



SERVICIO SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL SSI
DEPTO. ASESORIA JURÍDICA SSI
PQR/FRANCO/JCT/JSA

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0120

IQUIQUE, 17 ENE. 2019

VISTOS:

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Art.9 del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud ; lo dispuesto en el artículo 55 bis, 56 y 57 inciso segundo de la Ley N° 19.378; artículo 6 del Decreto Supremo N°118 del 2007, del Ministerio de Salud; Decreto Exento N° 38, de 2018, del Ministerio de Salud; Resolución RA N° 425/64/2017, del Servicio de Salud Iquique, Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1.- Que se requiere actualizar y aprobar el Protocolo Resolutivo en Red Rehabilitación Implantoasistida en pacientes de 60 a 75 años, del Servicio de Salud Iquique.

2.- Que los Protocolos son Instrumentos que contienen un conjunto de recomendaciones en base a revisiones bibliográficas y acuerdos entre profesionales expertos sobre prestaciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia, más adecuados a utilizar ante un determinado problema de salud

3.- Que objetivo general de los protocolos es normalizar la práctica clínica y, por tanto, disminuye variabilidad de la atención, mejora y asegura la calidad de servicios prestados, siendo una fuente de información y capacitación para los profesionales que se incorporan a la institución, proporcionando resguardo legal ante posibles demandas, a su vez, hace comparables los resultados en distintos establecimientos y, al ser diseñados y aplicados correctamente, permite mejorar los resultados de salud.

4.- Que los Protocolos Resolutivos en Red son documentos que describen el tránsito completo de un paciente a través de la Red para resolver su problema de salud y, por tanto, aúnan en un solo documento el ámbito de resolución clínica, el de referencia y contrarreferencia y la gestión del registro teniendo como objetivo final estandarizar el proceso de resolución de un problema de salud en forma eficiente y oportuna en la Red.

RESUELVO:

1.- **APRUEBASE**, el Protocolo Resolutivo en Red Rehabilitación Implantoasistida en pacientes de 60 a 75 años, del Servicio de Salud Iquique, Edición: Primera, aprobado en Diciembre de 2018 y que rige por el período 2018-2021.

2.-El referido protocolo contiene objetivo general, objetivos específicos, alcance, Población objetivo, definiciones, desarrollo, metodología de evaluación, tiempo de respuesta, contrarreferencia, registros, indicadores, distribución, bibliografía y anexos.

3.- El protocolo consta de 18 páginas que se entienden incorporadas al texto de la presente resolución.



DIRECTOR

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

GRACIA QUINTARD ROJAS

DIRECTORA (S)

SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE



SERVICIO SALUD IQUIQUE
 SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL SSI
 DEPTO. ASESORIA JURÍDICA SSI
 PQR/FP/CHD/JCT/LSA

[Handwritten signature]

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0120
 IQUIQUE, 17 ENE. 2019

VISTOS:

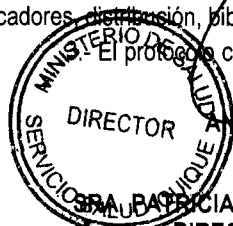
Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Art.9 del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud ; lo dispuesto en el artículo 55 bis, 56 y 57 inciso segundo de la Ley N° 19.378; artículo 6 del Decreto Supremo N°118 del 2007, del Ministerio de Salud; Decreto Exento N° 38, de 2018, del Ministerio de Salud; Resolución RA N° 425/64/2017, del Servicio de Salud Iquique, Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que se requiere actualizar y aprobar el Protocolo Resolutivo en Red Rehabilitación Implantoasistida en pacientes de 60 a 75 años, del Servicio de Salud Iquique.
- 2.- Que los Protocolos son Instrumentos que contienen un conjunto de recomendaciones en base a revisiones bibliográficas y acuerdos entre profesionales expertos sobre prestaciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia, más adecuados a utilizar ante un determinado problema de salud
- 3.- Que objetivo general de los protocolos es normalizar la práctica clínica y, por tanto, disminuye variabilidad de la atención, mejora y asegura la calidad de servicios prestados, siendo una fuente de información y capacitación para los profesionales que se incorporan a la institución, proporcionando resguardo legal ante posibles demandas, a su vez, hace comparables los resultados en distintos establecimientos y, al ser diseñados y aplicados correctamente, permite mejorar los resultados de salud.
- 4.- Que los Protocolos Resolutivos en Red son documentos que describen el tránsito completo de un paciente a través de la Red para resolver su problema de salud y, por tanto, aúnan en un solo documento el ámbito de resolución clínica, el de referencia y contrarreferencia y la gestión del registro teniendo como objetivo final estandarizar el proceso de resolución de un problema de salud en forma eficiente y oportuna en la Red.

RESUELVO:

- 1.- **APRUEBASE**, el Protocolo Resolutivo en Red Rehabilitación Implantoasistida en pacientes de 60 a 75 años, del Servicio de Salud Iquique, Edición: Primera, aprobado en Diciembre de 2018 y que rige por el periodo 2018-2021.
 - 2.-El referido protocolo contiene objetivo general, objetivos específicos, alcance, Población objetivo, definiciones, desarrollo, metodología de evaluación, tiempo de respuesta, contrarreferencia, registros, indicadores, distribución, bibliografía y anexos.
- El protocolo consta de 18 páginas que se entienden incorporadas al texto de la presente resolución.



ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE
DR. PATRICIA QUINTARD ROJAS
 DIRECTORA (S)
 SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

DISTRIBUCION:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales MINSAL
- División Atención Primaria MINSAL
- SEREMI SALUD Región Tarapacá
- Subdirección Gestión Asistencial SSI (d) sdga.ssi@redsalud.gob.cl
- Depto. Asesoría Jurídica SSI (d) juridica.ssi@redsalud.gob.cl
- Depto. Atención Primaria SSI (d) aps.ssi@redsalud.gob.cl
- Oficina de Partes





transcribo a Ud. para su conocimiento y fines pertinentes



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES DE 60 A 75 AÑOS

2018 - 2021

| | | |
|---|--|--|
| <p>Elaborado por:</p>  <p>Nelson Herrera Especialista en Rehabilitación Oral HETG</p>  <p>José Mejía Ferrada Especialista en Implantología BMF Servicio de Salud Iquique</p> | <p>Revisado por:</p>   <p>Kuzuhara Aballa Encargada de Calidad Servicio de Salud Iquique</p>  <p>Javiera Sanchez A. Referente Odontológico Servicio de Salud Iquique</p> | <p>Aprobado por:</p>   <p>Patricia Quintard Rojas Directora (S) Servicio de Salud Iquique</p> |
| <p>Fecha elaboración: Diciembre 2018</p> | <p>Fecha revisión: Diciembre 2018</p> | <p>Fecha próxima revisión Diciembre 2021</p> |



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

**Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND**

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 2 de 18

Vigencia: 3 años

INDICE

| | |
|---|-----------|
| DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| MAPA DE RED | 3 |
| OBJETIVOS | 4 |
| ÁMBITO APLICACIÓN O ALCANCE | 4 |
| POBLACIÓN OBJETIVO | 5 |
| DEFINICIONES | 5 |
| DESARROLLO | 6 |
| METODOLOGIA DE EVALUACION | 10 |
| INDICADOR | 11 |
| PLAN DE DIFUSION | 11 |
| BIBLIOGRAFÍA | 13 |
| ANEXOS | 14 |



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 3 de 18

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

2. INTRODUCCION

Se define como rehabilitación implantoasistida la rehabilitación protésica fija o removible que tiene como función recuperar la ausencia parcial o total de dientes por medio de la confección e instalación de una corona artificial o de un aparato protésico total el cual es retenido y/o soportado por implantes dentales. En el contexto de la implementación de la especialidad de Implantología, se comenzará a desarrollar el siguiente programa: "Rehabilitación protésica implantoasistida en pacientes de 60 a 75 años". El tratamiento a realizar consistirá en la instalación de dos implantes dentales mandibulares, los cuales servirán de elementos de retención para una prótesis total acrílica, es decir una rehabilitación implantoasistida total de tipo sobredentadura. Para ello, los pacientes deben ser derivados y registrados en el SIGTE (Sistema de Gestión de Tiempos de Espera) en la especialidad de Implantología, donde para efectos prácticos, serán evaluados por el especialista Implantólogo, quien coordinará y planificará, la resolución de cada caso, de acuerdo, a lo consignado en el presente documento.

3. MAPA DE RED

Establecimientos de A.P.S Iquique



Hospital Ernesto Torres Galdames

Establecimiento de A.P.S Alto
Hospicio y Provincia del Tamarugal



CGU Dr. Hector Reyno



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 4 de 18

Vigencia: 3 años

4. OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria y secundaria.
- Entregar criterios de manejo y derivación de pacientes desdentados mandibulares totales.
- Establecer los requisitos clínicos que debe cumplir el paciente previo a la confección de sus prótesis removibles.
- Establecer las recomendaciones para prevenir complicaciones posteriores al tratamiento y prolongar la vida útil de la rehabilitación.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente documento será de aplicación en el nivel primario y secundario de atención, que incluyen: Postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio general rural (CGR), Consultorio Generales Urbanos (CGU) y Consultorio adosado de especialidades (CAE) del HETG.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 5 de 18

Vigencia: 3 años

6. POBLACIÓN OBJETIVO:

Adultos a partir de los 60 años y hasta los 75 años, 11 meses y 29 días, quienes cumplan con los criterios de inclusión.

7. DEFINICIONES

- Implante dental: Un implante dental es un sustituto artificial de la raíz natural del diente. Se trata de una pieza de titanio, material biocompatible, que se integra al hueso. Gracias a esta fijación de titanio al hueso podemos reemplazar uno o más dientes perdidos
- Pacientes desdentados totales y/o parciales: Pacientes que han sufrido o sufrirán la pérdida total o parcial de sus piezas dentales, que, por razones funcionales, estéticas y/o mecánicas, necesiten de su rehabilitación protésica.
- Sobredentadura sobre implantes: La sobredentadura sobre implantes se puede definir como una prótesis total removible, mucosoportada (que combina soporte mucoso con el anclaje que ofrecen, los mismos), anclada normalmente sobre dos a cuatro implantes con el fin de mejorar el apoyo, la retención y la estabilidad.
- Espacio intermaxilar: Medición de la altura facial anterior, en el plano frontal, tomada entre 2 puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, coincidentes con la línea media, uno en el maxilar superior y otro en la mandíbula.
- Pacientes ASA I: Corresponde a los pacientes SANOS, es decir, en ausencia de alteración orgánica, fisiológica, o psiquiátrica; excluye a los muy jóvenes y muy viejos; sanos con buena tolerancia al ejercicio.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 6 de 18

Vigencia: 3 años

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

8. DESARROLLO

Los tratamientos protésicos a realizar serán:

- Sobredentaduras implantoasistidas mandibulares.
- Mantención de rehabilitación realizada en HETG.
- Derivación de pacientes desde APS a atención secundaria

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Generales:

- Beneficiarios legales del sistema público de salud, de 60 a 75 años con 11 meses y 29 días
- Pacientes dados de alta en atención primaria
- Pacientes ASA I y II evaluados a través de exámenes clínicos y de laboratorio (hemograma completo, glicemia, tiempo de coagulación, velocidad de sedimentación, ECG)



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

**Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND**

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 7 de 18

Vigencia: 3 años

- Pacientes que mantengan una actitud de colaboración y comunicación con el profesional y una buena higiene oral.

Locales:

- Desdentados completos mandibulares con altura de cresta residual no inferior a 14 mm en el área interforaminal, cuya rehabilitación precisará dos implantes.
- Ancho óseo suficiente para contener implantes de diámetro mínimo de 3,75 mm. en posiciones paralelas.
- Se requiere más de 12 mm de espacio entre la mucosa y el plano oclusal mandibular.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

• **Generales**

- Se excluirán del piloto a pacientes con contraindicaciones generales para procedimientos quirúrgicos
- Pacientes con alteraciones psiquiátricas activas y alteraciones de la realidad (síndrome psicótico, personalidad histérica, dimorfismos, demencia senil)
- Pacientes con hábitos de adicción de drogas y alcohol, fumadores de más de 10 cigarrillos al día
- Pacientes que hubiesen recibido radioterapia en la cabeza o cuello en un periodo inferior a dos años.
- Pacientes que han sido tratados con bifosfonatos por más de tres años.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

**Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND**

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 8 de 18

Vigencia: 3 años

Locales:

- Instalación de implantes en maxilar superior:
- Maxilar inferior con una altura de hueso alveolar residual inferior a 14 mm y un ancho que no permita colocar implantes de diámetro mínimo de 3.75 mm
- Reabsorción ósea manifiesta en el sector posterior (sobre posición de carúnculas linguales)
- Foramen mentoniano a nivel de reborde y apófisis geni prominente.
- Presencia de patologías de las mucosas como leucoplasias, liquen plano o inflamación local.
- Presencia de patologías óseas en el sitio de colocación de los implantes (quiste residual, quiste retenido, osteoma, etc.)

Conductas y exámenes solicitados por odontólogo de aps previo a la derivación y que debe presentar el paciente en unidad dental al momento de su atención con el odontólogo especialista:

Alta en APS:

- Examen de salud, instrucción de técnicas de higiene bucal, uso de pastas y colutorios fluorados
- Profilaxis, destartraje y pulido coronario realizado en maxilar superior en el caso de pacientes con piezas remanentes (arco antagonista)
- Tratamiento de operatoria realizado en arco antagonista
- Ortopantomografía, en la cual se observe que el remanente óseo parasinfisiario, no sea menor a 14 mm. (considerando la magnificación del equipo)



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 9 de 18

Vigencia: 3 años

- Definir el espacio intermaxilar mínimo para realización de tratamiento implantoasistido Se requiere al menos, 12 mm de espacio entre la mucosa y el plano oclusal mandibular.

Protocolo de Procedimiento Diagnóstico

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

- Una evaluación de salud general mediante exámenes clínicos y de laboratorio que incluyan como mínimo: hemograma, tiempo de trombina, tiempo parcial de tromboplastina, glicemia y ECG de reposo
- Evaluación imagenológica a través de escaner dental para definir topografía y disponibilidad ósea.

Criterios de priorización en Atención Secundaria:

1. Pacientes que durante su tratamiento en la especialidad presente sintomatología infecciosa y/o dolorosa.
2. Complicaciones de aditamentos protésicos dentro de un plazo de 4 meses desde la colocación de implantes o conexión
3. Pacientes con posibilidad de espera con ingreso de SIC en la web y entrega de hora programada de acuerdo al criterio clínico de admisión en atención secundaria/terciaria.

Tiempo de respuesta

- 12 meses.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 10 de 18

Vigencia: 3 años

Contrareferencia

- Las rehabilitaciones protésicas implanto asistidas realizadas a nivel secundario serán controladas en primera instancia en este mismo establecimiento hasta su alta integral.
- Las mantenciones serán efectuadas a nivel secundario.
- Los criterios de contrarreferencia los establece odontólogo especialista según el alcance de resolución de la patología.

9. METODOLOGIA DE EVALUACION

Responsable de ejecución:

- Profesional odontólogo de APS es responsable de pesquisar y derivar correctamente a los pacientes con necesidad de prótesis implantoasistida mandibular (sobredentadura), de acuerdo a los criterios de inclusión consignados en el presente documento.
- Profesional interfaz de APS es responsable de revisar la interconsulta, previa derivación a atención secundaria.
- Profesional odontólogo especialista en rehabilitación oral es responsable de evaluar pacientes derivados y que son sujetos de derivación interna hacia implantología.
- Profesional odontólogo especialista en implantología oral responsable de confirmar y/o descartar la factibilidad de la instalación quirúrgica de los implantes en los pacientes derivados y trabajar de manera conjunta con el rehabilitador para planificación final. El profesional especialista también aplicará criterios de priorización en la atención según caso clínico.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 11 de 18

Vigencia: 3 años

especialista también aplicará criterios de priorización en la atención según caso clínico.

Responsable del monitoreo y evaluación:

- Odontólogo interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a nivel secundario, correcto llenado de formulario de derivación y enviar finalmente la derivación.
- Odontólogo de interfaz del nivel secundario (implantólogo o rehabilitador oral) es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando al jefe de Servicio de Odontología del HETG.

10.INDICADOR

| | |
|-----------------------------|---|
| Nombre del Indicador | % de derivaciones realizadas de acuerdo a Protocolo |
| Tipo de Indicador | Proceso |
| Dimensión | Acceso, oportunidad y continuidad en la atención |
| Fórmula | $\frac{\text{Nº Total de pacientes evaluados en especialidad de Prótesis Implanto asistida de la Unidad Dental de HETG que cumplen con los criterios de referencia según protocolo de RCR.}}{\text{Nº Total de pacientes referidos según protocolos de Prótesis Implanto asistida RCR, desde APS a especialidad Prótesis Implanto asistida de la Unidad Dental HETG}} \times 100$ |



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 12 de 18

Vigencia: 3 años

| | |
|---------------------------------------|---|
| Criterio de análisis | Optimo: 90% - 100% Aceptable: 89% Crítico: < 89% |
| Justificación/ Fundamento | Asegurar la correcta referencia de especialidad Prótesis Implanto asistida |
| Fuente y método de recolección | Carpeta de registro de notificación de resultados críticos |
| Periodicidad | Anual |
| Responsable | Odontólogos de Interfaz atención primaria Odontólogos interfaz atención secundaria |

11. PLAN DE DIFUSIÓN

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollará paulatinamente a lo largo del año, con el fin de que todos los integrantes de la red de salud estén en conocimiento de este. Con el fin de realizar un plan de difusión e implementación, se realizarán las siguientes actividades:

- Se realizará una primera reunión con odontólogos de interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Se realizará una revisión y actualización de protocolo en diciembre de 2021
- Se realizarán actualizaciones previas en caso de ser necesario



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

**Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND**

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 13 de 18

Vigencia: 3 años

12.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guías clínicas N°47 del 2007 del MINSAL.
- Prótesis completas, del Dr. Alfonso Catalán S. Editorial Anibal Pinto edición 1999.
- Protocolo referencia y contrarreferencia "Prótesis Removible 2014- 2018" Servicio Salud Iquique. Sergio Marín, Álvaro Guzmán, Francisco Montalva, Nelson Herrera.
- Misch C. Prótesis dental sobre implantes. Ed. Elsevier Mosby



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 14 de 18

Vigencia: 3 años

ANEXO 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Lugar y fecha _____

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

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

3.- A propósito, declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que:

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

Firma del Paciente o Representante

Firma y timbre del Odontólogo



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 15 de 18

Vigencia: 3 años

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTES DENTALES

Yo, (como paciente),
rut....., mayor de edad, y con domicilio en
..... o Yo
..... rut, mayor de edad, con
domicilio en.....en calidad de
representante legal de DECLARO

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

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

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

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



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

**Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND**

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 16 de 18

Vigencia: 3 años

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

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

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

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

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

En Iquique, adede.....

Firma del Paciente o Representante

Firma y timbre del Odontólogo



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 17 de 18

Vigencia: 3 años

ANEXO 3

Recomendaciones: Debe establecer desde un inicio al entrevistado que las preguntas serán en relación a cómo se sintió en el último año (12 meses). Marque con una cruz la alternativa de la respuesta que el encuestado prefiera.

Para obtener una calificación por medio del método aditivo se sumará el código de cada respuesta para obtener una calificación para cada dimensión y para el instrumento completo (0-56), implicando que la mayor calificación representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del entrevistado.

Las preguntas sin respuesta se codificarán como valor de "cero".

| Preguntas OHIP-14Sp | | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Frecuentemente | Siempre |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | ¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ¿Ha tenido dolor de dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ¿Ha sido poco clara la forma en que usted habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | ¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Total = | | | | | | |

Nunca= 0, Casi Nunca= 1, Algunas veces= 2, Frecuentemente= 3, Siempre= 4.

León et al.: Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. BMC Oral Health 2014 14:95.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-
IMPLANTOASISTIDA MAND

Edición: Primera

Fecha: Diciembre 2018

Página: 18 de 18

Vigencia: 3 años

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN

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

Nombre Paciente - Tutor

Cédula de Identidad

Fecha de Nacimiento

Domicilio

Nombre Paciente (en caso de ser menor de edad)

FIRMA PACIENTE/TUTOR

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

Fotografías

Imágenes de Videos

Cintas de audio

Otro (Especificar) _____

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

Nombre profesional que efectúa

Iquique, _____ 20__

LEY N° 20.584, REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACION CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCION EN SALUD, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE 24.04.2012