



SERVICIO SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL SSI  
DEPTO. ASESORIA JURIDICA SSI  
PQR/17/MICHO/ICT/ASA

RESOLUCIÓN EXENTA N°

0211

IQUIQUE,

18 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 realizar Protocolo Resolutivo en Red Rehabilitación Implantoasistida en pacientes de 19 a 59 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 19 a 59 años, del Servicio de Salud Iquique, Edición: Primera, aprobado en enero de 2019 y que rige por el período 2019-2021.

2.-El referido protocolo contiene objetivo general, objetivos específicos, alcance, responsabilidad y autoridad, definiciones, desarrollo de la actividad, tiempo de respuesta, contrarreferencia, indicadores, distribución, bibliografía y anexos.

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

**ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**



**PATRICIA GUNTARD ROJAS**  
**DIRECTORA (S)**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

2.-El referido protocolo contiene objetivo general, objetivos específicos, alcance, responsabilidad y autoridad, definiciones, desarrollo de la actividad, tiempo de respuesta, contrarreferencia, indicadores, distribución, bibliografía y anexos.

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



**ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**

**ROSALBA QUINTARD ROJAS  
DIRECTORA (S)  
SERVICIO DE SALUD 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

**MINISTRO DE FE**  
**MINISTRO DE FE**



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES DE 19 A 59 AÑOS

**2019 – 2021**

<p><b>Elaborado por:</b></p> <p style="text-align: center;">Nelson Herrera Especialista en Rehabilitación Oral HETG</p> <p style="text-align: center;">José Mora Ferrada Especialista en Implantología BMF Servicio de Salud Iquique</p>	<p><b>Revisado por:</b></p> <p style="text-align: center;">Javiera Sánchez A. Referente Odontológico Servicio de Salud Iquique</p> <p style="text-align: center;">Mariana Aballay Encargada de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p style="text-align: center;">Dra. Paloma Ly Sánchez Encargada de Referencia y Contrarreferencia Servicio Salud de Iquique</p>	<p><b>Aprobado por:</b></p> <p style="text-align: center;">DIRECTOR Patricia Quintard Rojas Directora (S) Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Diciembre 2018</p>	<p>Fecha revisión: Enero 2019</p>	<p>Fecha próxima revisión Enero 2021</p>



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES  
DE 19 A 59 AÑOS  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**  
**Edición: Primera**  
**Fecha: Enero 2019**  
**Página: 2 de 18**  
**Vigencia: 3 años**

## **INDICE**

<b>DECLARACIÓN DE INTERESES.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>MAPA DE RED.....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>POBLACIÓN OBJETIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>DEFINICIONES.....</b>	<b>5</b>
<b>PROCEDIMIENTO O DESARROLLO .....</b>	<b>6</b>
<b>INDICADOR.....</b>	<b>9</b>
<b>RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>12</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>13</b>



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**  
**Edición: Primera**  
**Fecha: Enero 2019**  
**Página: 3 de 18**  
**Vigencia: 3 años**

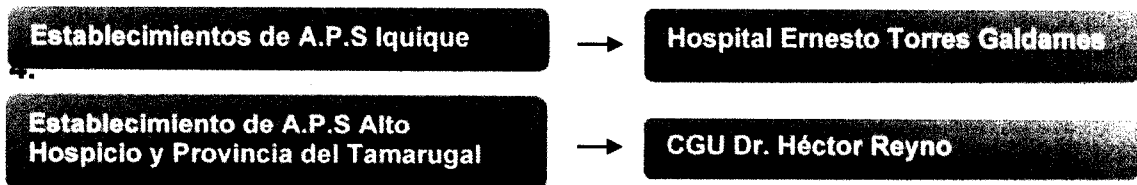
### **1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES**

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 19 a 59 años". El tratamiento a realizar consistirá en la instalación de un implante dental, el cual será posteriormente rehabilitado a través de una corona artificial, es decir una rehabilitación implantoasistida unitaria. Para tales efectos, los pacientes deben ser derivados y registrados en el *Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera SIGTE* en la especialidad de Implantología, donde para efectos prácticos, serán evaluados por el especialista Implantólogo, quien coordinará y planificará, la resolución de cada caso.

### **3. MAPA DE RED**





**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**  
**Edición: Primera**  
**Fecha: Enero 2019**  
**Página: 4 de 18**  
**Vigencia: 3 años**

#### **4. OBJETIVO GENERAL**

Establecer criterios estandarizados de derivación y priorización de pacientes con requerimiento de rehabilitación protésica 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 parciales.
- Establecer los requisitos clínicos previos al ingreso del paciente al programa de rehabilitación implantoasistida.
- Establecer las recomendaciones para prevenir complicaciones posteriores al tratamiento y prolongar la vida útil de la rehabilitación.
- Evaluar calidad de vida pre y post tratamiento mediante instrumento validado en población chilena "Encuesta OHIP-14sp"

#### **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 EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**  
**Edición: Primera**  
**Fecha: Enero 2019**  
**Página: 5 de 18**  
**Vigencia: 3 años**

## **6. POBLACIÓN OBJETIVO**

Adultos a partir de los 19 años y hasta los 59 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 parciales:** Pacientes que han sufrido o sufrirán la pérdida parcial de sus piezas dentales, que, por razones funcionales, estéticas y/o mecánicas, necesiten de una rehabilitación protésica.
- **Rehabilitación fija implantoasistida:** Rehabilitación protésica fija, que reemplaza un diente perdido o ausente, por medio de la confección e instalación de una corona artificial de metal - porcelana, la cual es soportada por un implante dental.
- **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.
- **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.





**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**

**Edición: Primera**

**Fecha: Enero 2019**

**Página: 6 de 18**

**Vigencia: 3 años**

## **8. DESARROLLO**

Los tratamientos protésicos a realizar serán:

- Rehabilitación fija implantoasistida
- Mantenimiento de rehabilitación fija implantoasistida

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

#### **Generales**

- Beneficiarios legales del sistema público de salud, de 19 a 59 años con 11 meses y 29 días.
- Pacientes dados de alta en atención primaria.
- Pacientes ASA I y II.
- Pacientes que mantengan una actitud de colaboración y comunicación con el profesional y una buena higiene oral.

#### **Locales**

- Paciente desdentado parcial con oclusión estable
- Periodontalmente sano
- Ancho óseo suficiente para contener implantes de diámetro mínimo de 3,75 mm.
- Espacio intermaxilar suficiente para el pilar y la restauración (mayor o igual a 8 mm)

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

#### **Generales**

- Pacientes menores a 19 años por no haber terminado su desarrollo craneofacial.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES  
DE 19 A 59 AÑOS  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT  
Edición: Primera  
Fecha: Enero 2019  
Página: 7 de 18  
Vigencia: 3 años

- Pérdida dentaria mayor a 3 dientes por arco a rehabilitar (no son pertinentes pacientes con pérdida de 4 dientes o más por arcada)
- El programa no considera la rehabilitación a través de prótesis fija plural implantoasistida en caso de ausencia de 3 dientes continuos.
- En caso de definir un arco acortado como opción terapéutica (extensión a primer molar o segundo premolar), no se considerarán en el conteo de dientes ausentes, aquellos que no serán rehabilitados (Ej. 2° molares).
- Bruxismo severo.
- Contraindicaciones generales para procedimientos quirúrgicos.
- Pacientes con alteraciones psiquiátricas activas.
- Pacientes con hábitos de adicción de drogas y alcohol.
- Tabaquismo.
- Condición y/o patología base que contraindique cualquier cirugía oral: (diabetes descompensada, hipertensión no controlada etc.). A los pacientes irradiados en zona de cabeza y cuello se le podrán instalar implantes solo 6 meses después de la irradiación y hasta 18 meses después de haber sido irradiado, considerando aspectos como: mapa de irradiación, cantidad de irradiación, tipo de fuente de emisión entre otros.
- Uso de fármacos que aumenten el riesgo de osteonecrosis maxilar/mandibular (ej: bifosfonatos). Los pacientes que estén bajo tratamiento de bifosfonatos endovenosos no podrán ser candidatos a cirugía de implantes. Paciente con tratamiento de bifosfonatos orales, serán candidatos previa evaluación del tiempo de tratamiento, uso de fármacos concomitantes, suspensión de tratamiento, etc.

**Locales**

- Rebordes atróficos, con defectos óseos y reabsorción avanzada que no permita la instalación de un implante (evaluado por el especialista Implantólogo).



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**

**Edición: Primera**

**Fecha: Enero 2019**

**Página: 8 de 18**

**Vigencia: 3 años**

- Necesidad de cirugías complementarias para la ejecución (Elevación de seno maxilar, ROG de contorno, trasposición de nervio mandibular. Etc)
- Presencia de patologías óseas en el sitio de colocación de los implantes (quiste residual, quiste retenido, osteoma, etc.)
- Oclusión desfavorable.
- Patologías crónicas de la mucosa (leucoplasias, liquen plano, inflamación local) sin tratamiento.

**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
- Tratamiento de operatoria dental
- Ortopantomografía y radiografía periapical de la zona a tratar.
- Evaluar el espacio intermaxilar e interdentario mínimo para realización de tratamiento implantoasistido. Se requiere de un mínimo de 8 mm medidos desde el reborde residual hasta el plano de oclusión, que determina el largo para la corona implantoasistida, y de 7 mm de espacio interdentario, que determina el ancho de la corona implantoasistida.

**Protocolo de procedimiento diagnóstico**

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



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**  
**Edición: Primera**  
**Fecha: Enero 2019**  
**Página: 9 de 18**  
**Vigencia: 3 años**

- Una evaluación de salud general mediante exámenes clínicos y de laboratorio que incluyan como mínimo: (hemograma completo, glicemia, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, perfil lipídico y orina completa. Se solicitarán exámenes adicionales si es que el paciente presentara patologías que así lo ameriten.
- Evaluación imagenológica a través de *cone beam* (CBCT) para definir topografía y disponibilidad ósea.

**Criterios de priorización en Atención Secundaria**

1. Pacientes que durante su tratamiento en la especialidad presente sintomatología infecciosa y/o dolorosa.
2. Traumatismo dentoalveolar de mal pronóstico con compromiso estético.
3. Complicaciones de aditamentos protésicos dentro de un plazo de 4 meses desde la colocación de implantes o conexión.
4. 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.

**Contrareferencia**

- Las rehabilitaciones protésicas implantoasistidas realizadas a nivel secundario serán controladas por el especialista que haya realizado la rehabilitación implantoasistida hasta la obtención del alta integral.
- Las mantenciones serán efectuadas a nivel secundario.
- Los criterios de contrareferencia los establece el odontólogo especialista según el alcance de resolución de la patología.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES  
DE 19 A 59 AÑOS  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT  
Edición: Primera  
Fecha: Enero 2019  
Página: 10 de 18  
Vigencia: 3 años

## 9. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

### Responsable de ejecución

- Profesional odontólogo de APS es responsable de pesquisar y derivar correctamente a los pacientes con necesidad de rehabilitaciones implantoasistidas, 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 Implantología oral o Rehabilitación oral es responsable de evaluar pacientes derivados y que son sujetos de derivación hacia implantología.
- Profesional odontólogo especialista en Implantología oral es responsable de confirmar y/o descartar la factibilidad de la instalación quirúrgica de los implantes en los pacientes derivados. El profesional especialista también aplicará criterios de priorización en la atención según cada 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 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 la unidad correspondiente.



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código:** ODO-RCR-IMPL-UNIT  
**Edición:** Primera  
**Fecha:** Enero 2019  
**Página:** 11 de 18  
**Vigencia:** 3 años

### 10. INDICADOR

<b>Nombre del Indicador</b>	% de derivaciones realizadas de acuerdo a Protocolo
<b>Tipo de Indicador</b>	Proceso
<b>Dimensión</b>	Acceso, oportunidad y continuidad en la atención
<b>Fórmula</b>	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. _____x100  Nº Total de pacientes referidos según protocolos de Prótesis Implanto asistida RCR, desde APS a especialidad Prótesis Implanto asistida de la Unidad Dental HETG
<b>Umbral</b>	90%
<b>Criterio de análisis</b>	Óptimo: 90% - 100% Aceptable: 89% Crítico: < 89%
<b>Justificación/Fundamento</b>	Asegurar la correcta referencia de especialidad Prótesis Implanto asistida
<b>Fuente y método de recolección</b>	Carpeta de registro de notificación de resultados críticos
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Responsable</b>	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



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**

**Edición: Primera**

**Fecha: Enero 2019**

**Página: 12 de 18**

**Vigencia: 3 años**

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 enero 2021
- Se realizarán actualizaciones previas en caso de ser necesario

## **12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Guías clínicas N°47 del 2007 del MINSAL.
- Prótesis completas, del Dr. Alfonso Catalán S. Editorial Aníbal 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 EN PACIENTES  
DE 19 A 59 AÑOS  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT  
Edición: Primera  
Fecha: Enero 2019  
Página: 13 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 seré sometido a una segunda evaluación por el especialista quien determinará si cumplo los criterios para ingresar al tratamiento.
- Debo mantener al día la situación previsional en FONASA.
- Debo mantener actualizado mi teléfono de contacto, ya que será por esa vía que se comunicaran conmigo para cambios de hora o citaciones.
- Debo cumplir con los deberes económicos propios del tratamiento protésico al que es derivado, en conformidad a mi previsión.
- Debo cumplir con las citaciones otorgadas por el especialista, ya que, al tener 2 inasistencias injustificadas seguidas o 3 intermitentes, se dará por terminado el tratamiento.
- Debo acudir a la cita de entrega de instalación del aparato protésico, en caso contrario, asumo el riesgo de eventuales desajuste que pudieran originarse.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre del Odontólogo





**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**  
**Edición: Primera**  
**Fecha: Enero 2019**  
**Página: 14 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.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**  
**Edición: Primera**  
**Fecha: Enero 2019**  
**Página: 15 de 18**  
**Vigencia: 3 años**

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

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

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

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

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

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

En Iquique, a .....de .....de.....

Firma del Paciente o Representante

Firma y timbre del Odontólogo



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**  
**Edición: Primera**  
**Fecha: Enero 2019**  
**Página: 16 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".

<b>Preguntas OHIP-14Sp</b>		<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
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"/>
<b>Total =</b>						

**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 EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**  
**Edición: Primera**  
**Fecha: Enero 2019**  
**Página: 17 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* \_\_\_\_\_



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA EN PACIENTES**  
**DE 19 A 59 AÑOS**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: ODO-RCR-IMPL-UNIT**

**Edición: Primera**

**Fecha: Enero 2019**

**Página: 18 de 18**

**Vigencia: 3 años**

**ANEXO 5**

**DIFUSIÓN Y ACTUALIZACIÓN PROTOCOLO**

FECHA DIFUSIÓN N°1	
FECHA DIFUSIÓN N°2	
FECHA DE ACTUALIZACIÓN N°1	
FECHA DE ACTUALIZACIÓN N°1	