en la Unidad Central de referencia que corresponda al Área Sanitaria donde ha sido atendido el niño/a incluido en Programa. Cuando se decida realizar la exodoncia, se realizará en la misma USBD que ha hecho el diagnóstico. El procedimiento de derivación a esta UC se representa de forma esquemática en el protocolo de la siguiente página (*protocolo de atención a los casos complejos*).

Protocolo de atención a los casos complejos





## 6. Guías Clínicas para el Programa de Promoción de la Salud Bucodental

El Programa de Promoción de la Salud Bucodental (PSBD) comienza en Asturias a la edad de 5 años coincidiendo con el segundo ciclo de Educación Infantil, cuando se incluye a los escolares en las actividades didácticas contempladas en el proyecto educativo para Educación Infantil y Primaria *"La conquista de la boca sana"*. Prosigue a los 6 años con nuevas actividades formativas en los colegios a través de este proyecto, que incluye talleres de cepillados impartidos por las/los higienistas y personal de enfermería de pediatría. A partir de los 7 años se establece un calendario de revisiones periódicas y una serie de actuaciones tanto preventivas como terapéuticas que finalizan cuando el niño o niña cumple los 14 años.

El PSBD es sólo una parte de las medidas que un niño/a necesita para alcanzar y mantener una boca sana. Sin la colaboración activa de sus familias y sin el apoyo de sus profesores y educadores es muy difícil que se alcancen los objetivos de salud oral que el PSBD plantea.

La Guía desarrolla a continuación las actuaciones que se realizan para la atención a la Salud Bucodental Infantil en Asturias y pretende ser un modelo homogéneo con la suficiente flexibilidad como para adaptarse sin grandes dificultades a la realidad de cada una de las USBD.

### 6.1. Guía para el Manejo Conductual en Odontopediatría

La atención a pacientes de corta edad para la práctica de actuaciones en las que se precisa de su colaboración puede suponer un problema para el profesional de la USBD. El manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento específico y un conocimiento suficiente tanto del desarrollo emocional y sociológico del niño, como de las técnicas dirigidas a la modificación de su conducta [C].

Podemos clasificar a los niños/as que acuden a las USBD de acuerdo con su capacidad para colaborar en la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos habituales [C]. Así podemos establecer los siguientes grupos de niños/as:

- I. **Colaboradores totales.** Pueden ser atendidos sin necesidad de emplear técnicas especiales de modificación de conducta.
- II. **Colaboradores parciales.** Pacientes que, para ser tratados, precisan de una sedación oral y de un manejo conductual adecuado de la ansiedad.
- III. **No colaboradores.** Necesitan sedación profunda para poder realizar cualquier tratamiento.

Para cada uno de los grupos anteriores se precisará de un nivel de asistencia cada vez más complejo que permita realizar las actividades de exploración o tratamiento previstas en el PSBD. Estos niveles son:

Nivel de Atención	USBD. Atención Primaria	USBD. Atención Primaria	UE-SBD. HUCA
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporación del niño/a al PSBD.</li> <li>Exploración.</li> <li>Evaluación de la capacidad para colaborar en consulta.</li> <li>Establecimiento de un plan de tratamiento provisional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empleo de técnicas conductuales y farmacológicas adecuadas para reducir la ansiedad.</li> <li>Al menos durante 2 sesiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ante la falta de respuesta derivación a la UE-SBD.</li> <li>Comunicación a los padres de que allí será atendido, dada su falta de colaboración, bajo anestesia general.</li> </ul>
Grupos	I, II y III	II y III	III

### Recomendaciones básicas

Como recomendaciones generales para la atención al niño/a en las USBD podemos señalar las siguientes:

#### I. Presencia de los padres / madres o tutores en el gabinete

No hay pautas únicas a seguir, ya que la decisión debe tomarse individualmente dependiendo de las circunstancias y características específicas de cada paciente. Sin embargo, siempre que sea posible se recomienda la atención al niño/a sin la presencia de sus padres / madres o tutores en el gabinete. **R1**

#### II. Consentimiento verbal y /o escrito

- Se debe informar continuamente a los padres / madres acerca de qué tipo de técnicas y procedimientos se van a emplear con su hijo. El objetivo es disminuir la ansiedad de los padres, establecer una correcta comunicación con ellos y mejorar la actitud y comportamiento del paciente. **R1**
- El consentimiento escrito es obligatorio para la incorporación del niño/a a las actuaciones previstas en el PSBD. **R1**
- Se recomienda solicitar consentimiento verbal cuando se van a utilizar técnicas tales como inmovilización física y mano sobre la boca. **R1**

#### III. Procedimiento general de atención

- Es importante contar con un personal auxiliar capacitado en el manejo de niños y una decoración y medio ambiente de trabajo agradable para el niño. **R2**
- Se recomienda permitir al niño/a, sobre todo a los de menor edad, recorrer y conocer el consultorio así como familiarizarse con el dentista, el personal auxiliar, los instrumentos y el medio ambiente en general. **R2**
- Se debe procurar planificar una duración adecuada de las citas. Cuanto más cortas mejor. **R1**
- Si se considera necesario, se recomienda postergar el examen clínico a una segunda cita y dedicar la primera visita a una adaptación del paciente y a la elaboración de la historia clínica y la firma del consentimiento con los padres. **R2**
- Cuando se da una falta absoluta de colaboración para la exploración o el tratamiento previsto se citará al niño/a a los 15 días con la medicación ansiolítica pautada. Si a pesar de habérsele administrado de forma correcta la medicación, el niño/a mantiene la misma actitud de falta de colaboración, volverá a ser citado de nuevo a los 15 días. Si al cabo persiste, y **siempre que el tratamiento que se precisa no pueda demorarse en el tiempo**, se planteará a los padres / madres o tutores la posibilidad de emplear anestesia general en la UE-SBD del Hospital Universitario Central de Asturias. **R1**

### Anexos

- Anexo 1:** Técnicas de manejo conductual en la consulta.
- Anexo 2:** Técnicas de manejo farmacológico con sedación ligera en AP.

## 6.2. Guía para las Revisiones Infantiles y la Educación para la Salud en la Consulta

El principal objetivo de las revisiones que recomienda el PSBD es determinar y registrar el riesgo de caries presente en cada niño/a para establecer las medidas correctoras que se explicaron en el capítulo correspondiente [A].

Dentro del contenido de estas revisiones se incluyen como aspecto prioritario de las mismas la exploración radiográfica de los niños/as clasificados como de “moderado” o “alto” riesgo de caries, mediante la obtención de radiografías de aleta de mordida, esenciales para el primer examen clínico y el diagnóstico de caries proximales.



Para conseguir que un programa preventivo como el PSBD tenga éxito tiene una importancia capital la Educación para la Salud (EpS) en la edad escolar, ya que es un momento idóneo para adquirir conocimientos y hábitos saludables tanto higiénicos como alimentarios. También es el periodo en el que va apareciendo la dentición definitiva, por lo que los beneficios de la adquisición de actitudes saludables se prolongarán a lo largo de toda la vida de la persona [B].

### Recomendaciones básicas

Se recomienda establecer en cada una de estas revisiones un tiempo suficiente para conseguir la mejora de hábitos, el refuerzo de las instrucciones preventivas y la discusión de los progresos logrados. **R1**

Cualquier revisión del PSBD incluye:

- Exploración clínica y radiológica.
- Definición del estado de salud oral y del riesgo de caries.
- Prescripción de flúor según riesgo individual.
- Instrucciones en higiene oral y dieta saludable.
- Diseño del plan de actuación y recomendaciones de tratamiento.
- Asignación de las citas necesarias.

La población a la que se dirige esta actividad es la formada por escolares de 7 a 14 años. La captación para el Programa se realizará empleando el listado de las Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) que correspondan a cada Zona Básica de Salud. Este criterio es el que se establecerá también para obtener los indicadores de evaluación del Programa.

Cuando se trate de niños/as con discapacidad de esas edades que no puedan colaborar para realizar los procedimientos necesarios, serán remitidos a la Unidad Especial de SBD del HUCA. Aquellos otros que colaboren de forma razonable serán atendidos como cualquier otro usuario del Programa. **R1**

Es imprescindible para que el niño/a se incluya efectivamente en el Programa que sus padres o tutores firmen el correspondiente consentimiento (*Anexo 1*). **R1**. Este documento también recoge la renuncia expresa al PSBD por parte de los tutores legales del niño/a.

Los profesionales responsables de la puesta en práctica de esta actuación son:

#### A. De las revisiones del PSBD

Los dentistas, odontólogos y estomatólogos, son los responsables de la inclusión y del alta en el Programa de todos los niños/as incluidos en el mismo.

La Guía establece además la participación de los técnicos superiores en higiene bucodental (higienistas) en las revisiones alternas previstas, **en los casos de contar con dos gabinetes diferenciados** que permitan desdoblarse los cupos de población. Este colectivo tiene la cualificación profesional y legal necesaria para llevar a cabo actuaciones en Salud Pública, como son este tipo de revisiones periódicas, bajo la supervisión de los odontólogos y estomatólogos de Área. **R1**

Donde no sea posible desdoblarse los cupos al no disponer de sillones para cada profesional, las revisiones las asumirá la USBD de forma conjunta. **R1**

#### B. De la EpS

El profesional idóneo para comunicar al niño o niña incluidos en el PSBD los conocimientos imprescindibles para alcanzar una adecuada salud oral es el/la higienista, ya que posee la preparación técnica y las habilidades necesarias para transmitirlos de manera adecuada. El peso principal de la EpS en SBD debe por tanto recaer en este colectivo profesional, lo que permitirá organizar la atención clínica de manera más eficiente. **R2**

También Pediatría y Enfermería de AP son responsables de la difusión del contenido de EpS en SBD, ya que son los primeros colectivos sanitarios que acceden al niño/a y a sus familias. El conocimiento del contenido de esta Guía se espera sea de utilidad para estos profesionales de cara a la instauración de hábitos higiénico-dietéticos adecuados. **R2**

Además de las actividades de EpS, corresponde a Pediatría de AP la exploración oral básica del niño/a sano/a hasta que es incluido en las revisiones previstas en el PSBD. En el caso de que en alguna de estas exploraciones se detectara algún problema de salud que el profesional considere deba ser valorado por un dentista, remitirá al paciente a la USBD que corresponda. **R1**

### Contenido de las revisiones del PSBD

Edad	Responsable	Minutos*	Contenido	Material necesario
Revisión conjunta	Dentista e Higienista	15-20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación del PSBD.</li> <li>Consentimiento informado.</li> <li>Exploración clínica.</li> <li>Definición del riesgo de caries.</li> <li>Exploración RX, si procede.</li> <li>Prescripción de flúor según riesgo individual.</li> <li>Plan de tratamiento.</li> <li>Citas de obturación / exodoncia / SF / CF/ derivación / etc.</li> <li>Control mecánico de la placa.</li> <li>Visualización de la placa.</li> <li>Control de dieta.</li> <li>Informe higiénico-dietético.</li> <li>Informe clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desplegable del PSBD.</li> <li>Hoja de consentimiento.</li> <li>Espejo plano nº 5.</li> <li>Sonda de exploración roma.</li> <li>Sonda periodontal.</li> <li>Seda dental no encerada.</li> <li>2 radiografías de aleta.</li> <li>Delantal plomado.</li> <li>Tipodonto.</li> <li>Cepillo dental y/o eléctrico.</li> <li>Revelador de placa.</li> </ul>
Revisiones alternas A	Dentista	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exploración.</li> <li>Definición del riesgo de caries.</li> <li>Exploración RX si procede.</li> <li>Prescripción /control flúor.</li> <li>Citas previstas.</li> <li>Informe e IHO.</li> <li>Derivación a higienista si precisa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desplegable del PSBD.</li> <li>Espejo plano.</li> <li>Sonda de exploración roma.</li> <li>Seda dental no encerada.</li> <li>Sonda periodontal.</li> <li>Radiografías de aleta.</li> <li>Delantal plomado.</li> <li>Tipodonto.</li> <li>Cepillo dental / eléctrico.</li> <li>Revelador de placa.</li> </ul>
Revisiones alternas B	Higienista	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exploración.</li> <li>Definición del riesgo de caries.</li> <li>Toma de RX indicadas por dentista.</li> <li>Control de placa.</li> <li>Control Flúor.</li> <li>Citas previstas.</li> <li>Informe e IHO.</li> <li>Derivación a dentista si precisa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desplegable del PSBD.</li> <li>Espejo plano.</li> <li>Sonda de exploración roma.</li> <li>Seda dental no encerada.</li> <li>Sonda periodontal.</li> <li>Radiografías de aleta.</li> <li>Delantal plomado.</li> <li>Tipodonto.</li> <li>Cepillo dental / eléctrico.</li> <li>Revelador de placa.</li> </ul>

\*Los minutos que se recogen para cada actividad son recomendaciones teóricas que deberán ser adaptadas a cada consulta.

### Contenido de la Educación para la Salud

El contenido de la EpS que debe impartirse en las USBD, tanto en las citas de revisión como en las de fluoración, adaptando el nivel de complejidad a las condiciones individuales de cada niño/a, es el siguiente:

#### 1. Control mecánico de la placa

Se instruirá de forma personalizada a todos los niños/as que acuden a consulta en la técnica adecuada a su edad para conseguir un barrido efectivo de la placa bacteriana, como se expone en el *Anexo 3: Cepillo y seda*. **R1**

#### Consideraciones sobre el uso del cepillo eléctrico:

- I. La mayoría de los estudios que comparan los cepillos eléctricos con los manuales muestran que la eliminación de placa supragingival es *mayor con los cepillos eléctricos* en relación a los manuales, es-



pecialmente en zonas de difícil acceso como son los espacios interproximales [A]. Esta eficacia en el control de placa mejora si se instruye a los individuos en su uso adecuado. Además, el tiempo necesario para la eliminación de placa se acorta considerablemente cuando se compara con los cepillos manuales.

- II. Se aconseja utilizar mecanismos de control de tiempo para asegurar la mayor efectividad del cepillado, que se alcanza con un mínimo de dos minutos. Los cepillos eléctricos de movimiento oscilante-rotatorio presentan los mejores resultados en términos de reducción de gingivitis y de placa supragingival [B].
- III. Respecto a efectos adversos, los cepillos eléctricos no se muestran más agresivos que los manuales, ya que los sistemas de control de la presión que algunos incorporan no parecen disminuirlos, pero tampoco provocan más abrasiones [B].

## 2. Visualización de la placa

Aunque no se aprecie a simple vista, la placa tiene poder patógeno, por lo que es imprescindible que el niño o niña sea capaz de detectarla e identificarla. Para hacerla visible se utilizan colorantes, llamados reveladores de placa, que la tiñen e indican donde se encuentra acumulada, lo que va a permitir su eliminación.

El control de placa en la consulta se realizará en la 1ª revisión y en las siguientes para comprobar la variación de los niveles originales, que se espera se irán reduciendo a medida que el niño/a interiorice los conocimientos y actitudes adecuados para mejorar su salud oral. **R2**

La técnica de empleo de los reveladores de placa se recoge en el *Anexo 4: Visualización de la placa*.

## 3. Control de dieta

Una alimentación sana, variada y equilibrada contribuye no sólo a prevenir la caries, sino también a mejorar la salud general infantil, por lo que se reforzará el contenido de dieta saludable propuesto en la consulta de Pediatría de AP. **R2**

La relación directa entre el consumo de azúcar y la caries dental está bien documentada. Desde el punto de vista de la nutrición, las golosinas y las bebidas azucaradas son inadecuadas y a menudo reemplazan a alimentos de mayor valor nutritivo.

Se reforzará el mensaje de control sobre este tipo de alimentos según el *Anexo 5: Consejo dietético*.

## 4. Utilización de productos fluorados

Una vez pautada una recomendación por parte del dentista sobre el empleo adecuado del flúor para ese niño/a en concreto, se recogerá información sobre el cumplimiento de dicha prescripción en cada cita de revisión y fluoración. **R1**

Las recomendaciones para su uso se recogen en el capítulo siguiente (6.3).

### Anexos

- **Anexo 1:** Consentimiento informado para la inclusión en el PSBD.
- **Anexo 2:** Informe del estado de salud oral del niño/a incluido/a en el PSBD.
- **Anexo 3:** Cepillo y seda.
- **Anexo 4:** Visualización de la placa.
- **Anexo 5:** Consejo dietético.

### 6.3. Guía para el Empleo del Flúor

La utilización de los fluoruros en la prevención y control de la caries dental ha sido durante mucho tiempo la piedra angular sobre la que se ha apoyado en gran parte la Odontología Preventiva. Aunque la prevención incorpora otras medidas tales como la higiene oral meticulosa, el control de la dieta cariogénica y los selladores de fosas y fisuras, la capacidad de los fluoruros para prevenir y detener el inicio y la progresión de la enfermedad sigue siendo una de las medidas preventivas más importantes. Se considera que el uso de los fluoruros a gran escala ha sido el principal factor que ha influido en la reducción de la prevalencia y severidad de la caries dental en los países económicamente desarrollados.

Las recomendaciones para una utilización racional del flúor deben realizarse de forma que se consiga la mayor reducción de la caries con la menor prevalencia posible de fluorosis, especialmente en niños menores de

6 años que son los más susceptibles a desarrollarla. Ello conlleva maximizar la exposición *tópica* a los fluoruros (efecto más beneficioso) a lo largo de la vida y minimizar la absorción *sistémica* durante el periodo de desarrollo de la dentición, de forma que se consiga el máximo efecto protector y el mínimo riesgo de fluorosis.

### Recomendaciones básicas

El efecto beneficioso del flúor debe extenderse a toda la población infantil mediante el cepillado dental con pasta dentífrica fluorada ajustada a los diferentes grupos de edad y admitiendo para toda Asturias una concentración de flúor en el agua de consumo menor de 0,7 mg/l, tal y como se recoge en la tabla siguiente: **R1**

Años	Recomendación
1 - 3	1- 2 / día sin pasta + 1 / día con pasta del grupo B
4 - 5	1 / día sin pasta + 1- 2 / día con pasta del grupo B
6 - 8	2- 3 / día con pasta del grupo B o C
9 - 10	2- 3 / día con pasta del grupo C o D
>10	2- 3 / día con pasta del grupo D

### 1. Flúor sistémico

El flúor sistémico se reserva para aquellos niños/as clasificados por el pediatra o el dentista de AP como de riesgo *alto* de caries, y se mantendrá hasta los 14-16 años, cuando el proceso de formación del esmalte haya concluido.

Sin embargo, tanto el dentista como el pediatra deben saber que el 80% de los niños-as a los que recomiendan flúor sistémico no lo emplean de modo continuado 3 años después del inicio de la toma [C]. Por otro lado, la única presentación comercial de ión fluoruro disponible en nuestro país son las gotas de 0,05 mg / gota (*Flúor Lacer Gotas Orales*®).

Esta realidad condiciona la eficacia de esta medida, por lo que a la espera de resultados concluyentes sobre su utilidad, no se recomienda iniciarla, salvo que, a juicio de estos profesionales de AP, la adhesión a la pauta establecida pueda cumplirse. **R1**

Teniendo presente la consideración anterior, cuando se decida la prescripción de flúor sistémico debe tenerse en cuenta antes de pautarlo su contenido en el agua de bebida. Cuando la concentración supere los 0,6 mg/l, situación que no se da en ningún agua de abastecimiento de Asturias, no se podrá recomendar este aporte adicional. **R1**

Una vez se haya decidido prescribir esta forma de flúor en gotas, se debe suprimir el aporte que se venga realizando con el agua mineral y el procedente de otras fuentes (*ver punto B a continuación*), para conocer con la mayor precisión posible la dosis real de flúor que ingiere el niño/a al que se le receta. **R1**

Otros factores a tener en cuenta a la hora de recomendar suplementos orales de flúor, además de los anteriores, son:

- a. **Edad del paciente.**  
Se diferencian varias concentraciones de flúor en función de la edad del niño/a, como se recoge en el *Anexo 1*.
- b. **Ingesta diaria de flúor, a través de:**
  - Aguas embotelladas (*consultar en <http://www.aguainfant.com/index.htm>*).
  - Flúor en leches maternizadas (*Anexo 6*).
  - Medicamentos que contengan flúor (*Anexo 7*).
  - Alimentos ricos en flúor (*Anexo 8*).
  - Ingestión inadvertida de pasta fluorada (*Anexo 9*).

### 2. Colutorios fluorados semanales

El colutorio semanal de flúor al 0,2% se recomienda a los niños/as que han sido clasificados como de riesgo *moderado* o *alto* de caries. La duración del enjuague se establece en 2 minutos durante los cuales el líquido debe ser distribuido por toda la boca de forma enérgica. Todo el proceso debe ser supervisado por los padres o tutores para evitar errores o la ingesta accidental del colutorio. **R1**

### 3. Cubeta de flúor semestral

Esta medida de prevención se dirige a los niños/as a los que se ha clasificado de *alto* y *moderado* riesgo de caries. Serán aplicadas por las/los higienistas cada 6 meses hasta que se alcance y se mantenga una reducción del riesgo de caries. El tiempo de aplicación es de 4 minutos, al cabo de los cuales se deberá escupir todo el contenido de la cubeta, evitando enjuagarse, comer y beber hasta que no pase al menos 1 hora. **R1** En todas las fluoraciones semestrales se hará refuerzo de la técnica de cepillado y de la EpS en SBD. **R1**

### 4. Barnices fluorados

La aplicación de barnices es una eficaz medida diseñada para favorecer la remineralización de aquellas lesiones proximales no cavitadas y limitadas al esmalte. Se han empleado también en lesiones oclusales pero, al haberse demostrado ligeramente menos eficaces que los selladores en estas localizaciones [C], la Guía recomienda estos últimos para los surcos y fisuras. **R1**

No obstante, en aquellos niños que no colaboren adecuadamente o en aquellos surcos en los que el profesional no esté seguro de conseguir el aislamiento necesario para colocar con garantías un sellado de fisuras (dientes en erupción por ejemplo), se recomienda la aplicación del barniz fluorado hasta que las circunstancias que han impedido su empleo lo permitan. **R2**

#### Actuaciones a realizar

Actuación	Quién	Contenido
Valoración del riesgo de caries y prescripción del flúor sistémico	Dentista / Pediatra	<ul style="list-style-type: none"><li>Asignación del riesgo según tablas.</li><li>Pasta según edad.</li><li>Flúor sistémico: gotas.</li></ul>
Prescripción de complementos de flúor	Dentista	<ul style="list-style-type: none"><li>Colutorio fluorado.</li><li>Cubeta de flúor semestral.</li><li>Barniz fluorado.</li></ul>
Aplicación de la cubeta de flúor	Higienista	<ul style="list-style-type: none"><li>Aplicación de la cubeta.</li><li>Refuerzo de EpS.</li><li>Control del flúor pautado.</li></ul>
Aplicación del barniz fluorado	Higienista	Aplicación en: <ul style="list-style-type: none"><li>Lesiones proximales.</li><li>Molares parcialmente erupcionados.</li></ul>

#### Anexos

- **Anexo 1:** Dosis de flúor sistémico recomendadas en pacientes de alto riesgo.
- **Anexo 2:** Factores de riesgo de caries en la infancia modificado a partir de los grupos de consenso americano, canadiense y europeo (pediatría).
- **Anexo 3:** Fluorosis.
- **Anexo 4:** Toxicidad aguda del flúor.
- **Anexo 5:** Toxicidad crónica del flúor.
- **Anexo 6:** Contenido de flúor en las leches maternizadas.
- **Anexo 7:** Productos de farmacia que contienen flúor.
- **Anexo 8:** Alimentos ricos en flúor.
- **Anexo 9:** Contenido de flúor en los dentífricos.
- **Anexo 10:** Barnices fluorados.
- **Anexo 11:** Colutorios fluorados.
- **Anexo 12:** Geles tixotrópicos.

### 6.4. Guía para los Sellados de Fisuras

La utilización de los selladores de fosas y fisuras es una de las técnicas de prevención más eficaces de las que dispone la Odontología actual [A]. Un sellador de fisuras (SF) actúa como una barrera de acción inmediata que protege las zonas de los dientes menos resistentes frente a las caries, como son los hoyos y fisuras de las superficies oclusales de los molares y, en menor medida, de los premolares. Estos puntos son más susceptibles a las caries que el resto de superficies dentarias por tener un esmalte de grosor más fino y por tanto de mayor debilidad. Además son zonas menos accesibles a las medidas de higiene y donde la acción protectora del flúor se ve reducida [B].

Dado que está demostrado que el riesgo de padecer caries es individual y variable a lo largo de la vida, los programas educativos y preventivos se deben encaminar a disminuir la susceptibilidad a padecerla aunque el diente no presente lesiones activas. Por ello se considera un objetivo básico el aumentar el número total de dientes sellados y el porcentaje de población infantil al que se le facilita esta medida de protección [A].

En cuanto a la eficacia de los selladores a medio y largo plazo, se ha constatado que después de 4 años y medio los molares permanentes sellados de los niños de 5 a 10 años mantienen una reducción de caries oclusales de más del 50% en comparación con los dientes en donde no se usaron selladores [B].

#### Recomendaciones Básicas

Se establece como objetivo prioritario el sellado de los primeros y segundos molares permanentes totalmente erupcionados hace menos de dos años y en los que existan surcos y fisuras profundos. **R1**

También se aconseja el sellado de premolares y de otras fisuras, en los niños/as de alto riesgo de caries, o cuando el dentista considere que dichos surcos o fisuras son susceptibles al desarrollo de lesiones. **R2**

Esta Guía recomienda el empleo de selladores a base de resina Bis-GMA, dada la mejor retención que presentan a lo largo del tiempo en comparación con los selladores de ionómero de vidrio [C]. **R1**

La población a la que se dirige esta actividad es la de riesgo moderado y alto de caries, pero se deja a criterio del profesional su empleo en niños/as cuyas condiciones individuales puedan, a juicio del dentista, favorecer la aparición de posteriores lesiones. **R2**

Por el contrario, esta medida preventiva no se recomienda en los casos siguientes:

- a. Surcos y fisuras planos o poco retentivos en niños/as de bajo riesgo. **R1**
- b. Cuando el niño/a no colabore o cuando el diente esté parcialmente erupcionado, situaciones que no permitirán una técnica adecuada de aislamiento. En estos casos se aconseja la aplicación de barnices fluorados con la intención de proteger las fosas y fisuras hasta que se corrijan las condiciones iniciales y sea posible sellar de forma adecuada. **R2**

Se recomienda el trabajo conjunto de 2 profesionales (dentista o higienista, con apoyo de auxiliar) para realizar los sellados de fisuras. **R1**

Realizar el sellado siempre con aislamiento, bien mediante rollos de algodón y aspiración continua o mediante dique de goma en casos complicados. **R1**

Se recomienda revisar el sellado a los 15 días cuando se dude del grado de aislamiento conseguido y de forma general en el siguiente contacto del niño/a al que se le ha realizado el sellado. **R1**

#### Anexos

- Anexo 1: Protocolo de aplicación del SF.
- Anexo 2: Valoración y revisión del SF.

### **6.5. Guía para las Obturaciones**

La caries es, según la OMS, una lesión presente en un hoyo o fisura o en una superficie dental que presenta una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o en la que se detecta un ablandamiento en el suelo y/o pared de la lesión. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que está obturado pero también cariado.

Los traumatismos y las malformaciones son lesiones frecuentes que generan también pérdida de estructura y alteración de la función dentales.

Estas tres patologías (caries traumatismos y malformaciones) pueden ser resueltas en gran número de casos mediante un tratamiento conservador, que en nuestro medio consiste en una obturación.

#### Recomendaciones básicas

Las USBD asumirán las obturaciones de cualquier diente definitivo que no asocie pulpitis irreversible y que presente caries en alguna de sus superficies o traumatismos y malformaciones leves del grupo incisivo y canino (ver "protocolo de atención a los casos complejos", pg 29). **R1**

Aquellos tratamientos complejos que no puedan ser atendidos en las USBD con los medios habituales como los pulpares o las reconstrucciones extensas de incisivos, serán remitidos a la UC de SBD de referencia. **R1**

Una obturación no sólo es necesaria por su indicación clínica, sino que además deberá valorarse al niño/a de forma integral, en su contexto individual, familiar y social. Se aconseja abordar previamente la causa de la patología presente y procurar la adscripción del niño/a y de sus familias o cuidadores a las medidas de prevención primaria y secundaria ya explicadas. Sin este compromiso es muy difícil que se alcance el objetivo de salud que el PSBD propone. **R1**

Teniendo en cuenta estas consideraciones, y aceptando que no todas las lesiones presentes en una boca deben tratarse de forma automática una vez son diagnosticadas, se recogen los siguientes *criterios de exclusión* para realizar una obturación en AP:

1. Aquellas lesiones que según la OMS no se consideran caries: **R1**
  - Manchas blancas o color tiza.
  - Manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con una sonda roma.
  - Hoyos o fisuras teñidas en el esmalte que fijan el explorador pero no presentan signos visuales de alteración del esmalte ni ablandamiento en el suelo o las paredes.
  - En un diente que presenta signos de moderada o severa fluorosis: áreas del esmalte excavado, zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas del esmalte.
  - Lesiones que basándose en su distribución, sus antecedentes o el examen visual-táctil, parecen ser debidas a la abrasión.
2. Caries con indicación de corona: **R1**
  - caries que originen ausencia de las cúspides de soporte o activas: palatinas de molares y de premolares.
  - caries que en molares provoquen la pérdida de 1 cúspide activa y 2 no activas.
  - caries que generen ausencia de 1 cúspide activa en más de 2 molares.
3. En niños/as de riesgo alto de caries y falta de motivación comprobados en 2 revisiones del PSBD: caries de 3 superficies o más. Se recomienda la exodoncia. **R2**
4. Caries en escolares que tengan menos de 6 y más de 15 años. **R1**
5. Las caries en dientes temporales. **R2**
6. Fracaso de una obturación realizada fuera del sistema público de salud. **R2**
7. Personas cuya discapacidad haga imposible su tratamiento en AP. Serán derivadas a la Unidad Especial del HUCA. **R1**

En las *lesiones proximales* se recomienda retrasar la restauración hasta que la caries se localice en dentina, pues son lesiones claramente remineralizables [B]. Un programa se considera preventivo cuando retrasa el tratamiento quirúrgico hasta el momento en el que se confirma que las medidas conservadoras no han sido eficaces. Se debe hacer un seguimiento de la lesión como establece el "*protocolo para evitar la progresión de la caries*", (pg 27). **R1**

Cuando se diagnostiquen caries con clínica pulpar (*ver anexo 5*) de meses de evolución se recomienda realizar una apertura de la lesión, previa valoración radiográfica para comprobar el grado de afectación, eliminando la mayor cantidad posible de tejido necrótico. Si se presume extensión pulpar no se eliminará el fondo lesional y se aplicará una protección pulpar de hidróxido de calcio cerrando la cavidad mediante una obturación provisional (IRM o ionómero de vidrio) que se mantendrá 6-12 meses antes de volver a evaluar la profundidad y el compromiso pulpar [C]. Si durante este tiempo presentara clínica pulpar se remitirá a la UC para realizar el tratamiento de conductos. Al cabo de ese tiempo se retirará la obturación provisional y si se ha establecido un puente dentinario suficiente se realizará la obturación definitiva. **R1**

En aquellos niños/as que presenten un riesgo moderado o alto de caries se recomienda la instauración de un ciclo de clorhexidina en colutorio (10 días) previamente al inicio de los tratamientos. **R1**

Se recomienda aislamiento con dique de goma para realizar cualquier tipo de obturación. **R1**

El seguimiento de una lesión proximal sólo es válido si se monitoriza mediante radiografía de aleta de mordida cada 6 meses. **R1**

En general se recomienda el uso de composite en detrimento de la amalgama dada la menor pérdida de tejido dental que supone preparar la cavidad para su colocación. **R2**

Se recomienda reservar el ionómero de vidrio para ser usado como fondo cavitario en lesiones profundas de clase I o clase II y como material único de restauración en aquellos casos en los que no se consiga una adecuada colaboración. **R2**

Para lesiones menos profundas se recomienda emplear un composite fluido como fondo cavitario. **R2**

#### Anexos

- Anexo 1: Métodos habituales para el diagnóstico de la caries.
- Anexo 2: Clasificación de la caries según ICDAS Foundation.
- Anexo 3: Clasificación de Black.
- Anexo 4: Protocolo para la realización de obturaciones.
- Anexo 5: Protocolo de atención a la caries pulpar.
- Anexo 6: Objetivos operatorios de las obturaciones.

### 6.6. Guía para la Atención de los Traumatismos Dentales

Los traumatismos dentales tienen una prevalencia que, dependiendo del estudio considerado, varía entre el 4% y el 36% de la población infantil [B y C]. Es por tanto un problema sanitario relevante frente al que se deben establecer mecanismos adecuados de atención en todas las USBD.

Las secuelas que generan provocan un importante problema estético y funcional a los niños/as que lo han padecido. Su gravedad y pronóstico dependen en la mayoría de los casos de la posibilidad de acceso a una correcta atención temprana, lo que coloca esta patología en el campo de la AP por la proximidad de ésta a la población.

Afortunadamente la mayoría de los traumatismos son luxaciones y fracturas no complicadas de la corona [B y C], procesos que pueden ser resueltos en cualquier USBD con los medios habituales de los que se disponen. Sin embargo hay que establecer el circuito de atención necesario cuando se precisen de otros medios, como son los que se requieren para realizar una apicoformación, una endodoncia o una fractura grave de la corona.

#### Recomendaciones básicas

Ante cualquier caso de traumatismo oro-facial se recomienda tener en cuenta como causa un posible maltrato infantil. **R1**

La población a la que se dirige esta actividad es la formada por preescolares y escolares hasta de 14 años que hayan sufrido un traumatismo dentario en los últimos 3 meses, diferenciando entre los siguientes tipos de tratamiento:

1. Tratamientos de urgencia:
  - a. de las lesiones orales y faciales.
  - b. la primera fase del dental.Incluye, además de las medidas asistenciales básicas que se exponen en el Anexo 2, los siguientes tratamientos:
  - exodoncia de urgencia de cualquier diente traumatizado.
  - reposicionamiento del diente definitivo luxado o avulsionado.
  - ferulización del diente definitivo traumatizado.
  - protección pulpar y obturación provisional del diente definitivo afectado.

Se recomienda que los tratamientos de urgencia sean atendidos en la USBD a la que pertenece el niño/a que ha sufrido el traumatismo. **R2**

Se recomienda la exodoncia de cualquier diente que presente fractura radicular. **R1**

2. Tratamientos definitivos (se excluyen los dientes temporales):
  - a. el pulpar, cuando sea necesario.
  - b. la reconstrucción coronal.Incluye las actuaciones siguientes:
  - Tratamiento de conductos: apicoformación y endodoncia definitiva.  
Se realizará en la UC-SBD de referencia. **R1**
  - Reconstrucción del diente traumatizado mediante obturación estética.



Los traumatismos leves serán asumidos por la USBD. Las lesiones graves o las leves que asocien daño pulpar irreversible serán remitidas a la UC de SBD. **R1**

No se consideran tratamientos a realizar en AP los siguientes casos:

1. La reconstrucción del diente afectado mediante prótesis, ya sea ésta una corona provisional o definitiva. **R1**
  2. La atención a las secuelas pulpares de traumatismos sufridos hace más de 3 meses, y que no hayan consultado antes de ese período en una USBD. **R2**
  3. La continuación de un tratamiento iniciado en cualquier consulta no perteneciente al sistema público de salud. **R1**
- 

En caso de existir responsabilidades de terceros se podrán realizar los tratamientos de urgencia que el paciente necesite y exigir el pago posterior del tratamiento a quien corresponda.

#### Anexos

- Anexo 1: Traumatismos dentales en la infancia.
- Anexo 2: Valoración inicial del traumatismo oro-facial.
- Anexo 3: Atención al traumatismo dental que cursa con desplazamiento.
- Anexo 4: Niveles de atención del diente traumatizado.
- Anexo 5: Protocolo global de atención al traumatismo buco-facial.



## 7. Guía para la Atención a la Embarazada

La gestación es un proceso natural que en la mayoría de los casos no requiere de intervenciones médicas específicas. Sin embargo, el embarazo se ha correlacionado con la aparición de diversas patologías orales supuestamente debidas a procesos que no están claramente definidos. Así, por ejemplo, en el caso de la gingivitis del embarazo se ha esgrimido que el incremento del metabolismo de los progestágenos en la encía provocaría un aumento de la sensibilidad de ésta a los irritantes habituales, con la consiguiente inflamación [C y D].

Para otros autores el aumento de la prevalencia de determinadas enfermedades periodontales durante el embarazo no tiene relación causal con el estado gestante de la mujer, sino con su estado de salud bucodental previo [B y C].

En cualquier caso, se produce una elevada incidencia de gingivitis entre las embarazadas, que dependiendo del estudio considerado afecta del 30 al 100% de las gestantes [B y C]. Otra alteración frecuente es el Épuli del embarazo, que suele evolucionar hacia su desaparición tras el parto sin precisar tratamiento [C].

### Recomendaciones básicas

Antes de la instauración de esta actividad se recomienda una reunión de coordinación con todo el personal del centro de salud. **R2**

Se recomienda incluir una actividad grupal mensual (sesión explicativa) para las embarazadas incluidas en preparación al parto. **R2**

Tanto para mejorar el estado de salud periodontal de la embarazada, como para aprovechar la receptividad propia de su estado, es necesario crear algún tipo de intervención sanitaria que alivie sus posibles problemas periodontales y que además la dote de hábitos higiénicos y dietéticos adecuados. Por otro lado se espera que a partir de ese momento disponga de la información necesaria tanto para el cuidado de la boca de su futuro hijo/a como para transmitir conocimientos que instauren una mejora en la salud oral de todas las personas con las que convive. Además será de utilidad para ella ofrecerle consejo terapéutico ante los problemas orales que pueda presentar, orientándola acerca de sus posibles soluciones.

Se recomienda incluir en revisión a todas las embarazadas correspondientes a una ZBS al inicio del embarazo, antes de la semana 16, pero podrá ser atendida cualquier embarazada sea cual sea su edad gestacional. **R1**

Además de por iniciativa propia de la embarazada, la vía de entrada a esta actividad podrá ser desde:

- La primera consulta del protocolo de atención a la embarazada (8ª semana) en las consultas de Medicina Familiar y Comunitaria o de Enfermería de AP, desde donde será derivada a la USBD.
- El servicio de Ginecología del Hospital de referencia.

Las actuaciones incluidas se realizarán mediante 2 ó 3 citas:

1. Semana 16: primera cita, para la exploración clínica y la EpS. Se entregará la documentación recogida en los *Anexos 1 y 2*.
2. Entre la semana 20 y la 26: segunda cita, si la precisa, para la tartrectomía, la fluoración y reforzar el contenido de EpS.
3. Entre la 4ª y la 6ª semanas después del parto: tercera cita para la exploración posparto y para la EpS de la embarazada y del recién nacido. Se entregará la documentación recogida en el *Anexo 3*.

### Actuaciones previstas

Actuación	Quién	Minutos	Contenido	Recursos necesarios
1ª CITA. Semana 16	Dentista + Higienista	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del estado de salud oral.</li> <li>• Estado Periodontal (CPITN).</li> <li>• EPS (<i>ver contenido</i>).</li> <li>• Necesidades de tratamiento (dentista).</li> <li>• Documentación para entregar (<i>Anexos 1 y 2</i>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espejo plano nº 5.</li> <li>• Sondas dobles.</li> <li>• Sonda Periodontal.</li> <li>• Revelador de placa.</li> <li>• Ultrasonidos.</li> <li>• Cubeta de Flúor.</li> <li>• Tipodonto.</li> <li>• Espejo de mano.</li> </ul>
2ª CITA. Semana 20-26	Higienista	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tartrectomía (<i>consultar Guía</i>).</li> <li>• Fluoración (<i>consultar Guía</i>).</li> <li>• EPS (<i>ver contenido</i>).</li> </ul>	
3ª CITA. Semana 4ª a 6ª postparto	Dentista + Higienista	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPS (<i>ver contenido</i>).</li> <li>• Documentación para entregar (<i>Anexo 3</i>).</li> </ul>	

\*Los minutos que se recogen para cada actividad son recomendaciones teóricas que deberán ser adaptadas a cada consulta.

### Contenido de la EpS durante el embarazo

- a. **Contenido de la 1ª visita**
  - Incidir en la importancia de la higiene dental durante el embarazo, informar a la paciente sobre la placa bacteriana y su papel en la caries.
  - Informar sobre la patología oral asociada al embarazo: gingivitis, épuis, y como evitarla.
  - Recomendaciones dietéticas.
  - Instrucciones de higiene oral para la embarazada :
    - Tipo de cepillo y recambio periódico.
    - Técnica de cepillado.
    - Limpieza interproximal (uso de la seda dental y de los cepillos interproximales).
    - Uso del revelador de placa. Realizar el revelado de placa in situ para estimar el índice de placa.
    - Pasta fluorada (C/D).
    - Colutorio (según las necesidades individuales).
- b. **Contenido de la 2ª visita si la precisa**
  - Refuerzo de los conocimientos y hábitos enseñados en la primera visita.
  - Tartrectomía y fluoración.
- c. **Contenido de la 3ª visita**
  - Refuerzo de las actividades preventivas: higiene oral y dieta.
  - Sensibilización sobre la necesidad de las revisiones bucodentales periódicas.
  - Información sobre la boca del recién nacido:
    - Higiene bucal.
    - Erupción dentaria: importancia de la dentición temporal.
    - Alimentación y prevención de la caries del biberón.
    - Consejo sobre la lactancia materna, explicando las ventajas que conlleva para el correcto desarrollo del macizo craneofacial.
    - Uso correcto de biberones y chupetes.
  - Informar sobre la futura inclusión del recién nacido en el PSBD.

### Anexos

- **Anexo 1:** Informe del estado de salud oral para la embarazada.
- **Anexo 2:** Documentación a entregar a la embarazada (1ª revisión).
- **Anexo 3:** Documentación a entregar tras el parto (3ª Revisión).
- **Anexo 4:** Utilización de fármacos en el embarazo y la lactancia.
- **Anexo 5:** Fármacos permitidos durante el embarazo.
- **Anexo 6:** Fármacos durante la lactancia.

## 8. Guía para las Tartrectomías

La enfermedad periodontal tiene una importante repercusión en términos de salud pública ya que por una parte se trata de una patología muy prevalente en sus estadios iniciales y por otra parte es un proceso muy sensible a tratamientos básicos, sencillos y de bajo coste, que pueden hacer disminuir su presentación en la población general si se aborda con una adecuada planificación sanitaria [C].

Los esfuerzos para la prevención y tratamiento de estas enfermedades deben continuar dirigiéndose a la concienciación de la población sobre la necesidad de la higiene oral y el diagnóstico precoz de las mismas, y a la formación de profesionales capaces de tratar formas moderadas muy prevalentes de periodontitis [B]. Es importante tener en cuenta que tan sólo una mínima parte de la población desarrollará formas más severas de procesos periodontales cuya prevalencia podemos situar entre el 4 y el 11% en la actualidad [B].

Dentro de este esfuerzo sanitario se incluye la tartrectomía como un instrumento más de reducción de la enfermedad periodontal. La tartrectomía minuciosa incluye también la eliminación de la placa y de aquellas tintaciones de origen extrínseco. Debe considerarse como una fase de la profilaxis completa del paciente. Es una técnica laboriosa, rutinaria, y que habitualmente no requiere de anestesia.

### Recomendaciones básicas

Se recomienda incluir como destinatarios de esta medida preventiva a las embarazadas que se encuentren entre la 20ª y 26ª semanas de gestación, así como las personas con discapacidad que pueden colaborar. **R1**

También podrán incluirse los niños y niñas incluidos en las actividades para la promoción de la salud oral en edad escolar. **R2**

El instrumental necesario para la realización de una tartrectomía es un aparato que emplea ondas sonoras de alta frecuencia que fracturan los depósitos de cálculo para, una vez fragmentados, realizar un lavado mecánico de la zona mediante el spray del agua.

La unidad ultrasónica consta de un generador eléctrico de potencia, que transforma esta energía eléctrica en ondas de alta frecuencia de 25.000 a 50.000 oscilaciones por segundo (Hz). Esta vibración desprende una gran cantidad de calor, por lo que la punta del instrumento está refrigerada por un chorro de agua que cumple una triple misión:

- Refrigerar el núcleo productor de vibraciones.
- Lubricar la punta del instrumento para controlar la producción de calor en el diente.
- Lavar y arrastrar los cálculos desprendidos.

No debe usarse nunca un aparato de ultrasonidos sin agua. **R1**

### Actuaciones previstas

Actuación	Quién	Contenido	Recursos necesarios
Diagnóstico e indicación	Dentista	Valorar la necesidad de Tartrectomía en la exploración oral si CPI = 2	Espejo, sonda periodontal.
Preparación del paciente	Higienista	Ver Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaso desechable.</li> <li>Babero y servilleta.</li> <li>Cánula de aspiración.</li> <li>Gasas y algodones.</li> <li>Solución antiséptica.</li> </ul>
Tartrectomía	Higienista	<p><b>Fase preoperatoria (Ver Anexo 1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocación del operador.</li> <li>Selección de las puntas.</li> </ul> <p><b>Fase operatoria (Ver Anexo 2):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistemática de ejecución.</li> <li>Sostén y angulación de la punta.</li> <li>Precauciones.</li> </ul>	<p>Guantes de exploración, mascarilla, gafas o pantalla protectora,</p> <p>Ultrasonidos, puntas, espejo y sonda de exploración.</p>
Pulido	Higienista	Ver Anexo 2	Contra-ángulo, cepillo o copas de profilaxis, pasta abrasiva.
Cubeta de flúor	Higienista	Consultar Guía	Cubetas de flúor, gel de flúor.

### Anexos

- Anexo 1: Fase preoperatoria.
- Anexo 2: Fase operatoria.

## 9. Guía para la Atención a la Patología Oral en Atención Primaria

Tanto la caries como la enfermedad periodontal son las patologías más prevalentes en el ser humano, hasta el punto de que ambas enfermedades pueden considerarse como una pandemia universal que afecta a prácticamente toda la población mundial [A].

Ambas enfermedades generan un elevado número de consultas médicas, a las que hay que asignar unos tiempos y unos medios específicos orientados a su tratamiento y, en la medida de lo posible, a su curación.

La práctica totalidad de los problemas generados por estas dos enfermedades entran en el sistema sanitario público a través de la AP [D], y dentro de la misma el primer punto de atención suele ser el formado por los odontólogos y estomatólogos de las USBD.

Además, otros problemas de salud pertenecientes al campo de la Estomatología, como los que afectan a la mucosa oral, los problemas en la articulación temporo-mandibular, el dolor facial o las inclusiones dentarias, también son atendidos por primera vez en las USBD o derivados a ellas desde otros sectores sanitarios, tanto públicos como privados.

### Recomendaciones básicas

Reducir dentro de lo posible el tiempo de consulta para la patología oral a un máximo del 30% de la agenda diaria. **R1**

Solicitar consentimiento informado para cualquier procedimiento que se inicie en la consulta de AP. **R1**

Se recomienda la radiografía periapical como prueba diagnóstica de elección para la valoración de 1 a 3 dientes, antes que una ortopantomografía. **R2**

Cuando se vaya a realizar cualquier intervención se recomienda que el paciente realice un enjuague de clorhexidina al 0,12-0,20% de 1 minuto de duración. **R1**

Agrupar las exodoncias de varios dientes o restos radiculares de un mismo paciente en una única cita de cirugía, cuando sea posible. Para ello es precisa una planificación adecuada en la primera visita que clasifique el caso y una prueba radiográfica (periapical u ortopantomografía). **R2**

Agrupar estos pacientes en uno o más días en los que se realice además actividad quirúrgica. Permitirá conocer el alcance de la intervención prevista, planificando mejor la agenda semanal, además de tener acceso al instrumental necesario para desarrollarla fácilmente. **R1**

La patología no quirúrgica de la ATM no tiene cobertura terapéutica ni en AP ni en AE, por lo que se recomienda no derivarla a los Servicios de Cirugía Maxilo-Facial. **R1**

### Anexos

- Anexo 1: Consentimiento informado para realizar una exodoncia.
- Anexo 2: Protocolo de exploración estomatognática general.
- Anexo 3: Protocolo de seguridad hemostática de los procedimientos odontológicos en pacientes anticoagulados.
- Anexo 4: Recomendaciones en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes (TAO) y antiagregantes orales.

- Anexo 5: Procedimientos odontológicos en los que se debe considerar la profilaxis antibiótica en los pacientes con cardiopatías de alto riesgo.
- Anexo 6: Profilaxis antibiótica en enfermos con cardiopatías.
- Anexo 7: Pauta antibiótica de profilaxis en los procedimientos dentales.
- Anexo 8: Pacientes a tratamiento con bisfosfonatos.
- Anexo 9: Principales bisfosfonatos, vía de administración y potencia relativa.
- Anexo 10: Pacientes sometidos a radioterapia de cabeza y cuello.
- Anexo 11: Pacientes con diabetes mellitus.
- Anexo 12: Instrucciones postoperatorias.

## 10. Guía para la Cirugía Bucal en Atención Primaria

La Cirugía Bucal es un área de conocimiento perteneciente al campo de la Estomatología y de la Odontología. Su enseñanza forma parte del currículo académico de la especialidad, del cual consume un elevado porcentaje de su carga docente [D]. Su práctica es una de las rutinas habituales del trabajo de cualquier dentista, por lo que su desempeño ni es excepcional ni obliga a un gasto inalcanzable en material o infraestructuras.

En la actualidad la mayor parte de la cirugía bucal que se realiza en Asturias es llevada a cabo por los Servicios de Cirugía Maxilo-Facial del HUCA de Oviedo y del Hospital de Cabueñes de Gijón, mientras que otra pequeña parte se realiza en las USBD de AP.

Esta situación obliga al paciente en casi todos los casos a su desplazamiento hasta dichos centros hospitalarios, circunstancia que no facilita la accesibilidad del usuario al sistema sanitario que sufraga. Por otro lado, no parece eficiente saturar un servicio hospitalario con procesos que en la práctica totalidad de los casos pueden ser resueltos de forma satisfactoria en el ámbito de la AP.

### Recomendaciones básicas

Se aconseja clasificar toda la patología quirúrgica atendida de acuerdo con los siguientes diagnósticos y procedimientos, evitando otro tipo de identificación de la actuación realizada: **R1**

### Diagnósticos

Código	Diagnóstico	Descripción
01	Cordal incluido	Toda la corona está oculta en boca a la exploración visual
02	Cordal impactado	Se aprecia alguna parte de alguna de sus cúspides en boca
03	Otros dientes incluidos	Cuando su presencia suponga un problema de salud
04	Resto radicular	Presente en boca o en la exploración radiográfica
05	Frenillo labial	Tras la erupción de los caninos definitivos, y si produce interferencia funcional real
06	Lesión mucosa	Que precise exéresis, no filiada o sospechosa de malignidad
07	Quiste de los maxilares	Si se sospecha de origen infeccioso o inflamatorio
08	Cirugía pre-protésica	Regularización mucosa y ósea
09	Caries	Si genera exodoncia compleja con necesidad de procedimiento quirúrgico
10	Enfermedad periodontal	Si genera exodoncia seriada y/o procedimiento quirúrgico
11	Otros: especificar	Describir

## Procedimientos

Código	Procedimiento
01	Exodoncia con descarga y/o sutura
02	Exodoncia con colgajo muco-perióstico, ostectomía con pieza de mano y sutura
03	Exodoncia seriada simple con sutura
04	Exodoncia seriada con regularización ósea manual con pinza gubia y sutura (con o sin gingivectomía)
05	Exodoncia con odontosección
06	Biopsia de lesiones mucosas
07	Drenaje bucal de abscesos de origen dentario y/o periodontal
08	Frenectomía
09	Quiste de los maxilares
10	Otros: especificar

Se recomienda que la atención a los casos “quirúrgicos”, así clasificados por el dentista en el momento de la primera visita, sea realizada en un horario reservado de un día concreto, **R1**, aunque cuando el caso lo requiera o la agenda del profesional lo permita, la atención quirúrgica podrá ser inmediata. **R2**

Se recomienda excluir de esta actividad a los casos siguientes:

- Pacientes que no firmen el correspondiente consentimiento informado. **R1**
- Pacientes que prefieran ser atendidos en un centro hospitalario. **R2**
- Pacientes que precisen de un procedimiento quirúrgico que haga aconsejable su práctica en un medio hospitalario:
  - a ansiedad extrema o falta absoluta de cooperación. **R2**
  - b dificultad quirúrgica especial: contacto del cordal con el nervio dentario, exodoncias con alta probabilidad de generar una comunicación oro-sinusal, patología quística o mucosa con signos de malignidad,... **R1**
- Pacientes de alto riesgo médico. En general ASA III y IV. **R1**

### Anexos

- Anexo 1: Consentimiento informado para la cirugía bucal.
- Anexo 2: Registro de complicaciones.

## 11. Guía para la Atención al Paciente Especial

El avance de las técnicas diagnósticas y terapéuticas en Medicina ha logrado una mayor esperanza de vida en personas con alteraciones sistémicas críticas, con discapacidad física y psíquica o con edades muy avanzadas [A]. Estos colectivos de pacientes con características especiales plantean el reto de diseñar acciones específicas, procedimientos clínicos y técnicas peculiares, que permitan optimizar los recursos asistenciales y aportar mayor eficacia y calidad de resultados a sus necesidades particulares [B].

Desde el punto de vista de la Odontología se constata que, en numerosas ocasiones, es preciso recurrir a la participación de un servicio de anestesia-reanimación y de una infraestructura diferenciada de la habitual para realizar tratamientos odontológicos convencionales en estos pacientes [B], lo que impide que puedan ser atendidos en las USBD de AP.

En este contexto surge la necesidad de incorporar una nueva estructura sanitaria para la asistencia odontológica de estos pacientes. Se crea así la Unidad Especial de SBD del HUCA (UE-SBD), en la que un equipo integrado en el centro hospitalario resuelve problemas odontológicos mediante la aplicación de técnicas de sedación.

El concepto de “paciente especial” incluye tanto al paciente con discapacidad como al paciente médicamente comprometido. En consecuencia, definimos dos categorías de pacientes que son atendidos en esta Unidad (*Anexo 3*):

### 1. Paciente con discapacidad física y/o psíquica

Son aquellas personas cuya discapacidad produce un aumento de la extensión y gravedad de su enfermedad oral o generan gran dificultad para el tratamiento de ésta. Son por tanto pacientes con patología cognitiva y/o motora en los que la minusvalía física y/o psíquica que sufren les imposibilita realizar una higiene adecuada y como consecuencia de ello, desarrollan caries y patología periodontal severa [B].

Se recomienda valorar la situación de cada paciente con discapacidad en dos sentidos: **R1**

- A. En función de la colaboración que la persona con discapacidad puede mantener durante el tratamiento:
- A.1. Grupo de colaboradores totales. Se pueden atender normalmente en AP. Aunque estos pacientes colaboran, algunos necesitan ayuda para mantenerlos inmóviles durante los tratamientos, por ejemplo mediante la utilización de un abre bocas o fijándoles la cabeza.
  - A.2. Grupo de colaboradores parciales. Pacientes a los que hay que sedar porque no colaboran, no obedecen a las instrucciones o muestran ansiedad y problemas emocionales con las técnicas odontológicas.
  - A.3. Grupo de no colaboradores. Necesitan sedación profunda para poder realizar cualquier tratamiento. En caso de un adulto con incapacidad psíquica, se necesita la autorización previa de otra persona responsable, como padres o tutores.
- B. En relación con su grado de autonomía para el cuidado personal:
- B.1. Grupo de autocuidados. Son capaces de cepillarse los dientes por sí mismos, y la motivación debe dirigirse a ellos. Se les puede facilitar la realización de un correcto control de placa mediante la utilización de cepillos eléctricos y adaptadores.
  - B.2. Grupo de cuidado parcial. Pueden realizar parcialmente el control de placa. La motivación se dirige al paciente y al cuidador. Requieren un adiestramiento especial de ambos, mediante un amplio entrenamiento y una supervisión directa.

- **B.3.** Grupo de cuidado total. Son incapaces de realizar el control de placa. Este es llevado a cabo por segundas personas y la motivación se dirige a ellas. Se debe adiestrar a los cuidadores haciendo especial referencia a las posiciones.

Se establecen así los siguientes niveles de asistencia odontológica para las personas con discapacidad:

NIVEL 1 Colaboradores totales y parciales	NIVEL 2 No colaboradores	NIVEL 3 No colaboradores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Captación del paciente y EPS.</li> <li>• EpS a los tutores y cuidadores.</li> <li>• Evaluación del estado de SBD.</li> <li>• Evaluación de la conducta.</li> <li>• Establecimiento de un plan de tratamiento.</li> <li>• Tratamientos según las capacidades de cada USBD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación.</li> <li>• Reevaluación del paciente.</li> <li>• Tratamientos odontológicos, sin anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación.</li> <li>• Tratamientos odontológicos, con anestesia general.</li> </ul>
Asistencia en AP según las posibilidades de cada USBD.	UE-SBD	

## 2. Paciente médicamente comprometido o de alto riesgo.

Son pacientes en los que su patología médica previa hace que presenten un riesgo elevado de padecer complicaciones durante el tratamiento odontológico [B], bien por tener lesiones orales graves asociadas a su patología sistémica o bien por desarrollar interacciones de riesgo entre la patología sistémica de base y el tratamiento odontológico.

Una manera de estimar el riesgo que presenta un paciente para llevar a cabo el tratamiento dental que precisa es clasificarlo según su estado físico, de acuerdo con las categorías propuestas por la American Society of Anesthesiologist (ASA) y recogidas en el *(Anexo 1)* [A].

Otra manera de valorar este riesgo es emplear la Encuesta Médica Europea de Riesgo ASA sobre Antecedentes Médicos *(Anexo 2)*. Sumando la valoración a cada una de las 20 entradas se establece un riesgo que aconseja o no la derivación a la UE-SBD [A].

### Recomendaciones básicas

Se recomienda evaluar al paciente “especial” mediante un interrogatorio personal, familiar, social, de antecedentes farmacológicos y del problema principal del sujeto. **R1**

Se recomienda incluir siempre a los cuidadores de las personas con discapacidad en las instrucciones de EpS dirigidas a este colectivo. **R1**

Los pacientes clasificados como colaboradores totales serán atendidos en su USBD. **R1**

Con los pacientes clasificados como colaboradores parciales se intentará en 2 citas consecutivas realizar la atención que precisan antes de derivarlos. **R1**

### Anexos

- **Anexo 1:** Clasificación del paciente según la “American Society of Anesthesiologist” (ASA).
- **Anexo 2:** Encuesta Médica Europea de Riesgo ASA sobre Antecedentes Médicos (EMRRH).
- **Anexo 3:** Pacientes Especiales que son atendidos en la UE-SBD.
- **Anexo 4:** Criterios de derivación a la UE-SBD del HUCA.
- **Anexo 5:** Protocolo para la derivación de pacientes difíciles a la UE-SBD del HUCA.

## 12. Guía para la Desinfección y la Esterilización

El riesgo biológico en el gabinete es sin duda el riesgo más frecuente y conocido al que se exponen los profesionales que trabajan en las USBD y los pacientes que acuden a ellas [B].

La transmisión de enfermedades infecciosas en el desarrollo de la actividad sanitaria (infección nosocomial) puede ocurrir por desinfección inadecuada del material, por compartir material contaminado entre los pacientes o en la práctica de procedimientos invasivos [B].

Este tipo de transmisión puede producirse de paciente a personal sanitario, del personal sanitario al paciente o de paciente a paciente, habiéndose descrito en las USBD mayor riesgo en la transmisión de paciente a personal sanitario que de personal sanitario a paciente o entre pacientes [B].

Esta transmisión puede producirse a través de uno o de varios de los siguientes mecanismos [A]:

- Por contacto directo con el paciente.
- Por contaminación aérea a través de aerosoles o por medio de partículas respiratorias u orales del paciente.
- Por contacto indirecto, a través del instrumental, las superficies ambientales o las manos.

Algunas de las enfermedades que se pueden transmitir en el gabinete dental son las causadas por agentes como el herpes virus, el citomegalovirus, la candidiasis, la legionella, el virus de la gripe y resto de enfermedades transmitidas a través de las gotas de *Pflüge* como la varicela o la meningitis meningocócica [A].

La tuberculosis también debe ser considerada como una enfermedad de riesgo respecto a la posible transmisión en las USBD [C] por su mecanismo de transmisión y porque ha alcanzado una elevada prevalencia en los últimos años en nuestro país.

Pero las enfermedades a las que debe prestarse particular atención, sin descuidar las señaladas anteriormente, por ser las más frecuentes desde el punto de vista de la transmisibilidad a partir del contacto con fluidos orgánicos [B], son las hepatitis virales, fundamentalmente B y C, y el VIH. El riesgo de transmisión después de un pinchazo accidental varía de un virus a otro, aunque en cualquier caso no supera el 0,5% de los casos para el VIH o el 7% para el VHC [B]. Sin embargo los rangos son más elevados para el VHB, ya que se alcanza hasta un 62% de evidencia serológica de infección por este virus tras un pinchazo accidental [B].

Atendiendo a la capacidad infectiva de los diferentes fluidos, éstos se clasifican como sigue [A]:

- Riesgo alto: sangre, suero, exudados de heridas, cualquier fluido con sangre.
- Riesgo moderado: semen, secreciones vaginales, saliva.
- Riesgo bajo/no detectable: orina, heces, sudor, lágrimas, leche materna.

Tanto la Asociación Dental Americana como la Federación Dental internacional señalan que *“la sangre y otros fluidos de todos los pacientes deben ser manejados como si estuvieran infectados por gérmenes de transmisión sanguínea”* [A]. Esto implica que sea indispensable y preceptivo adoptar una serie de medidas preventivas que resulten eficaces en el control de la infección en el gabinete dental, con el fin de evitar riesgos profesionales y garantizar la protección a nuestros pacientes.

### Recomendaciones básicas

Se recomienda considerar a todo paciente como potencialmente infectado y tener presente en todo momento que el ejercicio de nuestra profesión conlleva un riesgo alto de exposición a las enfermedades infecciosas. **R1**

Las medidas generales de aplicación a todos los pacientes, sean o no de riesgo conocido, que se recomiendan son: **R1**

- Lavado de manos entre pacientes.
- Utilización de guantes y mascarilla.
- Proteger las heridas del profesional sanitario con apósitos impermeables.
- Utilizar siempre equipos de barrera como protección frente a salpicaduras.
- Utilizar, cuando sea posible, los dispositivos de un solo uso.
- Empleo de técnicas asépticas.
- Eliminar los instrumentos punzantes en contenedores adecuados.
- Desinfección y esterilización correcta de los instrumentos utilizados y de las superficies.

La vigilancia, prevención y control de la infección constituye una responsabilidad y un deber de todas las personas que trabajan en las USBD.

Para un manejo más operativo de la Guía se recogen en varios anexos los aspectos más detallados en relación a este capítulo. En el último se incluye la importancia de conocer la actitud y el protocolo a seguir por todo el personal de las USBD ante un accidente biológico así como las recomendaciones de profilaxis post-exposición más actualizadas.

Las principales medidas para el control de la infección en la práctica odontológica son:

- Procesamiento adecuado del material.
- Limpieza y desinfección de las superficies y equipos.
- Uso de medidas de barrera.
- Eliminación adecuada de los residuos.
- Inmunización del personal.
- Educación sanitaria al personal sanitario y al personal en riesgo.
- Realizar el seguimiento de las medidas preventivas para valorar si se realizan o no.

#### Actuaciones a realizar

Actuación	Contenido	Recursos necesarios
Medidas para minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en las USBD	<b>Anexo 1.</b> Precauciones Estándar. Lavado de Manos. Uso de Guantes. Inmunizaciones.	
Procedimientos de trabajo en la USBD	<b>Anexo 2.</b> Pautas generales. Medidas específicas / complementarias. Procedimientos rutinarios.	
Desinfección	<b>Anexo 3</b>	
Esterilización		

Control de la Calidad de esterilización		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores químicos (los llevan incorporados las bolsas sellables).</li> <li>• Indicadores biológicos: test de esporas en bolsas o cápsulas.</li> </ul>
Accidentes biológicos	<b>Anexo 4.</b> Normas generales. Profilaxis post-exposición al VHB. Profilaxis post-exposición al VIH.	Educación sanitaria. Ver Protocolo GESIDA.  Ver protocolo del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de EEUU.

#### Anexos

- **Anexo 1:** Medidas generales para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en las USBD.
- **Anexo 2:** Procedimientos de trabajo en las USBD. Actuaciones generales y específicas para la prevención y control de la transmisión de enfermedades infecciosas.
- **Anexo 3:** Limpieza, Desinfección y Esterilización del material e instrumental en las USBD.
- **Anexo 4:** Accidentes Biológicos.



### 13. Abreviaturas

- AAP: Academia Americana de Pediatría.
- ADA: Asociación Dental Americana.
- ADC: Asociación Dental Canadiense.
- AE: Atención Especializada.
- AEEH: Asociación Española para el Estudio de las Enfermedades del Hígado.
- AP: Atención Primaria.
- ASA: American Society of Anesthesiology.
- ATM: Articulación Temporo-mandibular.
- CAO: Dientes cariados, ausentes por caries y obturados respecto al número total de niños explorados.
- CF: Cubeta de flúor.
- CPI: Índice Periodontal Comunitario.
- D/d: Dientes definitivos / Dientes deciduos.
- EAPD: European Academy of Paediatric Dentistry.
- EMRRH: European Medical Risk Related History.
- EP: Embolia Pulmonar.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- EpS: Educación para la Salud.
- ET: Exclusión Temporal del puesto de trabajo.
- F: Flúor.
- FDA: Food and Drug Administration (USA).
- FDI: Federación Dental Internacional.
- GESIDA: Grupos de Estudio del SIDA.
- GINA: Global Initiative for Asthma.
- HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias.
- IB: Indicador Biológico de esterilización.
- ICDAS: Internacional Caries Detection and Assessment System.
- IHO: Instrucciones en Higiene Oral.
- IMAO: Inhibidores de la Mono-Amino-Oxidasa.
- IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IN: Infección Nosocomial.
- INR: Internacional Normalized Ratio. Ratio Internacional Normalizada.
- IQ: Indicador Químico de esterilización.
- ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.
- LCR: Líquido Cefalo-Raquideo.
- MM: Mieloma Múltiple.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONM: Osteonecrosis de los Maxilares.
- OMRB: Osteonecrosis Maxilar Relacionada con Bisfosfonatos.
- ORL: Otorrinolaringología.
- PCI: Parálisis Cerebral Infantil.
- PPE: Profilaxis post-exposición.
- PSBD: Programa de Promoción de la Salud Bucodental.
- SBD: Salud Bucodental.
- SECOM: Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- SEIMC: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
- SEIOMM: Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral.

- SEOMI: Sociedad Española de Odontología Mínimamente Invasiva.
- SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- SF: Sellado de Fisuras.
- SNC: Sistema Nervioso Central.
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- SITE: Servicio de Información Telefónica para la Embarazada.
- SVMFIC: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.
- TAO: Tratamiento con Anticoagulantes Orales.
- TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- TIA: Accidente Isquémico Transitorio.
- TVP: Trombosis Venosa Profunda.
- UC-SBD: Unidad Central de Salud Bucodental.
- UE-SBD: Unidad Especial de Salud Bucodental.
- USBD: Unidad de Salud Bucodental.
- VHB: Virus de la Hepatitis B.
- VHC: Virus de la Hepatitis C.
- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- ZBS: Zona Básica de Salud.

## 14. Anexos

### Anexos de la Guía 6.1: Manejo Conductual en Odontopediatría

#### Anexo 1: Técnicas de manejo conductual en la consulta

##### A. Decir-Mostrar-Hacer

Consiste en permitir que el paciente conozca con antelación los procedimientos que se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer (Decir), luego se le hace una demostración (Mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (Hacer). Se recomienda utilizarla continuamente durante la cita para lo cual es de utilidad un espejo de cara.

*Objetivo:* Disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente.

*Indicaciones:* Puede usarse en todos los pacientes.

*Contraindicaciones:* No esta contraindicada para ningún paciente. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal.

##### B. Control de Voz

Se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como la velocidad con la que se emite. No debe confundirse sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede implicar un aumento o una disminución del tono, por lo que muchas veces se habla en tono muy bajo al oído del niño/a.

*Objetivo:* Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

*Indicaciones:* Puede usarse en cualquier paciente. Es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y especialmente cuando se trata de un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad.

*Contraindicaciones:* Pacientes de muy corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.

##### C. Comunicación no verbal

Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.

*Objetivo:* Establecer comunicación con el paciente y controlar la forma en que percibe sus emociones.

*Indicaciones:* Puede usarse en todos los pacientes. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.

*Contraindicaciones:* Ninguna.

##### D. Refuerzo Positivo

Esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento adecuado. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente al sujeto. Generalmente se utiliza acompañada de las técnicas de Decir-Mostrar-Hacer y de Refuerzo Negativo. En cuanto a los premios o regalos al final de la cita son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente. Sin embargo no son condicionantes ya que no pueden ser utilizados inmediatamente.

*Objetivo:* Actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento correcto.

*Indicaciones:* Puede utilizarse en cualquier paciente.

*Contraindicaciones:* Ninguna.

## Anexo 2: Técnicas de manejo farmacológico con sedación ligera en AP

En el año 1985, la Academia Americana de Odontopediatría y la Academia Americana de Pediatría firmaron conjuntamente un documento titulado “*Guidelines for the elective use conscious sedation deep sedation, and general anesthesia in pediatric dentistry*”. Según esta Guía, antes de tomar la decisión de usar sedación consciente se deben de tener en cuenta los siguientes puntos:

- Otras alternativas para el manejo del comportamiento.
- Necesidades dentales del paciente.
- Calidad del cuidado dental.
- Desarrollo emocional del paciente.
- Consideraciones físicas del paciente.

Además, según esta guía, los objetivos de la sedación consciente son:

- Reducir o eliminar la ansiedad del paciente, así como hacer que se sienta seguro y confortable para poder realizar el tratamiento necesario.
- Reducir los movimientos y reacciones adversas durante el tratamiento.
- Aumentar la cooperación del paciente.
- Incrementar su tolerancia durante los tratamientos largos.

La técnica de sedación que puede utilizarse en el medio extrahospitalario es la sedación ligera que se realiza por vía oral y que, por su margen de seguridad y fácil administración, es la idónea para aquellos niños en los que el miedo y la ansiedad pueden disminuir su capacidad de colaboración.

Se emplea en aquellos pacientes con los que hemos podido llevar a cabo, aunque con una cierta dificultad, la exploración clínica y radiográfica, pero que en los que prevemos que para citas posteriores de tratamiento su colaboración va a disminuir. También se utiliza en los casos de comportamiento inadecuado en la primera cita de tratamiento.

Siempre debemos acompañar esta sedación oral de un manejo conductual adecuado.

La medicación se la van a administrar los padres por lo que debemos siempre explicarles bien cómo y cuándo tienen que darla y siempre por escrito.

Los fármacos que se recomiendan para su empleo en Atención Primaria, por su amplio margen de seguridad terapéutica y sus bajos efectos secundarios, son:

Fármaco	Hidroxicina (Atarax ®)	Diazepan
Características	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicosedativo menor derivado de la piperacina, que se presenta como clorhidrato de hidroxicina.</li> <li>• No es un depresor del SNC, pero suprime la actividad de algunos núcleos hipotalámicos y extiende su efecto al SNA.</li> <li>• Es un agente ansiolítico efectivo con pocas propiedades hipnóticas. Produce relajación muscular, es antiespasmódico y antiemético. También es antihistamínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármaco de amplio espectro con acción sobre el SNC, con potente efecto sedante.</li> <li>• Efecto ansiolítico, anticonvulsivante, sedante, hipnótico, relajante muscular.</li> <li>• Ventaja: existencia de fármacos antagonistas: Flumacenilo.</li> </ul>
Farmacocinética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VO: efecto a los 30 minutos.</li> <li>• Duración del efecto 5-6 horas.</li> <li>• Metabolismo hepático y excreción urinaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VO: efectos a las 1-2 horas.</li> <li>• Duración del efecto hasta 6-8 horas.</li> <li>• Metabolismo hepático y excreción urinaria.</li> </ul>
Posología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 1 mg /Kg de peso en niños.</li> <li>◦ Para niños de más de 40 Kg: 25 mg.</li> </ul> </li> <li>• Se recomienda administrarlo en dosis divididas para mantener un nivel en sangre estable y efectivo.</li> <li>• Tiene un gran margen de seguridad terapéutica, y no es necesario ser muy estricto con la dosis en relación con el peso.</li> <li>• Se dará 1 dosis la noche antes.</li> <li>• Y una segunda dosis la mañana de la cita al menos 1 hora antes. En niños muy temerosos se puede dar una dosis 2 horas antes y otra 1 hora antes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 0,2-0,4 mg/Kg peso.</li> <li>◦ Para niños de mas de 40 Kg: 5 mg.</li> </ul> </li> <li>• Se recomienda administrarlo en dosis divididas para mantener un nivel en sangre estable y efectivo.</li> <li>• Se dará 1 dosis la noche antes.</li> <li>• Y una segunda dosis la mañana de la cita al menos 2 horas antes.</li> </ul>

Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños tímidos, ansiosos y aprensivos, como premedicación.</li> <li>Niños en edad preescolar y escolares jóvenes (6-7 años).</li> <li>Niños con problemas conductuales.</li> <li>Niños hiperactivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por su efecto antiespástico es muy efectivo en pacientes con PCI y atetosis.</li> <li>Indicado en pacientes epilépticos.</li> <li>Cuidado en pacientes con problemas cardiorrespiratorios graves.</li> </ul>
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Somnolencia transitoria.</li> <li>Posible sequedad de boca.</li> <li>Acción potenciadora de otros fármacos depresores del SNC</li> <li>A dosis muy elevadas actividad motora involuntaria.</li> <li>En pacientes epilépticos, convulsiones raras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Somnolencia y salivación disminuida</li> <li>Vértigo.</li> <li>Reacciones paradójicas de hiper-excitabilidad, hiper-motilidad y comportamiento agresivo en niños pequeños, ancianos y pacientes debilitados.</li> <li>A dosis muy elevada, debilidad muscular.</li> <li>En sobredosis, depresión respiratoria.</li> <li>Lenta recuperación.</li> <li>Interacción con otros fármacos depresores del SNC.</li> </ul>
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimidos de 25 mg.</li> <li>Jarabe 10 mg / 5 ml.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprimidos de 2,5 y 10 mg.</li> <li>Gotas 2mg / ml.</li> </ul>





Anexos de la Guía 6.2: Revisiones Infantiles y EpS en Consulta

Anexo 1: Consentimiento informado para la inclusión en el PSBD



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DEL PSBD

D. / Dña..... con domicilio en ..... y con DNI ..... como PADRE / TUTOR (táchese lo que no proceda) de ..... leo y, si lo estimo conveniente, firmo el presente documento que me entrega el / la Dr./Dra ..... para mi información y como explicación de la asistencia sanitaria que precisa mi hijo/a.  
En consecuencia **DECLARO QUE:**

- Con la claridad y extensión que he necesitado he sido informado de que la inclusión de mi hijo/a en este programa preventivo tiene como finalidad la mejora de su estado de salud bucodental.
- Se me ha explicado que, si el dentista que le atiende lo considera necesario, puede ser útil realizar algún tipo de exploración radiográfica como la radiografía de aleta de mordida o la ortopantomografía, pruebas para las que también doy mi consentimiento.
- También se me ha advertido de que puede ser necesario utilizar anestesia local para llevar a cabo alguno de los tratamientos (EMPASTES Y EXTRACCIONES), y si bien he comprendido que no suele ocurrir más que en muy escasas ocasiones, entiendo que existe la posibilidad de sufrir algún tipo de accidente a consecuencia de su empleo, como reacciones alérgicas, cardiovasculares o lesiones derivadas del uso de una aguja, cuyo riesgo asumo.
- Se me ha informado de que el empleo de anestesia local produce insensibilidad en la zona anestesiada que desaparecerá de forma espontánea en 2 o 3 horas, período durante el cual mi hijo/a deberá tener especial cuidado para evitar morderse la lengua, el labio o los carrillos mientras persista la sensación de adormecimiento.
- Además me ha sido explicado todo el procedimiento previsto, desde su inicio hasta la finalización del mismo, y expreso mi total confianza en el profesional encargado de realizarlo.
- Comprendo que los materiales empleados tanto para realizar el sellado de las fosas y fisuras en los dientes sanos, como para la obturación (empaste) de los dientes cariados, pueden, de forma excepcional, provocar algún tipo de reacción alérgica que podría suponer un riesgo para la salud y que obligaría a su sustitución.
- En el caso de la fluoración tópica también es posible, aunque excepcional, la aparición de reacciones alérgicas. Son más frecuentes, pero aún así muy raros, efectos adversos gastrointestinales como náuseas o vómitos de pocas horas de duración, que no suelen precisar tratamiento.
- Se me ha explicado también que los selladores de fisuras tienden a desgastarse con la masticación y que es habitual la necesidad de reponerlos al cabo del tiempo. Lo mismo puede ocurrir, aunque con menor frecuencia y a más largo plazo, con los empastes.



- Respecto a los empastes me han sido expuestas las siguientes situaciones adversas que pueden, aunque no siempre, ocurrir una vez finalizado el tratamiento:
  - Al principio la sensibilidad al frío o al calor puede ser mayor que antes del tratamiento. Estas molestias desaparecerán espontáneamente al cabo de unos días.
  - Molestias leves en la encía debidas al aislamiento con el dique de goma o al acuñamiento, que desaparecen en pocos días.
  - En ocasiones poco frecuentes, pulpitis del diente tratado, sobre todo en caries profundas y dientes con historia previa de empastes, que precisará de medicación y seguimiento. Si la pulpitis generada es irreversible será necesario un tratamiento pulpar (endodoncia) de ese diente.
- Se me ha informado de que tanto los guantes como los diques de goma pueden estar fabricados con látex y por tanto si mi hijo/a es alérgico/a a ese material o a cualquier otro lo he comunicado a los profesionales que me atienden.
- También he puesto en conocimiento de estos profesionales cualquier antecedente médico de interés que pueda tener mi hijo/a para que se tomen todas las medidas necesarias para llevar a cabo cualquier tratamiento sin riesgo para su salud.
- Entiendo que todas estas actuaciones que me son facilitadas desde el Sistema Público de Salud son sólo una parte de las medidas que mi hijo/a necesita para mantener su boca sana, y que si él/ella no controla su alimentación y su cepillado de forma adecuada no alcanzarán el éxito que esperamos.
- Me comprometo, además, como responsable de la salud de mi hijo/a, a fomentar y supervisar las medidas de prevención que le han recomendado los profesionales sanitarios y a acudir a las revisiones periódicas y a las citas de tratamiento que le han sido pautadas.

Una vez comprendida la información expuesta y tras recibir por parte del dentista cuantas aclaraciones he precisado, DOY MI CONSENTIMIENTO para realizar las medidas de diagnóstico, prevención y tratamiento incluidos en el Programa de Promoción de la Salud Bucodental de Asturias.

Centro de Salud de ..... a ..... de ..... de 20 .....

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL

FIRMA DEL DENTISTA

En cualquier momento puedo revocar este consentimiento sin dar explicaciones de mis motivos

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PREVIO**

He decidido, en la fecha ..... de ..... de 20 ....., no continuar con las actividades del PSBD, lo que anula mi consentimiento previo para el mismo.

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL

FIRMA DEL DENTISTA



Anexo 2: Informe del estado de salud oral del niño/a incluido/a en el PSBD.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN REALIZADA (PSBD)

Nombre ..... nacido el ..... atendido en el centro de salud de ..... a través del Programa de Promoción de la Salud Bucodental de Asturias, presenta el siguiente estado de salud oral:

- Dieta .....
- Higiene oral .....
  - No se detectan problemas de salud oral.
  - Caries en los dientes .....
  - Inflamación de las encías .....
  - Alteraciones de la oclusión .....

Por lo que, además de las revisiones periódicas que hará en nuestra Unidad de Salud Bucodental hasta los 14 años, precisa de la siguiente atención odontológica:

- No precisa ningún tratamiento, ya que al practicar un adecuado control de placa y una dieta libre en general de productos azucarados mantiene una boca sana.
- Sellado de fisuras en los molares ..... para evitar la aparición de caries en esos lugares. La cita para realizar estos sellados será .....
- Obturaciones (empastes) en los dientes ..... que se realizarán en esta consulta en la fecha .....
- Tartrectomía (limpieza bucal profesional), que se realizará en esta consulta en la fecha .....
- Fluoración tópica cada 6 meses hasta reducir el riesgo de caries detectado. Próxima fluoración .....
- Exodoncia (extracción dentaria) de los dientes de leche ..... el día .....
- Exodoncia (extracción dentaria) de los dientes definitivos ..... el día .....
- Derivación a la Unidad Central de Salud Bucodental para realizar los siguientes tratamientos .....
- Otros tratamientos odontológicos ..... que deberán ser realizados en una consulta privada de odontología.

Se le recomienda, además de evitar las bebidas y alimentos azucarados entre las comidas, las siguientes medidas:

- El empleo habitual de una pasta fluorada de contenido, al menos, de (.....) ppm de flúor.
- Utilizar un colutorio (enjuague) de flúor semanal, durante 2 minutos, según se le ha indicado.
- Un cepillado según la técnica que se le ha enseñado en consulta de 2-3 minutos de duración después de cada una de las comidas, o al menos 2 veces al día.
- Uso de la seda dental por las noches, después del último cepillado del día.
- Empleo del revelador de placa según las instrucciones que le han sido explicadas.
- Gotas de flúor (.....) gotas, a diario después del último cepillado del día, hasta conseguir reducir el riesgo de caries.

En ....., a ..... de ..... de 20 .....

Doctor / Doctora: Nombre ..... Apellidos .....

Firma:

### Anexo 3: Cepillo y seda

#### A. Cuándo cepillarse

- El cepillado habitual se iniciará desde la erupción de los dientes con una gasa humedecida en agua. En los menores de 3 años se realizará sin pasta dentífrica y con la ayuda de los padres, hasta que los niños/as adquieran la habilidad suficiente (8-9 años) para eliminar correctamente la placa mediante el cepillado.
- El cepillado debe realizarse como mínimo 2 veces al día, si es posible después de cada comida y siempre de forma inmediata. Es fundamental antes de acostarse, ya que durante el sueño todos los mecanismos de protección (saliva, movimientos de mejillas, etc.) se encuentran en reposo y por tanto inactivos.
- El cepillado debe realizarse durante 3 minutos con el cepillo manual y 2 minutos con el cepillo eléctrico.

#### B. Uso correcto del cepillo dental

- Características adecuadas del cepillo:
  - Cabeza pequeña, para que pueda acceder a todas las zonas.
  - El mango debe ser recto para hacerlo más fácilmente manejable.
  - Cerdas o penachos sintéticos de dureza media o suave, ya que por su flexibilidad son más eficaces, y de extremos redondeados.
  - Preferentemente con capuchón para evitar la contaminación con gérmenes del baño provenientes sobre todo de los aerosoles generados en las cisternas.
- Los cepillos deben desecharse siempre que sus penachos queden abiertos y no permitan un barrido adecuado de todas las partes de la boca. El recambio habitual será cada 3 meses aproximadamente.
- También es importante cambiar el cepillo de dientes después de un resfriado, gripe o infección bucal o de garganta, debido a que los gérmenes pueden perpetuarse en las cerdas del cepillo y reactivar la infección.
- No mojar el cepillo antes de cepillarse.
- La cantidad de pasta no debe superar los 0,25 gr., es decir no debe superar el tamaño de un guisante.
- En niños menores de 5 años:
  - Concentración máxima de flúor de 500 ppm.
  - Evitar dentífricos con sabores muy atractivos.
  - El cepillado debe de estar **siempre supervisado por los padres para controlar** que el niño escupe y se enjuaga vigorosamente
- Se recomienda realizar el cepillado manual siguiendo los siguientes pasos, y en el orden de exposición que se indica:
  1. **Superficies externas de los dientes:** se coloca el cepillo en la unión encía-diente con un ángulo de 45°, y se realizan movimientos de barrido unidireccionales hacia los bordes dentales (“siempre de lo rojo a lo blanco”, rojo = encía; blanco = diente).
  2. **Superficies internas de los dientes:** en premolares y molares realizamos los mismos movimientos de barrido unidireccionales desde la encía hacia los bordes dentales; en incisivos y caninos cambiamos la dirección del cepillo situándolo en posición vertical y realizamos por las caras internas de estos dientes los mismos movimientos de barrido unidireccional desde la encía hacia el borde dental.
  3. **Superficies masticatorias:** colocamos los filamentos del cepillo perpendicularmente a las superficies de masticación de los premolares y molares, y realizaremos movimientos de barrido bi-direccionales de atrás hacia delante y desde adelante a atrás.
  4. Por último limpiaremos también la **lengua y las caras internas de los carrillos.**
  5. Una vez acabado el cepillado se debe escupir el exceso de pasta sin enjuagarse con agua, para aumentar el tiempo de contacto del flúor que aporta el dentífrico con los dientes.

#### C. Marcas comerciales de cepillos infantiles por edades

Edad	Marca Comercial
De 0 a 2 años	Stage 1 de Oral -B
De 2 a 5 años	Petit de PHB
	Stage 2 de Oral -B

De 6 años en adelante	PHB junior
	Vitis junior
	Lacer junior
	Kin junior
	Lacer junior
	Colgate smiles
	Stage 3, 4 de Oral-B
	Gum cepillos infantiles

#### D. Cepillos eléctricos por fabricante

- I. BRAUN ORAL-B. Soluciones para el cuidado y salud dental  
[http://www.oralb.com/es-ES/products/default.aspx#f=0\\_2&overlay=&s=&rd=](http://www.oralb.com/es-ES/products/default.aspx#f=0_2&overlay=&s=&rd=)
  - Cepillo Eléctrico Oral-B Triumph 5000 Wireless SmartGuide.
  - Cepillo Eléctrico Oral-B Triumph 4000.
  - Cepillo Eléctrico Oral-B Professional Care 3000.
  - Cepillo Eléctrico Oral-B Professional Care 2000.
  - Cepillo Eléctrico Oral-B Professional Care 550.
  - Cepillo Eléctrico Recargable Oral-B Professional Care 500.
  - Cepillo de dientes Oral-B AdvancePower 450 TX.
  - Oral-B Sonic Complete S-320 Deluxe.
  - Cepillo de Dientes Eléctrico Oral-B ProfessionalCare 8900.
  - Cepillo de Dientes Eléctrico Oral-B Vitality White + Clean.
  - Cepillo de Dientes Eléctrico Oral-B ProfessionalCare 9500.
  - Oral-B ProfessionalCare 6500.
  - Cepillo de Dientes Eléctrico Oral-B ProfessionalCare 9900.
  - Oral-B Vitality Precision Clean.
  - AdvancePower 900 Niños.
  - Oral-B Vitality Dual Clean.
  - Oral-B ProfessionalCare 8500.
  - Oral-B CrossAction Power.
- II. PHILIPS: Tienda on line de Philips. Cuidado bucal.  
[http://tienda.philips.es/store/rpeeub2c/es\\_ES/DisplayDecisionPage/categoryID.20585400s\\_kwid=TC|15915|cepillos%20dentales%20philips|S||3476068501#](http://tienda.philips.es/store/rpeeub2c/es_ES/DisplayDecisionPage/categoryID.20585400s_kwid=TC|15915|cepillos%20dentales%20philips|S||3476068501#)
  - Cepillo dental sónico recargable HX6932.
  - Cepillo dental sónico recargable FlexCare HX6902/02.
  - Cepillo dental sónico recargable HealthyWhite HX6731/02.
  - Cepillo dental sónico recargable HealthyWhite HX6711/02.
  - Cepillo dental eléctrico recargable HX1630.
  - Cepillo dental eléctrico recargable HX1622.
  - Cepillo dental eléctrico recargable HX1610.
- III. PHB LABORATORIOS DE PREVENCIÓN E HIGIENE BUCAL S.L.  
<http://www.phb.es/esp/recarg.htm>
  - PHB Cepillo eléctrico recargable CLINIC.
- IV. AEG:  
<http://www.pixmania.com/es/es/2628987/art/aeg/cepillo-de-dientes-aeg.html>
  - Cepillo de dientes AEG.

#### E. Limpieza interdental

- Se recomienda el uso de la seda o cinta dental con flúor para completar el circuito de higiene en aquellos lugares en los que no es eficaz el cepillo.
- El uso de la seda dental se realizará una vez al día, por la noche.
- El uso de la técnica del hilo dental se podrá aconsejar desde los diez años, siendo necesario un estrecho control para evitar lesiones gingivales.
- Técnica de aplicación de la seda dental:
  1. Se toman 50 cm de hilo, aproximadamente, que son enrollados en su mayor parte en el dedo medio de la mano derecha. El resto es enrollado de la misma manera en el dedo medio de la mano izquierda, donde se irá recogiendo el hilo sucio ya usado, desenrollando al mismo tiempo la parte correspondiente al dedo de la mano que contiene el hilo limpio.

2. Se tensan unos 2 cm de hilo entre ambos pulgares. Manteniendo el hilo tirante, con los pulgares en los dientes maxilares y con los índices para los dientes mandibulares, se desliza suavemente entre los dientes, teniendo cuidado de no dañar las encías.
3. Se curva el hilo alrededor de cada diente formando una "C" y se mueve despacio hacia arriba y hacia abajo por los laterales de cada diente. Se desenrolla otro trozo a medida que va pasando de un diente a otro.

#### F. Sedas dentales por fabricante

- I. ORAL-B. soluciones para el cuidado y salud dental.  
[http://www.oralb.com/es-ES/products/default.aspx#f=0\\_5&overlay=&s=&rd=](http://www.oralb.com/es-ES/products/default.aspx#f=0_5&overlay=&s=&rd=)
  - ORAL-B ESSENTIAL FLOSS.
  - ORAL-B SATIN FLOSS.
  - ORAL-B SATIN TAPE menta.
  - ORAL-B ULTRA FLOSS menta.
  - ORAL-B seda dental con cera.
  - ORAL-B seda dental sin cera.
  - ORAL-B SUPER FLOSS.
- II. PHB.Laboratorios de prevención e higiene bucal SL.  
<http://www.phb.es/esp/hilodentalprod.htm>
  - PHB hilo dental con flúor y menta.
- III. VITIS. DENTAID.COM  
[http://www.dentaid.com/microsites\\_dentaid/encias/index.htm](http://www.dentaid.com/microsites_dentaid/encias/index.htm)
  - VITIS seda dental con cera.
  - VITIS seda dental sin cera.
  - VITIS cinta dental con flúor y menta.
- IV. LACER Especialistas en salud SBD  
<http://www.lacerodontologia.com/producto.php?id=14>
  - LACER seda dental con cera, flúor y triclosan.
  - LACER cinta dental con flúor y triclosan.
  - LACER hilo dental con flúor y triclosan
- V. PAROGENCYL FARMACIA.es. FARMACIA ON LINE.  
<http://www.farmacia.es/cuidado-higiene-belleza/bucal/seda-dental/parogenicyl-seda-dental/>
  - PAROGENCYL seda dental para encías sensibles
- VI. JORDAN FARMACIA.es. FARMACIA ON LINE.  
<http://www.farmacia.es/cuidado-higiene-belleza/bucal/seda-dental/seda-dental-p3.html>
  - Seda dental JORDAN ACTIVE CARE.
  - Seda dental JORDAN EASY SLIDE.
- VII. GUM. FARMACIA.es. FARMACIA ON LINE:  
<http://www.farmacia.es/cuidado-higiene-belleza/bucal/seda-dental/seda-dental-p3.html>
  - Seda dental GUM sin cera.
  - Seda dental GUM con cera.
  - Seda dental GUM con cera y menta
  - Seda dental GUM blanqueadora

#### Anexo 4: Visualización de la placa

En condiciones habituales la placa no es visible. El interés de poderla visualizar se debe a que permite el perfeccionamiento y control de la técnica de cepillado. Los reveladores de placa son sustancias que la tiñen y la hacen visible.

Los procedimientos para conseguir esta visualización son diversos colorantes que pueden emplearse solos o en combinación, tales como:

- Eritrosina (en forma de tabletas o soluciones).
- Fucsina básica (tabletas o soluciones).
- Colorantes alimenticios. Un método casero puede ser el añadir 3 gotas de colorante alimentario de uso culinario en una cucharadita de agua.

#### Técnica:

La técnica a realizar será la misma en la consulta que en el domicilio, teniendo siempre presente que el producto no debe ser ingerido. Según el tipo de revelador empleado consiste en:

- Si se utilizan **tabletas**, se le pide al paciente que mastique una durante 1 minuto, haciendo que se mez-

de con la saliva; ésta debe hacerse pasar por todos los dientes y por todas sus superficies. El paciente se enjuaga con agua y posteriormente puede visualizar la placa ante un espejo.

- En el caso de **soluciones** se colocan 2-3 gotas en la punta de la lengua y se pide al paciente que la pase por todas las superficies de los dientes. Es posible utilizar los colorantes en solución aplicándolos sobre los dientes con una torunda de algodón, por ejemplo, en niños y pacientes discapacitados.
- Con los **colorantes alimenticios**, si éstos han sido disueltos, el paciente se debe enjuagar la boca con ellos.

Para realizar un control de placa, es conveniente utilizar el revelador de placa después del cepillado para que el paciente pueda determinar en qué dientes o superficies dentarias persiste la placa después de cepillarse, de forma que pueda mejorar su técnica.

#### Pautas de control:

- 1ª semana: Efectuar un control cada noche para conocer el lugar donde es más frecuente la acumulación de placa.
- 2ª y 3ª semana: Generalmente es suficiente realizar un control cada 2 ó 3 días.
- Posteriormente es aconsejable efectuar comprobaciones puntuales 1 ó 2 veces por semana.

#### Anexo 5: Consejo dietético

Como recomendaciones dietéticas generales se establecen las siguientes:

- Evitar el consumo de alimentos, bebidas azucarados y “aperitivos” entre las comidas. Deben tenerse en cuenta también aquellos medicamentos que son administrados con frecuencia, ya que en su composición incluyen azúcares.
- Concentrar este tipo de alimentos en las comidas principales del día.
- Al ser prácticamente imposible eliminarlos todos de la dieta pueden ser sustituidos por alimentos con edulcorantes que no producen caries como el xilitol, sorbitol, manitol, lactitol, isomalt y eritritol. El xilitol además se ha demostrado eficaz en la reducción de los niveles de bacterias cariogénicas.
- Se deben tener en cuenta los factores que condicionan el poder cariogénico de los alimentos:
  - La **consistencia y adhesividad** de los alimentos que contienen azúcar. Cuanto más adherente, mayor será su capacidad de desarrollar la enfermedad.
  - **Momento del día** en el que se ingieren. Los alimentos azucarados tomados durante las comidas son menos peligrosos que los que se toman entre las comidas, siendo el peor momento antes de irse a dormir, puesto que, durante el sueño, todos los mecanismos, bucales de defensa están prácticamente en reposo.
  - **Frecuencia** con que se ingieren. Este es uno de los factores más importantes, pues el tomarlos juntos representa una sola exposición, mientras que tomarlos de modo discontinuo representa sucesivas exposiciones.
  - Escala de alimentos peligrosos por su potencial cariogénico (de más a menos):
    1. Alimentos adhesivos que contienen azúcar, consumidos **entre** las comidas.
    2. Alimentos adhesivos que contienen azúcar, consumidos **durante** las comidas.
    3. Alimentos líquidos que contienen azúcar, consumidos **entre** las comidas.
    4. Alimentos líquidos que contienen azúcar, consumidos **durante** las comidas.
    5. Alimentos sin azúcar.



El símbolo del “DIENTE FELIZ” es la guía para productos garantizados de TOOTHFRIENDLY INTERNATIONAL®. El “diente feliz” es utilizado en dulces que no tienen riesgo para la caries, demostrado a partir de una prueba científica de PH.

Los dulces de TOOTHFRIENDLY o DIENTE FELIZ no contienen azúcar, por lo tanto, son convenientes para “picar” entre horas y estimular el flujo salival, favoreciendo la remineralización natural.



Anexos de la Guía 6.3: Empleo del Flúor

Anexo 1: Dosis de flúor sistémico recomendadas en pacientes de alto riesgo

A. Recomendaciones hechas por la ADA (Asociación Dental Americana) y la AAP (Academia Americana de Pediatría):

Edad	Concentración de flúor en el agua en ppm o mg/l		
	< 0,3 ppm = Asturias	< 0,3 a 0,6 ppm	> 0,6 ppm
6 meses a 3 años	0,25 mg	0 mg	0
3 años a 6 años	0,50 mg	0,25 mg	0
6 a 16 años	1 mg	0,50 mg	0

B. Recomendaciones hechas por EAPD (Academia Europea de Odontología Pediátrica) y la ADC (Asociación Dental Canadiense):

Edad	Concentración de flúor en el agua en ppm o mg/l		
	< 0,3 ppm = Asturias	0,3 a 0,6 ppm	> 0,6 ppm
6 meses a 3 años	0,25 mg	0	0
3 años a 6 años	0,50 mg	0	0
6 a 16 años	1 mg	0	0

Administrar siempre a la misma hora y 30 minutos antes o después de las comidas. La única posibilidad de empleo del flúor sistémico es a través de las gotas FLÚOR LACER® (gotas de 0'05 mg/gota). Se han dejado de comercializar los comprimidos y las tabletas.

Anexo 2: Factores de riesgo de caries en la infancia modificado a partir de los grupos de consenso americano, canadiense y europeo (pediatría)

1. Factores Nutricionales
  - a. Afectación nutricional prenatal:
    - Infecciones graves o déficit nutricional importante en el tercer trimestre gestacional.
    - Ingesta de tetraciclinas por la madre.
    - Prematuridad.
  - b. Afectación nutricional postnatal:
    - Insuficiente ingestión de calcio, fosfatos y flúor.
    - Hábitos alimentarios inadecuados:
      - Chupetes o tetinas endulzados.
      - Biberón endulzado para dormir.
      - Bebidas con azúcares ocultos (carbónicas, zumos).
      - Consumo de jarabes endulzados frecuentes.
      - Ingestión frecuente de azúcares.
2. Factores relacionados con la higiene dental
  - a. Alteraciones morfológicas de la cavidad oral:
    - Malformaciones oro-faciales.
    - Uso de aparatos de ortodoncia.
  - b. Deficiente higiene oral:
    - Mala higiene oral o personal de los padres y hermanos.

- Incorrecta eliminación de la placa bacteriana.
  - Minusvalías psíquicas importantes.
- Factores asociados con Xerostomía:
    - Hipertrofia de vegetaciones adenoideas y otras situaciones que conducen a una respiración bucal.
    - Anti-colinérgicos.
    - Síndrome de Sjögren.
    - Displasia ectodérmica.
  - Enfermedades en las que hay alto riesgo de manipulación dental:
    - Cardiopatías.
    - Inmunosupresión, incluyendo VIH.
    - Hemofilia y otros trastornos de la circulación.

### Anexo 3: Fluorosis

#### Definición

La fluorosis dental es un defecto en la formación del esmalte. El flúor aportado en altas concentraciones a lo largo del período de desarrollo del diente provoca un defecto en la estructura y mineralización de la superficie ofreciendo éste un aspecto poroso, de color tiza, sin brillo.

Para que aparezca fluorosis en los dientes son condiciones indispensables:

1. Un consumo diario excesivo de flúor, aproximadamente por encima de 2 mg/litro de forma prolongada, durante varios años.
2. Que el consumo coincida con el período de formación de los dientes (desde la gestación hasta los ocho años de edad).

El flúor ingerido por vía sistémica en altas concentraciones y de forma constante a lo largo del período de formación y calcificación del diente, cuando aún éste no ha erupcionado, altera el metabolismo del ameloblasto, creando éste una matriz defectuosa que se manifiesta clínicamente como una hipoplasia o defecto del esmalte dental. Por esta razón nunca aparecerá fluorosis dental una vez el esmalte esté formado.

Si el nivel de exposición al flúor es relativamente constante, todas las superficies de un diente dado se afectarán por igual. Las lesiones son simétricas a ambos lados de la línea media. Los dientes cuyo proceso de mineralización es más corto se afectan menos, mientras que los que tardan más en mineralizarse se afectan más severamente.

#### Prevalencia a los 12 años de edad

La observación que hay que hacer respecto de la fluorosis es la enorme dificultad diagnóstica de esta patología en los estudios epidemiológicos, sobre todo en lo relativo al diagnóstico diferencial con otros procesos, ya que no se puede contar con aire comprimido para el secado de los dientes.

Teniendo en cuenta esta limitación, en la Encuesta de Salud Oral en España del 2005 se observa que la prevalencia de estos procesos es baja (14,4%). Si analizamos a qué códigos corresponden los casos detectados, observamos que en la inmensa mayoría de ellos, los códigos de fluorosis asignados son «discutibles» o «muy ligeros». Tan sólo en el 0,2% de la muestra se detecta algún grado de fluorosis moderada. Ni el sexo, ni el nivel social ni el domicilio del sujeto tienen influencia en la distribución de la fluorosis dental. Sin embargo en relación al país de nacimiento observamos una mayor prevalencia de fluorosis dental en los nacidos fuera de España.

#### Aspecto clínico de la fluorosis dental.

La gravedad dependerá de la concentración de flúor ingerida y de la duración de la exposición a la dosis tóxica. Así pueden aparecer desde manchas opacas blanquecinas distribuidas irregularmente sobre la superficie de los dientes, en el caso de concentraciones bajas, hasta manchas de color marrón acompañadas de anomalías del esmalte en forma de estrías transversales, fisuras o pérdidas del esmalte similares a las causadas por abrasión y debidas a fragilidad del esmalte, en la exposición a mayores concentraciones.

En las formas más severas de fluorosis dental el diente erupciona totalmente blanco como tiza, pero su aspecto puede variar con el tiempo. Este esmalte, muy débil debido a la hipomineralización, puede romperse con las fuerzas masticatorias y se expone un esmalte subyacente más poroso, con tendencia a teñirse, apareciendo las manchas marrones difusas.

Este daño varía desde pequeños agujeros redondeados a bandas de mayor pérdida de superficie e incluso, de toda la superficie del diente.

De menor a mayor gravedad, los cambios que podemos apreciar en los dientes pueden ser:

- Finas líneas blancas opacas.
- Lesiones de color marrón difusas.
- Esmalte completamente blanco con aspecto de tiza.
- Pérdida de la superficie del esmalte.

#### Diagnóstico diferencial.

No hay que confundir la fluorosis con otras opacidades del esmalte no inducidas por el flúor como:

- Lesión de caries temprana.
- Amelogénesis y dentinogénesis imperfecta.
- Hipoplasia del esmalte.
- Tinción por tetraciclinas.

Diagnóstico	Fluorosis	Opacidades del esmalte
Área afectada	Todas las superficies del diente están afectadas.	Normalmente limitada a superficies lisas y de extensión limitada.
Forma de la lesión	Líneas que se fusionan, con aspecto nublado. En las cúspides y los bordes incisales imagen de "cumbre nevada".	Redonda u oval.
Delimitaciones	Distribución difusa sobre toda la superficie del esmalte.	Claramente diferenciada del esmalte adyacente.
Color	Líneas o manchas blancas, opacas, de color tiza; a veces marrones.	De blanco opaco o amarillo-cremoso a rojizo-naranja en el momento de la erupción.
Dientes afectados	Siempre son dientes homólogos. Cuanto más tardía sea la erupción mayor será la afectación (más en premolares y 2º molares que en incisivos y 1º molares).	En superficies labiales de dientes aislados, a veces homólogos. Cualquier diente puede estar afectado pero es más frecuente en los incisivos.

#### Anexo 4: Toxicidad aguda del flúor

*Etiología:* ingestión accidental de comprimidos.

*Sintomatología:* náuseas, vómitos e hipersalivación, convulsiones, arritmia cardíaca y muerte por parálisis respiratoria.

*Dosis:*

- DLC: dosis letal cierta = 15 mg/kg.
- DTP: dosis tóxica probable = 5 mg/kg. Con esta dosis se impone un tratamiento de urgencia

*Tratamiento:*

- provocar el vómito lo antes posible.
- dar leche o antiácidos para retrasar la absorción.
- si se ha sobrepasado la DTP debe remitirse el paciente a un centro hospitalario para realizarle un lavado de estómago y la perfusión IV de gluconato cálcico.

*Medidas preventivas:* correcta educación sanitaria de los padres para que controlen la utilización de productos fluorados y para que no dejen los preparados al alcance de niños.

#### Anexo 5: Toxicidad crónica del flúor

*Etiología:* consumo diario excesivo de flúor por encima de 2 mg/litro (20 gotas o 2 comprimidos de 1mg) de forma prolongada, varios años. 1 ppm equivale a 1 mg/l.

*Sintomatología según la dosis:*

- > 2 ppm: fluorosis dental.
- > 8-10 ppm: fluorosis esquelética caracterizada por una hipermineralización de los huesos, formación de exóstosis y calcificación de ligamentos y cartílagos que pueden llegar a causar deformidades en los casos graves. Es muy poco frecuente y está limitada a las poblaciones que ingieren altas dosis de flúor en el agua de bebida.

*Tratamiento:*

- No tomar aguas fluoradas o suplementos sistémicos de flúor.
- En las zonas donde el agua está excesivamente fluorada se aconseja aplicar sistemas de de-fluoración.

### Anexo 6: Contenido de flúor en las leches maternizadas

Marca de leche	Cantidad de flúor ppm (mg/l)
Adapta 90 (Sandoz)	0,52
Modar 1 (Sandoz)	0,52
Modar 2 (sandoz)	0,50
Blemil 1 plus	0,50
Diarical (sin lactosa) (Sandoz)	0,48
Damira (Sandoz)	0,27
Nidina 2 (Nestlé)	0,14
Nativa 2 (Nestlé)	0,14
Nativa 1 (Nestlé)	0,13
Nidina 1 (Nestlé)	0,13
Al 110 (Nestlé)	0,13
Blemil 1	0,11
Blemil 2	0,11
Puleva 2	0,07
Aptamil 2 (Milupa)	0,07
Aptamil 1 (Milupa)	0,06
Nutriben sma natal (Nutribén)	0,06

### Anexo 7: Productos de farmacia que contienen flúor

Flúor sistémico	
Flúor lacer (gotas)	0,05 mg/gota
Presentaciones farmacéuticas que contienen flúor	
Magnesium pyre (magnesio-fluoruro)	0,5 mg/comprimido
Magnogene (magnesio-fluoruro)	0,34 mg/gragea
Polivitaendil-mineral-sodio (fluoruro)	50 mcgr
Pantobionta (sodio-fluoruro)	25 mcgr/gragea
Ossopan (flúor)	0,0017 Por 100
Vitagama flúor (gotas)	0,5 mg/ml
Hidropolivit mineral (compr. Masticables)	0,01 mg/comprimido
Multibionta mineral (grageas)	0,025 mg/gragea
Pharmaton complex (cápsulas)	0,2 mg/cps
Vitalalter (sobres)	0,125 mg/sobre
Calcinatal (grageas) (fluoruro cálcico)	0,12 mg/gragea

### Anexo 8: Alimentos ricos en flúor

- Zumos de frutas: los de uva tienen un alto contenido.
- Cereales secos: tienen un alto contenido (1220 microgramos/kg).
- Preparados de pollo deshuesado habituales en los establecimientos de comida rápida (5000 microgramos/kg).
- Soja: 130 microgramos/kg.
- Berro: 100 microgramos/kg.
- Arenque ahumado: 350 microgramos/kg.
- Bacalao fresco: 700 microgramos/kg.
- Huevo: 120 microgramos/kg.
- Té: 200 microgramos/kg.

## Anexo 9: Contenido de Flúor en los dentífricos

### a. Formas de presentación:

- Fluoruro de sodio (el más usado y el más barato).
- Fluoruro de aminas.
- Fluoruro de estaño.
- Monofluorofosfato de sodio.

Se obtiene una mayor reducción de la caries con los dos primeros.

### b. Concentraciones más utilizadas:

- 5000 ppm: en geles que se emplean en adultos de alto riesgo con flujo salival disminuido, recesión gingival y caries radiculares.
- En Europa el nivel máximo recomendado es de 1500 ppm.
- La concentración más utilizada es la de 1000 ppm.
- En niños menores de 5 años se recomienda concentraciones de hasta 500 ppm. La mayoría de los estudios indican que a estas edades los niños ingieren entre un 20% y un 30% de la pasta.

### c. Efectividad:

- Aumenta la concentración de flúor en la saliva entre 100 y 1000 veces volviendo a los niveles basales en 1 ó 2 horas.
- La reducción de la caries con las pastas dentífricas se estima entre un 20% y un 30%, usados 2 veces al día.
- Esta reducción aumenta con mayores concentraciones de flúor, con una mayor frecuencia del cepillado y con una mayor supervisión de este último.

### d. Recomendaciones para el uso de dentífricos según la concentración de flúor del agua de consumo habitual:

Edad	<0,7 mg/l (Asturias)	0,7 a 1,5 mg/l	>1,5 mg/l
1 a 3 años	Cepillado sin pasta 2v/d y 1v/d con pasta del grupo B	Cepillado solo con agua o con pasta sin flúor del grupo A	Cepillado solo con agua o con pasta sin flúor del grupo A
4 a 5 años	Cepillado sin pasta 1v/d y 2v/ con pasta del grupo B	Cepillado sin pasta 1v/d y 2v/ con pasta del grupo B	Cepillado solo con pasta sin flúor del grupo A
6 a 8 años	Cepillado con pasta del grupo B o C 3v/d	Cepillado con pasta del grupo B o C 3v/d	Cepillado solo con pasta sin flúor del grupo A
9 a 10 años	Cepillado con pasta del grupo C o D 3v/d (asegurarnos de que no la deglute)	Cepillado solo con agua o con pasta sin flúor del grupo A	Cepillado solo con agua o con pasta sin flúor del grupo A
>10 años	Cepillado con pasta del grupo D 3v/d		

### e. Contenido de flúor:

Dentífricos sin flúor	
Grupo A	
Ammi-dent sensible	Kemphor neogingival
AZ-15	Odamida LapeOrive Jean
Dentabrit Clorhexidina	Parodontax
Dentijuste	Parogencyl bi-actif
Elgydium	Piorreol
Emoform Enciodontyl	Selgin
Hibitane dental gel	Weleda
Kayadent	

Dentífricos con flúor	
Grupo B: 250 a 805 ppm	
Blendi infantil	OralB Infantil
Elmex Infantil	D-Bucal
Fluokids	Blenchio plus
Fluocaril Kids	Flúor Kin Infantil

Dentífricos con flúor	
Grupo C: 961 a 1105ppm	
Amm-I-dent junior	Dentopin
AZ verde	Dentflor con flúor
Barby sensodine junior	Elmex infantil
Bexident encías	Elmex flúor de aminas
Biancodent	Emoform F
Binaca	Erbe
Binaca dientes sensibles	Eucryl fumadores
Biotene	Farmadent aliento fresco
Blenchio plus	Flúor Kin infantil
Cariax desesnsibilizante	Flúor Kin líquido
Cariax gingival	FKD
Castillo	Foramen flúor dientes blanco
Clinomyn	Foramen flúor dientes sensibles
Close-up	Gingi Kin B5
Clysiden	Kemphor fluorada
Colgate antisarro	Kemphor triple acción
Colgate junior	homeogencyl
Colgate periorgard	Interplak
Consumer junior 2 en 1	Lema ERN
Consumer Mica Star	Licor del polo
Continente acción total	Mussvital infantil
Corsodyl dientes y encías	OralB sensitive
Corsodyl sensitive	Oralkin
Chispas infantil	Profiden flúor activo
Delipus gel infantil	Rick&Rock Auchan
Denivit	Sanodentyl
Desensin	Sensaid
Dentabrit flúor	Signal plus crecimineto
	Snoopy infantil

Dentífricos con flúor	
Grupo D:1227 ppm a 1500 ppm	
Acta flúor	Elgyve flúor
Ammident F con vitaminas	Elmex
Aqua fresh	Enciodontyl

Auchan	Farmadent protección total
Biancoril	Fluocaril blanqueador
BlanX	Fluodent
Blen-A-flúor	Floradent
Blen-A-med encías	Gingilacer
Boniquet con flúor	Homeodent 2
Colgate Frescor Blanco	Lacer junior
Colgate Baking Soda	Licor del polo blanqueador
Colgate Blanqueador	Licor del polo perfect
Colgate Gel azul	Licor del polo mentol
Colgate Total	Mussvital gel 2 en 1
Colgate Total antibacteriano	Oral-B advantage
Colgate Ultra protección caries	Oralfluor
Consumer blanqueante	Parodontax
Consumer blanqueante 2 en 1	Profiden
Consumer bifluor	Sanogyl flúor 2
Consumer encías y dientes	Sanogyl junior
Consumer gel verde	Selgin
Continente antisarro	Sensigel
Continente 2 en 1 bifluor	Sensodyne
Continente bicarbonato y flúor	Signal integral
Continente encías	Signal plus
Continente triple acción	Signal plus blanqueador
Dentabrit flúor+xilito	Signal plus flúor+calcio
Dentolitl	Signal plus verde gel
Dientex medical 2 en 1 bifluor+calcio	Signal plus microgránulos
Dientex 2 en 1 blanqueador	Signal plus acción global
Deliplus bicarbonato y flúor	Teelak infantil
Deliplus blanqueador	Teelak acción total
Deliplus crema flúor	Teelak flúor
Deliplus gel flúor	Ultrabrite
Dentisy	Vitis encías
Dentulimp gel	Yucral fumadores

#### Dentífricos con flúor

##### Grupo E:1805 ppm a 2514 ppm

Blantex	Fluocaril bi-fluore 250
Dentsiblen	Flúor Kin bifluor
Desensin gel	Lacer
Flúor Aid 250	SensiLacer
Flúor Kin bifluor menta forte	Lacer Oros
Fluocaril bi-fluore 180	Oral B Advantage

### Dentífricos con muy alto Contenido en flúor (>2800 ppm)

Dentex bifluor 300 (3000 ppm)	Elmex Gel (12.500 ppm)
Dentex 2 en 1 Medical (3002 ppm)	Fluodontyl (13.500 ppm)

#### Anexo 10: Barnices Fluorados

##### a. Formas de presentación:

- Fluoruro sódico 5%, 22600 ppm: COLGATE Duraphat ®, VOCO Profluorid Varnish ®
- Difluorosilano, 7000 ppm o 1000 ppm: Flúor Protector ®

##### b. Ventajas:

- Tiempo de trabajo reducido.
- Muy útiles cuando no existe reflejo de deglución: niños de corta edad y discapacitados.
- Captación más elevada de flúor por el esmalte que los geles, permite un mayor tiempo de reacción entre el flúor y el esmalte.
- Algunos estudios muestran un buen efecto preventivo, incluso en fisuras oclusales de molares recién erupcionados.

##### c. Aplicación:

- No es necesaria una profilaxis previa pero sí el enjuague para eliminar posibles restos.
- Secar los dientes con aire.
- Su aplicación se realiza por cuadrantes. Se puede realizar con bastoncillos de algodón, con pinceles de un solo uso o con jeringuilla y cánula roma mono-uso. Éste último es el más aconsejable por su rapidez y buen acceso a zonas interproximales y cervicales, doblando la cánula sin tener que usar mucha cantidad.
- No precisan aislamiento, su eficacia es la misma aunque entren en contacto con la saliva. El Duraphat se endurece al entrar en contacto con ella.
- No ingerir alimentos sólidos o líquidos calientes en 2 horas, ni cepillarse hasta el día siguiente.
- Aplicar 2 veces al año.

##### d. Efectividad:

- En general el Fluoruro sódico al 5% demuestra mayor efectividad.
- Alcanza un 46% de reducción en la incidencia de caries en la dentición permanente y un 32% en la dentición temporal.

##### e. Inconvenientes:

- Temporalmente los dientes pueden presentar un color amarillento y una sensación áspera.
- Se aconseja no emplearlos en asmáticos debido a una posible sensibilidad a los ingredientes inactivos.
- Su relación coste-eficacia puede resultar alta en programas comunitarios.

#### Anexo 11: Colutorios fluorados

##### a. Formas de presentación:

- Colutorio diario al 0,05 %
- Colutorio semanal al 0,2%

##### b. Ventajas:

- Aplicación sencilla en enjuagues de 2 minutos.
- Económico, buena relación coste-eficacia.
- Útil en programas de prevención de caries comunitarios o individuales.

##### c. Pasos a seguir en el uso individual:

- Tras el cepillado nocturno y después de enjuagarse con agua.
- Enjuagarse enérgicamente con 7 ml de flúor durante 2 minutos.
- No comer ni beber nada en 30 minutos después del enjuague.
- Hasta los 8 años se recomienda el colutorio diario por el riesgo de ingestión.
- Hasta los 8-9 años los padres deben de supervisar los enjuagues.



d **Efectividad:**

- Reducción de caries entre un 20% y un 50%.
- Están recomendados en toda situación en la que exista un riesgo de caries.

e. **Observaciones:**

- No recomendar antes de los 6 años por peligro de ingesta.
  - No usar colutorios con base de alcohol porque pueden dañar las mucosas.
  - El Fluoruro Sódico es el tratamiento de elección si hay restauraciones estéticas en boca, desaconsejando los preparados de carácter ácido porque graban las restauraciones, la porcelana y el ionómero de vidrio.
- 

**Anexo 12: Geles tixotrópicos**

a. **Ventajas:**

- Empleo cómodo y sencillo para el profesional.
- Reducción del tiempo de trabajo al aplicarse simultáneamente en toda la boca.
- Buena aceptación por pacientes pediátricos gracias a la posibilidad de añadir aromatizantes.
- Buena estabilidad y conservación.

b. **Pasos a seguir:**

- Sentar al paciente con el respaldo vertical y con la cabeza ligeramente hacia abajo.
- Escoger el tamaño de la cubeta.
- Actualmente no se considera necesaria una profilaxis previa, pero sí realizar enjuagues con agua para eliminar restos de alimentos.
- No llenar las cubetas más del 40%, unos 2-2,5 ml.
- Secar los dientes con aire.
- Introducir las cubetas en boca, primero la inferior, y si hace falta introducir las de una en una.
- Mantener su aplicación durante 4 minutos con el aspirador de saliva funcionando para eliminar el exceso de saliva y de flúor.
- No dejar nunca al paciente solo durante el proceso.
- Dejar que escupa el exceso de flúor pero no debe enjuagarse.
- No comer, ni beber, ni enjuagarse en los siguientes 60 minutos.

c. **Efectividad:**

- Especial eficacia en pacientes de alto riesgo.
- Reduce la caries en un 22% si se aplica 1 vez al año y en un 27% si se aplica 2 al año.

d. **Inconvenientes:**

- Ingestión excesiva de flúor durante la aplicación. Síntomas: náuseas, vómitos, dolor de cabeza y dolor abdominal.
- No recomendado en menores de 6 años, mejor usar barnices de flúor.



Anexos de la Guía 6.4: Sellados de Fisuras

Anexo 1: Protocolo de aplicación del SF

Actuación	Contenido	Tiempos	Material necesario
Limpieza	Cepillado con pasta de profilaxis.	-	Espejo, cepillo y pasta de profilaxis, contra-ángulo.
Aislamiento	Aislamiento con rollos de algodón y aspiración continua.	-	Rollos de algodón, equipo de aspiración.
Grabado	Grabado del esmalte con ácido ortofosfórico al 37 %	20 seg	Ácido ortofosfórico al 37%, Jeringa, Pincel aplicador.
Lavado	Con agua para eliminar los restos del ácido.	20 seg	Jeringa de agua.
Secado	Hasta que el esmalte adopta color blanco/mate.	10 seg	Jeringa de aire.
Aislamiento	Aislamiento con rollos de algodón y aspiración continua.	-	Rollos de Algodón.
Aplicación del sellador	Evitando que queden atrapadas burbujas en el interior de la resina.	-	Pincel / cánula del sellador, sellador de fisuras fotopolimerizable.
Fraguado	Fotopolimerización.	40 seg	Lámpara halógena, pantalla de protección.
Comprobación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de burbujas.</li> <li>Retención y oclusión.</li> </ul>	-	Sonda dental, papel de articular, fresas redondas de CA.

Anexo 2: Valoración y revisión del SF

Estado del sellador	Diente Sano (Seguimiento cada 12 meses)	Diente cariado (Seguimiento cada 6 meses)	
		No cumple medidas de prevención	Cumple medidas de prevención
Retención completa	Nada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la caries está relacionada con el SF, eliminar el sellador y obturar.</li> <li>Si la caries es independiente del SF, conservar el sellado y obturar la caries.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la caries está aislada mediante una retención total del SF, seguimiento cada 6 meses.</li> <li>Si la caries está a distancia del SF, aplicar protocolo de caries.</li> </ul>
Retención parcial	Sellar la zona de fisura que ha perdido el sellador.	Eliminar resto del SF y obturar.	Eliminar resto del SF y volver a sellar.
Pérdida total	Sellar todas las fosas y fisuras.	Eliminar caries y obturar.	Volver a sellar.



### Anexos de la Guía 6.5: Obturaciones

#### Anexo 1: Métodos habituales para el diagnóstico de la caries. Basado en los protocolos clínicos aprobados por el Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

Método	Contenido
Inspección	Visual, de todas las superficies dentarias visibles y accesibles mediante procedimientos de separación dentaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directa.</li> <li>• Indirecta con espejo.</li> <li>• Magnificada con lupa, microscopio óptico clínico, cámara de televisión intra/extra oral, etc.</li> <li>• Con ayuda de medios de separación dentaria, para visión de superficies proximales.</li> </ul>
Exploración táctil con sonda dental roma o periodontal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De surcos, hoyos, fosas y depresiones, anatómicas o atípicas.</li> <li>• De manchas blancas o pardas y «cracks» o fisuraciones en todas las superficies dentarias accesibles.</li> </ul>
Exploración interproximal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paso de seda dental no encerada por los puntos de contacto.</li> <li>• Transiluminación, con transiluminador o lámpara halógena.</li> <li>• Laservisiografía.</li> <li>• Programas informáticos para la detección de lesiones proximales.</li> </ul>
Exploración térmica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba térmica de frío (con jeringa, hielo o crioanestésico).</li> <li>• Prueba térmica de calor (con jeringa térmica, o barras de godiva o gutapercha calentadas con mechero).</li> </ul>
Pruebas eléctricas	Vitalometría (exploración eléctrica con pulpómetro).
Exploración radiográfica	Radiografías de aleta de mordida con paralelización.
Otros:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fresado amelodentinario.</li> <li>• Anestesia infiltrativa para discriminación entre la clínica de adyacentes.</li> <li>• Colorantes de caries.</li> <li>• Acuñaamiento y tinción, en sospecha de fracturas invisibles.</li> <li>• DIAGNOdent®</li> </ul>

#### Anexo 2: Clasificación de la caries según ICDAS Foundation

ICDAS II (Internacional Caries Detection and Assessment System) es un nuevo sistema internacional de detección y diagnóstico de la caries. Sus objetivos han sido:

- Desarrollar un método fundamentalmente visual para la detección de la caries, en fase tan temprana como fuera posible, y que además detectara la gravedad y el nivel de actividad de la misma.
- Alcanzar un consenso en los criterios clínicos de detección de caries entre expertos en cariología, investigación clínica, odontología restauradora, odontopediatría, salud pública y ciencias biológicas.

Los códigos de detección del ICDAS para caries de corona oscilan entre 0 (salud dental) y 6 (cavitación extensa) dependiendo de la severidad de la lesión.

Las características y actividad de las lesiones, según estos criterios, incluyen el color de los dientes, desde el blanco hasta el amarillento, la apariencia sin brillo y opacidad; sensación de rugosidad al desplazar lentamente el cabezal del explorador; el hallazgo de áreas de estancamiento de placa y áreas con huecos o fisuras, cerca del borde gingival o por debajo del punto de contacto.

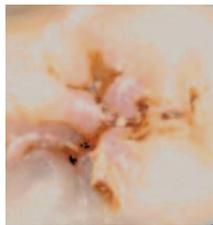
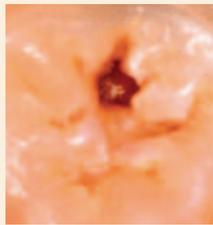
Hay pequeñas variaciones entre los signos visuales asociados a cada código dependiendo de un número de factores que incluyen: las características de la superficie (fosas y fisuras versus superficies lisas libres), si existen dientes adyacentes (superficies mesial y distal) y si la caries se asocia o no con una restauración o un sellador. Por lo tanto hay una descriptiva particular y detallada en las siguientes situaciones: Fosas y fisuras, superficies proximales, superficies libres y caries asociada a restauración o selladores. También se ha desarrollado un código para la caries de raíz (E, 0, 1 y 2) aunque no con tantos grados de gravedad. La base de los códigos es esencialmente similar.

El examen se inicia con el diente húmedo, aunque para completarlo debe estar limpio y secarse de forma prolongada durante 5 segundos ya que algunos estadios de desmineralización son mucho más evidentes con el diente seco. La sonda no siempre es imprescindible. Se utiliza para detectar la rugosidad de la superficie. Un entrenamiento adecuado es fundamental para que el método sea válido y fiable.

### Criterios ICDAS sobre la caries

Empleando un estudio basado en la evidencia, investigadores odontológicos de todo el mundo seleccionaron una serie de criterios a partir de 29 métodos de evaluación de la caries para crear el Sistema Internacional de Detección y Diagnóstico de la Caries (ICDAS, *International Caries Detection and Assessment System*). Esta nueva herramienta para la detección visual permitirá a los dentistas: numerar gradualmente el estado de salud dental; establecer una escala empezando por 0 (dientes sanos) hasta 6 (cavitación extensa); detectar el alcance de la lesión y, en particular, identificar una caries temprana para iniciar el tratamiento de inmediato.

<p>0 = Salud. No hay evidencia de caries alguna después de la aspiración (durante 5 segundos). Superficies con desarrollo de defectos (del esmalte, hipoplasias, fluorosis, recubrimiento del diente y manchas extrínsecas o intrínsecas) se registraron como sanas.</p>	
<p>1 = Primer cambio visual en el esmalte (opacidad de la caries, lesión blanca o marrón), detectado tras la aspiración dentro del área de la fisura.</p>	
<p>2 = Cambio distintivo blanco o marrón en el esmalte, visto en seco (antes de la aspiración), extendiéndose más allá del área de la fisura.</p>	
<p>3 = Localización de esmalte lesionado. No se aprecia dentina en la zona de la fisura. Puede usarse una sonda para confirmar la ruptura localizada.</p>	

<p>4 = Sombra oscura semi-escondida de la dentina, con o sin localización de esmalte lesionado.</p>	
<p>5 = Cavity distintiva con dentina expuesta en la base de la primera.</p>	
<p>6 = Cavity extensa con dentina visible en la base y paredes de la cavity.</p>	

### Anexo 3: Clasificación de BLACK

Black, padre de la operatoria dental, clasificó en cinco grupos las zonas dentales afectadas por caries dependiendo del lugar donde se encuentren:

- a. Clase I: son las que se encuentran en caras oclusales de premolares y molares, en los cúngulos de dientes anteriores y en los defectos estructurales de todos los dientes.
- b. Clase II: caras proximales de molares y premolares.
- c. Clase III: caras proximales de dientes anteriores, que no afectan al ángulo incisal.
- d. Clase IV: en cualquier diente anterior, en sus caras proximales, abarcando el borde incisal.
- e. Clase V: en el tercio gingival de dientes anteriores y posteriores y en caras bucales o linguales.

### Anexo 4: Protocolo para la realización de obturaciones. Basado en los Protocolos Clínicos aprobados por el Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

Actuación	Quién	Contenido	Recursos necesarios
Historia médica	Dentista	Antecedentes de alergias, medicación y patología sistémica. Consentimiento informado.	Historia clínica (en OMI-AP)
Diagnóstico de la caries (Ver Anexo 1)	Dentista / Higienista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica: hiperestesia, dolor,...</li> <li>• Exploración clínica:               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Inspección: directa e indirecta.</li> <li>◦ Pasar la seda dental en espacios interproximales.</li> <li>◦ Exploración radiográfica (indicada por el dentista).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espejo plano nº 5.</li> <li>• Sonda de exploración roma.</li> <li>• Seda dental no encerada.</li> <li>• Aparato de rayos X.</li> <li>• Radiografías de aleta.</li> <li>• Revelador y Fijador.</li> <li>• Reveladora manual.</li> <li>• Captador digital intraoral.</li> </ul>
Preparación del campo	Higienista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enjuague previo durante 1 minuto con colutorio de clorhexidina.</li> <li>• Aislamiento del campo:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Aislamiento relativo: mediante rollos de algodón y aspiración continua. Secado, mediante aire comprimido, de la superficie de los dientes a tratar y de los adyacentes.</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas de barrera: guantes, gafas, mascarilla, pijama y calzado.</li> <li>• Clorhexidina 0,12% - 0,20%</li> </ul>

Actuación	Quién	Contenido	Recursos necesarios
		<p>b. Aislamiento absoluto (siempre preferible al aislamiento relativo) con dique de goma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Selección y prueba de la grapa (clamp) asegurada con seda dental.</li> <li>○ Perforación del dique (¡contraindicado el látex si existen antecedentes de alergia al mismo!).</li> <li>○ Colocación del dique (antes, después o al mismo tiempo que la grapa). Puede aislarse el diente después de la preparación cavitaria.</li> <li>○ Colocación del Arco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaso desechable, servilleta.</li> <li>• Eyector desechable.</li> <li>• Babero.</li> <li>• Algodones.</li> <li>• Pinzas.</li> <li>• Pinza de papel articular.</li> <li>• Papel articular.</li> <li>• Clamps.</li> <li>• Portaclamps.</li> <li>• Perforador de diques.</li> <li>• Dique de goma (vinilo en caso de alergia).</li> <li>• Arco de Young.</li> <li>• Fresas de turbina.</li> </ul>
Fase preoperatoria	Dentista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo oclusal preoperatorio en máxima intercuspidadación y en lateralidad.</li> <li>• Anestesia locoregional.</li> <li>• Aislamiento del campo (ver arriba).</li> <li>• Apertura del punto de contacto si es necesario.</li> </ul>	
Fase operatoria	Dentista	<p>1. Eliminación del tejido cariado y preparación cavitaria:</p> <p>a. <b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservación, en lo posible, de la mayor cantidad de tejido dentario y de los soportes oclusales en máxima intercuspidadación.</li> <li>• Eliminación controlada de contornos involucrados en disarmonías oclusales.</li> <li>• Alejamiento del punto de contacto del margen de la preparación.</li> <li>• Conservación de tejidos que contribuyan a aislar la pulpa: dentina con hipercalcificación tubular, si no resulta decisivamente inestética bajo restauraciones dentocoloreadas.</li> <li>• Evitar adentrarse, salvo si fuera irrecuperable, en la dentina terciaria.</li> </ul> <p>b. <b>Tallado de la cavidad terapéutica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con fresas para turbina y contraángulo e instrumentos manuales como cucharillas y cinceles recortadores de márgenes.</li> <li>• Confirmación del tipo y material de restauración (las condiciones de la cavidad terapéutica o de los tejidos pueden justificar la modificación de las previsiones iniciales).</li> <li>• Adecuación de la forma cavitaria, en su caso, a los requisitos de retención, resistencia y conveniencia.</li> </ul> <p>2. Aislamiento y protección :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección de exposiciones pulpares puntiformes (técnica de recubrimiento pulpar o protección pulpar directa): hidróxido de calcio puro + base de ionómero de vidrio y obturación provisional durante 6-12 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fresas para turbina y CA.</li> <li>• Excavadores, cinceles.</li> <li>• Caries detector.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidróxido de calcio puro.</li> <li>• Cemento de hidróxido de calcio.</li> <li>• Base de ionómero de vidrio.</li> <li>• Portahidróxido (Pich).</li> <li>• Espátulas.</li> </ul>

Actuación	Quién	Contenido	Recursos necesarios
		<p>El hidróxido de calcio fotopolimerizable es más rápido e igual de eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la dentina yuxtapulpar irrecuperable (técnica de protección pulpar indirecta): cemento de hidróxido de calcio (tipo Dycal®) y/o base de ionómero de vidrio) y obturación provisional durante 8 a 16 semanas.</li> <li>• Protección y aislamiento de la pulpa con medicación antiséptica, promoción de la dentinogénesis, fluoración y sellado de túbulos dentinarios.</li> </ul> <p>3. Obturaciones de clase II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encofrado mediante matrices y acuñamiento. Se prefiere la colocación del encofrado con anterioridad al grabado ácido y aplicación del adhesivo.</li> <li>• Selección del tipo de matriz: metálica / acetato.</li> <li>• Conformación y colocación de la matriz: Toflemire o autoformadas (Automatrix / Palodent).</li> <li>• Ajuste y fijación de la matriz.</li> <li>• Acuñamiento.</li> </ul> <p>4. Colocación del material de obturación.</p> <p>5. Retirada del aislamiento.</p> <p>6. Conformación y ajuste oclusal.</p> <p>7. Terminación y pulido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrices metálicas o transparentes.</li> <li>• Cuñas de madera o transparentes.</li> <li>• Instrumentos de conservadora, según material.</li> <li>• Ácido grabador.</li> <li>• Adhesivo (bonding).</li> <li>• Amalgama / composite / ionómero.</li> </ul> <p>Pinza porta-clamps</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pinzas y papel de articular.</li> <li>• Seda dental.</li> <li>• Fresas de pulido.</li> <li>• Copas y cepillos.</li> <li>• Pasta abrasiva.</li> <li>• Discos de pulido.</li> <li>• Tiras.</li> </ul>
Instrucciones finales	Dentista / Higienista	Entrega al paciente de las recomendaciones postoperatorias	

### Orientaciones generales para los diferentes materiales de obturación (pueden variar según fabricante):

#### a. Obturaciones de composite:

1. Grabado ácido de la superficie a obturar mediante gel de ácido fosfórico al 37% durante 30 segundos.
2. Lavado del diente con agua durante 30 segundos y aspiración.
3. Aplicación del adhesivo con pincel, aplicación de aire de forma suave y fotopolimerización mediante lámpara halógena durante 20 segundos.
4. En caso de utilizar adhesivos de autograbado los pasos 1, 2 y 3 se sustituyen por aplicación del adhesivo durante 10 segundos, secar a presión máxima durante 10 segundos y fotopolimerizar durante 10 segundos.
5. Colocación del material en incrementos pequeños de material seguidos de polimerización de 40 segundos.
6. Modelado previo a la polimerización y tallado posterior.

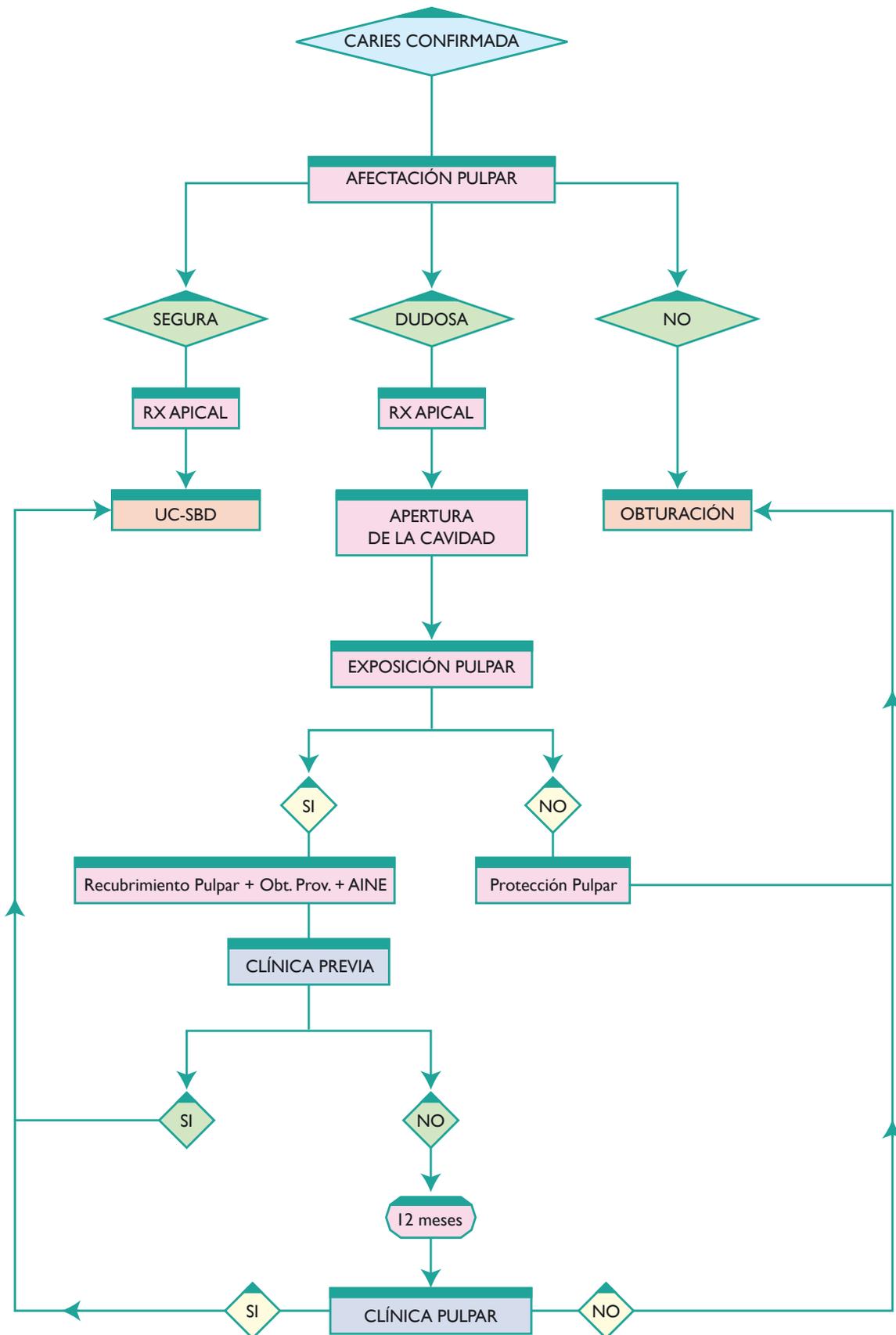
**b. Obturaciones de amalgama:**

1. Secado de las superficies con aplicación de aire.
2. Desinfección de la cavidad con una bolita de algodón impregnada en clohexidina 0,12-0,20 % durante 1 minuto.
3. Condensación de la amalgama de plata en la cavidad por capas, sin que excedan éstas de 3-4 mm, con presión de condensación vertical hacia el suelo de la cavidad.
4. Modelado de la superficie oclusal (en blando) o tallado (ya endurecida), y bruñido.

**c. Obturaciones de ionómero de vidrio:**

1. Acondicionamiento de los tejidos con la aplicación de ácido poliacrílico durante 10 segundos.
2. Activación de la cápsula presionando el émbolo.
3. Batido en vibrador durante 10 segundos.
4. Colocar la cápsula en el aplicador y rellenar la cavidad.
5. Condensación del ionómero en la cavidad con presión vertical hacia el suelo de la cavidad.
6. Modelado de la superficie oclusal.
7. Tallado y pulido de la superficie oclusal una vez fraguado el material.

Anexo 5: Protocolo de atención a la caries pulpar.



**Anexo 6: Objetivos operatorios de las obturaciones. Basado en los Protocolos Clínicos aprobados por el Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.**

En cuanto a :	Objetivos
Superficie	Lisa y uniforme, sin defectos no susceptibles de quedar bien con un pulido. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin poros.</li> <li>• Sin zonas degradadas.</li> <li>• Sin grietas.</li> <li>• Sin fracturas.</li> </ul>
Color	1- En composites: Diferencias mínimas en el tono, saturación y brillo del color, y en la translucidez, con el resto del diente. No es imprescindible la identidad absoluta, para facilitar su reconocimiento en las exploraciones clínicas. 2- En todo tipo (amalgamas o composites), sin tinciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ni en los márgenes,</li> <li>• ni en las interfases profundas translucidas en la superficie,</li> <li>• ni en los tejidos dentarios,</li> <li>• ni en los tejidos periodontales.</li> </ul>
Interfase entre diente y restauración  Biomecánica diente-restauración:  Protección tisular y sellado:	La restauración debe ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retentiva (resistente a la "luxación").</li> <li>• Inmóvil (con la oclusión y con la exploración).</li> <li>• Estable (sin producción de fuerzas tangenciales secundarias a la oclusión).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistencia de dentina expuesta al medio oral.</li> <li>• Sellado de la interfase, bien por una correcta adhesión (composites, amalgamas adheridas) o interposición de productos de corrosión (amalgamas convencionales).</li> <li>• Ausencia de microfiltración.</li> </ul>
Márgenes  Integridad:  Continuidad:  Adaptación:  Relaciones con los tejidos:  Perímetro:  En la cara oclusal  En las caras proximales  En las caras libres	Sin caries marginal: la interfase de la restauración se ha de relacionar con tejidos dentarios sanos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin desenrases.</li> <li>• Sin desbordamientos.</li> <li>• Con ángulos suaves.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de fisura marginal visible tras el pulido (antes del pulido, es aceptable una ligera fisura marginal).</li> <li>• Ausencia de desbordamientos marginales, clínicos o radiográficos.</li> <li>• Deslizamiento libre y sin deshilachamiento de la seda dental.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo más alejados posible del margen gingival libre y, en todo caso, sin invasión del espacio biológico.</li> <li>• En el caso de amalgamas, el esmalte marginal ha de estar soportado por dentina.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Específico (individualizado).</li> <li>• Evitando, en lo posible, patrones anchos.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En amalgamas, estandarizado (no individualizado): trapezoidal con base menor a oclusal.</li> <li>• En composites, específico (individualizado).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En todo caso, resistente al paso de la seda dental o, alternativamente, libremente flanqueable por ésta.</li> <li>• Sin deshilachamiento o retención a la retirada de la seda dental.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Específico (individualizado).</li> </ul>

	<b>Localización:</b>	
	En la cara oclusal:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En zona inactiva (al menos fuera de máxima intercuspidadación –MI–).</li> <li>• En zonas sin bruscas inflexiones: Es inadecuado restaurar medias cúspides en dirección buco-lingual o mesio-distal.</li> <li>• Englobarán íntegramente el área de contacto (la interfase diente-restauración nunca debe contactar con el diente adyacente).</li> </ul>
	En las caras proximales:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los márgenes han de estar accesibles a la higiene y a la exploración.</li> </ul>
	En las caras libres:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En zonas inactivas. Lo más alejado posible del margen gingival libre.</li> </ul>
Anatomía y Función	<b>Morfología:</b>	
	En la cara oclusal:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armónica con el patrón dentario individual.</li> <li>• Definición suficiente de los principales elementos anatómicos oclusales (especialmente crestas marginales y fosas triangulares).</li> </ul>
	En las caras proximales:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin sobrecontorneado.</li> <li>• Contactos interproximales en área (no puntiformes) y robustos.</li> </ul>
	En las caras libres:	Sin sobrecontorneado.
	<b>Relaciones interproximales:</b>	
	Crestas marginales:	Enrasadas (niveladas).
	Surcos interproximales:	Deflectantes.
	Áreas de contacto:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competentes (estática y dinámicamente).</li> <li>• Opcionalmente, si no fuera posible un punto de contacto competente, procede dejar un diastema de, al menos, 1mm (para evitar retención de alimentos impactados).</li> </ul>
	Troneras:	Suficientemente espaciaosas para alojar las papilas.
	<b>Relaciones oclusales:</b>	
Posición de máxima intercuspidadación (MI):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apuntalamiento y estabilidad suficientes.</li> <li>• Contactos oclusales en la máxima intercuspidadación en el diente o en la restauración, no en la interfase.</li> <li>• No prematuridades (contactos selectivos precoces en el cierre en relación céntrica) sobre la restauración, ni deslizamientos en céntrica.</li> <li>• No precocidades (contactos selectivos primarios en el cierre en trayectoria habitual) ni sobrecargas.</li> <li>• No ausencia de contactos.</li> </ul>	
Movimientos contactantes excéntricos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libertad funcional multidireccional, sin interferencias relacionadas con la restauración.</li> <li>• No traumas oclusales.</li> </ul>	



## Anexos de la Guía 6.6: Atención a los Traumatismos Dentales

### Anexo 1: Traumatismos dentales en la infancia

1. Las **edades más frecuentes de presentación** son, en función de la dentición que consideremos:
  - Dientes deciduos: entre los 10 y los 24 meses. Poca diferencia entre sexos.
  - Dientes definitivos: entre los 9 y 10 años. Varones.
2. Los **dientes más afectados** son el incisivo central superior, el incisivo lateral superior y el incisivo central inferior.
3. El **tipo de lesión más frecuente** con el que nos encontramos en cada dentición es:
  - Deciduos: luxación, dada la flexibilidad del proceso alveolar y al gran tamaño de los espacios medulares.
  - Definitivos: fractura de la corona no complicada. La proporción corona-raíz es menor que en los deciduos y su proceso alveolar es más denso.
4. La **etiología** del traumatismo dependerá de la actividad que el niño sea capaz de desarrollar, y que básicamente estará ajustada a su edad. Así en preescolares el motivo de traumatismo más frecuente es la caída contra mesas bajas o la caída de la trona, mientras que para edades más avanzadas los motivos son la práctica deportiva, las peleas infantiles, los accidentes de tráfico y el maltrato infantil.
5. Existen una serie de **factores de riesgo** entre los que se encuentran la clase II con resalte, la respiración oral o la ansiedad crónica.
6. Los **factores que condicionan el pronóstico** son:
  - La pérdida de alineación de los fragmentos cuando se produce una fractura radicular y del hueso alveolar de soporte.
  - El compromiso vascular generado con la lesión del paquete vasculo-nervioso del diente.
  - La lesión del tejido regenerativo del diente si se produce lesión pulpar y del ligamento periodontal.
  - La infección posterior.
7. Los **principios básicos** de atención al traumatismo dentario incluyen:
  - La recolocación y alineación del diente o de los fragmentos cuando sea posible.
  - La inmovilización mediante ferulización a los dientes próximos.
  - El control de las complicaciones.
8. Podemos **clasificarlos** de una forma esquemática de la siguiente manera:
  - a. **Concusión: leve movilidad.**
  - b. **Fracturas:**
    - Coronales: de esmalte / de esmalte y dentina.
    - Radiculares.
    - Con o sin exposición pulpar.
  - c. **Luxaciones:**
    - Subluxación: movilidad evidente, sin desplazamiento fuera del alveolo.
    - Luxación lateral: desplazamiento evidente, con o sin movilidad.
    - Intrusión: diente encajado en el alveolo y con apariencia de más corto, sin movilidad.
    - Extrusión: diente más largo (se ve parte de la raíz), generalmente hacia palatino, con movilidad anteroposterior.
    - Avulsión: pérdida del diente.

### Anexo 2: Valoración inicial del traumatismo oro-facial

Actuación	Quién	Contenido	Recursos necesarios
Exploración FACIAL	Dentista o Pediatra	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración de los huesos craneales y faciales.</li> <li>Descartar fracturas de los huesos de la cara y lesión en la ATM (golpes de abajo arriba en mentón).</li> <li>Limpieza minuciosa de las heridas de los tejidos blandos faciales. Con suero y lupas.</li> <li>Desinfección.</li> <li>Si se precisa, sutura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lupas.</li> <li>Suero fisiológico.</li> <li>Jeringas de 10 ml.</li> <li>Agua oxigenada.</li> <li>Batea.</li> <li>Gasas no estériles.</li> <li>Sutura / strips.</li> </ul>
Exploración ORAL	Dentista o Pediatra	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjuague con clorhexidina al 0,12%</li> <li>Labios. Descartar cuerpos extraños e incluso dientes incluidos en su espesor.</li> <li>Hueso alveolar.</li> <li>Frenillos lingual y labial.</li> <li>Lesiones en la lengua y en la mucosa oral.</li> <li>Valorar hemorragia en el surco gingival, indicativo de luxación dentaria o de fractura radicular.</li> <li>Sutura de heridas bucales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colutorio de Clorhexidina 0,12 %.</li> <li>Fuente adecuada de luz.</li> <li>Espejo dental.</li> </ul>
Exploración DENTAL	Dentista	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uno por uno, en ambas arcadas.</li> <li>Posición respecto a contiguos y antagonistas.</li> <li>Movilidad.</li> <li>Fracturas de la corona.</li> <li>Exposición pulpar.</li> <li>Dolor: espontáneo o provocado con los cambios térmicos o a la masticación.</li> <li>Definición de las lesiones dentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espejo dental.</li> <li>Radiografías apicales.</li> <li>Radiografías oclusales.</li> </ul>

### Anexo 3: Atención al traumatismo dental que cursa con desplazamiento

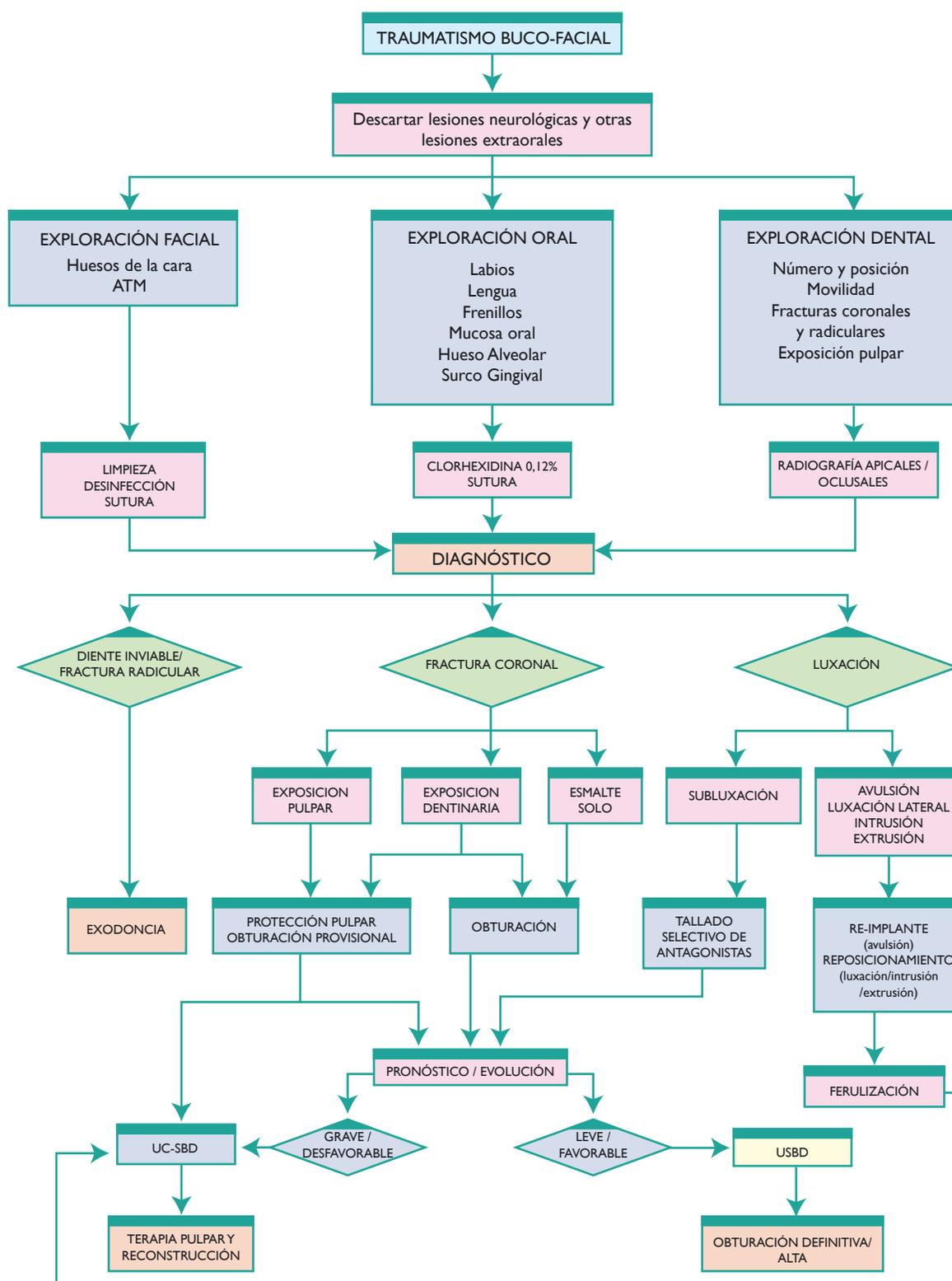
Subluxación	Lux. Lateral	Intrusión	Extrusión	Avulsión
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analgésicos / AINE (1)</li> <li>Aliviar oclusión con tallado de antagonistas.</li> <li>Dieta blanda (2).</li> <li>Férula elástica 10 días.</li> </ul>	<p>(1+2) +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desimpactar diente de cortical externa: 1º a coronal. 2º a apical (hasta click).</li> <li>Rx de control.</li> <li>Alveolotrixis.</li> <li>Férula 3 semanas o hasta no movilidad.</li> </ul> <p>Remitir a UC-SBD</p>	<p>(1+2) +</p> <p>A. Esperar re-erupción espontánea si ápice abierto + intrusión pequeña.</p> <p>B. Extrusión inmediata con fórceps + férula 6-8 semanas, si la intrusión es importante.</p> <p>Remitir a UC-SBD</p>	<p>(1+2) +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar el diente por presión digital lenta para desplazar coágulo del ápice.</li> <li>Férula 3 semanas.</li> </ul> <p>Remitir a UC-SBD</p>	<p>(1+2)+</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Re-implante inmediato previo lavado con suero fisiológico.</li> <li>Si diente no entra en alveolo descartar y reducir con instrumento como una fractura alveolar.</li> <li>Ferulización.</li> </ul> <p>Remitir a UC-SBD</p>

### Anexo 4: Niveles de atención del diente traumatizado

Lesión	Tratamiento inicial	Lugar	Tratamiento definitivo	Lugar
<b>Diente inviable</b>	Exodoncia	USBD	-	-
<b>Fractura radicular</b>	Exodoncia	USBD	-	-
<b>Fractura coronal</b> sin afectación pulpar	Obturación provisional / definitiva	USBD	Obturación definitiva	USBD
<b>Fractura coronal</b> con afectación pulpar	Protección pulpar+ obturación provisional	USBD	Tratamiento pulpar + reconstrucción	UC-SBD

Subluxación	Tallado selectivo de dientes antagonistas	USBD	Valoración y alta	USBD
Luxación lateral, intrusión y extrusión	Reposicionamiento y ferulización	USBD	Tratamiento pulpar + seguimiento	UC-SBD
Avulsión	Re-implante	USBD	Tratamiento pulpar + seguimiento	UC-SBD

### Anexo 5: Protocolo global de atención al traumatismo buco-facial





Anexos de la Guía 7: Atención a la Embarazada

Anexo 1: Informe del estado de salud oral para la embarazada



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

RECOMENDACIONES PARA LA EMBARAZADA

Nombre. .... nacida el ..... atendida en el centro de salud de ..... presenta el estado de salud oral que se detalla a continuación:

Dieta.....  
Higiene oral.....

- No se detectan problemas de salud oral.
- Caries en los dientes.....
- Inflamación de las encías.....
- Alteraciones de la oclusión.....

Por lo que precisa la siguiente atención odontológica:

- Revisiones habituales, ya que al practicar un adecuado control de placa y una dieta libre en general de productos azucarados no presenta patología que precise tratamiento.
- Tartrectomía (limpieza bucal profesional), que se realizará en esta consulta en la fecha..... que se le ha señalado.
- Fluoración tópica para reducir el riesgo de caries detectado. Próxima fluoración.....
- Exodoncia (extracción dentaria) de los dientes .....
- Obturaciones (empastes) y otros tratamientos dentales..... que deberán ser realizados en una consulta privada de odontología.

Se le recomienda, además de evitar las bebidas y alimentos azucarados entre las comidas, las siguientes medidas:

- El empleo habitual de una pasta fluorada de contenido, al menos, de 1.500 ppm de fluor.
- Utilizar un colutorio (enjuague) de flúor semanal, durante 2 minutos, según se le ha indicado.
- Un cepillado, según la técnica que se le ha enseñado en consulta, de 2-3 minutos de duración después de cada una de las comidas, o al menos 2 veces al día.
- Uso de la seda dental por las noches, después del último cepillado del día.

En..... a..... de..... de 20.....

Profesional  
Nombre..... Apellidos.....

Firma:

## Anexo 2: Documentación a entregar a la embarazada (1ª Revisión)



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

### CARIES

Durante el embarazo no aumenta el riesgo de padecer caries, salvo que cambies de forma radical tu forma de comer y de cepillarte. Una buena higiene oral acompañando a una dieta no azucarada es suficiente para mantener tu boca sana durante todo este período.

Si padeces de vómitos frecuentes no te cepilles inmediatamente después de haber vomitado. Simplemente enjuaga tu boca con abundante agua y espera al menos 1 hora para volver a cepillarte.

### CUIDAR LAS ENCÍAS

Los cambios hormonales que experimenta tu organismo durante el embarazo pueden hacer que tus encías sangren más fácilmente que antes. Presta atención a estas señales de alarma:

- Tienes las encías sensibles, hinchadas o enrojecidas.
- Te sangran al cepillarte los dientes o al hacer la limpieza interdental.
- No puedes eliminar el mal aliento o el mal sabor de boca.

En cualquier caso y si crees que padeces de problemas gingivales consúltalos con el dentista de tu centro de salud cuando acudas a la revisiones que hay previstas para ti.

### TÉCNICA DEL CEPILLADO

- Lo ideal es cepillarse 3 veces al día.
- Utiliza cepillos con filamentos de dureza media o blanda, o cepillo eléctrico.
- Debes cambiar el cepillo como mínimo cada 3 meses, o antes si las cerdas están gastadas.
- Echa poca pasta (como un guisante). El cepillo debe de estar seco al echarla, no debes mojarlo antes.
- Coloca el cepillo en un ángulo de 45° apoyado en la línea de las encías y realiza movimientos cortos sin ejercer presión.
- Coloca el cepillo verticalmente sobre la parte interna de los dientes, efectuando movimientos cortos de vaivén.
- Para la parte interior de los molares coloca el cepillo en un ángulo de 45° apoyado en la línea de las encías, y realiza movimientos cortos sin ejercer presión.
- En las caras de los dientes con los que se mastica limpia con movimientos cortos de adelante hacia atrás.
- Debe de durar 2 minutos por lo menos y ser inmediato después de las comidas.

### USO DE LA SEDA INTERDENTAL

- Usa hilo dental para los espacios entre los dientes por lo menos una vez al día. Es mejor utilizar seda fluorada.
- Toma unos 50 cm de hilo y anúdalo entre los dedos corazón, manteniéndolo tirante entre el pulgar y el índice y deslízalo suavemente entre los dientes, hacia el surco gingival. Existen unos aplicadores de seda dental que facilitan su empleo y pueden reducir las arcadas.
- Si los espacios entre los dientes son muy grandes, el método de elección para la higiene interproximal es el uso de cepillos especiales, de diferentes tamaños y formas. Se usan con movimientos de vaivén de fuera hacia dentro.

### USO DEL REVELADOR DE PLACA

Para comprobar si estás cepillándote bien, puedes usar un revelador de placa 2 ó 3 veces por semana, después del cepillado, echando 2-3 gotas en la lengua. Después pasa la lengua por todos los dientes y mantén la saliva en la boca durante 2 minutos. Pasado este tiempo, escupe y mírate en el espejo. Las zonas en las que quedan restos de placa bacteriana están teñidas de rojo. Son los lugares donde debes cepillarte mejor.

### ALIMENTACIÓN

Tu cuerpo es la única fuente de alimentación para tu bebé. Cuanto más sana sea tu dieta, más probabilidades hay de que los dientes y las encías de su bebé estén también sanos. Evita “picar” entre horas, y si no puedes evitarlo no consumas productos azucarados.



Ten en cuenta de que el primer diente del bebé empezará a desarrollarse antes de nacer, dentro del útero cuando sólo cuenta con 3 meses de embarazo. En lo que se refiere a su dentadura, procura comer más alimentos ricos en calcio, que son especialmente indicados para el desarrollo de dientes y huesos, comer frutas y verduras, pocas grasas y evitar los dulces. Es muy beneficioso para el desarrollo de los músculos y de los huesos de la cara que la madre amamante a su bebé.

#### ANESTESIA

La anestesia local no afecta al feto. Se pueden realizar empastes, extracciones, limpiezas y tratamientos de la encía siempre que sea necesario.

#### TABACO Y ALCOHOL

Si eres fumadora comienza ya a reducir el número de cigarrillos y, si es posible, no fumes durante tu embarazo, ya que el tabaco aumenta el riesgo de aborto espontáneo y favorece que tu bebé nazca antes de tiempo y con retraso en el crecimiento. Evita también el consumo de alcohol porque atraviesa la placenta y puede afectar del mismo modo al desarrollo de tu hijo/a.

Si además deseas información sobre el empleo de fármacos o de tóxicos durante el embarazo puedes conseguirla en el Servicio de Información Telefónica para la Embarazada (SITE), N° 918 222 436.

### Anexo 3: Documentación a entregar tras el parto (3ª Revisión)



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

#### ALIMENTACIÓN

La leche materna es el único alimento que cubre todas las necesidades de alimentación en los primeros 6 meses de vida. La lactancia materna exclusiva es la alimentación más segura y mejor para el recién nacido. En los niños/as alimentados con lactancia materna los chupetes y los biberones deben evitarse, al menos durante las primeras semanas de vida.

Tanto la leche artificial como la materna o el zumo, contienen azúcares que interaccionan con las bacterias que hay en su boca formando ácidos que atacan el esmalte y pueden provocar caries en sus primeros dientes.

NO mojes nunca el chupete en miel o en azúcar.

#### HIGIENE ORAL DEL RECIÉN NACIDO

Cuando nazca, aún antes de que aparezcan los primeros dientes, debes de empezar a limpiarle la boca. Después de comer utiliza una gasa humedecida para limpiarle las encías, las mejillas y la lengua.

Ten en cuenta que los gérmenes que puedas tener en tu boca llegan fácilmente a la de tu bebé, por lo que es muy importante que sigas dedicando tiempo al cuidado de tus dientes y encías.

Una vez que le salgan los dientes, cepíllaselos después de comer con un cepillo suave adaptado a su edad. Cuando el niño tiene 1 año se le puede dar un cepillo para que empiece a familiarizarse con él, y en el momento que complete su dentición de leche se le puede enseñar la correcta técnica de cepillado que consiste en movimientos verticales desde la encía al diente, del rojo al blanco.

El cepillado dental deberá ser supervisado hasta los 8-9 años, sobre todo por la noche.

#### LOS DIENTES DE LECHE Y LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES

El papel de los dientes temporales es fundamental para la masticación y el correcto aprendizaje de la fonación. Además se ocupan de mantener el espacio y de guiar la salida de los dientes permanentes. Por estas razones es fundamental conservarlos hasta el final.

Erupción de la dentición temporal o “de leche” (los tiempos son aproximados, cada niño tiene su ritmo de crecimiento):

- Los incisivos inferiores salen entre el 6º y 8º mes.
- Los incisivos superiores entre el 8º y 10º mes.
- Los laterales entre el 10º y 14º mes.
- Los primeros molares sobre el 16º mes aproximadamente.
- Los caninos sobre el 20º mes.
- Los 2º molares salen sobre los 24º mes.
- La dentición se completa hacia los 2-2,5 años.

Erupción de la dentición permanente o definitiva (los tiempos son aproximados, cada niño tiene su ritmo de crecimiento):

- El primer molar definitivo erupciona a los 6 años. Lo hace por detrás de las muelas de leche, por lo que al niño/a no se le cae ningún diente para que este molar erupcione.
- Es fundamental controlar este molar y evitar que tenga caries, por eso todos los niños/as deben acudir a las revisiones de salud oral que se inician a los 7 años, dentro del Programa de Salud Bucodental. Si antes de que sea citado a la primera revisión observaras que ya le han erupcionado estos molares, o tuvieras alguna duda sobre algún aspecto de su salud oral, consulta con tu pediatra, quien valorará la necesidad de que sea visto/a por el dentista de tu centro de salud.
- El segundo molar sale a los 12 años y el tercer molar o “muela del juicio” sale a partir de los 18 años.
- Los caninos definitivos y los pre-molares lo hacen entre los 10 y los 12 años, después de la caída de los caninos y de los molares de leche.

#### Anexo 4: Utilización de fármacos en el embarazo y la lactancia

La exposición a fármacos durante el embarazo es muy frecuente. El 90% de las embarazadas han tomado al menos un fármaco durante la gestación. El Servicio de Información Telefónica para la Embarazada (SITE) ofrece información sobre la exposición a cualquier tóxico o fármaco durante el embarazo. Teléfono 981 222 436.

#### Normas generales de prescripción durante el embarazo

- Evitar cualquier tipo de medicación durante la gestación que no sea absolutamente imprescindible. La excepción son los preparados de vitaminas.
- La medicación previa a la gestación será cuidadosamente revisada para decidir su continuación o su suspensión.
- El primer trimestre de la gestación será específicamente salvaguardado de la contaminación farmacológica sobre todo hasta la semana 8ª de la gestación (periodo de organogénesis).
- Informar sobre los riesgos de la automedicación.
- Evitar fármacos de aparición reciente.
- Utilizar la menor dosis eficaz durante el menor tiempo posible.
- Evitar la politerapia.

#### Clasificación de los fármacos según la FDA (Food and Drug Administration)

- Estudios adecuados y bien controlados no han logrado demostrar riesgo para el feto en el primer trimestre del embarazo. No existe evidencia de riesgos en trimestres posteriores.
- En estudios sobre animales no ha existido manifestación teratogena, pero esto no ha sido confirmado en seres humanos en estudios controlados, o aquellos fármacos que sí presentan un cierto poder teratogénico pero no ha podido ser confirmado en estudios controlados en mujeres.
- Estudios controlados en animales han demostrado efectos adversos, no hay estudios en mujeres o no hay ningún tipo de estudio. Evidencia de riesgo fetal, pero los beneficios para las gestantes pueden ser aceptables a pesar del riesgo en caso de amenaza para la vida.
- El riesgo de utilizar el medicamento en embarazadas supera cualquier beneficio.

Familias	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría X
Antimicrobianos	Amoxicilina Ampicilina Cefalexina Cefalotina Clindamicina Eritromicina Nistatina	Amoxi-clavulánico Anfotericina, Azitromicina Cefalosporinas Didanoside (DDI) Griseofulvina Vancomicina Praziquante	Aciclovir, Amantadina, Claritromicina, Etambutol Cloramfenicol, Gluconazol, Imipenem, Isoniazida, Rifampicina, Itraconazol, Ketoconazol Mevendazol, Sulfamidas, Trimetropina Zidovudina (AZT)	Amikacina Cloroquina Estreptomicina Gentamicina Neomicina Tobramicina	Quinina Quinolonas Tetraciclinas
AINES, Antitusivos, Descongestivos, Antihistamínicos, Antiasmáticos	Paracetamol, Bromexina Codeína Clorfenidramina, Dextrometofano Difenidramina, Fenoterol, Halotano, Hidroxicina Ketamina Lidocaina Adrenalina, Salbutamol	Acetilcisteína Bromuro de ipratropio Pseudoefedrina Terfenadina	Aspirina, Dextropropoxifeno, Ergotamina Fentanilo, Ibuprofeno, Morfina Piroxicam	Fenilefrina	

Digestivos, Dermatológicos, Hormonas, Hipo-glucemiantes, Anticoagulantes, Vacunas	Ácido fólico Antiácidos Corticoides tóp. Hierro, Tiroxina Triiodotironina Vacuna Hep.B Vacuna Antitet.	BCG, Beclometa-sona Bromoergocriptina Calcitonina, Calcitriol Ciproterona, Clomifeno Etinilestradiol,	Anticonceptivos orales Cortisona Dexametasona Melformina Prednisona Propiltiuracilo Amitriptilina, Clorpromacina, Desipramina	Dicumarol Heparina Levonorgestrel Medroxiprogest. Vacunas: Sarampión Polio	Danazol Dietiloestrol Esteroides Anabólicos Glibenclamida Isotretinoína Warfarinal
Hematopoyéticos, Anti-convulsivantes, Psicotrópicos	Hidroxicina	Estrógenos Hioscina, Loperamida Mebendazol, Ranitidina Tamoxifeno, Tirotrófina	Diazepam, Flunitrazepam, Haloperidol Lorazepam, Nortriptilina	Rubéola, Paperas Clorazepam, Difenilhidantoina Ethosuximida, Fenobarbital Imipramina	Ac.Valproico Carbamazepina Litio
Anti-hipertensivos, Antiarrítmicos, Cardiotónicos	Alfametildopa Digoxina	Clodinina DDI., Dipirimadol Dobutamina, Dopamina Labelatol	Amiodarona, Atenolol Diltiazem, Furosemida Nifedipina, Tiazidas Timolol, Verapamilo	Espironolactona Quinidina Reserpina	Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

## Anexo 5: Fármacos permitidos durante el embarazo

### 1. Dolor e inflamación:

- Paracetamol es el fármaco de elección.
- Ibuprofeno, alternativa al paracetamol en 1º y 2º trimestre, pero es de categoría C, no hay evidencia suficiente para recomendarlo de rutina. Su prescripción queda a criterio del médico.
- AINES: pueden causar el cierre del ductus arterioso y después de la semana 32 pasan de categoría B a D.
- AAS: C/D en el 3º trimestre. Se desaconseja porque aumenta el riesgo de hemorragias, disminuye la contractibilidad uterina y puede originar el cierre prematuro del ductus arterioso, retardo del crecimiento intrauterino y efectos teratógenos en altas dosis. Solo se puede indicar a partir del 2º trimestre.
- La dipirona no se recomienda porque produce agranulocitosis y efectos adversos perinatales.
- Metamizol magnésico (Nolotil®) y pirazonas (C/D).

### 2. Anti-infecciosos:

- Penicilinas: antimicrobianos más seguros.
- Eritromicina: en pacientes alérgicas a la penicilina.
- Cefalosporinas: no tienen efectos adversos en el feto.
- Nistatina en candidiasis. En el resto de antimicóticos, antiparasitarios y antivirales hay que valorar la relación riesgo/beneficio ya que la mayoría son de categoría C.

### 3. Náuseas, vómitos e hiperémesis gravídica:

- Doxilamina + Vit.B6 (Cariban®) de elección.
- Tietilperacina (Torecan®).
- Meclozina, dimenhidrato (no al final del embarazo) y metoclopramida.

### 4. Infecciones urinarias:

- Bacteriuria asintomática: betalactámicos, fosfomicina, nitrofurantoina (evitar al final del embarazo).
- Pielonefritis: amoxicilina-clavulánico.

### 5. Anemia y estados carenciales:

- Anemia ferropénica: sulfato ferroso, 30 a 128 mg/d a partir del 2º trimestre.
- Ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta la semana 12 para prevenir defectos del tubo neural.

## 6. Asma:

- Broncodilatadores: terbutalina (B), salbutamol (C), teofilina (C).
- Antiinflamatorios: cromoglicato (B) y nedocromilo (evitar 1º trimestre).
- Corticoides inhalados: beclometasona (C), budesonida.
- Corticoides orales: prednisona, prednisolona (C).

## 7. Enfermedades cardiovasculares:

- Hipertensión moderada: evitar el tratamiento en el 1º trimestre.
- De elección: metildopa.
- 2ª elección: betabloqueadores como metopropol, atenolol (C), labelatol (C).
- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA): están contraindicados y deben suspenderse.
- Antagonistas del calcio: verapamilo (C) en el tratamiento de la angina y taquicardia supraventricular.
- Crisis hipertensiva y preeclampsia: Hidralacina (C) en el 3º trimestre, diazóxido (C), labelatol (C).
- Diuréticos: en general están contraindicados salvo en insuficiencia cardíaca con edema pulmonar.

## 8. Diabetes:

- Insulina.
- Antidiabéticos orales (D): sulfonilureas y biguanidas están contraindicados durante el embarazo.

## 9. Enfermedades psiquiátricas: todos están catalogados como C o D.

- Benzodiacepinas (D).
- Haloperidol (C): control de corea y enfermedades maniaco-depresivas en 2º y 3º trimestre.
- Antidepresivos (C/D): de elección los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS).
- Litio (D) está contraindicado por teratogenicidad.
- Evitar los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa).

## 10. Sustancias hormonales:

- Inhibidores de la prolactina: Cabergolin (B) y bromocriptina (C).
- Hipotiroidismo: de elección L-tiroxina. Hipotiroidismo: no superar la dosis de 300mg de tiouracilo (D) o de 30mg de Carbimazol (D).

## 11. Enfermedades de la coagulación:

- Usar preferentemente Heparina (C), es más manejable y no produce complicaciones en el parto.
- Dicumarínicos: Acenocumarol (D) no en el 1º trimestre, es teratogénico, y se debe controlar de forma rigurosa por sus efectos hemorrágicos. Complicaciones en el parto.

## Anexo 6: Fármacos durante la lactancia

La información sobre lactancia materna, medicamentos, tóxicos y enfermedades durante este período pueden consultarse en la página Web: [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)

### Normas generales en la lactancia

- Indicar solo lo absolutamente necesario.
- Restringir aún más la prescripción en las primeras semanas de lactancia.
- Informar sobre el peligro de la automedicación.
- Elegir drogas que no pasen, o lo hagan escasamente, a la leche materna.
- Dar el pecho cuando se supone que la concentración es la más baja. Si se puede, administrar el medicamento justo antes de que empiece a mamar.

### Fármacos permitidos durante la lactancia

#### 1. Analgésicos:

- Paracetamol y AINES (salvo Sulindac) son los de elección.
- Narcóticos: Codeína y Morfina.
- La Meperidina produce sedación a altas dosis.

#### 2. Antiinfecciosos:

- Penicilinas y cefalosporinas, clindamicina, eritromicina.
- Tetraciclinas tópicas.

- Aztreonam, moxalactam, antifúngicos (nistatina y clotrimazol).
  - Aminoglucósidos (gentamicina, estreptomicina, kanamicina).
  - Antisépticos urinarios (ac.nalidíxico, nitrofurantoína).
  - Clotrimazol y trimetropin.
3. **Anticoagulantes:** Icumarol, warfarina, heparina, enoxaparina.
  4. **Antihistamínicos:** Astemizol, broncofeniramina, clorfeniramina, dexbromfeniramina, difenhidramina, mefodilazina.
  5. **Aparato digestivo:** Cimetidina, loperamida, sucralfato.
  6. **Aparato respiratorio:** Teofilina, aminofilina, difilina, yoduro potásico.
  7. **Hormonas:**
    - Corticoides (prednisona y prednisolona).
    - Antitiroideos (propiltiouracilo, metimazolcarbimazol).
    - Tiroides (levotiroxina).
    - Antidiabéticos (insulina, tolbutamida).
    - Contraceptivos orales.
  8. **Diuréticos:** Acetazolamida, clortalidona, furosemida, hidroclorotiacida, torasemida, Espironolactona.
  9. **Sistema cardiovascular:** Digoxina, diltiazem, isopiramida, hidralacina, labetalol, lidocaína, captopril y enalapril.
  10. **Antigotosos:** Alopurinol y colchicina.
  11. **Sistema nervioso autónomo:** Atropina, baclofeno, escopolamina, metocarbamol, piridostigmina, pseudoefedrina, terbutalina.
  12. **Sistema nervioso central:** Valproico, carbamacepina, domipramina, etosuximida, fenitoina, secobarbital, sulfato de magnesio.

## Anexos de la Guía 8: Tartrectomía

### Anexo 1: Fase preoperatoria

#### 1. Normas generales

- Es indispensable que el clínico utilice gafas protectoras y mascarilla.
- Se colocará el vaso en la escupidera, las cánulas en el aspirador y un campo o en su defecto papel en la bandeja del equipo.
- Se instalarán los ultrasonidos, así como el contra-ángulo de profilaxis en su manguera correspondiente.
- Una vez el paciente se ha sentado en el sillón se le pone un babero.
- Como medida de bioseguridad se le indicará al paciente que realice un enjuague durante 1 minuto con una solución antiséptica para reducir tanto la carga bacteriana salival como el aerosol producido en el consultorio.
- El antiséptico a utilizar podrá ser: la clorhexidina al 0,12%, o un compuesto fenólico (Listerine®), o en su defecto agua ya que siguiendo el mismo orden anterior se consigue un 91,4%, 73,8% y un 53,7% de reducción de placa.

#### 2. Colocación del operador

- El profesional diestro trabajará preferentemente entre “las 9” y “las 12” horas.
- El profesional zurdo se colocará entre “las 12” y “las 3” horas.
- Para trabajar en la arcada superior se colocará al paciente en posición de Trendelenburg (en decúbito supino, haciendo bascular el sillón de manera que la cabeza quede más abajo que la pelvis).
- Para trabajar en arcada inferior, tendremos al paciente sentado.

#### 3. Selección de las puntas

Las puntas que se acoplan a este sistema pueden ser muy variadas, pero fundamentalmente consideramos las siguientes:

- Puntas en forma de espátula o cola de castor. Se usan en caras vestibulares y linguales o palatinas.
- Puntas con doble angulación. Su forma recuerda a la de una cureta universal. Se utiliza para eliminar el cálculo de los espacios interproximales y para insinuarla subgingivalmente en la remoción del cálculo subgingival más superficial.
- Punta similar al cincel de Zerfing para depósitos muy densos y puentes de sarro.
- Punta similar a la sonda periodontal para depósitos muy finos y el alisado radicular.

### Anexo 2: Fase operatoria

#### 1. Sistemática de ejecución

Es muy importante establecer una sistemática en la ejecución del trabajo, esto es, se comenzará en el extremo de una arcada, por ejemplo, en el 28-27 por la cara vestibular y se continuará por esa cara hasta alcanzar el 17-18; a continuación, haríamos lo mismo por la cara palatina hasta completarla; posteriormente, seguiríamos un orden similar en la arcada inferior.

Finalmente, se deben explorar todos los sectores con sonda de exploración y jeringa de aire para asegurarse una remoción completa.

#### 2. Sostén y angulación de las puntas

Las puntas del aparato de ultrasonidos no deben utilizarse **nunca perpendicularmente** al diente.

- Se sostiene el instrumento en forma de lapicero modificado y se apoyan los dedos firmemente en los dientes adyacentes, de forma que el mango del instrumento siga el eje mayor dentario y el extremo activo siga el contorno de la superficie dentaria.

- Se coloca la punta de trabajo del instrumento con una angulación de 15-30° sobre la superficie del diente.
- Los movimientos de la punta deben ser cortos, continuos y suaves. Se recomiendan movimientos oblicuos en superficies labiales y linguales, y movimientos verticales en caras proximales.
- Los movimientos de presión son innecesarios ya que la energía vibratoria de la punta es la que desprende los depósitos.

### 3. Evitar el uso de ultrasonidos en:

- Obturaciones de resina: posibles fracturas.
- Obturaciones de amalgama: lesiones marginales.
- Prótesis fija.
- Caries: En zonas con problemas de mineralización del esmalte ("manchas blancas").
- Marcapasos y desfibriladores internos automáticos.

### 4. Pulido dentario

- Tras una tartrectomía es fundamental realizar un pulido de la superficie dentaria. Conseguiremos una superficie más lisa que dificultará un nuevo acumulo de placa, eliminando a la vez manchas, cutículas y películas de la superficie dentaria.
- El pulido se lleva a cabo empleando pastas abrasivas. Pueden llevar incorporado flúor para disminuir la sensibilidad dentaria.
- En las superficies linguales y vestibulares se aplica la pasta con copa o taza de goma; esta puede ser hueca, con estrías en su interior e incluso algunas de ellas llevan un pequeño penacho de cerdas.
- Una vez colocada la pasta en su interior, se coloca sobre la zona a trabajar y, a baja velocidad, se presiona contra el diente, siendo la flexibilidad de la taza la que permite que penetre parcialmente en el surco.
- En las superficies oclusales se emplean los cepillos de profilaxis para aplicar la pasta abrasiva.

Anexos de la Guía 9: Atención a la Patología Oral

Anexo 1: Consentimiento informado para realizar una exodoncia



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXODONCIA (EXTRACCIÓN DENTARIA)

D. / Dña.....con domicilio en..... y con DNI..... leo y, si lo estimo conveniente, firmo el presente documento que me entrega el / la Dr./Dra..... para mi información y como explicación de la asistencia sanitaria que preciso.

En consecuencia DECLARO QUE:

- Con la claridad y extensión que he necesitado he sido informado/a de que la intervención que se me va a realizar va dirigida a la mejora del estado de mi boca, mediante la extracción de un diente (molar, premolar, canino o incisivo) en mal estado y que supone un riesgo para mi salud.
- Se me ha informado de que, si el dentista que me atiende lo considera necesario, puede ser útil realizar algún tipo de radiografía como la ortopantomografía o la radiografía apical, pruebas para las que también doy mi consentimiento.
- También se me ha advertido de que se utilizará anestesia local para su realización y si bien he comprendido que no suele ocurrir más que en muy escasas ocasiones, entiendo que existe la posibilidad de sufrir algún tipo de accidente a consecuencia de su empleo, como reacciones alérgicas, cardiovasculares o lesiones derivadas del uso de una aguja, cuyo riesgo asumo.
- He sido informado/a de que el procedimiento, aunque sencillo, no está exento de complicaciones imprevisibles, algunas de ellas muy poco frecuentes, que no dependen de la forma o modo de practicarse ni de su correcta realización. En todo caso asumo que el dentista que me atiende tomará las medidas oportunas para su prevención y tratamiento, si éste fuera necesario.
- Entre otras me han sido expuestas las siguientes complicaciones:

A. COMPLICACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN:

Rotura del diente que se extrae, Rotura o movilidad de los dientes próximos, Comunicación entre la boca y la cavidad nasal, Desplazamiento del diente a espacios adyacentes, Hemorragia, Introducción de aire por debajo de la piel, Fractura mandibular / maxilar, Lesión en la encía y en los tejidos blandos, Luxación de la articulación de la mandíbula.

B. COMPLICACIONES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN:

Infección en la herida o en las zonas próximas, Infección del hueso, Dolor en el lugar donde se produjo la intervención, Hemorragia, Dificultad para la apertura de la boca, Hematomas en la piel de la cara, Erupciones en la boca o en la piel, Reactivación de lesiones herpéticas, Falta de sensibilidad, temporal o definitiva, en la mitad anestesiada de la lengua o del labio, Retraso en la cicatrización de la herida.



- Además soy consciente de que la extracción de un diente supone una pérdida irreversible que limitará mi capacidad de masticar y afectará a la estética y a la funcionalidad de mi boca, por lo que el dentista me ha aconsejado la sustitución del diente extraído.
- En el caso de estar a tratamiento con bisfosfonatos se me ha informado de que existe un riesgo añadido de padecer complicaciones óseas en el lugar de la intervención, que pueden hacer necesarias posteriores intervenciones para cerrar la herida que se genere tras ella.
- Si además recibo algún tratamiento que reduzca mi capacidad para coagular la sangre, asumo que existe riesgo de sangrado en la herida que resulta tras la extracción, si bien se me ha explicado que no suele tener trascendencia clínica, y que podré controlarla con las medidas que mi dentista me ha expuesto.
- Asumo también que a consecuencia de la intervención es posible la aparición de dolor, inflamación y otras molestias propias de cualquier extracción dentaria, y que son imputables a la misma y no al modo en el que se me ha realizado dicha extracción por parte del dentista.

Una vez comprendida la información expuesta y tras recibir por parte del dentista cuantas aclaraciones he precisado DOY MI CONSENTIMIENTO para la EXODONCIA (EXTRACCIÓN DENTARIA) del diente o de los dientes: .....

Centro de Salud de ..... a ..... de ..... de 20 .....

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL DENTISTA

En cualquier momento puedo revocar este consentimiento sin dar explicaciones de mis motivos

#### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PREVIO

He decidido, en la fecha ..... de ..... de 20 ....., no continuar con el procedimiento para realizar la exodoncia, lo que anula mi consentimiento previo para la misma.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL DENTISTA



**Anexo 2: Protocolo de exploración estomatognática general. Basado en los Protocolos elaborados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.**

Exploración	Contenidos
Cervicofacial: <ul style="list-style-type: none"> <li>Inspección</li> <li>Palpación</li> </ul>	Malformaciones, asimetrías, cambios de color, cadenas ganglionares, musculatura, puntos de Valoix.
ATM: <ul style="list-style-type: none"> <li>Palpación</li> <li>Auscultación</li> <li>Funcionalidad</li> </ul>	Detección de ruidos articulares, búsqueda de puntos dolorosos. Tipificación de los ruidos. Amplitud de la abertura máxima, exploración de la relación céntrica, deslizamiento entre relación céntrica y máxima intercuspidación. Estudio de trayectorias de apertura-cierre, estudio de trayectorias contactantes y guías.
Intraoral: <ul style="list-style-type: none"> <li>Inspección</li> <li>Palpación</li> <li>Otros</li> </ul>	Oral y orofaríngea. Labios, mejillas, paladar, lengua y palpación bidigital del suelo de la boca. Toma de biopsia si es necesario.
Glándulas salivales	Estudios de secreción salival en el síndrome de boca seca.
Periodontal: <ul style="list-style-type: none"> <li>Irritantes</li> <li>Sondaje del surco</li> <li>Movilidad dentaria</li> </ul>	Detección de placa y cálculo. En dientes índices: códigos e índice CPI. Medición de profundidad y recesión en todos los dientes, con determinación de índice de hemorragia. Estimación cualitativa: palpación. Estimación cuantitativa: aparatológica.
Dentaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>Inspección</li> <li>Palpación con sonda roma</li> <li>Otros</li> </ul>	De todas las superficies dentarias (color, desgastes, etc.). De todas las superficies dentarias accesibles. Colorantes de caries. Transiluminación, técnicas especiales de detección de caries. Pruebas de susceptibilidad/actividad de caries.
Oclusión : <ul style="list-style-type: none"> <li>Inspección</li> <li>Palpación</li> </ul>	Clasificación básica de máxima intercuspidación. Detección de facetas y correspondencia con posiciones y movimientos mandibulares. Frémits.

**Anexo 3: Protocolo de seguridad hemostática de los procedimientos odontológicos en pacientes anticoagulados. Basado en los Protocolos elaborados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.**

Procedimiento	INR- valor necesario para intervenciones quirúrgicas electivas: $\leq 2$				
	Inferior al rango terapéutico de anticoagulación		Dentro del rango terapéutico anticoagulante		
	<1,5	1,5-2	2-2,5	2,5-3	>3
Examen	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro
Radiografías					
Toma de impresiones					
Profilaxis supragingival	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro
Obturaciones					
Reconstrucciones complejas					
Conductoterapias					
Tallados coronarios	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro	Usar medidas locales	Usar medidas locales
Exodoncias simples					
Curetajes gingivales					
Gingivoplastias					

Procedimiento	<1,5	1,5-2	2-2,5	2,5-3	>3
Exodoncias múltiples simples de un cuadrante	Procedimiento seguro	Procedimiento seguro	Usar medidas locales	Usar medidas locales	Usar medidas locales
Exodoncia de diente incluido	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento inseguro. Enviar al hematólogo	Procedimiento inseguro. Enviar al hematólogo
Gingivectomía					
Cirugía periodontal					
Apicectomía					
Colocación de implante					
Cirugía de colgajos amplios	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento inseguro. Enviar al hematólogo	Procedimiento inseguro. Enviar al hematólogo	Procedimiento inseguro. Enviar al hematólogo
Extracción múltiple de dientes incluidos					
Colocación de múltiples fijaciones					
Edentulación completa de una arcada	Procedimiento probablemente seguro	Usar medidas locales	Procedimiento inseguro. Enviar al hematólogo	Procedimiento inseguro. Enviar al hematólogo	Procedimiento inseguro. Enviar al hematólogo
Edentulación completa simultánea de ambas arcadas					
Reducción de fracturas abiertas	Procedimiento hospitalario				
Cirugía ortognática					

#### Anexo 4: Recomendaciones en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes (TAO) y antiagregantes orales

##### 1. Actitud ante una exodoncia en pacientes tratados con anticoagulantes orales (Sintrom® / Heparinas Aldocumar® / etc.):

(Basado en el "Protocolo para pacientes anticoagulados" de los Servicios de Hematología del Hospital de Jarrío y del HUCA).

En los días previos a la fecha prevista para la extracción dental, acudirá a su unidad de control. En el caso de mantenerse los niveles en el margen terapéutico previsto (INR) **no se debe interrumpir ni reducir los anticoagulantes orales**. En algunos CS es posible la valoración del INR en el mismo centro el día en que se acude a realizar el procedimiento previsto.

Emplear anestesia infiltrativa (o ligamentosa) con vasoconstrictor. Evitar la anestesia troncular en un medio no especializado.

Tras la extracción dentaria se irrigará la zona cruenta con el contenido de una ampolla de ácido tranexámico (AMCHAFIBRIN®- 500 mg, 5 ml).

Seguidamente el paciente realizará una compresión activa sobre la zona (mordida-taponamiento) con el contenido de una segunda ampolla impregnando la gasa hasta que se constituya físicamente el coágulo (20 minutos). Lo recomendable es que el dentista prolongue la observación del paciente para detectar sangrado que requiera medidas adicionales (relleno alveolar con Surgicel o Espingostán dental con eventual sutura alveolar).

Posteriormente efectuará enjuagues muy suaves con el mismo producto, durante 2 minutos, cada 6 horas, sin tragarlo (mínimo 2 días) y evitando comer o beber en la hora siguiente. Se puede prolongar su uso hasta que cese el sangrado, incluso 1 semana.

El primer día elegir alimentos líquidos y fríos que se tomarán sin succión. Evitar los alimentos duros, cortantes o calientes y evitar la succión que conlleva fumar. Hasta el tercer día no masticar de ese lado.

Se tomarán los analgésicos recomendados por su unidad de control del tratamiento anticoagulante. Usar

preferiblemente el paracetamol y evitar los anti-inflamatorios. En caso de necesitarlo el más seguro es el ibuprofeno.

La probabilidad de un sangrado posterior rebelde es baja; si aparece se recomienda impregnar una gasa en Amchafibrin® y morderla con fuerza durante 30 minutos. Si no cede deberá acudir a su dentista.

Debe recordarse la eventual necesidad de efectuar profilaxis de la endocarditis bacteriana.

#### Valores del IRN

$$\text{INR} = \left[ \frac{\text{Tiempo de protrombina del Paciente}}{\text{Tiempo de protrombina Normal}} \right]^{\text{ISI}}$$

ISI: índice internacional de sensibilidad

Intervalo de referencia: el intervalo terapéutico para un tratamiento anticoagulante oral es de 2,0 a 4,5.

La Sociedad Británica de Hematología recomienda los intervalos siguientes:

- Profilaxis de la trombosis venosa profunda (incluyendo pacientes de alto riesgo): 2,0-2,5.
- Profilaxis de la TVP en la cirugía de cadera o en la fractura femoral, tratamiento de la TVP, embolia pulmonar, ataques de isquemia transitorios: 2,0-3,0.
- TVP y EP recurrentes, infarto de miocardio, injertos arteriales, prótesis cardíacas, válvulas protésicas: 3,0-4,5.

En los EE.UU se recomienda un INR de 2,0-3,5 con un rango de 2,5-3,5 para los pacientes con válvulas mecánicas.

En Europa se recomienda un INR de 2,5-4,8 con un nivel de 3,6-4,8 para las válvulas mecánicas.

Anticoagulantes		
Principio activo	Nombre comercial	Actitud ante una extracción dentaria
Acenocumarol	Sintrom Uno®	Si el INR está en margen terapéutico <b>no suspender</b> y usar Amchafibrin
Warfarina sódica	Aldocumar®	Si el INR está en margen terapéutico <b>no suspender</b> y usar Amchafibrin

#### 2. Actitud ante una exodoncia en pacientes tratados con antiagregantes orales (Aspirina® / Adiro® / Tiklid® / Iscover® / Plavix® / etc.):

Actualmente, aunque no se dispone de ningún protocolo como en el caso de los anticoagulantes, la recomendación hecha por el Hospital Universitario Juan Canalejo, por la SVMFiC (Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria) y por la Sección de Hemodinámica y de Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología, es la de **no suspender los antiagregantes en las extracciones dentales**.

Es mayor el riesgo de complicaciones tromboembólicas y de isquemias que el riesgo de hemorragia tras la extracción dental.

#### Pautas a seguir:

- No realizar más de 2 exodoncias de molares contiguos o de 3 dientes anteriores.
- Procurar realizar las intervenciones a primera hora de la mañana.
- Irrigar la zona cruenta con un ampolla de 500 mg de ácido tranexámico (Amchafibrin®).
- Realizar hemostasia con puntos de sutura y esponjas de colágeno.
- Compresión mordiéndose una gasa empapada en Amchafibrin® durante 20 minutos.
- Enjuagues con ácido tranexámico cada 2-4 horas si presenta hemorragia. Puede seguir realizando enjuagues cada 6 horas si la hemorragia persiste, durante 2 días, evitando la ingestión.
- La SVMFiC y la Unidad de Trombosis del Hospital Juan Canalejo recomiendan como prevención de la hemorragia en pacientes antiagregados 2 ampollas de ácido tranexámico cada 8 horas durante 3 días comenzando la víspera de la extracción.

**Anexo 5: Procedimientos odontológicos en los que se debe considerar la profilaxis antibiótica en los pacientes con cardiopatías de alto riesgo. Protocolo elaborado por la Sociedad española de Cardiología, 2002**

Profilaxis antibiótica	Procedimiento terapéutico
SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extracción dental.</li> <li>Implantes de bandas de ortodoncia.</li> <li>Procedimientos periodontales.</li> <li>Implantes subgingivales de tiras de antibiótico.</li> <li>Inyección intraligamentosa de anestésicos.</li> <li>Limpieza con sangrado.</li> </ul>
NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inyecciones de anestésicos no intraligamentosas.</li> <li>Obtención de impresiones dentales.</li> <li>Extracción dental en primera dentición.</li> <li>Quitar puntos de sutura.</li> </ul>

**Anexo 6: Profilaxis antibiótica en enfermos con cardiopatías. Protocolo elaborado por la Sociedad Española de Cardiología, 2002**

Profilaxis recomendada		Profilaxis No recomendada
Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo bajo
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prótesis valvulares (incluidas bio-prótesis y homoinjertos).</li> <li>Endocarditis bacteriana previa.</li> <li>Cardiopatías congénitas cianóticas.</li> <li>Ductus arteriosus.</li> <li>Insuficiencia aórtica.</li> <li>Estenosis aórtica.</li> <li>Insuficiencia mitral.</li> <li>Doble lesión mitral.</li> <li>Comunicación interventricular.</li> <li>Coartación aórtica.</li> <li>Lesiones intracardíacas operadas con anomalías hemodinámicas residuales.</li> <li>Cortocircuitos sistémicos o pulmonares con corrección quirúrgica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estenosis mitral pura.</li> <li>Valvulopatía tricuspídea.</li> <li>Estenosis pulmonar.</li> <li>Miocardiopatía hipertrófica.</li> <li>Prolapso mitral con insuficiencia valvular y/o valvas redundantes.</li> <li>Aorta bicúspide con ligeras anomalías hemodinámicas.</li> <li>Esclerosis aórtica con ligeras anomalías hemodinámicas.</li> <li>Lesiones degenerativas valvulares de los ancianos.</li> <li>Lesiones intracardíacas operadas sin anomalías hemodinámicas en los primeros 6 meses tras la intervención.</li> <li>Otros defectos congénitos que los expuestos en el apartado anterior y posterior.</li> <li>Injertos vasculares durante los primeros 6 meses tras su realización (Derivaciones AV en pacientes dializados, reservorios para quimioterapia).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación interventricular tipo ostium secundum.</li> <li>Reparación de Comunicación interventricular y ductus pasados 6 meses sin lesiones residuales.</li> <li>Cirugía coronaria.</li> <li>Prolapso mitral sin insuficiencia vascular.</li> <li>Soplos funcionales.</li> <li>Enfermedad de Kawasaki sin disfunción valvular.</li> <li>Marcapasos endocavitarios, epicárdicos, y desfibriladores.</li> <li>Insuficiencia valvular leve por Doppler sin anomalías orgánicas.</li> <li>Implantación de Stent.</li> </ul>

**Anexo 7: Pauta antibiótica de profilaxis en los procedimientos dentales. Protocolo elaborado por la Sociedad Española de Cardiología, 2002**

Tipo de profilaxis	Antibiótico	Pauta
Profilaxis estándar	Amoxicilina	Adultos: 2g, 1 hora antes del procedimiento. Niños: 50 mg/kg, 1 hora antes del procedimiento.
Intolerancia a la vía oral	Ampicilina	Adultos: 2g IM o IV, 30 minutos antes. Niños: 50 mg/kg IM o IV, 30 minutos antes.
Alérgicos a la Penicilina	Clindamicina	Adultos: 600 mg, 1 hora antes. Niños: 20 mg/kg, 1 hora antes.
	Cefalexina	Adultos: 2g, 1 hora antes. Niños: 25 mg/kg, 1 hora antes.

Alérgicos a la Penicilina e Intolerancia a la vía oral	Clindamicina	Adultos: 600 mg, IV, 30 minutos antes. Niños: 20 mg/kg, IV, 30 minutos antes.
	Cefalexina	Adultos: 2g, IM o IV, 30 minutos antes. Niños: 25mg/kg, IM o IV, 30 minutos antes.

**Anexo 8: Pacientes a tratamiento con bisfosfonatos. Protocolo elaborado por la SECOM, Marzo del 2003 \_Documento de posicionamiento sobre la ONM (Osteonecrosis de los maxilares) Mayo 2009\_ [www.seiom.org](http://www.seiom.org)**

Bisfosfonatos	Tiempo de tratamiento	Medidas preventivas
Orales o IV (Zometa) 1 dosis / año durante 3 años	Antes del tratamiento y los 3 primeros meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos de AP y FEAS deben informar al paciente de los riesgos del tratamiento y recomendar la evaluación de su salud oral.</li> <li>Los dentistas tienen un plazo de 3 años para lograr un óptimo estado de salud oral.</li> </ul>
	Menos de 3 años y sin factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de Cirugía y Rehabilitación.</li> <li>Consentimiento informado que incluya el riesgo de osteonecrosis.</li> <li>Control periódico anual de salud oral.</li> </ul>
	Menos de 3 años con factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar el riesgo de fractura ósea:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Existe si &gt;70 años, presencia de fracturas previas y T-score &lt; - 2: realizar acto quirúrgico sin suspender el bisfosfonato.</li> </ul> </li> <li>Si no existe riesgo de fractura:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Suspender el medicamento si se puede durante 3 meses antes de la cirugía oral.</li> <li>Reiniciar el tratamiento cuando se haya completado la cicatrización.</li> </ul> </li> <li>Consentimiento informado que incluya el riesgo de osteonecrosis.</li> <li>Control periódico al menos 1 vez/año.</li> </ul>
	Más de 3 años con o sin factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar el riesgo de fractura ósea:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Existe si &gt;70 años, presencia de fracturas previas y T-score &lt; - 3: realizar acto quirúrgico sin suspender el bisfosfonato.</li> </ul> </li> <li>Si no existe riesgo de fractura:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Contactar con el médico prescriptor.</li> <li>Suspender el medicamento si se puede durante 3 meses antes de la cirugía oral.</li> <li>Reiniciar el tratamiento cuando se haya completado la cicatrización.</li> </ul> </li> <li>Consentimiento informado que incluya el riesgo de osteonecrosis.</li> <li>Control periódico al menos 1 vez/año.</li> </ul>
IV	Antes y los 3 primeros meses del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar al paciente de los riesgos y solicitar valoración de su salud oral a su dentista de AP.</li> <li>Realizar los actos quirúrgicos 15-20 días antes del inicio del tratamiento.</li> <li>Evaluar y corregir traumatismos protéticos.</li> </ul>
	Durante la administración	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar todo tipo de cirugía oral e implantológica.</li> <li>Focos infecciosos: la endodoncia es la primera elección.</li> <li>Controlar la salud oral cada 6 meses.</li> </ul>
	Después del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar todo tipo de cirugía oral al menos durante un periodo no inferior a 10 años.</li> <li>Motivar y mantener un riguroso control de la salud oral.</li> </ul>

**Actuación si la extracción es inevitable**

- Profilaxis antibiótica: Amoxicilina más clavulánico 875/125mg, 1/8 horas.
- Iniciar el tratamiento 2 días antes y mantenerlo 10 días.
- Usar anestesia sin VC.
- Realizar la extracción del modo menos cruento y más aséptico posible.
- Controlar la cicatrización cada 15 días hasta el cierre completo.
- En el caso de complicaciones derivar al Servicio de Cirugía Maxilo-Facial de referencia.

### Factores de riesgo

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

1. Los pacientes con mieloma múltiple (MM) tienen el mayor riesgo de presentación de OMRB, que se incrementa un 9% por cada década que aumente la edad.
2. En segundo lugar estarían las pacientes con cáncer de mama.
3. Los pacientes con tratamiento concomitante con corticoesteroides parecen tener un mayor riesgo de osteonecrosis.
4. 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 OMRB.
5. 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 los 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).
6. En las osteonecrosis en relación con los aminobisfosfonatos intravenosos los antecedentes de cirugía dento-alveolar multiplican por siete la posibilidad de presentación de OMRB, mientras la presencia de patología inflamatoria (dental o periodontal) incrementa en el mismo porcentaje esta posibilidad.
7. 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.
8. Los efectos de los aminobisfosfonatos intravenosos sobre el hueso pueden persistir incluso 10 años después de suspendido el tratamiento.
9. 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.
10. Otros tratamientos o enfermedades concurrentes (Diabetes, Tabaco, Alcohol, Higiene oral, Quimioterapia...), pueden suponer un incremento en el riesgo.

### Anexo 9: 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	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	5.000
Tiludronato	Skelid®	Oral	Sanofi	10
Ibandronato	Boniva® Bonviva®	Oral Intravenoso	Roche Roche	10.000

**Anexo 10: Pacientes sometidos a radioterapia de cabeza y cuello. Basado en los Protocolos elaborados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.**

**a. Antes del tratamiento: medidas preventivas**

Examen estomatognático	<p>Exploración estomatognática general (véase protocolo de exploración estomatognática general), con especial atención a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Estado de mucosas y procesos alveolares: <ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de úlceras, fibromas, hiperplasias y espículas óseas.</li> <li>Amplitud de apertura oral máxima.</li> </ul> </li> <li>Existencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Obturaciones defectuosas.</li> <li>Fracturas dentarias.</li> </ul> </li> <li>Estado de conservación de las prótesis.</li> </ol>
Exploración radiográfica	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ortopantomografía (radiografía panorámica). Buscar atentamente signos de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Infecciones periapicales.</li> <li>Quistes.</li> <li>Restos radiculares.</li> <li>Terceros molares y otros dientes incluidos o parcialmente erupcionados.</li> </ul> </li> <li>Radiografías periapicales si fuese preciso complementar la información obtenida de la ortopantomografía.</li> </ol>
Odontología preventiva. Educación para la salud	<p>Aprendizaje y adiestramiento en las técnicas de higiene oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cepillado</li> <li>Manejo de la seda dental.</li> <li>Uso de cepillos interproximales.</li> </ul>
Protección específica	<ol style="list-style-type: none"> <li>Enjuague con solución de clorhexidina al 0,12%.</li> <li>Desaconsejar la utilización de prótesis removibles durante el tratamiento con radioterapia debido a la mala tolerancia de las mucosas.</li> </ol>
Procedimientos básicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>Es aconsejable la profilaxis (tartrectomía).</li> <li>Raspado y alisado radicular, si periodontalmente estuviera justificado.</li> </ol>
Tratamientos específicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>Eliminación de potenciales focos sépticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Es aconsejable la profilaxis (tartrectomía).</li> <li>Raspado y alisado radicular, si periodontalmente estuviera justificado.</li> <li><b>a Periapicales o pararradiculares:</b> Conductoterapia (especialmente indicada en dientes de especial valor protético, siempre que la restauración posterior tenga un pronóstico razonable). Exodoncia.</li> <li><b>b Periodontales:</b> Tratamiento periodontal. Exodoncia.</li> </ul> </li> <li>Operatoria dental: <ul style="list-style-type: none"> <li>Restauración de las caries.</li> <li>Sustitución de las obturaciones en mal estado.</li> </ul> </li> <li>Cirugía preprotética (que sería muy arriesgada después de la radioterapia): <ul style="list-style-type: none"> <li>Eliminar las espículas óseas.</li> <li>Eliminar los torus que, posteriormente, dificulten la confección de las prótesis.</li> </ul> </li> </ol>
Exodoncias	<ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuándo?: Deberán realizarse tres semanas antes, al menos, de la radioterapia, salvo en situación de urgencia vital.</li> <li>¿Que dientes? Se deben extraer todos los dientes con pronóstico cuestionable.</li> <li>Indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Restos radiculares.</li> <li>Lesiones avanzadas de caries que afecten al tejido pulpar, y lesiones periapicales cuando la conductoterapia o la restauración posterior a la conductoterapia tienen mal pronóstico.</li> <li>Bolsas periodontales mayores de 5 mm.</li> <li>Movilidad de grado II / III o afectación de la furca.</li> <li>Dientes impactados o en erupción incompleta.</li> </ul> </li> <li>Motivación: Se ha de valorar la motivación del paciente para cumplir las medidas preventivas, sin cuyo cumplimiento se ensombrece el pronóstico de “supervivencia” dentaria.</li> </ol>



### b. Durante la radioterapia

Durante esta etapa las acciones se encaminan fundamentalmente a paliar los efectos de la radioterapia tales como mucositis, infecciones, hiposialia y trismus, así como a controlar el estado de la higiene oral y de la nutrición. Se recomiendan controles una vez a la semana. El paciente deberá continuar tanto con las técnicas de higiene oral que se le enseñaron previamente como con el control del estado nutricional y dietético (dieta blanda, complementos proteicos).

**No se pueden realizar exodoncias debido al riesgo de osteonecrosis.**

Problema	Especificaciones
<b>Mucositis</b>	<p>Características patocrónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparece entre los 7 y los 14 días del inicio de la radioterapia.</li> <li>• Alcanza el grado máximo en la cuarta semana.</li> <li>• Se recupera a las dos semanas una vez finalizada la radiación.</li> </ul> <p>Medios para el control del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soluciones anestésicas (lidocaína).</li> <li>• Enjuagues con bencidamina hidrocloreuro.</li> <li>• Enjuagues con sucralfato (citoprotector).</li> <li>• Tobramicina, polimixina E y anfotericina.</li> </ul>
<b>Candidiasis</b>	<p>Nistatina. Alternativamente, otros antifúngicos.</p>
<b>Hiposialia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Características patocrónicas: Después de la primera semana de tratamientos se presenta una disminución drástica del flujo salival.</li> <li>2 Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sialogogos (bromhexina, anetoletritiona, betanecol, pilocarpina): La pilocarpina parece ser la más eficaz a dosis de 5 mg tres veces al día. Atención a las contraindicaciones: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Efectos secundarios: Sudoración e hipermotilidad gastrointestinal.</li> <li>• Caramelos o chicles sin azúcar, para aumentar la salivación.</li> <li>• Ingesta y enjuagues abundantes de agua.</li> </ul> </li> </ol>
<b>Trismus</b>	<p>Ejercicios suaves de masticación. Fisioterapia.</p>

### c. Después de la radioterapia

**Durante 2 años no se deben realizar exodoncias por el riesgo de osteonecrosis.**

Medidas	Contenidos
<b>Secuelas</b>	<p>Si la radiación ha sido mayor de 60-70 Gy en las glándulas salivales la hiposialia será irreversible</p>
<b>Instrucciones de higiene oral</b>	<p>Mantener un alto nivel de higiene oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoruración tópica, a criterio del profesional según la calidad de la higiene oral y la evolución.</li> <li>• Es posible realizar profilaxis (tartrectomías), raspados y alisados radiculares.</li> </ul>
<b>Odontología conservadora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obturación inmediata de cualquier nueva caries.</li> <li>• Es posible realizar conductoterapia.</li> <li>• Evitar apicectomía, por el riesgo de osteorradionecrosis.</li> </ul>
<b>Exodoncias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda retrasarlas hasta unos 2 años después de la radioterapia.</li> <li>• Prescribir protección antibiótica de amplio espectro desde varios días antes de la extracción hasta dos semanas después.</li> <li>• La oxigenoterapia hiperbárica previa y posterior es útil para prevenir la osteorradionecrosis.</li> </ul>
<b>Prostodoncia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperar tres meses desde el fin de la radioterapia para volver a usar sus prótesis.</li> <li>• En caso de exodoncias previas a la radioterapia, el tiempo de espera para el uso de prótesis removibles debería ampliarse a seis meses.</li> </ul>

<b>Implantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque el riesgo de fracaso en la osteointegración es algo mayor que en pacientes no irradiados, la radioterapia previa no es necesariamente una contraindicación para la colocación de implantes mandibulares: el riesgo de osteorradionecrosis sigue siendo mínimo, siempre que se evite o minimice el despegamiento perióstico de la cortical interna, que es la principal fuente de vascularización de la mandíbula.</li> <li>• Se recomienda demorar dos años la colocación de implantes mandibulares, por el riesgo de enmascaramiento de recidivas del tumor, que predominantemente acontece en ese periodo.</li> <li>• La oxigenación hiperbárica es de gran utilidad.</li> </ul>
<b>Osteorradionecrosis</b>	Extirpación del hueso necrótico y reconstrucción mandibular con un colgajo microvascularizado.
<b>Hiposialia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilocarpina (5 mg tres veces al día) u otros sialogogos. ¡Atención a las contraindicaciones: asma enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)! - Efectos secundarios: Sudoración e hipermotilidad gastrointestinal.</li> <li>• Salivas artificiales a base de carboximetilcelulosa, mucina o enzimas.</li> </ul>

**Anexo 11: Pacientes con diabetes mellitus. Basado en los Protocolos elaborados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.**

Concepto	Contenidos
<b>Misiones del dentista en pacientes que desconocen su patología</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Despistaje de la diabetes en aquellos pacientes que desconocen tener tal patología y consultan por patología odontológica sugerente, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sequedad de boca.</li> <li>• Enfermedad Periodontal.</li> <li>• Abscesos Periodontales.</li> <li>• Cicatrización retardada.</li> <li>• <b>Síntomas cardinales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Polidipsia.</li> <li>◦ Poliuria.</li> <li>◦ Polifagia.</li> <li>◦ Pérdida de peso.</li> <li>◦ Debilidad general.</li> </ul> </li> <li>• <b>Hallazgos clínicos sistémicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Obesidad.</li> <li>◦ Irritabilidad.</li> <li>◦ Infecciones cutánea.</li> <li>◦ Visión borrosa.</li> <li>◦ Parestesias.</li> </ul> </li> <li>• <b>Antecedentes:</b> Mujeres que hayan dado a luz a prematuros o a niños de peso elevado o hayan tenido abortos múltiples espontáneos.</li> </ul> </li> <li>2 Prevención y tratamiento de las complicaciones bucales.</li> <li>3 Proporcionar tratamiento odontológico adecuado.</li> </ol>
<b>Deber del dentista con los pacientes ya diagnosticados de diabetes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Mantener una historia clínica con información completa sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento farmacológico: dosis, tipo y administración de Insulina.</li> <li>• Frecuencia de complicaciones agudas (coma).</li> <li>• Complicaciones crónicas sistémicas (Ojos, Riñón, Sistema Nervioso).</li> </ul> </li> <li>2 Si el control metabólico es deficiente, ASA IV, el paciente debe ser hospitalizado.</li> </ol>
<b>Complicaciones orales frecuentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acúmulo de placa bacteriana.</li> <li>• Úlceras orales persistentes.</li> <li>• Periodontitis y Abscesos periodontales.</li> <li>• Candidiasis.</li> <li>• Hiperplasia gingival: Granuloma Piogénico.</li> <li>• Queilitis angular.</li> <li>• Xerostomía.</li> <li>• Estomatitis protética.</li> <li>• Mayor susceptibilidad a la caries.</li> <li>• Halitosis, con olor típico a acetona.</li> <li>• Síndrome de boca ardiente.</li> <li>• Glositis Romboidal media.</li> <li>• Parotiditis crónica, bilateral y asintomática.</li> <li>• Liquen plano.</li> <li>• Odontalgia atípica, por microangiopatía intrapulpar.</li> <li>• Reacciones Liquenoides (Grinspan).</li> <li>• Alveolitis seca postextracción.</li> <li>• Cicatrización retardada post-extracción o cirugía.</li> </ul>

<p><b>Tratamiento de las complicaciones orales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento y prevención de infecciones bacterianas: Antibióticos de elección: Penicilinas.</li> <li>• Tratamiento de las Infecciones micóticas: Antifúngicos convencionales.</li> <li>• Situaciones de estrés:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ambiente relajante.</li> <li>○ Evitar maniobras dolorosas.</li> <li>○ Si fuese necesario: ansiolíticos.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Atenciones especiales con el paciente diabético</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendarle que durante el periodo de tratamiento odontológico siga su régimen de vida habitual.</li> <li>• Preferiblemente, atenderle en citas breves y por la mañana.</li> <li>• En diabéticos frágiles, hacer pruebas de orina para acetona y glucosa el día del tratamiento.</li> <li>• Tener a su disposición bebidas con glucosa.</li> <li>• Durante el tratamiento de los diabéticos de tipo I, estar atentos a su mayor probabilidad de desequilibrio de la glucosa.</li> <li>• Después del tratamiento darles las pautas necesarias para que siga con su dieta y tratamiento.</li> </ul>
<p><b>Actuaciones odontológicas de carácter profiláctico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover una higiene dental muy esmerada.</li> <li>• Realizar un seguimiento odontológico periódico.</li> <li>• Controlar estrechamente la enfermedad periodontal.</li> <li>• Tratar las caries incipientes.</li> <li>• Legrar los alveolos.</li> <li>• Minimizar el trauma yatrogénico de la mucosa y el músculo.</li> </ul>
<p><b>Precauciones específicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar anestésicos locales sin adrenalina.</li> <li>• Profilaxis antibiótica.</li> <li>• Realizar suturas post-extracción, para favorecer la hemostasia.</li> <li>• En tratamientos de urgencia, evitar los procedimientos complicados.</li> </ul>

## Anexo 12: Instrucciones postoperatorias



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

### INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

- Morderá con firmeza la gasa que se le ha colocado en la boca durante al menos 15 minutos. Si la herida vuelve a sangrar bastará con repetir este procedimiento.
- Colocará una bolsa de hielo en la cara sobre la zona adyacente a la intervención, en períodos de 10 minutos con descanso de otros 10, durante las 2 primeras horas.
- Mantendrá reposo relativo durante el primer día, evitando el ejercicio físico intenso o los esfuerzos prolongados.
- No podrá enjuagarse ni escupir durante las primeras 24 horas después de la intervención. Pasadas 24 horas realizará enjuagues con agua salada (1 cucharada de sal por 1 litro de agua) después de cada comida, durante al menos 1 minuto, hasta el día.....en que acuda a retirar los puntos.
- Empleará un colutorio antiséptico (.....) después del cepillado y del enjuague con agua salada, durante 1 minuto, 2 veces al día, durante los siguientes 10 días.
- Dieta preferentemente blanda los primeros días.
- Absténgase de fumar.
- Debe mantener una exhaustiva higiene oral cepillando esmeradamente toda la boca, lengua incluida, después de cada comida.

### MEDICACIÓN RECOMENDADA

- Antibiótico .....de.....mg, 1 cada.....horas, 7 días.
- Anti-inflamatorio .....de.....mg, 1 cada.....horas, de 3 a 5 días.
- Analgésico .....de.....mg, 1 cada.....horas, si tiene dolor.
- Otra medicación .....de.....mg, 1 cada.....horas



Anexos de la Guía 10: Cirugía Bucal en AP

Anexo 1: Consentimiento informado para la cirugía bucal



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA BUCAL

D. / Dña.....con domicilio en..... y con DNI..... leo y, si lo estimo conveniente, firmo el presente documento que me entrega el / la

Dr./Dra..... para mi información y como explicación de la asistencia sanitaria que preciso.

En consecuencia DECLARO QUE:

- Con la claridad y extensión que he necesitado he sido informado de que la intervención que se me va a realizar va dirigida a la mejora de mi estado de salud o al diagnóstico de alguna enfermedad.
- Se me ha explicado que, si el dentista que me atiende lo considera necesario, puede ser útil realizar algún tipo de exploración radiográfica como la ortopantomografía o la radiografía apical, pruebas para las que también doy mi consentimiento.
- También se me ha advertido de que se utilizará anestesia local para su realización y si bien he comprendido que no suele ocurrir más que en muy escasas ocasiones, entiendo que existe la posibilidad de sufrir algún tipo de accidente a consecuencia de su empleo, como reacciones alérgicas, cardiovasculares o lesiones derivadas del uso de una aguja, cuyo riesgo asumo.
- Además me ha sido explicado todo el procedimiento, desde su inicio hasta la finalización del mismo con el cierre y sutura de la herida resultante, y expreso mi total confianza en el profesional encargado de realizarlo.
- He sido informado de que dicho procedimiento no está exento de complicaciones imprevisibles, algunas de ellas muy poco frecuentes, que no dependen de la forma o modo de practicarse la operación ni de su correcta realización. En todo caso asumo que el dentista que me atiende tomará las medidas oportunas para su prevención y tratamiento, si fuera necesario.
- Entre otras me han sido expuestas:

A. COMPLICACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN:

Rotura del diente que se extrae, Rotura o movilidad de los dientes próximos, Comunicación entre la boca y la cavidad nasal, Desplazamiento del diente a espacios adyacentes, Hemorragia, Introducción de aire por debajo de la piel, Fractura mandibular / maxilar, Lesión en la encía y en los tejidos blandos, Luxación de la articulación de la mandíbula.



B. COMPLICACIONES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN:

Infección en la herida o en las zonas próximas, Infección del hueso, Dolor en el lugar donde se produjo la intervención, Hemorragia, Dificultad para la apertura de la boca, Hematomas en la piel de la cara, Erupciones en la boca o en la piel, Reactivación de lesiones herpéticas, Falta de sensibilidad, temporal o definitiva, en la mitad anestesiada de la lengua o del labio, Retraso en la cicatrización de la herida.

- En el caso de estar a tratamiento con bisfosfonatos se me ha informado de que existe un riesgo añadido de padecer complicaciones óseas en el lugar de la intervención, que pueden hacer necesarias posteriores intervenciones para cerrar la herida que se genere tras ella.
- Si además recibo algún tratamiento que reduzca mi capacidad para coagular la sangre, asumo que existe riesgo de sangrado en la herida resultante, si bien se me ha explicado que no suele tener trascendencia clínica, y que podré controlarla con las medidas que mi dentista me ha expuesto.
- Asumo también que a consecuencia de la intervención es posible la aparición de dolor, inflamación y otras molestias propias de cualquier acto quirúrgico, y que son imputables al mismo y no al modo en el que se me ha realizado dicha intervención por parte del dentista.

Una vez comprendida la información expuesta y tras recibir por parte de mi dentista cuantas aclaraciones he precisado DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización del procedimiento:

[Empty rectangular box for patient signature]

En..... a..... de..... de 20.....  
FIRMA DEL PACIENTE FIRMA DEL DENTISTA

En cualquier momento puedo revocar este consentimiento sin dar explicaciones de mis motivos

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PREVIO

He decidido, en la fecha..... de..... de 20..... no continuar con el procedimiento quirúrgico previsto, lo que anula mi consentimiento previo para el mismo.

FIRMA DEL PACIENTE FIRMA DEL DENTISTA



## Anexo 2: Registro de complicaciones

Código	Complicación intraoperatoria
00	Ausencia de complicaciones
01	Reacción anafiláctica inmediata
02	Fractura coronal o radicular no intencionada
03	Lesión de los dientes próximos
04	Desplazamiento dentario a espacios adyacentes
05	Comunicación oro-sinusal / oro-nasal
06	Hemorragia intra-operatoria
07	Enfisema subcutáneo
08	Fractura mandibular / maxilar
09	Lesión en los tejidos blandos
10	Luxación ATM
11	Otras: especificar

Código	Complicación postoperatoria
00	Postoperatorio dentro de la normalidad
12	Reacción anafiláctica tardía
13	Absceso en la herida quirúrgica
14	Celulitis
15	Osteítis
16	Alveolitis seca
17	Secuestro óseo
18	Hemorragia postoperatoria
19	Trismo severo
20	Hematoma
21	Erupciones muco-cutáneas
22	Lesión nerviosa
23	Otras: especificar



### Anexos de la Guía 11: Paciente Especiales

#### Anexo 1: Clasificación del paciente según la “American Society of Anesthesiologist” (ASA)

Internacionalmente se acepta como método de clasificación del riesgo posible el utilizado por la Sociedad Americana de Anestesiología. Aproximadamente el 80% de los pacientes quedan incluidos en las clases I y II, por lo tanto sólo alrededor del 20% requeriría consideraciones particulares, variando estos valores según las fuentes.

Categoría	Estado físico	Modificación terapéutica	Atención en
ASA I	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes sanos.</li> <li>Toleran bien el estrés.</li> </ul>	Ninguna.	USBD
ASA II	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad sistémica leve.</li> <li>Sanos con ansiedad extrema.</li> <li>Embarazo.</li> <li>Alergias medicamentosas simples.</li> </ul>	Adecuación del tratamiento. Medio extra-hospitalario.	
ASA III	<p>Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.</p> <p>Por ejemplo: diabetes mellitus de larga evolución controlada con alteraciones orgánicas vasculares sistémicas, insuficiencia respiratoria moderada controlada, angina estable, infarto de miocardio de más de 6 meses de evolución sin síntomas residuales, etc.</p>	Adecuación del tratamiento. Medio extra-hospitalario con precauciones específicas / Medio hospitalario	USBD UE-SBD (ocasionalmente)
ASA IV	<p>Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante.</p> <p>Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada como angina inestable, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio de menos de 6 meses de evolución, insuficiencia respiratoria moderada descompensada o severa, insuficiencia renal y/o hepática severas, diabetes mellitus descompensada, trastornos congénitos de la coagulación, alteraciones plaquetarias severas, inmunodeficiencias severas...</p>	Adecuación del tratamiento. Medio hospitalario	UE-SBD
ASA V	Paciente moribundo	Tratamiento dental paliativo	-

#### Anexo 2: Encuesta Médica Europea de Riesgo ASA sobre Antecedentes Médicos (EMRRH)

A todo paciente del que dudemos de su riesgo médico se le pasará la Encuesta Médica Europea de Riesgo ASA sobre Antecedentes Médicos, traducida de la original holandesa denominada “European Medical Risk Related History” (EMRRH).

La encuesta consta de 20 preguntas, divididas en una pregunta principal y una o más sub-preguntas. De esta manera, si la pregunta principal se contesta negativamente, se irá directamente a la siguiente pregunta principal; sin embargo, si la respuesta es afirmativa, se preguntarán las siguientes sub-preguntas, las cuales están relacionadas con la principal.



A cada pregunta se le establece un grado ASA que va desde el grado I al IV. Cuando se responde negativamente a una respuesta principal, significa que el riesgo ASA es I, pero si se responde afirmativamente, el riesgo será de tipo II, III o IV. El mayor grado ASA es el que determina el nivel de riesgo en cada pregunta.

### Encuesta EMRRH modificada

Responda con si o no a las siguientes preguntas:

1. **¿Ha sufrido dolor en el pecho tras hacer ejercicio (angina de pecho estable)? Si es así (II)**  
¿Tiene restringida la actividad física? ¿Se fatiga? (Disnea) (III)  
¿Ha empeorado la enfermedad recientemente? (IV)  
¿Ha tenido algún Infarto Cardíaco? Si es así (II)  
¿Lo ha tenido en los últimos seis meses? (IV)  
¿Tiene dolor en el pecho en reposo? (angina inestable) (V)  
¿Qué medicación esta tomando?.....
2. **¿Ha tenido algún soplo en el corazón o alguna enfermedad valvular o le han implantado alguna válvula cardíaca? (II)**  
¿Le han practicado en los seis últimos meses alguna cirugía vascular o cardíaca? (II)  
¿Necesita de profilaxis antibiótica previa al tratamiento dental? (II)  
¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad reumática en el corazón? (III)  
¿Tiene restringida la actividad física? ¿Se fatiga? (Disnea) (IV)
3. **¿Ha tenido alguna vez palpitaciones cardíacas en reposo? (II)**  
En ese momento, ¿tiene ahogos, palidez, mareos o dolor en el pecho? (IV)  
¿Qué medicación esta tomando?.....
4. **¿Ha tenido insuficiencia cardíaca? Si es así (II)**  
¿Ha sufrido alguna vez un encharcamiento de los pulmones? Si es así (II)  
¿Ha tenido alguno en los últimos seis meses? (III)  
¿Ha tenido ahogos acostado? (III)  
¿Necesita 2 o más almohadas de noche debido a los ahogos? (IV)  
¿Le han hecho trasplante cardíaco? (IV)  
¿Qué medicación esta tomando?.....
5. **¿Ha tenido alguna vez la tensión alta? (II)**  
¿Toma alguna medicación para controlar la TA? (II)  
¿Esta usted mal controlado de la tensión? (III)  
¿Qué medicación esta tomando?.....
6. **¿Tiene tendencia al sangrado? Si es así (II)**  
¿Ha sangrado durante más de una hora después de alguna herida? (III)  
¿Sufre de hematomas o sangrados espontáneos? (IV)  
¿Toma usted algún tipo de medicación para mantener la sangre mas "líquida"? Anticoagulantes (Sintrom®, Heparina), Antiagregantes (Aspirina®, Adiro® Tiklid®, Iscover®, Plavix®) (II)
7. **¿Ha padecido de epilepsia? Si es así (II)**  
¿Ha empeorado últimamente? (III)  
¿Sigue teniendo ataques de epilepsia? (IV)  
¿Qué medicación esta tomando?.....
8. **¿Sufre asma? Si es así (II)**  
¿Utiliza para ello alguna medicación o inhalador? (III)  
¿Tiene hoy alterada su respiración? (IV)





9. **¿Tiene otros problemas pulmonares o tos? Si es así (II)**  
 ¿Padece ahogos tras subir 20 peldaños? (III)  
 ¿Padece ahogos cuando se viste? (IV)  
 ¿Qué medicación esta tomando?.....

10. **¿Ha tenido alguna vez reacción alérgica frente a penicilina, aspirina, esparadrapos o ante cualquier otra cosa? (II)**  
 ¿Tuvo por ello que ser hospitalizado, requirió medicación? (III)  
 ¿Ocurrió durante alguna visita al dentista? (IV)  
 ¿A qué es alérgico?.....  
 ¿Toma algún fármaco o se vacuna para la alergia? (II)

11. **¿Padece de diabetes? (II)**  
 ¿Toma pastillas para su tratamiento? (II)  
 ¿Se administra insulina? Si es así (III)  
 ¿Está su diabetes mal controlada? (IV)

12. **¿Padece de enfermedad del tiroides? Si es así (II)**  
 ¿Padece de hipotiroidismo? (III)  
 ¿Padece de hipertiroidismo? (IV)  
 ¿Qué medicación esta tomando?.....

13. **¿Padece de enfermedades del hígado? (II)**  
 ¿Le han hecho transplante hepático? (IV)

14. **¿Padece de enfermedades del riñón? (II)**  
 ¿Está sometido a diálisis? (III)  
 ¿Le han hecho algún transplante renal? (IV)

15. **¿Ha padecido algún cáncer? Si es así (II)**  
 ¿Recibió para ello algún tratamiento con medicación (quimioterapia, bisfosfonatos) ó trasplante de médula ósea? (III)  
 ¿Ha recibido radioterapia para algún tumor de la cabeza o del cuello? (III)  
 ¿Hace menos de 2 años? (IV)

16. **¿Sufre alguna infección ahora? (II)**  
 Si es así, ¿cual es?.....  
 ¿Qué medicación esta tomando, para la infección?.....  
 ¿Tiene alguna infección crónica como Hepatitis, VIH? (II)  
 ¿Qué medicación esta tomando?.....

17. **¿Padece de ansiedad importante o alguna otra enfermedad psiquiátrica? Si es así (II)**  
 ¿Qué medicación esta tomando?.....

18. **¿Se ha desmayado durante algún tratamiento dental o médico? Si es así (II)**

19. **¿Toma algún otro medicamento? Si es así (II)**  
 ¿Cuáles?.....

20. **Para las mujeres ¿está embarazada? (II)**

**Anexo 3: Pacientes Especiales que son atendidos en la UE-SBD**

- A. **Paciente con discapacidad psíquica o física**, que tiene reconocida por el IMSERSO y reflejada en su Certificado de Minusvalía una **limitación superior al 33%** por alguna de las siguientes discapacidades:
  - Discapacidad intelectual, entre la que se incluye retraso madurativo, retraso mental e inteligencia límite. También parálisis cerebral infantil con / sin epilepsia asociada.



- Trastornos generalizados del desarrollo: Retraso psicomotor, Trastornos por déficit de atención (Autismo, Asperger, TDAH...).
- Tetraplejas y tetraparesias. Engloba Parálisis Cerebral (con afectación de miembros superiores), Tetraplejas y Distrofias Musculares en grado severo de afectación.
- Pacientes con patología psiquiátrica incapacitante con deterioro intelectual y mal control conductual. Demencias.
- Pacientes neurológicos mal controlados, epilepsia severa, trastornos motores incapacitantes, secuelas de procesos incapacitantes.

### Prestaciones incluidas

La asistencia a estos pacientes en la UE-SBD se iniciará a partir de los 5 años sin límite de edad cuando no sea posible realizar los tratamientos que precisa en el CS que le corresponde. Para cualquier persona con discapacidad superior al 33%, tanto si es atendida en las USBD cuando colabore adecuadamente o en la UE-SBD cuando no lo haga, las actuaciones que se facilitan en esta Unidad son:

- Consulta de diagnóstico y plan de tratamiento.
  - 1 ó 2 revisiones anuales con la exploración radiográfica que se precise.
  - Aplicación de gel o barnices de flúor, incluyendo la fabricación de cubetas para su aplicación domiciliaria en los pacientes que lo precisen.
  - Tratamiento periodontal: Tartrectomía y/o Raspado Alisado Radicular.
  - Cirugía periodontal básica.
  - Sellado de fosas y fisuras de molares y premolares permanentes.
  - Obturación de cualquier diente permanente.
  - Endodoncias uniradiculares en casos seleccionados.
  - Exodoncia de dientes temporales y definitivos.
  - Instrucciones en higiene oral y dieta saludable. Educación para la salud de pacientes, tutores y cuidadores. Seguimiento del paciente.
- B. Paciente médicamente comprometido o de alto riesgo y en el que concurre alguna de las características siguientes:**
- Paciente ASA IV.
  - Paciente ASA III mal controlado y con clínica de su patología de base.
  - Paciente que cuantifica 3 o más ASA II.
  - Embarazo asociado con ASA II, III o IV.
  - Inmunosupresión por:
    - Trasplante.
    - Pacientes oncológicos en quimioterapia.
    - Enfermos con SIDA INSTAURADO e inmunosupresión severa (recuentos leucocitarios inferiores a 1500 leucocitos / mm<sup>3</sup>). Se excluyen los pacientes VIH (+) controlados.
  - Pacientes en los que su patología previa los hace más vulnerables ante el tratamiento odontológico y que dificultan su manejo extrahospitalario. También pacientes en los que su tratamiento de base trae como consecuencia una patología sobrevenida sobre la boca y más específicamente sobre los dientes y estructuras peridentarias:
    - Pacientes sometidos a tratamiento con bisfosfonatos IV.
    - Pacientes sometidos a tratamiento con bisfosfonatos orales o IV por indicación oncológica.
    - Pacientes oncológicos irradiados en la cavidad oral y/o maxilares hace menos de 2 años.
    - Lesiones ampollosas autoinmunes severas.
    - Limitación importante de la apertura oral.
    - Pacientes hematológicos con coagulopatías congénitas, o plaquetopatías severas (menos de 50.000 plaquetas / mm<sup>3</sup>).

### Prestaciones incluidas

La asistencia en la UE-SBD incluye las actuaciones recogidas en la cartera de servicios de AP:

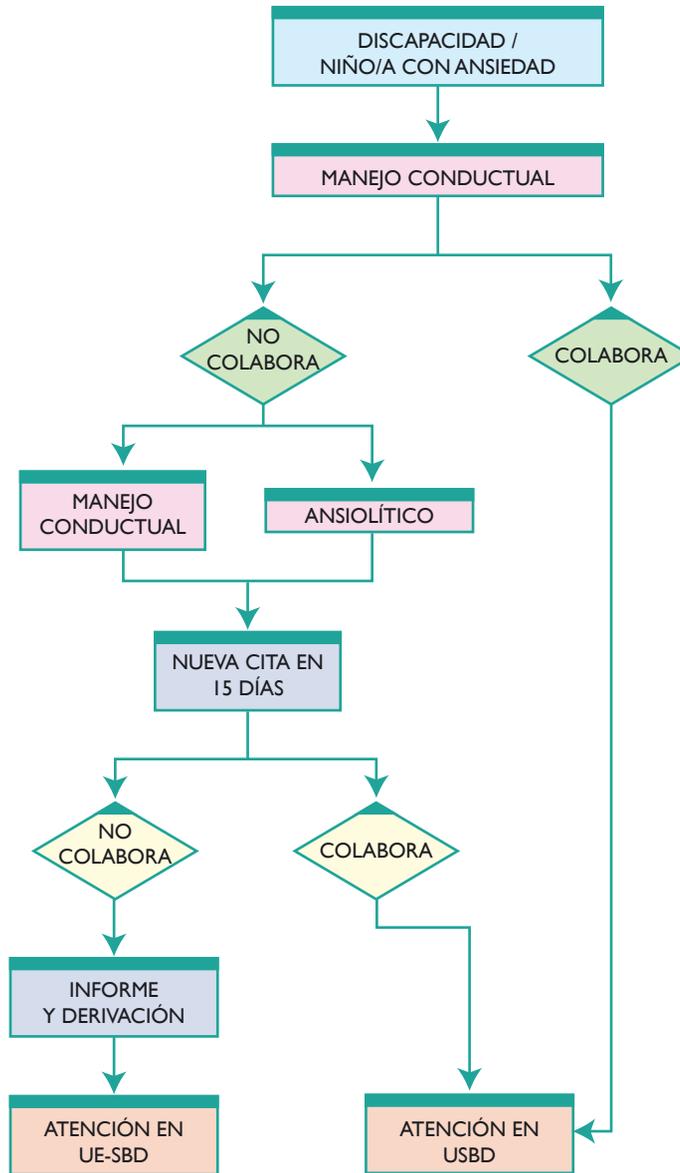
- Diagnóstico clínico y radiológico.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos.
- Consejo de salud bucodental, instrucciones en dieta y cepillado.
- Exodoncias y exodoncias quirúrgicas.
- Cirugía menor de la cavidad oral.

- Detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.
- Actividad preventiva y terapéutica previa, además del posterior seguimiento, en:
  - Pacientes que van a ser sometidos a radioterapia del área oro-facial, procedentes de los servicios de Oncología Radioterápica, ORL y Cirugía Maxilofacial.
  - Pacientes que van a ser sometidos a quimioterapia en los servicios de Oncología Médica y Oncología pediátrica.
  - Pacientes que entran en programa de pre-trasplante: Cardíaco, Renal, Hepático y de Médula Ósea, pertenecientes a los servicios de Cardiología, Digestivo, Nefrología y Hematología.

#### Anexo 4: Criterios de derivación a la UE-SBD del HUCA

Tipo de paciente	Criterios de derivación
Con discapacidad (Minusvalía > 33%)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No colaborador. Antes de la derivación se recomienda intentar el tratamiento en 2 ocasiones.</li> <li>2. Colaboradores totales o parciales que precisen tratamientos que se realicen sólo en la UE (<i>ver Anexo 3</i>). Antes de derivar a la UE-SBD se resolverán en la USBD los tratamientos que ésta pueda asumir.</li> </ol>
De riesgo médico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASA IV.</li> <li>2. ASA III: a criterio del dentista y siempre que el paciente esté totalmente controlado y asintomático con un solo criterio ASA III, serán tratados en la USBD. En caso de que la patología que genera el grado ASA no esté controlada o presente clínica serán derivados a la UE-SBD.</li> <li>3. Los que sumen 3 o más ASA II.</li> <li>4. Embarazo más un ASA II, ASA III o ASA IV.</li> </ol>
Sometido a radioterapia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pre-radioterapia cuando sean derivados desde otro servicio hospitalario a la UE-SBD.</li> <li>2. Durante el tratamiento con radioterapia.</li> <li>3. Si han pasado menos de 2 años desde el final del tratamiento.</li> </ol>
Con inmunodepresión severa (< 1.500 cel/mm <sup>3</sup> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes sometidos a trasplante / Inmunosupresión.</li> <li>2. Oncológicos en tratamiento con quimioterapia en la actualidad o en fase de remisión.</li> <li>3. SIDA instaurado.</li> </ol>
Con alteraciones de la coagulación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coagulopatías congénitas: Hemofilia, Von Willebrandt...</li> <li>2. Plaquetopenias severas &lt; 50.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>.</li> </ol>
Otros	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existencia de lesiones orales que hacen al paciente más vulnerable ante el tratamiento odontológico y de difícil manejo extrahospitalario (lesiones ampollosas autoinmunes severas, limitación importante de la apertura oral...)</li> <li>2. Pacientes a tratamiento con Bisfوسفatos orales o IV en indicaciones oncológicas: hipercalcemia tumoral, metástasis óseas osteolíticas.</li> <li>3. Niño/a del PSBD no colaborador (grado III), para ser sometido a sedación consciente o anestesia general, si:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• precisa un tratamiento odontológico que no puede esperar.</li> <li>• se ha intentado el tratamiento en la USBD al menos en 2 ocasiones, en una de las cuales se ha utilizado medicación ansiolítica.</li> <li>• los tutores consienten el empleo de la anestesia general.</li> </ul> </li> </ol>

Anexo 5: Protocolo para la derivación de pacientes difíciles a la UE-SBD del HUCA



### Anexos de la Guía 12: Desinfección y Esterilización

#### Anexo 1: Medidas generales para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en las USBD.

El objetivo de las medidas generales es disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos procedentes de fuentes conocidas o desconocidas entre el personal sanitario y sus pacientes. Todas las personas que trabajen en el campo de la salud deberán establecer de forma rutinaria estas precauciones durante la atención a los pacientes, independientemente del diagnóstico o la condición infecciosa de éstos.

##### Recomendaciones generales de la OMS

*Las precauciones de aislamiento mediante la colocación de barreras deben ser principios presentados por escrito, normalizados y adaptables al agente infeccioso y a los pacientes.*

Comprenden:

- Precauciones normales o regulares que deben tenerse con todos los pacientes;
- Otras precauciones para determinados pacientes.

##### Precauciones normales (de rutina o estándar) para TODOS LOS PACIENTES

*Deben tenerse en el cuidado de todos los pacientes. Comprenden limitación del contacto de los trabajadores de salud con todas las secreciones y los humores biológicos, las lesiones de la piel, las membranas mucosas o la sangre y otros humores corporales. Los trabajadores de salud deben usar guantes para cada contacto que pueda ocasionar contaminación y batas, mascarilla y protección para los ojos cuando se prevea que habrá contaminación de la ropa o la cara.*

- Lávese las manos sin demora después de cualquier contacto con material infeccioso.
- Siga la técnica de no tocar, siempre que sea posible.
- Use guantes cuando entre en contacto con sangre, humores corporales, secreciones, excreciones, membranas mucosas y artículos contaminados.
- Lávese las manos inmediatamente después de quitarse los guantes.
- Todos los objetos cortantes y punzantes se deben manejar con sumo cuidado.
- Limpie sin demora los derrames de material infeccioso.
- Según el material de que se trate: limpie, desinfecte, esterilice o deseche después de cada uso, el equipo empleado para el cuidado de los pacientes, los suministros y la ropa de cama contaminados con material infeccioso.
- Use un sistema apropiado de manipulación de residuos.

Teniendo en cuenta que los factores del agente fuente y el huésped son difíciles de controlar, la interrupción de la transferencia de microorganismos se dirige principalmente a los mecanismos de transmisión.

Las medidas fundamentales para interrumpir los mecanismos de transmisión en las Unidades de Salud Bucodental son:

- Lavado de manos.
- Uso de guantes.
- Uso de medidas de protección: mascarillas, protección ocular, protector facial.
- Uso de medidas de barrera: bata e indumentaria de protección.
- Medidas respecto a equipos y artículos de asistencia al paciente.

### Contenido de las medidas generales:

- I. Lavado de manos.
- II. Uso de guantes.
- III. Inmunización.

#### I. Lavado de manos.

Las manos son el principal transmisor de los microorganismos dentro de los centros sanitarios (hospitales especialmente), por lo que el lavado de las mismas es la principal medida para prevenir la transmisión de infecciones nosocomiales (IN). Es conocido como una técnica sencilla que, además, reduce la morbilidad y la mortalidad de las IN. Produce una disminución significativa de la propagación de patógenos potenciales, constituyendo así uno de los principales pilares en la interrupción de la cadena epidemiológica de transmisión de este tipo de infecciones.

El lavado de manos se realizará:

- Antes y después del contacto con un paciente.
- Antes y después de las situaciones en que probablemente exista contacto con sangre, fluido corporal, secreciones y excreciones del paciente o de cualquier artículo que haya utilizado el mismo paciente.
- Antes y después de utilizar guantes.
- Antes y después del contacto con material contaminado.

El simple lavado de manos con agua y jabón remueve casi todos los bacilos Gram negativos en 10 segundos.

Tipos e indicaciones del lavado de manos:

1. Lavado de manos rutinario ó social.
  - a. Antes de manipular alimentos, comer o darle de comer al paciente.
  - b. Después de ir al baño.
  - c. Antes y después de dar atención básica al paciente (bañar, hacer la cama, control de signos vitales, etc.).
  - d. Cuando las manos están visiblemente sucias.
2. Lavado de manos higiénico ó antiséptico. Asocia al anterior el empleo de una solución hidroalcohólica o un antiséptico.
  - a. Antes y después de realizar un procedimiento invasivo aunque se utilicen guantes.
  - b. Antes y después de la atención a pacientes con algún procedimiento invasivo o a pacientes colonizados o infectados con gérmenes resistentes.
  - c. Después de estar en contacto con fluidos orgánicos o elementos contaminados con los mismos (heridas, catéteres uretrales, medidores de diuresis, aspiración de secreciones, urinarios, etc.).
  - d. Antes y después de colocarse los guantes, estériles o no.
  - e. Después de tocar sangre accidentalmente o cuando la contaminación microbiana pudo haber ocurrido, aunque haya utilizado guantes.
3. Lavado de manos quirúrgico. Antes de todo procedimiento quirúrgico.

#### Técnica básica de lavado de manos rutinario o social

El objeto del lavado de manos es remover y quitar la suciedad, la materia orgánica y los microorganismos transitorios.

#### Procedimiento

 <p>1. Humedecer las manos, enjabonar y frotar en espacios interdigitales.</p>	 <p>2. Entre 10 y 15 segundos de fricción o frotamiento mecánico vigoroso para generar espuma. Enjabonar bien toda la superficie: sobre todo alrededor de las uñas.</p>	 <p>3. Si las manos están visiblemente sucias, frotar más tiempo.</p>
---	--	--

 <p>4. Enjuagar con abundante agua.</p>	 <p>5. Secarse con una toalla de papel cada mano.</p>	 <p>6. Cerrar la llave del agua utilizando el papel toalla.</p>
--	--	--

## II. Uso de guantes

El uso de guantes no sustituye el lavado de manos (pueden tener defectos inapreciables, romperse durante el uso o contaminar las manos al quitárselos).

Es básico el cambio de guantes entre paciente y paciente, entre procedimientos en un mismo paciente, si es necesario tocar una superficie no contaminada y siempre que se produzca un deterioro de los mismos.

Los guantes se utilizan por tres importantes razones:

- Como barrera protectora.
- Para reducir la posibilidad de que los microorganismos presentes en las manos del personal se transmitan a los pacientes.
- Para reducir la posibilidad de que los microorganismos de un enfermo pasen a otros a través de las manos del personal.

## III. Inmunización

### a. Inmunización activa: vacunación.

Los trabajadores de las Unidades de Salud Bucodental deberían estar inmunizados frente a:

- Hepatitis A.
- Hepatitis B.
- Triple Vírica.
- Varicela.
- Tétanos.

La pauta de vacunación frente a la Hepatitis B es: 0-1-6.

Entre uno y dos meses tras la vacunación deberán realizar marcadores serológicos. Si resultan  $\geq 10$  UI se considerarán inmunizados y no hace falta administrar dosis de refuerzo posteriores.

En el caso de resultar negativa esta cuantificación se administrará una segunda pauta completa y se volverán a realizar marcadores. Si se volviera a obtener un resultado negativo, se considera 'no respondedor' y habrá de tenerlo en cuenta para poder acceder a la inmunización pasiva, caso de tener un accidente biológico con un caso confirmado.

### b. Inmunización pasiva: inmunoglobulinas.

IgHA: es eficaz en la prevención de la hepatitis A confirmando una protección inmediata frente a un contacto, en el periodo de incubación o en las dos primeras semanas siguientes a la exposición.

IgHB: se utiliza ante exposiciones o contactos, siempre antes de las 24 horas de la exposición.

## Anexo 2: Procedimientos de trabajo en las USBD. Actuaciones generales y específicas para la prevención y control de transmisión de enfermedades infecciosas.

- I. Pautas Generales de Actuación.
- II. Pautas Específicas.
- III. Procedimientos de Trabajo.

### I. Pautas Generales de Actuación

#### a. Relacionadas con la estructura

##### Procurar las instalaciones adecuadas

Para los grifos lo ideal sería utilizar aquellos que se manejan con el pie, para dar libertad a las manos y evitar su contaminación. Si no se dispone de ellos deben cerrarse utilizando una toalla de papel.

Instalación de dispensadores de jabón.

Utilización de cubetas de desinfección por inmersión.

Disponer de autoclave.

#### Utilizar material desechable

Se debe utilizar material desechable siempre que sea posible, como boquillas de aspiración, copas y discos de pulido, vasos, servilletas, guantes, diques de goma, etc. Es importante que el paciente se dé cuenta de que ese material se emplea únicamente con él.

#### Organizar el trabajo

Evitar manipulaciones y contaminaciones innecesarias. Se recomienda preparar el material que vamos a usar con cada paciente para no tener que buscar en los cajones y contaminarlo todo. Se trata de no tocar objetos que no tengan relación con la intervención.

#### Reducir la contaminación

Para reducir la contaminación de las superficies de trabajo y del sillón, se debe realizar la desinfección del área crítica entre paciente y paciente. No dejar materiales "preparados" para el próximo paciente, cubrir las superficies próximas al área de trabajo al igual que las asas de la lámpara, el aparato de rayos X, el cabezal del sillón o las fichas y radiografías del paciente. La contaminación es importante en un radio de 1m alrededor de la boca del paciente.

#### b. Relacionadas con el proceso

##### Lavado de manos

Se efectuará antes y después de atender a cada paciente, aunque se hayan utilizado guantes.

Un lavado de manos efectivo requiere de 20" a 2' de fricción con agua y jabón, preferiblemente líquido.

En el caso en que se vaya a llevar a cabo procedimientos invasivos que requieran esterilidad el lavado de manos se realizará con un antiséptico (gluconato de clorhexidina, povidona iodada) o con solución hidroalcohólica con la técnica de antisepsia quirúrgica.

El secado de manos se hará con toallas de papel desechables.

##### Usar ropa de trabajo adecuada

Es recomendable el uso de uniforme completo para todo el personal de la USBD, de manga larga o corta (permite el lavado de los antebrazos), sin bolsillos donde se acumulan gérmenes y que permita su limpieza a alta temperatura y con lejía. El calzado debe de ser específico para el área de trabajo y poder desinfectarse. El gorro es necesario debido a la presencia de microorganismos en las células de descamación.

##### Usar guantes impermeables

Actúan como barrera fija entre el dentista y el paciente. Su empleo no exime del lavado de manos.

##### Usar mascarilla y protectores oculares

Protegen al profesional de las salpicaduras y los aerosoles que se forman durante su trabajo. Además de las manos, la cara y los ojos por salpicaduras, también las mucosas nasal y oral, por inhalación de aerosoles, son zonas afectadas por la proximidad con el paciente, por lo que deben de estar adecuadamente protegidas.

#### c. Relacionadas con el resultado

##### Prevención de accidentes

Las agujas no se deben re-encapuchar, ni doblar, pues hay riesgo de pinchazos. Si no se van a volver a utilizar deben introducirse en recipientes resistentes específicos como los contenedores de desechos.

## II. Pautas Específicas de Actuación (medidas complementarias)

### Usar colutorios antisépticos

- Ante cualquier actuación en boca se recomienda usar colutorios con clorhexidina al 0,12-0,20%, ya que reducen la carga bacteriana en la cavidad oral.
- El paciente debe realizar un enjuague durante 60 segundos antes del tratamiento dental, sobre todo en aquellos pacientes con una boca séptica o en aquellos que requieran una asepsia estricta.

### Utilizar aspiración de alto volumen (AAV)

Reduce las salpicaduras y aerosoles que producen los instrumentos rotatorios de alta velocidad. El equipo de aspiración tiene un alto grado de contaminación, por lo que debe limpiarse y desinfectarse después de cada paciente la superficie y el interior, aspirando agua durante 20 segundos. Este proceso ya está automatizado en algunos equipos.

### Utilizar un dique de goma

- Disminuye la producción de aerosoles en el campo operatorio.
- Reduce el contacto de las manos del operador con la cavidad oral.
- Reduce la contaminación de los materiales y la presencia de humedad.

### Almacenaje del material estéril

- Mantener el material esterilizado envuelto hasta que vaya a ser usado.
- Almacenar las bolsas donde no haya peligro de rotura o de que se humedezcan. Si un paquete se rompe o se humedece hay que volver a esterilizarlo de nuevo.
- Deben ser almacenados en áreas secas y cerradas, evitando zonas húmedas.
- Antes de la apertura de la bolsa comprobar que no existen perforaciones.
- La apertura debe realizarse sin tocar los instrumentos para evitar su contaminación.

### Limpieza de suelos y superficies

- Proceder a la limpieza en húmedo del polvo.
- Las manchas de sangre y otros líquidos corporales se recogerán inmediatamente con papel absorbente y usando guantes de goma. Se procederá a verter sin diluir el desinfectante que se dejará actuar 10 minutos limpiando después la superficie normalmente.
- Fregar los suelos con una solución detergente y aplicar un desinfectante, en zigzag y de dentro hacia fuera (lejía común al 1/10). Dejar secar.
- Limpieza de las superficies de los equipos y del mobiliario dental con desinfectantes de superficies.
- Las bayetas y estropajos deben ser propios de cada consulta.
- Una vez terminada la limpieza de un área se procederá a la limpieza, desinfección escurrido y secado del material utilizado (cubos, bayetas).

#### Como Normas Generales para los Productos de Limpieza:

- Preparados con base alcohólica para superficies metálicas.
- Preparados con base amina+amonio para superficies de metacrilato que no admiten alcohol (equipos plásticos, superficies sillón, etc.).
- Lejía común 1/10 para superficies (suelos, paredes, etc.), en superficies no metálicas y no plásticas. Debe prepararse en el momento y siempre con agua fría. No mezclar con otros productos.

### III. Procedimientos de Trabajo

Procedimientos rutinarios en el gabinete de la USBD	
Actuaciones a realizar	Personal encargado
<b>1. Rutinas al inicio de la jornada</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ponerse la bata o el uniforme.</li><li>• Quitar anillos, pulseras y relojes.</li><li>• Lavar, desinfectar y secar las manos.</li><li>• Cubrir las heridas y lesiones de la piel.</li></ul>	Toda la USBD
<ul style="list-style-type: none"><li>• Preparar solución desinfectante de materiales.</li><li>• Hacer circular el agua del equipo.</li><li>• Cubrir las superficies de trabajo.</li><li>• Cubrir las superficies del área crítica (cabezal, apoyabrazos, asas).</li></ul>	Auxiliar / Higienista
<b>2. Rutinas al final de la jornada</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavar, desinfectar y secar las manos</li></ul>	Toda la USBD
<ul style="list-style-type: none"><li>• Limpieza y desinfección del equipo.</li><li>• Limpieza y desinfección del área clínica.</li><li>• Recoger residuos y tratarlos de forma adecuada.</li><li>• Almacenar el material esterilizado.</li><li>• Aspirar una solución desinfectante.</li><li>• Retirar los uniformes.</li><li>• Limpiar semanalmente los filtros de aspiración y hacer los controles biológicos de esterilización.</li></ul>	Auxiliar / Higienista

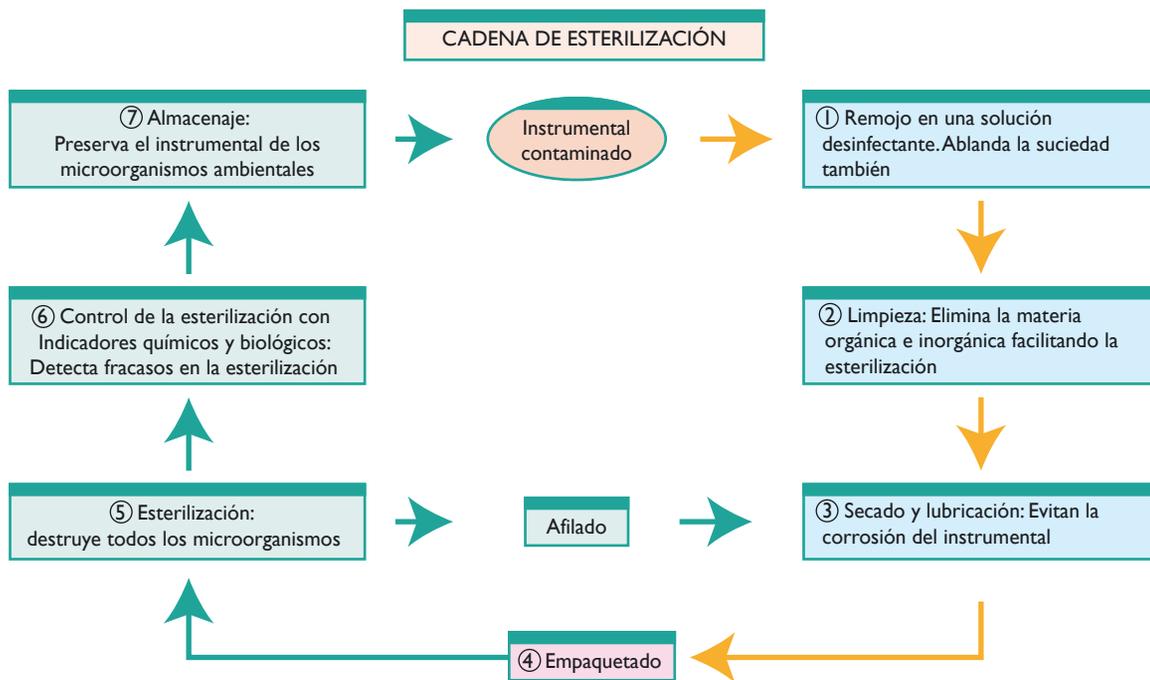
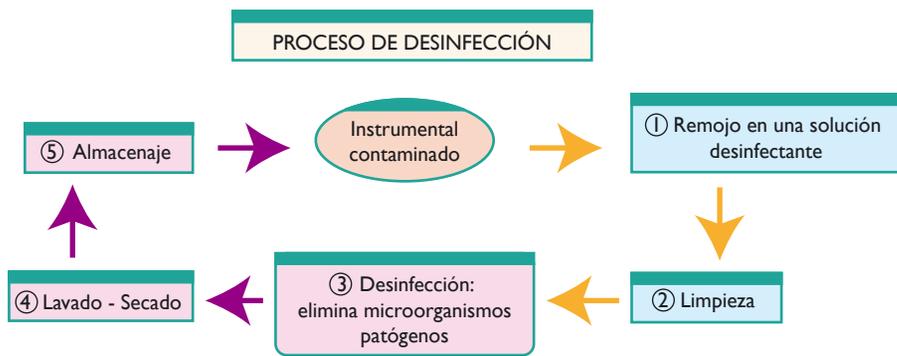
### 3. Rutinas antes de cada tratamiento o exploración

<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar, desinfectar y secar las manos.</li> <li>Comprobar que los guantes estén íntegros antes de ponérselos.</li> </ul>	Toda la USBD
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprobar que las superficies de trabajo y de las zonas críticas estén cubiertas.</li> <li>Hacer circular el agua del instrumental rotatorio durante 20 segundos.</li> <li>Preparar el material desechable (vaso, aspirador, baberos, servilletas, mascarillas, gorros y guantes) y que el paciente vea que se pone todo limpio.</li> <li>Preparar el instrumental y el material que vayamos a necesitar con el paciente.</li> </ul>	Auxiliar / Higienista

### 4. Rutinas después de cada tratamiento

<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar, desinfectar y secar las manos</li> </ul>	Toda la USBD
<ul style="list-style-type: none"> <li>Retirar todo el material e instrumental utilizado con el paciente.</li> <li>Tirar a la basura el vaso, aspirador, baberos, servilletas, mascarilla y los guantes de trabajo.</li> <li>Meter el instrumental punzante y cortante no desechable en la solución desinfectante.</li> <li>Los desechables se tiran al contenedor rígido.</li> <li>Utilizar guantes resistentes para limpiar el material. Si es posible usar cuba de ultrasonidos.</li> <li>Esterilizar.</li> <li>Someter el material termo-sensible a esterilización química.</li> <li>Limpiar y desinfectar las pantallas protectoras oculares, mandos, superficies de trabajo y zonas críticas.</li> <li>Aspirar agua durante 20 segundos.</li> <li>Comprobar que el uniforme está limpio; si no cambiarlo.</li> <li>Comprobar que no haya salpicaduras, ni residuos por el suelo.</li> </ul>	Auxiliar / Higienista

Si no existe la figura de auxiliar de clínica estas funciones las realizará el/la higienista. El responsable último de que estas actuaciones se realicen de forma correcta es el dentista.



**Códigos**

- Material muy contaminado por microorganismos potencialmente patógenos.
- Presencia de microorganismos. Material desinfectado con desinfectantes de nivel intermedio.
- Ausencia de microorganismos patógenos. Desinfectado con desinfectante de alto nivel.
- Ausencia de microorganismos. Estéril. Riesgo de infección nulo.

**Anexo 3: Limpieza, Desinfección y Esterilización del material e instrumental en las USBD**

- I Limpieza.
- II Instrumentos y materiales que deben someterse a desinfección y esterilización.
- III Principios básicos a considerar en el proceso de desinfección y esterilización.
- IV Cuándo, Cómo y Para Qué efectuar las sucesivas fases del ciclo de desinfección.
- V Cuándo, Cómo y Para Qué efectuar las sucesivas fases del ciclo de esterilización.
- VI Asepsia del Instrumental rotatorio, de las jeringas de agua y aire y de las fresas.

**I. Limpieza**

La primera pregunta que cabe hacerse sobre el material que utilizamos en consulta es cuándo tiene que estar estéril, desinfectado o limpio, cuestión que puede responderse utilizando la clasificación de Spaulding de 1961 y aún vigente dada su claridad. En ella se clasifica el material según el riesgo que implica su utilización en:

- **Materiales críticos.** Son aquellos que penetran en tejidos, cavidades estériles, o sistema vascular del paciente: instrumental quirúrgico, gasas, catéteres,... Deben ser esterilizados en todos los casos, excepto aquel instrumental diagnóstico que admita una desinfección de alto nivel, según la legislación vigente.
- **Materiales semicríticos.** Aquellos en contacto con piel no intacta o mucosas: espejos de exploración, laringoscopio,... Precisan desinfección de alto nivel.
- **Materiales no críticos.** Los que se utilizan en contacto con piel intacta: camilla, termómetros, manguito de tensión arterial,... Precisan desinfección de nivel bajo o intermedio.

Cuando se trata de instrumental crítico, y que, por tanto, requiere ser esterilizado para su utilización, caben dos opciones:

- Utilizar material estéril de un solo uso.
- Utilizar material reutilizable sometido a esterilización entre un paciente y otro.

La ADA recomienda que el instrumental quirúrgico y todo aquel que penetra en tejidos blandos o en huesos sean clasificados como críticos, es decir que se tenga que utilizar estéril.

El proceso de esterilización requiere, para ser eficaz, que el instrumental a esterilizar sea, y esto es muy importante, previamente lavado. Si la esterilización no se va a hacer inmediatamente tras su uso debe realizarse también un prelavado.

### Pre-Lavado del Instrumental

El instrumental debe limpiarse lo más pronto posible tras su uso, ya que si la saliva y la sangre que pudiesen contener se secan, la limpieza resultará más difícil. Por ello y mientras no se lleva a cabo la limpieza total el instrumental deber ser prelavado con una solución detergente-desinfectante. Este proceso es mucho más efectivo si se hace a pie de sillón. Si lo anterior no fuese posible se debe hacer, al menos, en cuanto finalice el tratamiento del paciente. Con esto se consigue, por una parte, que no se sequen la saliva y la sangre y, por otra, reducir el nivel de contaminación del material. Tras el prelavado el instrumental debe enjuagarse abundantemente con agua.

### Lavado del Instrumental

#### 1 Lavado manual

La limpieza manual no es aconsejable, ya que supone un riesgo para el personal que tenga que llevarla a cabo. Si se tiene que limpiar a mano debe hacerse, necesariamente, con guantes y protección ocular, y en una zona alejada del instrumental estéril, así como de alimentos y bebidas.

#### 2 Limpieza con ultrasonidos

Presenta mayor eficacia y mayor seguridad que la manual. La limpieza con ultrasonidos está especialmente indicada cuando se trata de instrumentos de acero inoxidable, y mucho más si se trata de material en el que el tratamiento mecánico sea poco aconsejable (p. ej: instrumental dental o de microcirugía).

Para que la limpieza con ultrasonidos sea lo más eficaz posible es conveniente tener en cuenta que:

- La cubeta se debe llenar hasta la señal indicadora de nivel.
- La solución de limpieza que se añada debe estar recomendada por el fabricante del aparato limpiador.
- El instrumental debe quedar completamente sumergido para que todo él se exponga al efecto de los ultrasonidos.
- Si se trata de instrumentos articulados se deben abrir antes de someterlos a los ultrasonidos (p. ej: alicates o tijeras).
- No es conveniente sumergir en baño de ultrasonidos las piezas de mano o las turbinas.
- Los instrumentos rotatorios se deben colocar en un soporte que evite el roce entre ellos y el consiguiente daño, y tras el secado conviene tratarlos con un producto que proteja de la corrosión; este producto debe ser resistente al método de esterilización elegido.
- El baño de ultrasonidos puede dañar los espejos de boca.

En el baño se debe usar una solución de limpieza, no un desinfectante, que esté recomendada por el fabricante del limpiador. Aunque algunos de ellos tienen alguna actividad antimicrobiana, el material sometido a limpieza con ultrasonidos debe ser considerado aún material contaminado.

La solución de limpieza debe cambiarse, como mínimo, una vez al día o más frecuentemente, en función del uso, ya que la suciedad del líquido de la cubeta dificulta la limpieza y favorece la corrosión.

Una vez finalizado el tratamiento con ultrasonidos el instrumental debe ser enjuagado abundantemente con agua, preferiblemente desalinizada, ya que así se evita la aparición de manchas.

Al finalizar la jornada laboral hay que desinfectar, enjuagar y secar la cámara del limpiador ultrasónico.

## II- Instrumentos y materiales que deben someterse a desinfección y esterilización.

Clasificación ADA	Instrumentos y materiales	Método
<p><b>Materiales críticos:</b> Instrumentos que penetran en tejidos blandos, huesos o entran en contacto con sangre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fresas.</li> <li>• Cinceles.</li> <li>• Botadores.</li> <li>• Curetas.</li> <li>• Bisturís.</li> <li>• Fórceps.</li> <li>• Tijeras.</li> <li>• Despegadores.</li> </ul>	<p><b>Esterilización:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En autoclave de vapor con prevacíos (bomba de vacío).</li> <li>• Limpieza previa con detergente enzimático.</li> <li>• Termodesinfección en lavadora-desinfectadora.</li> <li>• Como alternativa: Desinfección de alto nivel por inmersión en solución desinfectante. De primera elección: ácido peracético.</li> </ul>
<p><b>Materiales semi-críticos:*</b> Instrumentos que entran en contacto con las mucosas, expuestos a la saliva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espejo.</li> <li>• Alicates ortodónticos.</li> <li>• Clamps de acero.</li> <li>• Copas de goma.</li> <li>• Material plástico de alta fusión.</li> <li>• Instrumentos de colimación.</li> <li>• Material plástico de baja fusión.</li> <li>• Cubetas de plástico.</li> <li>• Transportadores de amalgama.</li> </ul>	<p><b>Desinfección</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza previa con detergente enzimático.</li> <li>• Termodesinfección en lavadora-desinfectadora.</li> <li>• Como alternativa: Desinfección de alto nivel por inmersión en solución desinfectante. De primera elección: ácido peracético.</li> </ul>
<p><b>Materiales no críticos:</b> Instrumentos o elementos que no entran en la mucosa, ni están en contacto con ellas pero que están expuestos a salpicaduras de sangre o saliva, aerosoles o al contacto con las manos contaminadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos de RX.</li> <li>• Asas del foco.</li> <li>• Aspiradores.</li> <li>• Batidor de amalgama.</li> <li>• Gafas protectoras.</li> <li>• Mangueras, jeringas agua/aire.</li> <li>• Mangueras de pieza de mano.</li> <li>• Mangueras de turbina.</li> <li>• Pomos de puertas y ventanas.</li> <li>• Superficies de trabajo.</li> </ul>	<p><b>Desinfección:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza previa con detergente enzimático.</li> <li>• Desinfección:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Material de acero: alcohol 70°.</li> <li>◦ Otros materiales:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Preparados en base a amonios cuaternarios.</li> <li>◦ Hipoclorito sódico (lejía) al 10%.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

\* Los materiales semi-críticos deben ser considerados casi todos como críticos ya que cualquier útil que entra en contacto con la saliva, a la vez lo hace con la sangre en la mayoría de los procedimientos terapéuticos en boca.

## III. Principios básicos a considerar en el proceso de desinfección y esterilización:

- **Asepsia:** procedimiento que pretende la ausencia de agentes biológicos convencionales considerados patógenos.
  - **Antisépticos:** procedimientos o sustancias que actuando sobre los microorganismos que viven en la piel o mucosas de los seres vivos, inhiben su actividad y crecimiento llegando en algunos casos a su destrucción.
  - **Desinfectantes:** procedimientos o sustancias que suponen la destrucción de los gérmenes patógenos, a excepción de algunas esporas bacterianas. Se reserva a actuaciones sobre instrumental, mobiliario, suelos,...
- Los antisépticos no deben usarse sobre la materia inerte y los desinfectantes no deben usarse sobre la piel o mucosas.

### Niveles de desinfección:

- **Desinfección de bajo nivel.** Aplicación de un procedimiento químico que puede destruir la mayor parte de las formas vegetativas bacterianas, algunos virus y hongos, pero no al complejo Mycobacterium tuberculosis, ni las esporas bacterianas. Uso: materiales (o superficies) no críticos.

- **Desinfección de nivel intermedio.** Aplicación de un procedimiento químico que puede destruir todas las formas bacterianas vegetativas, el complejo Mycobacterium tuberculosis, así como la mayoría de los virus y hongos, pero no se asegura la destrucción de esporas bacterianas. Uso: material semicrítico y no crítico.
- **Desinfección de alto nivel.** Uso de un procedimiento químico con el que se consigue destruir todos los microorganismos, excepto algunas esporas bacterianas. Uso: materiales críticos y semicríticos.

Como orientaciones generales para un adecuado control de los procesos de desinfección y esterilización en los gabinetes de SBD podemos señalar:

#### IV. Cuándo, cómo y para qué efectuar las sucesivas fases del ciclo de Desinfección.

Fases	Cuándo	Cómo	Para qué	Observaciones
<b>Remojo</b>	Inmediatamente después de su uso. Si se puede limpiar en ese momento no hace falta la fase de humidificación.	Jabones enzimáticos y desinfectantes.	Facilitar la limpieza.	Respetar las indicaciones de los fabricantes.
<b>Limpieza</b>	Inmediatamente después del periodo de inmersión. Lo recomendado es limpiar inmediatamente después de su uso.	Ultrasonidos. Lavadoras Termodesinfectadoras. Cepillado a mano (alto riesgo).	Eliminar restos orgánicos. Desinfección térmica en el caso de utilizar lavadora termodesinfectadora.	Usar guantes domésticos. Evitar salpicaduras. Evitar el contacto entre instrumentos.
<b>Desinfección</b>	Cuando los materiales no resisten la esterilización.	Desinfectantes de alto nivel.	Eliminar los microorganismos patógenos de materiales que no se pueden esterilizar.	No existen indicadores para verificar la desinfección.  Existen tiras reactivas que miden la actividad del producto para verificar si la solución aún tiene capacidad de desinfección. Respetar el tiempo de desinfección recomendado por el fabricante.
<b>Lavado-aclarado</b>	Después de lavar con abundante agua a ser posible filtrada (filtro final de punto de uso) para eliminar los restos de desinfectante.	Con abundante agua.	El lavado elimina todos los restos del desinfectante.	
<b>Secado</b>		Papel muy absorbente.	El secado inmediato evita la corrosión.	
<b>Almacenamiento</b>	Una vez seco el material.	Clasificar los instrumentos teniendo en cuenta su dureza para evitar su rayado.		Se hará en un lugar no expuesto a los aerosoles o al polvo, ya que carece de envoltorios protectores.

## V. Cuándo, cómo y para qué efectuar las sucesivas fases del ciclo de Esterilización.

Fases	Cuándo	Cómo	Para qué	Observaciones
Remojo	Inmediatamente después de su uso. Si se puede limpiar inmediatamente no hace falta esta fase.	Jabones enzimáticos y desinfectantes.	Facilitar la limpieza y evitar contaminación del que limpia.	Respetar las instrucciones del fabricante.
Limpieza	Inmediatamente después de su uso es lo ideal. Inmediatamente después de la inmersión.	Lavadoras termo-desinfectadoras. Baño de ultrasonido. Cepillado manual es de alto riesgo.	Eliminar la materia orgánica que impide la correcta esterilización.	Usar guantes domésticos para evitar cortes y pinchazos. Evitar salpicaduras. Evitar el contacto entre instrumentos, se rayan, causa corrosión y facilita la adherencia de los microorganismos.
Secado y Lubricación	Secar después de limpiar y lubricar siempre que sea posible.	Armarios secadores. Papel muy absorbente. Lubricantes comerciales.	Evitar la corrosión.	Usar lubricantes con sustancias anticorrosivas. Realizar las etapas posteriores en un lugar alejado de la zona de trabajo.
Empaquetado	Instrumental quirúrgico. Instrumental rotatorio. Instrumental que no va a ser usado de inmediato.	Bolsas autosellables o termosellables. Cajas metálicas perforadas o de plástico planas.	Conservar los instrumentos estériles hasta su uso.	El material no empaquetado se considera solo desinfectado. Las cajas perforadas deben tener siempre filtro.
Esterilización	Materiales críticos y casi todos los semi-críticos.	Autoclave.	Eliminar todos los microorganismos del instrumental.	La ADA recomienda esterilizar todos los materiales que resistan el proceso. <b>Siempre que se pueda se debe esterilizar.</b>
Control Esterilización	Indicador químico (IQ).  Indicador biológico semanal (IB).	Los IQ están incorporados en las bolsas.  Introducir los IB en el esterilizador, pueden ser procesados en consulta.	Determinar la eficacia del proceso de esterilización. Detectar fallos en la manipulación o en el esterilizador.	ADA recomienda IB semanalmente y si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevo sistema de bolsas.</li> <li>• Nuevo esterilizador.</li> <li>• Esterilizador reparado.</li> <li>• Nuevo personal.</li> </ul>
Almacenaje	Inmediatamente después de la esterilización Almacenar una vez seco.	Almacenar si es posible en armarios.	Evitar el depósito de microorganismos existentes en el polvo y en los aerosoles.	Desechar paquetes con el envoltorio deteriorado o húmedo. No abrir las cajas hasta su uso. Puede ser almacenado hasta 6 meses según el envoltorio.

## VI. Asepsia del instrumental rotatorio, de las jeringas de agua y aire y de las fresas.

### Instrumental rotatorio

- Hacerlo funcionar durante 20 segundos.
- Lavar externamente con agua y detergente. **No usar ultrasonidos.**
- Aclarar y secar.
- Lubricar según las indicaciones del fabricante.
- Limpiar las conexiones con alcohol.

- Embolsar la turbina el contraángulo o la pieza de mano.
- Esterilizar en autoclave sin sobrepasar la temperatura recomendada por el fabricante (normalmente 120° y sin ciclo de secado).

#### Jeringas aire / agua

- Hacerla funcionar durante 20 segundos.
- Desmontarla y limpiarla con el equipo desconectado.
- Esterilizarla en autoclave siguiendo las instrucciones del fabricante.

#### Fresas

- Inmersión en una solución desinfectante.
- Limpieza en baño de ultrasonido si es posible.
- Esterilización si es posible según el fabricante, ya que algunas no pueden ser esterilizadas en autoclave.

### Anexo 4: Accidentes Biológicos

- I Formación. Educación Sanitaria.
- II Protocolo de actuación ante un accidente biológico.
- III Circuito de actuación ante una exposición accidental ocupacional a material biológico.
- IV Protocolo de tratamiento post-exposición.
- V Enfermedades del profesional que requieren la exclusión temporal del puesto de trabajo.

#### I. Formación. Educación sanitaria

Todos los profesionales que trabajan en las USBD deben conocer y aplicar los métodos de desinfección y de esterilización.

La mejor forma de prevenir la transmisión ocupacional es evitar la exposición. Para ello se debería promover, en cada institución, la asignación de recursos para la educación y entrenamiento de todo el personal en las precauciones universales que se deben seguir en cualquier situación en la que una persona pueda entrar en contacto con líquidos potencialmente contaminados.

##### Recomendaciones:

- El riesgo de infección tras la exposición depende de las características del paciente fuente, del tipo de exposición y del estado serológico de la persona expuesta.
- El riesgo máximo se produce cuando la exposición consiste en una punción profunda con aguja hueca contaminada que previamente estaba en vena ó arteria y procede de un paciente con infección por VIH en situación de enfermedad muy avanzada.
- Se debe conocer la situación con respecto al VIH tanto del paciente fuente como de la persona expuesta.
- La valoración debe ser lo más rápida posible (primeras dos horas tras la exposición).
- Debe garantizarse asesoramiento y asistencia las 24 horas con disponibilidad de diagnóstico serológico en menos de dos horas, así como acceso a la medicación en los casos necesarios en los plazos establecidos.

#### II. Protocolo de actuación ante un accidente biológico

##### 1. Medidas preventivas locales

Para exposiciones percutáneas:

- Si la herida sangra: permitir el sangrado de forma profusa.
- Eliminar posibles cuerpos extraños.
- Lavar con agua y jabón.
- Aplicar una solución desinfectante no irritante ni abrasiva (gluconato de clorhexidina, povidona yodada).
- No realizar maniobras agresivas para no producir erosiones que favorezcan la infección.
- No utilizar cáusticos como lejía.
- No inyectar antisépticos ni desinfectantes en las heridas.

Para exposiciones en mucosas:

- Conjuntiva: lavado abundante con suero fisiológico.
- Mucosa oral: enjuagues bucales con agua.

Resumen de recomendaciones de **Actuación Inmediata** en la exposición ocupacional frente a VHB, VHC, VIH.

<b>Exposición percutánea</b>	Sangrado y lavado con agua corriente y jabón.
<b>Contaminación cutánea</b>	Lavado con agua y jabón.
<b>Contaminación mucosa</b>	Lavado con agua.
<b>Ojos</b>	Irrigar con agua limpia, suero fisiológico o agua estéril o colirio de povidona yodada al 10%.

Pueden Utilizarse por su posible efecto antiviral frente a virus hepatotropos (VHB y VHC) productos tópicos como:

- Gluconato de Clorhexidina.
- Povidona Yodada.

## 2. Recomendaciones generales sobre la Profilaxis Post-Exposición (PPE), Ocupacional y no Ocupacional al VIH

No existen estudios comparativos (sólo sobre modelos animales) que permitan establecer recomendaciones definitivas sobre el momento de inicio de la PPE, duración, tipo de fármacos, sus combinaciones y su duración.

Debe comenzarse antes de las 6 horas del incidente, si es posible, y siempre antes de las 72 horas, de forma inexcusable. La duración recomendada es de 28 días.

Si se conoce la situación serológica de la fuente debe valorarse la cifra de linfocitos CD4, la carga viral del VIH, la posibilidad de resistencias fenotípicas y/o genotípicas (hasta el 38% de los casos fuente puede presentar mutaciones frente a inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos), al inicio de la terapia y sin retrasar ésta.

## 3. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Comunicar el accidente al Servicio de Medicina Preventiva o al Departamento de Salud Laboral para su tipificación y seguimiento a efectos clínicos y laborales, en función del CS donde se haya producido:

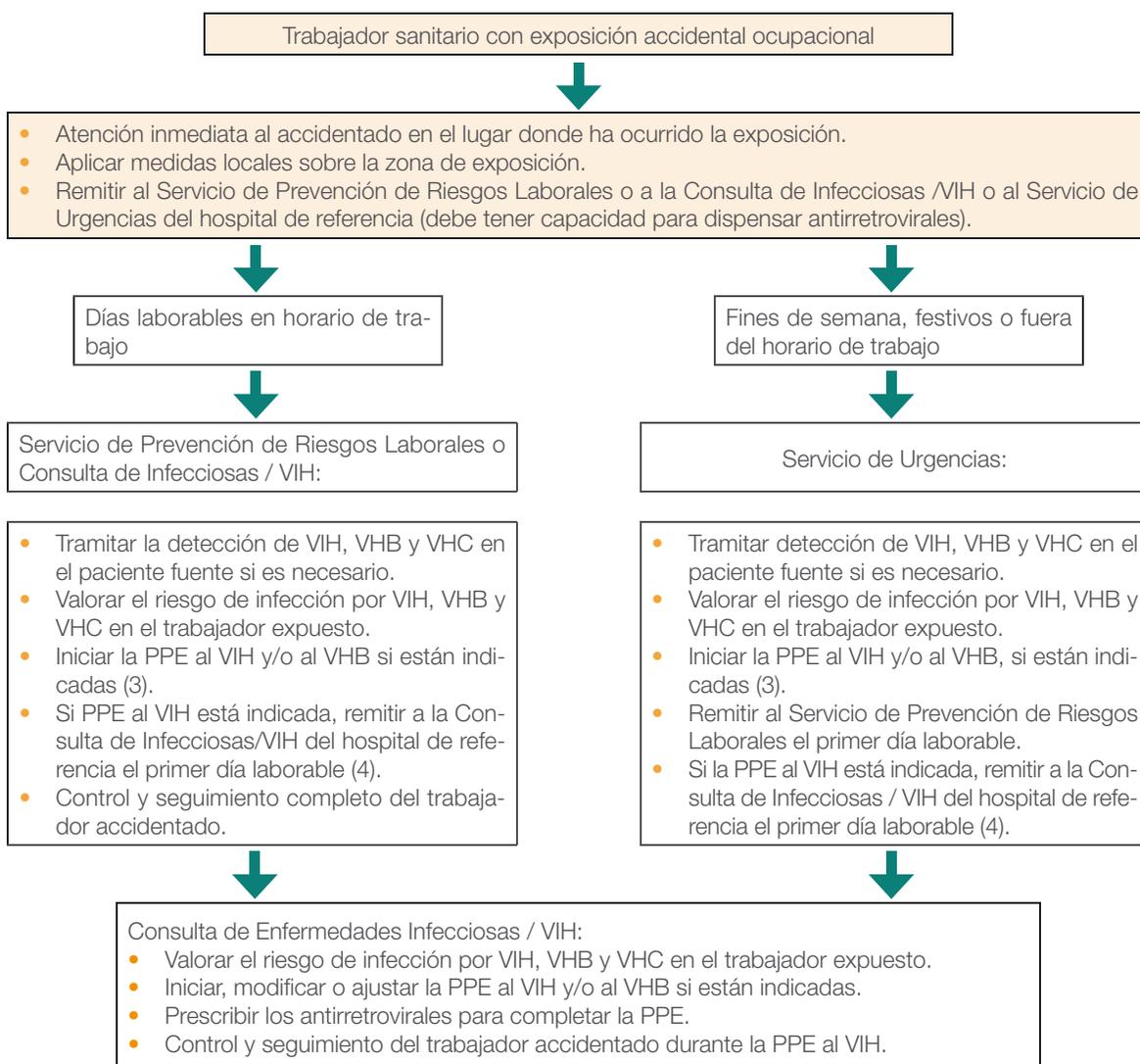
- Área I: 985639300-Extensión 59398 / 59436 / 59403
- Área II: 985917800-Extensión 54195 / 54183
- Área III: 985 123 000-Extensión 23056
- Área IV: 985 108 000-Extensión 38679
- Área V: 985 185 000-Extensión 85085
- Área VI: 985 108 000-Extensión 38679
- Área VII: 985 458 500-Extensión 58535 / 58665
- Área VIII: 985 652 000- Extensión 52311 / 52077

## 4. Aspectos psicológicos del accidente biológico

En ocasiones, la exposición ocupacional puede generar ansiedad y estrés. El profesional puede desarrollar, en situaciones extremas, conductas de evitación y temores que pueden llevarle a realizar su tarea de forma inadecuada o descuidada. El apoyo psicológico debe centrarse en proporcionar toda la información que sea necesaria con el fin de resolver las dudas que se planteen y explorar el estado emocional del accidentado. Si la ansiedad o angustia es muy elevada y puede interferir en sus actividades laborales, será necesaria la derivación a profesionales especializados en salud mental.

Los aspectos educativos a incluir deben centrarse en promover una adherencia adecuada al tratamiento, dar información veraz y detallada sobre los posibles efectos secundarios y las estrategias a aplicar si aparecen, y facilitar un contacto fluido con un terapeuta si lo precisa.

### III-Circuito de actuación ante una exposición accidental ocupacional a material biológico (1)



- (1) Este circuito se debe adaptar en función de las características propias de cada centro.
- (2) Remitir al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales o a la Consulta de Infecciosas/VIH según las características de cada hospital.
- (3) Es necesario el fácil acceso a la Farmacia hospitalaria las 24 horas del día para poder dispensar los antirretrovirales y/o disponer de un pequeño stock de los fármacos en el Servicio de Urgencias. Se le debe proporcionar a la persona expuesta la dosis necesaria de antirretrovirales hasta que acuda a la Consulta de Infecciosas/VIH.
- (4) Si la asistencia en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales o de Urgencias se realiza en horario laboral, remitir ese mismo día a la Consulta de Infecciosas/VIH.

#### IV. Protocolo de tratamiento post-exposición

##### a. Profilaxis postexposición ocupacional al VHB (1)

Serología VHB de la fuente de exposición	ACTUACIÓN FRENTE A LA PERSONA EXPUESTA (2)			
	No vacunados del VHB	Vacunación completa del VHB		Vacunación incompleta del VHB
		Determinar Ac Anti-HBs (si es posible técnica rápida)		
		Respuesta adecuada: Anti-HBs > 10 mUI/ml	Respuesta inadecuada: Anti-HBs < 10 mUI/ml	
Fuente de exposición con Ag HBs + ó Fuente de exposición con Ag HBs desconocido, pero tiene alto riesgo de ser Ag HBs + (usuarios de drogas por vía parenteral, personas procedentes de países endémicos, etc).	Administrar 1 dosis de IGHB (3) + Serie completa de vacunación del VHB (4).	Protegido: No precisa PPE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buena respuesta previa a la vacuna (Anti HBs <math>\geq</math> 10 mUI/ml): Administrar 1 dosis de vacuna de refuerzo.</li> <li>Respuesta previa desconocida: Administrar 1 dosis de IGHB (3). + 2ª Serie completa de vacunación del VHB (4).</li> <li>No respondedor tras 2 series completas de vacunación del VHB (Anti-HBs &lt; 10 mUI/ml): Administrar 1 dosis de IGHB (3) y otra a los 30 días.</li> </ul>	Administrar 1 dosis de IGHB (3). + Completar la pauta de vacunación del VHB.
Fuente de exposición con Ag HBs desconocido y bajo riesgo de ser Ag HBs +	Serie completa de vacunación del VHB (4).	No precisa PPE.	Administrar 1 dosis de vacuna de refuerzo (excepto si es no respondedor a 2 series de vacunación) y valorar Anti-HBs en 1-2 meses.	Completar la pauta de vacunación del VHB.
Fuente de exposición Ag HBs -	Serie completa de vacunación del VHB (4).	No precisa PPE.		Completar la pauta de vacunación del VHB.

(1) Exposición percutánea, mucosa o piel no íntegra a sangre, fluidos o tejidos corporales con sangre visible, otros fluidos corporales potencialmente infecciosos (secreciones vaginales, semen y líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal y amniótico) y muestras de laboratorio que contienen virus.

(2) Personas con infección previa por VHB son inmunes a la reinfección y no precisan PPE.

Además de las medidas generales y locales ya descritas, en el caso del VHB la actuación va a depender de la situación tanto del paciente fuente como de la persona expuesta de forma accidental. Si la pauta de vacunación VHB es correcta no debe efectuarse seguimiento, salvo por las posibles implicaciones legales; debe realizarse estudio serológico al inicio y a los 6 meses.

En cuanto al VHC, en estos momentos no se dispone de ninguna medida eficaz de profilaxis postexposición. No se recomienda el uso de inmunoglobulina polivalente ni de antivirales después de una exposición accidental a sangre ó fluidos corporales de un paciente con infección por VHC.

**b. Recomendaciones generales para profilaxis post exposición ocupacional frente al VIH.**

Tipo de exposición	Tipo de material	Recomendación de profilaxis
Percutánea	Sangre*. Riesgo muy alto. Riesgo alto. Riesgo no alto . Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos # o tejidos . Otros líquidos corporales .	Recomendar. Recomendar. Ofrecer. Ofrecer. No recomendar. No recomendar.
Mucosas	Sangre. Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos # o tejidos. Otros líquidos corporales .	Ofrecer. Ofrecer. No recomendar.
Piel alto riesgo &	Sangre. Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos # o tejidos. Otros líquidos corporales.	Ofrecer. Ofrecer. No recomendar.

\* Riesgo muy alto: se define como un accidente con gran volumen de sangre (pinchazo profundo con aguja que se ha utilizado en un acceso vascular del paciente) y que contenga carga viral VIH elevada (seroconversión del paciente o fase avanzada de la enfermedad).

Riesgo alto: se define como accidente con alto volumen de sangre o accidente con sangre que contiene carga viral de VIH elevada.

Riesgo no alto: ni exposición a alto volumen de sangre ni a sangre con carga viral de VIH elevada (pinchazo con aguja de sutura a partir de un paciente en fase asintomática de la infección por VIH con carga viral baja o indetectable).

# Incluye semen, secreciones vaginales, LCR y líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico.

& Los contactos cutáneos se consideran de alto riesgo cuando se trata de líquidos con carga viral de VIH elevada, el contacto es muy prolongado, el área es extensa o hay zonas de piel no íntegra.

**Condiciones que debe cumplir una exposición ocupacional para considerar el empleo de profilaxis anti-retroviral**

Fuente	Infección por el VIH conocida, o desconocida con factores de riesgo (a)
Tipo de exposición	Exposición percutánea (pinchazo, corte), exposición mucosa, o exposición cutánea con piel no intacta (dermatitis, abrasiones, heridas)
Tiempo transcurrido desde la exposición	Menos de 72 horas

(a) Usuario de drogas por vía parenteral o perteneciente a colectivos con una prevalencia elevada de infección.

**Pautas de fármacos antirretrovirales para la profilaxis postexposición**

	A	B	C
<b>Pauta de Elección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zidovudina (AZT) (b) 250-300 mg/12 horas.</li> <li>Tenofovir (c) 245 mg/24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lamivudina (3TC) (b) 300 mg/24 horas.</li> <li>Emtricitabina (c) (FTC) 200 mg/24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lopinavir-ritonavir (coformulados) 400/100 mg/12 horas</li> </ul>
<b>Pautas Alternativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Didanosina (ddl), 250-400 mg/24 horas.</li> <li>Estavudina (d4T) 30 mg/12 horas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Fosamprenavir 700 mg/12 horas+ ritonavir 100 mg/12 horas.</li> <li>Saquinavir 1000 mg/12 horas+ ritonavir 100 mg/12 horas.</li> <li>Atazanavir, 300 mg/24 horas + ritonavir 100 mg/24 horas).</li> <li>Nelfinavir 1250 mg/12 horas (d).</li> <li>Efavirenz 600 mg/24 horas*.</li> </ul>

- (a) La pauta recomendada inicialmente en la mayoría de las exposiciones que requieren profilaxis antirretroviral es una combinación de 3 fármacos.
- (b) Zidovudina y lamivudina están disponibles comercialmente coformulados (300 mg de zidovudina y 150 mg de lamivudina).
- (c) Tenofovir y emtricitabina están disponibles comercialmente coformulados (245 mg de tenofovir y 200 mg de emtricitabina).
- (d) Temporalmente retirado del mercado por contaminación en el proceso de producción, aunque la Agencia Europea del Medicamento ha autorizado recientemente su comercialización.

### Seguimiento

Las actuaciones deben iniciarse lo antes posible, preferiblemente antes de las 6 horas y siempre antes de las 72 horas, manteniendo el seguimiento durante un mínimo de 6 meses (24 semanas), para el caso del VIH. Algunos autores recomiendan realizar un control a los 12 meses por la existencia de seroconversiones tardías. Durante este periodo, sobre todo durante las primeras 12 semanas, deberán seguirse las recomendaciones para evitar una posible transmisión secundaria del VIH (utilizar siempre preservativo en las relaciones sexuales).

Debe ofertarse apoyo psicológico, se inicie o no PPE, y de control de síntomas, tanto de posible primo-infección como de las reacciones adversas a la medicación utilizada.

### V. Enfermedades del profesional que requieren su exclusión temporal del puesto de trabajo

Algunos procesos infecciosos, si afectan al personal de salud, pueden requerir la suspensión temporal de la actividad profesional o la adopción de medidas preventivas para evitar su transmisión a los pacientes.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales adoptará adicionalmente las medidas que considere oportunas en cada caso, para estos u otros procesos infecciosos.

En la siguiente tabla se sintetiza la actitud a tomar ante el padecimiento de distintos procesos infecciosos por parte del personal de salud, con objeto de evitar la diseminación de estas enfermedades entre los pacientes.

#### Enfermedades que requieren la exclusión temporal (ET) de la actividad profesional

Enfermedad	Restricción y duración	Observaciones
Gripe	ET hasta 5 días después de comenzar con la clínica.	
Herpes zoster localizado	Restringir la atención a pacientes de alto riesgo hasta que todas las lesiones sean costras.	
Varicela	ET hasta que todas las lesiones estén secas y sean costras, aproximadamente 5 días.	
Sarampión	ET durante 5 días después de aparecer el rash o durante la fase aguda de la enfermedad, el período más largo de los dos.	Contactos no vacunados: exclusión 21 días después del contacto Recomendar vacunación con Triple vírica (2 dosis).
Rubéola	ET hasta 5-7 días después de haber aparecido el exantema.	
Parotiditis	ET hasta 9 días después de iniciarse la parotiditis.	
Citomegalovirus	No son necesarias restricciones.	
Gastroenteritis aguda	ET hasta 24 horas después de que se resuelvan los síntomas.	
Hepatitis A	ET un mínimo de 7 días después del inicio de la ictericia.	
Tuberculosis pulmonar o laríngea	ET al menos hasta obtener 2 Ziehl-Nielsen de esputo consecutivos negativos, recogidos en diferentes días.	

Pediculosis	ET hasta que se haya realizado el tratamiento apropiado.	No se recomienda el uso de forma rutinaria de tratamiento pediculicida profiláctico al personal sanitario que ha tenido contacto cutáneo con pacientes con pediculosis.
Conjuntivitis	ET hasta que haya cedido la secreción.	

## 15. Bibliografía Seleccionada

### Estudios descriptivos

- Encuesta de salud oral de España 2000. Llodrá Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena FJ (2002). RCOE 2000; 7: 19-63.
- Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE. Bravo-Pérez M, Casals-Peidro E, Cortés-Martinicorena FJ *et al.* [online]. 2006, vol. 11, no. 4 [citado 2009-03-08], pp. 409-456. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
- Encuesta de Salud Oral de Preescolares en España 2007. Bravo Pérez M, Llodrá Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. RCOE. 2007, vol. 12, no. 3 [citado 2009-02-13], pp. 143-168. <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v12n3/original2.pdf>
- Encuesta de Salud Oral en Escolares del Principado de Asturias 2008. López-Arranz Monje E, Martínez Díaz-Canel AI. Universidad de Oviedo y Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo 2010.
- Estudio prospectivo Delphi. La salud bucodental en España 2020: tendencias y objetivos de salud oral. Llodrá Calvo JC, Bourgeois D, Consejo General de Dentistas de España. Fundación Dental Española, Madrid 2009. <http://www.consejodentistas.es/pdf/0912%20Libro%20Estudio%20Delphi.pdf>

### Bibliografía sobre guías de práctica clínica

- Delivering better oral health: An evidence-based toolkit for prevention. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_078742?IdcService=GET\\_FILE&dID=150241&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_078742?IdcService=GET_FILE&dID=150241&Rendition=Web)
- Evidence-based medicine and practice guidelines: an overview. Steven H. Woolf, MD, MPH. Cancer Control, Julio/Agosto 2000; Vol 7, N°4.
- GEMA 2009: Guía Española para el Manejo del Asma. Área de Asma de SEPAR. <http://www.gemasma.com/>
- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS. N° 2006/OI. <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.html>
- Guideline on oral health care for the pregnant adolescent. [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=12142&nbr=6243&ss=6&xl=999](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12142&nbr=6243&ss=6&xl=999)
- Recall intervals for oral health in primary care patients. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004346.html>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2000. Revised en 2002. Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/47/index.html>

### Bibliografía sobre el flúor

- Almerich JA, Cabedo B, Eustaquio MV, Montiel JM. Situación actual de la fluorización del agua en España- Informe Técnico de SESPO nº 1 (1988/1). Arch Odontostomatol Prev Comunit 1999; 15:504-510.
- Almerich JA. Fundamentos y concepto actual de la actuación preventiva del flúor. En Cuenca E, Manau C, Serra LL, editores. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson; 1999 p. 109-128.
- Bader JD, Rozier G, Harris R, Lohr KN. Dental caries prevention: The physician's role in child oral health. Systematic evidence review No. 29. Rockville: Agency for Health care Research and Quality, 2004.
- Cortés Martinicorena J (Ed). Simposio Flúor 2000. Actualidad, dosificación y pautas de tratamiento. SESPO. Valencia: Promolibro, Laboratorios Kin SA, 2000.
- Cronin MJ, Dembling WZ, Kina DW, et al. A clinical study of plaque removal with an advanced rechargeable power toothbrush and battery operated device. Am J Dent 2002 15:365-368.

- Cuenca E, Manau C, Martínez I, Ramón JM, Serra LI, Salleras L. Evaluación de la efectividad de la fluoración del agua de abastecimiento público de Gerona. RCOE 1996; 1: 489-496.
- Cuenca E, Martínez I. Uso racional del flúor. En: Cuenca E, Manau C, Serra LL, editores. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicaciones. Editorial Masson, Barcelona 1999.
- Cuenca Sala E, Baca García P. Uso racional del flúor. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Editorial Masson, Barcelona 2007.
- Ellwood R, Fejerskov O. Clinical use of fluoride. En: Fejerskov O, Kidd E, editores. Dental Caries. The disease and its clinical management. Oxford, Blackwell Munksgaard; 2003 p.189-223.
- Fluoride Action Network. HEALTH EFFECTS: Water Fluoridation & Tooth Decay (Caries). Disponible en: URL: <http://www.fluorideaction.org/who-dmft.htm>
- 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. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud. 2002.
- Hawkins R, Locker D, Noble J, Kay EJ. Prevention. Part 7: professionally applied topical fluorides for caries prevention. Br Dent J 2003; 195: 313-7.
- Helfenstein U, Steiner M. Fluoride varnishes (Duraphat®): a meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol 1994; 22: 1-5.
- Hicks J, Garcia-Godoy F, Flaitz C. Biological factors in dental caries: role of remineralization and fluoride in the dynamic process of demineralization and remineralization (part 3). J Clin Pediatr Dent 2004; 28: 203-14.
- Levy SM. An update on fluorides and fluorosis. J Can Dent Asso 2003; 69: 286-91
- Limeback H, Ismail A, Banting D, DenBesten P, Featherstone J, Riordan PJ. Canadian Consensus Conference on the appropriate use of fluoride supplements for the prevention of dental caries in children. J Can Dent Assoc 1998; 64: 636-9.
- Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
- Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
- Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
- Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
- Marinho VCC, Higgins JPT, Sheiham A, Logan S. Combinations of topical fluorides (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
- Marinho VCC, Higgins JPT, Sheiham A, Logan S. Comparación entre diferentes formas de fluoruro tópico (cremas dentales, enjuagues bucales, geles y barnices) para la prevención de la caries dental en niños y adolescentes. Biblioteca Cochrane Plus, 2007 n°4.
- Marks LA, Martens LC. Utilisation du flúor chez les enfants: recommandations de l'European Academy for Paediatric Dentistry. Rev Belg Med Dent 1998; 53: 318-324.
- Robinson PG et al. The Cochrane Database of systematic reviews 2005 Issue 2.
- Rozier RG. Effectiveness of methods used by dental professionals for the primary prevention of dental caries. J Dent Educ 2001; 65:1063 1072.
- Sackett L, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE, 2ª ed. Harcourt: Churchill Livingstone; 2001.
- Seppä L. The future of preventive programs in countries with different systems for dental care. Caries Res 2001; 35 (suppl 1): 26-29.
- Steiner M, Helfenstein U, Menghini G. Effect of 1000 ppm relative to 250 ppm fluoride toothpaste. A meta-analysis. Am J Dent 2004; 17: 85-88.
- Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Høla AK, Källestal C, Lagerföf F, Lingström P, Mejäre I, Nordenram G, Norlund A, Petersson LG, Söder B. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. Acta Odontol Scand 2003; 61: 347-355.
- Vitoria Miñana I, Arias Jordá T. Importancia nutricional del agua de consumo público y del agua de bebida envasada en la alimentación del lactante. Estudio descriptivo de base poblacional. Nestlé España, 2000.
- Weintraub JA, Hysan L. Fluoride varnish for caries prevention: comparisons with other preventive agents and recommendations for a community-based protocol. Spec Care Dentist 2003; 23: 180-186.

### Bibliografía sobre el sellado de fisuras

- Ahovuo- Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Worthington H, Makela M: Selladores de puntos y fisuras para la prevención de caries en dientes de niños y adolescentes. Revisión de Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Sofwarw Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Beauchamp J, Caufield PW, Crall JJ, Donly K, Feigal R, Gooch BF, Ismail A, Kohn W, Siegal M, Simonsen R. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants. JADA vol 139: 257-268 March 2008.
- Beiruti N, Frencken JE, van't Hof MA, van Palenstein Helderma WH. Caries-preventive effect of resin-based and glass ionomer sealants over time: a systematic review. Community Dentistry and Oral Epidemiology. Volume 34, Issue 6, Pages 403 – 409. 2006.
- Bhuridej P, Damiano PC, Kuthy RA, Flach SD, Kanellis MJ, Heller KE, Dawson DV. Natural history of treatment first molars. JADA, vol 136: 1265-1272 September 2005.
- Bravo M, Montero J, Bravo JJ, Baca P, Llodrá JC. Sealant and Fluoride Varnish in caries: a randomized trial. J Dent Res 84 (12): 1138-1143 August 2005.
- British Society of Paediatric Dentistry. A policy document on fissure sealants in paediatric dentistry. Int J Paediatr Dent 2000 Jun.
- Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones, 3º Edición. Editorial Masson. Barcelona 2003.
- Cuenca Sala E, Manau Navarro C, Serra Majem L. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Editorial Masson. Barcelona 2005.
- González Sanz A, Alós Cortés L, Amaro Sánchez J. Conceptos de Odontología desde la Prevención para el siglo XXI. Módulo I Odontología Preventiva. Ed. Dentisnet.com Madrid. 2003; 35.
- Griffin SO, Jones K, Kolavic Gray S, Malvitz DM, Gooch BF. Exploring four-handed delivery and retention of resin-based sealants. JADA vol. 139: 281-289 March 2008.
- Griffin SO, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch BF. The effectiveness of sealants in managing caries lesions. J Dent Res 87(2): 169-174, October 2008.
- Heyduck C, Meller C, Schwahn C, Splieth CH. Effectiveness of Sealants in adolescent whit high and low caries experience. Caries Research 40: 375-381, 2006.
- Lam A. Increase in utilization of Dental Sealants. The Journal of Contemporary Dental Practice, Vol.9 No.3:1-5 March 2008.
- Oong E, Griffin SO, Kohn W, Gooch BF, Caufield PW. The effect of sealants on bacteria levels in caries lesions. JADA vol 139: 271-278 March 2008.
- Poulsen S, Beiruti N, Sadat N. A comparison of retention and the effect on caries of fissure sealing with a glass-ionomer and a resin-based sealant. Community Dentistry and Oral Epidemiology. Volume 29, Issue 4, Pages 298 - 301. Munksgaard 2001.
- Rioboo García R. Odontología Preventiva y Comunitaria. Ediciones Avances Médico Dentales S.L Madrid 2002.

### Bibliografía sobre el diagnóstico y tratamiento de lesiones dentales

- Baca P. La lesión inicial de caries. Archivos de Odontoestomatología. Vol.17, nº 7, Sept. 2001.
- Caballero F, Mercadé M, Vallés M, Roig M. Restauraciones directas con Ionómero de Vidrio en el sector posterior. Labor Dental 9, 179-181 2008.
- European guidelines on radiation protection in dental radiology. The safe use of radiographs in dental practice. European Commission. Directorate-General for Energy and Transport Directorate H / Nuclear Safety and Safeguards. Unit H.4 / Radiation Protection. 2004.
- García Ballesta C y cols. Monográfico sobre traumatismos dentales. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Volumen 8, Nº 2, 113-244. Marzo 2003.
- Objetivos operatorios de las obturaciones. Protocolos Clínicos Aceptados del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Proceso de Atención a la Caries Dental y a las Inclusiones Dentarias. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Protocolo de Exploración para el diagnóstico específico de la caries. Protocolos Clínicos Aceptados del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Protocolo de Obturación del molar de los seis años. Programa del Área de Atención Bucodental del Servicio Aragonés de Salud.
- Protocolo de restauración dentaria mediante Obturaciones. Protocolos Clínicos Aceptados del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Segura-Egea, JJ. Sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos convencionales de las caries oclusal según la evidencia científica disponible. RCOE 2002;7(5):491-501

### Bibliografía sobre el embarazo y la salud oral

- Alcázar Zambrano L. Medicación durante el embarazo. Clínica Universitaria de Navarra. 2008.
- Área Sanitaria VIII de Asturias. Protocolo de Salud Bucodental en el embarazo.
- Área Sanitaria I de Asturias. Protocolo de Salud Bucodental en embarazadas.
- Área Sanitaria V de Asturias. Protocolo de Salud Bucodental en el embarazo.
- Área Sanitaria VI de Asturias. Protocolo de Salud Bucodental en el embarazo.
- Blanco J, Batalla P, Villaverde G. Eficacia de los cepillos eléctricos en la prevención primaria de salud bucodental. RCOE v.9. 2004.
- Cortés Martinicorena J, Llodrá Calvo J. Salud Pública Bucodental. Informe SESPAS 2002, capítulo 14.
- Cronin MJ, Dembling WZ, Kina DW, et al. A clinical study of plaque removal with an advanced rechargeable power toothbrush and battery operated device. Am J Dent 2002 15:365-368.
- Dasanayake AP, Russell S, Boyd D, Madianos PN, Forster T, Hill E. Preterm low birth weight and periodontal disease among African Americans. Dent Clin North Am. 2003 Jan; 47(1):115-25, x-xi.
- Fármacos y embarazo. Libro electrónico de Temas de Urgencia .García Mutiloa MA, Roche Roche M, Ruiz Nepote S. Servicio Navarro de Salud. 2008. [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Otras+publicaciones/Libro+electronico+de+temas+de+urgencia/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Otras+publicaciones/Libro+electronico+de+temas+de+urgencia/)
- Farmacoterapia en el embarazo y la lactancia. : Arch. Med. Interna (Montevideo); 25(4):117-124, dic. 2003.
- Flores J, Oteo A, Mateos L et al. Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Avances en periodoncia, 2004, vol.16, nº 2.
- Gamonal J, Quinteros A, Letelier MJ, Fernández O, Cabello R. Protocolo de Desinfección total de la boca. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2006. [www.redsalud.gov.cl](http://www.redsalud.gov.cl).
- Garbero A., Delgado M, Benito de Cárdenas IL. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. Acta Odontol Venez 2005.
- Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenerg RL, Aut. JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. J Am Dent Assoc. 2001 Jul.
- López M. Uso de fármacos durante el embarazo. Evid. actual. práct. ambul. 9(4); 113-115. Jul-Ag. 2006.
- Machuca G, Rodríguez JL, Lacalle JR, Machuca C, Nieves E, Ríos JV, Velasco E, Martínez Sahuquillo A, Bullón P. Valoración del estado de salud oral en una población de embarazadas de Sevilla (estudio preliminar) Avances en Odontoestomatología 1998, 14 (7): 455-466, 33.
- Martínez Ruiz J, Díaz Montier VA. Odontología y Embarazo. Mayo 2007. [www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)
- Mills LW, Moses DT. Oral health during pregnancy. MCN AM, J Mater Child Nursery- 2002 (Sep-Oct).
- Nikolaos P, Polyzos MD, Ilias P, Polyzos, DDS; Davide Mauri, MD; Spyridon Tzioras, MD, Maria Tsappi, MD, Ivan Cortinovis, PhD, Giovanni Casazza, PhD. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. MARCH 2009. American Journal of Obstetrics & Gynecology
- Offenbacher S. Maternal periodontal infección and Preterm Birth. Mechanisms related to oral infection and inflammation. The IADR/AADR/CADR 80ª General Session. San Diego, 2002 (6-9 Marzo).
- Programa preventivo odontológico materno infantil. <http://www.sanidadnaval.cl/wsg/sitio/odontologia/pagto00808.htm>
- Rioboo García R. Odontología Preventiva y Comunitaria. Ediciones Avances Médico Dentales S.L Madrid 2002.
- Robinson PG et al. The Cochrane Database of systematic reviews 2005 Issue 2.
- Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher J. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. Volume 113 Issue 2, Pages 135 – 143. Published Online: 13 Jan 2006.

### Bibliografía sobre la tartrectomía

- Facultad de Odontología. Universidad de Oviedo. Odontología Preventiva y Comunitaria. *Tartrectomía entre alumnos. Técnicas de cepillado. Fluoración.* Práctica nº 4. Seminario correspondiente y/o temario: tema 23. 2007.
- González Sanz A, Alós Cortés L, Amaro Sánchez J. Conceptos de Odontología desde la Prevención para el siglo XXI. Módulo I: Odontología Preventiva. Ed. Dentisnet.com. Madrid. 2003; 35.
- González Sanz A, Alós Cortés L., Amaro Sánchez J., Macías Gago AB, Gutiérrez Acero D, Gil González FJ. Conceptos de Odontología desde la Prevención para el siglo XXI. Módulo III: Placa Bacteriana. Ed. Dentisnet.com .Madrid.2003.
- González-Jaranay M, Moreu G. Conocimientos básicos sobre la Enfermedad Periodontal para el Higienista Dental. Lacer S.A. Barcelona. 1999.16; 50; 51.  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2000\\_n5/aplicacion.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2000_n5/aplicacion.htm)

- Junta de Castilla y León. Programa de Salud SBD en Castilla y León. <http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/ciudadanos/>
- Martha Pineda M, Justiniano Sotomayor C, Alejandro Mendoza R, Sylvia Chein V, María Ventocilla H, Lourdes Benavente L. Aplicación de métodos antisépticos previos al tratamiento odontológico para la reducción de la carga microbiana salival. *Rev. Odontología Sanmarquina*; Vol. 1. Nº 5. 2000.
- Pérez Prieto P, Silvestre Donat FJ. Curso sobre pacientes especiales para Higienistas Dentales. Sonrisas sin barreras. Salud oral para el paciente con discapacidades. 1998.

#### Bibliografía sobre patología oral

- Bagán Sebastián JJ, Prieto J, Salmerón Escobar JJ, Gutiérrez Pérez JL, Bascones A, Llamas R, Llena J, Morales A, Noguerol B, Planells P. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. *Avances en odontoestomatología*, Vol. 22, Nº1. 2006. Pág. 41-67.
- Junquera Gutiérrez LM, Martín-Granizo López R. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares por Bifosfonatos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). *Revista española de cirugía oral y maxilofacial: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, Vol. 30, Nº. 3, 2008, págs. 145-156.
- Lozano I, Martín D, Torres F, Avanzas P, Rondán J, García-Ruiz JM, Hernández E, Bayón J, Vegas JM, Espolita A. Grado de conocimiento de stents coronarios, trombosis y doble antiagregación entre los odontólogos en España. *Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España. Rev Esp Cardiol.* 2009; 62:153-7.
- Martínez F, Fernández MA, López MF, Lucía JF, Navarro JL, Velasco F, Zuazu I. Recomendaciones acerca del control del tratamiento anticoagulante oral ambulatorio. Documento de consenso y posicionamiento oficial de la Asociación Española de Hepatología y Hemoterapia y Sociedad de Trombosis y Hemostasia. 2002.
- Prevención de complicaciones en pacientes con tratamiento de radioterapia. Protocolos clínicos aceptados del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Protocolo de Exploración Estomatognática general. Protocolos clínicos aceptados del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Protocolo de Seguridad Hemostática de los procedimientos odontológicos en pacientes anticoagulados. Protocolos clínicos aceptados del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Servicio de Cardiología. Hospital de Jario. 2002. Profilaxis de endocarditis infecciosa y pautas de tratamiento.
- Servicio de Hematología. Hospital de Jario. 2002. Pautas ante pacientes a tratamiento con anticoagulantes
- Sosa Henríquez M, Gómez de Tejada Romero MJ, Bagán Sebastián JV, Díaz Curiel M, Díez Pérez A, Jódar Gimeno E, Junquera Gutiérrez L, del Pino Montes J, Vicente Barrero M. Osteonecrosis de los maxilares. Documento de consenso de la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) y 15 Sociedades más. *Rev Osteoporos Metab Miner* 2009 1; 1:41-51.
- Torres LM, Sahagún J, Hidalgo F, Gómez-Luque A, Gomar C, de Andrés J, Llau JV. Fármacos que alteran la hemostasia y técnicas regionales anestésicas y analgésicas: recomendaciones de seguridad (foro de consenso). *Rev Soc Esp Dolor* 8.2001; 5:337- 348.
- Tratamiento odontológico de diabéticos. Protocolos clínicos aceptados del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Vallés F, Anguita M, Escribano MP, Pérez F, Pousibet H, Tornos P, Vilacosta M. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Endocarditis. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53:1384-1396.
- Romero Ruiz MM, Gutiérrez Pérez JL. El Tercer Molar Incluido. Editado por los autores con la colaboración técnica de laboratorios GlaxoSmithKline. Madrid 2001.

#### Bibliografía sobre pacientes con discapacidad, pacientes especiales y odontopediatría

- Abraham-Inpijn L, Abraham EA, Oosting J, Russell G. The Validity of the European Medical Risk-Related History. A study in 7 countries. *Eur J Oral Sci*, Munksgaard, 1998.
- Abraham-Inpijn L, Smeets EC, Russell G, Abraham EA. Introductory notes regarding a European Medical Risk Related History questionnaire (EMMRH) designed for use in dental practice. *British Journal*, 1998; 185:445-8.
- Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatría*. Ed. Masson, Barcelona. 2005.
- Chandler-Gutiérrez L, Martínez-Sahuquillo A, Bullón-Fernández P. Valoración del riesgo médico en la consulta dental mediante la encuesta EMRRH. *Med Oral* 2004;9:309-20.
- Diz P, Vazquez E, Fernández J y cols. *Odontología en pacientes especiales, ¿Quo vadis? Cuidados odontológicos especiales*, 1994; 1:10-16.

- Jong de KJM, Abraham-Inpijn L. The validity of MRRH for dental patients in Belgium. *Int Dent J* 1997; 47:16-20.
- Llodrá Calvo JC, Iglesias Sánchez JM, Macías Mateos C. Análisis de la salud bucodental de la población discapacitada intelectual en Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. 2003.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre (BOE 16/09/2006), por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Silvestre FJ, Plaza A. Odontología en pacientes especiales. Servicio de publicaciones de la Universitat de Valencia, 2007.
- Smeets EC, Karin JM de Long, Abraham-Inpijn L. Detecting the Medically Compromised Patient in Dentistry by Means of the Medical Risk-Related History; a survey of 29.424 Dental Patients in the Netherlands. *Preventive Medicine* 1998; 27:530-535.

#### **Bibliografía sobre la desinfección y esterilización en la consulta**

- Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Editorial Masson, Barcelona 2007.
- Del valle A., SC. Normas de Bioseguridad en el consultorio Odontológico. *Acta odontol. venez*, jun. 2002, vol.40, no.2, p.213-216.
- Guerra, ME, Tovar, V, La Corte, E. Estrategias para el control de infecciones en odontología. *Acta odontol. venez*, ene. 2006, vol.44, no.1, p.132-138.
- Guía de práctica clínica 2009. Hepatitis C. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. División de asistencia sanitaria. Servicio Gallego de Salud.
- Guía para la desinfección y esterilización y para la buena práctica en prevención. Consultorios de odontología/estomatología. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Guidelines for infection control in dental health-care settings 2003. Centers for disease control and prevention *MMWR* 2003; 52.
- Jiménez OM, Ronda E, Aranaz JM, Requena J. Conocimientos y actitudes del personal de odontología sobre los riesgos biológicos por exposición laboral. *Arch. Prev Riesgos Labor* 2005; 8 (4): 155-162.
- Protocolo de Salud Laboral del Hospital de Jario. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Recomendaciones de la SNPS/GESIDA/AEP/CEEISCAT sobre la profilaxis postexposición frente a VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.
- Rioboo García R. Odontología Preventiva y Comunitaria. Ediciones Avances Médico Dentales S.L Madrid 2002.











