



**MEMORIA FINAL PROYECTO DE INNOVACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD
DOCENTE CONVOCATORIA 2017-2018**

PROYECTO NÚMERO: 228

**“DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS
CLÍNICAS DE CIRUGÍA BUCAL”**

RESPONSABLE DEL PROYECTO: MARÍA ISABEL LECO BERROCAL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UCM

DEPARTAMENTO ESPECIALIDADES CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVOS PROPUESTOS EN LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO:

El título del proyecto de innovación que aquí se presenta es “Desarrollo de una herramienta de evaluación de las prácticas clínicas de cirugía bucal”.

El presente trabajo se inició durante finales del curso 2016-2017 y el curso actual (2017-2018) en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, en el Departamento de Estomatología III (llamado actualmente Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas al fusionarse con el Departamento de Estomatología IV), contando también con profesorado del Departamento de Restauradora y Prótesis Bucofacial.

Los participantes en este proyecto fueron ocho miembros, seis profesores y dos alumnos, de grado (quinto curso) y de postgrado (Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Facultad de Odontología UCM).

Los **objetivos principales** planteados al inicio de este proyecto fueron:

- **Objetivo 1.-** La elaboración de unas Guías Clínicas de los procedimientos más habituales en las prácticas clínicas de Cirugía Bucal I y II, la anestesia dental y la exodoncia.
- **Objetivo 2.-** La creación de unas rúbricas de evaluación para estos dos procedimientos odontológicos, que todos los estudiantes y profesores conocerán, lo que aportará a la evaluación objetividad, fiabilidad y coherencia.

Como **objetivos secundarios** se plantearon:

- **Objetivo 3.-** Conseguir el consenso de la mayoría de profesores implicados en la docencia de las asignaturas donde se realizan estas prácticas (Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas). Así como la colaboración de profesorado del otro Departamento de nuestra Facultad (Departamento de Restauradora y Prótesis Bucofacial).
- **Objetivo 4.-** Contar con la colaboración en el desarrollo de las rúbricas de evaluación de los alumnos de grado y postgrado, con la finalidad de conocer sus inquietudes y conseguir una mayor fiabilidad de nuestra rúbrica.

2. OBJETIVOS ALCANZADOS:

Los objetivos alcanzados con este trabajo los podemos describir en dos apartados, de acuerdo a los objetivos principales y secundarios planteados:

2.1.- Objetivos principales:

Objetivo 1.- En este apartado de objetivos principales hemos elaborado unos protocolos de actuación ante dos de los tratamientos más frecuentes en odontología, la anestesia dental y la exodoncia. El desarrollo de la guía ha hecho hincapié, no solamente en la técnicas de ambos procedimientos, que vienen reflejadas en la mayoría de los libros recomendados en la formación del grado de odontología, sino en la importancia del historial médico del paciente, indicaciones, contraindicaciones y las medidas preventivas necesarias en determinados pacientes (ver tablas resúmenes 1 a 11 de Guías Clínicas en anexos).

Hay que destacar la revisión de la bibliografía más actualizada que se ha realizado, así como las interconsultas con profesionales médicos y sociedades científicas (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología).

Objetivo 2.- Todo lo anterior nos ha servido para se crearan unas rúbricas de evaluación, de manera que los estudiantes puedan seguir una guía que les marque cuáles son los objetivos de su desempeño, facilitándoles el aprendizaje y su propia autoevaluación, a la vez que el profesorado aumenta la objetividad en el proceso de evaluación (Figuras 1 y 2, ver anexos).

2.2.- Objetivos secundarios:

Objetivo 3.- En cuanto a los objetivos secundarios que se plantearon, se ha alcanzado la colaboración de la mayoría de profesores del Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas que imparten docencia en las asignaturas partícipes en los procedimientos, sobre los que se han realizado las Guías Clínicas y rúbricas de evaluación, e incluso los no participantes en este proyecto han colaborado y supervisado ambos documentos. Además de contar con la participación de dos profesores del Departamento de Odontología Conservadora y Prótesis.

Objetivo 4.- La colaboración de los miembros del proyecto correspondiente al grupo de alumnos de grado y postgrado ha sido una importante aportación en el desarrollo del mismo. Ambos han participado en las reuniones de consenso y han colaborado en la elaboración de las rúbricas y de las Guías Clínicas, respectivamente.

3. METODOLOGÍA SEGUIDA EN EL PROYECTO:

Para conseguir estos objetivos hemos contado con la participación de profesores de las asignaturas de Cirugía Bucal I y II (Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas) y de profesores de otros Departamentos (Odontología Conservadora y Prótesis) con el fin de alcanzar un mayor consenso y calidad en la elaboración de esta herramienta de evaluación. Además de la participación de estudiantes de grado y postgrado, que colaboraron en las reuniones de consenso aportando mayor objetividad y fiabilidad a nuestra herramienta.

Toda la información para la confección de las Guías Clínicas se extrajo de libros de texto de consulta de odontología y medicina, así como las publicaciones más recientes al respecto.

Para conseguir los objetivos propuestos el método que se siguió fue el siguiente:

1º Para la elaboración de las Guías Clínicas se constituyeron dos grupos de trabajo de profesores, uno para cada uno de los procedimientos, anestesia dental y exodoncia.

En este apartado colaboraron, principalmente, las profesoras M^a Isabel Leco Berrocal e Isabel Fernández-Tresguerres Hernández-Gil. Una vez realizadas las guías se realizó una puesta en común y consenso, con el resto de profesores y estudiantes participantes en el proyecto, en primer lugar, y posteriormente con los profesores del Departamento responsables de las asignaturas Cirugía Bucal I y II.

2º Elaboración de una rúbrica de evaluación: se realizó una rúbrica para cada procedimiento definido en los objetivos, por parte del profesorado integrante del proyecto. Posteriormente se procedió a la calibración de cada apartado de la rúbrica de manera individual y, a continuación, se realizó una puesta en común con los participantes del proyecto y, finalmente, con el profesorado del Departamento, responsable de las asignaturas anteriormente mencionadas.

4. RECURSOS HUMANOS:

Este proyecto ha sido realizado por profesores de las asignaturas de Cirugía Bucal I y II, así como profesores del Departamento Odontología Restauradora y Prótesis, y dos alumnos, uno de grado (5º curso) y uno del Máster de Cirugía Bucal e Implantología.

Mª Isabel Leco Berrocal (responsable del Proyecto), profesora a tiempo completo (contratado doctor desde febrero de 2018) que realizó el diseño y coordinación del proyecto. Encargada de la organización y coordinación de los grupos de trabajo.

Isabel Fernández-Tresguerres Hernández-Gil, profesora a tiempo completo (contratado doctor) y responsable de la asignatura de Implantología fue la coordinadora de la elaboración de las Guías Clínicas.

Cristina Barona Dorado, profesora a tiempo completo (contratado doctor) y **Carmen López Carriches** (profesor asociado a tiempo parcial hasta octubre de 2017) colaboraron en la realización de las rúbricas de evaluación y en las reuniones de consenso.

Susana David Fernández, profesora asociada a tiempo parcial del Departamento de Odontología y Prótesis colaboró en las reuniones de consenso y puesta en común.

Mª Amparo Pérez González, profesora asociadas a tiempo parcial del Departamento de Odontología y Prótesis colaboró al inicio del proyecto, participando en la primera reunión y puesta en marcha, por razones personales causó baja, posteriormente, en la Universidad.

José Daniel López Navarro, alumno de grado de 5º curso de Odontología, participó en las reuniones de consenso y la elaboración de las rúbricas, realizó una presentación del trabajo (comunicación oral) en el XIII Congreso de Investigación para Estudiantes Pregraduados de Ciencias de la Salud. XVII Congreso de Ciencias Veterinarias y Biomédicas.

Francisco González Fernández-Tresguerres, alumno de 2º curso del Máster de Cirugía Bucal e Implantología, participó en las reuniones de consenso y en la elaboración de las Guías Clínicas.

Rafael Baca Pérez Bryan y José Mª Martínez González, profesores titulares del Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas y responsables de la asignaturas Cirugía Bucal I y II colaboraron en la revisión de las rúbricas de evaluación.

5. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES:

Las actividades realizadas para la ejecución de este proyecto las podemos desarrollar en las siguientes fases:

1ª Fase: INICIO Y DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO:

Mayo 2017.- Se realizó la primera reunión entre la responsable y alguno de los miembros del equipo para poner en común la idea que ya se tenía y que era inquietud de bastantes profesores, la realización de unas rúbricas de evaluación de las prácticas clínicas de Cirugía Bucal. En ese momento se pensó que una rúbrica tenía que estar apoyada en una guía que tanto alumno como profesor pudieran consultar. En esta reunión se concretó la realización de este proyecto y se marcaron los objetivos principales y secundarios del mismo.

Junio de 2017.- Primera reunión entre todos los integrantes del proyecto para concretar un plan de ejecución y establecer las fases de trabajo.

Julio de 2017.- Segunda reunión de los profesores integrantes del proyecto, donde se marcaron los objetivos del desarrollo de las Guías Clínicas

2ª Fase: ELABORACIÓN DE LAS GUÍAS CLÍNICAS:

Septiembre de 2017.- Se realizaron varias reuniones de las profesoras, M^a Isabel Leco Berrocal e Isabel Fernández-Tresguerres Hernández-Gil, para concretar la amplitud de las Guías Clínicas y consensuar las fuentes bibliográficas consultadas.

Octubre y noviembre de 2017.- Se inició la elaboración de las Guías Clínicas. Durante estos meses se realizaron varias reuniones entre los profesores responsables de este trabajo.

Enero de 2018.- Se presentaron las Guías Clínicas a todos los participantes del proyecto y tras la puesta en común se consideraron como válidas.

En la guía de anestesia dental se incluyeron anexos de las patologías locales y sistémicas, así como de los tratamientos médicos de los pacientes que vayan a ser sometidos a dicha técnica, que pueden implicar contraindicación o la toma de precauciones previo al tratamiento.

En la guía de extracción dentaria se insiste, principalmente, en el diagnóstico que en muchas ocasiones debe ser multidisciplinar, antes de proceder a la extracción dentaria, debido a las repercusiones funcionales, estéticas, psicológicas, sociales y económicas que están implícitas para el paciente. A su vez quedan reflejadas las pautas de profilaxis antibiótica de endocarditis bacteriana, portadores de prótesis articulares, pacientes en tratamiento con anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios, con medicamentos inductores de osteonecrosis y pacientes sometidos a quimioterapia y radioterapia de cabeza y cuello.

Consiguiendo unas guías que siendo breves aportan la información práctica necesaria tanto a profesores como estudiantes de nuestra Facultad.

3ª Fase: CREACIÓN DE LAS RÚBRICAS DE EVALUACIÓN:

Febrero 2018.- Una vez presentadas las Guías Clínicas, y siendo consensuadas y aceptadas por todos los profesores, se procedió a la creación de las rúbricas de evaluación.

Se comenzó a calibrar cada uno de los pasos requeridos en cada procedimiento, anestesia dental y exodoncia, para ello participaron todos los profesores integrantes del proyecto. Cada docente reflejó el valor que consideraba que tenía cada uno de los pasos del procedimiento a evaluar. Posteriormente, se calculó la media de todos los valores y se obtuvo un valor final.

Marzo de 2018.- Una vez realizada la calibración de las rúbricas por el profesorado integrante del proyecto, se procedió a la colaboración de los estudiantes. Se realizó una reunión con ellos y una vez analizadas sus sugerencias, se realizaron algunas modificaciones, no en la calibración, sino en el texto explicativo que acompañaba a la rúbrica.

Abril y mayo de 2018.- Durante estos meses las profesoras M^a Isabel Leco Berrocal e Isabel Fernández-Tresguerres Hernández-Gil, revisaron ambos documentos y pusieron en común con los profesores responsables de las asignaturas Cirugía Bucal I y II durante el curso 2017/18. Ambos aportaron sugerencias que se incluyeron en los documentos.

4º Fase: VISIBILIDAD:

Abril de 2018.- Presentación de una comunicación oral, por el alumno José Daniel López Navarro, en el XIII Congreso de Investigación para Estudiantes Pregraduados de Ciencias de la Salud. XVII Congreso de Ciencias Veterinarias y Biomédicas.

Septiembre de 2018.- Se realizará su publicación oficial en el Campus Virtual para los alumnos de 4º y 5º curso, así como para el todo el profesorado responsable de las prácticas clínicas de la Facultad de Odontología. En el segundo semestre, y una vez el alumno de tercer curso haya avanzado en el temario de la asignatura de Cirugía Bucal I, se publicará también en el Campus Virtual de esta asignatura.

Se iniciará el proceso para la realización de una publicación del trabajo, y se continuará con un nuevo proyecto (184 convocatoria 2018/19) para la valoración de la implantación del nuevo sistema de evaluación.

6. ANEXOS:

6.1.- RESUMEN GUÍA CLÍNICA DE ANESTESIA DENTAL:

Tabla 1. Contraindicaciones de los anestésicos locales

Problema médico	Fármacos a evitar	Tipo de contraindicación	Fármaco alternativo
Alergia a AL	AL tipo éster	Absoluta	AL tipo amida
Alergia a bisulfito	AL con A	Absoluta	AL sin A
Colinesterasa atípica	AL tipo éster	Relativa	AL tipo amida
Metahemoglobinemia congénita	Prilocaina Benzocaína	Relativa	Otras amidas
Hepatopatía grave ASA III-IV	Amidas	Relativa	Disminuir dosis
Nefropatía grave ASA III-IV	Amidas y ésteres	Relativa	Disminuir dosis
Cardiopatía grave ASA III-IV	AL con A 1/50.000 o A 1/80.000	Absoluta	AL con A 1/100.000 ó A 1/200.000 ó Mepivacaína
Hipertiroidismo no controlado	Adrenalina	Absoluta	Mepivacaína

AL: anestésico local; A: adrenalina

Tabla 2. Contraindicaciones absolutas de la adrenalina en la anestesia dental

Ingesta de cocaína 24 horas antes del tratamiento dental		
Ingesta de Anfetaminas en pacientes cardiovasculares		
Diabetes tipo 1 no controlada (ASA IV)		
Alergias a sulfitos		
Asma esteroideo-dependiente		
Feocromocitoma (por crisis HTA y arritmias)		
Hipertiroidismo no controlado (ASA IV)		
Cardiopatías:		
-Arritmias refractarias	-IAM < 6 m	-HTA (>100-180)
-Angina inestable	-By pass < 6 m	-Ictus <6 m

Tabla 3. Contraindicaciones relativas de la adrenalina en la anestesia dental

Beta-bloqueantes no cardio-selectivos, como propranolol y carvedilol (por riesgo de crisis HTA)
Antiparkinsonianos tipo ICOMT (riesgo de arritmias)
Anfetaminas (riesgo de arritmias)
Digoxina (riesgo de arritmias)
Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (arritmias y crisis HTA)
Anestesia general con halotano (arritmias)

Tabla 4. Número máximo de carpules por Kg de peso.

Peso (kg)	Lido 2%	Lido 2%+A 1/100.000	Mepi 3%	Arti 4% +A 1/100.000	Arti 4% + A 1/200.000	Bupi 0,5% +A 1/200.000
10	1,2	1,2	0,8	1	1	1,5
20	2,4	2,4	1,6	2	2	3
30	3,6	3,6	2,4	3	3	4
40	4,8	4,8	3,2	4	4	5
50	6	6	4	5	5	7,2
60	7,3	7,3	4,8	6	6	8
70	8,5	8,5	5,5	7	7	10
>70	8,5	8,5	5,5	7	7	10

Lido: lidocaína; Mepi: mepivacaína; Arti: articaína; Bupi: bupivacaína; A: adrenalina

6.2.- RESUMEN GUÍA CLÍNICA DE EXODONCIA:

Tabla 5.- Indicaciones de profilaxis de endocarditis bacteriana para procedimientos dentales

Condiciones cardiacas asociadas para las cuales se recomienda la profilaxis antibiótica de endocarditis para procedimientos dentales
Pacientes portadores de prótesis valvulares o material protésico utilizado para la reparación de una válvula cardiaca.
Pacientes con endocarditis infecciosa previa.
Pacientes con cardiopatía congénita (CHD): - CHD cianótica no reparada, incluyendo desviaciones y conductos paliativos - Defecto cardiaco completamente reparado con material protésico o dispositivo ya sea colocado por cirugía, por catéter, durante los primeros 6 meses después del procedimiento - CHD reparada con efectos residuales en el sitio o adyacentes al sitio del parche protésico o el dispositivo protésico (que inhibe endotelización)
NO SE RECOMIENDA PROFILAXIS: - En pacientes con daño valvular por fiebre reumática - Pacientes sometidos a cirugías de <i>bypass</i> y portadores de endoprótesis
AHA 2007; ESC 2015

Tabla 6.- Régimen de profilaxis antibiótica en procedimientos dentales

Régimen de dosis única 30 a 60 minutos antes del procedimiento			
Situación	Agente	Adultos	Niños
Oral	Amoxicilina	2gr VO	50mg/Kg
Incapaz de tomar medicación oral	Ampicilina o Cefazolina o ceftriaxona	2gr IM o IV 1gr IM o IV	50 mg/kg IM o IV 50 mg/kg IM o IV
Alérgico a penicilina o a ampicilina oral	Clindamicina o Azitromicina o claritromicina	600mg VO 500mg VO	20mg/Kg 15mg/Kg
Alérgico a penicilina y ampicilina e incapaz de tomar medicación oral	Clindamicina o Cefazolina o ceftriaxona*	600 mg IM o IV 1gr IM o IV	20 mg/kg IM o IV 50 mg/kg IM o IV

* Las cefalosporinas no deben administrarse en pacientes con antecedentes de anafilaxia, angioedema o urticaria a penicilina o ampicilina

Tabla 7.- Características de los ACOD

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
Nombre comercial	Pradaxa®	Xarelto®	Eliquis®	Lixiana®
Inhibición	Factor IIa	Factor Xa	Factor Xa	Factor Xa
Unión a proteínas	30-35%	90-95%	87-90%	55%
Excreción	Renal (80%)	Renal (66%)	Renal (25-30%)	Renal (35%)
Dializable	Sí	No	No	No
Posología	110 ó 150 mg/ 12 h	20 mg /día	2,5 mg/12 h	30-60 mg/día
Pruebas de laboratorio	Hemoclot Tiempo de ecarina	Heptest	Heptest	Heptest
Antídoto	Idarucizumab	Andexanet alpha	Andexanet alpha	Andexanet alpha

Tabla 8.- Medidas a tener en cuenta en exodoncias pre y post-radioterapia

<p>ANTES DEL TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deberán realizarse al menos tres semanas antes, de la radioterapia, salvo en situación de urgencia vital. - Se deben extraer todos los dientes con pronóstico cuestionable. - -A modo orientativo, y no imperativo, suele estar indicada la extracción en: <ul style="list-style-type: none"> o Restos radiculares o Lesiones avanzadas de caries que afecten al tejido pulpar, y lesiones periapicales cuando la conductoterapia o la restauración posterior a la misma tienen mal pronóstico o Bolsas periodontales mayores de 5 mm. o Movilidad de grado II / III o afectación de la furca. o Dientes impactados o en erupción o incompleta (los dientes incluidos si no producen alteraciones no se recomienda la extracción) - Se ha de valorar la motivación del paciente para cumplir las medidas preventivas, sin cuyo cumplimiento se ensombrece el pronóstico de supervivencia dentaria.
<p>DESPUÉS DEL TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda retrasar las exodoncias hasta unos 6 a 12 meses después de la radioterapia (realizar interconsulta y valorar realización en medio hospitalario). - Prescribir protección antibiótica de amplio espectro desde varios días antes de la extracción hasta dos semanas después. - La oxigenoterapia hiperbárica previa y posterior es útil para prevenir la osteorradionecrosis. - Debe valorarse el uso de PRP para favorecer la cicatrización de los tejidos blandos y permitir el cierre hermético

Tabla 9.- Características de los Bifosfonatos más comunes

Fármaco	Nombre comercial	Potencia	Nitrogenado	Vía
Etidronato	Didronel®	1	NO	VO
Clodronato	Bonefos®	10	NO	VO
Tiludronato	Skelid®	50	NO	VO
Alendronato	Fosamax® Fosavance®	1000	SÍ	VO
Ibandronato	Bonviva® Bondenza®	1.000	SÍ	VO IV
Risendronato	Actonel® Acrel®	1.000	SÍ	VO
Pamidronato	Aredia®	1000-5000	SÍ	IV
Zoledronato	Zometa®	10.000	SÍ	IV

VO: Vía oral; IV: intravenoso

Tabla 10.-Factores de riesgo relacionados con la aparición de ONM

BF IV
BF nitrogenados
Denosumab
RT
QT
Exodoncia
Infección activa
Enfermedad periodontal
Tratamiento con corticoides
Diabetes mellitus
Tabaco
Hipertiroidismo
Edad avanzada
Insuficiencia renal grave

BF:bifosfonatos; IV:intravenoso; RT:radioterapia; QT:quimioterapia

Tabla 11.-Recomendaciones en cirugía oral en pacientes que precisan tratamiento con Bifosfonatos

ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO	
Bifosfonatos orales	Es el momento óptimo para extraer dientes no restaurables
Bifosfonatos intravenosos	<ul style="list-style-type: none"> - Extraer los dientes periodontales con mal pronóstico a corto y medio plazo. - Extraer los dientes sin posibilidades de tratamiento restaurador
DURANTE EL TRATAMIENTO	
Bifosfonatos orales	<p>Menos de 3 años y ausencia de factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En tratamientos menores a 2 años el riesgo de ONM en tratamientos invasivos es mínimo. Deben realizarse las exodoncia y cirugías dentoalveolares necesarias. - En caso que el tratamiento vaya a continuar se deben realizar todas las exodoncias de los dientes con pronóstico dudoso. - En caso de tratamientos invasivos se deben indicar los enjuagues con clorhexidina previamente. <p>Menos de 3 años y presencia de factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se deben realizar las exodoncias y cirugías dentoalveolares, consideradas como urgencias médicas o dentales. - Ante la necesidad de tratamientos que conlleven la exposición ósea, es necesario valorar suspender los bifosfonatos durante 3 meses, siempre que la patología sistémica del paciente lo permita. Instaurar tratamiento antibiótico y enjuagues con clorhexidina 2 días antes de la intervención. Procurando el menor trauma y el cierre completo de la herida. - Debe valorarse el uso de PRP para favorecer la cicatrización de los tejidos blandos. - Se debe mantener la antibioterapia durante 1 semana y la clorhexidina 2 meses. - <p>Más de 3 años de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se adoptarán las mismas medidas que en el caso anterior.

Bifosfonatos intravenosos

Tratamientos contraindicados:

- Exodoncias y cirugías dentoalveolares, tratamiento periodontal quirúrgico. En caso de necesidad imprescindible de exodoncia se recomienda:
 - Remitir a centro hospitalario.
 - Administrar profilaxis con antibioterapia y clorhexidina y continuar el tratamiento antibiótico durante 2 semanas y dos meses la clorhexidina.
 - Se recomienda administrar AL sin VC o con baja concentración, con técnica troncular, evitando las técnicas infiltrativas, favoreciendo el sangrado del alveolo y realizando un cierre primario de la herida mediante sutura, eliminando previamente los bordes cortantes.

Después de finalizado el tratamiento:

- Evitar la cirugía al menos durante 10 años
- Control de la salud oral

ONM: osteonecrosis de los maxilares; PRP: plasma rico en plaquetas; AL: anestésico local; vasoconstrictor

VC:

6.3.- RÚBRICAS DE EVALUACIÓN DE ANESTESIA DENTAL Y EXODONCIA:

Figura 1.- Rúbrica de anestesia dental

CRITERIOS (Son 5 apartados y en cada uno puede obtener 2,1 ó 0 puntos, de manera que la puntuación máxima total es de 10)	Bien 2	Regular 1	Mal 0
HISTORIAL MÉDICO: Revisar cuestionario de salud y confirmar los antecedentes alérgicos del paciente, así como la patología médica, insistiendo en la patología cardiovascular , medicación y consumo de drogas.			
SELECCIÓN ANESTÉSICO: Selección del anestésico ideal en función del tratamiento a realizar y de los antecedentes médicos del paciente.			
ELECCIÓN TÉCNICA/ANATOMÍA: Reconoce las estructuras anatómicas que debe anestésiar, la inervación correspondiente, así como la técnica anestésica indicada y referencias.			
ORGANIZACIÓN/ POSICIÓN PACIENTE: Selecciona correctamente el instrumental necesario para realizar la técnica anestésica y coloca al paciente en la posición correcta.			
REALIZACIÓN TÉCNICA: Realiza correctamente la técnica anestésica, con aspiración, tiempo de administración, consiguiendo el éxito de la misma.			
PUNTUACIÓN TOTAL:			

Figura 2.- Rúbrica de extracción dentaria

CRITERIOS (Son 5 apartados y en cada uno puede obtener 2,1 ó 0 puntos, de manera que la puntuación máxima total es de 10)	Bien 2	Regular 1	Mal 0
HISTORIAL MÉDICO: Revisa el cuestionario de salud y confirma los antecedentes alérgicos del paciente, así como la patología médica reflejada en la guía clínica.			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO: Realiza correctamente el diagnóstico clínico y radiográfico, ofreciendo las posibilidades de rehabilitación tras el tratamiento.			
TÉCNICA ANESTÉSICA: Valoración según rúbrica de anestesia dental: 10ptos=2/9ptos=1,8/8 ptos=1,6/7 ptos=1,4/ 6ptos=1,2/5 ptos=1/4ptos=0,8/3 ptos=0,6/ 2 ptos=0,4/1pto=0,2/ 0ptos=0			
SELECCIÓN DEL MATERIAL Y ORGANIZACIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO: Reconoce el material necesario para cada extracción, lo organiza de manera ordenada y coloca al paciente en la posición correcta.			
REALIZACIÓN TÉCNICA: : (Cada apartado puede tener una puntuación máxima 0,2 puntos) <ul style="list-style-type: none"> - SINDESMOTOMÍA - LUXACIÓN - USO DE LA MANO OPUESTA - MOVIMIENTOS CON EL FÓRCEPS - TRACCIÓN - LEGRADO DEL ALVEOLO - SUTURA (solo si es necesario) - COMPRESIÓN CON GASA - NORMAS POSTOPERATORIAS: Explica correctamente las normas postoperatorias al paciente. - PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN: Sabe realizar la prescripción de medicación, en el caso que sea necesario. 			
PUNTUACIÓN TOTAL:			

BIBLIOGRAFÍA:

Abu-Mostafa N, Al-Showaikhat F, Al-Shubbar F, Al-Zawad K, Al-Zawad F. Hemodynamic changes following injection of local anesthetics with different concentrations of epinephrine during simple tooth extraction: A prospective randomized clinical trial. *J Clin Exp Dent* 2015; 7(4):e471-6.

Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma CJ. Cocaine and oral health. *Br Dent J* 2008; 204(7):365-9.

Calatayud, J. Anestésicos Locales en *Fármacos Esenciales en Odontología*. Editorial Pues. 2010; 24-41.

Cerrillo, A, Delgado A M. 2011. *Rúbricas para la orientación y la evaluación en entornos virtuales de aprendizaje*. En Las TIC al servicio de la docencia del Derecho en el marco del EEES. Carrizosa, P., Ballester J.I.C. Editorial. Huygens. 273-283.

Coello JA, Lledó E. Recomendaciones en la prevención y manejo de la ONM por BP. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública. 2013.

Cohen AT, Hamilton M , Mitchell SA, Phatak H , Liu X , Bird A , Tushabe D, Batson S. Comparison of the novel oral anticoagulants apixaban, dabigatran, edoxaban, and rivaroxaban in the initial and long-term treatment and prevention of venous thromboembolism: systematic review and network meta-analysis. *Plos One*. 2015;10(12):1-14.

Díaz L, Castellanos J. Prevención de la endocarditis infecciosa en Odontología. Nuevas recomendaciones sobre profilaxis antibiótica. *Rev Adm* 2007; 54(4):126-30.

Donado, M, Martínez, JM *Cirugía Bucal. Patología y Técnica*. Editorial Elsevier. 2014.

Elad S, Marshall J, Meyerowitz C, Connolly G. Novel anticoagulants: general overview and practical considerations for dental practitioners. *Oral Dis*. 2016; 22:23-32.

Fakhri HR, Janket SJ, Jackson EA, Baird AE, Dinnocenzo R, Meurman JH. Tutorial en la terapia antitrombótica oral: Biología e implicaciones dentales. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18:291-302.

Friedlander AH, Mahler M, Norman KM, Ettinger RL. Parkinson disease: systemic and orofacial manifestations, medical and dental management. *J Am Dent Assoc*. 2009; 140(6): 658-69.

Habib, G, Lancellotti, P, Antunes, M, Bongiorni, MG, Casalta, JP and al. 2015. *Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM)*. *Eur Heart J*. 36 (44): 3075–3128.

Harder S, Graff J. Novel oral anticoagulants: clinical pharmacology, indications and practical considerations. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013; 69:1617-33.

Khan AA, Morrison A, Hanley DA, Felsenberg D, McCauley LK, O’Ryan F et al. Diagnosis and Management of Osteonecrosis of the Jaw: A Systematic Review and International Consensus. *J Bone Miner Res*. 2015;30(1): 3-23.

Klingelhöffer C, Zeman F, Meier J, Eugen Reichert Y, Ettl T. Evaluation of surgical outcome and influencing risk factors in patients with medication-related osteonecrosis of the jaws. *J Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2016; 44:1694-99.

Lee J, Lee JY, Kim HJ, Seo KS. Dental anesthesia for patients with allergic reactions to lidocaine: two case reports. *J Dent Anesth Pain Med* 2016; 16(3):209-212.

Lee KJ, Park W, Pang NS, Cho JH, Kim KD, Kwak EJ. Management of hyperthyroid patients in dental emergencies: a case report. *J Dent Anesth Pain Med* 2016; 16(2):147-150.

Levi LE, Lalla RV. Dental Treatment Planning for the Patient with Oral Cancer. *Dent Clin North Am*. 2018 Jan;62(1):121-30.

Lopez-Jornet P, Arturo SP, Rui AM, Aurelio T. Medication-related osteonecrosis of the jaw: Is autologous platelet concentrate application effective for prevention and treatment? A systematic review. *J Craniomaxillofac Surg*. 2016; 44(8):1067-72.

Malamed, SF. *Manual de Anestesia Local*. Editorial Elsevier, España. 2013.

Martínez- González, JM. *Anestésicos y técnicas loco-regionales en Odontología*. Editorial Normon, España. 2011.

Martínez-López F, Oñate-Sánchez R, Arrieta- Blanco JJ, Oñate-Cabrerizo D, Cabrerizo-Merino MC. Procesos clínicos con riesgo trombótico y su tratamiento farmacológico: cómo afectan a la actitud terapéutica en los tratamientos odontoestomatológicos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014; 19:114-22.

Maroto O. Docencia de clínicas de Odontología: un acercamiento hacia el perfil de sus docentes. *Odvts-Int J Dent Sc*. 2011; 13:52-60.

Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, and al. 2011. *Criteria for good assessment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference*. *Med Teach*.33:206-214.

Popham WJ. 1997. *What is wrong-and what's right-with rubrics*. *Educational Leadership*.55: 72-75.

Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw – 2014 Update. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014;72: 1938-56.

Sanz, M. 2004. Agencia Nacional de Calidad y Acreditación. *Libro Blanco. Título de Grado de Odontología*.

Sendi P, Uçkay I, Suvà D, Vogt M, Borens O, Clauss M. Antibiotic prophylaxis during dental procedures in patients with prosthetic joints. *J Bone Jt Infect*. 2016;20(1):42-49.

Serrera Figallo MA, Velázquez Cayón RT, Torres Lagares D, Corcuera Flores JR, Machuca Portillo G. Use of anesthetics associated to vasoconstrictors for dentistry in patients with cardiopathies. Review of the literature published in the last decade. *J Clin Exp Dent* 2012; 4(2):e107-11.

Sollecito TP, Abt E, Lockhart PB, Truelove E, Paumier TM, Tracy SL, Tampi M, Beltrán-Aguilar ED, Frantsve-Hawley J. The use of prophylactic antibiotics prior to dental procedures in patients with prosthetic joints: Evidence-based clinical practice guideline for dental practitioners--a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc*. 2015; 146(1):11-16.e8.

Specia SJ, Boynes SG, Cuddy MA. Allergic reactions to local anesthetic formulations. *Dent Clin North Am* 2010; 54(4):655-64.

Wahl MJ. Dental Surgery and antiplatelets agents: bleed or die. *The American Journal of Medicine* 2014;127:260-67.

Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, Bolger A, Cabell CH, Takahashi M, Baltimore RS, Newburger JW, Strom BL, Tani LY, Gerber M, Bonow RO, Pallasch T, Shulman ST, Rowley AH, Burns JC, Ferrieri P, Gardner T, Goff D, Durack DT; American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; American Dental Association. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *J Am Dent Assoc.* 2007; 138(6):739-60.