



**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

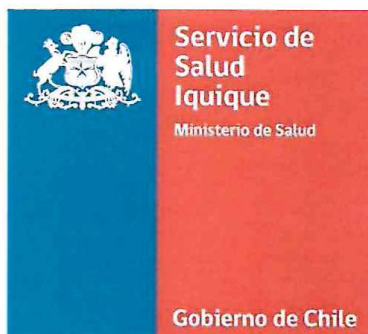
Especialidad	Protocolo	Fecha Elaboración
Periodoncia	Periodoncia	Mayo 2021

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
Periodoncia	Periodoncia	Mayo 2021

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



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED PERIODONCIA

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE 2021 – 2024

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 Rodrigo Gálvez Parra Especialista en Periodoncia Hospital Ernesto Torres Galdames	 Javiera Sánchez Alfaro Referente Odontológico Nivel Secundario Servicio de Salud Iquique	 Jorge Galleguillos Moller Director Servicio de Salud Iquique
 Gonzalo Nieto Romero Especialista en Periodoncia Hospital Ernesto Torres Galdames	 Valentina García Vergara Referente Referencia y Contrareferencia Servicio de Salud Iquique	
 Andrés Gutiérrez Campos Especialista en Periodoncia CESFAM Héctor Reyno	  Yukiko Kuwahara Aballay Encargada Calidad Servicio de Salud Iquique	
Fecha: Mayo 2021	 Carlos Calvo Varas Subdirector de Gestión Asistencial Servicio de Salud Iquique Fecha: Mayo 2021	Fecha: Mayo 2021

INDICE

1.	DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES.....	4
2.	INTRODUCCIÓN	4
3.	MAPA DE RED.....	7
4.	OBJETIVO.....	9
5.	ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN	10
6.	RESPONSABLES	11
7.	POBLACIÓN OBJETIVO.....	12
8.	DEFINICIONES.....	18
10.	FLUJOGRAMA.....	28
11.	INDICADOR	32
13.	PLAN DE DIFUSIÓN.....	37
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
15.	PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIO	40
16.	ANEXOS.....	39

1. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los participantes en la elaboración del Protocolo Referencia y Contrarreferencia de Periodoncia, declaran no presentar conflicto de intereses.

2. INTRODUCCIÓN

Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de dolencia o enfermedad. Basándose en esta definición de la Organización Mundial de Salud (OMS), la salud periodontal debe ser definida como un estado libre de enfermedad periodontal inflamatoria que le permita a un individuo funcionar normalmente y evitar consecuencias (físicas o mentales) debido a la actual presencia o historia pasada de enfermedad (Chapple, 2018).

Periodoncia es la especialidad de la Odontología destinada a la prevención, diagnóstico, tratamiento recuperativo y rehabilitador, no quirúrgico y quirúrgico, de las enfermedades periodontales y periimplantarias, que afectan los tejidos de soporte y protección del diente y sus sustitutos (como los implantes dentales), así como su mantenimiento en salud, funcionalidad y estética.

Las enfermedades gingivales y periodontales son enfermedades prevenibles que presentan una alta prevalencia en nuestra población. La Periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial, asociada a la presencia de biofilm subgingival disbiótico, que causa la destrucción progresiva de los tejidos de inserción del diente, provocando incluso la pérdida de estos. Las características principales de esta enfermedad incluyen la pérdida de inserción clínica (NIC), pérdida ósea evaluada a través de examen radiológico, presencia de sacos periodontales y sangrado al sondaje periodontal (Papapanou, 2018). Dependiendo de la severidad de la enfermedad periodontal esta puede afectar la calidad de vida de las personas, producir disfunción masticatoria, estado nutricional deficiente y edentulismo en la

población adulta y de no ser tratada a tiempo, incurre en un alto costo tanto para las personas como para el Estado.

Los principales factores e indicadores de riesgo de la periodontitis son compartidos con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Además, la presencia de enfermedad periodontal en un paciente con ECNT puede contribuir a su exacerbación y/o desarrollo, a través de diversos mecanismos patogénicos, y el tratamiento de la condición periodontal genera una reducción de la inflamación sistémica.

La periodontitis se asocia de manera significativa e independiente con las principales enfermedades inflamatorias crónicas del envejecimiento, incluidas las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, artritis reumatoide, enfermedad renal crónica, obesidad y enfermedad pulmonar obstructiva crónica; afectando considerablemente a las personas, es por esto que es necesario su pesquisa temprana y por sobre todo su prevención por parte del equipo de salud.

El actual sistema de clasificación (2018) identifica 3 formas de Periodontitis de acuerdo a los mecanismos fisiopatológicos establecidos: Periodontitis Necrotizantes, Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas y Periodontitis, esta última categoría agrupa las condiciones antiguamente denominadas Periodontitis Agresiva y Crónica, actualmente clasificada en 4 etapas según severidad y en 3 grados según riesgo de progresión (Caton, 2018).

De acuerdo con diagnósticos nacionales de salud bucal, la prevalencia de gingivitis es de 32,6% a los 2 años de edad, aumentando sostenidamente hasta alcanzar un 66,9% a los 12 años. Según sexo, en la prevalencia de salud gingival de los adolescentes de 12 años,

se observa que la población femenina sana es de un 37,5% y la población masculina de un 28,4% (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

En relación a la periodontitis, el indicador usado para su medición es la pérdida de inserción clínica (Clinical attachment loss, CAL). Según los resultados del estudio nacional realizado en población adulta publicado en el año 2010, se observa una alta prevalencia de individuos con pérdida de inserción clínica mayor a 3 mm., en al menos uno de los dientes examinados. Las pérdidas de inserción mayores a 6 mm., en al menos uno de los dientes examinados fueron del 39% y 69% para los grupos de 35-44 años y 65-74 años respectivamente. Los hombres presentan un promedio mayor de profundidad al sondaje y de pérdida de inserción que las mujeres. De acuerdo al estudio antes mencionado, la prevalencia estimada en nuestra población de enfermedad periodontal severa, según los criterios de Page y Eke (CDC/AAP), sería de 25.9% en el grupo de 35-44 años y de 39,8 % en el grupo de 65-74 años de edad (Gamonal et al., 2010).

El actual modelo de salud integral familiar y comunitaria de nuestro sistema de salud reconoce el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa. Tiene entre sus características la continuidad de la atención desde la atención primaria a secundaria y terciaria según la necesidad de cada individuo y de los cuidados de salud pertinentes, razón por la cual se hace necesario contar con sistemas de Referencia y Contrarreferencia que pongan a disposición de la Red Asistencial las recomendaciones, criterios y requisitos para una referencia y contrarreferencia oportuna y adecuada, dentro de sus distintos niveles.

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.

Fig. 1: Mapa red: Comuna de Iquique

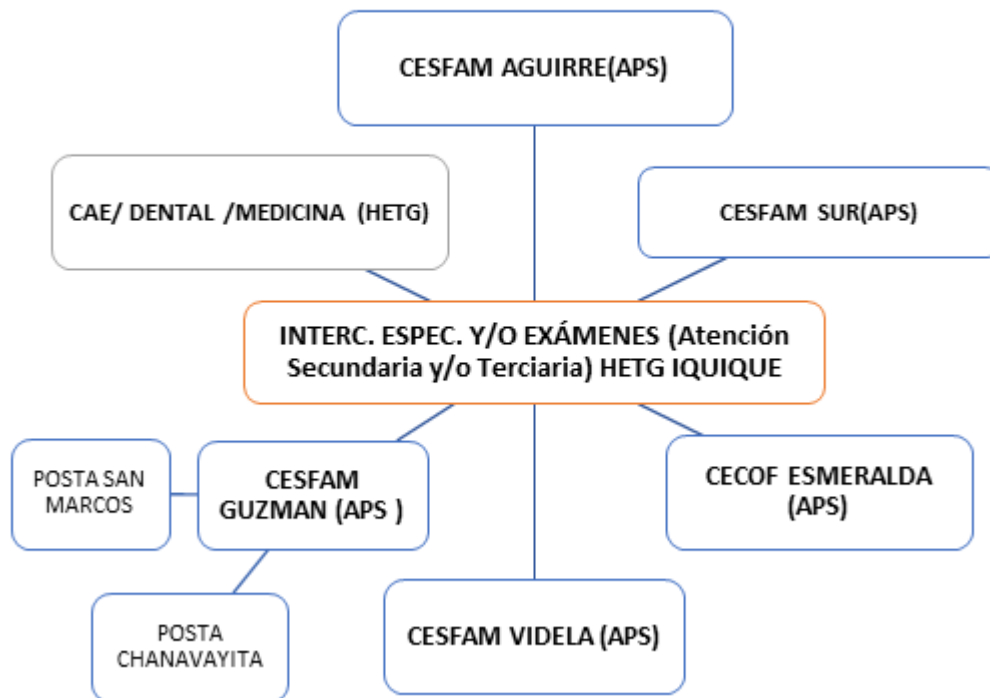
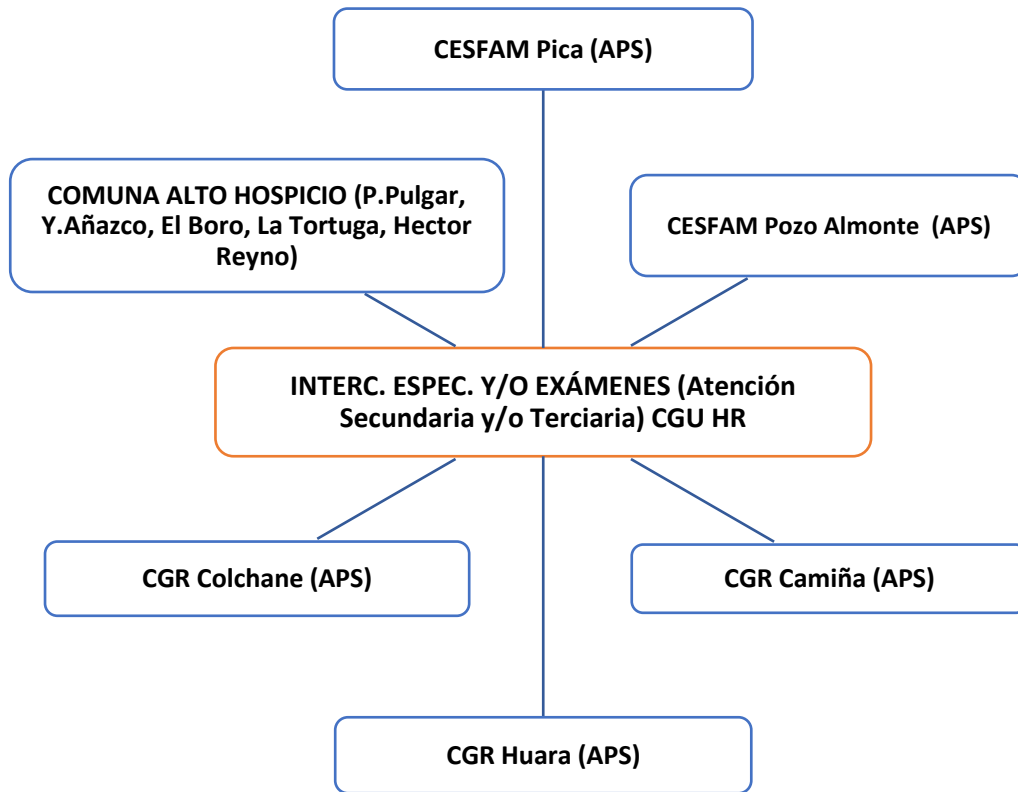


Fig. 2: Mapa Red : Provincia del Tamarugal y Comuna Alto Hospicio



4. OBJETIVO

Objetivo General:

Establecer un instrumento estandarizado de aplicación a nivel local de Referencia y Contrarreferencia en la especialidad de Periodoncia, 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 Periodoncia 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 Periodoncia, 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 Periodoncia entre los distintos niveles de la red asistencial.
- Detallar el flujograma de referencia y contrarreferencia de la especialidad de Periodoncia entre los distintos niveles de la red asistencial.

5. ALCANCE O 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.

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 Periodoncia, con registro ante la Superintendencia de Salud.

Será utilizado en la red de salud local, con el fin de estandarizar criterios de referencia y contrarreferencia de pacientes, criterios administrativos y de flujo entre la especialidad de Periodoncia y los distintos niveles de atención. Además, entrega la definición de cartera de prestaciones, 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 periodoncia 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.

RESPONSABLE DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

- 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.
- 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.
- 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)
- 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 de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Iquique.

7. POBLACIÓN OBJETIVO

Beneficiarios FONASA y/o PRAIS que se atienden en sistema público, y que presenten patologías periodontales o peri-implantares y que sea necesario tratar y/o derivar dentro de la Red de Salud.

Para la determinación de este Universo se debe realizar un examen periodontal detallado (al menos Examen Periodontal Básico), en la que se requiere determinar la presencia de pérdida de inserción clínica (o la evidencia radiológica de pérdida ósea) y características clínicas inflamatorias (sangrado al sondaje).

Para determinar el universo de pacientes que presenten patologías periodontales o peri-implantares se debe realizar la siguiente evaluación:

- Examen Clínico inicial donde se sospecha de patología periodontal o peri-implantar.
- Realizar destartraje supragingival e Instrucción de Higiene Oral (IHO).
- En una sesión siguiente, realizar Examen Periodontal Básico (EPB) y complementar con evaluación clínica periodontal de ser necesario. Para tal evaluación se sugiere la sonda periodontal Carolina del Norte.
- Se utilizará EPB junto a la evaluación de signos y síntomas de la enfermedad Periodontal, para llegar a una aproximación diagnóstica y determinar la necesidad de tratamiento en los distintos niveles de atención (Ver Anexo 1).

a. Criterios de Inclusión:

- Presencia de pérdida de inserción clínica mayor o igual a 5 mm.
- Profundidad de sondaje mayor o igual a 6 mm (EPB código 3-4).
- Compromisos de furca clase II o III (EPB código *).
- Evidencia de pérdida ósea radiográfica mayor o igual al 50% de la superficie radicular.
- Pérdida dentaria por historia de periodontitis.
- Presencia de pérdida ósea vertical mayor o igual a 3 mm.
- Todo paciente del programa cardiovascular y fumadores de más de 10 cigarrillos diarios con pérdida de inserción y signos clínicos inflamatorios asociados.
- Pacientes que presenten sospecha de Periodontitis, y que sean candidatos a ser rehabilitados con implantes oseointegrados (IOI), prótesis parcial removible y/o prótesis fija, deben ser derivados inicialmente a la especialidad.
- Pacientes rehabilitados con IOI y que presenten compromiso inflamatorio de los tejidos periimplantares (enrojecimiento, sangrado al sondaje) deben ser derivados a Periodoncia con sospecha de enfermedad Periimplantar.

b. Criterios de Exclusión:

- Pacientes que rechazan el tratamiento periodontal.
- Pacientes con gingivitis asociada a biofilm microbiano (placa bacteriana).
- Pacientes sin control de factores predisponentes, como, por ejemplo: dientes al estado radicular, con enfermedad de caries activa (lesiones cavitadas), obturaciones defectuosas.
- Pacientes cuya pérdida de inserción pueda atribuirse a causas no-periodontales como: Presencia de pérdida de inserción clínica en la cara distal de un segundo molar asociada a malposición o exodoncia de un tercer molar o la presencia de una fractura radicular vertical.

- Pacientes con condiciones sistémicas diagnosticadas y que no estén en tratamiento.

c. Consideraciones:

- Los pacientes que presentan gingivitis son aquellos que no presentan pérdida de inserción clínica mayor o igual a 1 mm., y un índice de sangrado al sondaje mayor al 10% y deberán ser manejados en APS.
- Los pacientes diagnosticados con periodontitis son aquellos que presentan una pérdida de inserción clínica proximal en al menos dos dientes no adyacentes, o una pérdida de inserción clínica mayor o igual a 3 mm. en cara libre (vestibular, lingual o palatino) con una profundidad de sondaje mayor o igual a 3 mm.
- La pérdida de inserción no debe corresponder a causas no relacionadas con la enfermedad, como recesión gingival de origen traumático, caries dental cervical, pérdida de inserción en la cara distal de un segundo molar asociada con la malposición o exodoncia de un tercer molar, una lesión endodóntica que drene vía marginal, o la presencia de una fractura radicular vertical.
- Los pacientes que presentan periodontitis Estadío I son aquellos que no han perdido dientes por enfermedad periodontal, la pérdida ósea radiográfica es menor al 15 % de la superficie radicular y presentan una pérdida de inserción clínica de 1 a 2 mm.
- Los pacientes que presentan periodontitis Estadío II son aquellos que no han perdido dientes por enfermedad periodontal, la pérdida ósea radiográfica se encuentra entre el 15 y el 33% de la superficie radicular y presentan una pérdida de inserción clínica de 3 a 4 mm.

- Los pacientes que presentan periodontitis Estadío III son aquellos que han perdido hasta 4 dientes por enfermedad periodontal y la pérdida ósea radiográfica se extiende al tercio medio de la superficie radicular y presentan una pérdida de inserción clínica de \geq a 5 mm. Los pacientes que presentan periodontitis Estadío IV son aquellos que han perdido 5 o más dientes por enfermedad periodontal, la pérdida ósea radiográfica se extiende al tercio apical de la superficie radicular y presentan una pérdida de inserción clínica de \geq a 5 mm.
- Los pacientes que presentan gingivitis o periodontitis Estadío I o II deben ser tratados a nivel de atención primaria. La estrategia de tratamiento a seguir en los pacientes con periodontitis Estadío I y II, debe incluir, la motivación, la instrucción de higiene oral, el destartraje supragingival y subgingival, el pulido coronario según se requiera. La mantención periodontal debe realizarse según el perfil de riesgo del paciente. Cuando el paciente de Estadío II requiera de pulido radicular se deberá derivar al nivel secundario o atención mediante estrategia de Resolutividad en APS si cumple criterios de inclusión.
- Se debe derivar a la especialidad de periodoncia a los pacientes que presentan Periodontitis Estadío III o IV y a aquellos que presenten una condición peri-implantar o médica que lo requiera, considerando criterios de inclusión y exclusión expuesto en el presente documento.
- Los pacientes que presenten pérdida de inserción clínica mayor a 1 mm en caras proximales en más de un diente (no vecino) o en cara libre con profundidad de sondaje mayor a 3 mm., o pérdida ósea radiológicamente detectable, deberán ser examinados con cuidado y determinar si la pérdida ósea se ha producido por fractura radicular, lesión endoperiodontal, caries o restauración defectuosa, presencia de terceros molares u otro factor predisponente.

Tabla N° 1: Paciente con otras condiciones que requieren evaluación periodontal:

CONDICIÓN	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	DESTINO		
			APS	PERIODONCIA	ENDODONCIA
Hospitalizados		Paciente que requiera evaluación dental, y se evidencie necesidad de tratamiento periodontal.		X	
Compromiso sistémico		Todo paciente debe estar en tratamiento y control con respecto a cualquier patología sistémica.		X	
Necesidades Quirúrgicas		Todo paciente que requiera tratamiento periodontal previo, durante o posterior a cirugía.		X	
Pases Odontológicos		Desde atención secundaria.		X	
Pases previos a Tratamientos Oncológicos		Desde atención secundaria.		X	
Enfermedades periodontales necrosantes	Gingivitis necrosante	Pacientes con compromiso temporal y/o moderado.	X		
	Periodontitis necrosante, Estomatitis necrosante, Gingivitis necrosante en pacientes con alteraciones sistémicas graves e inmunosuprimidos/inmunodeprimidos	Pacientes con compromiso crónico y grave. Manejo inicial debe ser en establecimiento de origen.		X	
Enfermedades peri-implantares	Mucositis periimplantaria	Derivación con radiografía periapical del/los implante/es afectados.		X	
	Periimplantitis	Derivación con radiografía periapical del/los implante/es afectados.		X	
Otras condiciones que afectan al periodonto:					
Lesiones endoperiodontales	Fractura radicular	Sin posibilidad de tratamiento se debe indicar exodoncia.	X		
	Lesión de caries o traumática que afecta primero a la pulpa sin compromiso periodontal.	Se debe realizar tratamiento primario en APS y SIC a Endodoncia.	X		X
	Presencia de destrucción periodontal sin compromiso endodóntico.			X	
	Daño radicular (perforación del canal radicular o cámara pulpar, reabsorción radicular externa).	En pacientes con Periodontitis.		X	X

Abscesos Periodontales	Tratamiento de urgencia en establecimiento de origen.	Derivación a especialidad de Periodoncia según criterios de Periodontitis.		X	
Enfermedades y trastornos sistémicos que afectan a los tejidos periodontales		Derivación a Periodoncia según criterios de Periodontitis.		X	
Alteraciones mucogingivales en los dientes naturales	Factores localizados relacionados con el diente que modifican o predisponen a las enfermedades gingivales/periodontitis inducidas por placa.			X	
	Deformidades y alteraciones mucogingivales alrededor de dientes e IOI (recesiones gingivales).			X	
	Deformidades y alteraciones mucogingivales en crestas edéntulas.	Evaluación interdisciplinaria con cirugía maxilo facial.		X	
	Trauma oclusal y fuerzas oclusales excesivas en pacientes con periodontitis.	Evaluación interdisciplinaria con TTM y RO.		X	
Cirugías mucogingivales	Cirugía de tejidos de inserción supracrestal (procedimiento o cirugía de alargamiento coronario); regeneración tisular/ósea guiada	De acuerdo a cartera de prestaciones.		X	
Mantenimiento de pacientes con implantes		Derivación con radiografía periapical del/los implante/es.		X	

Nota: Todos los pacientes derivados a especialidad deben tener controlados los factores locales predisponentes de acúmulo de biofilm oral.

En la tabla 1 se muestran otras condiciones que requieren evaluación y/o tratamiento por especialidad de Periodoncia, condiciones que pueden ser manejadas en los distintos niveles de atención y con apoyo de otras especialidades Odontológicas como Endodoncia.

8. DEFINICIONES

a) Abreviaturas

- **SIC:** Solicitud de Interconsulta.
- **LE:** Lista de espera.
- **GES:** Garantías Explícitas en Salud.
- **APS:** Atención Primaria de Salud.
- **EPB:** Examen Periodontal Básico.

b) Definiciones

- **GINGIVITIS:** Condición inflamatoria sitio-específica iniciada por la acumulación de biofilm dental y caracterizada por cambio de color, edema, y la ausencia de pérdida de inserción periodontal (Trombelli, 2018). Los pacientes que presentan gingivitis son aquellos que no presentan pérdida de inserción clínica mayor o igual a 1 mm., y un índice de sangrado al sondaje mayor al 10%.
- **PERIODONTITIS:** Enfermedad inflamatoria multifactorial crónica asociada con un biofilm dental disbiótico y caracterizada por la destrucción de los tejidos de inserción periodontal (Papapanou, 2018). Los pacientes diagnosticados con periodontitis son aquellos que presentan una pérdida de inserción clínica proximal en al menos dos dientes no adyacentes, o una pérdida de inserción clínica mayor o igual a 3 mm. en cara libre (vestibular, lingual o palatino) con una profundidad de sondaje mayor o igual a 3 mm.

- **PERI-IMPLANTITIS:** Es una condición patológica que se produce alrededor de los implantes dentales, caracterizada por inflamación en la mucosa peri-implantar y una progresiva pérdida del soporte óseo (Schwarz, 2018).
- **NIC** nivel de inserción clínica: es la medida que da cuenta del grado de soporte dentario. Se calcula realizando un sondaje en 6 puntos (3 vestibulares y 3 lingual/palatino) de los dientes erupcionados, con una sonda periodontal estandarizada, tomando como referencia el límite amelocementario (LAC/CEJ) y la profundidad al sondaje.
- **PIC/CAL pérdida de inserción clínica:** es la pérdida del tejido de soporte dentario (periodonto de inserción: hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular), obtenido de acuerdo a los valores del NIC

9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO

a) Cartera de prestaciones en nivel de especialidad

- IHO
- Destartraje supragingival
- Destartraje subgingival
- Pulido coronario
- Pulido Radicular
- Férula
- Ajuste oclusal/control de factores locales/ desgaste selectivo
- Procedimientos quirúrgicos periodontales de baja complejidad:
 - Gingivectomías y gingivoplastias
 - Cirugía de acceso periodontal
 - Cirugía de alargamiento coronario
- Procedimientos quirúrgicos periodontales/peri-implantares de baja y mediana complejidad:
 - Recubrimientos radiculares unitarios con o sin injertos
 - Corrección de tejidos blandos asociados a IOI
 - Tratamiento de mucositis peri implantar
- Procedimientos quirúrgicos periodontales/peri-implantares de alta complejidad:
 - Cubrimientos radiculares múltiples con o sin Injertos
 - Regeneración Tisular Guiada (RTG)
 - Regeneración Ósea Guiada (ROG)
 - Corticotomía
 - Tratamiento de peri implantitis

}

b) Criterios de priorización

Priorización:

- i. Usuarios con sospecha de enfermedad periodontal que presenten compromiso sistémico por alguna enfermedad que provoque alteración de la respuesta inmune.
- ii. Pacientes que posterior a su tratamiento y alta necesiten reevaluación por la especialidad.
- iii. Usuarios que requieren pase odontológico para acceso a atención de cirugía mayor.
- iv. Pacientes con alto riesgo de progresión de enfermedad periodontal con presencia de signos de periodontitis que además presenten 2 o más de las siguientes condiciones clínicas:
 - Diabetes Mellitus con mal control metabólico. Esta condición debe ser trabajada en conjunto con el equipo de programa cardiovascular del establecimiento de origen.
 - Fumador sobre 10 cigarrillos al día.
 - Menor de 35 años con presencia de sacos periodontales mayor o igual a 5 mm.
- v. Pacientes con diagnósticos de cáncer, previo al inicio de tratamiento oncológico.

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

Manejo Inicial en Atención Primaria previo a la derivación:

- i. Examen clínico odontológico intraoral y extraoral, incluyendo sondaje periodontal (Examen Periodontal Básico).
- ii. Realizar profilaxis, destartraje supra y subgingival.

- iii. Aplicación de flúor barniz según necesidad del paciente.
- iv. Educación e Instrucción de higiene oral y/o hábito tabáquico.
- v. Tratamiento de lesiones de caries activas.
- vi. Restauraciones directas o indirectas en buen estado, sin sobrecontornos o factores que posibiliten la retención de biofilm oral.
- vii. Pacientes con condiciones sistémicas en tratamiento médico y/o dental.
- viii. Mantener controles de acuerdo a riesgo cariogénico y periodontal.

d) Condiciones de derivación a especialidad

- i. Beneficiarios legales del seguro público de salud (FONASA) y/o PRAIS.
- ii. Pacientes con necesidad de tratamiento en especialidad de Periodoncia (Ver anexo 1 y Flujograma de derivación).

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 menor a otro de mayor capacidad resolutive.

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

Una interconsulta vigente en sistema SIGTE que contemple:

- Fecha de la interconsulta.
- Nombre completo.
- 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 de la condición periodontal.
- Fundamentos del diagnóstico, anote aquí si existe alguna condición de priorización (de acuerdo con criterios de priorización).
- Antecedentes sistémicos de importancia (hipertensión, diabetes, enfermedad renal u otro) y 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) Acciones en paciente con necesidad de tratamiento periodontal sin derivación al nivel secundario

- i. Educación, motivación y refuerzo de Instrucción de Higiene Oral.
- ii. Tratamiento Periodontal en APS: Profilaxis y destartrajes supragingival y subgingival según pertinencia de APS (Evaluación según Flujogramas N° 1 y 2).
- iii. Aplicación de flúor barniz.

- iv. Mantener controles de evaluación periodontal de acuerdo a parámetros periodontales y riesgo individual (al menos una vez al año).

g) Criterio de Alta de la especialidad

- i. Finalizado el tratamiento en la especialidad de Periodoncia:
- Registro Alta REM: al término de la fase etiológica (última sesión de pulido radicular)
 - Alta Clínica (Egreso): Según parámetros periodontales de estabilidad periodontal. Se determinará según Riesgo Periodontal, al momento de pasar a la fase de Mantenición.
 - Mantenición Periodontal:
 - Bajo riesgo: Se da Alta de Especialidad y se realiza contrarreferencia hacia APS, sugiriendo periodicidad de controles de Mantenición Periodontal en Atención Primaria e indicando acciones clínicas.
 - Moderado riesgo: Se da Alta de Especialidad y se realiza contrarreferencia hacia APS, sugiriendo periodicidad de controles de Mantenición Periodontal en Atención Primaria. En caso de ser necesario, debido a un cambio en el Riesgo Periodontal, se deberá referir al usuario nuevamente a Especialidad de Periodoncia, solicitando priorización de la atención.
 - Alto riesgo: Se registra Alta Estadística REM, posterior a Reevaluación Periodontal y se mantiene en controles de Mantenición Periodontal en Atención Secundaria, según riesgo individual.

ii. Por causa administrativa:

- La inasistencia continuada (mínimo 3) o no solicitud de atención por parte del paciente, a controles de tratamiento de Periodoncia 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 Periodoncia.

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:

i. 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. Tratamiento pendiente en APS

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

Será responsabilidad del establecimiento de origen de contrarreferencia 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 se pueda retomar el tratamiento de especialidad de ser necesario.

iii. Egreso de Especialidad:

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

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

El centro de referencia enviará al establecimiento derivador de APS la información de la atención brindada considerando al menos los siguientes elementos:

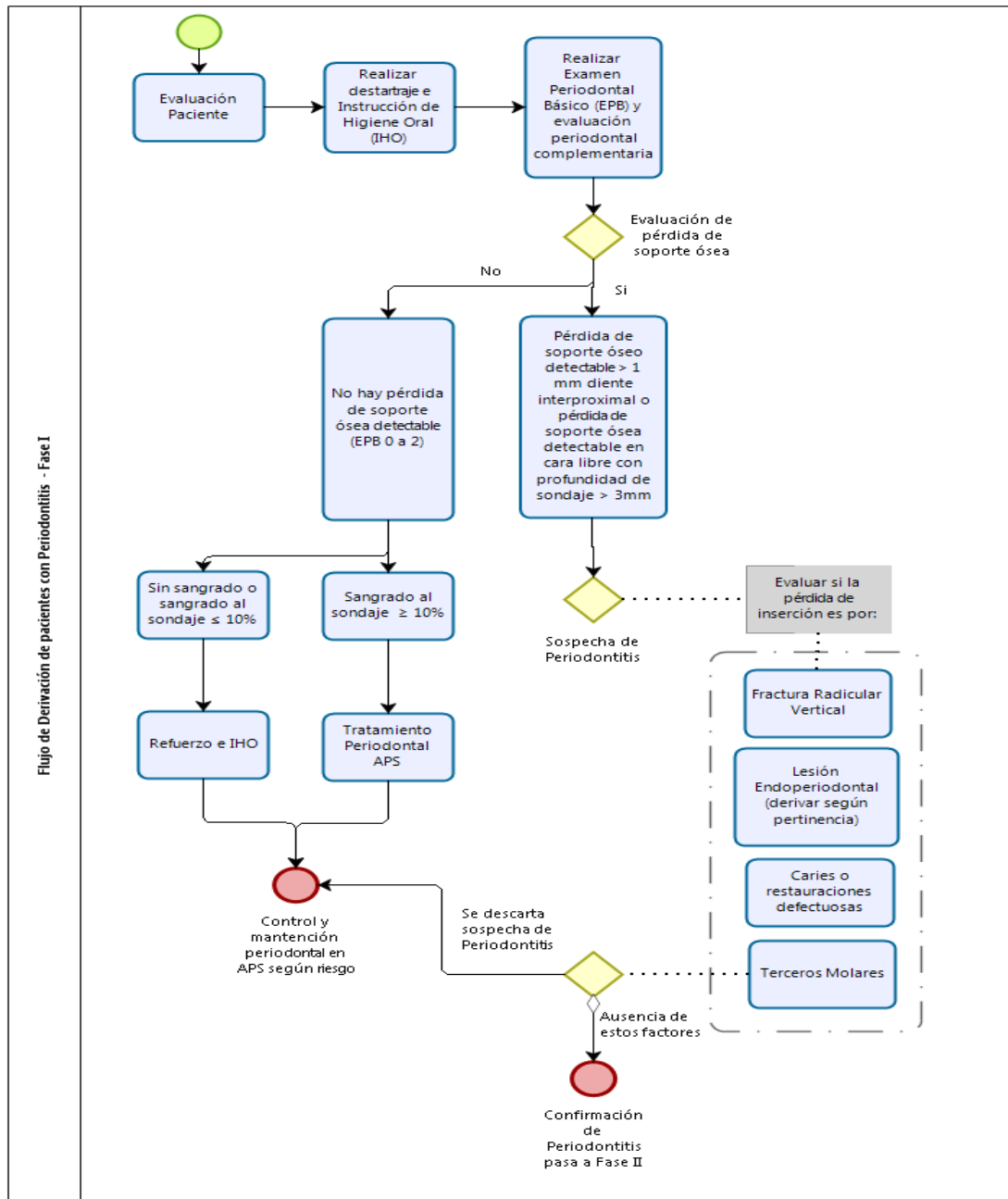
- Epicrisis
- Diagnóstico principal.
- Procedimientos llevados a cabo.
- Medicamentos indicados.
- Complicaciones registradas, en caso de haber existido.
- Resumen del curso de la enfermedad a lo largo del tratamiento.
- Estado del usuario al momento del alta.
- Indicaciones dadas al paciente por escrito.

- 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.
-

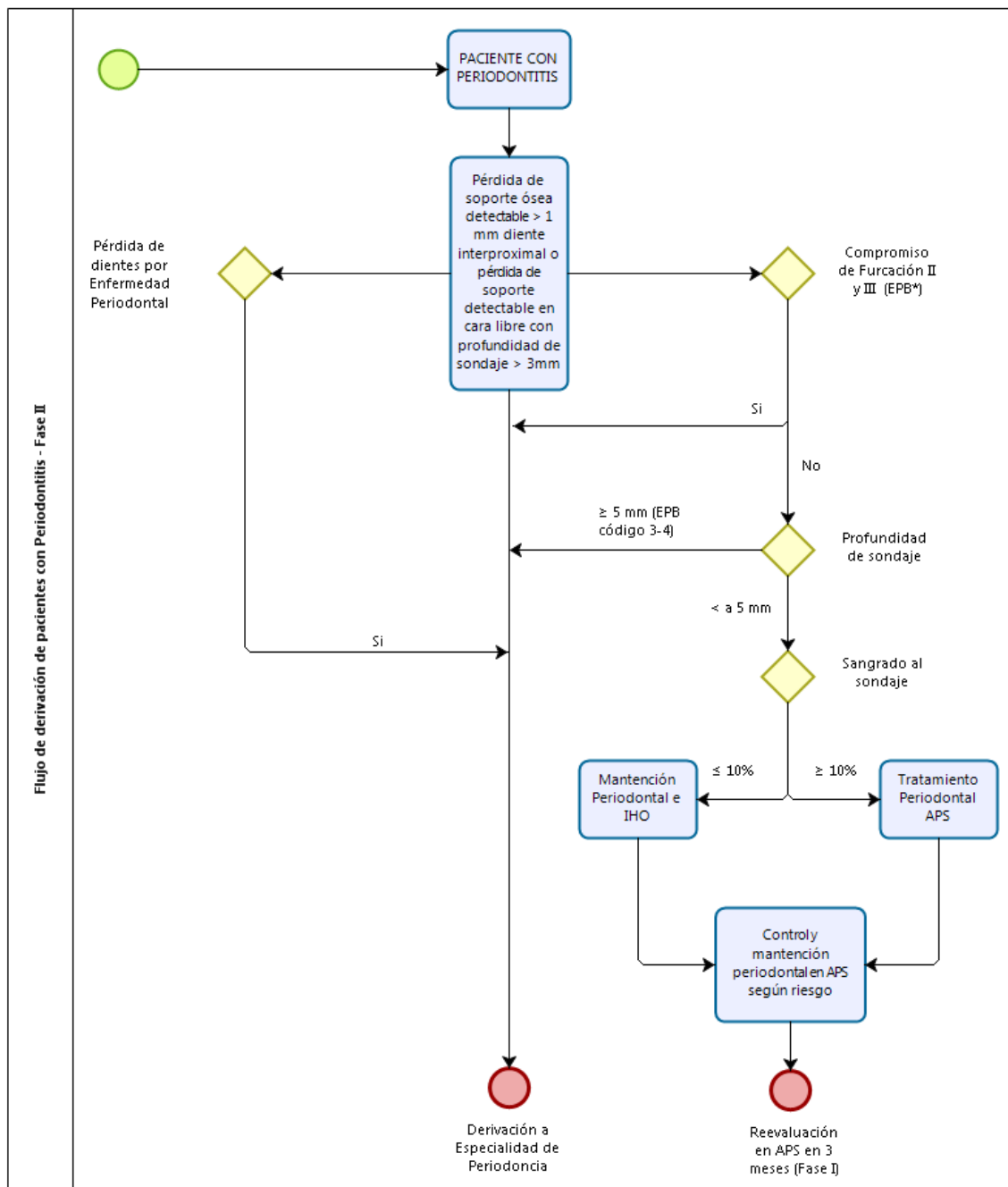
10. FLUJOGRAMA

Para facilitar el proceso de toma de decisiones se presenta a continuación el Flujograma N°1 (Fase I y Fase II) y Flujograma N°2, que facilitan la identificación del paciente con sospecha de periodontitis, con periodontitis necrotizante, periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas y enfermedad peri-implantar.

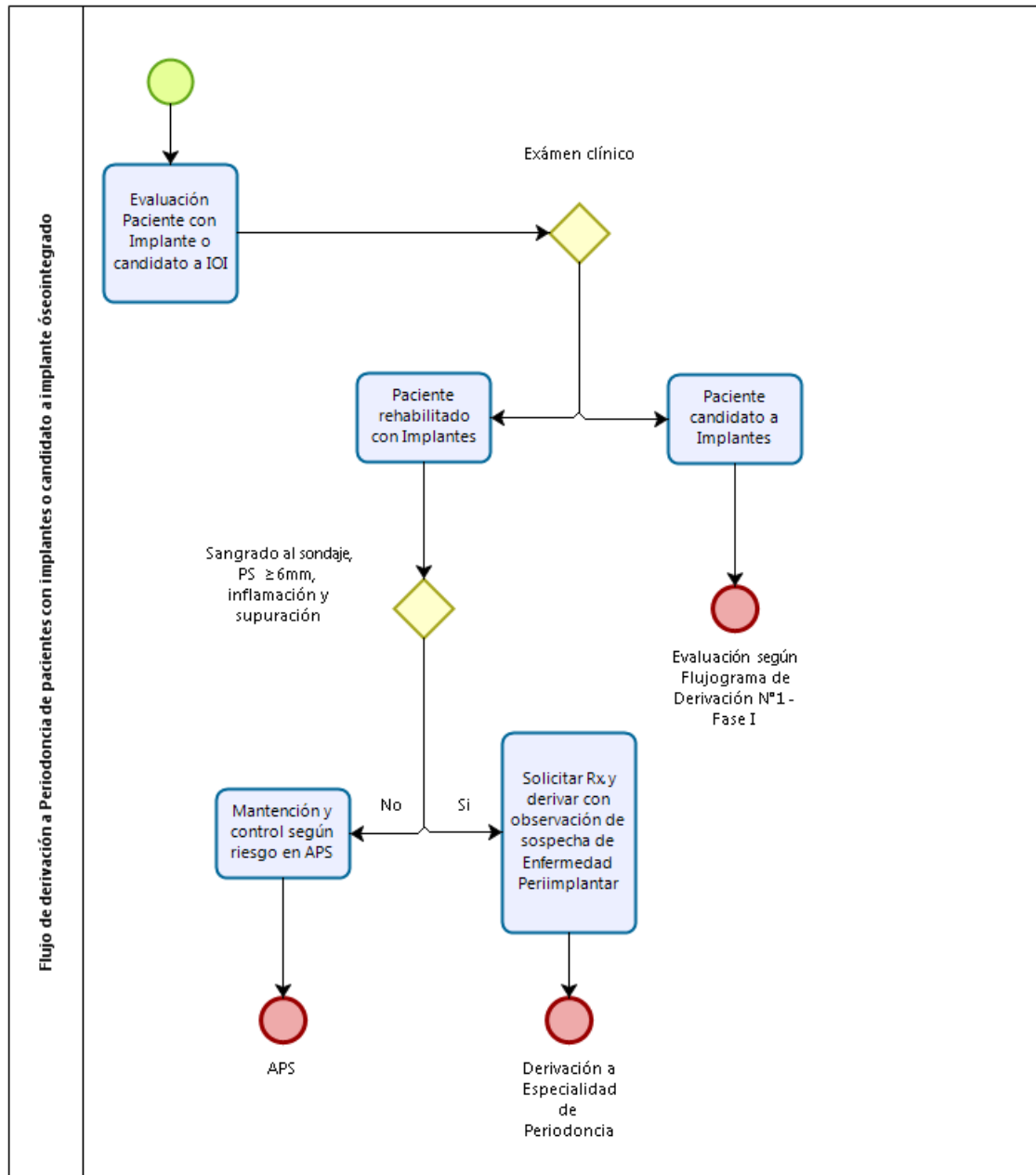
Flujograma de Derivación N°1 - Fase I:



Flujograma de Derivación N°1 - Fase II:



Flujograma de Derivación N°2:



11. INDICADOR

- **Numerador:** N° Total de pacientes evaluados en especialidad de Periodoncia de nivel secundario que cumplen con los criterios de referencia según protocolo de periodoncia RCR.
- **Denominador:** N° Total de pacientes referidos según protocolo de Periodoncia RCR, desde APS a especialidad de periodoncia.

Fórmula:

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

_____ X 100

N° Total de pacientes referidos según protocolos de periodoncia RCR, desde APS a especialidad de periodoncia.

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	Optimo: 90% - 100% Aceptable: 89% Crítico: < 89%
Justificación/Fundamento	Asegurar la correcta referencia de especialidad Periodoncia
Fuente y método de recolección	REM A09

Periodicidad	Semestral
Responsable	Odontólogos de Interfaz atención primaria Odontólogos interfaz atención secundaria

12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN

i. Funciones del Contralor en establecimiento de origen:

- Verificar que las Interconsultas cumplan con la pertinencia Clínica y Administrativa según el protocolo establecido.
- Verificar que el 100% de las solicitudes de interconsulta (SIC) incompletas o mal emitidas sean devueltas al odontólogo tratante, y se definan conductas sobre ellas.
- 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, la solicitud pasa al estado “Ingreso” y es enviada al Establecimiento de destino. (Referencia)
 - No Validada: En este caso la solicitud pasa al estado “mal emitida”, por ende, la solicitud es enviada al profesional derivador, con el detalle de la causa de la no validación, para que se reformule.
- 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 retroalimenta 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 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 de APS, excepcionalmente, podrá reevaluar la interconsulta para completar los datos faltantes.

- Categorizar la priorización de la SIC según lo establecido en el 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 u 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.

ii. Funciones del Contralor en establecimiento de destino:

- Las SIC ingresadas a lista de espera (LE), son revisadas, por el Odontólogo Especialista Contralor, quien evalúa la pertinencia y asigna una priorización.

El resultado de este paso puede ser:

- Acepta la SIC, y la declara 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.
- 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 Periodoncia, 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. Como ejemplo de la situación antes mencionada se encuentra la presencia de lesiones de caries cavitadas no tratadas. Después de la resolución del problema de salud a nivel de la atención primaria, podrán ser derivados a tratamiento de especialidad.

iii. 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 protocolo mínimo, tales como: presencia de lesiones de caries no tratadas, enfermedad periodontal no controlada 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.

¹ Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2021. Anexo 20: Coordinación y Programación de la Red Odontológica.

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 de 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 periódicas para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2024.
- Se realizarán actualizaciones previas, en caso de ser necesario.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud de Chile, 'Análisis de Situación de Salud Bucal En Chile.', 2010 <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-al-profesional-salud-bucal/publicaciones-2/>
2. Gamonal, J., Mendoza, C., Espinoza, I., Muñoz, A., Urzúa, I., Aranda, W., Carvajal, P., & Arteaga, O. (2010). Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *Journal of Periodontology*, 81(10), 1403-1410. <https://doi.org/10.1902/jop.2010.100148>
3. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Bucal. "Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales". Junio 2017.
4. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Bucal. "Guía de consulta rápida: Salud Oral en Adolescentes de 10-19 años: prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal". 2016.
5. Chapple ILC, Mealey BL, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S68–S77. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12940>
6. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S44–S67. <https://doi.org/10.1111/>
7. Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S162–S170. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>
8. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang H-L. Peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S246–S266. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12954>

9. Sociedad española de Periodoncia. (2014). Examen Periodontal Básico. 09/01/2020, de SEPA Sitio web:http://www.cuidatusencias.es/wp-content/uploads/2016/01/Dossier-EPB_ENERO_20141.pdf
10. British Society of Periodontology. (2019). Basic Periodontal Examination (BPE). 09/01/2020, de British Society of Periodontology Sitio web:https://www.bsperio.org.uk/publications/downloads/115_090048_bsp-bpe-guidelines-2019.pdf
11. Caton, J. G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I., Jepsen, S., Kornman, K. S., Mealey, B. L., Papapanou, P. N., Sanz, M., & Tonetti, M. S. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. Journal of clinical periodontology, 45 Suppl 20, S1–S8. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12935>

15. PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIO

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

16. ANEXOS

Anexo N° 1:

Examen Periodontal Básico (EPB)

Es un método de exploración periodontal simple y rápido desarrollado por la Sociedad Británica de Periodoncia, tiene la ventaja de resumir la situación periodontal de una manera útil, aunque **en ningún caso este examen da un diagnóstico periodontal**, sólo una orientación en la conducta a seguir con nuestro paciente.

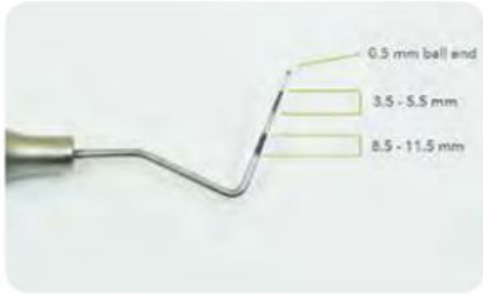
El EPB no es un sustituto del examen periodontal completo requerido para un diagnóstico adecuado y planificación del tratamiento en pacientes susceptibles.

El EPB puede ser aplicado por todo odontólogo(a) a toda persona que accede a un examen de salud oral para determinar la necesidad de mayor valoración o si su problema de salud periodontal detectado puede ser resuelto en el nivel primario de atención.

Para realizar el examen periodontal se requiere el uso de una sonda periodontal, existe dos tipos de sonda indicada para este examen, la OMS y la Carolina del Norte. Se recomienda utilizar sonda Carolina del Norte UCN 15, por la precisión milimétrica del instrumento para evaluar progresión de la enfermedad y realizar el seguimiento de los pacientes que son atendidos en APS, asegurando la oportuna derivación del paciente a atención secundaria si el caso lo necesita, a diferencia de la sonda OMS que marca rangos de milimetraje.

El EPB divide la dentición completa en sextantes, para cada uno de los cuales se determina un solo código, después de examinar todos los dientes de cada sextante.

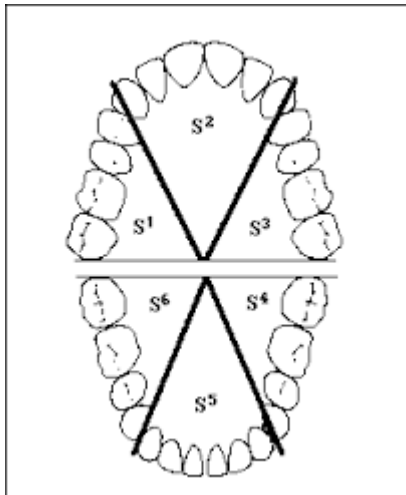
Se evalúan 6 sitios por diente: mesial, distal, punto medio de superficies vestibulares, palatinas o linguales. La fuerza utilizada en el sondaje no debería exceder de los 20-25 g.



Sonda OMS - representación de fuerza equivalente a 20-25 g



Sonda UCN 15, milimetrada.



División boca en sextantes EPB

Un sextante cualificado para el registro deberá contener al menos dos dientes. Las observaciones realizadas en un solo diente se incluyen en el registro del sextante adyacente.

Antes de realizar EPB se debe evaluar pérdida de soporte periodontal.

A continuación, se describen los códigos y criterios utilizados en el examen periodontal básico. En cada sextante se debe registrar el código de mayor valor:

Código 0: se da al sextante cuando la profundidad de sondaje (p.s.) no es mayor a 4 mm, no hay cálculo u obturaciones desbordantes y no hay sangrado tras el sondaje. **Salud periodontal.**

Código 1: se da al sextante cuando la p.s. no es mayor 4 mm, no hay cálculo u obturaciones desbordantes, pero aparece **sangrado tras el sondaje.**

Código 2: se da al sextante cuando la p.s. no es mayor 4 mm. Existe **presencia de cálculo dental u otros factores de retención de placa** como obturaciones desbordantes. Hay **sangrado tras el sondaje.**

Código 3: se da al sextante en el que la **máxima p.s. está entre 4-6 mm.**

Código 4: se da al sextante en el que la **p.s. mayor es de 6mm ó más.**

Código *: se le da a un sextante en el que se detecte compromiso de furca, de manera complementaria al código numérico (3*, por ejemplo). El asterisco denota que se requiere un examen periodontal completo.

Le deberá dar una breve explicación de la importancia de los hallazgos en términos entendibles por el paciente.

La conducta a seguir en APS, de acuerdo a los códigos del EPB y otros signos, es la siguiente:

Código 0: reforzar medidas de promoción, prevención y controlar factores de riesgo.

Código 1: instrucción de higiene oral y profilaxis supragingival.

Código 2: pueden ser tratados como los sextantes con Código 1 añadiendo eliminación mecánica o manual de cálculo dental y eliminación de las obturaciones desbordantes.

Observación: En los códigos 1 y 2 debe tener especial cuidado y observación en la evaluación de dientes anteriores con profundidades mayores a 3 mm que estén asociadas a sangrado al sondaje y pérdida de inserción clínica, las cuales requieren destartraje subgingival y eventualmente pulido y alisado radicular.

Código 3: Cuando los pacientes tengan sextantes con esta puntuación. se debe realizar un **examen periodontal completo** (periodontograma, índice de placa, índice gingival, movilidad y radiografías); hacer el **análisis de riesgo del paciente** según los datos recopilados (los pacientes con riesgo elevado se considerarán como complejos); y realizar profilaxis de la dentición completa y destartraje según corresponda, más **pulido y alisado radicular** en los sextantes con código 3, por lo que se deberá derivar a especialista de ser necesario (Ver criterios de inclusión pag.9).

Código 4: Necesidad de mayor valoración periodontal, derivar a especialista.

Código *: Necesidad de mayor valoración periodontal, derivar a especialista.

La concepción moderna de la periodontitis requiere que todos los pacientes requieran de una evaluación periódica de esta patología. El EPB, permite una exploración periodontal en la práctica dental general, cabe recordar que no es un sustituto del examen periodontal completo requerido para un diagnóstico adecuado.

Anexo N° 2:

Recesiones Gingivales

Migración apical del margen gingival, con respecto al límite amelocementario (LAC), se asocia con la pérdida de inserción y con la exposición de la superficie de la raíz al entorno oral. Aunque la etiología de las recesiones gingivales sigue sin estar clara, se han sugerido varios factores predisponentes ej: biotipo periodontal fino y cantidad de encía adherida, cepillado traumático, tratamiento de ortodoncia, restauraciones cervicales.

Pérdida de inserción clínica interproximal (CAL). Las recesiones gingivales sin pérdida de inserción interproximal, tienen el potencial de cobertura radicular completa, mientras que las que presentan pérdida de inserción interproximal, reducen el potencial de cobertura radicular completa, como requisito debe existir a lo menos 1mm de encía queratinizada.

Clasificación de recesión basada en la medición de pérdida de inserción clínica, propuesta por Cairo et al.:

RECESIÓN GINGIVAL SEGÚN CAIRO		
RT	Observa LAC	Pérdida de inserción interproximal
RT1	NO	NO
RT2	SI	SI, menor que recesión vestibular.
RT3	SI	SI, mayor que recesión vestibular.

- Recesión tipo 1 (RT1): Recesión gingival sin pérdida de inserción interproximal. El LAC interproximal no es clínicamente detectable en las caras mesial y distal del diente.
- Recesión tipo 2 (RT2): recesión gingival asociada a pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde el LAC interproximal hasta la

profundidad del surco / saco interproximal) es menor o igual que la pérdida de inserción bucal (medida desde el LAC bucal hasta el extremo apical) del surco / saco bucal).

- **Recesión tipo 3 (RT3):** Recesión gingival asociada con pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde el LAC interproximal hasta el extremo apical del surco / saco) es mayor que la pérdida de inserción bucal (medida desde el LAC bucal hasta el extremo apical de la bolsa bucal surco / saco).

Referencia:

Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The inter-proximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol.* 2011;38:661–666.

Anexo 3:

Clasificación de periodontitis por estadios, según la gravedad del diagnóstico inicial y la complejidad, sobre la base de factores locales.

Adaptado de Tonetti y cols. (2018)

Tabla 3. Clasificación de periodontitis por estadios, según la gravedad del diagnóstico inicial y la complejidad, sobre la base de factores locales. Adaptado de Tonetti y cols. (2018).

		Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Gravedad	CAL interdental en zona con la mayor pérdida	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Pérdida ósea radiográfica	Tercio coronal (< 15 %)	Tercio coronal (15-33 %)	Extensión a tercio medio o apical de la raíz	Extensión a tercio medio o apical de la raíz
	Pérdida dentaria	Sin pérdida dentaria por razones periodontales		≤ 4 pérdidas dentarias por razones periodontales	≥ 5 pérdidas dentarias por razones periodontales
Complejidad	Local	Profundidad de sondaje máxima ≤ 4 mm	Profundidad de sondaje máxima ≤ 5 mm	Profundidad de sondaje ≥ 6 mm	Profundidad de sondaje ≥ 6 mm
		Pérdida ósea principalmente horizontal	Pérdida ósea principalmente horizontal	Además de complejidad Estadio II: Pérdida ósea vertical ≥ 3 mm Afectación de furca grado II o III Defecto de cresta moderado	Además de complejidad Estadio III: Necesidad de rehabilitación compleja, debido a: Disfunción masticatoria Trauma oclusal secundario (movilidad dentaria ≥ 2) Defecto alveolar avanzado Colapso de mordida, abanicamiento dental, migraciones dentarias Menos de 20 dientes residuales (10 parejas con contacto oclusal)
Extensión y distribución	Añadir a estadio como descriptor	En cada estadio, describir extensión como localizada (< 30 % de dientes implicados), generalizada, o patrón molar/incisivo			

Tabla 4. Clasificación de periodontitis por grados, basada en evidencia directa, evidencia indirecta y factores modificadores. Adaptado de Tonetti y cols. (2018).

		Grado A	Grado B	Grado C
Evidencia directa	Radiografías o evaluación periodontal en los 5 años anteriores	No evidencia de pérdida de hueso/inserción	Pérdida < 2 mm	Pérdida ≥ 2 mm
	Pérdida ósea vs. edad	< 0,25	0,25-1,0	> 1,0
Evidencia indirecta	Fenotipo	Grandes depósitos de <i>biofilm</i> con niveles bajos de destrucción	Destrucción proporcional a los depósitos de <i>biofilm</i>	El grado de destrucción supera las expectativas teniendo en cuenta los depósitos de <i>biofilm</i> ; patrones clínicos específicos que sugieren periodos de progresión rápida y/o patología de aparición temprana... Por ejemplo, patrón molar-incisivo; falta de respuesta prevista a tratamientos de control bacteriano habituales
Factores modificadores	Tabaquismo	No fumador	< 10 cig./día	≥ 10 cig./día
	Diabetes	Normal con/sin diabetes	HbA1c < 7 con diabetes	HbA1c > 7 con diabetes

Referencia:

Sociedad española de Periodoncia 2018. Periodoncia Clínica: Diagnóstico Y Tratamiento Periodontal. Disponible en:

https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/09/Lecturas_Sepa_EST93_ok.pdf

3° El protocolo descrito anteriormente se inserta en la presente Resolución y se entiende que forman parte integrante de ella y consta de 49 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: 467036-1e1573 en:

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