

Destinatario:

Fecha:

N/ Ref.: MSGE/

Asunto: Programa de evaluación de la calidad en la prestación odontológica en clínicas dentales.- NICA:

Estimado Sr/Sra.

En el Plan de Inspección de Servicios Sanitarios para los próximos dos años, se plantea entre otros objetivos, el de evaluación de la calidad en la prestación odontológica en clínicas dentales.

Dado que su centro fué inspeccionado por este servicio el pasado año , y con el fin de interrumpir lo menos posible su actividad profesional, entendemos que no resulta necesario realizar una nueva visita por parte de este servicio. No obstante para poder completar la información requerida por el citado programa, se le remite parte del protocolo de actuación donde deberá cumplimentar los datos necesarios relativos a la cartera de servicios, la actividad del centro durante el año 2017 y la encuesta sobre prescripción antibiótica.

Una vez cumplimentada esta documentación **deberá remitirla** al Equipo Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, sita en Avda. María Auxiliadora, núm. 2 – 11009 de Cádiz, indicando el **número NICA**.

Esperando su máxima colaboración, nos ponemos a su disposición para aclararle cualquier duda al respecto.

EL DIRECTOR DE LA INSPECCIÓN
PROVINCIAL DE SERVICIOS SANITARIOS,

Fdo.: Manuel Seris-Granier Escolar.



**PROGRAMA DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD EN LAS
CLÍNICAS DENTALES
(Revisadas 2016 – 2017)**

CENTRO:

NICA:

NOTA: Si el titular es una franquicia, se pondrá el nombre de la misma y el nombre del Director Técnico.

Cartera de servicios.

| Cartera de Servicios | Oferta | |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| Exodoncia de terceros molares. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ortodoncia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugía protésica y/o reconstrucción alveolar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugía periapical. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugía periodontal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantología. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantes de tejido óseo (U.96). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Biopsias. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sedación intravenosa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sedación con óxido nitroso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plasma rico en plaquetas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programa atención bucodental infantil. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros (especificar). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Personal.

| | Número |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Número de odontólogos/estomatólogos/cirujanos maxilofaciales estables que realizan actividad en el Centro. | |

| | Número |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Número de odontólogos/estomatólogos/cirujanos maxilofaciales ocasionales que realizan actividad en el Centro y actividad que realizan. | |

| | SI | NO | N/A |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Implantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ortondoncias. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cirugía Oral. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Actividad del Centro.

| Relación de actividades del año 2017 | Número |
|--------------------------------------|--------|
|--------------------------------------|--------|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| Número de pacientes a los que se les han realizado implantes. | |
| Número de pacientes a los que se les ha realizado extracciones cordales. | |
| Número de pacientes sometidos a tratamientos de ortodoncias. | |
| Número de pacientes a los que se le ha aplicado sedación con óxido nitroso. | |
| Número total de asistencias realizadas a pacientes adultos. | |
| Número total de asistencias prestadas a población infantil (≤ 14 años). | |

Área de prescripción y profilaxis antibiótica

El Consejo Oficial de Colegios de Dentistas de Andalucía ha firmado un convenio de colaboración con la Consejería de Salud, el convenio **PIRASOA**, para extender el programa a todos sus colegiados. En la guía de referencia del programa PIRASOA para los tratamientos antibióticos en infecciones extrahospitalaria, figura un capítulo titulado "Tratamiento de infecciones bucales y odontógenas".

Para conocer la situación actual del uso de los antibióticos en las consultas dentales, solicitamos la cumplimentación por parte del odontólogo de la siguiente tabla: informe sobre el tipo de tratamiento antibiótico, la pauta y la duración respecto de una serie de procesos que a continuación se detallan, **no siendo obligatorio el uso de los mismos en todos los casos.**

| Procesos | ¿Está indicado tratamiento antibiótico? | Antibiótico de elección | Pauta y duración del tratamiento |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Pulpitis SIN signos de infección | | | |
| 2. Pulpitis CON signos de infección | | | |
| 3. Absceso periapical SIN signos de infección | | | |
| 4. Absceso periapical CON signos de infección | | | |
| 5. Periodontitis y gingivitis ulcerativa necrotizantes | | | |
| 6. Periodontitis crónica | | | |
| 7. Absceso periodontal SIN manifestaciones sistémicas de infección | | | |
| 8. Absceso periodontal CON manifestaciones sistémicas de infección | | | |
| 9. Pericoronaritis | | | |
| 10. Periimplantitis | | | |
| 11. Profilaxis antibiótica antes de realizar un implante | | | |

FIRMA DEL TITULAR DEL CENTRO