

4 COMPONENTES

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

Descripción general

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

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

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

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

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

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

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



Profesionales. Actividades. Características de calidad

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

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

Dentista de cabecera

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

Facultativos de AP y AE

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

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

4.1. Valoración médica.

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

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

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

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

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

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

5. Se derivarán al dentista:

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

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

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

Unidad de Atención al Usuario AP

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

Dentista de cabecera/Facultativo de AP y AE

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

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

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

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

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

12.1. Dentífricos fluorados (Grado de recomendación A).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5. Aplicación de barniz de clorhexidina.

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

4. Tratamientos restauradores de las lesiones de caries dental.

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

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

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

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

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

6.2. Exodoncia en diente temporal.

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

6.3. Abscesos causados por lesiones de caries dental.

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

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

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

Dentista de cabecera

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

Recursos. Características generales.

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

Unidades de soporte

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