



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

**RESOLUCIÓN EXENTA N° _____/.
IQUIQUE,
VISTOS,**

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°42, de 2019, 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 resolutiveidad 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
Odontopediatría	Odontopediatría	Mayo 2021

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 detallan a continuación:

Especialidad	Protocolo	Fecha Elaboración
Odontopediatría	Odontopediatría	Mayo 2021

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



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ODONTOPEDIATRÍA

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2021 – 2024

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p> Patricia Aracena Riesco Especialista en Odontopediatría Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p> Patricia Cuevas Rebolledo Especialista en Odontopediatría Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p> Claudia Rojas Cortés Especialista en Odontopediatría Hospital Ernesto Torres Galdames</p>	<p> Yolko Kuyanara Aballay Encargada Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p> Valentina García Vergara Referente Referencia y Contrareferencia Servicio de Salud Iquique</p> <p> Javiera Sánchez Alfaro Referente Odontológico Nivel Secundario Servicio de Salud Iquique</p> <p> Carlos Calvo Varas Subdirector de Gestión Asistencial Servicio de Salud Iquique</p>	<p> Jorge Galleguillos Möller Director Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Mayo 2021	Fecha: Mayo 2021	Fecha: Mayo 2021

INDICE

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS	3
2. INTRODUCCIÓN	3
3. MAPA DE RED	6
4. OBJETIVOS	13
5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	14
6. RESPONSABLES	15
7. POBLACIÓN OBJETIVO	16
8. DEFINICIONES	17
9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	20
10. FLUJOGRAMA	32
11. INDICADORES	33
12. RESPONSABLE DE EVALUACIÓN	34
13. PLAN DE DIFUSIÓN	35
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
15. ANEXOS	38

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS

El documento que se desarrolla a continuación está determinado por un valor primario, definido por razones profesionales y/o éticas, sin influencia de un segundo interés. Es por esto, que se declara que no se usan incentivos de ninguna índole, dirigidos a los profesionales que elaboran, revisan y utilizan este protocolo excluyendo con ello, cualquier conflicto de interés.

2. INTRODUCCIÓN

A pesar de la indiscutible mejora en los índices de salud oral a nivel mundial en las últimas décadas, las enfermedades que afectan la cavidad oral aún son altamente prevalentes. Estudios epidemiológicos indican que en algunas poblaciones la prevalencia de patologías orales puede alcanzar el 90% en el caso de caries dental, anomalías dento-maxilares (ADM) y enfermedad periodontal, y cerca del 60% en los traumatismos dento-alveolares (TDA) (1-4). Para Hipomineralización Molar Incisal (MIH) se ha reportado un rango de prevalencia que varía de 2,5% a 40,2% (5,6).

La caries dental afecta a una proporción importante de personas a nivel mundial, siendo la enfermedad crónica más prevalente, tanto a nivel oral como sistémico (1). En dentición primaria es la 10° condición más prevalente afectando a un 7,8% de la población, es decir, a 573 millones de niños a nivel mundial (1). En dentición permanente es la condición más prevalente evaluada en el estudio de carga de morbilidad mundial del año 2015 (1), afectando al 34,1% de la población mundial (2,5 billones de personas). Se estima además que sobre 1 billón de personas ha sufrido TDA en los últimos 20 años, lo que la posicionaría como la 5° condición más prevalente a nivel mundial (7,8).

En Chile, las patologías orales siguen siendo un importante problema de salud pública. El último reporte del Ministerio de Salud informó una prevalencia de caries de 17% en niños de 2 años de edad, de 50% en niños de 4 años y de 70% en niños de 6 años, con una severidad de caries dental expresado mediante el índice ceod de 0,5 a los 2 años de edad, 2,3 a los 4 años y 3,7 a los 6 años (9). Esto no dista mucho de lo encontrado en zonas rurales sin acceso a agua potable fluorada, con prevalencias que pueden alcanzar el 62% a los 3 años, con una índice ceod promedio de 3,35 (10). En relación a otras patologías prevalentes, este informe muestra que la prevalencia de gingivitis alcanza el 70% a los 12 años y las ADM, el 53% en este mismo grupo etario. Estudios locales muestran que la prevalencia de TDA puede alcanzar el 30% en dentición permanente (11-12) y que la MIH llega al 12,7% en la Región Metropolitana y al 16,8% en ciudades del sur del país (13). Por su parte, las personas en situación de discapacidad tienen un riesgo aumentado de desarrollar enfermedades orales. La evidencia muestra que las personas con discapacidad intelectual y de funcionamiento social tienen en general peores niveles de higiene bucal y control de placa, lo que se traduce en enfermedad periodontal (14).

Está bien fundamentado que las consecuencias de los problemas de salud oral son graves y producen una serie de alteraciones como dolor, dificultades funcionales, desórdenes de salud general, problemas psicológicos, hospitalizaciones y atenciones de urgencia, lo que conlleva finalmente a una menor calidad de vida de los afectados (2,15,16). Esto se traduce en una mayor demanda por atención especializada lo que unido a la dificultad de acceso de algunas comunas crean la necesidad de contar con un sistema de referencia y contrarreferencia que permita otorgar atención oportuna a estas necesidades de salud.

La Odontopediatría es la especialidad odontológica encargada de responder a las necesidades de salud bucal de lactantes, niños, niñas y adolescentes, incluyendo a aquellos con necesidades especiales de atención en salud (17). Comprende el ambiente en que se desenvuelven tanto en lo social, afectivo y académico realizando promoción, educación de salud bucal y aplicando en forma integral las competencias que se requieren para prevención, tratamiento y rehabilitación de patologías orales de los pacientes, formando así una base positiva para futuras interacciones con el equipo odontológico.

3. MAPA DE RED

Se han confeccionado dos mapas de red: uno que integra los dispositivos de salud de la comuna de Iquique, incluida sus caletas y otro que incorpora la comuna de Alto Hospicio y todas las comunas de la provincia del Tamarugal (Camiña, Colchane, Huara, Pica y Pozo Almonte) pertenecientes a la Región de Tarapacá.

Fig1: Mapa red: Comuna de Iquique

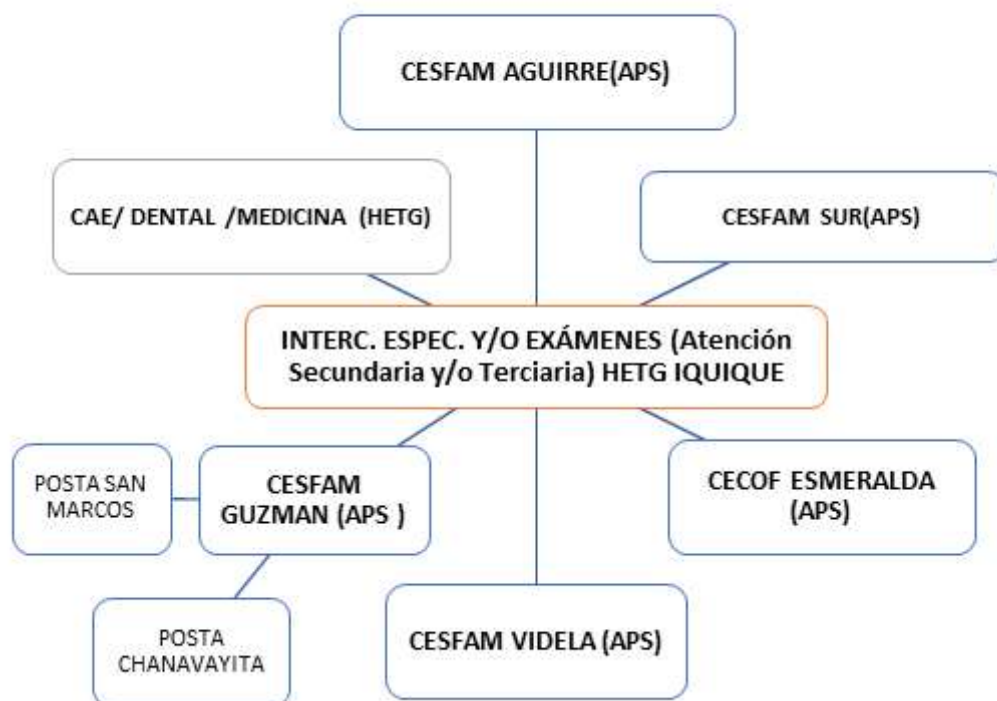
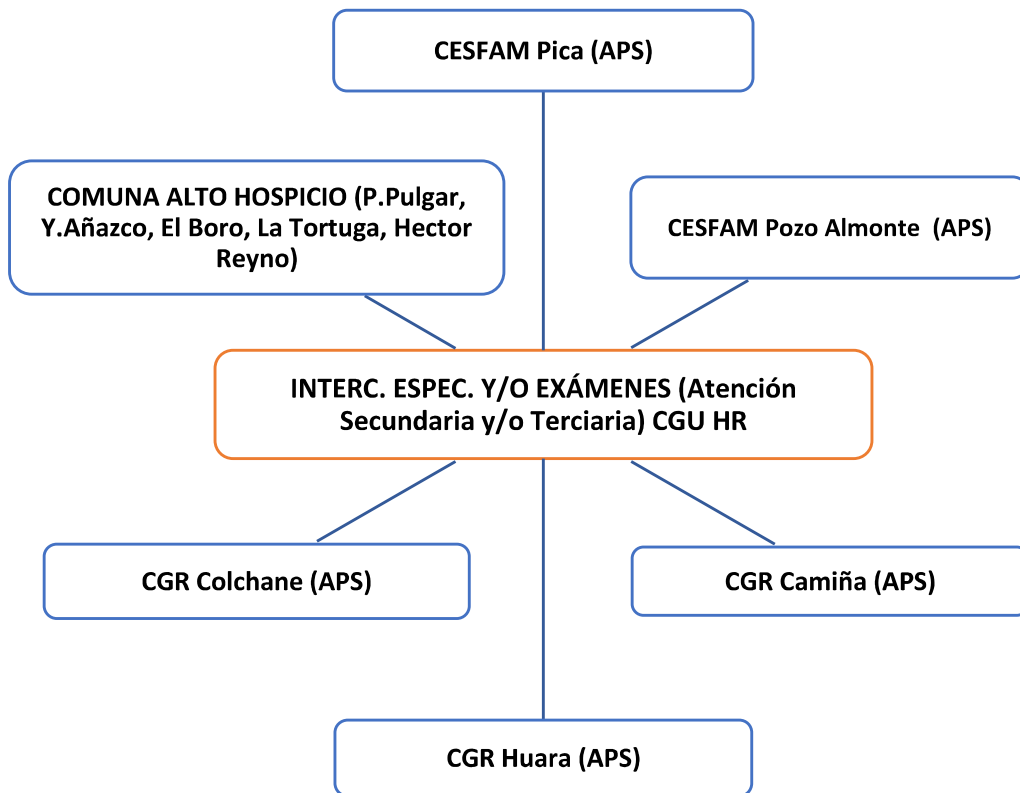


Fig:2: Mapa Red : Provincia del Tamarugal y Comuna Alto Hospicio



Para que este diseño funcione tiene que contar con un sistema de comunicación que permita que el beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta Red. Este mecanismo técnico administrativo recibe el nombre de Referencia y Contrarreferencia:

- 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 éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
- 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.
- 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.
- Protocolos 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, los cuales deben ser elaborados y validados por la Red Asistencial donde se aplican.

- Pertinencia: Derivación de acuerdo con los protocolos de referencia y contrarreferencia de la red. Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:
- No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: esta 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.
- No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.
- Modelo De Contraloría Clínica:
- Funciones del Contralor en establecimiento de origen:
 - o Verificar que las Interconsultas cumplan con la pertinencia clínica y administrativa según el protocolo establecido.
 - o 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.
 - o Revisar completitud de los datos administrativos y clínicos, fundamentos diagnósticos, concordancia con los protocolos y redes de derivación locales, según esto la Solicitud puede ser:
 - Validada: la Solicitud continúa el proceso, pasa al estado “Ingreso” y es enviada al Establecimiento de destino. (Referencia)
 - No Validada: en este caso la solicitud pasa al estado “mal emitida” detallando la causa de no validación y es devuelta, al profesional tratante para que la solicitud sea reevaluada.

- 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.
- Evaluar el registro del fundamento clínico y el resultado de los exámenes necesarios para la derivación según lo establecido en el protocolo de referencia y contrarreferencia vigente. En caso de que en la 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 reemitiendo 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 de APS, excepcionalmente, podrá reevaluar la interconsulta para completar los datos faltantes.
- Categorizar la priorización de la SIC según lo establecido en protocolo de referencia y contrarreferencia vigente.
- Velar por la correcta especialidad y establecimiento de destino. En el caso que una interconsulta sea derivada a una especialidad o Establecimiento de destino que no corresponda, de acuerdo con mapas de derivación vigentes,

deberán ser redireccionadas por el contralor de APS al momento de su revisión.

- Capacitar y actualizar a los odontólogos de su establecimiento APS acerca del mapa de derivación y los protocolos de referencia y contrarreferencia vigentes.

- Funciones del Contralor en establecimiento de destino:

- Las SIC ingresadas a lista de espera (LE) 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 reenviada al establecimiento de origen.
- Se deberá gestionar la agenda en base a la validación de la priorización de cada derivación según criterios indicados en este documento.
- Deberá además supervisar que las derivaciones en el nivel secundario desde las especialidades médicas o especialidades distintas a Odontopediatría cumplan con los criterios adecuados de derivación, esto es, se encuentren bien emitidas y se ajusten al protocolo y a la priorización. En el caso que la SIC no cumpla con los requisitos administrativos o que el caso no reúna las condiciones clínicas mínimas necesarias para obtener un tratamiento exitoso, podrán ser derivados a la atención primaria para la ejecución del

tratamiento previo. Después de la resolución del problema de salud a nivel de la atención primaria, podrán ser derivados a tratamiento de especialidad.

- Derivaciones del nivel secundario desde especialidades médicas a odontológicas:

Éstas podrán ser:

- De especialidad odontológica a otra especialidad odontológica
- De médico especialista a odontólogo especialista

Las derivaciones deben cumplir con el mismo protocolo establecido de completitud de datos, pertinencia clínica y administrativa. Posteriormente el contralor de la especialidad deberá revisar la pertinencia de éstas y aceptarlas o rechazarlas según corresponda. En caso de que la interconsulta no cumpla con criterios de inclusión expresados en este documento, u otras situaciones clínicas que requieren manejo previo, la interconsulta deberá ser enviada a APS para su resolución y posterior derivación desde este nivel a la atención secundaria.

El modelo de contraloría clínica¹ se establece como una propuesta para mejorar la gestión de los casos en Red y es necesario que se genere la programación de los profesionales que intervienen en esta estrategia.

4. Objetivos

Objetivo General:

Establecer un instrumento estandarizado de aplicación a nivel nacional de Referencia y Contrarreferencia en la especialidad de Odontopediatría entre los establecimientos de

salud pertenecientes a la Red de Salud Pública, que permita aumentar la pertinencia y la oportunidad de la atención.

Objetivos Específicos:

- Definir la cartera de prestaciones mínima y rendimientos de la especialidad de Odontopediatría en relación con las patologías más frecuentes que tengan resolución por la especialidad.
- Validar a los distintos actores dentro del proceso de referencia y contrarreferencia de la especialidad de Odontopediatría, estableciendo responsabilidades de cada nivel de atención.
- Establecer criterios de pertinencia y priorización de interconsultas para la resolución de los problemas de salud oral relacionados con la especialidad de Odontopediatría entre los distintos niveles de la red asistencial.
- Detallar el flujograma de referencia y contrarreferencia de la especialidad de Odontopediatría entre los distintos niveles de la red asistencial.

5. Ámbito de Aplicación

El presente protocolo está dirigido a odontólogos generales, especialistas y otros profesionales de salud que se desempeñan en los distintos niveles de atención de la red pública de salud, enfatizando su difusión en equipos multidisciplinarios que tengan relación con infancia como Chile Crece Contigo, Unidad NANEAS, etc.

Se debe considerar la difusión entre los comités de Gestión de Listas de Espera y/o Comités de Gestión de la Demanda locales, equipos directivos, referentes técnicos y

administrativos de gestión de lista de espera de los establecimientos de la Red que tengan relación con el envío o recepción de interconsultas y registros de prestaciones.

Este documento 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 Odontopediatría, con registro ante la Superintendencia de Salud. Será utilizado en la red de salud, con el fin de estandarizar criterios de referencia y contrarreferencia de pacientes, criterios administrativos y de flujo entre la especialidad de Odontopediatría y los distintos niveles de atención, en cada uno de los Servicios de Salud. Además, entrega la definición de cartera de prestaciones, consideraciones sobre rendimientos estandarizados y detalle de prestaciones, gestión de demanda y recursos necesarios.

6. Responsables

RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN

- Profesional odontólogo de APS es responsable de pesquisar, realizar diagnóstico presuntivo, iniciar su tratamiento y derivar 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 Odontopediatría de nivel secundario es responsable de confirmar y/o descartar el diagnóstico, indicar, realizar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS o a otra especialidad de atención secundaria cuando corresponda.
- El profesional especialista también aplicará criterios de priorización en la atención según cada caso clínico.

7.Población Objetivo

Beneficiarios lactantes, niños, niñas y adolescentes de FONASA y/o PRAIS que se atienden en sistema público que presenten patologías buco dentales y que sea necesario tratar y/o derivar dentro de la Red de Salud.

a. Criterios de Inclusión:

- Los que habiendo sido ingresados al programa CERO y/o a tratamiento integral en la APS y recibido el protocolo de manejo odontológico previo a la derivación (Manejo Inicial en Atención Primaria previo a la derivación de usuarios potencialmente colaboradores), requiere ser derivado por:
 - o grado de cooperación y condición de salud oral/riesgo individual
 - o condición sistémica y condición de salud oral/riesgo individual
 - o requerimiento de alguna prestación específica de especialidad.

- Pacientes que habiendo recibido la atención de urgencia, sea necesaria alguna prestación específica de especialidad para la resolución final de su caso.

- Pacientes que se encuentren hospitalizados o que se encuentren diagnosticados con alguna patología sistémica (derivados de Unidad NANEAS) que amerite que sea evaluado y tratado por especialista, como parte de su tratamiento integral de salud. O que esté cursando alguna urgencia odontológica.

b. Criterios de Exclusión:

- Paciente con patología o condición sistémica que no esté en tratamiento y/o control médico.
- Pacientes cuyos padres o tutores hayan rechazado la derivación a la especialidad.

7. Definiciones

Odontopediatría: Es la especialidad de la odontología dedicada a mejorar la calidad de vida de lactantes, niños, niñas y adolescentes, brindando un atención integral en salud bucal de alta excelencia, oportuna, eficaz y eficiente, con un trato humanizado y de calidad, interactuando con los equipos multidisciplinarios de salud, con un adecuado uso de los recursos disponibles, realizando acciones de promoción, prevención y tratamiento, teniendo presente las características de este ser humano en proceso de desarrollo y maduración, perteneciente a una familia y comunidad, incorporando valores éticos y morales.

Hipomineralización Molar-Incisal (MIH; por su acrónimo en inglés): es un defecto del desarrollo dentario de tipo cualitativo que afecta 1 en 6 niños alrededor del mundo. Se caracteriza clínicamente por opacidades demarcadas que afectan el esmalte de uno o más primeros molares permanentes y a veces pueden también estar comprometidos los

incisivos permanentes. Aunque su etiología es desconocida, factores sistémicos han sido asociados.

Paciente cooperador: paciente colaborador, con actitud positiva y/o con buena comunicación, que permite la atención odontológica.

Paciente potencialmente cooperador: paciente con resistencia a la atención odontológica que puede llegar a cooperar posterior a la utilización de las distintas técnicas no farmacológicas de manejo conductual.

Paciente no cooperador: paciente que no responde a las distintas técnicas no farmacológicas de manejo conductual, manteniendo una conducta que impide la atención odontológica.

Sedación: estado farmacológico de depresión variable del estado de conciencia, cuya intención es facilitar el correcto desarrollo de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, a la vez que proporciona comodidad y cooperación del paciente. La sedación en odontología (con o sin anestesia local) incluye la administración, por cualquier vía o técnica definida, de fármacos que causan depresión del sistema nervioso central. El objetivo de estas técnicas es producir un grado de sedación del paciente, sin pérdida de conciencia,

de modo que se puedan facilitar la realización de los procedimientos que pueden resultar incómodos para el paciente.

Anestesia general: estado reversible de pérdida de conciencia inducida por fármacos.

Defectos del desarrollo dentario: son anomalías o alteraciones del desarrollo que pueden afectar la forma, el color, el tamaño, el número, la composición (estructura), la erupción o exfoliación de los dientes

CERO: Control con Enfoque de Riesgo Odontológico

Programa CERO: Población en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico. Este programa consiste en el ingreso de pacientes desde los 6 meses de edad hasta los 19 años 11 meses y 29 días, con el objetivo de mantener la población sana o detectar en forma temprana alguna patología oral y comenzar a tratarla.

Abreviaturas:

- **SIC:** Solicitud de Interconsulta
- **LE:** Lista de Espera
- **APS:** Atención Primaria de Salud
- **REM:** Resumen Estadístico Mensual
- **FDI:** Federación Dental Internacional

9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO

a. Cartera mínima de prestaciones en nivel de especialidad

- Examen y diagnóstico de salud oral
- Adaptación a la atención
- Educación en Salud Oral
- Asesoramiento en dieta
- Sellantes
- Aplicación de flúor barniz
- Atención de urgencias odontológicas GES y no GES
- Coronas de resina compuesta o acero
- Sutura simple de herida
- Cirugía bucal
- Pulpotomías
- Obturaciones
- Biopulpectomía en diente temporal
- Necropulpectomía en diente temporal
- Diagnóstico, Tratamiento, Control y Seguimiento de Traumatismo dentoalveolar
- Exodoncias
- Diagnóstico y tratamiento de defectos del desarrollo dentario
- Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI) (*)
- Tratamiento odontológico de niños bajo anestesia general (*)

(*): Polos de desarrollo

b. Criterios de priorización

Prioridad Alta:

- Paciente NANEAS
- Paciente pediátrico que requiere con prontitud atención y pase odontológico para acceder a intervenciones médicas de nivel secundario y terciario.
- Pacientes con patología pulpar irreversible.
- Paciente con fisuras orofaciales de acuerdo con Mapa de red establecido.
- Paciente lactante con dificultades para establecer una Lactancia materna adecuada, que podría estar asociada a dientes natales, neonatales, úlceras traumáticas, quistes, entre otras, con manejo previo por equipo de salud infantil.

Prioridad Media:

- Pacientes que no pueden ser resueltos por dificultades de cooperación o condición sistémica
- Pacientes con traumatismo dentoalveolar, con manejo inicial de urgencia realizado.
- Paciente atendido en endodoncia y derivados para rehabilitación.
- Pacientes con defectos del desarrollo dentario.

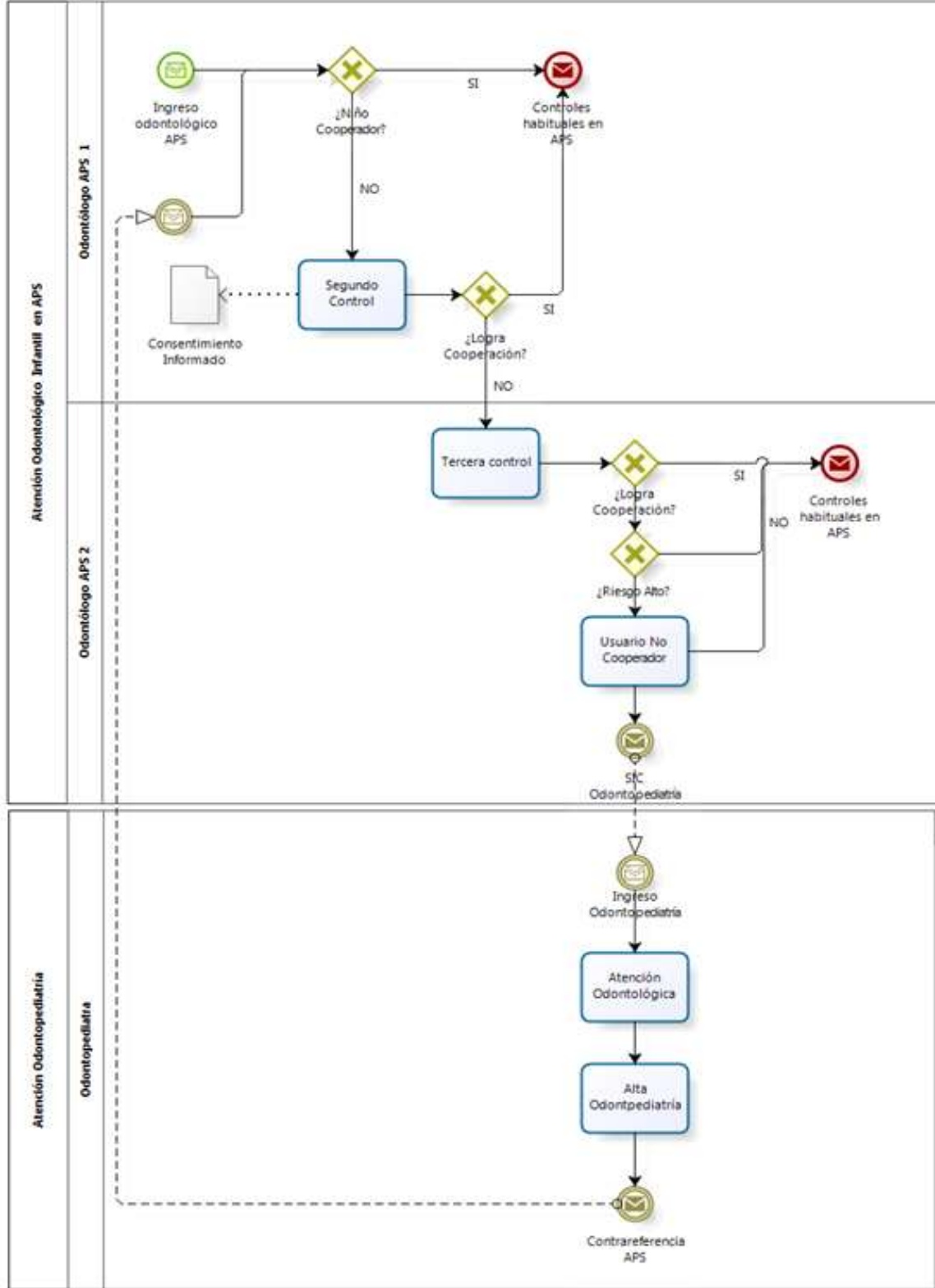
c. Condiciones Clínicas de permanencia y tratamiento previo en la APS

Manejo Inicial en Atención Primaria previo a la derivación de niños y niñas potencialmente colaboradores:

Se realizará la solicitud de interconsulta de un “niño o niña potencialmente cooperador” cuando se ha cumplido con el siguiente proceso de atención:

- Un paciente “Potencialmente Cooperador” asiste a Ingreso/Control Odontológico en APS, en donde se evalúa el Riesgo Odontológico y se inicia el proceso de adaptación a la Atención Odontológica Integral. En caso de no lograr una adecuada cooperación, se le explica al tutor y/o apoderado respecto a los pasos a seguir. Se solicita la firma de un consentimiento informado (Anexo 1) y se cita a una segunda sesión con el mismo profesional.
- En la segunda sesión se retoma el proceso de adaptación. En caso de no lograrse, se cita una tercera vez, modificando el profesional tratante. En caso de no existir otro odontólogo en el establecimiento y de acuerdo con realidad local, coordinar una citación con odontólogo de otro establecimiento de la Red de APS comunal, dentro de las posibilidades locales.
- En la tercera sesión se retomará el proceso de adaptación. En caso de no lograrse, el usuario Alto Riesgo se deriva a la especialidad; si es de Bajo Riesgo continuará con sus controles en APS.
- La Solicitud de Interconsulta generada será evaluada por Odontólogo Contralor/Gestor, revisando si se cumple el procedimiento descrito, en dicho caso será pertinente y se ingresará a SIGTE.

- Se deben indicar medidas básicas de promoción y prevención, a pacientes y apoderados, como: manejo de malos hábitos, higiene oral, encuesta de dieta, previo a la derivación en atención primaria y reforzada en la especialidad.
- Los pacientes deben ser derivados sin urgencias dentales. Los cuadros agudos deben ser resueltos en APS.



d. Criterios y Condiciones de derivación a especialidad

- Beneficiarios legales del seguro público de salud (FONASA) y/o PRAIS.
- Pacientes con necesidad de tratamiento en especialidad de Odontopediatría.
- Pacientes a los cuales se les haya aplicado el “Manejo Inicial en Atención Primaria previo a la derivación de niños y niñas potencialmente colaboradores”.

e. 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 salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive.

Todo paciente derivado a la especialidad de Odontopediatría debe contar con los siguientes requisitos:

Una interconsulta vigente en sistema SIGTE que contemple:

- Fecha de la interconsulta.
- Nombre completo del paciente
- Fecha de nacimiento.
- RUT
- Al menos 2 teléfonos de contacto (fijo y/o 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 justifiquen la derivación.
- Fundamentos de la atención, anote aquí si existe alguna condición de priorización.
- Antecedentes mórbidos de importancia (hipertensión, diabetes, enfermedad renal u otro), fármacos usados por el paciente.
- Nombre, apellidos y RUT del Odontólogo que refiere.
-

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)

f. Cuidados pre y post operatorios

- Control en APS según riesgo cariogénico y periodontal
- Control Post Alta en Atención Primaria:
- Educación
- Profilaxis y destartraje supragingival
- Aplicación de flúor barniz
- Mantener controles de acuerdo a riesgo cariogénico y periodontal
- Seguimiento según indicado en contrarreferencia

g. Criterio de Alta de la especialidad

- Finalizado el tratamiento en la especialidad de Odontopediatría:
- Registro Alta REM: cuando se resuelva la situación por la cual fue derivado
- Alta Clínica (Egreso):
 - En pacientes con TDA: se debe seguir protocolo de tratamiento y seguimiento
 - Pacientes colaboradores que puede continuar su tratamiento en APS, según cartera de servicios

- Por causa administrativa:
 - La inasistencia continuada (mínimo 3) o no solicitud de atención por parte del paciente, a controles de tratamiento de Odontopediatría por un período igual o

superior a 6 meses, generará su alta administrativa y su contrarreferencia a la APS.

- Paciente que no adhiere a tratamiento según norma establecida en el establecimiento
- Paciente que habiendo sido ingresado no cumple con criterios clínicos de derivación.
- Paciente que habiendo sido ingresado rechaza tratamiento.

Para el caso de altas administrativas por inasistencia o la no solicitud de atención, se deberá velar por el cumplimiento de las acciones orientadas al rescate de estos pacientes con el fin de completar el tratamiento integral de especialidad. Estas acciones deberán quedar registradas en ficha clínica. Este procedimiento deberá estar normado en protocolo institucional.

Todas las altas por causas administrativas deberán ser contrarreferidos a su establecimiento de origen indicando las razones del egreso administrativo.

h. 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 Odontopediatría.

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.

Tipos de Contrarreferencia:

- 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.

- Tratamiento pendiente en APS

El especialista podrá contrarreferir al usuario al nivel primario, solicitando las acciones clínicas que requiera. Para operatoria y extracciones dentales, debe informar los dientes a tratar en formato FDI.

Será responsabilidad del establecimiento de origen hacer el seguimiento del paciente para asegurar que éste 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 retomar el tratamiento de especialidad.

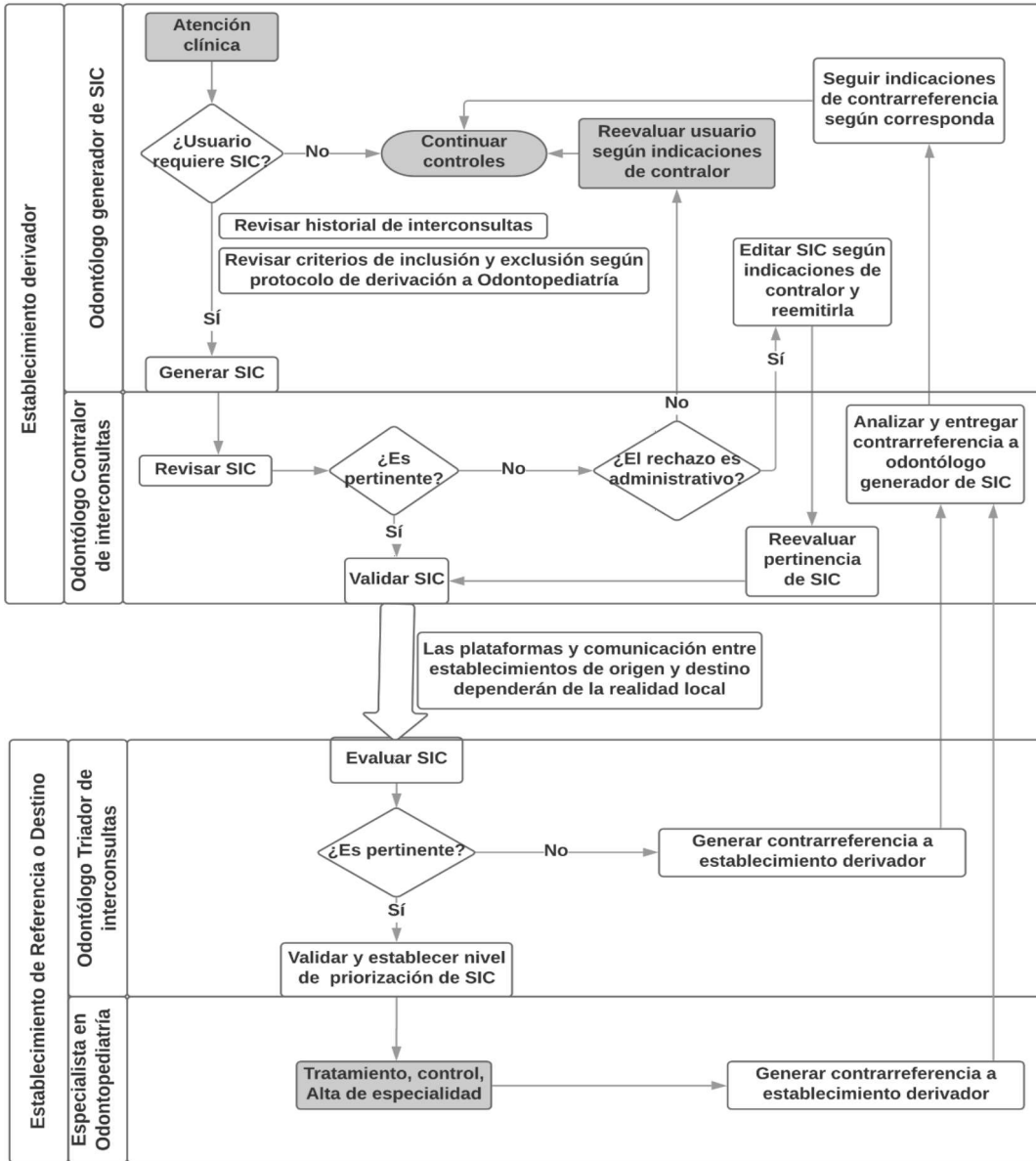
i. Altas de Especialidad:

- Finalizado el tratamiento en la especialidad de Odontopediatría.
- Por causa administrativa.

Una vez realizada la atención de especialidad, se debe entregar la contrarreferencia al usuario y a la unidad odontológica derivadora. La contrarreferencia debe incluir indicaciones y controles que debe seguir en APS (incluir periodicidad).

10. FLUJOGRAMA

FLUJO DE RED: ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRÍA



11. INDICADORES

- **Numerador:** N° Total de pacientes evaluados en especialidad de Odontopediatría de nivel secundario que cumplen con los criterios de referencia según protocolo de odontopediatría RCR.
- **Denominador:** N° Total de pacientes referidos según protocolo de RCR, desde APS a especialidad de Odontopediatría del Servicio Odontología H.E.T.G

Fórmula:

N° Total de pacientes evaluados en especialidad de ODP que cumplen con los criterios de referencia según protocolo de ODP RCR

x100

N° Total de pacientes referidos según protocolo de Odontopediatría de RCR, desde APS a Especialidad de ODP, Servicio Odontología H.ETG.

Nombre del Indicador	Porcentaje de derivaciones realizadas de acuerdo a Protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Acceso, oportunidad y continuidad en la atención
Umbral	90%
Criterio de análisis	Óptimo: 90% - 100% Aceptable: 89% Crítico: < 89%
Justificación/Fundamento	Asegurar la correcta referencia de especialidad Odontopediatría
Fuente y método de recolección	REM A09
Periodicidad	Semestral
Responsable	Odontólogos de Interfaz atención primaria Odontólogos interfaz atención secundaria

12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

- i. Odontólogo interfaz de APS, es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a nivel secundario, correcto llenado de formulario de derivación y enviar finalmente la derivación.
- ii. Odontólogo de interfaz del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS.
- iii. El funcionamiento del odontólogo interfaz de APS y odontólogo interfaz de nivel secundario, serán monitoreados por el Referente Odontológico Primario y Secundario y por el Encargado de Referencia y Contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique (SSI)
- iv. El encargado del Servicio de Odontología del HETG y CGU Héctor Reyno son responsables de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar resultados de manera semestral al Director del HETG y Director(a) del CGU Héctor Reyno como también al referente odontológico del SSI y al Encargado de Referencia y Contrarreferencia del Departamento de Planificación y Control de Gestión del SSI.

13. PLAN DE DIFUSIÓN EN LA RED

El presente documento será enviado a la Red Asistencial mediante oficio, además de difusión a los equipos locales a través de videoconferencias.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabe E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, 332 Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral 333 Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of 334 Diseases, Injuries, and Risk Factors. J Dent Res. 2017; 96:380-387.
2. Jenkins WM, Papapanou PN. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. Periodontology. 2000 2001; 26: 16-32.
3. Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. Aust Dent J. 2016; 61 Suppl 1:4-20.
4. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. Eur J Orthod. 2015; 37(3): 238-247.
5. Shiu-yin C, Yung K, Chu V. Molar incisor hypomineralization in Hong Kong Chinese children. International Journal of Pediatric Dentistry. 2008; 18(5):348-52.

6. Soviero V, Haubek D, Trindade C, Da Matta T, Poulsen S. Prevalence and distribution of demarcated opacities and their sequelae in permanent 1st molars and incisors in 7 to 13-year-old Brazilian children. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2009; 67(3):170-75.
7. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis - One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. 2018; 34(2):71-86.
8. Petti S, Andreasen JO, Glendor U, Andersson L. The fifth most prevalent disease is being neglected by public health organisations. *Lancet Glob Health*. 2018 Oct; 6(10):e1070-e1071.
9. MINSAL. Análisis de Situación de Salud Bucal en Chile. 2010. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/An%C3%A1lisis-de-Situaci%C3%B3n-Salud-Bucal.pdf. Consultado el 28 de octubre de 2019.
10. Espinoza G, Muñoz-Millán P, Vergara C, Muñoz S, Átala-Acevedo C, Zaror C. Prevalence of early childhood caries in non-fluoridated rural areas of Chile. *J Oral Res*. 2016; 5(8): 307-313.
11. Onetto JE, Flores MT, Garbarino ML. Dental trauma in children and adolescents in Valparaíso, Chile. *Endod Dent Traumatol*. 1994; 10(5):223-7.
12. Díaz JA, Bustos L, Brandt AC, Fernández BE. Dental injuries among children and adolescents aged 1-15 years attending to public hospital in Temuco, Chile. *Dent Traumatol*. 2010; 26(3):254-61.
13. Jans A, Díaz J, Vergara C, Zaror C. Frecuencia y severidad de la hipomineralización molar incisal en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad de La Frontera. *International Journal of Odontostomatology*. 2011; 15(2):133-40.

14. MINSAL. Salud Oral Integral para menores de 20 años en Situación de Discapacidad que requieren cuidados especiales en Odontología. 2012.
15. Nora A, Rodrigues C, Rocha R, Soares F, Braga M, Lenzi T. Is Caries Associated with Negative Impact on Oral Health-Related Quality of Life of Pre-school Children? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent*. 2018; 40(7):403-11.
16. Zaror C, Martínez-Zapata MJ, Abarca J, Díaz J, Pardo Y, Pont À, Ferrer M. Impact of traumatic dental injuries on quality of life in preschoolers and schoolchildren: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018; 46(1):88-101.
17. AAPD. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Introduction: Overview. Revised 2019. Disponible en:
https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/i_overview.pdf.
Consultado el 15 de diciembre de 2019.

15. Anexos

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ODONTÓLOGO:	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:
FECHA:	

Yo _____, RUT: _____
_____ como representante / tutor del
paciente _____ edad _____ autorizo al profesional
tratante: _____ para la Atención Odontológica Integral, en

la cual se utilizarán distintos métodos de “manejo del comportamiento” mediante una relación dinámica con el/la niño/a, la familia y el equipo odontológico. Los métodos utilizados pueden involucrar desde la información escrita, manejo del tono de voz, expresión facial, lenguaje corporal, etc., todo en el contexto de la consulta odontológica y busca entregar al niño/a y su familia estrategias para enfrentar la ansiedad natural que produce la atención, pudiendo en algunas sesiones no realizarse actividades clínicas directas en la boca del niño o niña.

Además, he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar en la atención odontológica, siendo estos: posibles infecciones post tratamiento, daño o fracturas de las restauraciones, reacciones alérgicas, hemorragias, etc.

A través del presente, autorizo la Atención Odontológica Integral en este establecimiento y declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente y en consecuencia, lo siguiente:

1. He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de atención para con mi pupilo.
2. He sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento.
3. Acepto la realización de pruebas diagnósticas necesarias para el tratamiento, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, registros fotográficos, interconsulta y/o cualquier método que sea propuesto para realizar un estudio diagnóstico completo y conocer el estado general de Salud Bucal.

4. Comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos tanto de carácter médico-quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local; siempre que sea necesario y bajo criterio del especialista.
5. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Equipo de Salud a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.
6. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible la colaboración del niño o niña y su familia en la mantención de una correcta higiene oral y asistencia controles clínicos citados.

Responsable del Paciente:

Nombre:

Cl. o Huella:

Relación con el paciente:

Firma del profesional de la salud:

Nombre del profesional:

El paciente no puede firmar por ser menor de edad.

3° El protocolo descrito anteriormente se inserta en la presente Resolución y se entiende que forman parte integrante de ella y consta de 39 páginas en total.

4° El uso de este protocolo será de carácter obligatorio y tendrá vigencia a partir del 21° de Junio del 2021, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

5° Este protocolo tendrá una vigencia de 3 años, es decir 2021–2024 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: 465755-7e8596 en:

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