



**MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO ASESORIA JURIDICA**

RESOLUCIÓN EXENTA N° _____/.

IQUIQUE,

VISTOS,

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2000, DEL Ministerio de Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; Lo dispuesto en el D.F.L N° 01/2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las Leyes Nros. 18.933 y 18.469; del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Resolución 7/2019 de la Contraloría General de la República; Decreto Afecto N°38/2018 del Ministerio de Salud; Resolución Exenta RA N° 425/9/2021 del Servicio de Salud Iquique, Protocolo resolutivo en Red, del proceso de referencia y Contra-referencia.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, el objetivo de los Protocolos Resolutivos en Red es fortalecer el trabajo y coordinación entre los distintos componentes de la Red Asistencial, estableciendo reglas y protocolos, para mejorar la pertinencia diagnóstica, la resolutivez en los distintos niveles y aumentar el número de altas en la especialidad.
- 2.- Que, se debe mejorar la integración y coordinación de los distintos niveles de atención de la Red Asistencial, primaria, secundaria y terciaria.
- 3.- Que, por necesidad de servicio se han generado nuevos Protocolos de Referencia y Contra-referencia, con formato actualizado a los Protocolos Resolutivos en Red

Especialidad	Protocolo	Fecha Elaboración
Implantología Oral	Rehabilitación Implantoasistida unitaria en pacientes sobre 19 años	Abril 2022

RESUELVO:

1° Apruébese el Protocolo Resolutivo en Red; elaborado y aprobado por el Consejo Integrador de la Red Asistencial del Servicio de Salud Iquique, que se detalla a continuación:



Especialidad	Protocolo	Fecha Elaboración
Implantología Oral	Rehabilitación Implantoasistida unitaria en pacientes sobre 19 años	Abril 2022

2.- El protocolo que mediante este acto se aprueba, se transcribe a continuación:



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
“REHABILITACION IMPLANTOASISTIDA UNITARIA
EN PACIENTES SOBRE 19 AÑOS”**

**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2022 – 2024**

<p>Elaborado por:</p>  <p>Nelson Herrera M. Rehabilitador Oral Especialista en Cirugía de Implantes Oseointegrados Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p>Fecha: Abril 2022</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Javiera Sánchez Alfaro Referente Odontológica Secundaria Servicio de Salud Iquique</p> <p>Valentina García Vergara Referente Referencia y Contrareferencia - Servicio de Salud Iquique</p> <p>Yukiko Kuwahara Aballay Jefa Unidad Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>Carlos Calvo Yáñez Subdirector de Gestión Asistencial Servicio de Salud Iquique</p> <p>Fecha: Mayo 2022</p>	<p>Aprobado por:</p>  <p>Carolina Oyarzabal Rojas Directora (S) Servicio de Salud Iquique</p> <p>Fecha: Junio 2022</p>
--	---	--

INDICE

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. MAPA DE RED.....	4
4. OBJETIVOS.....	7
5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN.....	7
6. RESPONSABLES.....	8
7. POBLACIÓN OBJETIVO.....	9
8. DEFINICIONES.....	11
9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	19

10. FLUJOGRAMA.....	27
11. INDICADOR	20
12. RESPONSABLE DE EVALUACIÓN.....	20
13. PLAN DE DIFUSIÓN	21
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
15. PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIO	22
16. ANEXOS	22

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

Los participantes en la elaboración y revisión del presente protocolo declaran no tener conflictos de interés. El documento está determinado por un valor primario, definido por razones profesionales y/o éticas, sin influencia de un segundo interés.

Se deja constancia que, saldadas las brechas de recursos físicos y administrativos, se realizarán gestiones para aumentar la canasta de prestaciones de la especialidad.

2. INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades bucales constituyen un importante problema de salud pública en nuestro país por su alta prevalencia e impacto negativo en la salud oral y sistémica de la población, afectando directamente su calidad de vida, disminuyendo la función masticatoria, la fonación y su vida social.

En Chile, según la GPC Salud Oral de 60 años, las personas mayores de 65 años se presentan de la siguiente manera en su condición oral:

- 33.8% desdentados totales.
- 65% tiene menos de 7 dientes.
- Menos del 1% conserva todos sus dientes.

Se ha podido observar que el daño y deterioro en la salud oral de los pacientes es acumulativo en el tiempo, por lo que estas cifras no son tan alentadoras en grupos etáreos menores.

Sumado a estos datos, se debe considerar que un 78% de la población chilena se atiende en el sistema público de salud, por lo que se hace indispensable ir sumando opciones terapéuticas contra el desdentamiento y dar lineamientos para fomentar una buena y oportuna derivación.

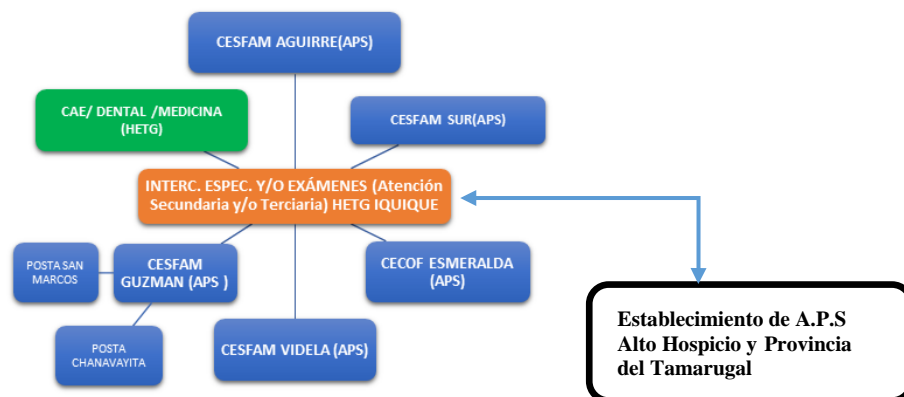
Al respecto surgen las rehabilitaciones implantoasistidas, las cuales se definen como aquellas rehabilitaciones protésica fijas o removibles que tienen como función recuperar la ausencia parcial o total de dientes por medio de la confección e instalación de una corona artificial o de un aparato protésico total el cual es retenido y/o soportado por implantes dentales. El presente documento estará enfocado a desarrollar los lineamientos para una derivación oportuna y pertinente de pacientes que requieran rehabilitaciones implantoasistida unitarias que mejoren el confort y calidad de vida de los mismos. El tratamiento para realizar consistirá en la instalación de un implante dental, el cual será posteriormente rehabilitado a través de una corona artificial, es decir una rehabilitación implantoasistida unitaria. Para tales efectos, los pacientes deben ser derivados y registrados en el *Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera SIGTE* en la especialidad de Implantología Oral, para posteriormente ser evaluados por el especialista Implantólogo Oral, quien coordinará y planificará, la resolución de cada caso.

3. MAPA DE RED.

Se ha confeccionado un mapa de red que aborda los distintos dispositivos de salud de la comuna de Iquique, incluidas las caletas de San Marcos y Chanavayita, pertenecientes a la Región de Tarapacá, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud oral de la población beneficiaria y donde el mecanismo técnico-administrativo, cuya función es mejorar la comunicación entre los dispositivos de salud existentes, para que el usuario fluya de manera adecuada, se denomina referencia y contrarreferencia.

En la presente modificación se han agregado los dispositivos de atención primaria de salud de las comunas de la provincia del Tamarugal, las cuales serán cubiertas por el nuevo Hospital de Alto Hospicio, cuando se ponga en marcha.

Figura 1: Mapa red: Comuna de Iquique + Dispositivos de APS de las comunas de provincia del Tamarugal



3.1 Definiciones:

- a. Sistema de Referencia y Contrarreferencia: es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
- b. Referencia (sinónimo de derivación): es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio y resolución integral del problema de salud.
- c. Contrarreferencia: es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.
- d. Protocolo de Referencia y Contrarreferencia: son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.
- e. Pertinencia: derivación de acuerdo a los protocolos de referencia y contrarreferencia de la red. Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:
 - i. No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: Esto ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contrarreferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
 - ii. No pertinencia por no respetar los criterios clínicos: de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

3.2. Modelo De Contraloría Clínica:

a. Funciones del Contralor en Establecimiento de Origen:

- i. Verificar que las solicitudes de interconsultas cumplan con la pertinencia Clínica y Administrativa según el protocolo establecido.
- ii. Verificar que el 100% de las solicitudes de interconsulta (SIC) incompletas o mal emitidas sean devueltas al odontólogo tratante, y se defina conducta sobre ellas.

- iii. Revisar que esté la totalidad de los datos administrativos y clínicos, fundamentos diagnósticos en concordancia con los protocolos y redes de derivación locales.

Según esto la solicitud puede ser:

- a. Validada: la solicitud continúa el proceso, pasando al estado "Ingreso" y luego enviada al Establecimiento de destino. (Referencia)
 - b. No Validada: en este caso la solicitud pasa al estado mal emitida, por ende, la solicitud es enviada al profesional tratante para que la solicitud sea reevaluada detallando la causa de no validación.
- iv. Evaluar si el diagnóstico y condición del usuario es pertinente según lo establecido en el protocolo de referencia y contrarreferencia vigente. En caso de no pertinencia, el contralor APS retroalimentará al dentista generador de la SIC la razón por la cual el usuario no podrá ser derivado. Además, el contralor deberá dejar constancia en ficha (papel) o sistema digital de registro de atención, el fundamento de la no pertinencia. El odontólogo que originó la interconsulta deberá comunicarle al paciente que su diagnóstico es de resolución y/o seguimiento en Atención Primaria. El contralor debe monitorear que esa información sea efectivamente entregada al usuario.
- v. Evaluar el registro del fundamento clínico y el resultado de los exámenes necesarios (radiografía periapical actualizada) para la derivación según lo establecido en el protocolo de referencia y contrarreferencia vigente. En caso de que en la solicitud de interconsulta no se describa adecuadamente el fundamento clínico o que los exámenes estén incompletos, el profesional contralor reenviará la SIC al profesional que la originó con las observaciones. El profesional emisor de la SIC deberá completar los datos faltantes remitiendo la Interconsulta. En caso de no estar disponible el profesional emisor de la SIC original y/o es prioritaria la derivación del paciente, el profesional contralor APS excepcionalmente, podrá reevaluar la interconsulta para completar los datos faltantes.
- vi. Velar por la correcta especialidad y establecimiento de destino. En el caso que una interconsulta sea derivada a una especialidad u Establecimiento de destino que no corresponda, de acuerdo con mapas de derivación vigentes, deberán ser redireccionadas por el contralor APS al momento de su revisión.
- vii. Capacitar y actualizar a los odontólogos de su establecimiento APS acerca del mapa de derivación y los protocolos de referencia y contrarreferencia vigentes.

b. Funciones del Contralor en Establecimiento de Destino:

- i Las SIC ingresadas al SIGTE, son revisadas, por Odontólogo Especialista Contralor, quien evalúa la pertinencia y asigna una priorización. El resultado de este paso puede ser:
 - Acepta la SIC, declarándose pertinente. la solicitud queda en estado “Pendiente Citación”, en forma paralela se le asigna una prioridad clínica a la solicitud.
 - Rechazada por Especialista: la solicitud queda “Egresada” de la Lista de Espera por No Pertinencia y es re-enviada al establecimiento de origen.
- ii Se deberá gestionar la agenda en base a la validación de la priorización de cada derivación según criterios indicados en este documento.
- iii Se deberán supervisar las derivaciones de las especialidades médicas u otras odontológicas, distintas a implantología, determinar su pertinencia y darle priorización, según corresponda.

4. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo General.

- Establecer criterios estandarizados de derivación y priorización de pacientes con requerimiento de rehabilitación protésica implantoasistida unitaria, mejorando la pertinencia de la referencia y contrareferencia entre los establecimientos de Atención Primaria (APS) y los dispositivos que están realizando rehabilitación oral implantoasistida en la región de Tarapacá.

4.2 Objetivos Específicos.

- Mejorar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria y secundaria.
- Entregar criterios de manejo y derivación de pacientes desdentados parciales o candidatos a serlo.
- Establecer los requisitos clínicos previos al ingreso del paciente al programa de rehabilitación implantoasistida unitaria.
- Establecer las recomendaciones para prevenir complicaciones posteriores al tratamiento y prolongar la vida útil de la rehabilitación.

5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN.

Este documento está dirigido a odontólogos generales, especialistas y otros profesionales de la salud que se desempeñan en los distintos niveles de la red pública de salud y establece los lineamientos para la derivación de pacientes desde los establecimientos de origen a los

establecimientos de salud que cuentan con cirujanos dentistas especialistas en Implantología Oral, con registro ante la Superintendencia de Salud.

El presente protocolo será de aplicación en el nivel primario y secundario, incluyendo: PSR: Posta Salud Rural; CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar; CESFAM: Centros de Salud Familiar; CAE del HETG: Consultorio Adosado de Especialidades de Hospital Ernesto Torres Galdames; CRO del HETG: Centro de Responsabilidad odontológica de Hospital Ernesto Torres Galdames.

Se debe considerar la difusión entre los equipos directivos, referentes técnicos y administrativos de gestión de lista de espera de los establecimientos que tengan que ver con el envío o recepción de las solicitudes de interconsulta (SIC).

6. RESPONSABLES.

6.1 Responsable de ejecución.

- Profesional odontólogo de APS es responsable de pesquisar, diagnosticar la patología, iniciar su tratamiento y derivar con consentimiento informado a los pacientes que cumplan con las características señaladas en este documento, previa revisión de la interconsulta por parte del odontólogo interfaz de su establecimiento.
- Profesional odontólogo especialista en implantología oral, es responsable de confirmar y/o descartar el diagnóstico, indicar, realizar tratamiento y seguimiento (en los casos que lo amerite según el criterio del implantólogo tratante), así como realizar la contrarreferencia a APS. El profesional especialista también aplicará criterios de priorización en la atención según caso clínico.

6.2 Responsable del monitoreo y evaluación.

- Odontólogo interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a nivel secundario, el correcto llenado de formulario de derivación y enviar finalmente la derivación.
- Odontólogo interfaz del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones recibidas por el establecimiento; con el objetivo de entregar la primera consulta de especialidad al usuario y velar por el cumplimiento de la contrarreferencia a APS; manteniendo informado del proceso al jefe de la Unidad Dental del establecimiento prestador.
- El funcionamiento del odontólogo interfaz de APS y odontólogo interfaz de nivel secundario serán monitoreados, por el referente odontológico de atención primaria y secundaria respectivos, del Servicio de Salud de Iquique (SSI) y por el Encargado de Referencia y Contrarreferencia del Departamento de Redes Hospitalarias de la Subdirección de Gestión Asistencial.

- Jefe de CRO es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar resultados de manera semestral al director(a) del HETG, al referente odontológico de secundaria del Servicio de Salud Iquique y al Encargado de Referencia y Contrarreferencia del Departamento de la Subdirección de Gestión Asistencial.

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

Beneficiarios Fonasa y/o PRAIS que se atiendan en el sistema público, con necesidad de tratamiento en la especialidad de implantología buco maxilofacial y que sea necesario tratar y/o derivar dentro de la red.

7.1 Criterios de Inclusión Generales

- Condiciones de derivación a especialidad:
 - a. Beneficiarios legales del seguro público de salud (FONASA), mayores de 19 años.
 - b. Pacientes que cuenten con alta odontológica integral realizada en la atención primaria y/o secundaria; para ello debe estar en las siguientes condiciones:
 - i. Libre de lesiones de caries no tratadas (idealmente comprobado con Rx Bite Wing).
 - ii. Paciente libre de restos radiculares y /o cualquier tipo de foco infeccioso
 - iii. Sin enfermedad periodontal o en control por periodoncista.
 - iv. Restauraciones directas o indirectas en buen estado.
 - v. Buen dominio de técnica de cepillado.
 - c. Pacientes que mantengan una actitud de colaboración y comunicación con el profesional y una buena higiene oral.
 - d. Pacientes ASA I y II, evaluados a través de exámenes clínicos y de laboratorio (hemograma completo, glicemia, pruebas de coagulación, ECG, éste último, en los casos necesarios).

7.2 Criterios de Inclusión Específicos.

- Paciente desdentado parcial con oclusión estable cuyo desarrollo y crecimiento óseo esté finalizado, libre de caries y restos radiculares.
- Pacientes periodontalmente sanos y sin patologías periapical de piezas remanentes.
- Espacio intermaxilar suficiente para el pilar y la restauración (igual o mayor a 8mm) y espacio interdentario a nivel radicular apropiado para la colocación del implante (mínimo 7mm)
- Debe tener un ancho óseo suficiente para contener implantes de un diámetro mínimo de 3,5 mm.
- En caso de que se requiera exodoncia, el especialista debe evaluar y decidir la eventual inserción inmediata del implante.

7.3 Criterios de Exclusión Generales.

- a. Pacientes sin interconsultas o con interconsultas no pertinentes según descripción de este protocolo.
- b. Pacientes con enfermedad base no compensada como hipertensión y/o diabetes (paciente ASA III). En ellos, se deberán realizar las maniobras de compensación médicas previo a la derivación. A su vez, cualquier condición y/o patología de base que contraindique una cirugía oral (ej. Pacientes irradiados en zona de cabeza y cuello).
- c. Usuario con alteraciones neuromotoras que le impidan mantener una actitud de colaboración y comunicación con el profesional.
- d. Presencia de trastorno psiquiátrico no compensado cuya exposición a la intervención pueda significar más riesgo que beneficio para el sujeto y/o tratante.
- e. Presentar deterioro cognitivo de gravedad moderada o severa, o cuyo compromiso interfiera la capacidad de cumplir el protocolo de intervención, es decir, que no permita la adhesión a las distintas etapas del tratamiento y/o al correcto desarrollo y cooperación requerida para esta por parte del usuario (entendiéndose Deterioro Cognitivo como la pérdida progresiva de funciones relacionadas con la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento de la información).
- f. Pacientes de difícil manejo debido a mal comportamiento con rasgos de violencia, que puedan ser una amenaza para el usuario interno y la infraestructura hospitalaria.
- g. Pacientes que presentan historia actual de tabaquismo severo (más de 10 cigarrillos diarios), abuso de alcohol y drogas.
- h. Pérdida dentaria mayor o igual a 5 dientes por arco dentario a rehabilitar. En caso de definir como opción terapéutica un arco acortado (extensión de la rehabilitación hasta primer molar o segundo premolar). No se considerarán en el conteo de dientes ausentes o aquellos que no serán rehabilitados. Ej: No se considerarán los 2° molares en el conteo de dientes ausentes si sólo se rehabilitará hasta 1° molares.
- i. A los pacientes irradiados en zona de cabeza y cuello se le podrán instalar implantes solo 6 meses después de la irradiación y hasta 18 meses después de haber sido irradiado, considerando aspectos como: mapa de irradiación, cantidad de irradiación, tipo de fuente de emisión entre otros.
- j. Uso de fármacos que aumenten el riesgo de osteonecrosis maxilar/mandibular (ej: bifosfonatos). Los pacientes que estén bajo tratamiento de bifosfonatos endovenosos no podrán ser candidatos a cirugía de implantes. Paciente con tratamiento de bifosfonatos orales, serán candidatos previa evaluación del tiempo de tratamiento, uso de fármacos concomitantes, suspensión de tratamiento, etc.

7.4. Criterios de Exclusión Específicos.

- a. Pacientes menores de 19 años, con desarrollo óseo aún incompleto.
- b. Bruxismo severo.

- c. Rebordes atróficos, con defectos óseos y reabsorción avanzada que no permita la instalación de un implante (evaluado por el especialista Implantólogo).
- d. Necesidad de cirugías complementarias para la ejecución (Elevación de seno maxilar, ROG de contorno, trasposición de nervio mandibular. Etc.).
- e. Presencia de patologías óseas en el sitio de colocación de los implantes (quiste residual, quiste retenido, osteoma, etc.)
- f. Oclusión desfavorable por pérdida de mesa oclusal posterior; compromiso de la dimensión vertical y/o falta de estabilidad oclusal.
- g. Patologías crónicas de la mucosa (leucoplasias, liquen plano, inflamación local) sin tratamiento.
- h. Todo paciente con insuficiente espacio para rehabilitación protésica, en sentido horizontal y vertical (distancia mesiodistal y cervicooclusal).
- i. Pacientes que presentan múltiples lesiones no cariosas como atrición, corrosión, abrasión, las que puedan o no comprometer su dimensión vertical (DV).

8. DEFINICIONES.

- Implantología: es aquella área de la odontología responsable del diagnóstico, pronóstico y ejecución del tratamiento del desdentamiento parcial y/o total de los maxilares y de secuelas a nivel de los componentes básicos del sistema estomatognático, a través de la retención y anclaje de los aparatos protésicos a implantes óseo integrados insertados en los maxilares
- Implante dental: un implante dental es un sustituto artificial de la raíz natural del diente. Se trata de una pieza de titanio, material biocompatible, que se integra al hueso. Gracias a esta fijación de titanio al hueso podemos reemplazar uno o más dientes perdidos.
- Pacientes desdentados totales y/o parciales: pacientes que han sufrido o sufrirán la pérdida total o parcial de sus piezas dentales y que, por razones funcionales, estéticas y/o mecánicas, necesiten de su rehabilitación protésica.
- Sobredentadura sobre implantes: la sobredentadura sobre implantes se puede definir como una prótesis total removible, mucosoportada (que combina soporte mucoso con el anclaje que ofrecen, los mismos), anclada normalmente sobre dos a cuatro implantes con el fin de mejorar el apoyo, la retención y la estabilidad.
- Mesa posterior o soporte oclusal posterior: se denomina así a la presencia de molares en las arcadas de un individuo, donde al entrar en contacto generan un tope para los maxilares y estabilidad oclusal.
- Espacio intermaxilar: medición de la altura facial anterior, en el plano frontal, tomada entre 2 puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, coincidentes con la línea media, uno en el maxilar superior y otro en la mandíbula.
- Pacientes ASA I: corresponde a los pacientes sanos, es decir, en ausencia de alteración orgánica, fisiológica, o psiquiátrica; sanos con buena tolerancia al ejercicio.

- **Pacientes ASA II:** corresponde a pacientes con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante, es decir, todo paciente sin limitaciones funcionales, que presenten una enfermedad bien controlada de un sistema corporal, por ejemplo, hipertensión o diabetes controlada sin efectos sistémicos, tabaquismo sin enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obesidad leve, entre otros.
- **Cresta alveolar residual:** parte del reborde mandibular que permanece después de desaparecer la apófisis alveolar tras la extracción de un diente.
- **Área interforaminal:** espacio comprendido entre los forámenes mentonianos, medido desde la porción más mesial del loop.

8.1. Cartera de prestaciones en nivel de especialidad.

- Confeción de guías radiográficas y quirúrgicas.
- Instalación quirúrgica de implantes.
- Aumento de reborde en base a ROG
- Rehabilitación fija sobre implantes

8.2. Criterios de priorización en implantología oral.

La prioridad de entrega de horas de tratamiento será:

- Prioridad Alta:** pacientes con traumatismo dentoalveolar de mal pronóstico con compromiso estético. Pacientes que durante su tratamiento en la especialidad de Implantología presenten sintomatología infecciosa y/o dolorosa. Pacientes GES cuya canasta involucre actividades de la especialidad
- Prioridad Media:** pacientes con complicaciones de aditamentos protésicos dentro de un plazo inferior a 4 meses desde la colocación del implantes o cirugía de conexión.
- Prioridad Baja:** pacientes con posibilidad de espera con ingreso de SIC en la web y entrega de hora programada de acuerdo con el criterio clínico de admisión en atención secundaria/terciaria.

8.3 Rendimiento estandarizados referenciales en contexto de no pandemia.

DETALLE PRESTACIONES IMPLANTOLOGÍA QUIRURGICO-PROTESICO: Implante Unitario			
	ACCIÓN	RENDIMIENTO	OBSERVACIÓN
CONSULTA NUEVA	Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección.	15	Registro de Alta de tratamiento en
	Control evaluación de exámenes y planificación de tratamiento. Tiempo de aseo, desinfección.	15	
	Cirugía implantes (Instalación implante unitario-injerto)	90	
	Control post cirugía, retiro sutura. Tiempo de aseo, desinfección.	15	

CONSULTA REPETIDA	Control clínico y radiográfico (3 meses). Tiempo de aseo, desinfección.	15	cirugía de implante
	Control clínico y radiográfico (5 meses). Procedimiento de conexión implante unitario. Tiempo de aseo, desinfección.	75	
	Inicio rehabilitación implantoasistida. Procedimiento de provisionalización de implante unitario. Tiempo de limpieza y desinfección.	45	
	Impresión implante, registro de mordida y antagonista. Tiempo de limpieza y desinfección.	30	
	Prueba pilares y casquete metálico, toma de color. Tiempo de aseo y desinfección	30	
	Prueba porcelana. Tiempo de aseo y desinfección.	30	
	Cementación corona sobre implante. Tpo. de aseo y desinfección.	60	
	Control evolución 1. Realizar la contrarreferencia a APS con indicaciones de seguimiento. Tpo. de aseo y desinfección	45	
CONSULTA REPETIDA	Control evolución 2. Tpo. de aseo y desinfección	45	
TOTAL		510 MINUTOS- 8.5 HORAS	

9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.

a. Condiciones clínicas de tratamiento previo en la APS

Alta en APS

En los centros de nivel primario de atención, se deberá realizar la resolución de tratamientos de Odontología general, que debiesen incluir:

- Examen de salud, instrucción de técnicas de higiene bucal, uso de pastas y colutorios fluorados.
- Profilaxis, destartraje y pulido coronario.
- Tratamiento de operatoria dental.
- Radiografía periapical de la zona a tratar.
- Evaluar el espacio intermaxilar e interdentario mínimo para la realización del tratamiento implantoasistido. Se requieren de 8 mm medidos desde el reborde residual hasta el plano de oclusión, que determina el largo para la corona implantoasistida, con un mínimo de 6mm. A su vez, se necesitan 7 mm de espacio interdentario (mesio-distal), el cual, determina el ancho de la corona implantoasistida.

Protocolo de procedimiento diagnóstico

El Especialista Implantólogo solicitará a todos los pacientes derivados y que se ajusten a los criterios de inclusión lo siguiente:

- Una evaluación de salud general mediante exámenes clínicos y de laboratorio que incluyan como mínimo: hemograma completo, glicemia, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, perfil lipídico y orina completa. Se solicitarán exámenes adicionales si es que el paciente presentara patologías que así lo ameriten.

- Evaluación imagenológica a través de *cone beam* (CBCT) para definir topografía y disponibilidad ósea y de esta forma determinar la factibilidad de ser intervenido mediante cirugía de instalación de implantes oseointegrados y, a su vez, establecer la priorización de casos.

b. Documentación requerida para la derivación

El sistema utilizado para la referencia odontológica es la solicitud de interconsulta (SIC). Esta corresponde a la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de menor a otro de mayor capacidad resolutive.

Todo paciente derivado a la especialidad Implantología Oral, debe contar con una solicitud de interconsulta (SIC) vigente en sistema SIGTE, que contemple:

- Fecha de la interconsulta.
- Nombre del paciente con los 2 apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- RUT
- Teléfonos de contacto (fijo y celular).
- Domicilio.
- Previsión beneficiario FONASA y TRAMO.
- Centro de Salud de origen.
- Especialidad a la que se deriva.
- Establecimiento de Salud destino de la interconsulta.
- Hipótesis diagnóstica y /o síntomas, signos: debe indicar la o las causas que justifican la derivación.
- Fundamentos del diagnóstico, anote aquí si existe alguna condición de priorización.
- Antecedentes mórbidos de importancia (hipertensión, diabetes, enfermedad renal u otro), fármacos usados por el paciente.
- Adjuntar Consentimiento Informado (anexo N°1), FIRMADO, CON COPIA AL PACIENTE Y AL ODONTÓLOGO INTERFAZ.
- Nombre, apellidos y RUT del Odontólogo que refiere.

Si la interconsulta no contara con el citado contenido mínimo, **será considerada como no pertinente** por parte del Odontólogo Interfaz de APS y/o nivel secundario.

Nota: Para asegurar la atención de especialidad, los usuarios deben portar carnet de identidad, carnet de Fonasa y estar informado del copago de acuerdo a su tramo FONASA.

- • Tramo A: 100% contribución estatal (0% copago paciente)
- • Tramo B: 70% contribución estatal (30% copago paciente)
- • Tramo C: 50% contribución estatal (50% copago paciente)

- • Tramo D: 20% contribución estatal (80% copago paciente)

c. Criterio de Alta de la especialidad:

i. Finalizado el tratamiento en la especialidad de implantología Oral:

1) Registro Alta REM: en el momento de la cirugía de instalación de implante

2) Alta Clínica:

- a) Satisfacción del paciente
- b) Aceptación por parte del paciente (estética si la involucra). Se sugiere en etapa de prueba de porcelana, realizar registro de conformidad del usuario.
- c) Correcta adaptación y ajuste de PFU implantoasistida en la etapa protésica
- d) Ausencia de contactos prematuros o interferencias.
- e) Ausencia de lesiones o inflamación en los tejidos circundantes.
- f) Oclusión estable.

ii. Por causa administrativa:

- 1) Causada por inasistencias reiteradas por parte del paciente a controles de tratamiento de implantología oral por un período igual o superior a 6 meses, pese a las estrategias de rescate por parte de la institución, las que deberán registradas en la ficha clínica del usuario.
- 2) Paciente que NO sigue instrucciones, que presenta mala higiene oral o que presente 3 INASISTENCIAS SEGUIDAS SIN JUSTIFICAR A TRATAMIENTO.
- 3) Paciente que No adhiere a tratamiento según normas establecidas.
- 4) Paciente que No cumple con requisitos de derivación.
- 5) Paciente que No cumple con criterios clínicos de derivación.
- 6) Paciente que rechaza tratamiento.

Estos casos deberán ser contrarreferidos a su establecimiento de origen indicando las razones del egreso administrativo.

9.1 Contrarreferencia:

La contrarreferencia es un documento obligatorio que debe entregar el especialista al usuario tratado y remitir a la Atención Primaria. Su propósito es mantener una comunicación fluida entre los distintos niveles de complejidad asistencial, mejorar el control del estado de salud del paciente posterior al tratamiento del especialista y evitar la reincidencia en la Lista de Espera Odontológica de la Especialidad de Implantología Oral.

Como requisito formal el documento debe contener:

- Nombre y logo del Establecimiento de Atención Secundaria de referencia.

- Fecha de confección del documento.
- Nombre completo del usuario referido, Rut, sus números telefónicos de contacto actualizados y domicilio.
- Nombre completo del odontólogo especialista tratante, Rut, Firma y Timbre.
- La contrarreferencia debe estar impresa o escrita en un lenguaje claro y en forma legible, con tinta que no pueda ser borrada.
- En caso de no cumplir con estos requisitos formales, la Atención Primaria podrá solicitar nuevamente la documentación al especialista tratante.

a. Tipos de Contrarreferencia:

i. Por No pertinencia

Si el especialista determina que no cumple con los criterios de inclusión, se debe emitir una contrarreferencia explicando en detalle la razón de no pertinencia. Este documento debe ser entregado al paciente y a la institución de origen para que puedan hacer la retroalimentación al odontólogo que generó la referencia.

ii. Por Tratamiento pendiente en APS

El especialista podrá contrarreferir al usuario solicitando las acciones clínicas que requiera al nivel primario usando formato FDI. Será responsabilidad del establecimiento de origen de referencia hacer el seguimiento del paciente para asegurar que este vuelva a completar su terapia con el especialista una vez finalizados los procedimientos de la Atención Primaria. Por lo tanto, la comunicación entre ambas partes debe ser efectiva para que el usuario no se pierda en el proceso.

El centro de salud de Atención Primaria deberá dar prioridad de citación al paciente contrarreferido para disminuir el tiempo de espera de resolución del especialista. Una vez terminadas las acciones indicadas, el odontólogo APS deberá entregar la epicrisis al paciente y al odontólogo contralor para contactar al Nivel Secundario y se pueda retomar el tratamiento de especialidad.

iii. Altas de Especialidad:

- a. Finalizado el tratamiento en la especialidad de implantología Oral.
- b. Por causa administrativa.

La contrarreferencia, en el caso de alta por finalización de tratamiento, debe incluir indicaciones y controles que debe seguir en APS (incluir periodicidad).

El centro de contrarreferencia enviará al establecimiento derivador APS la información de la atención brindada considerando algunos o la totalidad de los siguientes elementos:

- Epicrisis

- Diagnóstico principal.
- Procedimientos llevados a cabo.
- Complicaciones registradas, en caso de haber existido.
- Estado del usuario al momento del alta.
- Indicaciones dadas al paciente por escrito.
- Sugerencias e indicaciones para los controles siguientes en el establecimiento de origen: procedimentales, farmacológicas, dietéticas, etc.
- Alertas clínicas a pesquisar por odontólogo APS durante los controles que requieran nueva derivación a especialista.
- Confirmación del alta de especialidad con fecha.
- Si corresponde, motivo por el que no se llevó a cabo el tratamiento en la especialidad.

b. Articulación de Contrarreferencia

A fin de remitir la información a APS, se realizará una contrarreferencia de manera remota utilizando el correo institucional, a cada uno de los dispositivos de la red de Iquique, a través de su referente de atención, con el fin de mantener una comunicación fluida de los pacientes que han sido atendidos en la atención secundaria, mediante informe en planilla de registro donde se especificará el tipo de egreso:

- Alta de tratamiento
- Alta administrativa
- No pertinencia
- Por tratamientos pendientes en APS

Para tal efecto, mensualmente se remitirá la planilla de registro citada, más la imagen digitalizada de la contrarreferencia entregada a los pacientes en dicho mes, al referente odontológico de APS con copia al referente odontológico de Secundaria.

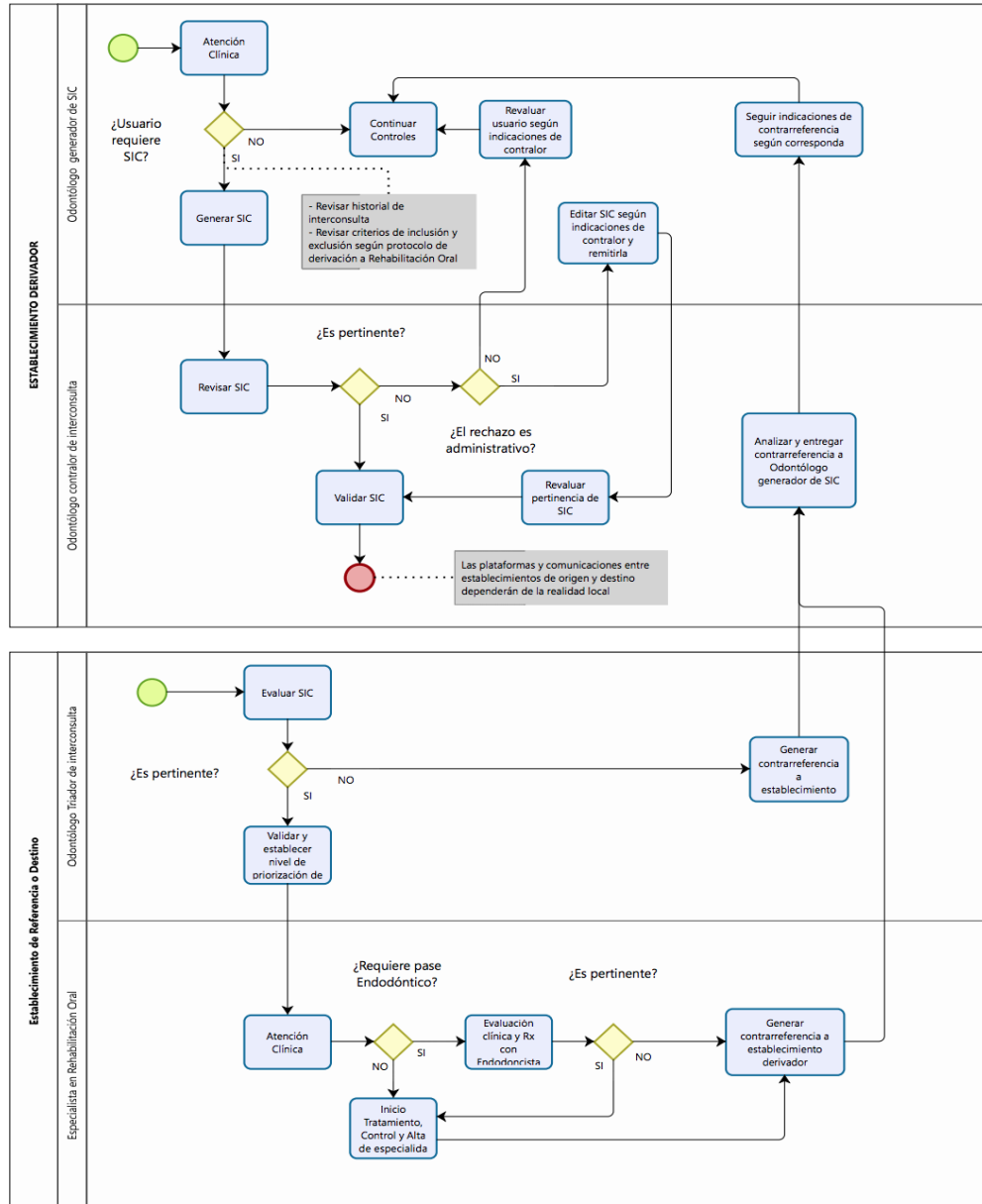
El referente odontológico de APS se encargará de difundirlo en la red de atención primaria.

La finalidad de este procedimiento es no repetir interconsultas a pacientes que se hayan realizado tratamiento.

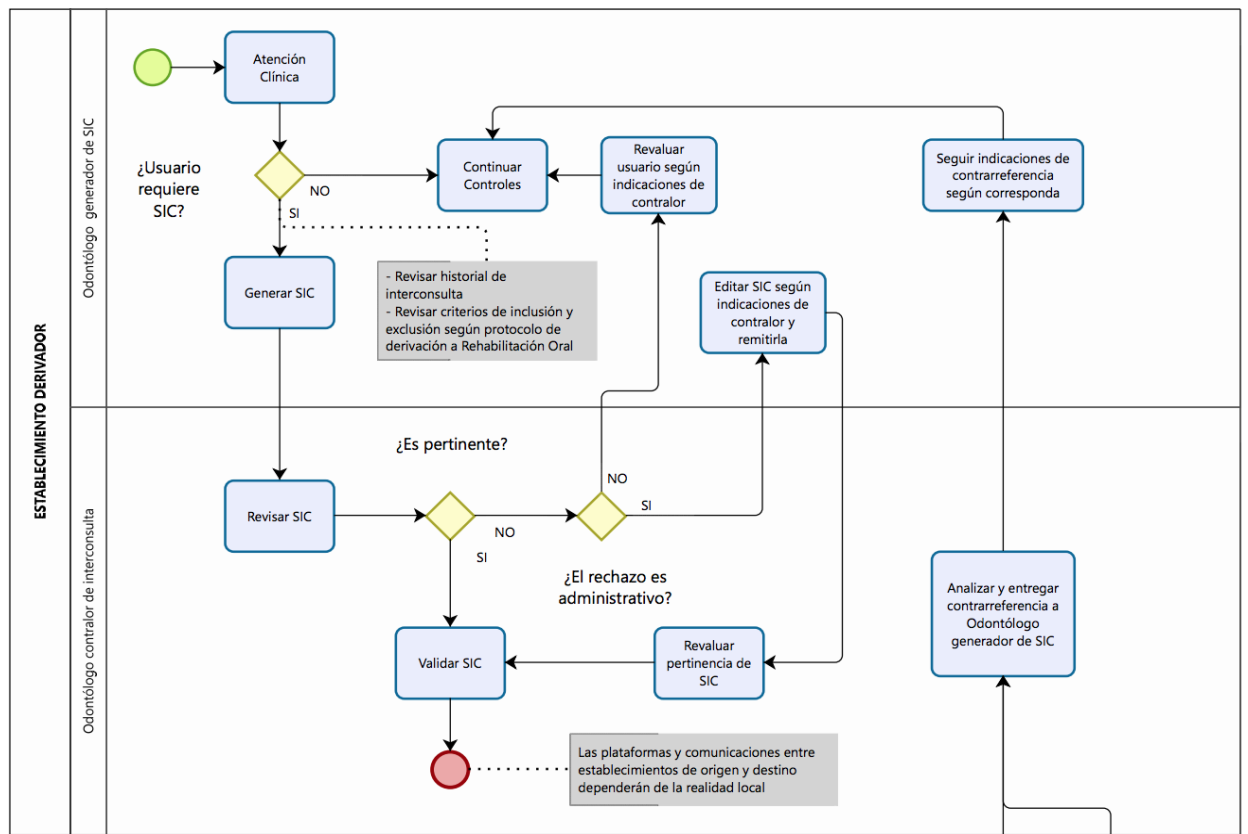
9.3 Tiempos de resolución

-12 meses.

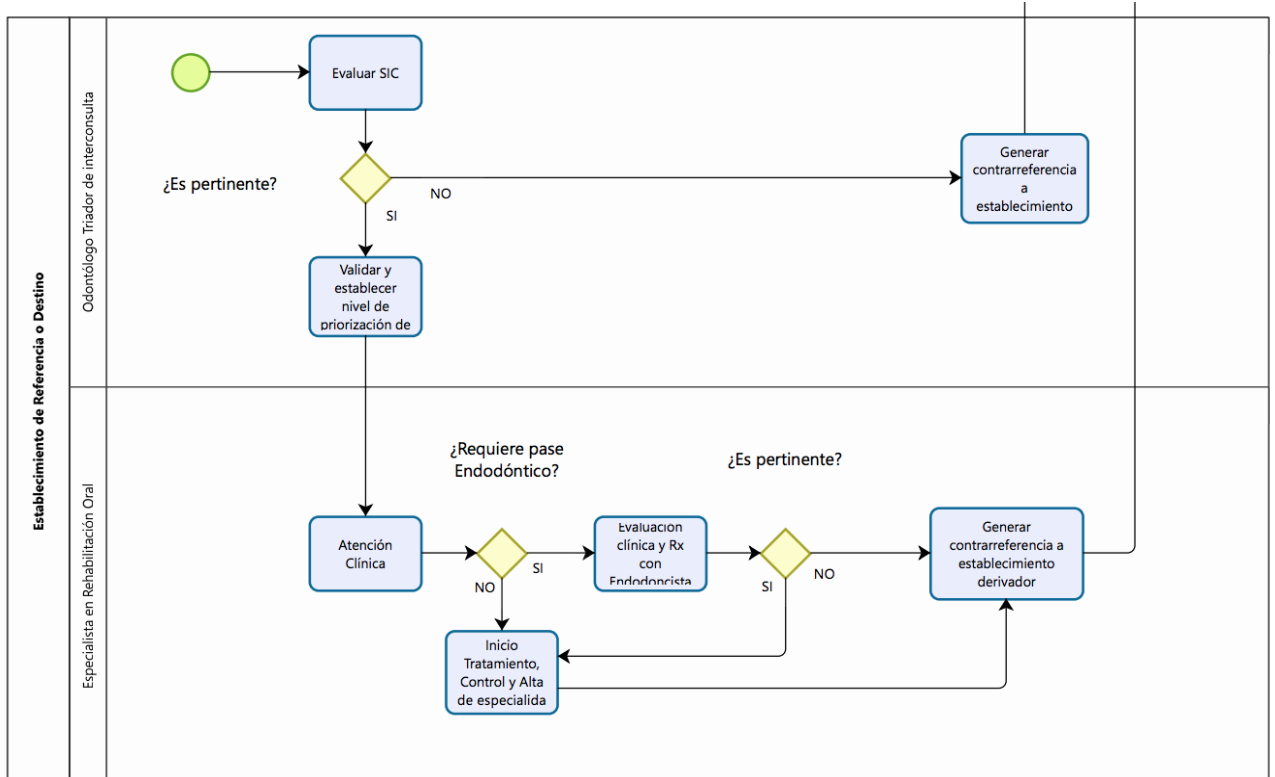
10. FLUJOGRAMA.



Sección n°1:



Sección n°2:



11. INDICADOR.

- **Numerador:** N° Total de pacientes evaluados en especialidad de implantología oral del CRO que cumplen con los criterios de referencia según protocolo de RF y CR. Implantología oral en pacientes sobre 19 años.
- **Denominador:** N° Total de pacientes referidos según protocolo RF y CR de implantología oral en pacientes sobre 19 años, desde APS a especialidad de Implantología oral del CRO.

N° Total de usuarios evaluados en especialidad de Implantología oral en pacientes sobre 19 años del CRO que cumplen con los criterios de referencia según protocolo de RF y CR en implantología oral en pacientes sobre 19 años

_____ X 100

N° Total de pacientes referidos según protocolos de implantología oral en pacientes sobre 19 años RCR, desde APS a especialidad de implantología oral del CRO.

Nombre indicador	Porcentaje de usuarios correctamente referidos y atendidos en especialidad de implantología oral.
Propósito	Establecer porcentaje de correcta pertinencia en las SIC referidas a la especialidad.
Tipo	Resultado
Umbral	80%
Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	SIGTE
Responsables	Especialista en Implantología Oral

12. RESPONSABLE DE EVALUACIÓN.

El responsable de evaluación del presente protocolo será el jefe de la especialidad de Implantología Oral del CRO de HETG, quien deberá reportar a la jefatura del mismo, los resultados emanados de la aplicación del indicador, los cuales, a su vez deberán ser informados, por este último, al director(a) del HETG, con copia al referente odontológico de secundaria del servicio de salud y al Encargado de Referencia y Contrareferencia del Departamento de Redes Hospitalarias del SSI.

13. PLAN DE DIFUSIÓN.

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollará paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizarán las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizará una primera reunión con odontólogos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones trimestrales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizará una auditoría para evaluar la correcta implementación del protocolo al sexto mes de su puesta en marcha
- Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo en dos años tras la publicación del presente.
- Se realizarán actualizaciones previas en caso de ser necesario.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Protocolo Resolutivo en Red “rehabilitación Implantoasistida en pacientes de 19 a 59 años” año 2019, Hospital de Iquique.
2. Shillingburg HT, Hobo S, Whitsett L, Jacobi R, Brackett S. Preparation for extensively damaged teeth. In: Fundamentals of fixed prosthodontics. 3.^a ed. Chicago: Quintessence; 1997. p. 181-209.
3. Orientaciones para la planificación y programación en red. Ministerio de Salud. Subsecretaría de redes. 2017.
4. Jan Lindhe. Clínica periodontology and implant dentistry. Editorial Munksgaard. 3a Edición. 1998. Capítulo 1: Anatomy of the periodontium: 19-68.
5. Carranza, Newman. Periodontología clínica. Editorial Mc-Graw Hill Interamericana. 8° Edición. 1998. Capítulo 1:La encía: 14 - 32.
6. Misch C. Prótesis dental sobre implantes. Ed. Elsevier Mosby
7. Guías clínicas N°47 del 2007 del MINSAL.
8. Protocolo de referencia y contrareferencia implantología bucomaxilofacial, noviembre 2021, versión 1

15. PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIO.

PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIOS				
REVISION	FECHA	PARRAFO	MODIFICACION REALIZADA	V°B°

16. ANEXOS.

**ANEXO 1:
CONSENTIMIENTO INFORMADO
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Lugar y fecha _____

1.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante le entregue información adecuada, suficiente y comprensible.

2.- El/la que suscribe _____, RUT N° _____, con domicilio en calle _____ otorgo mi consentimiento a la derivación a la especialidad de Implantología, propuesta por el/la Dr/a _____.

- 3.- A propósito, declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que:
- Al momento de ser derivado, cumplo con las condiciones de higiene y salud oral óptimas y que de no mantenerlas hasta el momento de atención por el especialista, el tratamiento protésico podría no realizarse.
 - Debo cumplir con las indicaciones de higiene y controles dentales trimestrales entregadas por el odontólogo tratante, siendo mí responsabilidad, mi boca "sana", durante el tiempo de espera al llamado para ingresar a tratamiento protésico.
 - Declaro estar en conocimiento de que luego de emitida la interconsulta desde APS seré sometido a una segunda evaluación por el especialista quien determinará si cumplo los criterios para ingresar al tratamiento.
 - Debo mantener al día la situación previsional en FONASA.
 - Debo mantener actualizado mi teléfono de contacto, ya que será por esa vía que se comunicaran conmigo para cambios de hora o citaciones.
 - Debo cumplir con los deberes económicos propios del tratamiento protésico al que es derivado, en conformidad a mi previsión.
 - Debo cumplir con las citaciones otorgadas por el especialista, ya que, al tener 2 inasistencias injustificadas seguidas o 3 intermitentes, se dará por terminado el tratamiento.
 - Debo acudir a la cita de entrega de instalación del aparato protésico, en caso contrario, asumo el riesgo de eventuales desajuste que pudieran originarse.

Firma del Paciente o Representante

Firma y timbre del Odontólogo

ANEXO 2:**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTES DENTALES**

Yo, (como paciente), rut....., mayor de edad, y con domicilio en

..... o Yo rut, mayor de edad, con domicilio en.....en calidad de representante legal de

..... **DECLARO** Que el Cirujano

Dentista..... me ha explicado que el propósito de la intervención es la reposición del/los diente(s) perdido(s) mediante la fijación de tornillos de titanio al hueso, y posteriormente la colocación de un pilar o pilares metálicos que soportarán la(s) futura(s) pieza(s) dental(es) artificial(es). He sido informado/a de otras alternativas de tratamiento mediante la utilización de prótesis convencionales. Para llevar a cabo el procedimiento se aplicará anestesia, de cuyos posibles riesgos también he sido informado/a. Igualmente se me ha informado de que existen ciertos riesgos potenciales en toda intervención quirúrgica realizada en la boca, concretamente:

1. Alergia al anestésico, antes, durante o después de la cirugía.
2. Molestias, hematomas e inflamación postoperatoria, durante los primeros días.
3. Sangrado.
4. Infección postoperatoria que requiera tratamiento posterior.
5. Lesión nerviosa que provoque hipoestesia o anestesia del labio inferior, superior, mentón, encía y/o de la lengua, que suele ser transitoria y excepcionalmente permanente.
6. Aspiración o deglución de algún instrumento quirúrgico de pequeño tamaño.
7. Desplazamiento del implante a estructuras vecinas.
8. Fractura de instrumentos.

Los implantes han sido utilizados ampliamente en todo el mundo, desde hace más de 25 años y es un procedimiento considerado seguro por la comunidad internacional, pero se me ha explicado que, aunque la técnica se realice correctamente, existe un porcentaje de fracasos entre el 8 y el 10 por ciento.

He sido informado de las complicaciones potenciales de este procedimiento quirúrgico, que incluye además de las anteriores

1. Deshiccencias de sutura y exposición del implante.
2. Falta de integración del implante con el hueso que lo rodea, con la consiguiente pérdida precoz o tardía del/los implante/s, y la posible planificación de la prótesis planificada.
3. Imposibilidad de colocar un implante en la localización prevista, por las características de hueso remanente.
4. En casos excepcionales, con atrofia importante ósea, puede producirse una fractura mandibular, que requiera tratamiento posterior.
5. Fractura del implante o de algún componente de la prótesis.
6. Complicaciones inherentes a la prótesis dental, no cumpliendo las expectativas estéticas, dificultad para la fonación, presencia de un grado de movilidad, etc.

Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que será preciso visitar periódicamente al facultativo y seguir las normas de higiene que me ha explicado.

He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de implantes.

En Iquique, adede.....

Firma del Paciente o Representante

Firma y timbre del Odontólogo

ANEXO 3:

AUTORIZACIÓN

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS Y MATERIAL AUDIOVISUAL**

Nombre Paciente - Tutor

Cédula de Identidad

Fecha de Nacimiento

Domicilio

Nombre Paciente (en caso de ser menor de edad)

FIRMA PACIENTE/TUTOR

Por este medio yo autorizo al Departamento/Servicio/Unidades del Servicio Salud Iquique, para usar / revelar los medios específicos indicados a continuación:

- Fotografías Imágenes de Videos Cintas de audio
- Otro (Especificar) _____

Yo doy mi consentimiento para permitir que usen los medios marcados como se especifica anteriormente. También entiendo y apruebo que las imágenes puedan ser usadas por los medios de prensa o por los Departamentos/Servicio/Unidades del Servicio Salud Iquique para los propósitos que estime conveniente.

Nombre profesional que efectúa

Iquique, _____ 20__

LEY Nº 20.584, REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACION CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCION EN SALUD, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE 24.04.2012

3° El protocolo descrito anteriormente se inserta en la presente Resolución y se entiende que forman parte integrante de ella y consta de 37 páginas en total.

4° El uso de este protocolo será de carácter obligatorio y tendrá vigencia a partir del 1º junio del 2022, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

5° Este protocolo tendrá una vigencia de 2 años, es decir 2022–2024 y deberá actualizarse al finalizar la vigencia.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese el código de verificación: 1390935-454915 en:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/>

www.sa.uchile.cl

Anibal Pinto N° 815. Iquique
Red Minsal – 579437 Fono: 057-409437