

Proceso Asistencial

ciudadanía

Atención a problemas bucodentales

Atención sanitaria

Profesionales

ASISTENCIA

Organización

Proceso Asistencial

Organización

Ciudadanía

Atención sanitaria

SSPA

Ciudadanía

PROCESO ASISTENCIAL

PROCESO ASISTENCIAL

Asistencia sanitaria

CIUDADANÍA

Atención sanitaria

Procesos Asistenciales

calidad

Profesionales

Atención sanitaria

Ciudadanía

Proceso Asistencial

Profesionales

PROCESOS ASISTENCIALES

Atención sanitaria

Atención a problemas bucodentales

Proceso Asistencial

ATENCIÓN a problemas bucodentales [Recurso electrónico]: proceso asistencial / [Autores/as: García Palma, Alfonso (coordinación científica)...et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, 2025.

Texto electrónico (pdf), 104 p.

1. Atención odontológica. 2. Enfermedades de los dientes. 3. Calidad de la atención de salud. 4. Guía de práctica clínica. 5. Andalucía. I. García Palma, Alfonso. II. Andalucía. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

WU 29

1ª edición: 2025



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Título: Atención a problemas bucodentales: proceso asistencial.

Edita: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. 2025

Maquetación: Kastaluna

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>

Autores/as: García Palma, Alfonso (coordinación científica)

Odonto-estomatólogo de Atención Primaria. Distrito Aljarafe. Mairena del Aljarafe. Sevilla.

Gallardo Avilés, Raquel (coordinación metodológica)

Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. Sevilla.

Caro Contreras, Francisco Javier

Pediatra EBAP. UGC Puerto Sur. El Puerto de Santa María. Cádiz.

De Urquia García, Miguel

Odonto-estomatólogo de Atención Primaria. Centro de Salud Zaidín. Distrito Granada Metropolitano. Granada.

Fernández Alcalá, Cesáreo

Médico de urgencias. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jaén. Jaén.

Fernández Urrusuno, Rocío

Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Sanitario Sevilla. SAS. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. Sevilla.

Nieto Hernández, Josefina

Odonto-estomatóloga de Atención Primaria. Gabinete odontológico Bola Azul. Almería.

Viñas López, Carmen

Enfermera. UGC Conil La Atalaya. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. Conil. Cádiz.

Zafra Camacho, Francisco Manuel

Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Forcada Falcón, Mercedes

Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa del Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. Sevilla.

Colaboraciones: Ceballos Luque, Enrique

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trigueros. Distrito Condado-Campiña. Huelva.

Muñoz Mulero, María José

Odonto-estomatóloga de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Distrito Almería. Almería.

Declaración de intereses:

Los autores han realizado la declaración de intereses y no existe conflicto que pueda competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Revisión interna: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.**Servicio Andaluz de Salud.**

- Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
- Servicio de Atención Sociosanitaria
- Subdirección Adicciones e Inclusión
- Subdirección de Gestión Sanitaria
- Servicio de Desarrollo Profesional y Formación
- Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
- Subdirección de Gestión Sanitaria

Revisión externa: De las sociedades científicas y asociaciones de pacientes consultadas, se han recibido aportaciones de:

- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)
- Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndApap)
- Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)
- Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA)
- Sociedad Andaluza Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen Andalucía)
- Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia (SEMG-Andalucía)
- Sociedad Española de Odontología para Pacientes con necesidades Especiales (SEOENE)

Presentación

Desde hace más de una década, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) puso en marcha un plan para la gestión del conjunto de actuaciones que nos permiten desarrollar una asistencia sanitaria de calidad.

El Proceso Asistencial se ha reafirmado como una herramienta de mejora continua, ordenando los diferentes flujos de trabajo, integrando el conocimiento actualizado y mejorando los resultados en salud, todo ello gracias a la implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua en la calidad de sus procesos.

En estos años, se ha tratado de depurar la descripción del Proceso Asistencial incorporando en las actividades las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos consolidados en el SSPA, la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información que han de recibir las personas y sus familiares, la toma de decisiones compartida, la mejora en la aplicación del consentimiento informado, la humanización de la atención sanitaria, el uso adecuado de medicamentos y aspectos como la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud y mejorando la coordinación de las mismas.

En los últimos años se ha estado trabajando para que los Procesos Asistenciales que se publiquen, junto a los Documentos de Apoyo que se han elaborado para completarlos, respondan a las necesidades de los profesionales, de los pacientes y de las personas que afrontan la gestión, haciéndolos más prácticos y útiles e incluyendo aspectos que aporten valor, como el uso adecuado de las tecnologías y la participación de las personas afectadas a través de la colaboración con las asociaciones, favoreciendo la incorporación de la humanización y la ética en todas las etapas de los procesos.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o revisadas, surgen de la priorización, en base al análisis de cómo se abordan las distintas patologías, la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente con dicha evidencia y los recursos disponibles en el Servicio Andaluz de Salud, que recoja las recomendaciones clave para mejorar la atención sanitaria y los resultados en salud.

Miramos al futuro con el firme propósito de seguir construyendo un sistema de salud que se adapta, evoluciona y responde con humanidad, evidencia y profesionalidad a las necesidades reales de la ciudadanía andaluza.

Mi agradecimiento a todos los profesionales que integran el SSPA por su contribución a una atención sanitaria humanizada y de calidad.

Silvia Maraver Ayala
Secretaria General de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial

Recomendaciones clave / 11

Introducción / 13

Definición / 25

Descripción general / 27

Componentes: profesionales, actividades, características de calidad / 29

Indicadores / 83

Anexos / 87

Acrónimos / 99

Bibliografía / 101

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

Recomendaciones clave	Grado
CARIES	
Se valorará el riesgo de caries para población entre 0-15 años exclusivamente según el Test de CARIES y se dejará constancia en la la Historia de Salud (HS) y/o Sistema de Información para la Prestación Asistencial Dental (SIPAD) según el marco del Programa de Asistencia Dental Infantil de Andalucía (PADI) del nivel de riesgo identificado (bajo, moderado, alto o muy alto) para facilitar la transferencia de información y seguimiento.	AG ¹
INCLUSIONES DENTARIAS	
Los 3Ms asintomáticos y libres de patología totalmente intraóseos en los que se decida la abstención terapéutica deberán ser sometidos a un proceso de vigilancia activa o monitorización a lo largo de toda la vida del paciente (control clínico y radiográfico), para detectar la posible aparición de patologías.	Grado A ²
Previo a la intervención por exodoncia u otros procedimientos invasivos bucodentales se valorará el riesgo de osteonecrosis mandibular del paciente teniendo en cuenta el tratamiento antirresortivo que pudiera estar tomando así como el riesgo relacionado con el acto quirúrgico (<i>French third molar removal</i> , Grado C).	Grado C ³
En los casos que sea necesario controlar el dolor tras una extracción dental , los analgésicos de 1^{er} escalón (paracetamol), serán suficientes en la mayoría de los casos.	Grado AE ³
TRAUMA	
Se valorarán aspectos sobre violencia género/ doméstica siguiendo el protocolo andaluz.	AG ⁴
En caso de avulsión de dientes permanentes se valorará la posibilidad de reposición dentaria .	AG ^{5,6}
LESIONES MUCOSA ORAL	
Ante un cambio mucoso poco claro que dure más de tres semanas , se considerará derivación a odontología de AP en menos de dos semanas .	Recomendación NICE ⁷
ENFERMEDAD PERIODONTAL	
Se considerará registrar en la historia de salud (HS) y SIPAD el grado de afectación periodontal especificando el estadio I-IV y grado A-C .	AG ⁸

Recomendaciones clave NO HACER	Grado
CARIES	
No está indicado el tratamiento antibiótico de la caries dental.	<i>Grado A, Recomendación Guía PRAN⁸</i>
INCLUSIONES DENTARIAS	
No está indicado realizar TAC de forma rutinaria en los casos de extracción de los 3Ms incluidos .	<i>Grado A²</i>
No se deben extraer 3Ms como prevención de la recidiva de la maloclusión en el sector anteroinferior tras finalizar el tratamiento ortodóncico.	<i>Grado B²</i>
No está recomendada la profilaxis con antibióticos de forma sistemática , previa a la extracción del tercer molar.	<i>Grado B² Recomendación Guía PRAN⁸</i>
ENFERMEDAD PERIODONTAL	
No se recomienda la administración de antibióticos como tratamiento coadyuvante de la instrumentación subgingival en pacientes con periodontitis estadios I a III.	<i>Grado A⁹</i>

La salud bucodental constituye un componente esencial del bienestar general de las personas, con implicaciones directas en la calidad de vida, la funcionalidad, la nutrición, la comunicación y la autoestima.

A pesar de ello, las encuestas epidemiológicas recientes revelan que, tanto a nivel nacional como en Andalucía, persisten altos niveles de caries y enfermedad periodontal, aunque con ciertas mejoras en la salud de los escolares andaluces en cuanto a caries. No obstante, la salud gingival continúa deteriorándose. Estas evidencias subrayan la necesidad de fortalecer programas preventivos, mejorar la restauración de caries y promover buenos hábitos higiénicos y alimentarios desde la infancia^{10, 11}.

En España, según los datos del Atlas de Salud Bucodental de 2022¹⁰, un 33% de menores de 6 años presenta caries en dentición primaria (lo que supone alrededor de 850 000 niños y unos 4 millones de dientes afectados), y solo el 25 % de estos dientes ha sido tratado.

Según el mismo estudio, el 94% de los adultos de entre 30 y 50 años tiene caries, lo que significa que existe un promedio de 7 dientes afectados por persona, y el 40% de las lesiones permanece sin tratamiento.

El mismo estudio refleja que en adultos mayores (65-80 años) la enfermedad periodontal afecta al 33% de los mismos, con un 12% en forma severa. Solo el 45% de esa población mantiene dentición funcional (\geq 21 piezas) y el edentulismo total es del 7,3%.

La caries no tratada en dentición permanente alcanza, según este estudio, una prevalencia global del 40%.

En Andalucía, los datos del V Estudio Epidemiológico de Salud Oral Escolar en Andalucía de 2022¹¹, nos ponen de manifiesto que, en escolares de 7, 12 y 14 años existe sangrado gingival (indicador de gingivitis) en el 37,5%, 37,3% y 32,2%, respectivamente. Asimismo, en estos escolares existe presencia de sarro en el 18,5%, 26,7% y 32,2%, respectivamente.

En cuanto a la evolución de los datos de caries desde 2006 a 2022, en este estudio epidemiológico, vemos que a los 12 años, el índice CAOD (Cariados, Ausentes por caries, Obturados, Dientes) disminuyó de 1,23 a 0,72 en esos años y que los escolares libres de caries aumentaron del 57% al 69,5% en el mismo período. En cuanto a los datos referentes a los 14 años, el índice CAOD bajó de 1,85 a 1,12 y los escolares libres de caries pasaron de 47% a 61% durante el mismo período. Sin embargo, la Salud gingival ha

empeorado: los escolares sin signos de enfermedad gingival pasaron del 56,6% al 44% (con 7 años), del 48,9% al 36% (con 12 años), y del 45,5% al 34,4% (con 14 años)¹¹.

Además, la evidencia científica avala la interrelación estrecha entre la salud bucodental y el estado de salud sistémico¹², lo que exige una atención integral, continua, coordinada y centrada en la persona. En este contexto, el presente Proceso Asistencial (PA) Atención a Problemas Bucodentales se enmarca dentro del compromiso de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias de la Junta de Andalucía con el fortalecimiento del modelo de atención sanitaria basado en la equidad, la accesibilidad, la seguridad del paciente, la eficiencia y la calidad asistencial.

Este PA está dirigido a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) que desarrollan su labor tanto en el ámbito de la Atención Primaria (medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería), como en el ámbito de la Atención Hospitalaria, especialmente en los servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial. Asimismo, se orienta a las personas usuarias del sistema, con el objetivo de mejorar la experiencia asistencial, fomentar la corresponsabilidad en el autocuidado y garantizar una atención segura, coordinada y basada en las mejores prácticas clínicas y la toma de decisiones compartidas.

La atención a los problemas bucodentales debe abordarse desde un enfoque multidisciplinar, intersectorial y centrado en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, con la participación activa de todos los niveles asistenciales. Este proceso recoge recomendaciones para la identificación, valoración, derivación y seguimiento de los principales problemas bucodentales que afectan a la población andaluza, priorizando aquellos con mayor impacto epidemiológico, clínico y social¹³.

Los problemas de salud bucodental incluidos en este proceso han sido seleccionados en base a su prevalencia, su carga de enfermedad, el potencial de prevenirse con intervenciones efectivas y la posibilidad de mejora organizativa y asistencial. Estos son:

- **Caries dental**, una de las enfermedades crónicas más frecuentes en todas las etapas de la vida, prevenible y tratable si se aborda precozmente mediante intervenciones educativas, preventivas y restauradoras^{10, 11}.
- **Inclusiones dentarias** (particularmente terceros molares o cordales), que pueden asociarse a infecciones, desplazamientos dentarios, patología quística o dolor crónico, y requieren un enfoque diagnóstico y quirúrgico adecuado².
- **Traumatismos dentales y maxilofaciales**, que implican urgencias médicas y odontológicas, con impacto funcional y estético, especialmente en población pediátrica y juvenil⁶.
- **Lesiones de la mucosa oral benignas**, con especial atención al diagnóstico de lesiones premalignas¹⁴.

- **Enfermedad periodontal**, una patología inflamatoria crónica vinculada a factores de riesgo comunes con enfermedades cardiovasculares, diabetes y otras afecciones sistémicas⁹.
- **Disfunciones de la articulación temporomandibular**, con sintomatología que afecta significativamente la calidad de vida y que requiere una atención conjunta de profesionales de odontología, medicina de familia y rehabilitación.

Este proceso asistencial pretende facilitar un marco organizativo y clínico común, basado en la evidencia, que disminuya la variabilidad de la práctica profesional en el abordaje de los problemas bucodentales en Andalucía. Asimismo, se articula con otros procesos asistenciales y estrategias de salud como el Plan Integral de Salud Bucodental, el Plan de Oncología, el Plan de Cuidados, el Plan de Salud Infantil y Adolescente y el Plan de Promoción de Hábitos de Vida Saludables.

La actualización continua de este proceso, así como la participación activa de los profesionales de todas las categorías implicadas, resulta fundamental para garantizar su efectividad, sostenibilidad y adecuación a las necesidades reales de la población.

En definitiva, este PA constituye una herramienta clave para avanzar hacia un modelo asistencial que garantice una atención bucodental integrada, accesible, basada en el conocimiento científico y centrada en las personas.

Aspectos metodológicos

La metodología empleada para la elaboración de este Proceso Asistencial responde a un proceso de adaptación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) basadas en las evidencias disponibles en la literatura científica sobre la atención a las personas con los siguientes problemas bucodentales: caries, inclusiones dentarias, trauma dental, lesiones de mucosa oral, enfermedad periodontal o trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).

1.1. Identificación de guías de práctica clínica

Se realizó una búsqueda sistemática no exhaustiva de la literatura siguiendo la propuesta de metodología de búsqueda del [Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias \(AETSA\)](#) y utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Outcomes-Resultados) para identificar las principales GPC relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con los problemas bucodentales: caries, inclusiones dentarias, trauma dental, lesiones de mucosa oral, enfermedad periodontal o trastornos de la ATM.

Tabla 1: Pregunta de investigación según formato PICO

Población	Población infantil (desde 0 años) y población adulta (≥ 18 años) con alguno de los siguientes problemas bucodentales: caries, enfermedad periodontal, inclusión dentaria, trastorno de la articulación temporomandibular (ATM), lesiones de la mucosa oral y traumatismos dentales.
Intervención	Cualquier intervención, tratamiento o prueba diagnóstica y seguimiento.
Comparador	Cualquiera.
Resultados	Cualquier resultado que mejora la salud de las personas con los problemas bucodentales indicados anteriormente.
Diseño	Guías de práctica clínica (GPC).

La búsqueda inicial se realizó durante el periodo de tiempo que osciló desde el 10 de enero 2024 hasta el 24 de enero de 2024. El desarrollo de las estrategias de búsqueda fue específico para cada una de las bases de datos y sitios web consultados.

En primer lugar, se realizó una consulta en lenguaje natural de *Trippdatabase* para orientarnos sobre los países e instituciones que están produciendo guías sobre alguno de estos problemas bucodentales: caries, inclusiones dentarias, trauma dental, lesiones de mucosa oral, enfermedad periodontal o trastornos de la articulación temporomandibular (ATM). No se establecieron intervenciones, comparadores ni resultados específicos para poder localizar todos los documentos posibles y se localizaron diez GPC. Posteriormente se buscaron GPC en GuíaSalud (España) y en otros sitios web con los términos: *dental caries, dental prevention, periodontal disease, teeth included, wisdom teeth, thirds molars, temporomandibular disorders, oral lesion, oral cancer, dental trauma, oral health, oral health education, oral caries*. Las fuentes consultadas fueron:

-Repositorios de guías de práctica clínica:

Canadian Medical Association Infobase (CMA), Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australian Clinical Practice Guidelines (ACPG), ECRI y Guía Salud.

-Sitios Web de organizaciones que elaboran guías y asociaciones profesionales:

Organización Mundial de la Salud (OMS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Guidelines International Network (GIN), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Healthcare Improvement Scotland (HIS), Swedish Agency For Health Technology Assessment And Assessment of Social Services (SBU), British Columbia Guidelines, Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), Sociedad Española de Odontología Conservadora y Estética (SEOC), Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA), Caries Care International (ICDAS), European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD), American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), United States Preventive Services Task Force (USPSTF), International Association for Disability and Oral Health (IADH), International Association of Dental Traumatology (IADT), Pediatric Dentistry Association of Asia (PDAA), World Dental Federation, International Pediatric Association (IPA), American Academy of Pediatrics (AAP), International Association of Paediatric Dentistry (IAPD).

La búsqueda se limitó por tipo de estudio a GPC cuyo año de publicación fuera posterior a 2019 (inclusive) y hasta 2023 incluido y por idioma (español e inglés). No se tuvieron en cuenta las guías que hacían referencia a otros problemas bucodentales diferentes a caries, inclusiones dentarias, lesiones de mucosa oral, trauma dental, enfermedad periodontal o problemas de la articulación temporomandibular.

1.2. Resultados de la búsqueda

Como resultado de la búsqueda descrita se obtuvieron un total de 29 referencias relacionadas con diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con alguno de los problemas bucodentales incluidos en el proceso asistencial: caries, inclusiones dentarias, trauma dental, lesiones de mucosa oral, enfermedad periodontal o trastornos de la articulación temporomandibular. De ellas, cinco se eliminaron por ser duplicadas, siete por estar publicadas en otros idiomas (en alemán o finlandés). De trauma dental se localizó un documento pero no estaba elaborada siguiendo la metodología de una GPC y también se excluyó. La única GPC relacionada con trastornos de la ATM que se había localizado no tenía aplicabilidad en nuestro medio y esto hizo que se descartara.

Se descartaron otras tres GPC por contemplar aspectos del manejo de diferentes problemas bucodentales no incluidos en los límites, otras tres por tratar aspectos muy específicos del manejo del cáncer oral y no de lesiones de la mucosa oral y otra GPC por tratar aspectos muy generales y más relacionados con la prevención de la salud oral, quedando un total de ocho GPC seleccionadas.

Tras la búsqueda y selección de GPC, el grupo consideró la necesidad de abordar dos aspectos específicos relacionados con la atención a problemas bucodentales como el tratamiento antibiótico en los problemas odontológicos y el manejo de pacientes anticoagulados. Por ello, se incluyeron dos GPC adicionales que se sometieron a evaluación de calidad por AGREE-II al igual que las anteriores.

Durante el proceso de elaboración del documento y previo a su publicación se monitorizó la publicación de nuevas actualizaciones o publicaciones recientes.

1.3. Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica identificadas

Se evaluó la calidad metodológica de las 10 GPC a través de la herramienta AGREE II garantizando así el nivel de evidencia de las recomendaciones aportadas en el documento. Inicialmente se evaluaron los dominios 3 y 6 (rigor en la elaboración e independencia editorial) superando todas las GPC la puntuación mínima del 80 %. Se completó la evaluación del resto de dominios, seleccionándose las 10 GPC por su calidad metodológica. La evaluación se realizó por dos evaluadores de forma independiente y las pequeñas discrepancias detectadas se resolvieron por consenso entre los dos evaluadores. La descripción detallada de la evaluación permite identificar las fortalezas y debilidades metodológicas de las guías seleccionadas y los detalles relacionados con el contexto de aplicación.

Los resultados de la valoración mediante la herramienta AGREE II (Tabla 2) mostraron que la mayoría de ellas, cumplían en alto grado aspectos relacionados con la definición específica del alcance y objetivos, la participación de los implicados, el rigor con el que se llevó a cabo su elaboración, la claridad de presentación, la aplicabilidad y la

independencia editorial. Las diez GPC fueron seleccionadas como recomendables por su calidad metodológica.

Tabla 2. Valoración de la calidad de las GPC seleccionadas para la elaboración del Proceso Asistencial organizadas por orden alfabético de problemas bucodentales

GPC	Dominio 1: Alcance y objetivo	Dominio 2: Participación de los implicados	Dominio 3: Rigor en la elaboración	Dominio 4: Claridad y presentación	Dominio 5: Aplicabilidad	Dominio 6: Independencia editorial
USPSTF<5 2021 ¹⁵	97%	61%	93%	92%	46%	100%
USPSTF 5-17 2023 ¹⁶	94%	44%	100%	89%	44%	100%
USPSTF>18 2023 ¹⁷	94%	44%	100%	89%	44%	100%
SEPA period I-III 2022 ⁹	97%	86%	94%	92%	40%	100%
SEPA period IV 2022 ¹⁸	97%	83%	95%	92%	35%	92%
French Clinical Guidelines ³ 2020	83%	61%	88%	83%	0%	100%
SECIB 2023 ²	100%	75%	81%	92%	23%	100%
NICE 2023 ⁶	100%	100%	100%	97%	100%	100%
Guía Terapéutica PRAN del SNS ⁸ 2024	83%	61%	88%	56%	0%	92%
SECIB coagulac ¹⁹ 2023	100%	61%	85%	86%	0%	100%

1.4. Sistema de gradación de recomendaciones de las GPC seleccionadas.

Para la elaboración de las recomendaciones, se ha utilizado el sistema de gradación específica de cada GPC seleccionada (Tabla 3). Las guías de la USPSTF, de la SEPA, la *French good practice guideline* utilizan la metodología propia de la USPSTF en la que establecen unos grados de recomendación y así aparecen identificados en el Proceso. La guía NICE utiliza el sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) y sus recomendaciones se identifican en el texto como *Recomendación NICE*. La SECIB se basa en el manual metodológico para la elaboración de guías de práctica clínica (GPC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2007 y establece también unos grados de recomendación. La guía Terapéutica PRAN del SNS se basa en el manual metodológico para la elaboración de guías de práctica clínica (GPC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2007, en el manual GRADE de 2013 y en el marco metodológico GRADE-ADOLEPMENT de 2017. Asimismo se complementa con la consulta de otros manuales de organizaciones relevantes en el desarrollo de GPC y evaluación de tecnologías sanitarias (Manual NICE 2019; SIGN 50 2019; KCE 2017). Las recomendaciones se identifican en el texto como *Recomendación Guía PRAN*.

Las siglas *AG* (acuerdo de grupo) corresponden a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del Proceso Asistencial, en ausencia de recomendaciones graduadas en dichas guías.

Tabla 3. Grados de recomendación de las guías seleccionadas

GPC	Sistema de recomendaciones	Grados de recomendación	
		Recomendación	Descripción
USPSTF <5 ¹⁵ 2021 5-17 ¹⁶ 2023 >18 ¹⁷ 2023	USPSTF (U.S Preventive Services Task Force) Method (posterior a 2012)	<i>Grado A</i>	Alta certeza de que el beneficio neto es sustancial. Ofrecer el servicio.
		<i>Grado B</i>	Nivel de certeza alto de que el beneficio neto es moderado o hay certeza moderada de que el beneficio neto es entre moderado-sustancial. Ofrecer el servicio.
		<i>Grado C</i>	Se recomienda en población seleccionada según criterio profesional y preferencias del paciente. La certeza de que el beneficio neto es pequeño es al menos moderada. Ofrecer el servicio a población seleccionada según criterios individualizados.
		<i>Grado D</i>	No se recomienda este servicio. Hay moderada o alta certeza de que el servicio no ofrece beneficio neto o que los daños superan los beneficios. No recomendar el servicio.
		<i>Grado I</i>	La evidencia es insuficiente para evaluar el balance entre beneficios y riesgos del servicio. Falta evidencia o es de pobre calidad o hay conflictos y no puede determinarse el balance entre beneficios y riesgos. Leer las consideraciones del apartado de declaraciones de USPSTF. Si se ofrece el servicio, los pacientes deben comprender que el balance riesgo-beneficio no es claro.
SEPA I-III ⁹ , IV ¹⁸ 2022	<i>Standing Guideline Commission of the Association of Scientific Medical Societies in Germany</i> (Comisión Permanente de Directrices de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Alemania) (AWMF) y el <i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i> (GRADE) Working Group (Grupo de Trabajo de Valoración, Desarrollo y Evaluación de Recomendaciones).	<i>Grado A</i>	Recomendación firme. (Sintaxis: Recomendamos o recomendamos no)
		<i>Grado B</i>	Recomendación. (Sintaxis: Sugerimos o sugerimos no...)
		<i>Grado 0</i>	Recomendación abierta. (Sintaxis: Se puede tomar en consideración)

Tabla 3. Grados de recomendación de las guías seleccionadas (continuación)

GPC	Sistema de recomendaciones	Grados de recomendación	
		Recomendación	Descripción
French good practice guidelines ³ 2020	Guía metodológica de la HAS (Haute Autorité de Santé)	Grado A	Prueba científica establecida. Basada en estudios con un alto nivel de evidencia: ensayos comparativos aleatorizados de gran potencia y sin sesgos importantes, o metaanálisis de ensayos comparativos aleatorizados, así como análisis de decisión basados en estudios bien realizados.
		Grado B	Presunción científica. Basada en una presunción científica respaldada por estudios con un nivel intermedio de evidencia, como ensayos comparativos aleatorizados de baja potencia, estudios comparativos no aleatorizados bien realizados o estudios de cohorte.
		Grado C	Bajo nivel de evidencia. Basado en estudios con un menor nivel de evidencia, como estudios de casos y controles, estudios retrospectivos, series de casos o estudios comparativos con sesgos importantes.
		Grado AE	Acuerdo de expertos. En ausencia de estudios, las recomendaciones se basan en un acuerdo entre expertos del grupo de trabajo tras la consulta con el grupo de lectura. La ausencia de una clasificación no significa que las recomendaciones no sean pertinentes ni útiles. Sin embargo, debería motivar la realización de estudios complementarios.
SECIB extrac molar ² 2023 SECIB coagulac 2023 ¹⁹ .	Manual metodológico para la elaboración de guías de práctica clínica (GPC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) 2007.	Grado A	Se basa al menos en un metaanálisis, en una revisión sistemática, en un ensayo clínico 1++ o en un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y de gran consistencia entre ellos.
		Grado B	Volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o de evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
		Grado C	Volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o de evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
		Grado D	Evidencia de nivel 3 o 4, o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Tabla 3. Grados de recomendación de las guías seleccionadas (continuación)

GPC	Sistema de recomendaciones	Grados de recomendación
<p>NICE⁷ 2023</p>	<p>GRADE</p> <p>La fuerza de la recomendación es el nivel de confianza que se tiene en que, si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño.</p>	<p>La forma de expresión de la recomendación es la que denota la fuerza de la misma. Utilizamos la expresión Recomendación NICE para referirnos a las propuestas de este grupo de trabajo.</p> <p>FUERTE A FAVOR (se recomienda): La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica.</p> <p>DÉBIL A FAVOR (se sugiere, se considera): Es necesaria ayuda para tomar la decisión. Probable variabilidad en la práctica clínica.</p> <p>(Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso).</p>
<p>Guía Terapéutica PRAN⁸ (Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos) del SNS (Actualización 2024)</p>	<p>Manual metodológico para la elaboración de guías de práctica clínica (GPC) en el (SNS 2016, Manual GRADE 2013 y GRADE-ADOLOPMENT 2017*</p> <p>Utilizamos la expresión Recomendación Guía PRAN para referirnos a las propuestas de este grupo de trabajo.</p>	

* Complementada con la consulta de otros manuales de organizaciones relevantes en el desarrollo de GPC y evaluación de tecnologías sanitarias (Manual NICE 2019; SIGN 50 2019; KCE 2017) .

Definición funcional:

Conjunto de actuaciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento en población con alguno de los siguientes problemas de salud bucodental: caries, enfermedad periodontal, inclusión dentaria, trastorno de la articulación temporomandibular (ATM), lesiones de la mucosa oral o traumatismos dentales.

Límite de entrada:

Población con alguno de los siguientes problemas de salud bucodental: caries, enfermedad periodontal, inclusión dentaria, trastorno de la articulación temporomandibular (ATM), lesiones de la mucosa oral o traumatismos dentales.

Límite final:

- Tratamientos o actuaciones que no se contemplan en cartera de servicios del SSPA^{5*}.
- Lesiones de la mucosa oral malignas.
- Lesiones de origen vascular, como hemangiomas o malformaciones arteriovenosas.
- Otros traumatismos: trauma grave, fractura ósea asociada, politraumatismos, etc. (El manejo de los traumas dentales que incluyen fractura mandibular y/o maxilar y su posible colocación de placas y cerclaje (cirugía traumatológica del macizo cráneo facial) no son objetivo del proceso asistencial.

Límites marginales:

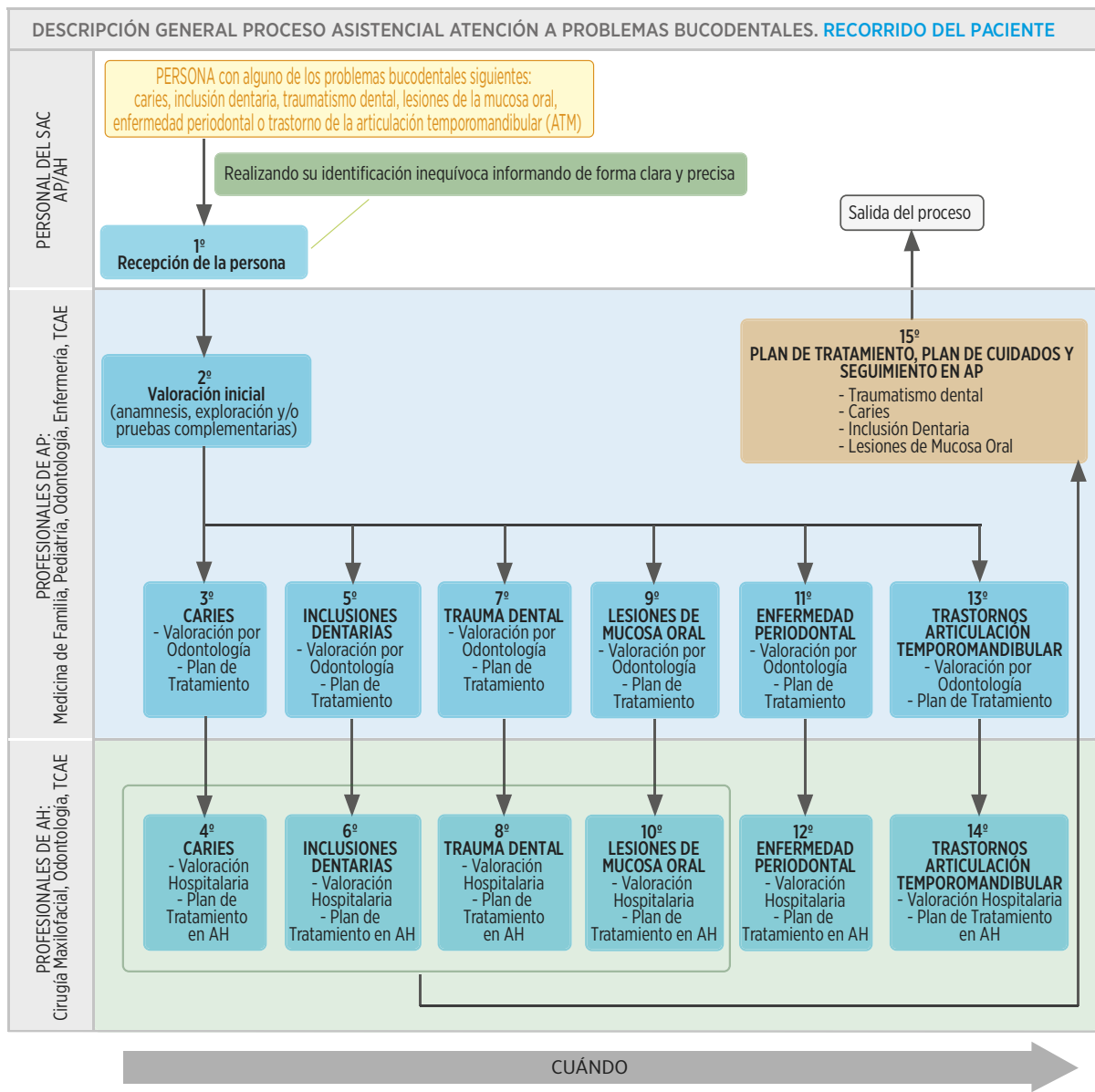
- Paciente con traumatismo dental cuando exista una tercera persona obligada a responder de dicho tratamiento.
- Malformaciones y lesiones congénitas de la mucosa oral.
- Celulitis o infecciones complejas asociadas a caries o enfermedad periodontal que requieran hospitalización (Infecciones graves sin respuesta al tratamiento (infecciones de espacios parafaríngeos: sublingual, submandibular, submaxilar, laterofaríngeo, retrofaríngeo, pretraqueal), Fiebre superior a 39°C, celulitis odontógenas o que requieran hospitalización para manejar la complicación de la caries (Paciente no colaborador o incapaz de seguir por sí mismo el tratamiento ambulatorio prescrito).
- Procedimientos dentales que requieran anestesia general.
- Procedimientos dentales que requieran manejo en medio hospitalario (inmunodeprimidos, trastornos de coagulación).
- Trauma con heridas complejas de tejidos blandos.
- Problemas de la ATM cuyo origen sea articular o ATM de origen muscular que requieran tratamiento invasivo con algún tipo de cirugía.

* Tratamientos o actuaciones que no se contemplan en cartera de servicios del SSPA⁵:

- Férulas en trastornos ATM.
- Población ≥ 16 años que requiera la colocación de implantes.
- Población ≥ 16 años con caries que requiera fluoración, obturación o endodoncia.
- Población ≥ 16 años con gingivitis que precise una tartrectomía salvo en embarazadas, personas con cáncer de cabeza-cuello, o personas con discapacidad $>33\%$ sin posibilidad de autocuidados.
- Población ≥ 16 años que requiera tratamiento periodontal (cirugía periodontal, curetaje) salvo en discapacitados $>33\%$ sin posibilidad de autocuidados.
- Población ≥ 16 años con traumatismo dental que requiera tratamiento reparador o restructor

Descripción general




La descripción general del Proceso Asistencial Atención a Problemas Bucodentales se ha realizado siguiendo el recorrido de la persona con algunos de los siguientes problemas: caries, inclusiones dentarias, trauma, lesiones de la mucosa oral, enfermedad periodontal o trastornos de la articulación temporomandibular representando gráficamente: los profesionales que desarrollan la actividad (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o el servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO).



SAC: Servicio de Atención a la Ciudadanía, AP: Atención Primaria, AH: Atención Hospitalaria, TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del Proceso Asistencial se basa en la identificación para las distintas fases (CUÁNDO), de los profesionales que intervienen (QUIÉN), las actividades que deben realizarse (QUÉ), las principales características de calidad que han de tener estas actividades (CÓMO) y el ámbito DÓNDE se realizan. Se trata de incorporar sólo aquellas características que aportan valor, que son “puntos críticos de buena práctica”, integrando las dimensiones oportunas de la calidad:


- **La efectividad clínica:** Se incorporan las recomendaciones basadas en GPC junto al nivel de evidencia y/ o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del documento se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:** Se identifica con  las buenas prácticas de la [Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA](#) que se refieren a identificación inequívoca del paciente, higiene de manos, seguridad en la asistencia, transferencia de la información y uso seguro de medicamentos, pruebas diagnósticas in vitro y radiaciones ionizantes.
- **La información:** Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir la persona, familia y/o [representante legal](#) según la [normativa](#). También se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la [Estrategia de Bioética de Andalucía](#), que se refieren al [consentimiento informado](#) que será escrito cuando el procedimiento diagnóstico o terapéutico tenga un riesgo significativo (notorio y predecible), al [proceso de planificación anticipada de decisiones](#) y la consulta al [Registro de Voluntades Vitales Anticipadas \(VVA\)](#).
- **El uso adecuado de medicamentos:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados para la efectividad clínica. No siempre las GPC que se utilizan como base en la elaboración de los Procesos Asistenciales incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste-efectividad, coste beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como [Informes de Posicionamiento Terapéutico](#), [Informes de Evaluación de AETSA](#), [guías farmacoterapéuticas](#) o [documentos de uso racional del medicamento del SSPA](#).

- **Uso adecuado de tecnologías:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados para la efectividad clínica y teniendo en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA. Asimismo, se tendrán en cuenta las recomendaciones sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a radiaciones ionizantes que se recogen en el [Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas](#).
- **Los cuidados de enfermería** se describen de forma estandarizada mediante la identificación de los resultados a conseguir en cada proceso (NOC: *Nursing Outcomes Classification*)²⁵ y las principales intervenciones (NIC: *Nursing Interventions Classification*)²⁶ una vez evaluada la respuesta individual del paciente a la condición médica y realizado el diagnóstico de enfermería (NANDA). No se describen en el proceso estos diagnósticos porque son el reflejo de la situación particular de cada paciente y su familia, aunque deben reflejarse en el plan de cuidados.

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:

- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por el/la profesional sin presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.
- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.




PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC) DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP), PROFESIONALES SANITARIOS DE AP Y DE URGENCIAS

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA LLAMADA	1.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).

PROFESIONALES SANITARIOS DE AP Y DE URGENCIAS: ODONTOLOGÍA, MEDICINA DE FAMILIA, PEDIATRÍA, ENFERMERÍA


Actividades	Características de calidad
2º VALORACIÓN INICIAL EN AP	<p>2.1 Ante la consulta de cualquier problema bucodental se realizará una anamnesis que contemple (AG)²⁰:</p> <p>2.1.1. Antecedentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración de los síntomas. • Antecedentes de tratamientos dentales previos (limpiezas profesionales, cirugías periodontales, extracciones, sellado de fisuras). • Uso de prótesis dentales o implantes. • Hábitos parafuncionales (bruxismo, succión del pulgar, deglución atípica o inmadura y otros hábitos). • Hábitos de higiene oral (frecuencia de cepillado, uso de hilo dental, enjuagues bucales). <p>2.1.2. Considerar los siguientes factores de riesgo de la enfermedad periodontal o caries:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mala higiene bucal. • Tabaquismo. • Consumo de alcohol y drogas. • Consumo de bebidas azucaradas y alimentos que contengan carbohidratos fermentables como sacarosa, glucosa, fructosa, maltosa y lactosa. • Estrés • Cambios hormonales (embarazo, menopausia). • Enfermedades sistémicas que afectan el sistema inmunológico y enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, etc.).



Actividades	Características de calidad
<p>2º VALORACIÓN INICIAL EN AP</p>	<ul style="list-style-type: none"> •  Medicamentos actuales (especialmente aquellos que afectan la salud bucal, como antihipertensivos, antiepilépticos o inmunosupresores; o que pueden causar xerostomía, como antihistamínicos, antidepresivos o diuréticos). •  Alergias o reacciones adversas a medicamentos. • Antecedentes familiares de enfermedad periodontal o caries. <p>2.1.3 En caso de traumatismo dental, se preguntará sobre la etiología del trauma: cómo, cuándo y dónde ocurrió.</p> <p>2.1.3.1 Se valorarán aspectos sobre violencia género/doméstica siguiendo el protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género⁴.</p> <p>2.1.4 En caso de lesiones de la mucosa oral, se preguntará además sobre (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolución de la lesión (aspecto y cambios). • Síntomas asociados: dolor, ardor, sangrado, otras molestias. • Antecedentes de traumatismos, uso de prótesis dentales, uso de agentes irritantes. <p>2.2  Se aplicarán medidas básicas de higiene de manos y uso correcto de guantes.</p> <p>2.3 Se realizará exploración clínica valorando la presencia de los siguientes síntomas/signos y se dejará constancia en la historia (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de las encías (rojas, inflamadas o sensibles). • Mal aliento persistente (halitosis). • Sangrado al cepillarse o usar hilo dental. • Inspección de toda la mucosa oral. • Se considerarán las siguientes lesiones que se podrían valorar en atención primaria (Anexo 1): lesiones por pérdida de continuidad, infecciosas, enfermedades de tejidos blandos, lesiones traumáticas de mucosa oral, lesiones ampollasas. • En caso de dolor mandibular, se explorarán signos externos de inflamación, nivel de apertura, chasquidos. <p>2.4 Desde la consulta de Pediatría o Medicina de Familia se considerará siempre como primera elección la derivación al servicio de Odontología de atención primaria ante duda en el diagnóstico de lesiones de la mucosa oral (AG) (Anexo 1).</p>

Actividades	Características de calidad
<p>2º VALORACIÓN INICIAL EN AP</p>	<p>2.4.1 Ante un cambio mucoso poco claro que dure más de tres semanas, se considerará derivación a odontología de AP en menos de dos semanas (<i>Recomendación NICE</i>)⁷.</p> <p>2.5 En caso de traumatismo dental, se realizará exploración clínica para valorar (AG)⁶:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estado general • afectación dentición temporal o permanente • signos de trauma facial: hematomas, heridas, deformidades, asimetrías • dificultad para morder o masticar • limitación apertura o desviación mandibular (maloclusión) • movilidad dental: luxación, avulsión • fractura ósea asociada: crepitación o movilidad en huesos faciales • fractura (coronarias, radiculares o ambas), desplazamiento-luxación • cambio de coloración (oscurecimiento puede indicar necrosis pulpar) • lesiones de tejidos blandos (labios, encías, mucosa oral y lengua): laceraciones, hematomas o cuerpos extraños • lesiones por contragolpe • sensibilidad: valorar vitalidad pulpar (frío/calor, percusión). <p>2.6 Valorar el dolor según escala visual analógica (EVA).</p> <p>2.6.1 Se indicarán medidas analgésicas según escala analgésica del dolor de la Organización Mundial de la Salud (OMS).</p> <p>2.7 Se dejará constancia en la historia de salud digital (HSD) de los hallazgos en la anamnesis y exploración.</p> <p>2.8 Una vez identificado el problema bucodental se seguirán las recomendaciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caries. • Inclusiones dentarias. • Traumatismo dental. • Lesiones de la mucosa oral. • Enfermedad periodontal. • Trastorno de la articulación témporo-mandibular. <p>2.9 Se gestionará una cita con odontología de AP y (i) se informará a la persona o familiar/tutor legal sobre la fecha, hora y lugar al que debe acudir.</p>

PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AP Y TÉCNICOS/ASEN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad												
<p>3º CARIES</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p>3.1  Se aplicarán medidas básicas de higiene de manos y uso correcto de guantes.</p> <p>3.2 Se completará la anamnesis por parte del profesional de odontología con el motivo de consulta y exploración clínica valorando la presencia de los siguientes síntomas/signos y se dejará constancia en la historia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad dental • Cambios de coloración del diente • Hábitos de higiene oral y dieta • Tratamientos odontológicos previos y consulta a odontología previa. <p>3.3 Se valorará el riesgo de caries para población entre 0-15 años exclusivamente⁵, según el Test de CARIES (AG)¹. Este test permite evaluar el riesgo de caries en niños mediante la identificación de factores biológicos, factores protectores e indicadores de enfermedad, teniendo en cuenta además el entorno social (ver Tabla 4 y 5). Según los factores de riesgo, factores protectores e indicadores de enfermedad identificados en el test de CARIES se obtendrá una puntuación que identificará el nivel de riesgo y recomendaciones asociadas. El test de caries se encuentra disponible en la aplicación SIPAD.</p> <p>Tabla 4. Factores de riesgo, indicadores de enfermedad y factores protectores analizados en el Test de Caries por edades.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="384 1032 459 1113">Edad</th> <th data-bbox="459 1032 938 1113">Factores de riesgo ambientales y biológicos</th> <th data-bbox="938 1032 1121 1113">Indicadores de enfermedad</th> <th data-bbox="1121 1032 1375 1113">Factores protectores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="384 1113 459 1477">De 0 a 5 años</td> <td data-bbox="459 1113 938 1477"> <ul style="list-style-type: none"> • Picoteo frecuente (más de 3 veces al día). • Uso de botellas/biberón con líquido diferente al agua. • Madre/padre, cuidador/a, hermanos con historia reciente de caries (en los últimos 12 meses). • Familia con bajo nivel socioeconómico o pocos conocimientos de hábitos de salud oral saludables. • Factores reductores de saliva: medicación, factores médicos o genéticos. • Presencia de placa bacteriana en los dientes. </td> <td data-bbox="938 1113 1121 1477"> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de caries dental. • Lesiones blancas en superficies lisas. • Presencia de restauraciones. </td> <td data-bbox="1121 1113 1375 1477"> <ul style="list-style-type: none"> • Vivir en zona de agua fluorada de consumo. • Beber agua fluorada. • Uso regular de pasta dental fluorada de 1000 ppm de Flúor como mínimo, al menos dos veces al día. • Aplicación profesional de barniz de flúor. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1477 459 1876">De 6 a 15 años</td> <td data-bbox="459 1477 938 1876"> <ul style="list-style-type: none"> • Picoteo frecuente (más de 3 veces al día). • Uso de bebidas o líquidos diferente al agua. • Familia con bajo nivel socioeconómico o pocos conocimientos de hábitos de salud oral saludables. • Factores reductores de saliva: medicación, factores médicos o genéticos. • Presencia de placa bacteriana. • Raíces expuestas. • Fosas y fisuras oclusales profundas. • Tratamiento de ortodoncia. </td> <td data-bbox="938 1477 1121 1876"> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de lesiones de caries (visuales o radiográficas). • Presencia de lesiones blancas en superficies lisas. • Presencia de obturaciones. </td> <td data-bbox="1121 1477 1375 1876"> <ul style="list-style-type: none"> • Vivir en zona de agua fluorada de consumo. • Beber agua fluorada. • Cepillado con pasta dental fluorada de 1000-1450 ppm de Flúor al menos dos veces al día. • Uso de enjuague fluorado a diario. • Aplicación profesional de gel o barniz de flúor. </td> </tr> </tbody> </table>	Edad	Factores de riesgo ambientales y biológicos	Indicadores de enfermedad	Factores protectores	De 0 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Picoteo frecuente (más de 3 veces al día). • Uso de botellas/biberón con líquido diferente al agua. • Madre/padre, cuidador/a, hermanos con historia reciente de caries (en los últimos 12 meses). • Familia con bajo nivel socioeconómico o pocos conocimientos de hábitos de salud oral saludables. • Factores reductores de saliva: medicación, factores médicos o genéticos. • Presencia de placa bacteriana en los dientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de caries dental. • Lesiones blancas en superficies lisas. • Presencia de restauraciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivir en zona de agua fluorada de consumo. • Beber agua fluorada. • Uso regular de pasta dental fluorada de 1000 ppm de Flúor como mínimo, al menos dos veces al día. • Aplicación profesional de barniz de flúor. 	De 6 a 15 años	<ul style="list-style-type: none"> • Picoteo frecuente (más de 3 veces al día). • Uso de bebidas o líquidos diferente al agua. • Familia con bajo nivel socioeconómico o pocos conocimientos de hábitos de salud oral saludables. • Factores reductores de saliva: medicación, factores médicos o genéticos. • Presencia de placa bacteriana. • Raíces expuestas. • Fosas y fisuras oclusales profundas. • Tratamiento de ortodoncia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de lesiones de caries (visuales o radiográficas). • Presencia de lesiones blancas en superficies lisas. • Presencia de obturaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivir en zona de agua fluorada de consumo. • Beber agua fluorada. • Cepillado con pasta dental fluorada de 1000-1450 ppm de Flúor al menos dos veces al día. • Uso de enjuague fluorado a diario. • Aplicación profesional de gel o barniz de flúor.
Edad	Factores de riesgo ambientales y biológicos	Indicadores de enfermedad	Factores protectores										
De 0 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Picoteo frecuente (más de 3 veces al día). • Uso de botellas/biberón con líquido diferente al agua. • Madre/padre, cuidador/a, hermanos con historia reciente de caries (en los últimos 12 meses). • Familia con bajo nivel socioeconómico o pocos conocimientos de hábitos de salud oral saludables. • Factores reductores de saliva: medicación, factores médicos o genéticos. • Presencia de placa bacteriana en los dientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de caries dental. • Lesiones blancas en superficies lisas. • Presencia de restauraciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivir en zona de agua fluorada de consumo. • Beber agua fluorada. • Uso regular de pasta dental fluorada de 1000 ppm de Flúor como mínimo, al menos dos veces al día. • Aplicación profesional de barniz de flúor. 										
De 6 a 15 años	<ul style="list-style-type: none"> • Picoteo frecuente (más de 3 veces al día). • Uso de bebidas o líquidos diferente al agua. • Familia con bajo nivel socioeconómico o pocos conocimientos de hábitos de salud oral saludables. • Factores reductores de saliva: medicación, factores médicos o genéticos. • Presencia de placa bacteriana. • Raíces expuestas. • Fosas y fisuras oclusales profundas. • Tratamiento de ortodoncia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de lesiones de caries (visuales o radiográficas). • Presencia de lesiones blancas en superficies lisas. • Presencia de obturaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivir en zona de agua fluorada de consumo. • Beber agua fluorada. • Cepillado con pasta dental fluorada de 1000-1450 ppm de Flúor al menos dos veces al día. • Uso de enjuague fluorado a diario. • Aplicación profesional de gel o barniz de flúor. 										








Actividades

Características de calidad

3º
CARIES
VALORACIÓN
POR
ODONTOLOGÍA
DE AP

Tabla 5. Niveles de riesgo identificables y recomendaciones.






Nivel de riesgo	Definición	Recomendaciones
Bajo	Sin caries activas, adecuada higiene oral y factores protectores suficientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de hábitos saludables en la dieta. • Uso de pasta dentífrica de 1000 ppm de Flúor como mínimo, dos veces al día en población 0-5 años. • Uso de pasta dentífrica con 1000-1450 ppm de Flúor dos veces al día en población 6-15 años. • Visita de control cada 6-12 meses.
Moderado	Presencia de uno o más factores de riesgo sin caries activas o historial de caries.	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de hábitos saludables en la dieta. • Dieta balanceada baja en azúcares. • Uso de pasta dentífrica con 1000ppm de Flúor como mínimo, dos veces al día en población 0-5 años. • Uso de pasta dentífrica con 1450 ppm de Flúor como mínimo, dos veces al día en población 6-15 años. • Aplicación profesional de barniz de flúor cada 6 meses. • Selladores en defectos de esmalte y en fosas y fisuras de molares en riesgo en población de 0-5 años. • Selladores de fosas y fisuras de molares permanentes erupcionados. • Visita de control cada 6 meses.
Alto	Caries activas presentes o múltiples factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de hábitos saludables en la dieta. • Dieta balanceada baja en azúcares. • Uso de pasta dentífrica con 1000ppm de Flúor como mínimo, dos veces al día en población 0-5 años. • Uso de pasta dentífrica con 1450 ppm de Flúor como mínimo dos veces al día en población 6-15 años. • Aplicación profesional de barniz de flúor cada 3 meses. • Enjuagues bucales diarios con flúor en población de 6-15 años. • Control radiográfico para identificar caries interproximales. • Selladores en defectos de esmalte y en fosas y fisuras de molares en riesgo en población de 0-5 años. • Selladores de fosas y fisuras de molares permanentes erupcionados. • Abordaje de las lesiones activas. • Visita de control cada 3 meses.
Muy alto	Caries extensas, dolor o abscesos frecuentes, factores de riesgo extremo (higiene muy deficiente, dieta azucarada habitual).	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de hábitos saludables en la dieta. Educación intensiva a padres y cuidadores. • Dieta balanceada baja en azúcares. • Uso de pasta dentífrica con 1000-1450 ppm de Flúor como mínimo, dos veces al día en población 0-5 años. • Uso de pasta dentífrica con 1450 ppm de Flúor como mínimo, dos veces al día en población 6-15 años. • Enjuagues bucales diarios con flúor en población de 6-15 años. • Aplicación profesional de flúor cada 1-3 meses. • Selladores de fosas y fisuras de esmalte en molares temporales, en población 0-5 años. • Selladores de fosas y fisuras de molares permanentes erupcionados. • Abordaje de lesiones activas. • Visita de control cada 1-3 meses.

Actividades	Características de calidad
<p>3º</p> <p>CARIES</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLÓGIA DE AP/ PLAN DE TRATAMIENTO EN AP</p>	<p>3.4 Se dejará constancia en la Historia de Salud (HS) y/o Sistema de Información para la Prestación Asistencial Dental (SIPAD), según el marco del Programa de Asistencia Dental Infantil de Andalucía (PADI), del test de CARIES y del nivel de riesgo identificado (bajo, moderado, alto o muy alto) para facilitar la  transferencia de información y seguimiento.</p> <p>3.5  Se informará del riesgo de caries identificado al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad. La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p> <p>3.6  Se informará de los factores que influyen en el incremento del riesgo de caries así como los factores protectores al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad, dejando constancia en la HS y en SIPAD.</p> <p>3.7 Para la población entre 0-15 años se seguirán las recomendaciones odontológicas según nivel de riesgo identificado con el test de CARIES y nivel de riesgo de caries (AG)¹.</p> <p>3.7.1 El abordaje de los pacientes con caries es un abordaje mecánico por el dentista para eliminación de la caries a <16 años⁵ mediante odontología conservadora: obturación (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.7.2 Los procedimientos odontológicos de obturaciones y/o endodoncias que se realicen a la población <16 años se aconseja que sean realizados a 4 manos (AG).</p> <p>3.8 No está indicado el tratamiento antibiótico de la caries dental (<i>Grado A, Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.9 Se considerará la realización de pruebas de imagen a criterio del profesional de odontología (AG) y teniendo en cuenta las siguientes premisas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante la sospecha de caries interproximales, se indicará la realización de radiografía de aleta de mordida²¹. •  Se utilizarán técnicas que reduzcan las dosis de radiación como delantales plomados y collares tiroideos, especialmente en niños. •  Se dejará constancia en la HS de las pruebas realizadas y la fecha de realización. •  El profesional de odontología informará sobre la prueba radiológica a realizar al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad, dejando constancia en la HS y en SIPAD y  entregará el consentimiento informado (CI) en caso de embarazo. <p>3.10 Se identificarán otras complicaciones de la caries según criterios clínicos como: pulpitis, periodontitis apical aguda, absceso periapical agudo, absceso apical agudo localizado o con signos de afectación sistémica y necrosis pulpar.</p>






Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">3º</p> <p style="text-align: center;">CARIES</p> <p style="text-align: center;">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP / PLAN DE TRATAMIENTO EN AP</p>	<p>3.10.1 (i) El profesional de odontología informará de las complicaciones identificadas y recomendaciones de tratamiento correspondiente al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad, dejando constancia en la HS y en SIPAD.</p> <p>3.10.2 (i) El profesional de odontología informará sobre el procedimiento dental a realizar al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad, (b) entregará el CI correspondiente y dejará constancia en la HS y en SIPAD. (b) La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p> <p>3.11 En el caso de presentar pulpitis se seguirán las siguientes recomendaciones:</p> <p>3.11.1 No está indicado el tratamiento con antibióticos (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.11.2 Se recomienda tratamiento analgésico con paracetamol o antiinflamatorios como ibuprofeno 400 mg/8 horas (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.11.2.1 En caso de <12 años y/o <40 Kg la dosis se ajustará por peso según lo siguiente²²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paracetamol 10-15 mg/Kg/dosis cada 6-8 h • ibuprofeno 10 mg/Kg/dosis cada 6-8 h. <p>3.11.3 Se realizará tratamiento dental conservador, mediante tratamiento pulpar a <16 años⁵.</p> <p>3.12 En el caso de presentar periodontitis apical aguda se seguirán las siguientes recomendaciones:</p> <p>3.12.1 No se recomienda el uso de antibióticos en combinación con el tratamiento dental (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.12.2 Para aliviar el dolor se recomienda ibuprofeno 400-600 mg cada 8 horas (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.12.2.1 En caso de <12 años y/o <40 Kg la dosis se ajustará por peso según lo siguiente²²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paracetamol 10-15 mg/Kg/dosis cada 6-8 h • ibuprofeno 10 mg/Kg/dosis cada 6-8 h. <p>3.12.3 Se derivará al profesional de odontología referente de AH para tratamiento en los casos que no se puedan abordar en AP.</p> <p>3.12.4 Se recomienda tratamiento dental en función del pronóstico de la restauración del diente: tratamiento dental conservador, endodoncia en <16 años⁵ o exodoncia (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.12.5 Se recomienda tratamiento dental sin demora (apertura cameral) para eliminación de la fuente de la inflamación o infección y eliminar la sintomatología (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.12.5.1 Se podrá ofrecer el tratamiento pulpar a la población <16 años⁵.</p>

Actividades	Características de calidad
<p>3º</p> <p>CARIES</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP / PLAN DE TRATAMIENTO EN AP</p>	<p>3.13 En caso de absceso periapical agudo se seguirán las siguientes recomendaciones:</p> <p>3.13.1 Se actuará sin demora para realizar tratamiento dental: eliminación de la fuente de la inflamación o infección mediante extirpación de la pulpa en combinación con la incisión y el drenaje quirúrgico en < 16 años⁵ o extracción del diente (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.13.2 En pacientes con absceso apical agudo localizado no se recomienda el uso de antibióticos en combinación con el tratamiento dental, estando indicado el tratamiento sintomático con analgésicos y antiinflamatorios (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.13.3 Si no fuera posible el tratamiento conservador o quirúrgico sin demora, se realizará el seguimiento de la evolución del paciente y se valorará el tratamiento antibiótico si aparecen signos de infección sistémica (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.13.4 En pacientes con absceso apical agudo con signos de propagación (afectación sistémica), inflamación difusa, síntomas sistémicos, está indicada la antibioterapia, según recomendaciones guía de antibioterapia nacional y sus actualizaciones (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>3.13.5 Se considerará la administración de antibióticos según recomendaciones de la guía de antibioterapia nacional y sus actualizaciones (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸, para absceso apical agudo cuando se presenten las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacientes inmunodeprimidos (neutrófilos < 500/mL). • proceso inflamatorio que se expande y progresa hacia regiones vecinas (región periorbitaria). <p>3.14 Se considerarán los siguientes criterios de derivación hospitalaria⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persona con problema de discapacidad o <16 años que no ofrezca colaboración⁵ para poder realizarle el tratamiento. • Pacientes con situación clínica que aconseje tratamiento en medio hospitalario (inmunodeprimidos, trastornos de coagulación). Se valorará individualmente por parte del profesional médico que lo esté valorando (<i>AG</i>). • Celulitis odontógena que suponga riesgo de vida para el paciente. • Infecciones graves sin respuesta al tratamiento (infecciones de espacios parafaríngeos: sublingual, submandibular, submaxilar, laterofaríngeo, retrofaríngeo, pretraqueal). • Fiebre superior a 39°C, celulitis odontógenas (osteítis, osteomielitis, etc.) con tumefacción extraoral, extensión a espacios faciales profundos, trismo intenso, dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria, fiebre alta y malestar, respuesta inadecuada al tratamiento previo o pacientes inmunodeprimidos. • Paciente no colaborador o incapaz de seguir por sí mismo el tratamiento ambulatorio prescrito (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸. <p>3.15 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería para este problema bucodental según Anexo 2.</p>

PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AH, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, ENFERMERÍA Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>CARIES</p> <p>VALORACIÓN HOSPITALARIA</p>	<p>4.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>4.2  Se aplicarán medidas básicas de higiene de manos y uso correcto de guantes.</p> <p>4.3 Se realizará exploración de la persona y se completará la anamnesis en caso necesario.</p> <p>4.4 En caso necesario, se gestionará cita con el servicio de preanestesia (AG) saliendo del proceso asistencial.</p> <p>4.5  El profesional de odontología de AH o maxilofacial informará sobre el procedimiento dental a realizar al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la tutela en caso de incapacidad,  entregará el CI correspondiente y dejará constancia en la HS y en SIPAD.  La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p>
<p>PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p>4.6 No está indicado el tratamiento antibiótico para la caries dental (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>4.7 Se seguirán las recomendaciones odontológicas según el nivel de riesgo identificado con el test de CARIES (AG)¹ (Ver <i>Tabla 5</i>).</p> <p>4.8 Se seguirán las recomendaciones 3.7.1, 3.7.2, 3.11, 3.12 y 3.13.</p> <p>4.9 En caso de necrosis pulpar se seguirán las siguientes recomendaciones⁵.</p> <p>4.9.1 En dientes temporales con necrosis pulpar y riesgo de afectar al germen del diente permanente subyacente, se sugiere valorar la exodoncia para prevenir complicaciones futuras (AG)²³.</p> <p>4.9.2 En caso de dientes permanentes inmaduros se considerará realizar procedimientos a la población <16 años⁵ como la apexificación o la revascularización pulpar para promover el desarrollo radicular y mantener la funcionalidad del diente (AG)²³.</p> <p>4.9.3 En dientes permanentes con ápices maduros, se podrá realizar una terapia endodóntica estándar en <16 años⁵ para eliminar el tejido necrótico y sellar el sistema de conductos radiculares (AG)²³.</p> <p>4.9.4 En casos de necrosis pulpar en dientes permanentes, la exodoncia se sugiere bajo las siguientes circunstancias (AG)²³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destrucción estructural severa: Cuando el diente presenta una pérdida significativa de estructura dental que impide su restauración funcional y estética adecuada.

PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AP Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>5º</p> <p>INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO EN AP</p>	<p>5.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>5.2  Se aplicarán medidas básicas de higiene de manos y uso correcto de guantes.</p> <p>5.3 Se realizará exploración clínica para valorar (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor según escala EVA, localización y duración. • Inflamación, infección recurrente o presencia de caries en el segundo molar adyacente. • Posición del tercer molar (erupcionado, semierupcionado, impactado). • Relación del molar con estructuras adyacentes (nervio dentario inferior, seno maxilar) • Signos de patología asociada (quistes, tumores). <p>5.3.1 Se indicarán medidas analgésicas según escala analésica del dolor.</p> <p>Pruebas complementarias</p> <p>5.4 En el momento del examen inicial se realizará una entrevista, examen clínico y una  evaluación radiológica mediante ortopantomografía (OPG) que serán suficientes en la mayoría de los casos (<i>Grado AE</i>)³.</p> <p>5.4.1 Debido a que existe evidencia sobre la relación de determinados factores radiológicos en la estimación del grado de dificultad quirúrgica, es necesario realizar a todos los pacientes una ortopantomografía para poder evaluar con detenimiento la morfología del tercer molar y su posición respecto a las estructuras vecinas. Las principales variables radiológicas más relacionadas con la dificultad quirúrgica han sido la posición del tercer molar, la profundidad de la inclusión, la relación con el segundo molar y el número, morfología y curvatura de las raíces (<i>Grado A</i>)².</p> <p>5.5 No está indicado realizar TAC de forma rutinaria en los casos de extracción de los terceros molares incluidos (<i>Grado A</i>)².</p> <p>5.6 No está indicado realizar TAC de forma rutinaria en los casos de coronectomía de los terceros molares incluidos (<i>Grado C</i>)².</p> <p>5.7  Se informará de las pruebas de imagen necesarias para su diagnóstico y  se entregará el CI sobre la prueba radiológica a realizar al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad, dejando constancia en la HS y en SIPAD.</p>





Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="252 190 284 220">5º</p> <p data-bbox="188 241 354 312">INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p data-bbox="180 333 362 486">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p> <p data-bbox="180 558 362 670">PLAN DE TRATAMIENTO EN AP</p>	<p data-bbox="384 190 1362 261">5.8 Los criterios radiológicos en OPG que son indicativos de mayor riesgo de lesión del nervio dental inferior (NDI) son (AG):</p> <ul data-bbox="448 292 1362 1263" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="448 292 1362 404">• Cuando el nervio alveolar discorra a través de raíces dentales fusionadas del tercer molar (objetivado mediante prueba de imagen tridimensional (Grado AE)³). <li data-bbox="448 435 1362 506">• Oscurecimiento de la raíz: banda más oscura (radio-lúcida) de la raíz por donde es atravesada por el NDI (AG)². <li data-bbox="448 537 1362 649">• Pérdida de las corticales del conducto dentario inferior (CDI): las líneas radioopacas que representan las corticales del conducto se interrumpen al ser atravesadas por la raíz (AG)². <li data-bbox="448 680 1362 752">• Cambio en la dirección del CDI: el trayecto de la silueta del nervio cambia bruscamente de dirección al aproximarse a la raíz (AG)². <li data-bbox="448 782 1362 854">• Estrechamiento del CDI: se estrecha al superponerse o al entrar en contacto con la raíz (AG)². <li data-bbox="448 885 1362 956">• Estrechamiento de la raíz: esta se estrecha en los puntos donde es atravesada por el CDI (AG)². <li data-bbox="448 987 1362 1058">• Desviación de la raíz: dislaceración o cambio brusco de la forma de la raíz donde el CDI se superpone o contacta con ella (AG)². <li data-bbox="448 1089 1362 1160">• Ápice bífido: oscurecimiento y forma bífida del ápice radicular donde el NDI lo cruza (AG)². <li data-bbox="448 1191 1362 1263">• Sobreposición: la raíz se superpone con el CDI (AG)². <li data-bbox="448 1293 1362 1365">• Contacto con el CDI: la raíz está en contacto con el CDI (AG)². <p data-bbox="384 1304 767 1334">NO INDICACIÓN DE EXODONCIA</p> <p data-bbox="384 1365 1362 1477">5.9 La inclusión y/o la malposición no son criterios terapéuticos suficientes para una exodoncia. La toma de decisiones debe basarse en características sintomáticas o patológicas (Grado AE)³.</p> <p data-bbox="384 1508 1362 1580">5.10 No se realizará exodoncia de los terceros molares para evitar, limitar o prevenir apiñamiento dental anteroinferior (Grado C)², (Grado C)³.</p> <p data-bbox="384 1610 1362 1723">5.11 No está justificada la extracción de los terceros molares como prevención de la recidiva de la maloclusión en el sector anteroinferior tras finalizar el tratamiento ortodóncico (Grado B)².</p> <p data-bbox="384 1753 1362 1825">5.12 En los casos en los que no exista infección u otra patología asociada, no está indicada su extracción (Grado A)².</p>


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="316 190 341 216">5º</p> <p data-bbox="248 241 408 308">INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p data-bbox="240 333 416 478">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p> <p data-bbox="244 558 413 662">PLAN DE TRATAMIENTO EN AP</p>	<p data-bbox="448 190 1426 257">5.13 No se considerará la extracción de terceros molares erupcionados pues pueden utilizarse como pilares de prótesis fijas o removibles (AG)².</p> <p data-bbox="448 288 1426 472">5.14 No está indicada la extracción profiláctica de los terceros molares impactados en pacientes con alto riesgo de fractura mandibular (deportes de contacto, por ejemplo), a pesar de que la presencia de los cordales aumente el riesgo de fracturas del ángulo mandibular, dado que su ausencia aumenta el riesgo de fracturas del cóndilo mandibular (Grado C)².</p> <p data-bbox="448 502 1426 607">5.15 Existe suficiente evidencia clínica a favor de la abstención terapéutica en el caso de terceros molares total o parcialmente incluidos o impactados, asintomáticos y libres de patología (Grado B)².</p> <p data-bbox="509 637 1426 821">5.15.1 Es preferible la abstención terapéutica de la exodoncia del tercer molar, aunque debemos mantener controles clínicos y radiográficos periódicos, frente a la extracción profiláctica, ya que evita una intervención innecesaria y no justificada que puede ocasionar molestias y complicaciones intra o postoperatorias (Grado B)².</p> <p data-bbox="509 852 1426 1036">5.15.2 Los terceros molares asintomáticos y libres de patología totalmente intraóseos en los que se decida la abstención terapéutica deberán ser sometidos a un proceso de vigilancia activa o monitorización a lo largo de toda la vida del paciente (control clínico y radiográfico), para detectar la posible aparición de patologías (Grado A)², (Grado C)³.</p> <p data-bbox="608 1066 1310 1134">5.15.2.1 En el control radiográfico se considerará la radiografía panorámica (Grado C)³.</p> <p data-bbox="608 1165 1347 1232">5.15.2.2 La monitorización de los terceros molares no extraídos se realizará al menos cada dos años (AG)³.</p> <p data-bbox="448 1263 1426 1375">5.16 La decisión de extraer un tercer molar asintomático y sin patología totalmente intraóseo deberá evaluarse en cada caso, valorando riesgos y beneficios, así como la opinión del propio paciente (Grado B)².</p> <p data-bbox="448 1422 778 1453">INDICACIÓN DE EXODONCIA</p> <p data-bbox="448 1483 1426 1551">5.17 La extracción del tercer molar es apropiada cuando hay evidencia de un síntoma y/o patología relacionada con el diente (Grado C)³.</p> <p data-bbox="448 1582 1426 1727">5.18 Debido a que existe un aumento de morbilidad bien documentada asociada a los terceros molares incluidos/impactados (caries no restaurable, fractura, infección, patología periodontal, pericoronaritis de repetición, quistes y tumores), si aparece patología, está indicada su extracción (Grado D)².</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="252 190 284 220">5º</p> <p data-bbox="188 241 355 312">INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p data-bbox="180 333 363 486">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p> <p data-bbox="180 558 363 670">PLAN DE TRATAMIENTO EN AP</p>	<p data-bbox="387 190 1257 220">5.19 Está indicada la exodoncia profiláctica de los terceros molares cuando:</p> <ul data-bbox="451 251 1361 680" style="list-style-type: none"> • Se encuentran en posición vertical o distoangular, parcialmente cubiertos de tejidos blandos y próximos al plano oclusal al tener mayor riesgo de desarrollar pericoronaritis (<i>Grado C</i>)². • Se encuentran en posición horizontal o mesioangular severa en pacientes entre 25-30 años de edad, para evitar el daño periodontal en la cara distal del segundo molar y las secuelas posquirúrgicas que ocurren si se extrae después de esta edad (<i>Grado B</i>)². • Se encuentran parcial o totalmente erupcionados, en posición mesioangular u horizontal, dada la mayor frecuencia de caries distal del segundo molar (<i>Grado C</i>)². <p data-bbox="387 701 1361 772">5.20 Debería considerarse la exodoncia profiláctica del tercer molar asintomático y sin patología totalmente intraóseo, según:</p> <ul data-bbox="451 803 1361 1038" style="list-style-type: none"> • el riesgo individual de patología y/o sintomatología durante el periodo de seguimiento, o • la necesidad de un tratamiento médico que posteriormente contraindique el procedimiento, o • bien aumente el riesgo de complicaciones. <p data-bbox="387 1069 1361 1140">Esta toma de decisiones debería valorarse en cada visita durante el seguimiento clínico y radiológico (<i>Grado A</i>)².</p> <p data-bbox="451 1160 1361 1355">5.20.1 Es importante valorar individualmente el riesgo de aparición de patología. Los pacientes con más probabilidad de desarrollar pericoronaritis, enfermedad periodontal y caries deben someterse a la exodoncia profiláctica, ya que es la opción más costo-efectiva en estos casos (<i>Grado B</i>)².</p> <p data-bbox="451 1375 1361 1447">5.20.2 La extracción de un tercer molar asintomático debe considerarse en caso de un riesgo periodontal local en segundo molar (<i>Grado C</i>)³.</p> <p data-bbox="451 1477 1361 1549">5.20.3 También podrá considerarse la extracción en caso de que el tercer molar sea la causa o favorezca el desarrollo de caries en segundo molar (<i>AG</i>).</p> <p data-bbox="451 1580 1361 1692">5.20.4 La exodoncia de un diente en desarrollo asintomático y libre de patología debe ser considerada sólo en caso de pronóstico desfavorable (<i>Grado AE</i>)³.</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="316 190 344 220">5º</p> <p data-bbox="248 241 411 312">INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p data-bbox="240 333 419 482">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p> <p data-bbox="244 558 416 666">PLAN DE TRATAMIENTO EN AP</p>	<p data-bbox="448 190 1426 261">5.21 Se considerará la derivación a atención hospitalaria de las exodoncias de terceros molares en las siguientes situaciones (AG):</p> <ul data-bbox="507 288 1426 1109" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="507 288 1426 400">• Necesidad de anestesia general por dificultad para colaborar en el procedimiento (ej. algunos trastornos del neurodesarrollo, limitación de apertura bucal, entre otros). <li data-bbox="507 427 1214 457">• Persona que presenta alergia a todos los anestésicos locales. <li data-bbox="507 484 1426 555">• Complicación sobrevenida durante la exodoncia que el profesional de odontología considere que no puede resolver en AP. <li data-bbox="507 582 1426 735">• Persona que presenta una patología concomitante como patología isquémica cardiaca reciente, anticoagulación mal controlada, necesidad de mantener un INR $\geq 3-3,5$ (ej. los portadores de prótesis valvulares mecánica) o riesgo de fractura mandibular. <li data-bbox="507 762 1426 833">• Los casos de lesión osteolítica u osteocondensante asociadas a terceros molares incluidos. <li data-bbox="507 860 1426 972">• Los casos en los que exista interacción directa entre las raíces del tercer molar y el NDI en la OPG, se derivarán a AH (AG)³ ya que se consideran de alto riesgo de lesión NDI en la cirugía. <li data-bbox="507 999 1426 1109">• Las personas con coagulopatía hereditaria habrán de valorarse de forma individualizada y en coordinación con la unidad de hematología para determinar la necesidad de manejo en AH (AG)². <p data-bbox="448 1136 1426 1208">5.22 Se podrá considerar el empleo de la telemedicina tanto para la consulta de dudas como para la derivación a AH (AG) según disponibilidad.</p> <p data-bbox="448 1234 1426 1346">5.23 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería para este problema bucodental (Anexo 2).</p> <p data-bbox="448 1373 1426 1602">5.24 (I) Se informará del problema bucodental de inclusión dentaria al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad, dejando constancia en la HS y en SIPAD. (C) La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p>

PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AH, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, ENFERMERÍA Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>6º</p> <p>INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AH</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p>6.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>6.2 Se completará la anamnesis y exploración realizada en AP.</p> <p>6.3 La realización de una tomografía axial computarizada (TAC), previa a la exodoncia del 3M, no parece reducir el riesgo de lesiones del NDI respecto a emplear tan solo una OPG para el diagnóstico (<i>Grado B</i>)².</p> <p>6.3.1 La realización de una TAC (o la tomografía computarizada de haz cónico (THTC) si está disponible) puede resultar útil para determinar las relaciones entre el tercer molar y el CDI y para la indicación y la planificación de la cirugía (<i>Grado B</i>)².</p> <p>6.3.2 En caso de lesión osteolítica u osteocondensante o en caso de interacción directa entre las raíces del tercer molar y el nervio dentario inferior, se recomienda una TAC para optimizar la extracción y su resultado (<i>Grado C</i>)³.</p> <p>6.3.3 La TCHC podría estar indicada en casos de diferente tipo de patología intraósea localizada en la región del tercer molar (tumores, quistes, osteonecrosis, etc.) (<i>BPC</i>)².</p> <p>6.4 El profesional debe comprobar los resultados de la prueba radiológica (<i>Grado AE</i>)³ previamente a la cirugía.</p> <p>6.5  Se ofrecerá información sobre el procedimiento de extracción de los terceros molares,  se entregará el CI sobre dicho procedimiento y una prescripción de medicamentos (<i>Grado AE</i>)³ al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad, dejando constancia en la HS y en SIPAD.  La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p>
	<p>CIRUGÍA DE CORDALES-EXODONCIA</p> <p>Riesgos y consideraciones previas a la extracción</p> <p>6.6 Para la reducción del riesgo de endocarditis infecciosa es importante una buena higiene oral (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>6.7 No está recomendada la profilaxis con antibióticos de forma sistemática previa a la extracción del tercer mola (<i>Grado B</i>)³, (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>6.7.1 No se justifica como prevención de casos de endocarditis infecciosa más que en un número reducido de casos y el riesgo de efectos secundarios de los antibióticos excede los beneficios (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p>



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="316 190 344 220">6º</p> <p data-bbox="248 241 411 312">INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p data-bbox="240 333 419 486">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AH</p> <p data-bbox="245 506 414 615">PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p data-bbox="448 190 1426 298">6.8 La profilaxis antibiótica antes de los procedimientos dentales sólo se realizará en pacientes con alto riesgo de presentar endocarditis bacteriana (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p data-bbox="515 318 1426 429">6.8.1 Se consideran situaciones de alto riesgo de sufrir endocarditis tras exodoncia o procedimientos dentarios invasivos (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸:</p> <ul data-bbox="608 449 1426 983" style="list-style-type: none"> • Pacientes con una válvula protésica o un material protésico utilizado para la reparación de válvulas cardíacas; • Pacientes con antecedentes de endocarditis infecciosa; • Pacientes con cardiopatías congénitas: <ul data-bbox="632 649 1426 983" style="list-style-type: none"> - Cardiopatías congénitas cianóticas, sin reparación quirúrgica o con defectos residuales, derivaciones paliativas o conductos; - Cardiopatía congénita con reparación completa con material protésico colocado por cirugía o por técnica percutánea, hasta 6 meses después del procedimiento; - Cuando persiste un defecto residual en el sitio de implantación de un material o dispositivo protésico mediante cirugía cardíaca o técnica percutánea. <p data-bbox="448 1013 1426 1085">6.9 Se establece la necesidad de una toma de decisiones compartida con el paciente debidamente informado de los beneficios y riesgos (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p data-bbox="448 1116 1426 1224">6.10 Ante alto riesgo de sufrir endocarditis bacteriana, se administrarán antibióticos una hora antes de la cirugía y hasta la cicatrización de la mucosa (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p data-bbox="448 1255 1426 1363">6.11 En caso de extracción del tercer molar en personas en tratamiento con antiagregantes plaquetarios (ácido acetilsalicílico, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor), el tratamiento no debe ser suspendido (<i>Grado B</i>)³.</p> <p data-bbox="515 1383 1426 1455">6.11.1 En caso de extracción del tercer molar en personas en tratamiento con antiagregantes plaquetarios, es aconsejable (<i>Grado AE</i>)³:</p> <ul data-bbox="608 1475 1426 1596" style="list-style-type: none"> • Implementar medidas hemostáticas locales. • Contactar de manera telefónica con la persona a las 24 y 48 horas postintervención. <p data-bbox="448 1627 1426 1698">6.12 La extracción dental en pacientes anticoagulados con dicumarínicos (antivitamina K como acenocumarol) parece predecible si (<i>Grado C</i>)¹⁹:</p> <ul data-bbox="531 1719 1426 1862" style="list-style-type: none"> • se controlan los rangos de INR, • se extrae un sólo diente • y se aplican medidas hemostáticas locales para controlar la hemorragia. 


Actividades	Características de calidad
<p>6º</p> <p>INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AH</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p>El riesgo de sangrado postoperatorio es similar la riesgo de individuos sanos cuando el valor de INR no supera el 2.2 (<i>Grado C</i>)¹⁹.</p> <p>6.13 En caso de extracción del tercer molar en personas en tratamiento con antivitamina K (AVK) se considerarán las siguientes precauciones (<i>Grado AE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar con el profesional que prescribe el anticoagulante. • Continuar con la prescripción y control del INR (International Normalized Ratio) el día previo a la cirugía³ dentro de las últimas 24h. • Manejo hemostático cuidadosamente planificado. • Chequeo telefónico entre las 24 y 48 horas tras extracción. <p>6.14 El rango de INR recomendado para pacientes que se van a someter a una exodoncia, ya sea simple o compleja, varía dependiendo de si el paciente tiene una prótesis valvular o no (<i>AG</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes sin prótesis valvulares: El rango seguro de INR para poder realizar procedimientos dentales, como exodoncias, se considerará entre 2.0 y 3.0, no siendo necesario la interrupción del tratamiento anticoagulante con AVK. • Pacientes con prótesis valvulares: Debido al mayor riesgo de trombosis, el rango de INR para poder realizar procedimientos invasivos dentales se considerará entre 2.5 y 3.5, dependiendo del tipo de prótesis y las recomendaciones del profesional que lo haya indicado y sin necesidad de interrumpir la anticoagulación con AVK. <p>6.15 Tanto en personas con prótesis valvulares como si no las presentan, si el INR excede los rangos recomendados se deben tomar medidas adicionales, como el uso de agentes hemostáticos locales y la coordinación con el profesional que lo ha indicado para ajustar el tratamiento con AVK (<i>AG</i>)²⁴.</p> <p>6.16 Si tenemos en cuenta otras condiciones como INR superiores a 3, someterse a varias extracciones o la realización de una cirugía oral compleja, se recomienda contactar con el profesional médico del paciente que indicó el tratamiento para decidir un plan de tratamiento (<i>Grado C</i>)¹⁹.</p> <p>6.17 En los casos que se encuentren en INR por debajo de los rangos recomendados se podrá realizar la exodoncia remitiendo a su profesional médico de referencia para el ajuste de tratamiento (<i>AG</i>).</p> <p>6.18 Se recomienda utilizar las medidas hemostáticas locales para pacientes anticoagulados con AVK y sometidos a exodoncias simples que cuentan con mayor evidencia, como (<i>Grado C</i>)¹⁹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • las suturas, • esponjas de colágeno o celulosa, • compresión con gasa impregnada en ácido tranexámico.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="316 190 344 220">6º</p> <p data-bbox="248 241 411 312">INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p data-bbox="240 333 419 482">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AH</p> <p data-bbox="245 502 414 611">PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p data-bbox="448 190 1422 298">6.19 Las hemorragias postoperatorias en pacientes anticoagulados con AVK y sometidos a exodoncias se asocian a la edad del paciente, recomendándose la utilización de medidas hemostáticas locales (<i>Grado C</i>)¹⁹.</p> <p data-bbox="448 322 1422 476">6.20 En pacientes tratados con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) el riesgo de sangrado ante una exodoncia aumenta respecto a pacientes en tratamiento con anticoagulantes, pero las medidas hemostáticas locales se consideran suficientes para conseguir contener la hemorragia postextracción (<i>AG</i>)¹⁹.</p> <p data-bbox="523 500 1422 727">6.20.1 En pacientes anticoagulados con HBPM y sometidos a exodoncias, se recomienda hacer una anamnesis exhaustiva del paciente para conocer el tiempo que lleva siendo tratado y tener un conocimiento exacto de la vida media de la heparina que se utiliza. El procedimiento quirúrgico debería realizarse en el momento de máximo decrecimiento de las concentraciones plasmáticas de la HBPM (<i>Anexo 3</i>).</p> <p data-bbox="523 752 1422 864">6.20.2 En pacientes anticoagulados con HBPM, tras la exodoncia se continuará con el tratamiento anticoagulante y se aplicarán simultáneamente medidas hemostáticas locales, como (<i>Grado D</i>)¹⁹:</p> <ul data-bbox="616 889 1422 1089" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="616 889 1422 966">• la compresión con gasa seca o, preferentemente, impregnada en ácido tranexámico, <li data-bbox="616 991 895 1022">• la sutura de la herida o <li data-bbox="616 1046 1406 1089">• la utilización de distintos tipos de esponjas o apósitos hemostáticos. <p data-bbox="448 1113 1422 1226">6.21 En caso de extracción del tercer molar en personas en tratamiento con anticoagulantes de acción directa (ACODs) anti-IIa o anti Xa se considerará (<i>Grado AE</i>)³:</p> <ul data-bbox="523 1250 1299 1410" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="523 1250 1299 1281">• Diálogo con el profesional médico que prescribe el anticoagulante. <li data-bbox="523 1312 1010 1342">• Hemostasia cuidadosamente planificada. <li data-bbox="523 1373 1177 1404">• Chequeo telefónico entre 24 y 48 horas post-extracción. <p data-bbox="531 1441 1422 1631">6.21.1 En pacientes en tratamiento con ACODs, que van a ser objeto de exodoncia convencional o compleja, se sugiere interrumpir el tratamiento siguiendo las recomendaciones de suspensión de tratamiento para procedimientos bucodentales relacionados con inclusiones dentarias, caries, enfermedad periodontal, trauma dental (<i>Anexo 4</i>).</p> <p data-bbox="531 1655 1422 1808">6.21.2 En cualquier caso, siempre que se decida suspender el tratamiento en personas en tratamiento con ACODs, se evaluará el aumento del riesgo de hemorragia de forma individualizada según escala HAS-BLED, sobre todo si existiera urgencia en la intervención.</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="252 190 284 220">6º</p> <p data-bbox="188 241 354 312">INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p data-bbox="178 333 363 486">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AH</p> <p data-bbox="181 506 360 619">PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p data-bbox="395 190 1359 261">6.22 En personas anticoaguladas con ACODs y sometidos a exodoncias se considerará el uso de medidas hemostáticas locales consistentes en (<i>Grado D</i>)¹⁹:</p> <ul data-bbox="464 292 1359 588" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="464 292 576 322">• suturas, <li data-bbox="464 353 1359 425">• compresión con gasa seca o preferentemente impregnada en ácido tranexámico, <li data-bbox="464 455 874 486">• esponjas o apósitos hemostáticos, <li data-bbox="464 517 1359 588">• sin necesidad de utilizar tratamiento farmacológico para disminuir el riesgo hemorrágico. <p data-bbox="384 619 1359 803">6.23 Previo a la intervención por exodoncia u otros procedimientos invasivos bucodentales se valorará el riesgo de osteonecrosis mandibular (<i>Medication Related Osteonecrosis of the Jaw</i>; MRONJ) del paciente teniendo en cuenta el tratamiento antirresortivo que pudiera estar tomando así como el riesgo relacionado con el acto quirúrgico (<i>Grado C</i>)³.</p> <p data-bbox="469 833 1359 905">6.23.1 Entre los fármacos que afectan a la estructura del hueso y mineralización se incluyen⁸:</p> <ul data-bbox="547 936 1359 1447" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="547 936 1359 1120">• bisfosfonatos (ácido alendrónico o alendronato, ácido clodrónico o clodronato, ácido etidrónico o etidronato, ácido ibandrónico o ibandronato, ácido pamidrónico o pamidronato, ácido risedrónico o risedronato, ácido tiludrónico o tulodronato y ácido zoledrónico o zoledronato), <li data-bbox="547 1150 703 1181">• ipriflavona, <li data-bbox="547 1212 847 1242">• clorhidrato de aluminio, <li data-bbox="547 1273 1359 1344">• anticuerpos monoclonales (como denosumab, burosumab, romosozumab) <li data-bbox="547 1375 1359 1447">• otros fármacos utilizados en la osteoporosis, como vosoritida, menatetrenone, ranelato de estroncio y colecalciferol. <p data-bbox="469 1477 1359 1549">6.23.2 Los bisfosfonatos y los anticuerpos monoclonales, como el denosumab son los que principalmente se asocian a la MRONJ⁸.</p>





Actividades	Características de calidad												
<p>6º</p> <p>INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AH</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p>Tabla 6. Esquema de evaluación del riesgo de MRONJ²⁵:</p> <table border="1" data-bbox="529 233 1275 486"> <thead> <tr> <th data-bbox="529 233 849 322">Tratamiento antirresortivo</th> <th data-bbox="849 233 1059 322">Procedimiento de bajo riesgo †</th> <th data-bbox="1059 233 1275 322">Procedimiento de alto riesgo ‡</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="529 322 849 376">Bifosfonatos orales</td> <td data-bbox="849 322 1059 376">Riesgo bajo*</td> <td data-bbox="1059 322 1275 376">Riesgo moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="529 376 849 429">Bifosfonatos intravenosos</td> <td data-bbox="849 376 1059 429">Riesgo moderado</td> <td data-bbox="1059 376 1275 429">Riesgo alto</td> </tr> <tr> <td data-bbox="529 429 849 486">Denosumab</td> <td data-bbox="849 429 1059 486">Riesgo moderado</td> <td data-bbox="1059 429 1275 486">Riesgo alto</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Se considera riesgo bajo si la duración del tratamiento con bifosfonatos orales es < 3 años.</p> <p>† Los procedimientos de bajo riesgo incluyen: tratamientos conservadores como limpiezas dentales y procedimientos restaurativos que no implican manipulación ósea.</p> <p>‡ Los procedimientos de alto riesgo incluyen las cirugías dentoalveolares como exodoncias y otras que afectan al hueso maxilar.</p> <p>6.24 En pacientes de moderado o alto riesgo de MRONJ se considerará demorar la extracción, si es posible, y valorar un cambio de tratamiento (cambiar de bifosfonatos y/o denosumab a otros grupos terapéuticos) (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸ informando al profesional que indicó dicho tratamiento (<i>AG</i>).</p> <p>6.24.1  No se recomienda la prescripción de antibióticos para reducir el riesgo de MRONJ asociada a medicamentos, tras la extracción u otros tratamientos que impacten el hueso (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>6.24.2  Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad que debe acudir a consulta si presenta dolor inesperado, hormigueo, alteración de sensibilidad, o inflamación en la zona de la extracción dental (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p>Extracción-consideraciones</p> <p>6.25 En caso de necesidad, no hay suficiente evidencia para recomendar emplear una técnica de colgajo mucoperióstico específica frente a otra (<i>Grado B</i>)³.</p> <p>6.26 No se puede recomendar ninguna técnica de sutura específica (<i>Grado B</i>)³.</p> <p>6.27 Las posibles complicaciones deben evaluarse antes de la cirugía para prevenir, anticiparse y gestionarlas de manera satisfactoria (<i>Grado C</i>)³.</p> <p>6.28 Las variables demográficas que se han relacionado con una mayor dificultad para la extracción de los terceros molares son (<i>Grado B</i>)²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la edad del paciente y • el índice de masa corporal elevado (sobrepeso IMC ≥ 25 Kg/m²). El sobrepeso puede afectar negativamente a la visibilidad del área de intervención, ya que se dificulta al presentar un grosor mayor de las mejillas. 	Tratamiento antirresortivo	Procedimiento de bajo riesgo †	Procedimiento de alto riesgo ‡	Bifosfonatos orales	Riesgo bajo*	Riesgo moderado	Bifosfonatos intravenosos	Riesgo moderado	Riesgo alto	Denosumab	Riesgo moderado	Riesgo alto
Tratamiento antirresortivo	Procedimiento de bajo riesgo †	Procedimiento de alto riesgo ‡											
Bifosfonatos orales	Riesgo bajo*	Riesgo moderado											
Bifosfonatos intravenosos	Riesgo moderado	Riesgo alto											
Denosumab	Riesgo moderado	Riesgo alto											


Actividades	Características de calidad
<p>6º</p> <p>INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AH</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p>6.28.1 Una abertura bucal máxima menor de 45 mm dificulta la cirugía de extracción del tercer molar (Grado B)².</p> <p>6.29  En el momento previo a la cirugía se cumplimentará de forma adecuada el listado de verificación de cirugía menor.</p> <p>6.30 En los casos de terceros molares mandibulares identificados preoperatoriamente como de alto riesgo de lesión del nervio dental inferior (NDI), se realizará una coronectomía (eliminar completamente la corona del 3M y dejar de forma intencionada la raíz del diente) (Grado B)³ pues reduce la incidencia de las referidas lesiones (Grado B)².</p> <p>6.30.1 Efectuar una coronectomía no aumenta significativamente el riesgo de presentar complicaciones postoperatorias como alveolitis seca, infecciones postoperatorias o dolor en comparación con la extracción completa de un 3M mandibular (Grado B)².</p> <p>6.31 Las contraindicaciones para la realización de la técnica de coronectomía incluyen la presencia de (AG)²⁶:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dientes con infección activa, especialmente si ésta afecta a las raíces (caries o enfermedad periodontal). 2. Dientes que se han movilizado durante las maniobras de extracción, ya que sus raíces podrían actuar como cuerpo extraño y favorecer la infección o migración de las mismas. 3. Dientes impactados horizontalmente a lo largo del canal dentario inferior (CDI) porque la sección de la corona podría dañarlo (se aconseja emplear la coronectomía en casos de cordales verticales, mesio o distoangulados donde la sección pueda realizarse sin complicar el resultado de la técnica). 4. Dientes asociados a grandes quistes o tumores. 5. Pacientes que en un futuro van a someterse a una osteotomía por cirugía ortognática. 6. Pacientes inmunodeprimidos (quimioterapia, VIH, radioterapia, fármacos inmunomoduladores), diabéticos mal controlados o aquellos que vayan a recibir radioterapia en la zona. <p>6.32 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería para este problema bucodental (Anexo 2).</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="316 190 344 220">6º</p> <p data-bbox="248 243 411 312">INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p data-bbox="248 335 411 482">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AH</p> <p data-bbox="248 504 411 613">PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p data-bbox="448 190 834 220">Complicaciones tras la exodoncia</p> <p data-bbox="448 267 1420 376">6.33 El curso postoperatorio es peor cuanto mayor es la dificultad quirúrgica. Asimismo, la tasa de complicaciones es mayor en los 3Ms de dificultad elevada y moderada (<i>Grado A</i>)².</p> <p data-bbox="448 404 1420 551">6.34 La frecuencia de complicaciones al extraer el tercer molar con los ápices cerrados es mayor a las efectuadas cuando el desarrollo radicular es incompleto (ápices abiertos), a la vez que condicionan claramente la evolución y la calidad de vida postoperatoria (<i>Grado D</i>)².</p> <p data-bbox="539 580 1420 762">6.34.1 El grado de desarrollo radicular no se asocia significativamente con un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias ni influye en el período de recuperación. La única complicación que se ve aumentada con el incremento del grado de desarrollo radicular es la lesión del NDI².</p> <p data-bbox="539 791 1420 940">6.34.2 Los terceros molares superiores con un grado de desarrollo radicular completo y los de desarrollo radicular inferior a la mitad, se asocian a una mayor frecuencia de comunicaciones bucosinuales postoperatorias (<i>Grado D</i>)².</p> <p data-bbox="448 968 1420 1038">6.35 Para prevenir la alveolitis se recomienda después de la cirugía el uso de gel o enjuague de clorhexidina (<i>Grado B</i>)³.</p> <p data-bbox="539 1066 1420 1175">6.35.1 Se considerará el uso de clorhexidina a concentración entre 0,12-0,20% después de la cirugía durante el tiempo que estime el profesional que lo atienda y sin superar 10 días para evitar tinción dentaria (<i>AG</i>)²⁷.</p> <p data-bbox="448 1224 1121 1255">Recomendaciones tras extracción-información al paciente</p> <p data-bbox="448 1304 1420 1412">6.36 En los casos que sea necesario controlar el dolor tras una extracción dental, los analgésicos de 1º escalón (paracetamol), serán suficientes en la mayoría de los casos (<i>Grado AE</i>)³.</p> <p data-bbox="539 1441 1420 1590">6.36.1 Ibuprofeno 400 mg (si no está contraindicado) o ibuprofeno en asociación con paracetamol o ibuprofeno + analgésico nivel 2 se puede prescribir. Esta prescripción es preferible a tramadol (<i>Grado B</i>)³.</p> <p data-bbox="539 1618 1420 1780">6.36.2 En caso de <12 años y/o <40 Kg la dosis se ajustará por peso según lo siguiente²²:</p> <ul data-bbox="639 1692 1147 1780" style="list-style-type: none"> • paracetamol 10-15 mg/Kg/dosis cada 6-8 h • ibuprofeno 10 mg/Kg/dosis cada 6-8 h. <p data-bbox="539 1808 1134 1839">6.36.3 Se podrá realizar prescripción diferida (<i>AG</i>)³.</p>

Actividades	Características de calidad
<p>6º</p> <p>INCLUSIONES DENTARIAS</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AH</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p>6.37 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad que después de la extracción de los terceros molares la salud periodontal en los segundos molares debe permanecer sin cambios o mejorar si antes había bolsas periodontales o pérdida de inserción (<i>Grado B</i>)².</p> <p>6.38 La extracción de los terceros molares influye positivamente en la calidad de vida de las personas con síntomas leves de pericoronaritis (<i>Grado D</i>)².</p> <p>6.39 (i) Después de la extracción se entregará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad información por escrito con las posibles complicaciones y qué hacer (<i>Grado AE</i>)³ (Anexo 5).</p> <p>6.40 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores demográficos como la edad mayor de 21 años y el género femenino prolongan el tiempo de recuperación de la calidad de vida tras la extracción de los terceros molares (<i>Grado C</i>)². • El desarrollo de las raíces, asociado a la edad del paciente, al grado de impactación y a la posición radiográfica del conducto del NDI, se correlacionan significativamente con un mayor riesgo de déficit sensorial del NDI (<i>Grado D</i>)². • La extracción de terceros molares con patología preoperatoria induce un retraso en la recuperación tras la exodoncia, ya que aumenta la morbilidad postoperatoria (<i>Grado D</i>)². • La extracción de terceros molares con enfermedad periodontal u otras patologías preoperatorias y la prescripción de clorhexidina se asociaron a un tiempo más corto para recuperar la actividad diaria normal (<i>Grado D</i>)². <p>6.41 Se gestionará cita de seguimiento a criterio del profesional de odontología (<i>AG</i>).</p>





PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AP Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>7º</p> <p>TRAUMATISMO DENTAL</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p>7.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>7.2  Se aplicarán medidas básicas de higiene de manos y uso correcto de guantes.</p> <p>7.3 Se completará, si es necesario, la información sobre las circunstancias del traumatismo y la exploración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • afectación dentición temporal o permanente • dificultad para morder o masticar • limitación apertura o desviación mandibular (maloclusión) • movilidad dental: luxación, avulsión • fractura (coronarias, radiculares o ambas), desplazamiento-luxación • cambio de coloración (oscurecimiento puede indicar necrosis pulpar) • lesiones de tejidos blandos (labios, encías, mucosa oral y lengua): laceraciones, hematomas o cuerpos extraños • sensibilidad: valorar vitalidad pulpar (frío/calor, percusión). <p>7.4 Se considerará la realización de una valoración de la vitalidad pulpar mediante frío (spray de cloruro de etilo) o calor (gutapercha caliente) (AG)²⁸.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta positiva: en caso de detectar frío y/o calor se considerará respuesta positiva e indica que existe vitalidad pulpar. • Respuesta negativa: en caso de no detectar ni frío ni calor se considerará respuesta negativa y se podría considerar que puede haber necrosis pulpar. Hay que tener en cuenta que a veces pueden ser negativas inicialmente por posible interrupción temporal de la inervación pulpar y se considerará repetir la prueba en el seguimiento. <p>7.5 En caso de avulsión de dientes temporales no se realizará reposición/reimplantación por posibilidad de lesión del germen dentario del diente definitivo (AG)⁶.</p> <p>7.6 En caso de avulsión de dientes permanentes se valorará la posibilidad de reposición dentaria en <16 años⁵ y en dicho caso se recomendarán medidas de conservación del diente^{6,29}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tiempo recomendable para el reimplante se considerará entre 20 o 30 min-1h posteriores a la avulsión siempre que se conserve en un medio adecuado.



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="252 190 284 220">7º</p> <p data-bbox="177 241 355 312">TRAUMATISMO DENTAL</p> <p data-bbox="177 333 355 482">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<ul data-bbox="437 190 1359 425" style="list-style-type: none"> • La reimplantación posterior a 60 min desde la avulsión puede llegar a ser exitosa si la conservación ha sido correcta pero las expectativas son menores. • El medio de conservación puede ser solución de Hank balanceada, leche fría o en su defecto suero fisiológico, evitando manipular la raíz. • No se recomienda conservar en agua. <p data-bbox="384 451 1359 560">7.7 En caso de avulsión de dientes permanentes con posibilidad de reimplantación en <16 años⁵ se derivará al profesional de odontología o maxilofacial para reimplantación y ferulización.</p> <p data-bbox="384 586 1359 658">7.8 Se podrá realizar en <16 años rehabilitación protésica del diente permanente anterior avulsionado cuando no exista posibilidad de reimplantación⁵.</p> <p data-bbox="384 684 1359 833">7.9 En caso de existir responsabilidad de un tercero (por ejemplo accidente en ámbito escolar o accidente de tráfico, deportistas federados) tras realizar el tratamiento de urgencia se remitirá al profesional odontológico de referencia correspondiente. Se exceptúan las situaciones en las que se sospecha fractura ósea.</p> <p data-bbox="432 860 1359 968">7.9.1 Aquellas personas cuyo seguro depende de una mutua, en municipios donde la mutua no tenga obligación de tener presencia por número de habitantes, en caso de solicitar asistencia se cumplimentará el cargo a terceros (AG)³⁰.</p> <p data-bbox="384 995 1359 1066">7.10  Se considerará realizar las pruebas de imagen pertinentes teniendo en cuenta lo siguiente (AG):</p> <p data-bbox="437 1093 943 1134">7.10.1 Para población pediátrica (0-15 años)⁵:</p> <ul data-bbox="507 1160 1359 1528" style="list-style-type: none"> • Se considerará realizar radiografía periapical del diente afectado con 1–2 angulaciones. • Se considerará realizar radiografía oclusal si se sospecha desplazamiento o fractura radicular. • Se considerará realizar OPG ante sospecha de lesiones múltiples o fractura mandibular. • Se considerará realizar radiografía de tejidos blandos ante laceración con posible fragmento. <p data-bbox="437 1555 1359 1627">7.10.2 Para población ≥16 años⁵ se considerarán las pruebas de imagen a criterio del profesional y en función del traumatismo producido.</p> <p data-bbox="384 1653 1359 1761">7.11 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería para este problema bucodental (Anexo 2).</p>

Actividades	Características de calidad
<p>7^º</p> <p>TRAUMATISMO DENTAL</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p>7.12 Se considerará derivación al profesional de odontología de referencia más cercano (en pacientes pediátricos, preferiblemente a su referente PADI- Prestación Asistencia Dental Infantil-) o maxilofacial en su defecto, ante cualquier traumatismo dental y especialmente cuando haya habido sangrado o desplazamiento del diente en cualquier dirección³¹.</p> <p>7.13 Se considerarán los siguientes criterios de derivación a AH (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • no disponibilidad de profesional de odontología de referencia, • sospecha de fractura ósea asociada (proceso alveolar, maxilar o mandíbula), • heridas complejas de tejidos blandos que requieran sutura, • problemas de colaboración e imposibilidad de manejo con anestesia local. <p>7.14 (i) Se informará al paciente y/o familiares o tutores legales del tipo de trauma y manejo dejando constancia en la HS y/o Sistema de Información para la Prestación Asistencial Dental (SIPAD). (b) La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p>

PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AH, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, ENFERMERÍA Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>8º</p> <p>TRAUMATISMO DENTAL</p> <p>VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO EN AH</p>	<p>8.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>8.2  Se aplicarán medidas básicas de higiene de manos y uso correcto de guantes.</p> <p>8.3 Se realizará exploración y se completará la anamnesis en caso necesario.</p> <p>8.4 Se considerarán realizar pruebas de imagen adicionales en función del tipo de traumatismo dental y otras fracturas asociadas a criterio del profesional (AG).</p> <p>8.5 Se realizará limpieza de la herida y sutura si procede.</p> <p>8.6 En los casos de luxación/ avulsión dentaria de <16 años⁵ que requieran reimplantación y ferulización dentaria se realizará derivación al profesional de odontología de referencia a la mayor brevedad posible para completar el tratamiento de las piezas dentarias afectadas.</p> <p>8.6.1 Sólo se realizará recolocación de dientes permanentes en <16 años⁵.</p> <p>8.7 Se controlará el dolor según escala EVA siguiendo la escala analgésica de dolor.</p> <p>8.8 Se considerará restauración de fracturas dentales de dientes permanentes diferentes a luxación/avulsión a <16 años^{5, 31}.</p> <p>8.9 En el caso de detectarse necrosis pulpar se realizará tratamiento pulpar en <16 años⁵.</p> <p>8.10 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería para este problema bucodental (Anexo 2).</p> <p>8.11 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad del procedimiento a realizar,  se entregará CI y se dejará constancia en la HS y/o SIPAD.  La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p> <p>8.12 (i) Se le informará al paciente al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad de las prestaciones dentales que quedan cubiertas⁵.</p> <p>8.13 Se gestionará la cita de seguimiento con el profesional de odontología de AP para facilitar la accesibilidad, salvo aquellos traumatismos dentales que por su gravedad o afectación se requiera un seguimiento en AH.</p>


PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AP Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>9º</p> <p>LESIONES DE LA MUCOSA ORAL</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p>9.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>9.2  Se aplicarán medidas básicas de higiene de manos y uso correcto de guantes.</p> <p>9.3 Se completará la anamnesis y exploración realizada en AP.</p> <p>9.4 Se deben valorar en menos de dos semanas aquellas lesiones de la mucosa oral que se hayan derivado de AP por cambios mucosos poco claros que tengan una duración mayor a tres semanas (<i>Recomendación NICE</i>)⁷.</p> <p>9.5 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad del tipo de lesión que presenta y opciones de manejo posibles dejando constancia en su HS y /o SIPAD. (bc) La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p> <p>9.6 Se considerará realizar una biopsia para confirmación diagnóstica de la lesión que podrá realizarse desde el servicio de odontología de AP según acuerdo con el servicio de cirugía maxilofacial correspondiente (AG)³³.</p> <p>9.7 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad de la necesidad de realizar una biopsia, del procedimiento, sus beneficios, sus riesgos y el riesgo de no hacerla, las alternativas y el lugar donde se realizará, así como de la posibilidad de negarse en cualquier momento. La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas. (bc) Posteriormente, se obtendrá el consentimiento libre, voluntario e informado dejando constancia escrita en su HS y de la posibilidad de revocar el consentimiento otorgado con anterioridad.</p> <p>9.8 Para las siguientes lesiones de mucosa oral se considerará realizar una biopsia escisional para confirmación diagnóstica siempre que la lesión sea ≤ 1 cm, que se presuman benignas, bien delimitadas, móviles y sin ulceración e incluya margen de tejido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones pediculadas • Épulis del embarazo • Granulomas piógenos • Fibromas • Diapneusia o fibroma traumático oral • Papilomas

Actividades	Características de calidad
<p>9º</p> <p>LESIONES DE LA MUCOSA ORAL</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p>9.8.1 Si la lesión es muy pequeña se dejará algún marcaje que ayude a saber dónde estaba localizada (hilo de sutura, tinción...).</p> <p>9.8.2 No se realizarán biopsias escisionales en atención primaria de lesiones malignas o altamente sospechosas ya que puede generar confusión con respecto a la localización primaria de la lesión y complicar el tratamiento posterior por parte de Cirugía Maxilofacial.</p> <p>9.9 Se realizará biopsia incisional en los casos de lesiones extensas que no puedan ser eliminadas del todo como leucoplasias, líquenes, leucoedemas (AG).</p> <p>9.9.1 Se extirpará una parte representativa de la lesión, incluyendo tejido normal adyacente, de forma que el patólogo pueda analizar la transición entre tejido sano y enfermo (AG).</p> <p>9.9.2 En el caso de leucoplasias se incorporará a la biopsia un borde libre, una zona de queratosis no homogénea y zonas rojas en el seno de lesiones queratósicas (AG).</p> <p>9.10 Se considerará una derivación preferente a cirugía maxilofacial desde odontología de atención primaria por sospecha de cáncer oral en personas con (<i>Recomendación NICE</i>)⁷:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulceración inexplicable en la cavidad bucal que dura más de 3 semanas, con bordes blancos y elevados y que esté indurada a la palpación. • Un bulto/tumoración en el labio o cavidad bucal u otra lesión en un labio que ha perdido el límite entre el borde bermellón y la piel, que tiene una disminución de la elasticidad y que posee un aspecto deslustrado. • Una mancha roja o roja y blanca en el interior de la cavidad bucal compatible con eritroplasia o eritroleucoplasia. <p>9.11 Se considerará también derivación a cirugía maxilofacial cuando se confirme o sospeche altamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos orales premalignos (TOPM) como: <ul style="list-style-type: none"> - Eritroplasia - Queilitis actínica - Leucoplasia verrugosa proliferativa - Liquen Plano que presente lesiones por manchas rojas, erosiones o atrofiadas (los líquenes planos con estrías de Wickham, ampollas, placas o gingivitis descamativa crónica se seguirán en AP). • La biopsia de lesiones ubicadas en zonas de difícil acceso (localización anatómica compleja) como: base o bordes laterales de lengua posterior, pilares amigdalinos, úvula o paladar blando.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="316 190 347 220">9º</p> <p data-bbox="252 241 411 349">LESIONES DE LA MUCOSA ORAL</p> <p data-bbox="240 374 422 519">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<ul data-bbox="512 190 1426 778" style="list-style-type: none"> • Cualquier tipo de lesión que precise biopsia o aquellas lesiones benignas que precisen cirugía, en pacientes que no colaboren por presentar discapacidad intelectual o patología psiquiátrica. • Otro tipo de lesiones de características no claras y que puedan suponer alta sospecha de malignidad. • Lesiones ampollosas compatibles con lesiones autoinmunes. • Lesiones que interfieren con funciones vitales como la deglución, el habla o la respiración. • Lesiones que afectan la movilidad de la lengua o causan trismus (limitación en la apertura bucal). • Lesiones de origen vascular, como hemangiomas o malformaciones arteriovenosas. • Biopsias escisionales de lesiones malignas o altamente sospechosas. <p data-bbox="451 803 1426 874">9.12 En úlceras traumáticas se eliminará la causa que la provocan (bordes cortantes de dientes, prótesis, ortodoncia, etc).</p> <p data-bbox="451 901 1426 1048">9.13 Las lesiones relacionadas con procesos infecciosos de la mucosa oral abarcan procesos muy heterogéneos de etiología bacteriana, vírica y/o fúngica. Estos procesos se abordarán siguiendo las recomendaciones de la Guía PRAN (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p data-bbox="451 1075 1426 1187">9.14 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería para este problema bucodental (Anexo 2).</p> <p data-bbox="451 1232 735 1263">Información al paciente:</p> <p data-bbox="451 1299 1426 1371">9.15 Se mejorará la educación sobre signos, síntomas y factores de riesgo del carcinoma de cavidad bucal (AG)³⁴.</p> <p data-bbox="451 1398 1426 1510">9.16 Se informará al paciente sobre la existencia de relación estrecha entre el consumo de tabaco de cualquier forma, fumado o mascado, con el desarrollo de carcinoma de células escamosas de la cavidad oral^{34, 35}.</p> <p data-bbox="520 1537 1426 1608">9.16.1 El consumo de tabaco también puede contribuir a enfermedades como la periodontitis, caries (AG)^{9,17}.</p> <p data-bbox="520 1635 1426 1706">9.16.2 Se recomendará remitir a la consulta antitabáquica cuando se detecte consumo de tabaco (AG)³³.</p> <p data-bbox="520 1733 1426 1804">9.16.3 El consumo concomitante de tabaco y alcohol tiene un efecto sinérgico, incrementando la probabilidad de sufrir cáncer oral (AG)³⁵.</p>


PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AH, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, ENFERMERÍA Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>10º</p> <p>LESIONES DE LA MUCOSA ORAL</p> <p>VALORACIÓN HOSPITALARIA</p>	<p>10.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>10.2 Se completará la anamnesis y exploración realizada en AP.</p> <p>10.3 Se valorarán en menos de dos semanas las lesiones sospechosas de cáncer oral derivadas de odontología de AP.</p> <p>10.4 Tras realizar el examen de la cavidad oral podemos encontrar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la mucosa que se pueden considerar como variantes de la normalidad. • Lesiones de diagnóstico inmediato. • Lesiones benignas. • Trastornos orales potencialmente malignos (TOPM) como “cualquier anomalía de la mucosa oral que se asocie con un riesgo estadísticamente mayor de presentar cáncer oral”, entre las que se pueden encontrar las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Eritroplasia - Leucoplasia - Leucoplasia verrugosa proliferativa - Fibrosis submucosa oral - Liquen plano oral (en sus formas erosiva y atrófica) - Queilitis actínica (queratosis actínica) - Lesiones palatinas en los fumadores invertidos - Lupus eritematoso discoide - Disqueratosis congénita - Lesión liquenoide oral (solo los líquenes erosivos y atróficos) - Enfermedad de injerto contra huésped oral. • Lesiones malignas <p>10.5 Se considerará realizar una biopsia para confirmación diagnóstica de las lesiones encontradas y que no puedan realizarse desde el servicio de odontología de AP.</p>







Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="304 192 347 220">10º</p> <p data-bbox="248 247 405 349">LESIONES DE LA MUCOSA ORAL</p> <p data-bbox="237 376 416 445">VALORACIÓN HOSPITALARIA</p>	<p data-bbox="443 196 1426 621">10.6 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad de la necesidad de realizar una biopsia, del procedimiento, sus beneficios, sus riesgos y el riesgo de no hacerla, las alternativas y el lugar donde se realizará, así como de la posibilidad de negarse en cualquier momento. (ii) La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas. Posteriormente, se obtendrá el CI libre, voluntario e informado dejando constancia escrita en su HS y de la posibilidad de revocar el consentimiento otorgado con anterioridad. También se dejará constancia por escrito en HS si la persona manifiesta expresamente su voluntad de no recibir información.</p> <p data-bbox="443 649 1426 805">10.7 (i) Se proporcionará información al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad sobre los riesgos asociados al consumo de tabaco en el desarrollo de patología bucodental^{34,35}.</p> <p data-bbox="443 833 1426 948">10.8 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería para este problema bucodental (Anexo 2).</p> <p data-bbox="443 977 1426 1046">10.9 El plan de tratamiento depende del tipo de lesión, del resultado del estudio por anatomía patológica y de la clínica que presente el paciente (AG).</p> <p data-bbox="443 1075 1426 1250">10.10 En el estudio histopatológico de la muestra el anatomopatólogo determinará (AG):</p> <ul data-bbox="512 1160 1023 1250" style="list-style-type: none"> • el tipo de lesión: benigna, TOPM o maligna. • el grado de displasia epitelial. <p data-bbox="443 1279 1426 1308">10.11 Se revisarán los resultados de la biopsia realizada desde Odontología de AP.</p> <p data-bbox="443 1336 1426 1406">10.12 Las lesiones en tejidos blandos tras confirmación diagnóstica por resultado anatomopatológico seguirán tratamiento específico según la lesión identificada.</p> <p data-bbox="443 1434 1426 1549">10.13 Las lesiones benignas localizadas, tras realizar la biopsia escisional, confirmar diagnóstico con anatomía patológica y en ausencia de complicaciones quirúrgicas, no precisarán seguimiento pudiéndose proceder al alta del paciente.</p>
<p data-bbox="240 1582 411 1684">PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p data-bbox="443 1582 628 1610">10.14 Los TOPM:</p> <p data-bbox="512 1631 1426 1745">10.14.1 En las leucoplasias y eritroplasias es de elección el tratamiento quirúrgico si presentan displasia en biopsia previa en el estudio de anatomía patológica (AG)³⁶.</p> <p data-bbox="512 1766 1426 1868">10.14.2 En el liquen plano oral (LPO) erosivo sintomático dependiendo de la evolución clínica y sintomatología del paciente se podrán indicar tratamientos tópicos o sistémicos habituales (AG).</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="245 192 284 220">10^o</p> <p data-bbox="188 243 341 349">LESIONES DE LA MUCOSA ORAL</p> <p data-bbox="177 374 352 441">VALORACIÓN HOSPITALARIA</p> <p data-bbox="181 504 347 611">PLAN DE TRATAMIENTO EN AH</p>	<p data-bbox="379 192 1359 298">10.15 Se considerará realizar revisiones periódicas para el seguimiento del LPO sintomático, fomentar la autoexploración y realizar biopsias de zonas sospechosas cuando sea necesario (AG).</p> <p data-bbox="379 322 1359 429">10.16 En casos de lesiones con displasia epitelial o consideradas potencialmente malignas, se sugiere un seguimiento más estrecho. Se considerará gestionar citas de seguimiento a criterio del profesional³⁵.</p> <p data-bbox="379 453 1359 756">10.17 Se informará al paciente de medidas de fotoprotección para la queilitis actínica (AG)³⁷:</p> <ul data-bbox="459 564 1359 756" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="459 564 1359 592">• Limitar la exposición solar, especialmente entre las 10:00 y las 14:00 horas. <li data-bbox="459 623 1359 652">• Usar sombreros de ala ancha. <li data-bbox="459 682 1359 756">• Aplicar bálsamos labiales con protección UVA y UVB de amplio espectro (SPF 30+), reaplicándolos cada 2 horas. <p data-bbox="379 780 1359 1001">10.18 Como tratamientos quirúrgicos para la queilitis actínica se considerarán (AG)³⁷:</p> <ul data-bbox="459 846 1359 1001" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="459 846 1359 874">• Bermellectomía: resección quirúrgica de la porción afectada del labio. <li data-bbox="459 905 1359 934">• Criocirugía: Aplicación de nitrógeno líquido para destruir el tejido lesionado. <li data-bbox="459 964 1359 993">• Raspado de la lesión seguido de electrocirugía o láser quirúrgico. <p data-bbox="379 1026 1359 1160">10.19 Como tratamientos médicos para la queilitis actínica se considerarán (AG)³⁷:</p> <ul data-bbox="459 1091 1359 1160" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="459 1091 1359 1160">• Terapia fotodinámica: Aplicación de un agente fotosensibilizante seguido de exposición a una fuente de luz para destruir las células dañadas. <p data-bbox="379 1193 1359 1263">10.20 Las variaciones de mucosa normal tras confirmación diagnóstica por resultado anatomopatológico no precisarán tratamiento específico.</p> <p data-bbox="379 1295 1359 1402">10.21 Las lesiones benignas localizadas, tras realizar la biopsia escisional, confirmar diagnóstico con anatomía patológica y en ausencia de complicaciones quirúrgicas, no precisarán seguimiento pudiéndose proceder al alta del paciente.</p>

PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AP Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>11º</p> <p>ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p> <p>EXPLORACIÓN</p> <p>VALORACIÓN DEL RIESGO</p>	<p>11.1  Se aplicarán medidas básicas de higiene de manos y uso correcto de guantes.</p> <p>11.2 Se completará la anamnesis por parte del profesional de odontología con el motivo de consulta y exploración clínica valorando la presencia de los siguientes síntomas/ signos y se dejará constancia en la historia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encías rojas, inflamadas o sensibles. • Recesión gingival. • Dientes con movilidad o cambios en la mordida. • Sangrado al cepillarse o usar hilo dental. • Mal aliento persistente (halitosis). • Presencia de sarro. • Presencia de bolsas periodontales. • Profundidad de sondaje y nivel de inserción clínica. <p>11.3 Se considerará realizar los siguientes índices periodontales para evaluar la salud bucodental:</p> <p>11.3.1 Evaluación de placa bacteriana (Índice de Placa – IP): mide la cantidad de placa bacteriana adherida a las superficies dentales. Se utiliza un revelador de placa para teñir la placa y hacerla visible. Se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0: Ausencia de placa. 1: La placa no es visible pero es detectable con la sonda. 2: Acumulación moderada de placa, detectable a simple vista. 3: Abundante presencia de placa, que incluso cubre el diente adyacente <p>11.3.2 Evaluación del sangrado al sondaje (Índice de Sangrado – IS): evalúa la presencia de inflamación gingival mediante el sangrado dentro de los 30 segundos posteriores al sondaje suave en el surco gingival de cada diente. Se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0: Encía normal, sin sangrado. 1: Hemorragia al sondaje, sin cambios de aspecto. 2: Hemorragia al sondaje con eritema moderado. 3: Hemorragia al sondaje con eritema y edema moderado. 4: Hemorragia al sondaje con eritema y edema severo. 5: Hemorragia al sondaje y espontánea, con edema severo y/o ulceraciones.

Actividades	Características de calidad																								
<p>11º</p> <p>ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p>11.4 Se considerará valorar el riesgo periodontal por parte del profesional de odontología mediante herramientas como la calculadora de riesgo periodontal (<i>Periodontal Risk Calculator o PRC</i>)³⁸ para determinar el riesgo de progresión de la enfermedad y planificar el tratamiento y seguimiento dejando constancia en la historia (AG) (Tabla 7).</p> <p>Tabla 7: Escala de riesgo de enfermedad periodontal (PRC)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="384 404 746 457">CARACTERÍSTICAS</th> <th data-bbox="746 404 874 457">RIESGO</th> <th data-bbox="874 404 1150 457">MANEJO</th> <th data-bbox="1150 404 1380 457">ESTADIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="384 457 746 697"> <p>No hay signos de enfermedad periodontal activa. Profundidad de sondaje dentro de límites normales (≤ 3 mm). Sin sangrado al sondaje. Buena higiene oral y ausencia de factores de riesgo sistémicos.</p> </td> <td data-bbox="746 457 874 697">Muy Bajo (Escala 1)</td> <td data-bbox="874 457 1150 697">Revisiones periódicas cada 12-24 meses. Mantenimiento de buenos hábitos de higiene oral</td> <td data-bbox="1150 457 1380 697">Riesgo moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 697 746 936"> <p>Signos leves de enfermedad periodontal (gingivitis). Profundidad de sondaje ≤ 4 mm. Sangrado al sondaje en menos del 10% de los sitios. Factores de riesgo mínimos o controlados</p> </td> <td data-bbox="746 697 874 936">Bajo (Escala 2)</td> <td data-bbox="874 697 1150 936">Revisiones cada 6-12 meses. Instrucción de higiene oral y profilaxis profesional</td> <td data-bbox="1150 697 1380 936">Riesgo alto</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 936 746 1255"> <p>Enfermedad periodontal inicial o moderada. Profundidad de sondaje de 4-5 mm. Sangrado al sondaje en 10-25% de los sitios. Presencia de algunos factores de riesgo (ej. tabaquismo leve o consumo de menos de 5 cigarrillos diarios, diabetes controlada).</p> </td> <td data-bbox="746 936 874 1255">Moderado (Escala 3)</td> <td data-bbox="874 936 1150 1255">Tratamiento periodontal básico (raspado y alisado radicular). Revisiones cada 3-6 meses. Control activo de factores de riesgo</td> <td data-bbox="1150 936 1380 1255">Estadio I: Periodontitis inicial o incipiente, primera fase de la pérdida de inserción. Suele aparecer en respuesta a la persistencia de la inflamación gingival y disbiosis del biofilm.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1255 746 1528"> <p>Enfermedad periodontal avanzada. Profundidad de sondaje ≥ 6 mm. Sangrado al sondaje en más del 25% de los sitios. Pérdida de inserción clínica y hueso. Múltiples factores de riesgo (ej. tabaquismo, diabetes no controlada, estrés)</p> </td> <td data-bbox="746 1255 874 1528">Alto (Escala 4)</td> <td data-bbox="874 1255 1150 1528">Tratamiento periodontal intensivo (cirugía periodontal si es necesario). Revisiones cada 2-3 meses. Control estricto de factores de riesgo</td> <td data-bbox="1150 1255 1380 1528">Estadio II: Periodontitis moderada</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1528 746 1853"> <p>Enfermedad periodontal severa y progresiva. Pérdida dental significativa o inminente. Factores de riesgo severos y no controlados (ej. tabaquismo intenso (≥ 20 cigarrillos/día, diabetes mal controlada, predisposición genética).</p> </td> <td data-bbox="746 1528 874 1853">Muy Alto (Escala 5)</td> <td data-bbox="874 1528 1150 1853">Tratamiento multidisciplinario (periodoncia, medicina interna, etc.). Revisiones muy frecuentes (cada 1-2 meses). Enfoque en la prevención de la pérdida dental y la mejora de la calidad de vida</td> <td data-bbox="1150 1528 1380 1853">Estadio III: Periodontitis severa, pérdida de ≤ 4 dientes por razones periodontales Estadio IV: Periodontitis avanzada, pérdida de ≥ 5 dientes por razones periodontales</td> </tr> </tbody> </table>	CARACTERÍSTICAS	RIESGO	MANEJO	ESTADIO	<p>No hay signos de enfermedad periodontal activa. Profundidad de sondaje dentro de límites normales (≤ 3 mm). Sin sangrado al sondaje. Buena higiene oral y ausencia de factores de riesgo sistémicos.</p>	Muy Bajo (Escala 1)	Revisiones periódicas cada 12-24 meses. Mantenimiento de buenos hábitos de higiene oral	Riesgo moderado	<p>Signos leves de enfermedad periodontal (gingivitis). Profundidad de sondaje ≤ 4 mm. Sangrado al sondaje en menos del 10% de los sitios. Factores de riesgo mínimos o controlados</p>	Bajo (Escala 2)	Revisiones cada 6-12 meses. Instrucción de higiene oral y profilaxis profesional	Riesgo alto	<p>Enfermedad periodontal inicial o moderada. Profundidad de sondaje de 4-5 mm. Sangrado al sondaje en 10-25% de los sitios. Presencia de algunos factores de riesgo (ej. tabaquismo leve o consumo de menos de 5 cigarrillos diarios, diabetes controlada).</p>	Moderado (Escala 3)	Tratamiento periodontal básico (raspado y alisado radicular). Revisiones cada 3-6 meses. Control activo de factores de riesgo	Estadio I: Periodontitis inicial o incipiente, primera fase de la pérdida de inserción. Suele aparecer en respuesta a la persistencia de la inflamación gingival y disbiosis del biofilm.	<p>Enfermedad periodontal avanzada. Profundidad de sondaje ≥ 6 mm. Sangrado al sondaje en más del 25% de los sitios. Pérdida de inserción clínica y hueso. Múltiples factores de riesgo (ej. tabaquismo, diabetes no controlada, estrés)</p>	Alto (Escala 4)	Tratamiento periodontal intensivo (cirugía periodontal si es necesario). Revisiones cada 2-3 meses. Control estricto de factores de riesgo	Estadio II: Periodontitis moderada	<p>Enfermedad periodontal severa y progresiva. Pérdida dental significativa o inminente. Factores de riesgo severos y no controlados (ej. tabaquismo intenso (≥ 20 cigarrillos/día, diabetes mal controlada, predisposición genética).</p>	Muy Alto (Escala 5)	Tratamiento multidisciplinario (periodoncia, medicina interna, etc.). Revisiones muy frecuentes (cada 1-2 meses). Enfoque en la prevención de la pérdida dental y la mejora de la calidad de vida	Estadio III: Periodontitis severa, pérdida de ≤ 4 dientes por razones periodontales Estadio IV: Periodontitis avanzada, pérdida de ≥ 5 dientes por razones periodontales
CARACTERÍSTICAS	RIESGO	MANEJO	ESTADIO																						
<p>No hay signos de enfermedad periodontal activa. Profundidad de sondaje dentro de límites normales (≤ 3 mm). Sin sangrado al sondaje. Buena higiene oral y ausencia de factores de riesgo sistémicos.</p>	Muy Bajo (Escala 1)	Revisiones periódicas cada 12-24 meses. Mantenimiento de buenos hábitos de higiene oral	Riesgo moderado																						
<p>Signos leves de enfermedad periodontal (gingivitis). Profundidad de sondaje ≤ 4 mm. Sangrado al sondaje en menos del 10% de los sitios. Factores de riesgo mínimos o controlados</p>	Bajo (Escala 2)	Revisiones cada 6-12 meses. Instrucción de higiene oral y profilaxis profesional	Riesgo alto																						
<p>Enfermedad periodontal inicial o moderada. Profundidad de sondaje de 4-5 mm. Sangrado al sondaje en 10-25% de los sitios. Presencia de algunos factores de riesgo (ej. tabaquismo leve o consumo de menos de 5 cigarrillos diarios, diabetes controlada).</p>	Moderado (Escala 3)	Tratamiento periodontal básico (raspado y alisado radicular). Revisiones cada 3-6 meses. Control activo de factores de riesgo	Estadio I: Periodontitis inicial o incipiente, primera fase de la pérdida de inserción. Suele aparecer en respuesta a la persistencia de la inflamación gingival y disbiosis del biofilm.																						
<p>Enfermedad periodontal avanzada. Profundidad de sondaje ≥ 6 mm. Sangrado al sondaje en más del 25% de los sitios. Pérdida de inserción clínica y hueso. Múltiples factores de riesgo (ej. tabaquismo, diabetes no controlada, estrés)</p>	Alto (Escala 4)	Tratamiento periodontal intensivo (cirugía periodontal si es necesario). Revisiones cada 2-3 meses. Control estricto de factores de riesgo	Estadio II: Periodontitis moderada																						
<p>Enfermedad periodontal severa y progresiva. Pérdida dental significativa o inminente. Factores de riesgo severos y no controlados (ej. tabaquismo intenso (≥ 20 cigarrillos/día, diabetes mal controlada, predisposición genética).</p>	Muy Alto (Escala 5)	Tratamiento multidisciplinario (periodoncia, medicina interna, etc.). Revisiones muy frecuentes (cada 1-2 meses). Enfoque en la prevención de la pérdida dental y la mejora de la calidad de vida	Estadio III: Periodontitis severa, pérdida de ≤ 4 dientes por razones periodontales Estadio IV: Periodontitis avanzada, pérdida de ≥ 5 dientes por razones periodontales																						

Actividades	Características de calidad
<p>11º</p> <p>ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p>11.5 Se registrará en la HS y SIPAD el grado de afectación periodontal especificando el estadio I a IV y grado A-C. Los estadios (I a IV) hacen referencia a la gravedad de la enfermedad y la complejidad de su tratamiento y los grados (A, B, C) aportan información sobre el riesgo de progresión y del pronóstico del tratamiento (AG)⁸:</p> <p>Grados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A (Lento): No existe evidencia de pérdida ósea en los últimos 5 años, no fumadores y normoglicemia • B (Moderado): <2 mm de pérdida ósea en los últimos 5 años, fumador de <10 cig/día y HbA1c<7.0%. • C (Progresión rápida): ≥ 2 mm de pérdida ósea en los últimos 5 años, fumador de ≥ 10 cig/día y HbA1c ≥ 7.0%. <p>11.6  Se considerará indicar radiografía con técnica intraoral para la confirmación diagnóstica (AG)³⁹.</p> <p>11.6.1 Se considerará como alternativa para la confirmación diagnóstica la realización de OPG ya que aporta menos detalle en el defecto óseo (AG)³⁹.</p>
<p>PLAN DE TRATAMIENTO</p>	<p>11.7  Se resaltarán la importancia de la higiene oral en pacientes con periodontitis orientando al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad hacia un cambio de comportamiento para mejorar la higiene oral (Grado A)⁹.</p> <p>11.7.1  Se informará de la importancia del cepillado regular, el uso del hilo dental e irrigadores (AG).</p> <p>11.8  Se informará de la importancia del control de factores de riesgo en pacientes con periodontitis, como parte del primer paso del tratamiento periodontal (Grado A)⁹. En los pacientes que se someten a un tratamiento de periodontitis se promoverá:</p> <p>11.8.1 Dejar de fumar (Grado A)⁹ promoviendo y derivando a las unidades antitabaco.</p> <p>11.8.2 Mantener el control de la diabetes (Grado A)⁹.</p> <p>11.9 El asesoramiento dietético no está claro que pueda tener un impacto positivo en el tratamiento de la periodontitis (Grado O)⁹.</p> <p>11.10  Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad del grado de afectación de la enfermedad periodontal, su impacto en la salud (especial relación con enfermedades cardiovasculares y diabetes) y la importancia de la participación activa en el tratamiento y recomendaciones indicadas por los profesionales que lo atienden (AG).  La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p> <p>11.10.1  Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad de las actuaciones que pueden realizarse dentro del SSPA⁵.</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="252 192 284 220">11º</p> <p data-bbox="181 247 352 312">ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p data-bbox="181 339 352 482">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p data-bbox="384 192 979 220">TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p data-bbox="384 247 1359 390">11.11 La base del tratamiento de la inflamación gingival es la eliminación mecánica del biofilm dental realizada por el paciente. En casos específicos, pueden considerarse medidas complementarias, incluido el uso de antisépticos, como parte de un enfoque de uso personalizado (<i>Grado 0</i>)⁹.</p> <p data-bbox="451 416 1359 560">11.11.1 Se puede considerar la posibilidad de utilizar antisépticos coadyuvantes en los pacientes con periodontitis en mantenimiento periodontal para ayudar a controlar la inflamación gingival, como parte de un enfoque de uso personalizado (<i>Grado 0</i>)⁹.</p> <p data-bbox="451 586 1359 770">11.11.2 En caso de utilizar como complemento un dentífrico con formulación antiséptica, sugerimos productos que contengan clorhexidina, triclosán/ copolímero o hexametafosfato sódico con fluoruro de estaño para el control de la inflamación gingival en pacientes con periodontitis en mantenimiento periodontal (<i>Grado B</i>)⁹.</p> <p data-bbox="451 797 1359 981">11.11.3 Si se va a utilizar como complemento una fórmula antiséptica en forma de colutorio, sugerimos productos que contengan clorhexidina, aceites esenciales o cloruro de cetilpiridinio para el control de la inflamación gingival en pacientes con periodontitis en mantenimiento periodontal (<i>Grado B</i>)⁹.</p> <p data-bbox="384 1007 1359 1109">11.12 Se considerará tener en cuenta las necesidades y preferencias de los pacientes al elegir un diseño de cepillo de dientes (manual o eléctrico) y un diseño de cepillo interproximal (<i>Grado A</i>)⁹.</p> <p data-bbox="451 1136 1359 1238">11.12.1 Se considerará el uso de un cepillo de dientes eléctrico como una alternativa al cepillo de dientes manual para los pacientes en mantenimiento periodontal (<i>Grado 0</i>)⁹.</p> <p data-bbox="451 1265 1359 1326">11.12.2 Si es anatómicamente posible, recomendamos que el cepillado de los dientes se complemente con el uso de cepillos interdentes (<i>Grado A</i>)⁹.</p> <p data-bbox="384 1353 1359 1496">11.13 En las zonas interdentes no accesibles para los cepillos de dientes, sugerimos complementar el cepillado de los dientes con el uso de otros dispositivos de limpieza interdental en los pacientes en mantenimiento periodontal (<i>Acuerdo expertos</i>)⁹.</p> <p data-bbox="451 1522 1102 1563">11.13.1 Se considerará el uso de irrigadores dentales (<i>AG</i>).</p> <p data-bbox="451 1590 1359 1692">11.13.2 No recomendamos el uso de la seda dental como primera opción para la limpieza interdental en pacientes en mantenimiento periodontal (<i>Grado B</i>)⁹.</p> <p data-bbox="384 1719 1359 1862">11.14 Se realizará la eliminación mecánica profesional de la placa supragingival (<i>Professional Mechanical Plaque Removal</i>; PMPR) y el control de los factores retentivos de placa/biofilm dental como parte de la primera fase del tratamiento (<i>Grado A</i>)⁹ de cualquier estadio o grado de enfermedad periodontal.</p>


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 190 344 216">11º</p> <p data-bbox="240 243 413 308">ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p data-bbox="240 335 413 482">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p data-bbox="507 190 1422 298">11.14.1 Se podrá realizar en los <16 años, mujeres embarazadas, personas con discapacidad que no puedan ejercer sus autocuidados, pacientes oncológicos de cabeza y cuello⁵.</p> <p data-bbox="443 324 1422 433">11.15 Se empleará instrumentación subgingival para tratar la periodontitis con el fin de reducir la profundidad de sondaje, la inflamación gingival y el número de localizaciones con patología (<i>Grado A</i>)⁹.</p> <p data-bbox="507 459 1422 533">11.15.1 No se indicarán probióticos como complemento de la instrumentación subgingival (<i>Grado B</i>)⁹.</p> <p data-bbox="507 560 1422 633">11.15.2 No se indicarán antiinflamatorios no esteroideos sistémicos como complemento de la instrumentación subgingival (<i>Grado A</i>)⁹.</p> <p data-bbox="507 660 1422 733">11.15.3 Para el control del dolor posterior a instrumentación subgingival se podrá indicar paracetamol (<i>AG</i>).</p> <p data-bbox="507 760 1422 868">11.15.4 No se indicarán geles de bisfosfonatos suministrados localmente ni bifosfonatos sistémicos como complemento de la instrumentación subgingival (<i>Grado A</i>)⁹.</p> <p data-bbox="507 895 1422 1003">11.15.5 No se recomienda la administración de antibióticos como complemento de la instrumentación subgingival en personas con periodontitis estadios I a III (<i>Grado A</i>)⁹, (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p data-bbox="507 1030 1422 1181">11.15.6 Sólo se indicará antibioterapia como tratamiento coadyuvante en periodontitis estadio IV (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸. Se seguirán las recomendaciones de la guía antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud (SNS) vigente.</p> <p data-bbox="443 1208 1422 1316">11.16 Se podrá considerar indicar enjuagues bucales con clorhexidina al 0,12 % o 0,20 % cada 12 horas, durante 2 semanas máximo en estadio I-IV de enfermedad periodontal (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸ a criterio del profesional.</p> <p data-bbox="507 1342 1422 1494">11.16.1 Se podrá considerar la posibilidad de utilizar antisépticos coadyuvantes, en particular colutorios con clorhexidina durante un período limitado, en el tratamiento de la periodontitis, como complemento de la instrumentación subgingival en casos específicos (<i>Grado O</i>)⁹.</p> <p data-bbox="507 1520 1422 1671">11.16.2 Se podrá considerar la posibilidad de administrar localmente clorhexidina de liberación sostenida como complemento de la instrumentación subgingival en pacientes con periodontitis I-III (<i>Grado O</i>)⁹ a criterio del profesional.</p> <p data-bbox="507 1698 1422 1772">11.16.3 (i) Se informará de las condiciones de financiación de los antisépticos coadyuvantes indicados y se dejará constancia en la HS y/o SIPAD (<i>AG</i>).</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="252 192 284 220">11^o</p> <p data-bbox="181 247 352 312">ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p data-bbox="177 339 357 482">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p data-bbox="384 192 1359 457">11.17 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad sobre su enfermedad periodontal estadio IV, las distintas opciones de tratamiento y riesgos asociados incluyendo la necesidad de terapia periodontal, el diseño de la rehabilitación y la secuencia de las intervenciones (AG)¹⁸. (bc) La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p> <p data-bbox="451 486 1359 594">11.17.1 Recomendamos que la conservación de los dientes sea la primera línea de la estrategia de tratamiento en la rehabilitación de pacientes con periodontitis en estadio IV (<i>Grado A</i>)¹⁸.</p> <p data-bbox="451 619 1359 686">11.17.2 Se seguirán, siempre que sea posible, las recomendaciones para el tratamiento de estadios I-III, conservando los dientes (AG)¹⁸.</p> <p data-bbox="451 711 1359 932">11.17.3 En personas con periodontitis en estadio IV, se recomienda evaluar con frecuencia la motivación y el cumplimiento del control de placa supragingival realizado por el paciente y el control de los factores de riesgo a lo largo del tratamiento y durante la fase de mantenimiento, ya que esto influirá en gran medida tanto en la elección como en los resultados del tratamiento (AG)¹⁸.</p> <p data-bbox="451 956 1359 1099">11.17.4 En población con periodontitis en estadio IV, es importante que el diseño de las restauraciones (obturaciones) permita lograr función y estética y, al mismo tiempo, permita una higiene oral efectiva por parte del paciente y la limpieza dental profesional (AG)¹⁸.</p> <p data-bbox="451 1124 1359 1344">11.17.5 Identificar las necesidades restauradoras de los pacientes parcialmente desdentados con periodontitis en estadio IV en función del patrón de pérdida de los dientes, las necesidades funcionales, el bienestar del paciente y los factores pronósticos. El nivel de función y el diseño de la rehabilitación deben ser compatibles con la estabilidad del caso a lo largo del tiempo (<i>Grado A</i>)¹⁸.</p> <p data-bbox="451 1369 1034 1398">11.17.6 (i) Se dejará constancia en la HS y/o SIPAD.</p> <p data-bbox="384 1443 932 1471">MANTENIMIENTO ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p data-bbox="384 1520 1359 1663">11.18 Sugerimos realizar de forma rutinaria una eliminación mecánica profesional de placa (PMPR) para limitar la tasa de pérdida de dientes y conseguir estabilidad/mejora periodontal como parte del mantenimiento periodontal (<i>Grado B</i>)⁹ informando a la población susceptible de recibir este tratamiento.</p> <p data-bbox="384 1696 1359 1804">11.19 Sugerimos no sustituir la eliminación mecánica profesional de placa (PMPR) convencional por el uso de métodos alternativos (tratamiento con láser Er:YAG) durante el mantenimiento periodontal (<i>Grado B</i>)⁹.</p>


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 190 344 216">11º</p> <p data-bbox="240 243 413 310">ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p data-bbox="240 335 416 482">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p data-bbox="443 190 1426 298">11.20 Sugerimos que no se utilicen métodos coadyuvantes (tratamiento antibiótico, terapia fotodinámica) durante la eliminación mecánica profesional de placa (PMPR) y el mantenimiento periodontal (<i>Grado B</i>)⁹.</p> <p data-bbox="443 324 1426 543">11.21 Se recomienda realizar intervenciones de control de factores de riesgo en pacientes con periodontitis durante el mantenimiento periodontal (<i>Grado A</i>)⁹ como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="517 455 839 488">• dejar de fumar (<i>Grado A</i>)⁹, <li data-bbox="517 508 911 541">• control de la diabetes (<i>Grado B</i>)⁹. <p data-bbox="443 570 1426 678">11.22 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería para este problema bucodental (Anexo 2).</p> <p data-bbox="443 707 1426 817">11.23 Se gestionará cita de seguimiento/revisión con odontología de AP para pacientes con enfermedad periodontal si han recibido tratamiento según el riesgo PRC (Tabla 7) (<i>AG</i>)⁵.</p> <p data-bbox="443 846 1426 1827">11.24 Se considerarán los siguientes criterios de derivación a atención hospitalaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="517 901 1078 934">• Infecciones graves sin respuesta al tratamiento. <li data-bbox="517 954 1326 987">• Infecciones de espacios parafaríngeos (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="544 1007 687 1040">- Sublingual. <li data-bbox="544 1060 740 1093">- Submandibular. <li data-bbox="544 1113 695 1146">- Submaxilar. <li data-bbox="544 1167 735 1199">- Laterofaríngeo. <li data-bbox="544 1220 724 1252">- Retrofaríngeo. <li data-bbox="544 1273 700 1306">- Pretraqueal. <li data-bbox="517 1326 1150 1359">• Fiebre superior a 39°C (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸. <li data-bbox="517 1379 1426 1827">• Celulitis odontógenas (osteítis, osteomielitis, etc.) con (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="544 1475 818 1508">- Tumefacción extraoral. <li data-bbox="544 1528 1015 1561">- Extensión a espacios faciales profundos. <li data-bbox="544 1582 735 1614">- Trismo intenso. <li data-bbox="544 1635 1070 1667">- Dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria. <li data-bbox="544 1688 812 1721">- Fiebre alta y malestar. <li data-bbox="544 1741 1066 1774">- Respuesta inadecuada al tratamiento previo. <li data-bbox="544 1794 898 1827">- Pacientes inmunodeprimidos.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="252 192 284 220">11º</p> <p data-bbox="181 247 352 312">ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p data-bbox="177 339 357 482">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<ul data-bbox="461 192 1359 482" style="list-style-type: none"> • Absceso periodontal que causa celulitis que pueda comprometer las vías respiratorias (AG). • Dificultad en la colaboración del paciente (AG). • Enfermedades sistémicas que supongan inmunodeficiencia severa (AG). • Problemas de coagulación severa (AG). • Sinusitis odontógena (AG).

PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AH, DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL, ENFERMERÍA Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>12º</p> <p>ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p>VALORACIÓN HOSPITALARIA</p>	<p>12.1  Se aplicarán medidas básicas de higiene de manos y uso correcto de guantes.</p> <p>12.2 Se realizará exploración intraoral y extraoral de la persona y se completará la anamnesis en caso necesario.</p> <p>12.3 Se seguirán las recomendaciones 11.15.5 y 11.15.6 sobre tratamiento antibiótico.</p> <p>12.4 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad de los tratamientos que se abordarán según la edad y circunstancias⁵:</p> <p>12.4.1 Se realizará tartrectomía en población ≤ 16 años, embarazadas, personas con cáncer de cabeza-cuello o personas con discapacidad de al menos un 33% y que requieran anestesia general⁵.</p> <p>12.4.2 El tratamiento de la celulitis odontógena por periodontitis a nivel hospitalario será la extracción de la pieza causante.</p> <p>12.14.2.1 En los casos de necesidad de exodoncia, se seguirán las recomendaciones previas a la extracción referentes a antibióticos, coagulación, osteonecrosis, complicaciones, información a pacientes postextracción con hoja de cuidados tras extracción y seguimiento.</p> <p>12.5 (i) Se seguirán las recomendaciones de información a la persona sobre hábitos de higiene oral, cepillado, visitas al profesional de odontología y control de factores de riesgo como tabaco y diabetes que se incluyen en la visita de AP .</p> <p>12.6 Se gestionará cita de control preferentemente con profesional de odontología de atención primaria para facilitar accesibilidad y a criterio del profesional de odontología de AH o cirugía maxilofacial que lo atienda (AG).</p>





PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AP Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>13º</p> <p>ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR</p> <p>VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p>13.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>13.2 Se completará la anamnesis para valorar causa: muscular o articular (AG)^{40, 41}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recoger información sobre antecedentes médicos y odontológicos, además de datos específicos sobre la sintomatología. • Localización del dolor: preauricular o en la zona de ATM. • Factores desencadenantes: antecedentes traumatismos o estrés. • Hábitos parafuncionales: Bruxismo, morder objetos, morder uñas, etc. <p>13.3 Se completará la exploración de la articulación temporomandibular para valorar (AG)^{40, 41}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos externos de inflamación. • Inspección de la simetría facial y la postura mandibular. • Funcionamiento de la articulación: Nivel de apertura, desviación línea media. • Chasquidos o ruidos, crepitaciones. • Contractura de la musculatura masticatoria. • Palpación de músculos masticatorios (temporales, maseteros, pterigoideos) y articulación témporo-mandibular (zona preauricular), identificando puntos gatillo. • Se valorarán maloclusiones que justifiquen el problema con la ATM. <p>13.4 Se evaluará la presencia de dolor, rigidez o anomalías en el movimiento articular.</p> <p>13.5 Se evaluarán los movimientos mandibulares (AG)^{40, 41}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apertura máxima: medir la distancia interincisal en milímetros; valores reducidos pueden indicar limitación funcional. • Movimientos laterales y protrusión: observar la calidad del movimiento y detectar desviaciones o bloqueos. • Auscultación: con un estetoscopio, escuchar la presencia de ruidos articulares (chasquidos, crepitaciones) que sugieran desplazamiento del disco o alteraciones estructurales.



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 190 347 216">13^o</p> <p data-bbox="237 241 419 349">ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR</p> <p data-bbox="237 380 419 527">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<p data-bbox="443 190 1426 298">13.6 Examen oclusal: Evaluar la relación entre las arcadas dentarias para identificar interferencias o desequilibrios oclusales que puedan contribuir a la sintomatología (AG).</p> <p data-bbox="443 322 1426 396">13.7 Evaluación complementaria: realizar maniobras de apertura forzada o pruebas de carga para valorar la estabilidad de la ATM y la respuesta al movimiento (AG).</p> <p data-bbox="443 421 1426 533">13.8 Considerar la influencia de factores emocionales (estrés, ansiedad) que pueden exacerbar la percepción del dolor o influir en el comportamiento parafuncional (AG)⁴⁰.</p> <p data-bbox="507 558 1426 670">13.8.1 Se considerará la derivación a profesional de trabajo social para la evaluación psicosocial en los casos que considere el profesional de odontología de AP (AG).</p> <p data-bbox="507 694 1426 768">13.8.2 Se considerará la derivación al profesional de medicina de familia o pediatría de referencia para manejo del cuadro de estrés o ansiedad (AG).</p> <p data-bbox="443 793 1426 1013">13.9 No se considerará realización de OPG en los casos siguientes:</p> <ul data-bbox="507 846 1426 1013" style="list-style-type: none"> • el dolor se origina en los músculos masticatorios sin signos clínicos de afectación articular, • se sospecha de afectación de disco articular o ligamentos, pues la OPG no permite la visualización de estos tejidos blandos. <p data-bbox="443 1038 1426 1111">13.10 Se realizará el diagnóstico siguiendo los criterios del sistema <i>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i> (DC/TMD) (AG)⁴².</p> <p data-bbox="443 1136 1426 1835">13.11 Se considerará derivación a maxilofacial en los siguientes casos (AG)⁴¹:</p> <ul data-bbox="507 1189 1426 1835" style="list-style-type: none"> • Dolor persistente o severo: pacientes con dolor orofacial crónico que no responde a tratamientos conservadores como analgésicos, relajantes musculares o férulas oclusales⁵ (al menos 6 meses de uso continuado). • Limitación funcional significativa: restricción marcada en la apertura bucal (<30 mm) o dificultad para realizar movimientos mandibulares básicos. • Ruidos articulares persistentes: presencia de chasquidos o crepitaciones que no mejoran tras intervenciones iniciales. • Bloqueo articular recurrente: episodios repetidos de bloqueo mandibular, ya sea en apertura o cierre. • Sospecha de patología estructural: signos clínicos o radiológicos que sugieran alteraciones anatómicas, como desplazamiento discal sin reducción, artrosis, neoplasias, anquilosis, etc. • Trastornos asociados: presencia de condiciones sistémicas como artritis reumatoide, espondilitis anquilosante o infecciones que puedan estar afectando la ATM.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="248 192 288 220">13^o</p> <p data-bbox="177 243 357 349">ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR</p> <p data-bbox="177 384 357 527">VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA DE AP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="448 192 1359 261">• Si los hallazgos son inconclusos y el diagnóstico no queda claro, se derivará al profesional de maxilofacial. <p data-bbox="384 292 1359 361">13.12 No se derivará a cirugía maxilofacial pacientes con dolor miofascial que no hayan sido valorados previamente en atención primaria por odontología.</p> <p data-bbox="384 392 1359 498">13.13 Cuando se presenta síndrome de disfunción temporomandibular (SDTM) compatible con: dolor miofascial o artralgia según la clasificación DC/TMD⁴², se considerarán las siguientes medidas (AG)⁴¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="448 529 791 558">• Dieta blanda durante 1 mes <li data-bbox="448 588 1054 617">• Evitar excitantes (cafeína, te), frutos secos y chicle. <li data-bbox="448 647 815 676">• Tila o valeriana 3 veces al día. <li data-bbox="448 707 1359 776">• Ejercicios activos, pasivos o contra-resistencia: 20 veces/8h un mínimo de 15 días (Anexo 6). <li data-bbox="448 807 1359 876">• Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tipo: ibuprofeno 600 mg/12 horas de 7 a 21 días. <p data-bbox="384 907 1359 1013">13.14 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería para este problema bucodental (Anexo 2).</p> <p data-bbox="384 1044 1359 1195">13.15 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad del tipo de problema de articulación temporomandibular (ATM) que presenta y manejo según cartera de servicios⁵.</p> <p data-bbox="448 1205 1359 1275">(ii) La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p>

PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AH, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, ENFERMERÍA Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
<p>14º</p> <p>ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR</p> <p>VALORACIÓN HOSPITALARIA</p>	<p>14.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>14.2 Se completará la anamnesis y exploración realizada en AP.</p> <p>14.3  Se considerará realizar las pruebas de imagen a criterio del profesional de odontología hospitalaria/cirugía maxilofacial.</p> <p>14.3.1 Se tendrá en cuenta a la hora de solicitar la prueba de imagen que la indicación de radiografías panorámicas esté basada en criterios clínicos individuales: historia médica y dental, hallazgos en la exploración y riesgo de enfermedad dental o anomalías del desarrollo (AG)⁴³.</p> <p>14.3.2 No se realizarán OPG de forma rutinaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en ausencia de signos clínicos de afectación de ATM, • en situaciones de alteración eruptiva o • si hay antecedentes de agencias. <p>14.4  Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad del tipo de problema de articulación temporomandibular (ATM) que presenta y su manejo según cartera de servicios⁵.</p> <p> La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas.</p>

PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA DE AP Y TÉCNICOS/AS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
15º PLAN DE TRATAMIENTO, PLAN DE CUIDADOS Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA	<p>15.1  Todos los profesionales en el primer contacto aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>15.2 Se realizará seguimiento de caries en población de 0-15 años⁵ según test de CRIES y riesgo identificado (AG)¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo alto: cada 3 meses • Riesgo muy alto: cada 1-3 meses.
CARIES	<p>15.3 Tras la realización de coronectomía, será necesario realizar un seguimiento de las raíces restantes pues pueden ocurrir complicaciones postquirúrgicas (<i>Grado B</i>)³. Dicho seguimiento será clínico y radiológico (<i>Grado B</i>)².</p> <p>15.3.1 Se considerará realizar el seguimiento del paciente tras una coronectomía de forma programada desde atención primaria o atención hospitalaria facilitando la accesibilidad y según las características del paciente.</p> <p>15.3.2 Se considerará realizar una OPG anual durante los siguientes dos años tras el procedimiento de exodoncia con coronectomía (AG).</p>
INCLUSIONES DENTARIAS	<p>15.4 Es frecuente observar una migración coronal del resto radicular del tercer molar tras efectuar una coronectomía, sobre todo durante el primer año y en pacientes jóvenes. Esta migración puede obligar a la extracción de la raíz en un reducido porcentaje de casos (<i>Grado B</i>)².</p>
TRAUMATISMO DENTAL	<p>15.5 Se considerará remitir a atención hospitalaria si aparecen complicaciones derivadas de la extracción o durante el postoperatorio tardío (más tarde del mes de la cirugía) no controlables en atención primaria, como por ejemplo lesiones del nervio dentario inferior, dolor persistente o no controlado, infecciones graves o defectos de cicatrización del alveolo (AG).</p> <p>15.6  Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad que si a las 8 semanas el alveolo no ha cicatrizado se sospechará MRONJ (AG).</p> <p>15.7 Se realizará exploración clínica de seguimiento tras tratamiento del traumatismo dental para valorar (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • evolución del diente, • evolución de tejidos circundantes, • respuesta pulpar y periodontal: vitalidad pulpar, • complicaciones (reabsorción radicular, anquilosis).

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="240 190 421 506">15º PLAN DE TRATAMIENTO, PLAN DE CUIDADOS Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p data-bbox="240 625 421 697">LESIONES DE MUCOSA ORAL</p>	<p data-bbox="512 190 1426 261">15.7.1 Se considerará la realización de una valoración de vitalidad pulpar según la recomendación 7.4 (AG).</p> <p data-bbox="443 288 1426 400">15.8 Se considerará la realización de pruebas de imagen de seguimiento para detectar posibles cambios tardíos tras el trauma a criterio del profesional de odontología (AG).</p> <p data-bbox="512 416 1145 455">15.8.1 Para población pediátrica (0-15 años)⁵ (Anexo 7).</p> <p data-bbox="512 472 1426 543">15.8.2 Para población ≥ 16 años⁵ se considerarán las pruebas de imagen a criterio del profesional y en función del traumatismo producido.</p> <p data-bbox="443 570 1426 921">15.9 Las aftas menores se manejarán siguiendo las siguientes recomendaciones (AG):</p> <ul data-bbox="512 625 1426 921" style="list-style-type: none"> • Se realizará observación pues suelen desaparecer espontáneamente en 1-2 semanas. • Se podrán indicar analgésicos de primera línea (paracetamol o ibuprofeno) en caso de presentar dolor. • Se informará al paciente de la necesidad de una buena higiene oral para evitar infecciones secundarias y evitar alimentos picantes, ácidos o abrasivos para evitar irritar la lesión. <p data-bbox="443 948 1426 1469">15.10 Las aftas mayores se manejarán siguiendo las siguientes recomendaciones (AG)⁴⁴:</p> <ul data-bbox="512 1040 1426 1469" style="list-style-type: none"> • Se realizará observación clínica de su evolución ya que algunas lesiones pueden resolverse de forma espontánea. Se tendrá en cuenta que pueden tardar hasta 6 semanas en cicatrizar. • Se considerará el tratamiento tópico con enjuagues bucales de corticoides en caso de múltiples aftas pues ayudará a reducir el dolor e inflamación. • Si no responde al tratamiento tópico se podrá considerar el tratamiento con corticoides sistémicos por períodos cortos o inmunomoduladores (AG). • En caso de no responder a ninguno de los tratamientos anteriores y haya obstrucción significativa o dolor intratable, se podrá considerar la intervención quirúrgica tras evaluación por el profesional de cirugía maxilofacial (AG). <p data-bbox="443 1496 1426 1857">15.11 El seguimiento de las aftas mayores se realizará en AP excepto en los casos (AG):</p> <ul data-bbox="512 1551 1426 1857" style="list-style-type: none"> • Lesiones que no responden al tratamiento convencional. • Presencia de síntomas sistémicos que sugieran una enfermedad subyacente más grave. • Sospecha de malignidad en lesiones que persisten más allá de lo esperado. • Se sugiere que cualquier úlcera que no cicatrice en un período de 10 a 14 días se derive a atención hospitalaria (odontología AH/maxilofacial según disponibilidad).

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="248 192 284 220">15º</p> <p data-bbox="180 247 355 506">PLAN DE TRATAMIENTO, PLAN DE CUIDADOS Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p data-bbox="180 629 355 697">LESIONES DE MUCOSA ORAL</p>	<p data-bbox="384 192 1359 302">15.12 El seguimiento de las lesiones relacionadas con procesos infecciosos de la mucosa oral de etiología bacteriana, vírica y/o fúngica será acorde a las recomendaciones de la Guía PRAN y sus actualizaciones (<i>Recomendación Guía PRAN</i>)⁸.</p> <p data-bbox="384 329 1359 439">15.13 Para úlceras traumáticas se gestionará cita de seguimiento a las dos semanas para ver si desaparece la causa o en caso contrario se gestionará derivación a cirugía maxilofacial.</p> <p data-bbox="384 466 1359 615">15.14 Después de la confirmación histopatológica de una lesión benigna (Anexo 1), se considerará realizar controles periódicos para asegurar la completa cicatrización y descartar recidivas. La frecuencia de estas revisiones variará según el criterio clínico.</p> <p data-bbox="384 641 1359 833">15.15 Se considerará gestionar cita de seguimiento para lesiones con displasia localizadas extirpadas por completo y grado de displasia leve (leucoplasia) a criterio del profesional y fomentar la autoexploración del paciente para que consulte si aparecen nuevas lesiones en los períodos entre revisiones o una vez dada el alta en odontología de AP.</p> <p data-bbox="459 860 1359 1009">15.15.1 En casos de lesiones con displasia epitelial o consideradas potencialmente malignas, se sugiere un seguimiento más estrecho, siempre a criterio del profesional. Posteriormente, la frecuencia puede ajustarse según la estabilidad de la lesión y la ausencia de progresión.</p> <p data-bbox="384 1036 1359 1105">15.16 En el liquen plano oral blanco estriado asintomático confirmado mediante biopsia se considerará revisión anual en atención primaria (<i>AG</i>).</p> <p data-bbox="384 1132 1359 1201">15.17 Se podría considerar el seguimiento compartido entre atención primaria y hospitalaria en los siguientes casos (<i>AG</i>)³⁵:</p> <ul data-bbox="459 1228 1359 1835" style="list-style-type: none"> • TOPM con lesiones muy extensas con afectación de varias localizaciones de cavidad la cavidad oral, con aparición frecuente de lesiones nuevas o aspecto de lesiones cambiante y no abandono de hábitos de riesgo, mala higiene oral, etc. • LPO erosivo muy extenso con lesiones cambiantes o con difícil control de síntomas cuando no funcionan los tratamientos tópicos o sistémicos habituales o que precisen biopsias repetidas • Queilitis actínica tratada en el hospital : revisión a criterio del profesional en AH o AP. Se deben remitir de nuevo si presentan nuevas lesiones sospechosas o ulceraciones labio que persistan más de 2 semanas. • En pacientes que hayan recibido tratamiento previo de cáncer de cavidad oral (quimio o radioterapia) se debe fomentar la autoexploración y deben consultar con su dentista en AP si aparecen nuevas lesiones en los períodos entre revisiones hospitalarias.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 192 347 220">15º</p> <p data-bbox="240 247 416 506">PLAN DE TRATAMIENTO, PLAN DE CUIDADOS Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>	<p data-bbox="443 192 1426 416">15.18 El resto de lesiones de mucosa oral que hayan sido tratadas desde cirugía maxilofacial se considerará el seguimiento por cirugía maxilofacial u odontología de AP en función de las características anatomopatológicas de la lesión, individualizándose en cada paciente para favorecer, en la medida de lo posible, mejor accesibilidad y coordinación entre ambas unidades, para garantizar la continuidad asistencial (AG).</p> <p data-bbox="443 443 1426 629">15.19 (i) Se informará al paciente y/o familiares, guardador de hecho o tutores legales en caso de menores no emancipados y representante legal o quien ejerza la curatela en caso de incapacidad de los resultados del seguimiento dejando constancia en la HS y/o SIPAD y se gestionará la próxima cita de seguimiento según criterio del profesional de odontología (AG).</p>

DENOMINACIÓN	REALIZACIÓN DEL TEST DE CARIES EN PACIENTES ≤15 AÑOS
FÓRMULA	Número de pacientes ≤15 años con diagnóstico de caries (Atención Primaria (AP) o Atención Hospitalaria (AH) con registro en historia clínica de test de caries x100/ Número de pacientes atendidos ≤15 años (AP o AH) por diagnóstico de caries en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes ≤15 años con diagnóstico de caries con registro en historia clínica de test de caries.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	El test de caries ayuda a identificar el riesgo de caries que presenta el paciente y establecer recomendaciones para prevenir evolución a un riesgo mayor. La identificación del riesgo de caries es básica para la planificación del tratamiento y seguimiento individualizado del niño, es por ello una actividad esencial en la primera consulta de cada niño.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de caries que acuden a A. Primaria o A. Hospitalaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes-infoweb-SIPAD.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES CON CARIES
FÓRMULA	Número de pacientes con administración de antibióticos para tratar caries (AP o AH) x100/ Número de pacientes a los que se les diagnostica caries (AP o AH) en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	No está recomendado el tratamiento con antibióticos para la caries dental.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	No está recomendado la el tratamiento con antibióticos para la caries dental.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de caries atendidos en A. Primaria o A. Hospitalaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes-SIPAD.
PERIODICIDAD	Anual.



DENOMINACIÓN	REALIZACIÓN DE TAC PARA PACIENTES CON 3Ms INCLUIDOS
FÓRMULA	Número de pacientes con 3Ms incluidos y necesidad de extracción dental y con realización de TAC (AP o AH) x100/ Número de pacientes con 3Ms incluidos y necesidad de extracción dental (AP o AH) en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	No está indicado realizar TAC de forma rutinaria en los casos de extracción de 3 Ms incluidos.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	No está recomendado realizar TAC de forma rutinaria en los casos de extracción de 3 Ms incluidos.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de 3Ms incluidos y necesidad de extracción dental atendidos en AP o AH.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes-SIPAD.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	REGISTRO EN HISTORIA DEL RIESGO DE OSTEONECROSIS PREVIO A EXTRACCION DENTAL
FÓRMULA	Número de pacientes con registro del riesgo de osteonecrosis previo a extracción dental (AP o AH) x100/ Número de pacientes atendidos (AP o AH) con necesidad de extracción dental en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con diagnóstico de inclusión dentaria y necesidad de extracción dental con registro del riesgo de osteonecrosis.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	La identificación del riesgo de osteonecrosis permite tomar decisiones sobre cambio de tratamiento relacionado con dicho riesgo o demorar la extracción dental en caso de ser posible así como informar de posibles complicaciones relacionadas con la osteonecrosis tras la extracción dental.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de caries/enfermedad periodontal que acuden a AP o AH.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	USO DE ANTIBIÓTICOS PREVIO A EXTRACCIÓN DENTAL
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de pacientes con administración de antibióticos previo a extracción dental (AP o AH)} \times 100}{\text{Número de pacientes a los que se le realiza extracción dental (AP o AH) en el mismo período de tiempo.}}$
DEFINICIÓN	No está recomendado la profilaxis con antibióticos de forma sistemática previa a la extracción dental.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	No está recomendado la profilaxis con antibióticos de forma sistemática previa a la extracción dental.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que requieren extracción dental, atendidos en AP o AH.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	VALORACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO ANTE TRAUMA DENTAL
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de pacientes con trauma dental y valoración de violencia de género (AP o AH)} \times 100}{\text{Número de pacientes atendidos (AP o AH) con trauma dental en el mismo período de tiempo.}}$
DEFINICIÓN	Pacientes con trauma dental y valoración de violencia de género
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	La valoración de violencia de género es primordial ante situaciones de traumatismos.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de trauma dental que acuden a AP o AH.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	BIOPSIAS REALIZADAS EN PACIENTES CON LESIONES ORALES BENIGNAS
FÓRMULA	Pacientes con lesiones orales benignas a los que se les ha practicado biopsias en el SSPA X100 /Pacientes con lesiones orales benignas en el SSPA en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con con lesiones orales benignas, a los que se les practica biopsias en el SSPA.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	Conocer este dato nos permite conocer el éxito del sistema cuando se produce patología a nivel público. La realización de la biopsia ayuda a confirmar el diagnóstico por anatomía patológica y clasificar la lesión como benigna o potencialmente maligna permitiendo una mejor actuación clínica en función del resultado.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con lesiones orales benignas que acuden al SSPA.
FUENTE DE DATOS	Infoweb-SIPAD.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	REGISTRO EN HISTORIA DEL GRADO DE AFECTACIÓN PERIODONTAL
FÓRMULA	Número de pacientes con registro de estadio y grado de enfermedad periodontal (A Primaria o A Hospitalaria) x100/ Número de pacientes atendidos (AP o AH) con diagnóstico de enfermedad periodontal en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal y registro en historia de estadio y grado.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	La identificación del estadio I-IV y grado A-C ayudan a identificar actuaciones concretas, como la adecuación del uso racional del medicamento (administración de antibióticos sólo en grado IV de enfermedad periodontal), la predicción del curso clínico y de la información para el paciente y sus familiares.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal que acuden a A. Primaria o A. Hospitalaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes-SIPAD.
PERIODICIDAD	Anual.

Anexo 1. Lesiones de mucosa oral benigna en población pediátrica y adulta.

Fuente: adaptado de Falgás Franco, J. Patología bucal. Pediatr Integral 2015; XIX (1): 13-20.

1. Estomatitis aftosa

Descartar procesos sistémicos

- 1.1. Síndrome de Behçet (aftas orales con ulceraciones genitales, lesiones cutáneas y oculares).
- 1.2. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa
- 1.3. Gastritis crónica atrófica
- 1.4. Neutropenia cíclica
- 1.5. Síndrome de Reiter
- 1.6. Síndrome de fiebre periódica (aftosis, faringitis y adenitis)
- 1.7. Síndrome de Sweet o dermatosis neutrófila aguda febril.
- 1.8. Alteraciones hematológicas, como: déficit de hierro, ácido fólico y vitamina B12
- 1.9. Déficit vitamínico: con disminuciones de B1, B2 y B6.
- 1.10. Déficit de zinc.

2. Enfermedades infecciosas

- 2.1. Gingivoestomatitis herpética
- 2.2. Herpes recurrente oral
- 2.3. Herpangina
- 2.4. Enfermedad Boca-Mano-Pie
- 2.5. Mononucleosis infecciosa
- 2.6. Candidiasis orales
- 2.7 Virus Papiloma Humano



3. Enfermedades de tejidos blandos

3.1. Épulis

3.2. Papiloma oral

3.3. Mucocele

4. Variaciones de la mucosa normales

4.1. Manchas de Fordyce

4.2. Perlas de Epstein y nódulos de Bohn.

4.3. Mordiscatio insensibilis

4.4. Lengua dentada

4.5. Lengua geográfica

4.6. Lengua escrotal

4.7. Lengua vellosa

5. Lesiones traumáticas de la mucosa oral

6. Lesiones ampollosas de origen autoinmune: Eritema Multiforme, Penfigos y Penfigoides

Anexo 2. Intervenciones a medir (NIC) y resultados deseados (NOC).

NIC	NOC
1710 Mantenimiento de la salud bucal	0308 Autocuidados: higiene oral
Fomentar la salud bucal	1100 Salud oral
Manejo del dolor	Integridad tisular: piel y membranas mucosas
Restablecimiento de la salud bucal	
Manejo de la nutrición	

Anexo 3. Semividas de las HBPM

Fuente: Fichas técnicas de los medicamentos en la AEMPS.

Nombre de la HBPM	Semivida (h)
Bemiparina rango 2.500 UI a 12.500 UI	entre 5 y 6 horas aprox
Dalteparina: tras su inyección i.v.: tras la administración s.c.:	2 horas; 3-4 horas. La vida media se prolonga en los pacientes urémicos.
Enoxaparina:	Semivida tras dosis única SC: 5 horas aprox. Semivida tras dosificación repetida: hasta aproximadamente 7 horas.
Tinzaparina	La vida media es de aproximadamente 3,7 horas. Insuficiencia renal; La vida media observada de una inyección iv en bolo en pacientes en diálisis fue de unas 2,5 horas.

Anexo 4. Recomendaciones de interrupción y/o reinicio con ACODs ante intervenciones bucodentales relacionadas con los siguientes problemas: inclusiones dentarias, caries, enfermedad periodontal, lesiones de mucosa, trauma dental.

Fuente: adaptado de [Fichas técnicas de los medicamentos en la AEMPS](#).

- Vivas J et al. Manejo perioperativo y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT, AEU. RevEspCardiol. 2018;71(7):553-5643

Procedimientos invasivos o quirúrgicos en pacientes que no tengan alto riesgo de hemorragia y que se espera que cualquier sangrado producido sea mínimo, no-crítico por la localización o fácilmente controlable:

Procedimientos relacionados con caries: obturaciones, sondaje periodontal,

Procedimientos relacionados con trauma dental: corona, reconstrucción.

Procedimientos diagnósticos incluye sondaje periodontal (**caries-enf periodontal**).

- Odontología conservadora (obturaciones, reconstrucciones).
- Endodoncias, apicectomías, resecciones radiculares.
- Procedimientos de cirugía oral (exodoncias convencionales o complejas, alveoloplastias, vestibuloplastias, escisión tejidos blandos, frenectomía, exéresis de tumores o quistes excepto malignos 1,25 cm, cirugía preprotésica).
- Procedimientos de periodoncia (raspado y alisado radicular, tartrectomías, cirugías periodontales resectivas, regenerativas o mucogingivales).
- Implantología convencional.
- Técnica de regeneración simultáneas o diferidas a la colocación de implantes.

A la hora de decidir si se debe retrasar un procedimiento, debe evaluarse el aumento del riesgo de hemorragia frente a la urgencia de la intervención.

DABIGATRÁN*	APIXABÁN	EDOXABÁN	RIVAROXABÁN
Interrumpir al menos 24 horas antes.	Discontinuar al menos 24 horas.	Interrumpir lo antes posible y preferiblemente un mínimo de 24 horas antes.	Interrumpir por lo menos 24 horas antes.

Intervenciones/procedimientos **urgentes** que no se pueden retrasar.

Se debe evaluar y sopesar el riesgo de hemorragia frente a la urgencia de la intervención.

DABIGATRÁN*	APIXABÁN	EDOxabÁN	RIVAROXABÁN
<p>Si se estima interrumpir temporalmente el tratamiento:</p> <p>Tomar las precauciones apropiadas, teniendo en consideración el riesgo aumentado de sangrado.</p> <p>Si se necesitara una reversión rápida del efecto anticoagulante, está disponible el idarucizumab para adultos, no habiéndose establecido la eficacia y seguridad en pacientes pediátricos.</p> <p>El tratamiento con dabigatrán se puede reiniciar 24 horas después de la administración de idarucizumab, si el paciente está clínicamente estable y se ha alcanzado una hemostasia adecuada.</p>	<p>Si se estima interrumpir temporalmente el tratamiento*:</p> <p>Reiniciar apixabán tan pronto como sea posible, siempre que la situación clínica lo permita y se haya establecido una hemostasis adecuada.</p> <p>*En pacientes con fibrilación auricular que requieran una ablación por catéter, se puede mantener el tratamiento con apixabán</p>	NI	<p>Si se estima interrumpir temporalmente el tratamiento:</p> <p>Reiniciar lo antes posible la administración de ribaroxabán, siempre que la situación clínica lo permita y se haya establecido una hemostasia adecuada.</p>

NI: no información en la ficha técnica.

***Tabla 1: Pautas de interrupción antes de procedimientos invasivos o quirúrgicos para pacientes adultos según la función renal**

Función renal (ACr en ml/min)	Se debe suspender dabigatrán antes de una cirugía programada.	
	Alto riesgo de sangrado o cirugía mayor	Riesgo estándar
≥ 80	2 días antes	24 horas antes
≥50-<80	2-3 días antes	1-2 días antes
≥30-<50	4 días antes	2-3 días antes (> 48 horas)

Tabla 2: Pautas de interrupción antes de procedimientos invasivos o quirúrgicos para pacientes pediátricos

(TFGe en ml/min/1,73m ²)	Suspender dabigatrán antes de una cirugía programada.
>80	24 horas antes
50-80	2 días antes
<50	No se ha estudiado a estos pacientes (ver sección 4.3).

Anexo 5. Hoja de información al paciente tras exodoncia.

RECOMENDACIONES TRAS UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA BOCA

Hoy se ha llevado a cabo en usted una intervención quirúrgica, y para su conocimiento y ayuda, se le entregan las siguientes instrucciones para los próximos días.

- **Generalidades:** Para evitar hemorragias, muerda fuerte durante una hora la gasa que se le ha puesto sobre la herida. “No conduzca” vehículos mientras duren los efectos de la anestesia. Evite en los próximos días “grandes esfuerzos” corporales, y reduzca sus actividades deportivas.
- **Cuidado bucal:** El día de la operación NO debe enjuagarse la boca. A partir del 2º día enjuáguese con agua de sal (en un litro de agua hervida o embotellada disuelva una cucharada sopera rasa de sal), sobre todo tras las comidas para mantener siempre limpia la herida quirúrgica. Se aconseja el enjuague con un colutorio de clorhexidina al 0,12% tres veces al día tras la retirada de los puntos. El cepillado de los dientes puede hacerse a partir del 2º día evitando rozar la herida quirúrgica con el cepillo.
- **Comidas:** El 1º día tomará una dieta líquida y fría. A partir del 2º día tomará dieta blanda. El 3º/4º día su dieta será la habitual. No debe comer mientras dure el efecto de la anestesia.
- **Alcohol:** Debe evitarse el 1º día.
- **Tabaco:** Evite fumar hasta la retirada de los puntos.
- **Hemorragias:** Es normal que en las primeras horas rezume algo de sangre mezclada con saliva. Si no cede el sangrado, empape una gasa con agua oxigenada, escúrrala y muérdala en la zona de la herida durante una hora. No permanezca acostado, sino ligeramente incorporado. Si el sangrado no cede o es muy abundante acuda al servicio de urgencias.
- **Dolor:** Cuando note que van pasando los efectos de la anestesia y antes de que comience el dolor, tome la primera dosis de analgésico recetada. Tómela regularmente los dos primeros días y después sólo en caso de dolor.
- **Inflamación:** Es normal que aparezca inflamación después de la cirugía. La cantidad de inflamación depende de la disposición individual, de la zona operada, así como del tipo de cirugía. Disminuye el desarrollo de la inflamación la aplicación de compresas frías (hielo en paños o embolsado) sobre la zona intervenida con periodos de descanso cada 10 minutos. Cuanto antes inicie su aplicación será más eficaz, y se emplea sólo el 1º día.
- **Antibiótico:** Lo tomará, en caso de que el médico lo haya considerado necesario, tal y como se le haya prescrito. Su finalidad es dificultar que se desarrolle una infección postoperatoria.
- **Puntos:** Si ha recibido puntos de sutura, estos deberán ser retirados, a la semana de la cirugía, por **el dentista de su centro de salud.**



Anexo 6. Ejercicios para fortalecer la musculatura de la articulación temporomandibular: activos, pasivos o contra-resistencia

Fuente: [Fisioterapia en el paciente con bruxismo: Recomendaciones y ejercicios](#)

1. Ejercicios de movilidad y estiramiento

Estos ejercicios están diseñados para mejorar el rango de movimiento y reducir la rigidez en la ATM.

- Apertura y cierre controlado:
 - Siéntate con la espalda recta.
 - Abre la boca lentamente hasta donde sea cómodo y luego ciérrala suavemente.
 - Repite 5-10 veces, 2-3 veces al día.
- Estiramiento de la mandíbula:
 - Coloca la punta de la lengua en el paladar, justo detrás de los dientes frontales superiores.
 - Abre la boca lentamente, manteniendo la lengua en su lugar, hasta sentir un estiramiento suave.
 - Mantén la posición durante 5-10 segundos y luego cierra la boca.
 - Repite 5-10 veces, 2-3 veces al día.

2. Ejercicios de fortalecimiento

Estos ejercicios ayudan a fortalecer los músculos de la mandíbula, lo que puede mejorar la estabilidad de la ATM.

- Resistencia con la mano:
 - Coloca el puño debajo de la barbilla.
 - Presiona suavemente hacia arriba con el puño mientras intentas abrir la boca.
 - Mantén la resistencia durante 5-10 segundos y luego relaja.
 - Repite 5-10 veces, 2-3 veces al día.
- Movimiento lateral con resistencia:
 - Coloca la mano en un lado de la mandíbula.
 - Intenta mover la mandíbula hacia ese lado mientras aplicas una ligera resistencia con la mano.
 - Mantén la posición durante 5-10 segundos y luego relaja.
 - Repite 5-10 veces en cada lado, 2-3 veces al día.

3. Ejercicios de relajación

Estos ejercicios están diseñados para reducir la tensión muscular y promover la relajación de la mandíbula.

- Relajación de la mandíbula:
 - Siéntate o acuéstate en una posición cómoda.
 - Deja que la mandíbula cuelgue ligeramente abierta, sin forzar.
 - Respira profundamente y relaja los músculos de la mandíbula y el cuello.
 - Mantén esta posición durante 5-10 minutos, 2-3 veces al día.
- Masaje de los músculos maseteros:
 - Coloca los dedos índices y medios sobre los músculos maseteros (los músculos que se sienten en las mejillas cuando aprietas los dientes).
 - Realiza movimientos circulares suaves durante 1-2 minutos.
 - Repite 2-3 veces al día.

4. Ejercicios de coordinación

Estos ejercicios ayudan a mejorar la coordinación y el control de los movimientos de la mandíbula.

- Movimiento de la mandíbula en “S”:
 - Abre la boca lentamente y mueve la mandíbula hacia un lado, luego hacia el otro, dibujando una “S” en el aire.
 - Repite 5-10 veces, 2-3 veces al día.
- Movimiento de la mandíbula en círculos:
 - Abre la boca ligeramente y mueve la mandíbula en círculos pequeños, primero en una dirección y luego en la otra.
 - Repite 5-10 veces en cada dirección, 2-3 veces al día.

5. Ejercicios de postura

- Corrección de la postura de la cabeza:
 - Siéntate o párate con la espalda recta.
 - Imagina que hay un hilo que tira de la coronilla hacia el techo, alargando la columna vertebral.
 - Mantén esta posición durante 5-10 minutos, 2-3 veces al día.

- Estiramiento del cuello:
 - Inclina la cabeza hacia un lado, llevando la oreja hacia el hombro.
 - Mantén la posición durante 15-30 segundos y luego cambia de lado.
 - Repite 2-3 veces en cada lado, 2-3 veces al día.

Anexo 7. Seguimiento de traumatismos dentales en población pediátrica (0-15 años)

Fuente: adaptado de:

- Bourguignon C, Cohenca N, Lauridsen E, Flores MT, O'Connell AC, Day PF, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol. 2020;36(4):314-330. doi: [10.1111/edt.12578](https://doi.org/10.1111/edt.12578)
- Fouad AF, Abbott PV, Tsilingaridis G, Cohenca N, Lauridsen E, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol. 2020;36(4):331-342. doi: [10.1111/edt.12573](https://doi.org/10.1111/edt.12573)
- Krastl G, Weiger R, Filippi A, Van Waes H, Connert T. European Society of Endodontology position statement: endodontic management of traumatized permanent teeth. Int Endod J. 2021;54(9):1473-1481. doi: [10.1111/iej.13543](https://doi.org/10.1111/iej.13543)

Luxaciones

- **Concusión (traumatismo sin fractura):**

Radiografía inicial: periapical ± oclusal

Revisiones: 2-4 semanas, 6-8 semanas, 6 meses, 1 año

- **Subluxación:**

Radiografía inicial: periapical ± oclusal

Revisiones: 2 semanas, 6-8 semanas, 6 meses, 1 año

- **Extrusión:**

Radiografía inicial: periapical+ oclusal

Revisiones: 2 semanas, 6-8 semanas, 6 meses, 1 año, anual hasta 5 años

- **Luxación lateral:**

Radiografía inicial: periapical + oclusal

Revisiones: 2 semanas, 4 semanas, 6-8 semanas, 6 meses, 1 año, anual hasta 5 años

- **Intrusión:**

Radiografía inicial: PA + oclusal

Revisiones: 2 semanas, 4 semanas, 6-8 semanas, 6 meses, 1 año, anual hasta 5 años

- **Avulsión:**

Radiografía inicial: PA + oclusal

Revisiones: 2 semanas, 4 semanas, 3 meses, 6 meses, 1 año, anual ≥5 años

Fracturas

- **Fractura esmalte/dentina sin exposición pulpar**

Revisiones: 6-8 semanas, 6 meses, 1 año

- **Fractura complicada esmalte/dentina con exposición pulpar**

Revisiones: 6-8 semanas, 3 meses, 6 meses, 1 año

- **Fractura corona-raíz**

Radiografía inicial: periapical + oclusal

Revisiones: 1-2 semanas, 4 semanas, 6-8 semanas, 6 meses, 1 año

- **Fractura radicular**

Radiografía inicial: periapical múltiples angulaciones + oclusal

Revisiones: 4 semanas, 6-8 semanas, 4 meses, 6 meses, 1 año, anual hasta 5 años

- **Fractura alveolar**

Radiografía inicial: periapical + oclusal

Revisiones: 4 semanas, 6-8 semanas, 4 meses, 6 meses, 1 año

ACOD:	Anticoagulantes de acción directa
AETSA:	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
AG:	Acuerdo de Grupo
AH:	Atención Hospitalaria
AP:	Atención Primaria
ATM:	Articulación Temporomandibular
AVK:	Antivitamina K
CAOD:	Cariados, Ausentes por caries, Obturados, Dientes
CDI:	Conducto dentario inferior
CI:	Consentimiento Informado
EBAP:	Equipo Básico de Atención Primaria
EVA:	Escala Visual Analógica
GPC:	Guía de Práctica Clínica
GRADE:	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
HAS-BLED:	<i>Hypertension-Abnormal renal/liver Function, Stroke, Bleeding, Labile INRs, Elderly, Drugs/alcohol</i>
HS:	Historia de Salud
INR:	<i>International Normalized Ratio</i>
IP:	Índice de placa
IS:	Índice de sangrado
KCE:	<i>Belgian Health Care Knowledge Centre</i>
LPO:	Liquen plano oral
MRNOJ:	<i>Medication related osteonecrosis of the jaw</i>
NDI:	Nervio dental inferior
NIC:	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NICE:	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NOC:	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NUHSA:	Número de historia de salud de Andalucía

OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPG:	Ortopantomografía
PICO:	Paciente/Población, Intervención, Comparación y <i>Outcome</i>
PMPR:	<i>Professional Mechanical Plaque Removal</i>
PRAN:	Plan Nacional Frente a la Resistencia a los Antibióticos
PADI:	Programa de Asistencia Dental Infantil de Andalucía
RVA:	Registro de Voluntades Anticipadas
SECIB:	Sociedad Española de Cirugía Bucal
SEPA:	Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración
SIGN:	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SIPAD:	Sistema de Información para la Prestación Asistencial Dental
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SSPA:	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TAC	Tomografía axial computarizada
THTC:	Tomografía computarizada de haz cónico
TOPM:	Trastornos orales premalignos
USPSTF:	<i>United States Preventive Services Task Force</i>

Bibliografía

1. American Academy of Pediatric Dentistry. *Guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents* [Internet]. 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_CariesRiskAssessment.pdf
2. Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB). Diagnóstico e indicaciones para la extracción de los terceros molares: guía de práctica clínica (actualización 2023) [Internet]. 2023 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/11/gpc_626_terceros_molares_secib_compl.pdf
3. French good practice guidelines regarding third molar removal: indications, techniques, methods. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2020;121(4):418-29. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2020.05.026>
4. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 4º ed. Sevilla: Junta de Andalucía; [Internet] [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://corazonessinmiedo.es/wp-content/uploads/2024/05/2024_Protocolo_Andaluz_VG.pdf
5. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Salud bucodental. [Internet]. 2024 [actualizado 6 may 2025; citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/iv-otros-servicios/2-otros-servicios-prestados-en-dispositivos-de-apoyo/21-salud-bucodental>
6. International Association of Dental Traumatology (IADT). *Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries* [Internet]. IADT; 2020 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://iadt-dentaltrauma.org/guidelines-and-resources/guidelines/>
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Suspected cancer: recognition and referral*. NG12 [Internet]. London: NICE; 2015 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Capítulos de odontología de la Guía Terapéutica PRAN del SNS. Actualización 2024 [Internet]. 2024 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/abordaje-de-procesos-de-la-cavidad-bucal>
9. Sanz M, Matesanz P, Blanco J, Bujaldón A, Figuero E, Molina A, et al. Tratamiento de la periodontitis en estadios I-III – Guía de práctica clínica de nivel S3 de la EFP. [Internet]. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración; 2020 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/03/gpc_608_periodontitis.pdf
10. Consejo General de Dentistas de España. Atlas de Salud Bucodental en España, 2022 [Internet]. Consejo General de Dentistas de España; 2022 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://consejodentistas.es/publicaciones/atlas-de-salud-bucodental-2022-una-llamada-a-la-accion>

11. Junta de Andalucía. V Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Escolar en Andalucía 2022 [Internet]. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; 2024[citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/v_estudio_epidemiologico_salud_oral_escolares_andaluces.pdf
12. Herrera D, Sanz M, Shapira L, Brotons C, Chapple I, Frese T, et al. *Association between periodontal diseases and cardiovascular diseases, diabetes and respiratory diseases: Consensus report of the Joint Workshop by the European Federation of Periodontology (EFP) and the European arm of the World Organization of Family Doctors (WONCA Europe)*. *J Clin Periodontol*. 2023;50(6):819-41. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13807>
13. Casals Peidró E, García Pereiro MA. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental [Internet]. RCOE; 2024[citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://scispace.com/pdf/guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-y-tratamiento-no-3lr9eofwhz.pdf>
14. *American Dental Association. Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity: A report of the American Dental Association* [Internet]. *J Am Dent Assoc*; 2017 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28958308/>
15. *US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening and Interventions to Prevent Dental Caries in Children Younger Than 5 Years: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. *JAMA*. 2021;326(21):2172-2178. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.20007>
16. *US Preventive Services Task Force, Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmon D, Coker TR, et al. Screening and Preventive Interventions for Oral Health in Children and Adolescents Aged 5 to 17 Years: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. *JAMA*. 2023;330(17):1666-1678. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.21408>
17. *US Preventive Services Task Force, Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmon D, Coker TR, et al. Screening and Preventive Interventions for Oral Health in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. *JAMA*. 2023;330(18):1773-1785. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.21409>
18. Herrera D, Sanz M, Kerschull M, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T et al. Tratamiento de la periodontitis en estadios IV- Guía de práctica clínica de nivel S3 de la EFP. [Internet]. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración; 2022 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/03/gpc_621_periodontitis_sepo_compl.pdf
19. Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB). Cirugía bucal en pacientes con trastornos de la coagulación [Internet]. Sociedad Española de Cirugía Bucal; 2023 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/03/gpc_622_cirugia_bucal_trastornos_coagulacion_secib_compl.pdf
20. Chapple I, Mealey BL, Van TE et al. *Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of Workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions*. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S74-84. doi: <https://doi.org/10.1002/JPER.17-0719>

21. Wenzel A. *Radiographic modalities for diagnosis of caries in a historical perspective: from film to machine-intelligence supported systems*. *Dentomaxillofac Radiol*. 2021; 50(5):20210010. doi: <https://doi.org/10.1259/dmfr.20210010>
22. Asociación Española de Pediatría. Guía de utilización de analgésicos y antiinflamatorios en pediatría [Internet]. Madrid: AEP; 2022[citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.aeped.es>
23. American Academy of Pediatric Dentistry. *Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. The reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago. American Academy of Pediatric Dentistry; 2025:487-96[citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_PulpTherapy.pdf
24. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP). *Management of dental patients taking anticoagulants or antiplatelet drugs: dental clinical guidance*. 3rd ed. [Internet]. Dundee: NHS Education for Scotland; 2022 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.sdcep.org.uk/media/hkthqm0b/sdcep-anticoagulants-guidance-methodology-2022.pdf>
25. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. *Oral health management of patients at risk of medication-related osteonecrosis of the jaw: dental clinical guidance* [Internet]. Dundee: NHS Education for Scotland; 2017 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.sdcep.org.uk/media/m0ko0gng/sdcep-oral-health-management-of-patients-at-risk-of-mronj-guidance-full.pdf>
26. Gady J, Fletcher MC. *Coronectomy: indications, outcomes, and description of technique*. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2013;21(2):221-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cxom.2013.05.008>
27. Wright C, Mistry V, Smyth J, Ning Saik W, Iknes N, Lamont T. *The use of chlorhexidine in the prevention of alveolar osteitis after third molar extractions*. *Evid Based Dent*. 2018;19:18-9. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6401289>
28. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e investigación (IETSI). Seguro Social de Salud (EsSalud). Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones pulpares y periapicales en dentición permanente [Internet]. 2021[citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/10/GPC-Lesiones-pulpares_V.-Ext-Anexos.pdf
29. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 6th ed. Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell; 2021
30. Boletín Oficial del Estado (BOE). Resolución de 26 de diciembre de 2024, de la Subsecretaría, por la que se publica la quinta adenda de modificación al Convenio entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, la Mutualidad General Judicial y el Servicio Andaluz de Salud, para la prestación en zonas rurales de determinados servicios sanitarios a los mutualistas y demás beneficiarios adscritos a entidades de seguro de asistencia sanitaria concertada con dichas mutualidades [Internet]. BOE. 3 ene 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2025/01/03/pdfs/BOE-A-2025-122.pdf>
31. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Consejería de Salud y Consumo. Prestación asistencia dental infantil [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2025 [citado 23 dic 2025].

- Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/farmacia-y-prestaciones/prestacion-asistencia-dental-infantil>
32. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía de práctica clínica para el manejo de urgencia de los traumatismos dentoalveolares [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2023 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/12/Final-RE-GPC-TDA_2023_v3.pdf
 33. Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB). Guía de práctica clínica sobre leucoplasia oral como enfermedad premaligna: diagnóstico, pronóstico y tratamiento [Internet]. Madrid: SECIB; 2018 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_557_Leucoplasia_oral.pdf
 34. *Guideline Oral Cavity Cancer*. 2021;[Internet]. Berlin: AWMF; 2021 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://register.awmf.org/assets/guidelines/007_D_Ges_f_Mund-_Kiefer-_und_Gesichtschirurgie/007-1000Leng_S3_Long_version_oral_cavity_cancer_2021-11.pdf
 35. Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB). Guía de práctica clínica: atención odontológica al paciente con cáncer oral [Internet]. Madrid: SECIB; 2021 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/03/gpc_620_atencion_odontologica_cancer_oral_secib_compl.pdf
 36. Clarkson E, Hadioonzadeh R, Peters SM. *Treatment of oral dysplasia*. *Dent Clin North Am*. 2024;68(1):133-49. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2023.07.008>
 37. Hernández Osorio C, Fuentes Palma B, Cartes-Velásquez R. Queilitis actínica: aspectos histológicos, clínicos y epidemiológicos. *Rev Cubana Estomatol*. 2016 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000200008
 38. Trombelli L, Minenna L, Toselli L, Zaetta A, Checchi L, Checchi V, et al. Prognostic value of a simplified method for periodontal risk assessment during supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol*. 2017;44(1):51-7. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12645>
 39. *Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP). Prevention and treatment of periodontal diseases in primary care. 2nd ed. Dundee: NHS Education for Scotland; 2025 Nov* [Internet] [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.periodontalcare.sdcep.org.uk/>
 40. Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). Quirós Álvarez P, Monje Gil F, Vázquez Salgueiro E. Capítulo 19. Diagnóstico de la patología de la articulación temporomandibular (ATM). In: *Protocolos clínicos de la SECOM* [Internet]. Madrid: SECOM; 2014 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.secomcyc.org/wp-content/uploads/2014/01/cap19.pdf>
 41. *National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR), National Institutes of Health (NIH)*. Los trastornos temporomandibulares [Internet]. Bethesda (MD): NIH; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/los-trastornos-temporomandibulares>
 42. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. *Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/*

TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain Headache. 2014;28(1):6-27. doi:
<https://doi.org/10.11607/jop.1151>

43. Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP). Compilación del uso de la radiología en odontología por las sociedades científicas [Internet]. Madrid: SEOP; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2025/03/Radiologia-Indicaciones-y-pautas-en-el-paciente-infantil.pdf>
44. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Afta oral. Protocolo asistencial. Consulta de reorientación de la demanda [Internet]. Consejería de Salud y Familias; 2020 [citado 23 dic 2025]. Disponible en:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/afta_oral.pdf

