



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

RESOLUCIÓN EXENTA N° 4680 /.

IQUIQUE, 13 AGO. 2020

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

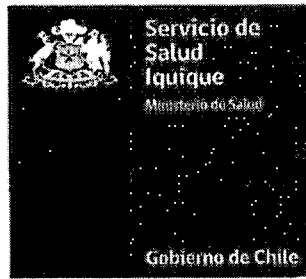
Especialidad	Protocolo	Fecha Elaboración
Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar	Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar	Julio 2020

**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:




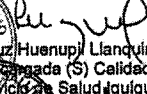
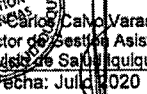

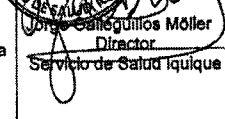
Especialidad	Protocolo	Fecha Elaboración
Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar	Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar	Julio 2020

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



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL**

**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
2020 – 2024**

<p><b>Elaborado por:</b></p>  <p>Dr. Luis Rojas Ortodoncia Hospital Ernesto Torres Galdames</p>	<p><b>Revisado por:</b></p>  <p>Dra. Javiera Sánchez Referente Odontológico Secundaria Servicio de Salud Iquique</p>  <p>Dr. Camilo Montaña Galléguillos Referente Referencia y Contrareferencia Servicio de Salud Iquique</p>  <p>Luz Huenupú Llanquino Barragada (S) Calidad Servicio de Salud Iquique</p>  <p>Carlos Calvo Varas Subdirector de Gestión Asistencial Servicio de Salud Iquique</p>	<p><b>Aprobado por:</b></p>  <p>MINISTERIO DE SALUD DIRECTOR</p>  <p>Jorge Galléguillos Möller Director Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha: Julio 2020</p>	<p>Fecha: Julio 2020</p>	<p>Fecha: Julio 2020</p>

**INDICE**

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES..... 3

2. INTRODUCCIÓN..... 3

3. MAPA DE RED ..... 4

4. OBJETIVOS..... 5

5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN..... 66

6. RESPONSABLES.....	6
7. POBLACIÓN OBJETIVO .....	7
8. DEFINICIONES.....	8
9. PROCEDIMIENTO Y DESARROLLO.....	9
10. FLUJOGRAMA .....	18
11. INDICADOR.....	19
12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.....	16
13. PLAN DE DIFUSIÓN .....	17
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	17
15. PLANILLA CONTROL DE CAMBIOS .....	24
16. ANEXOS.....	20

## 1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS

Los participantes de la mesa de elaboración de Protocolo Referencia y Contrarreferencia Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial declaran no tener conflicto de interés.

## 2. INTRODUCCIÓN

Las anomalías dentomaxilares (ADM) corresponden a un grupo de alteraciones en el desarrollo de los maxilares que se presentan frecuentemente junto a mal posición dentaria que repercuten en la forma, función y estética del sistema estomatognático (1). La etiología es multifactorial, existiendo predisponentes de carácter sistémico, hereditario y congénito. También existen factores locales, tales como pérdida prematura de dientes temporales por trauma o caries, restauraciones inadecuadas, malos hábitos y otros (2).

Las maloclusiones severas presentan un impacto negativo mayor en la calidad de vida de los adolescentes que las maloclusiones leves o la ausencia de éstas (2). La mayor repercusión es en el bienestar social y emocional de los individuos (2). En la vida diaria de los adolescentes, les afecta principalmente en actividades como sonreír, hablar y comer (3). Según el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en niños y niñas de 6 años, realizado el año 2007, la prevalencia de Anomalías Dento-Maxilares (ADM) en este grupo etario es de 38,29%, correspondiendo un 25,7% a ADM leve; un 12,48% a ADM moderada o severa y

un 0,09% a Malformaciones (4). A la edad de 12 años, las ADM aumentan a 52,6%, con 15,9% de ADM leve, 36,5% moderada o severa y 0,1% de malformaciones (5).

La alta prevalencia de maloclusiones en la población y su gran demanda por tratamientos de ortodoncia, tensiona la capacidad de los Servicios de Salud, generando largos tiempos de espera para el ingreso a tratamiento, siendo relevante identificar los pacientes que tengan mayor necesidad de tratamiento, para poder priorizar su derivación a la especialidad.

Diversos países utilizan indicadores de necesidad de tratamiento de ortodoncia con el objetivo de estandarizar las derivaciones de pacientes cuyos tratamientos son financiados con recursos públicos, entre otros: Reino Unido, Alemania, Australia, Irlanda priorizando los pacientes con maloclusiones de mayor severidad. Las edades máximas para cubrir los tratamientos con fondos públicos también están definidas, pudiendo mencionar: Estonia, Finlandia y Alemania 18 años, Francia 16 años, Luxemburgo 17 años y Suiza 19 años. En España los tratamientos de ortodoncia no están cubiertos por los servicios públicos. El tiempo de tratamiento cubierto con fondos del estado también se encuentra especificado en algunos países, lo que varía de dos a tres años (Committee of European Health Insurances, 2010).

Los países pueden validar los indicadores creados en otras regiones o bien crear sus propios indicadores y validarlos, antes de usarlos como un instrumento de derivación (Carvajal A et al 2011).

En Chile, Silva et al. crearon y validaron un indicador de necesidad de tratamiento de ortodoncia, la "Guía de Referencia Clínica a Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud" (GRCO), instrumento estandarizado que define la pertinencia clínica del paciente para ser derivado a ortodoncia (Proyecto de Investigación FONIS SA06I20029), y que a partir del año 2017 es utilizado en el Servicio de Salud Metropolitano Norte y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago.

Todo lo anterior hace necesario estandarizar las derivaciones a la especialidad de ortodoncia en los Servicios de Salud del país, para optimizar el uso de los recursos existentes y priorizar la atención de pacientes que puedan ver afectada su calidad de vida debido a las maloclusiones.

### 3. MAPA DE RED

En el caso de la región de Tarapacá, el mapa de derivación es el siguiente:

DERIVAN A CGU DR. HECTOR REYNO GUTIERREZ (ALTO HOSPICIO)		
Establecimiento	Código Deis	Comuna
CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo	102305	Alto Hospicio
CESFAM Dr. Yandry Añazco Montero	200557	
CGU Dr. Héctor Reyno Gutiérrez	102307	
CECOSF El Boro	102705	
CECOSF La Tortuga	200335	

Clínica Dental Móvil	102012	
Consultorio General Rural Camiña	102309	Camiña
Posta de Salud Rural Moquella	102408	
CESFAM Dr. Juan Márquez Vismarra	102304	Pica
Posta de Salud Rural Cancosa	102411	
Posta de Salud Rural Matilla	102416	
Consultorio Pozo Almonte	102303	Pozo Almonte
Posta de Salud Rural Mamiña	102403	
Posta de Salud Rural La Tirana	102406	
Posta de Salud Rural La Huayca	102414	
Consultorio General Rural Colchane	102405	Colchane
Posta de Salud Rural Enquelga	102409	
Posta de Salud Rural Cariquima	102415	
Posta Huara	102401	Huara
Posta de Salud Rural Pisagua	102400	
Posta de Salud Rural Tarapacá	102402	
Posta de Salud Rural Chiapa	102407	
Posta de Salud Rural Sibaya	102410	
<b>DERIVAN A HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES (IQUIQUE)</b>		
Establecimiento	Código Deis	Comuna
CESFAM Cirujano Aguirre	102300	Iquique
CESFAM Cirujano Videla	102301	
CESFAM Cirujano Guzmán	102302	
CESFAM Sur de Iquique	102306	
CECOSF Cerro Esmeralda	102701	
Posta de Salud Rural Chanavayita	102412	
Posta de Salud Rural San Marcos	102413	

#### 4. OBJETIVOS

##### 4.1. Objetivo General

Establecer un instrumento estandarizado de aplicación a nivel nacional, para la derivación a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial, unificando criterios y flujo de Referencia y Contrarreferencia entre dicha especialidad y los distintos componentes de la red asistencial, fortaleciendo con ello la integración de la Red Asistencial Pública, bajo el modelo de Redes Integradas, facilitando la continuidad asistencial con equidad y calidad.

##### 4.2. Objetivos Específicos

- Unificar a nivel nacional criterios y condiciones generales que debe cumplir el paciente para ser derivado a la especialidad de ortodoncia.

- Establecer criterios de pertinencia en la derivación de pacientes a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial, aplicando en cada uno de los pacientes la "Guía de Referencia Clínica a Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud" (GRCO).
- Establecer criterios de contrarreferencia desde la especialidad de ortodoncia a los distintos establecimientos de la red asistencial.
- Establecer un flujo básico de referencia y contrarreferencia en ortodoncia que sea adaptable según realidad local.
- Coordinar los diferentes niveles de atención de la red asistencial en cada uno de los Servicios de Salud, a nivel nacional.
- Fortalecer la integración y comunicación de la Red asistencial pública, bajo el modelo de redes integradas que garantice acceso y oportunidad de atención de los usuarios.
- Mejorar indicadores de resolutivez, productividad y eficiencia de los recursos físicos y humanos en los distintos niveles de atención de la Red Asistencial.

## **5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN**

El presente documento 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 las Demandas Locales, equipos directivos y referentes técnicos.

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 Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial, con registro ante la Superintendencia de Salud.

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

## **6. RESPONSABLES**

### **RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN**

- Dentistas APS son responsables de pesquisar y referir de forma oportuna al especialista, de acuerdo a los criterios establecidos en este protocolo

- Dentistas especialistas son responsables de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento, según corresponda.
- Dentistas especialistas aplicarán criterios de priorización en la atención según cada caso clínico y son responsables de realizar la contrarreferencia a APS.

## **RESPONSABLES DE EVALUACION Y MONITOREO**

- Odontólogo de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Odontólogo Especialista de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS.

## **7. POBLACIÓN OBJETIVO**

### **Criterios de Inclusión:**

- a. Pacientes en crecimiento en que se pueda realizar tratamientos ortodóncico y ortopédicos:
  - Pacientes con dentición temporal completa desde los 4 años hasta cuando el paciente presente dentición permanente recién completada hasta el segundo molar al momento de generar la interconsulta.
- b. Pacientes que cumplan los criterios de derivación establecidos en la "Guía clínica de Referencia Clínica de Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud "(GRCO) (Anexo 1).

### **Criterios de Exclusión:**

Pacientes que a pesar de cumplir los criterios de derivación de la Guía de Referencia Clínica a Ortodoncia (GRCO) (Anexo-1) presenten las siguientes condiciones:

- a. Enfermedad de base no controlada. Se deberán realizar las maniobras de compensación médicas previo a la derivación.
- b. Usuario con necesidades o cuidados especiales que no cuenten con red de apoyo. Este tipo de casos se sugiere evaluar de acuerdo al modelo de atención con que cuente el servicio de salud correspondiente.
- c. Presencia de trastorno psiquiátrico no compensado cuya exposición a la intervención pueda significar más riesgo que beneficio para el sujeto, presentar deterioro cognitivo de gravedad moderada o severa, o cuya gravedad interfiera la capacidad de cumplir el protocolo de intervención, es decir, que no permita la adhesión a las distintas etapas del tratamiento y/o al correcto desarrollo y cooperación requerida para esta por parte del

usuario (entendiéndose Deterioro Cognitivo como la pérdida progresiva de funciones relacionadas con la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento de la información).

- d. Pacientes que rechacen firma del consentimiento informado (Anexo 2).
- e. Pacientes con periodonto reducido.
- f. Pacientes con desarrollo radicular disminuido.
- g. Pacientes sin dominio de técnica de cepillado eficiente (con índice higiene oral simplificado con resultado superior a 1.0) (Anexo 3). Estos pacientes deberán ser contrarreferidos a sus establecimientos de origen donde deberán adquirir herramientas para mejorar higiene para luego regresar a tratamiento ortodóncico en un plazo de tiempo no mayor a 6 meses desde que se realiza la contrarreferencia.
- h. Pacientes que no tengan sus controles odontológicos al día en atención primaria.  
Pacientes que presentan tratamiento realizado en el extrasistema y que hayan resuelto el motivo indicado en SIC. Si el paciente se encuentra bajo tratamiento en el extrasistema y aún no resuelve el cuadro clínico por el cual fue derivado o requiere una nueva intervención, deberá ser ingresado y priorizado según los criterios expuestos en este documento.

## 8. DEFINICIONES.

### a) Definición

La Ortodoncia, tal y como la define la Asociación Americana de Ortodoncia, es una especialidad de la Odontología que se ocupa de la supervisión, guía y corrección de las estructuras dentofaciales, tanto las que están en crecimiento como las ya maduras. En estas situaciones se incluyen las que requieren movimientos de dientes o la corrección de las maloclusiones y malformaciones de las estructuras relacionadas mediante la modificación de las relaciones entre dientes y huesos faciales por la aplicación de fuerzas y/o la estimulación y redirección de fuerzas funcionales dentro del complejo craneofacial (7).

### b) Cartera mínima de prestaciones en nivel de especialidad:

- i. Tratamientos con aparatos fijos.
- ii. Tratamientos con aparatos removibles.
- iii. Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI).
- iv. Ortopedia Prequirúrgica.
- v. Tratamiento ortodóncico quirúrgico\*.

(\*): su implementación queda supeditada a la realidad local.



### c) Criterios de priorización

Prioridad Alta:

Según Anexo-1, Guía clínica de Referencia Clínica de Ortodoncia para Servicios públicos de Salud. Fundamento de SIC: Prioridad alta:

- i. Código K072: mordida abierta, cruzada: Mordida invertida
- ii. Código K072: mordida abierta, cruzada: Mordida abierta anterior dentición mixta en primera fase
- iii. Código K072: mordida abierta, cruzada: Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral dentición mixta en primera fase
- iv. Código K010: dientes incluidos: dientes incluidos o retenidos
- v. Código K001: Dientes Supernumerarios: dientes supernumerarios

## 9. PROCEDIMIENTO Y DESARROLLO.

### a) 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, descartando patología dental y periodontal.
- ii. Se debe descartar además cualquier posible patología de las mucosas y tejidos blandos y alteración de TTM o dolor orofacial.
- iii. Instrucción de técnica de cepillado. Tratamiento preventivo de caries con flúor tópico, sellantes. Tratamiento de lesiones de caries.

### b) Criterios y Condiciones de derivación a especialidad:

- i. Beneficiarios legales del seguro público de salud (FONASA).
- ii. Pacientes con necesidad de tratamiento en especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.
- iii. Pacientes que cumplan los criterios de derivación establecidos en la "Guía clínica de Referencia Clínica de Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud "(GRCO) (Anexo 1). La GRCO debe completarse en todos los ítems pertinentes al paciente a derivar.
- iv. Pacientes que cuenten con alta odontológica de tratamiento realizada en la atención primaria: El paciente debe estar en las siguientes condiciones:
  - 1) Libre de lesiones de caries no tratadas (idealmente comprobado con Rx Bite Wing)
  - 2) Sin enfermedad periodontal o en control por Periodoncista.
  - 3) Sellantes y restauraciones directas o indirectas en buen estado.
  - 4) Buen dominio de técnica de cepillado (control de higiene oral demostrable con el índice de higiene oral simplificado, valores entre 0 a 1.0).

- 5) Sin TTM o dolor orofacial.
- 6) Sin lesiones y/o enfermedades en mucosa y tejidos blandos.
- 7) Paciente que mantenga sus controles en APS según riesgo cariogénico:
  - a. Bajo riesgo: una vez al año.
  - b. Alto y mediano riesgo: dos veces al año.

**c) 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 Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial debe contar con los siguientes requisitos:

Una interconsulta vigente en sistema SIGTE que contemple:

- Fecha de la interconsulta.
- Nombre del paciente con los 2 apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- RUT.
- Teléfonos de contacto (fijo y celular).
- Domicilio.
- Previsión beneficiario FONASA y TRAMO.
- Centro de Salud de origen.
- Especialidad a la que se deriva.
- Establecimiento de Salud destino de la interconsulta.
- Hipótesis diagnóstica y /o síntomas, signos: debe indicar la o las causas que justifica la derivación según el criterio específico definido en la GRCO.
- Fundamentos de la atención, anote aquí si existe alguna condición de priorización.
- Antecedentes mórbidos de importancia (hipertensión, diabetes, enfermedad renal u otro), fármacos usados por el paciente.
- Nombre, apellidos y RUT del Odontólogo que refiere.

Nota: Para asegurar la atención en la 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).

**d) Cuidados pre y post operatorios:**

- i. Control en APS según riesgo cariogénico.

ii. Control Post Alta en Atención Primaria:

- 1) Educación.
- 2) Profilaxis y destartraje supragingival.
- 3) Aplicación de flúor barniz.
- 4) Mantener controles de acuerdo a riesgo cariogénico y periodontal.
- 5) Seguimiento según indicado en contrarreferencia.

**e) Criterio de Alta de la especialidad:**

i. Finalizado el tratamiento en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial:

1) Alta Clínica: Satisfacción del paciente.

a) En dentición temporal:

- i. Cuando se ha corregido la maloclusión que originó el ingreso a ortodoncia y no presenta otra maloclusión que justifique seguir en tratamiento. El especialista emite una epicrisis y el paciente regresa a APS para continuar controles regulares.
- ii. Si el paciente presenta una nueva maloclusión en dentición mixta, deberá emitirse una nueva SIC según los criterios de la GRCO y registrarse en la lista de espera como nueva SIC a ortodoncia. Esta solicitud podrá emitirla tanto el especialista, como en APS según realidad local. Se priorizará según criterios establecidos en este documento y modelo de atención local.
- iii. Si el paciente se mantiene con maloclusión al finalizar la dentición temporal, no puede ser dado de alta al pasar a dentición mixta primera fase y debe seguir en tratamiento.

b) En dentición mixta primera fase:

- i. Cuando se ha corregido la maloclusión que originó el ingreso a ortodoncia y no presenta otra maloclusión que justifique seguir en tratamiento. El especialista emite una epicrisis y el paciente regresa a APS para continuar controles regulares.
- ii. Si el paciente presenta nueva maloclusión en dentición mixta segunda fase o en dentición permanente, deberá emitirse una nueva SIC según los criterios de la GRCO y registrarse en la lista de espera como nueva IC a ortodoncia. Esta solicitud podrá emitirla tanto el especialista, como en APS según realidad local.
- iii. Si el paciente se mantiene con maloclusión al finalizar la dentición mixta primera fase, no puede ser dado de alta y debe seguir en tratamiento.

- c). En dentición mixta segunda fase:
- i. Cuando se ha corregido la maloclusión que originó el ingreso a ortodoncia y no presenta otra maloclusión que justifique seguir en tratamiento. El especialista emite una epicrisis y el paciente regresa a APS para continuar controles regulares.
  - ii. Si el paciente presenta una nueva maloclusión en dentición permanente deberá emitirse una nueva SIC según los criterios de la GRCO y registrarse en la lista de espera como nueva IC a ortodoncia. Esta solicitud podrá emitirla tanto el especialista, como en APS según realidad local.
  - iii. Si el paciente se mantiene con maloclusión al finalizar la dentición mixta segunda fase, no puede ser dado de alta y debe continuar en tratamiento en dentición permanente.
- d) En dentición permanente:
- i. Cuando se han corregido la o las maloclusiones del paciente.
  - ii. Cuando se ha logrado un resultado favorable en la estética y en la oclusión, sin que sea posible obtener mayor corrección, de acuerdo a las condiciones individuales del paciente y/o las condiciones de recursos disponibles en el Servicio de Salud.
  - iii. Cuando se han obtenido avances importantes, pero el tratamiento no ha finalizado, ya sea por recursos disponibles en el Servicio de Salud o por requerimientos que dicen con el período de crecimiento y maduración del paciente.
  - iv. Cuando los padres, tutor o paciente, por decisión voluntaria deciden no continuar en tratamiento o bien que el paciente continuará tratamiento fuera del Servicio de Salud, lo cual se deberá registrar en ficha clínica.
- e) Cuando el paciente termina su tratamiento con aparatología removible se registrará su alta clínica, para luego, si corresponde, iniciar nuevamente el tratamiento de aparatología fija con nueva SIC, siguiendo el esquema explicado anteriormente.

En cada una de estas situaciones el especialista debe emitir una epicrisis con las recomendaciones correspondientes.

ii. Por causa administrativa:

- 1) La inasistencia continuada o no solicitud de atención por parte del paciente a controles de tratamiento de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial por un

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

- 2) Dos inasistencias anuales sin justificación o no solicitud de atención por parte del paciente a controles de tratamiento de Ortodoncia por un período igual o superior a 6 meses, generará su alta administrativa y su contrarreferencia al establecimiento de destino. En ambos casos debe darse de alta el paciente sin aparato de ortodoncia activa.
- 3) Paciente que No sigue instrucciones del uso de aparatos removible. Solo se aceptará una pérdida o ruptura o no uso que implique confeccionar un nuevo aparato durante el tratamiento.
- 4) Paciente que No sigue instrucciones del uso de aparatos fijos. Solo se aceptará pérdida o ruptura que implique la reposición de dos aparatos por año calendario.
- 5) Pacientes con mala higiene oral con gingivitis o depósitos blandos evidentes o con índice de higiene oral simplificado sobre 1.0. por dos sesiones.
- 6) Paciente que No adhiere a tratamiento según indicaciones del especialista.
- 7) Paciente que No cumple con requisitos de derivación.
- 8) Paciente que No cumple con criterios clínicos de derivación.
- 9) Paciente que rechaza tratamiento.

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

#### **f) Contrarreferencia (Anexo 4)**

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 Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.

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 identificar los dientes a tratar con el nombre del diente y además con la nomenclatura de la Federación Dental Internacional (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.

#### iii. Altas de Especialidad:

- a. Finalizado el tratamiento en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.
- b. Por causa administrativa.
- c. La contrarreferencia debe incluir indicaciones y controles que debe seguir en APS (incluir periodicidad).

Una vez realizada la atención de especialidad, se debe entregar la contrarreferencia al usuario y a la unidad odontológica derivadora.

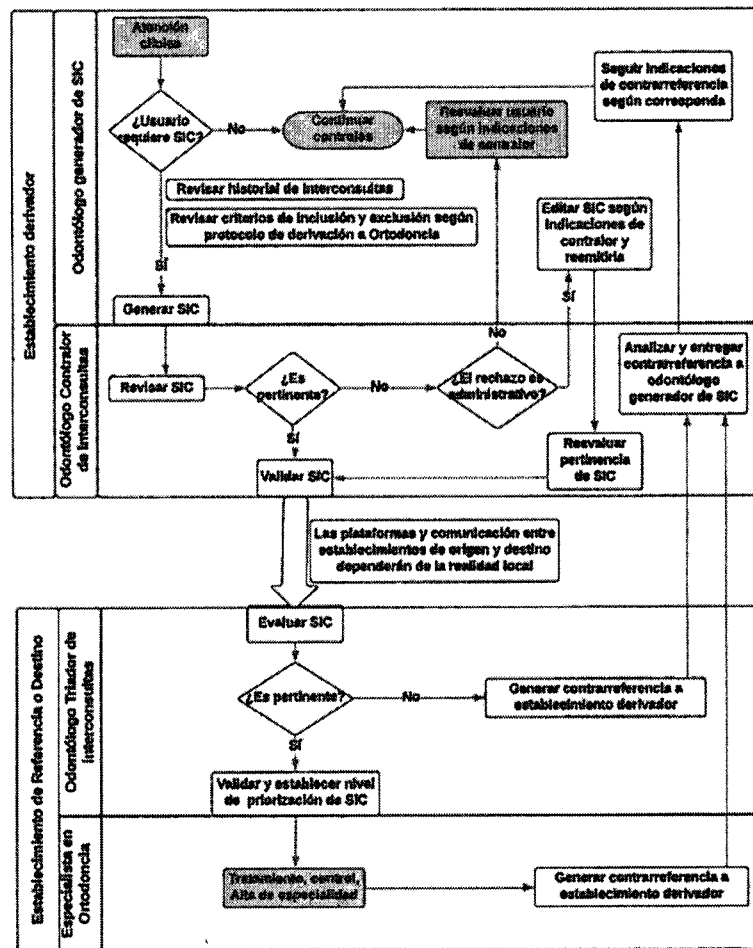
El centro de referencia enviará al establecimiento derivador APS la información de la atención brindada considerando al menos los siguientes elementos:

- 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.
- Sugerecias 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

### FLUJO DE RED: ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA



## 11. 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>	<p>Nº Total de pacientes evaluados en especialidad de Ortodoncia de Servicio de Odontología en HETG que cumplen con los criterios de referencia según Protocolo Resolutivo en Red.</p> $\frac{\text{Nº Total de pacientes referidos según Protocolo de Ortodoncia Protocolo Resolutivo en Red, desde APS a especialidad Ortodoncia de Servicio de Odontología de HETG}}{\text{Nº Total de pacientes evaluados en especialidad de Ortodoncia en dispositivos de atención secundaria en Alto Hospicio que cumplen con los criterios de referencia según Protocolo Resolutivo en Red.}} \times 100$ <p>Nº Total de pacientes referidos según Protocolo de Ortodoncia Protocolo Resolutivo en Red, desde APS a especialidad Ortodoncia en dispositivos de atención secundaria en Alto Hospicio</p>
<b>Umbral</b>	90%
<b>Criterio de análisis</b>	<p>Óptimo: 90% - 100%</p> <p>Aceptable: 89%</p> <p>Crítico: &lt; 89%</p>
<b>Justificación/Fundamento</b>	Asegurar la correcta referencia de especialidad Ortodoncia
<b>Fuente y método de recolección</b>	REM A09
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Responsable</b>	<p>Odontólogos de Interfaz atención primaria</p> <p>Odontólogos interfaz atención secundaria</p>

## 12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN

- Odontólogo contralor APS es responsable de la aplicación correcta del protocolo en su establecimiento y en el caso que existan nodos críticos informar a Referente Odontológico de APS y de atención secundaria



- Dentista especialista contralor de Atención Secundaria/Terciaria es responsable de la aplicación correcta del protocolo en su establecimiento y en el caso que existan nodos críticos informar a su jefatura, ya sea Jefe del Servicio Dental Hospital Ernesto Torres o Jefatura de Especialistas en Alto Hospicio.
- Jefe del Servicio Dental Hospital Ernesto Torres y Jefatura de Especialistas en Alto Hospicio son responsable de efectuar el control y seguimiento de indicadores e informar resultados de manera mensual al Director(a) del HETG si corresponde y al Referente odontológico del Servicio de Salud de Iquique.
- Referentes Odontológicos del Servicio de Salud de Iquique son responsables de monitorear el funcionamiento de protocolo de acuerdo a lo que se informa en el presente documento.

### 13. PLAN DE DIFUSIÓN

El presente documento será enviado a la Red Asistencial mediante oficio desde el Servicio de Salud de Iquique, además de difusión a los equipos locales a través de videoconferencias y plan de acompañamiento e implementación.

### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Effects of malocclusion on oral health related quality of life (OHRQOL): a critical review | Abdul Majid | European Scientific Journal, ESJ [Internet]. [citado 9 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6007>
2. Ahsan A, Yamaki M, Toshinobu H, Hossain Z, Saito I. DAI scores and its relation to self-perceived dental aesthetic and orthodontic concern in Bangladesh and Japan. *Orthodontic Waves*. septiembre de 2013;72(3):99-104.
3. Petersen PE, Programme WOH. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. 2003 [citado 17 de mayo de 2019]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68506>
4. Abreu LG. Orthodontics in Children and Impact of Malocclusion on Adolescents' Quality of Life. *Pediatr Clin N Am*. 2018; 65(5):995–1006.
5. Bernabé E, Sheiham A and De Oliveira CM. Impacts on daily performances attributed to malocclusions by British adolescents. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2009; 36: 26–31. doi:10.1111/j.1365-2842.2008.01899.x
6. Ministerio de Salud de Chile. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del niño de 6 años. 2007.

7. Soto L, tapia R, Jara G y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Universidad Mayor; 2007. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7f2e0f67ebbc1bc0e04001011e016f58.pdf>
8. Batista KBSL, Thiruvenkatachari B, Harrison JE, O'Brien KD. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3. Art. No.: CD003452. DOI: 10.1002/14651858.CD003452.pub4.
9. New definition of orthodontics. Olsen, David G. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Volume 105, Issue 1, 20A [https://doi.org/10.1016/S0889-5406\(05\)81152-7](https://doi.org/10.1016/S0889-5406(05)81152-7)
10. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34 (1): 63-72
11. Committee of European Health Insurances. European Orthodontic Health Insurances. June, 2010. <http://www.efosa.eu/content/members/insurancereport/insurances.asp#Top>
12. European Federation of Orthodontic Specialists Associations EFOSA. <https://aportodontia.pt/sites/default/files/European%20Orthodontic%20Guide%202013-2014.pdf>
13. FONASA. Cuenta Pública participativa 2019. Gestión 2018. <http://participacionciudadana.fonasa.cl/sites/default/files/CUENTA%20PUBLICA%202019%20%281%29.pdf>
14. FUNDACIÓN SONRISAS | ¿Cuánto esperan las sonrisas de Chile? | Análisis Lista Espera Odontológica 2018. <http://fundacionsonrisas.cl/wp-content/uploads/2018/09/estudio-fundacion-sonrisas-mier19SEP.pdf>
15. Javidi, H., Vettore, M., & Benson, P. E. (2017). Does orthodontic treatment before the age of 18 years improve oral health-related quality of life? A systematic review and meta-analysis. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 151(4), 644-655.
16. Ministerio de Salud - Subsecretaría de Redes Asistenciales - División de Gestión de la Red Asistencial – GLOSA 06 LISTA DE ESPERA NO GES Y GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD GES RETRASADAS. DICIEMBRE 2018. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/Glosa-6-Dic-2018-Finalfallecidos-ords.pdf>
17. MINSAL. Análisis de Situación de Salud Bucal en Chile. 2010. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20Salud%20Bucal%20final%20pdf.pdf>
18. Ministerio de Salud. "PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL 2018 –2030 [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%ABblica-20\\_12\\_2017.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%ABblica-20_12_2017.pdf)

19. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental (2018). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
20. Proffit W. Fields Henry; Sarver.D. Ortodoncia contemporánea. Quinta Edición. ISBN 10: 8490223149 / ISBN 13: 9788490223147. Editorial: Elsevier, 2013, 768 pag-11
21. Silva Ana Luisa. "Guía de Referencia Clínica a utilizar en la derivación a la Especialidad de Ortodoncia en los Servicios Públicos de Salud, Formulación, Validación y Aplicación en un Proyecto Piloto" 2006. <http://repositorio.conicyt.cl/handle/10533/200628>
22. Silva A, Araya P, Aranda W, Hernandez M, Horta D, Huber H et al. "Guía de Referencia Clínica a Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud". (GRCO). Departamento de Derechos Intelectuales. Registro Propiedad Intelectual. Chile; 200.817, 2011.
23. Sunnak, R., Johal, A., & Fleming, P. S. (2015). Is orthodontics prior to 11 years of age evidence-based? A systematic review and meta-analysis. Journal of Dentistry, 43(5), 477-486.
24. Thiruvengkatachari, B., Harrison, J., Worthington, H., & O'Brien, K. (2015). Early orthodontic treatment for Class II malocclusion reduces the chance of incisal trauma: Results of a Cochrane systematic review. American Journal of Orthodontics and DentofacialOrthopedics, 148(1), 47-59.

**15. PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIOS**

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

16.ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE REFERENCIA CLÍNICA A ORTODONCIA  
PARA SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD  
(GRCO)

Autores: Prof. Dra. Ana Luisa Silva et al.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Consultorio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Odontólogo que deriva: \_\_\_\_\_

**FASOS A SEGUIR PARA DERIVAR:**

1. Evaluar si el paciente cumple con los criterios de inclusión. Si no cumple con los criterios, no derivar. Si cumple con los criterios, proseguir con el siguiente paso.
2. Evaluar con la Pauta de Necesidad de Tratamiento al reverso de esta hoja marcando con una X el recuadro correspondiente. Si presenta leve necesidad de tratamiento, no derivar. Si presenta una o más maloclusiones con evidente necesidad de tratamiento, proseguir con el siguiente paso.
3. Evaluar con la Pauta por Edad y Dentición al reverso de esta hoja marcando con una X el recuadro correspondiente. Si no cumple con los criterios, no derivar. Si cumple con los criterios, sí derivar, adjuntando esta Guía de Referencia con los registros correspondientes.

	No Cumple criterio	Cumple criterio
1) CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
A) Sin Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Sin enfermedad Periodontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) No mayor de 12 años (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(*) El límite mínimo de edad puede ser modificado dentro del marco establecido en los Programas del Ministerio de Salud y considerado si se cuenta con aparatos removibles o fijos.		
2) SEGÚN PAUTA DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO	Leve necesidad de tratamiento <input type="checkbox"/>	Evidente necesidad de tratamiento <input type="checkbox"/>
3) SEGÚN PAUTA POR EDAD Y DENTICIÓN	No cumple criterio derivación <input type="checkbox"/>	Cumple criterio derivación <input type="checkbox"/>
DERIVACION A ORTODONCIA	No derivar <input type="checkbox"/>	Sí derivar <input type="checkbox"/>

Registro de Propiedad Intelectual N° 200.817 del 26/01/2011

	Pauta de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia	Pauta por Edad y Dentición
	Leve necesidad de tratamiento	Evidente necesidad de tratamiento
1. Anomalías craneofaciales completas	Para la clase II y III y otras deformidades craneofaciales	En el momento que sea postulado.
2. Maloclusiones esqueléticas	Maloclusiones esqueléticas que impliquen una deformidad facial que altera la estética del rostro y del perfil facial.	Desde 4 hasta 12 años. Cuando los frenos maxilares (FMP) se encuentran erupcionando, esperar que estén erupcionados antes de derivar. Con SI. Abrirte siempre a los 12 años. Cuando los FMP se encuentran erupcionando, esperar están erupcionados antes de derivar.
3. Resalte aumentado	> 2.5 y < 6 mm en uno o más incisivos. > 3mm en uno o más incisivos.	Desde 4 hasta 12 años. Cuando los FMP se encuentran erupcionando, esperar que estén erupcionados antes de derivar. Sin SI. Abrirte: En dentición mixta o permanente. Desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y FMP completamente erupcionados.
4. Resalte negativo	Uno o más incisivos superiores son uno o más milímetros hacia atrás de uno o más incisivos inferiores o bien, uno o más incisivos en trauma occlusal.	Desde 4 hasta 12 años. Cuando los FMP se encuentran erupcionando, esperar que estén erupcionados antes de derivar.
5. Morfida cruzada	Uno o más incisivos superiores son > 2 mm más allá del plano de simetría facial o con desplazamiento lateral > 2mm.	Desde 4 hasta 12 años. Cuando los FMP se encuentran erupcionando, esperar que estén erupcionados antes de derivar.
6. Escalón aumentado	> 3.5 mm en incisivos superiores no cubren completamente los incisivos inferiores.	En dentición mixta o permanente desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y FMP completamente erupcionados.
7. Morfida abierta anterior o posterior	> 2mm. > 3mm.	En dentición mixta o permanente desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y FMP completamente erupcionados.
8. Diastemas dentales	Severa diastemación dentaria con alteración de la relación funcional y del óvulo labial.	En dentición mixta o permanente desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y FMP completamente erupcionados.
9. Apilamiento o Rotaciones	> 2 mm en uno o varios arcos por separado. > 4 mm.	En dentición mixta o permanente desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y FMP completamente erupcionados.
10. Agenesias	Agenesia de uno o más dientes, con requerir ortodoncia para evitar de apilamiento o para obtener futura implantación o prótesis fija.	En dentición mixta o permanente, en cuarto mes postulado.
11. Otros	Mucoo o descomposición por otros sistemas dentales. Disturbios céntricos. > 2 mm.	En el momento que sea postulado.
12. Fuera de rango	Fuera del rango para evaluación justificando la razón de la derivación.	En el momento que sea postulado.

Autores: Prof. Dra. Ana Luisa Silva et al.  
Registro de Propiedad Intelectual N° 200.817 del 26/01/2011

## MANUAL DE USO DE LA GUÍA DE REFERENCIA CLÍNICA A ORTODONCIA PARA SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD (GRCO)

Autores: Prof. Dra. Ana Luisa Silva et al.

. Registro de Propiedad Intelectual N° 200.817 del 26/ 01/ 2011

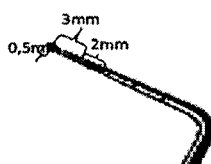
1. Consignar en la GRCO la identificación del paciente y su edad, como también la identificación del odontólogo que deriva, la fecha en la cual se lleva a cabo el examen clínico y el nombre del consultorio desde el cual se realiza la derivación.

2. Luego, comenzar el examen evaluando si el paciente cumple con los criterios de inclusión, lo cual implica que el paciente debe estar libre de caries y enfermedad periodontal y no debe tener más de 12 años de edad. Si el Servicio de Ortodoncia cuenta con aparatos de ortodoncia fijos, puede definir un límite mayor de edad del paciente a derivar, de acuerdo a las edades de programación definidas por el Ministerio de Salud.

3. Si cumple con los criterios de inclusión, se debe evaluar con la Pauta de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia para identificar mediante el examen clínico, la maloclusión que presenta el paciente y el grado de severidad de la misma, es decir si el paciente presenta una leve o evidente necesidad de tratamiento de ortodoncia.

4. Para el examen clínico se utiliza la sonda periodontal OMS, la cual permite medir el overjet del paciente, la amplitud de las mordidas abiertas, el ancho del diastema inter-incisivo, el cual puede medirse entre las superficies mesiales de los incisivos centrales, en la zona inmediata a la papila interincisiva, pudiendo cuantificarse utilizando el área ennegrecida de la sonda, la cual mide 2 mm. Si el diastema es mayor a dos milímetros, el paciente tiene evidente necesidad de tratamiento. También la sonda OMS permite medir el grado de apiñamiento existente en cada arcada dentaria y determinar el espacio clínico disponible para la erupción de los dientes definitivos. La sigla PMP mencionada en la Pauta por edad y dentición se refiere al Primer Molar Permanente.

La Sonda OMS esta graduada de la siguiente manera:  
La esfera del extremo de la sonda mide 0,5 mm.  
Las zonas delimitadas de la sonda de color metálico miden 3mm. La banda negra representa 2 mm.



5. Una vez identificada la severidad de la maloclusión que presenta el paciente y la necesidad de tratamiento según la Pauta de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia, debe marcarse una X en el recuadro correspondiente a la misma.

6. Si existe maloclusión con evidente necesidad de tratamiento, a continuación se debe evaluar al paciente según la Pauta por edad y dentición, la cual tiene parámetros de edad y dentición establecidos para la derivación del paciente según la maloclusión existente.

7. Si cumple con los requisitos de la Pauta por edad y dentición, se debe marcar con una X en el recuadro correspondiente.

8. Luego, traspasar la información obtenida al cuadro resumen de la primera página, marcando con una X en los recuadros correspondientes al caso.

9. Si el paciente cumple con los criterios establecidos, es decir, si está libre de caries y enfermedad periodontal, presenta una maloclusión con evidente necesidad de tratamiento y cumple con lo establecido en la pauta por edad y dentición, el paciente está en condiciones para ser derivado a Ortodoncia.

10. Es necesario aclarar que se deben registrar todas las maloclusiones que presenta el paciente marcando una X en cada casillero correspondiente, tengan leve o evidente necesidad de tratamiento, pero se debe tener presente que, el paciente debe tener a lo menos una maloclusión con evidente necesidad de tratamiento, para que corresponda ser derivado a ortodoncia.

11. Deben completarse todos ítems de la GRCO que corresponden al paciente, hasta completar el recuadro con la decisión si el paciente debe o no debe ser derivado a ortodoncia, completando el casillero de "Si derivar" o "No derivar"

Así, el paciente debe cumplir con los Criterios de Inclusión, debe presentar a lo menos una maloclusión con evidente necesidad de tratamiento de acuerdo a los criterios establecidos en la Pauta de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia y debe cumplir con los criterios de derivación estipulados en la Pauta por Edad y Dentición, para ser derivado a Ortodoncia.

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DERIVACIÓN A LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA

**NOMBRE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE APODERADO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_, con domicilio en calle \_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento a la derivación a la especialidad de ortodoncia de mi hijo(a) o pupilo(a) \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ propuesta por el/la Dr/a \_\_\_\_\_.

3.- Se me ha informado y comprendo que al momento de ser derivado, mi hijo(a) o pupilo(a), cumple con las condiciones de higiene y salud oral óptimas y que de no mantenerlas hasta el momento de atención por el especialista, el tratamiento de ortodoncia podría no realizarse. Por eso me comprometo a cumplir con las indicaciones de higiene y controles entregadas por el odontólogo tratante.

4.- Declaro estar en conocimiento de que luego de emitida la interconsulta desde este establecimiento mi hijo(a) o pupilo(a) será sometido a una segunda evaluación por el ortodoncista quien, según severidad del caso, determinará si cumple los criterios para ingresar a tratamiento.

5.- Comprendo que debo mantener al día la situación previsional en FONASA de mi hijo(a) o pupilo(a), así como actualizar mi teléfono de contacto en atención primaria ya que será por esa vía que se comunicarán para las citaciones o cambios de hora.

6.- Se me ha explicado, he entendido y aceptado de que se le dará el alta disciplinaria en los siguientes casos:

- Índice de higiene oral de Green y Vermillon simplificado de más de 1, en 2 controles durante su tratamiento.
- Pérdida de aparatos reiterada más de 2 veces durante en tratamiento.
- Tener 2 inasistencias sin justificación o ausentarse a controles por más de 6 meses, se dará por terminado el tratamiento de mi hijo(a) o pupilo(a).

\_\_\_\_\_

FIRMA

(Paciente o apoderado)

**CONSENTIMIENTO /ASENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE ORTODONCIA**

**NOMBRE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE APODERADO/REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**N° S. I.C:** \_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_

En el presente documento declaro que he sido informado por el Ortodoncista tratante sobre mi diagnóstico, posibilidades terapéuticas, tipo de aparatología a utilizar, tiempos estimados de tratamiento y pronóstico presuntivo del mismo.

De este modo mi tratamiento corresponde a: (seleccione)

Ortodónico Interceptivo		Ortodónico conservador		Ortodónico reductivo	
Ortodónico de compromiso		Ortodónico No conservador		Ortodónico quirúrgico	

Se me ha informado que mi tratamiento puede sufrir modificaciones que me serán informadas de acuerdo a la evolución de las mecánicas ortodóncicas utilizadas y a las respuestas biológicas que presente, lo cual será reevaluado durante el tratamiento por el tratante.

El tratante me ha explicado que durante mi tratamiento o posterior a este se pueden presentar efectos indeseados tanto en los tejidos orales como dentarios tales como dolor, movimientos dentales indeseados, problemas periodontales, reabsorción radicular interna o externa, pérdida de altura ósea, disfunción de ATM, manchas blancas y caries, principalmente. Entiendo que estos efectos indeseados son producto de la respuesta biológica de los tejidos de sostén y dentarios y/o esqueléticos a la aplicación de fuerzas

ortodóncicas/ortopédicas, y algunos son prevenidos con las medidas indicadas por mi tratante como la mantención de una adecuada higiene oral de mi parte.

Entiendo que es mi obligación asistir a las citas indicadas por mi tratante, al cuidado de la aparatología utilizada en mi caso y a cumplir con las indicaciones de higiene oral y autocuidado en salud oral, exponiéndome a la suspensión o término anticipado de mi tratamiento, siendo advertido adecuadamente por mi tratante

Finalmente, autorizo el uso de mis registros (fotos, radiografías, modelos y antecedentes clínicos) para ser utilizados solamente con fines académicos y/o de investigación.

Declaro haber comprendido y aceptado el plan de tratamiento propuesto y explicado por el tratante.

ORTODONCISTA TRATANTE  
(FIRMA, TIMBRE CON DATOS)

REPRESENTANTE LEGAL/APOD.  
(FIRMA, NUMERO DE RUT)

### ANEXO 3

Componentes del índice:

- Índice de depósitos blandos: → restos de alimentos, pigmentos.
- Índice de depósitos duros: → Placa Bacteriana.
- cálculo.

Dientes que mide:

- 1.1 } dientes superiores, se les mide por la cara vestibular,
- 1.6 }
- 2.6 }
- 4.6 } dientes inferiores, se les mide por la cara lingual.
- 3.6 }
- 3.1 incisivo central inferior izquierdo se mide por vestibular.

-Si no está alguno se toma el vecino. En el caso del incisivo central derecho, si no está se toma el I.C. izquierdo. Y en el caso de los molares se elige el 2º si cuando no está el 1º.

Criterios:

- Depósitos blandos:
- 0 → No hay depósitos ni pigmentaciones.
- 1 → Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación.
- 2 → Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3.
- 3 → Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.

- Depósitos duros:
- 0 → No hay tártaro.
- 1 → Tártaro supragingival que cubre no más de 1/3 de la superficie dentaria.
- 2 → Tártaro supragingival que cubre más de 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien hay porciones aisladas de tártaro supragingival.
- 3 → Tártaro supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supragingival que rodea la porción cervical del diente.



Cálculo del índice:

$$\text{Índice} = \frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$$

Para cada persona se suman los valores de depósitos blandos y se les divide por la cantidad de superficies valoradas. Se realiza el mismo procedimiento de cálculo para los depósitos duros. Ambos valores dan el IPOS.

Niveles de IPOS

- 0.0-1.0 : Óptimo
- 1.1-2.0 : Regular
- 2.1-3.1 : Malo
- Más de 3 : Muy malo

### ANEXO 4

#### CONTRARREFERENCIA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

Nombre del paciente:	RUT:	Edad:
Ortodoncista tratante:	Establecimiento que contrarrefiere:	

Causa de la contrarreferencia:

I. Tratamiento en APS

- a) Operatoria
- b) Tratamiento periodontal



c) Indicaciones de exodoncia

Especificaciones:

---



---



---



---



---



---

II. Tratamiento Finalizado:  
(especificar causa):

Indicaciones:

---



---

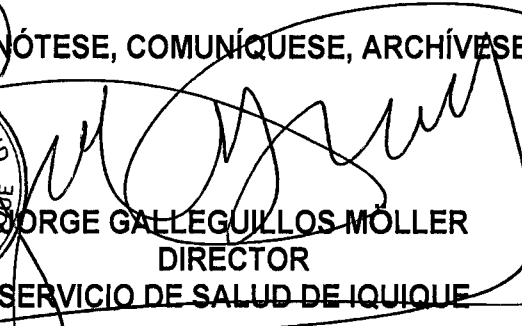
Firma y Timbre del Ortodoncista tratante


3° El protocolo descrito anteriormente se inserta en la presente Resolución y se entiende que forman parte integrante de ella y consta de 32 páginas en total.




4° El uso de este protocolo será de carácter obligatorio y tendrá vigencia a partir del 1° agosto del 2020, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

5° Este protocolo tendrá una vigencia de 4 años, es decir 2020–2024 y deberá actualizarse al finalizar la vigencia.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE**




**JORGE GALLEGUILLOS MÖLLER**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE**

	Iniciales nombre	Firma
Subdirección Gestión Asistencial SSI	CCV	↓
Asesoría Jurídica SSI	CHO	
Referencia y Contra-referencia SSI	CMG	
Odontológico Secundario	JSA	



c) Indicaciones de exodoncia

Especificaciones:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

II. Tratamiento Finalizado:  
 (especificar causa):

Indicaciones:

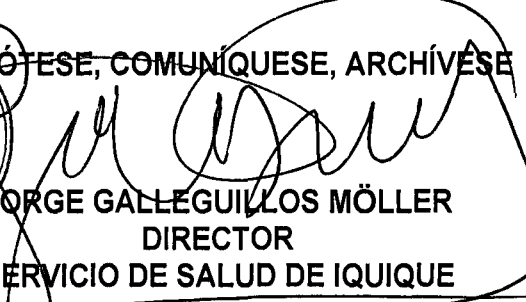
\_\_\_\_\_  
 Firma y Timbre del Ortodoncista tratante

3° El protocolo descrito anteriormente se inserta en la presente Resolución y se entiende que forman parte integrante de ella y consta de 32 páginas en total.





4° El uso de este protocolo será de carácter obligatorio y tendrá vigencia a partir del 1° agosto del 2020, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

5° Este protocolo tendrá una vigencia de 4 años, es decir 2020–2024 y deberá actualizarse al finalizar la vigencia.

**NOTÉSE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE**



**JORGE GALLEGUILLOS MÖLLER**  
 DIRECTOR  
 SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

	Iniciales nombre	Firma
Subdirección Gestión Asistencial SSI	CCV	
Asesoría Jurídica SSI	CHO	
Referencia y Contra-referencia SSI	CMG	
Odontológico Secundario	JSA	



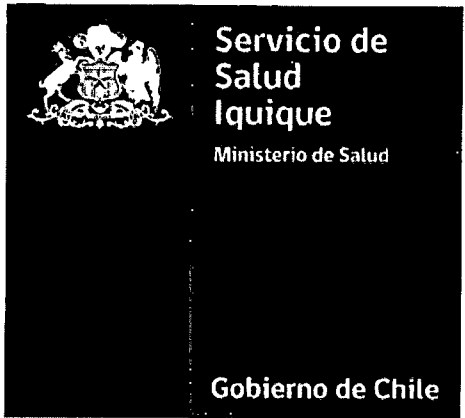
LO QUE TRANSCRIBO PARA SU  
 CONOCIMIENTO  
 Y FINES PERTINENTES  
 MINISTRO DE FE

**DISTRIBUCIÓN:**

- Dirección Hospital Iquique
- @ Dirección Servicio Salud Iquique [direccion.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:direccion.ssi@redsalud.gov.cl)
- @ Dirección Hospital Iquique [secretaria.director@hospitaliquique.cl](mailto:secretaria.director@hospitaliquique.cl)
- @ Dirección CESFAM Héctor Reyño [fany.gomezcoello@redsalud.gob.cl](mailto:fany.gomezcoello@redsalud.gob.cl)
- @ Subdirección de Gestión Asistencial SSI [aps.ssi@redsalud.gob.cl](mailto:aps.ssi@redsalud.gob.cl)
- @ Depto. Planificación y Control SSI [sdga.ssi@redsalud.gob.cl](mailto:sdga.ssi@redsalud.gob.cl)
- @ Encargado R y CR SSI [carolina.perez@redsalud.gob.cl](mailto:carolina.perez@redsalud.gob.cl)
- @ Referente Odontología Secundario [planificacion.ssi@redsalud.gob.cl](mailto:planificacion.ssi@redsalud.gob.cl)
- [camilo.montana@redsalud.gob.cl](mailto:camilo.montana@redsalud.gob.cl)
- [javier.sancheza@redsalud.gob.cl](mailto:javier.sancheza@redsalud.gob.cl)

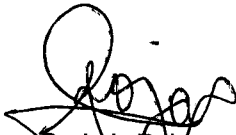


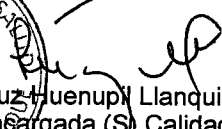
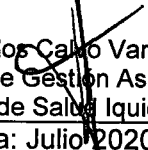


**Departamento Salud Comunas**

- @ Comuna de Pica [bjara@saludpica.cl](mailto:bjara@saludpica.cl)
- @ Comuna de Huara [lada.desamu.imh@gmail.com](mailto:lada.desamu.imh@gmail.com)
- @ Comuna de Camiña [saludcamina@gmail.cl](mailto:saludcamina@gmail.cl)
- @ Comuna Pozo Almonte [andrea.quiero@cormudespa.cl](mailto:andrea.quiero@cormudespa.cl)
- @ Comuna Colchane [mcastro091@gmail.com](mailto:mcastro091@gmail.com)
- @ Comuna Alto Hospicio [e.gamero@mahosalud.cl](mailto:e.gamero@mahosalud.cl)
- @ Comuna de Iquique [veronica.moreno@cormudesl.cl](mailto:veronica.moreno@cormudesl.cl)
- Oficina de Partes SSI



# PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL

## SERVICIO DE SALUD IQUIQUE 2020 – 2024

<p><b>Elaborado por:</b></p> <div style="text-align: center; margin-top: 50px;">   <b>Dr. Luis Rojas</b>          Ortodoncista          Hospital Ernesto Torres Galdames       </div>	<p><b>Revisado por:</b></p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">   <b>Dra. Javiera Sanchez</b>          Referente Odontológico Secundaria          Servicio de Salud Iquique       </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">   <b>Dr. Camilo Montaña Galleguillos</b>          Referente Referencia y Contrareferencia          Servicio de Salud Iquique       </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">   <b>Euz-Huenupil Llanquino</b>          Encargada (S) Calidad          Servicio de Salud Iquique       </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">   <b>QF Carlos Calvo Varas</b>          Subdirector de Gestión Asistencial          Servicio de Salud Iquique       </div>	<p><b>Aprobado por:</b></p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">     <b>Jorge Galleguillos Möller</b>          Director          Servicio de Salud Iquique       </div>
Fecha: Julio 2020	Fecha: Julio 2020	Fecha: Julio 2020



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

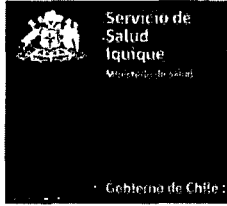
**Fecha: Julio 2020**

**Página 1 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**INDICE**

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MAPA DE RED.....	3
4. OBJETIVOS .....	5
5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN.....	66
6. RESPONSABLES.....	6
7. POBLACIÓN OBJETIVO .....	7
8. DEFINICIONES.....	8
9. PROCEDIMIENTO Y DESARROLLO.....	9
10. FLUJOGRAMA .....	18
11. INDICADOR .....	19
12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.....	20
13. PLAN DE DIFUSIÓN .....	20
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	21
15. PLANILLA CONTROL DE CAMBIOS .....	24
16. ANEXOS.....	25



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 2 de 32**

**Vigencia: 4 años**

## **1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS**

Los participantes de la mesa de elaboración de Protocolo Referencia y Contrarreferencia Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial declaran no tener conflicto de interés.

## **2. INTRODUCCIÓN**

Las anomalías dentomaxilares (ADM) corresponden a un grupo de alteraciones en el desarrollo de los maxilares que se presentan frecuentemente junto a mal posición dentaria que repercuten en la forma, función y estética del sistema estomatognático (1). La etiología es multifactorial, existiendo predisponentes de carácter sistémico, hereditario y congénito. También existen factores locales, tales como pérdida prematura de dientes temporales por trauma o caries, restauraciones inadecuadas, malos hábitos y otros (2).

Las maloclusiones severas presentan un impacto negativo mayor en la calidad de vida de los adolescentes que las maloclusiones leves o la ausencia de éstas (2). La mayor repercusión es en el bienestar social y emocional de los individuos (2). En la vida diaria de los adolescentes, les afecta principalmente en actividades como sonreír, hablar y comer (3). Según el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en niños y niñas de 6 años, realizado el año 2007, la prevalencia de Anomalías Dento-Maxilares (ADM) en este grupo etario es de 38,29%, correspondiendo un 25,7% a ADM leve; un 12,48% a ADM moderada o severa y un 0,09% a Malformaciones (4). A la edad de 12 años, las ADM aumentan a 52,6%, con 15,9% de ADM leve, 36,5% moderada o severa y 0,1% de malformaciones (5).

La alta prevalencia de maloclusiones en la población y su gran demanda por tratamientos de ortodoncia, tensiona la capacidad de los Servicios de Salud, generando largos tiempos de espera para el ingreso a tratamiento, siendo relevante identificar los pacientes que tengan mayor necesidad de tratamiento, para poder priorizar su derivación a la especialidad.

Diversos países utilizan indicadores de necesidad de tratamiento de ortodoncia con el objetivo de estandarizar las derivaciones de pacientes cuyos tratamientos son financiados



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 3 de 32**

**Vigencia: 4 años**

con recursos públicos, entre otros: Reino Unido, Alemania, Australia, Irlanda priorizando los pacientes con maloclusiones de mayor severidad. Las edades máximas para cubrir los tratamientos con fondos públicos también están definidas, pudiendo mencionar: Estonia, Finlandia y Alemania 18 años, Francia 16 años, Luxemburgo 17 años y Suiza 19 años. En España los tratamientos de ortodoncia no están cubiertos por los servicios públicos. El tiempo de tratamiento cubierto con fondos del estado también se encuentra especificado en algunos países, lo que varía de dos a tres años (Committee of European Health Insurances, 2010).

Los países pueden validar los indicadores creados en otras regiones o bien crear sus propios indicadores y validarlos, antes de usarlos como un instrumento de derivación (Carvajal A et al 2011).

En Chile, Silva et al. crearon y validaron un indicador de necesidad de tratamiento de ortodoncia, la "Guía de Referencia Clínica a Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud" (GRCO), instrumento estandarizado que define la pertinencia clínica del paciente para ser derivado a ortodoncia (Proyecto de Investigación FONIS SA06I20029), y que a partir del año 2017 es utilizado en el Servicio de Salud Metropolitano Norte y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago.

Todo lo anterior hace necesario estandarizar las derivaciones a la especialidad de ortodoncia en los Servicios de Salud del país, para optimizar el uso de los recursos existentes y priorizar la atención de pacientes que puedan ver afectada su calidad de vida debido a las maloclusiones.

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

En el caso de la región de Tarapacá, el mapa de derivación es el siguiente:

<b>DERIVAN A CGU DR. HECTOR REYNO GUTIERREZ (ALTO HOSPICIO)</b>		
<b>Establecimiento</b>	<b>Código Deis</b>	<b>Comuna</b>
CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo	102305	Alto Hospicio
CESFAM Dr. Yandry Añazco Montero	200557	
CGU Dr. Héctor Reyno Gutiérrez	102307	



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 4 de 32**

**Vigencia: 4 años**

CECOSF El Boro	102705	
CECOSF La Tortuga	200335	
Clínica Dental Móvil	102012	
Consultorio General Rural Camiña	102309	Camiña
Posta de Salud Rural Moquella	102408	
CESFAM Dr. Juan Márquez Vismarra	102304	Pica
Posta de Salud Rural Cancosa	102411	
Posta de Salud Rural Matilla	102416	
Consultorio Pozo Almonte	102303	Pozo Almonte
Posta de Salud Rural Mamiña	102403	
Posta de Salud Rural La Tirana	102406	
Posta de Salud Rural La Huayca	102414	
Consultorio General Rural Colchane	102405	Colchane
Posta de Salud Rural Enquelga	102409	
Posta de Salud Rural Cariquima	102415	
Posta Huara	102401	Huara
Posta de Salud Rural Pisagua	102400	
Posta de Salud Rural Tarapacá	102402	
Posta de Salud Rural Chiapa	102407	
Posta de Salud Rural Sibaya	102410	

**DERIVAN A HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES (IQUIQUE)**

Establecimiento	Código Deis	Comuna
CESFAM Cirujano Aguirre	102300	Iquique
CESFAM Cirujano Videla	102301	
CESFAM Cirujano Guzmán	102302	
CESFAM Sur de Iquique	102306	
CECOSF Cerro Esmeralda	102701	
Posta de Salud Rural Chanavayita	102412	
Posta de Salud Rural San Marcos	102413	



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 5 de 32**

**Vigencia: 4 años**

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1. Objetivo General**

Establecer un instrumento estandarizado de aplicación a nivel nacional, para la derivación a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial, unificando criterios y flujo de Referencia y Contrarreferencia entre dicha especialidad y los distintos componentes de la red asistencial, fortaleciendo con ello la integración de la Red Asistencial Pública, bajo el modelo de Redes Integradas, facilitando la continuidad asistencial con equidad y calidad.

##### **4.2. Objetivos Específicos**

- Unificar a nivel nacional criterios y condiciones generales que debe cumplir el paciente para ser derivado a la especialidad de ortodoncia.
- Establecer criterios de pertinencia en la derivación de pacientes a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial, aplicando en cada uno de los pacientes la "Guía de Referencia Clínica a Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud" (GRCO).
- Establecer criterios de contrarreferencia desde la especialidad de ortodoncia a los distintos establecimientos de la red asistencial.
- Establecer un flujo básico de referencia y contrarreferencia en ortodoncia que sea adaptable según realidad local.
- Coordinar los diferentes niveles de atención de la red asistencial en cada uno de los Servicios de Salud, a nivel nacional.
- Fortalecer la integración y comunicación de la Red asistencial pública, bajo el modelo de redes integradas que garantice acceso y oportunidad de atención de los usuarios.
- Mejorar indicadores de resolutivez, productividad y eficiencia de los recursos físicos y humanos en los distintos niveles de atención de la Red Asistencial.





**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 6 de 32**

**Vigencia: 4 años**

## **5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN**

El presente documento 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 las Demandas Locales, equipos directivos y referentes técnicos.

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 Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial, con registro ante la Superintendencia de Salud.

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

## **6. RESPONSABLES**

### **RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN**

- Dentistas APS son responsables de pesquisar y referir de forma oportuna al especialista, de acuerdo a los criterios establecidos en este protocolo
- Dentistas especialistas son responsables de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento, según corresponda.
- Dentistas especialistas aplicarán criterios de priorización en la atención según cada caso clínico y son responsables de realizar la contrarreferencia a APS.



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEIDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 7 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**RESPONSABLES DE EVALUACION Y MONITOREO**

- Odontólogo de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Odontólogo Especialista de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS.

**7. POBLACIÓN OBJETIVO**

**Criterios de Inclusión:**

- a. Pacientes en crecimiento en que se pueda realizar tratamientos ortodóncico y ortopédicos:
  - Pacientes con dentición temporal completa desde los 4 años hasta cuando el paciente presente dentición permanente recién completada hasta el segundo molar al momento de generar la interconsulta.
- b. Pacientes que cumplan los criterios de derivación establecidos en la "Guía clínica de Referencia Clínica de Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud "(GRCO) (Anexo 1).

**Criterios de Exclusión:**

Pacientes que a pesar de cumplir los criterios de derivación de la Guía de Referencia Clínica a Ortodoncia (GRCO) (Anexo-1) presenten las siguientes condiciones:

- a. Enfermedad de base no controlada. Se deberán realizar las maniobras de compensación médicas previo a la derivación.
- b. Usuario con necesidades o cuidados especiales que no cuenten con red de apoyo. Este tipo de casos se sugiere evaluar de acuerdo al modelo de atención con que cuente el servicio de salud correspondiente.
- c. Presencia de trastorno psiquiátrico no compensado cuya exposición a la intervención pueda significar más riesgo que beneficio para el sujeto, presentar deterioro cognitivo



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 8 de 32**

**Vigencia: 4 años**

de gravedad moderada o severa, o cuya gravedad interfiera la capacidad de cumplir el protocolo de intervención, es decir, que no permita la adhesión a las distintas etapas del tratamiento y/o al correcto desarrollo y cooperación requerida para esta por parte del usuario (entendiéndose Deterioro Cognitivo como la pérdida progresiva de funciones relacionadas con la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento de la información).

- d. Pacientes que rechacen firma del consentimiento informado (Anexo 2).
- e. Pacientes con periodonto reducido.
- f. Pacientes con desarrollo radicular disminuido.
- g. Pacientes sin dominio de técnica de cepillado eficiente (con índice higiene oral simplificado con resultado superior a 1.0) (Anexo 3). Estos pacientes deberán ser contrarreferidos a sus establecimientos de origen donde deberán adquirir herramientas para mejorar higiene para luego regresar a tratamiento ortodóncico en un plazo de tiempo no mayor a 6 meses desde que se realiza la contrarreferencia.
- h. Pacientes que no tengan sus controles odontológicos al día en atención primaria.  
Pacientes que presentan tratamiento realizado en el extrasistema y que hayan resuelto el motivo indicado en SIC. Si el paciente se encuentra bajo tratamiento en el extrasistema y aún no resuelve el cuadro clínico por el cual fue derivado o requiere una nueva intervención, deberá ser ingresado y priorizado según los criterios expuestos es este documento.

## **8. DEFINICIONES.**

### **a) Definición**

La Ortodoncia, tal y como la define la Asociación Americana de Ortodoncia, es una especialidad de la Odontología que se ocupa de la supervisión, guía y corrección de las estructuras dentofaciales, tanto las que están en crecimiento como las ya maduras. En estas situaciones se incluyen las que requieren movimientos de dientes o la corrección de las maloclusiones y malformaciones de las estructuras relacionadas mediante la modificación



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 9 de 32**

**Vigencia: 4 años**

de las relaciones entre dientes y huesos faciales por la aplicación de fuerzas y/o la estimulación y redirección de fuerzas funcionales dentro del complejo craneofacial (7).

**b) Cartera mínima de prestaciones en nivel de especialidad:**

- i. Tratamientos con aparatos fijos.
- ii. Tratamientos con aparatos removibles.
- iii. Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI).
- iv. Ortopedia Prequirúrgica.
- v. Tratamiento ortodóncico quirúrgico\*.

(\*): su implementación queda supeditada a la realidad local.

**c) Criterios de priorización**

Prioridad Alta:

Según Anexo-1, Guía clínica de Referencia Clínica de Ortodoncia para Servicios públicos de Salud. Fundamento de SIC: Prioridad alta:

- i. Código K072: mordida abierta, cruzada: Mordida invertida
- ii. Código K072: mordida abierta, cruzada: Mordida abierta anterior dentición mixta en primera fase
- iii. Código K072: mordida abierta, cruzada: Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral dentición mixta en primera fase
- iv. Código K010: dientes incluidos: dientes incluidos o retenidos
- v. Código K001: Dientes Supernumerarios: dientes supernumerarios

**9. PROCEDIMIENTO Y DESARROLLO.**

a) 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, descartando patología dental y periodontal.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 10 de 32**

**Vigencia: 4 años**

- ii. Se debe descartar además cualquier posible patología de las mucosas y tejidos blandos y alteración de TTM o dolor orofacial.
- iii. Instrucción de técnica de cepillado. Tratamiento preventivo de caries con flúor tópico, sellantes. Tratamiento de lesiones de caries.
  - b) Criterios y Condiciones de derivación a especialidad:
    - i. Beneficiarios legales del seguro público de salud (FONASA).
    - ii. Pacientes con necesidad de tratamiento en especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.
    - iii. Pacientes que cumplan los criterios de derivación establecidos en la "Guía clínica de Referencia Clínica de Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud "(GRCO) (Anexo 1). La GRCO debe completarse en todos los ítems pertinentes al paciente a derivar.
    - iv. Pacientes que cuenten con alta odontológica de tratamiento realizada en la atención primaria: El paciente debe estar en las siguientes condiciones:
      - 1) Libre de lesiones de caries no tratadas (idealmente comprobado con Rx Bite Wing)
      - 2) Sin enfermedad periodontal o en control por Periodoncista.
      - 3) Sellantes y restauraciones directas o indirectas en buen estado.
      - 4) Buen dominio de técnica de cepillado (control de higiene oral demostrable con el índice de higiene oral simplificado, valores entre 0 a 1.0).
      - 5) Sin TTM o dolor orofacial.
      - 6) Sin lesiones y/o enfermedades en mucosa y tejidos blandos.
      - 7) Paciente que mantenga sus controles en APS según riesgo cariogénico:
        - a. Bajo riesgo: una vez al año.
        - b. Alto y mediano riesgo: dos veces al año.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 11 de 32**

**Vigencia: 4 años**

c) 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 Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial debe contar con los siguientes requisitos:

Una interconsulta vigente en sistema SIGTE que contemple:

- Fecha de la interconsulta.
- Nombre del paciente con los 2 apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- RUT.
- Teléfonos de contacto (fijo y celular).
- Domicilio.
- Previsión beneficiario FONASA y TRAMO.
- Centro de Salud de origen.
- Especialidad a la que se deriva.
- Establecimiento de Salud destino de la interconsulta.
- Hipótesis diagnóstica y /o síntomas, signos: debe indicar la o las causas que justifica la derivación según el criterio específico definido en la GRCO.
- Fundamentos de la atención, anote aquí si existe alguna condición de priorización.
- Antecedentes mórbidos de importancia (hipertensión, diabetes, enfermedad renal u otro), fármacos usados por el paciente.
- Nombre, apellidos y RUT del Odontólogo que refiere.

**Nota:** Para asegurar la atención en la 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).



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 12 de 32**

**Vigencia: 4 años**

- Tramo C: 50% contribución estatal (50% copago paciente).
- Tramo D: 20% contribución estatal (80% copago paciente).

**d) Cuidados pre y post operatorios:**

- i. Control en APS según riesgo cariogénico.
- ii. Control Post Alta en Atención Primaria:
  - 1) Educación.
  - 2) Profilaxis y destartraje supragingival.
  - 3) Aplicación de flúor barniz.
  - 4) Mantener controles de acuerdo a riesgo cariogénico y periodontal.
  - 5) Seguimiento según indicado en contrarreferencia.

**e) Criterio de Alta de la especialidad:**

- i. Finalizado el tratamiento en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial:
  - 1) Alta Clínica: Satisfacción del paciente.
    - a) En dentición temporal:
      - i. Cuando se ha corregido la maloclusión que originó el ingreso a ortodoncia y no presenta otra maloclusión que justifique seguir en tratamiento. El especialista emite una epicrisis y el paciente regresa a APS para continuar controles regulares.
      - ii. Si el paciente presenta una nueva maloclusión en dentición mixta, deberá emitirse una nueva SIC según los criterios de la GRCO y registrarse en la lista de espera como nueva SIC a ortodoncia. Esta solicitud podrá emitirla tanto el especialista, como en APS según realidad local. Se priorizará según criterios establecidos en este documento y modelo de atención local.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 13 de 32**

**Vigencia: 4 años**

iii. Si el paciente se mantiene con maloclusión al finalizar la dentición temporal, no puede ser dado de alta al pasar a dentición mixta primera fase y debe seguir en tratamiento.

b) En dentición mixta primera fase:

i. Cuando se ha corregido la maloclusión que originó el ingreso a ortodoncia y no presenta otra maloclusión que justifique seguir en tratamiento. El especialista emite una epicrisis y el paciente regresa a APS para continuar controles regulares.

ii. Si el paciente presenta nueva maloclusión en dentición mixta segunda fase o en dentición permanente, deberá emitirse una nueva SIC según los criterios de la GRCO y registrarse en la lista de espera como nueva IC a ortodoncia. Esta solicitud podrá emitirla tanto el especialista, como en APS según realidad local.

iii. Si el paciente se mantiene con maloclusión al finalizar la dentición mixta primera fase, no puede ser dado de alta y debe seguir en tratamiento.

c) En dentición mixta segunda fase:

i. Cuando se ha corregido la maloclusión que originó el ingreso a ortodoncia y no presenta otra maloclusión que justifique seguir en tratamiento. El especialista emite una epicrisis y el paciente regresa a APS para continuar controles regulares.

ii. Si el paciente presenta una nueva maloclusión en dentición permanente deberá emitirse una nueva SIC según los criterios de la GRCO y registrarse en la lista de espera como nueva IC a ortodoncia. Esta solicitud podrá emitirla tanto el especialista, como en APS según realidad local.





**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 14 de 32**

**Vigencia: 4 años**

iii. Si el paciente se mantiene con maloclusión al finalizar la dentición mixta segunda fase, no puede ser dado de alta y debe continuar en tratamiento en dentición permanente.

d) En dentición permanente:

i. Cuando se han corregido la o las maloclusiones del paciente.

ii. Cuando se ha logrado un resultado favorable en la estética y en la oclusión, sin que sea posible obtener mayor corrección, de acuerdo a las condiciones individuales del paciente y/o las condiciones de recursos disponibles en el Servicio de Salud.

iii. Cuando se han obtenido avances importantes, pero el tratamiento no ha finalizado, ya sea por recursos disponibles en el Servicio de Salud o por requerimientos que dicen con el período de crecimiento y maduración del paciente.

iv. Cuando los padres, tutor o paciente, por decisión voluntaria deciden no continuar en tratamiento o bien que el paciente continuará tratamiento fuera del Servicio de Salud, lo cual se deberá registrar en ficha clínica.

e) Cuando el paciente termina su tratamiento con aparatología removible se registrará su alta clínica, para luego, si corresponde, iniciar nuevamente el tratamiento de aparatología fija con nueva SIC, siguiendo el esquema explicado anteriormente.

En cada una de estas situaciones el especialista debe emitir una epicrisis con las recomendaciones correspondientes.

ii. Por causa administrativa:

1) La inasistencia continuada o no solicitud de atención por parte del paciente a controles de tratamiento de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial por un



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 15 de 32**

**Vigencia: 4 años**

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

- 2) Dos inasistencias anuales sin justificación o no solicitud de atención por parte del paciente a controles de tratamiento de Ortodoncia por un período igual o superior a 6 meses, generará su alta administrativa y su contrarreferencia al establecimiento de destino. En ambos casos debe darse de alta el paciente sin aparato de ortodoncia activa.
- 3) Paciente que No sigue instrucciones del uso de aparatos removible. Solo se aceptará una pérdida o ruptura o no uso que implique confeccionar un nuevo aparato durante el tratamiento.
- 4) Paciente que No sigue instrucciones del uso de aparatos fijos. Solo se aceptará pérdida o ruptura que implique la reposición de dos aparatos por año calendario.
- 5) Pacientes con mala higiene oral con gingivitis o depósitos blandos evidentes o con índice de higiene oral simplificado sobre 1.0. por dos sesiones.
- 6) Paciente que No adhiere a tratamiento según indicaciones del especialista.
- 7) Paciente que No cumple con requisitos de derivación.
- 8) Paciente que No cumple con criterios clínicos de derivación.
- 9) Paciente que rechaza tratamiento.

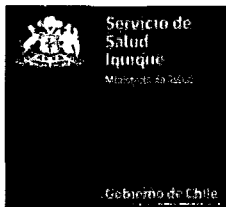
Estos casos deberán ser contrarreferidos a su establecimiento de origen indicando las razones del egreso administrativo.

**f) Contrarreferencia (Anexo 4)**

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 Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.

Como requisito formal el documento debe contener:

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



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 16 de 32**

**Vigencia: 4 años**

- 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 identificar los dientes a tratar con el nombre del diente y además con la nomenclatura de la Federación Dental Internacional (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



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPIEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 17 de 32**

**Vigencia: 4 años**

terminadas las acciones indicadas, el odontólogo APS deberá entregar la epicrisis al paciente y al odontólogo contralor para contactar al Nivel Secundario y se pueda retomar el tratamiento de especialidad.

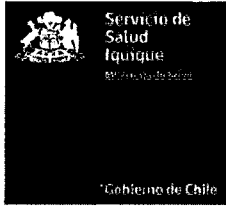
iii. **Altas de Especialidad:**

- a. Finalizado el tratamiento en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.
- b. Por causa administrativa.
- c. La contrarreferencia debe incluir indicaciones y controles que debe seguir en APS (incluir periodicidad).

Una vez realizada la atención de especialidad, se debe entregar la contrarreferencia al usuario y a la unidad odontológica derivadora.

El centro de referencia enviará al establecimiento derivador 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.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

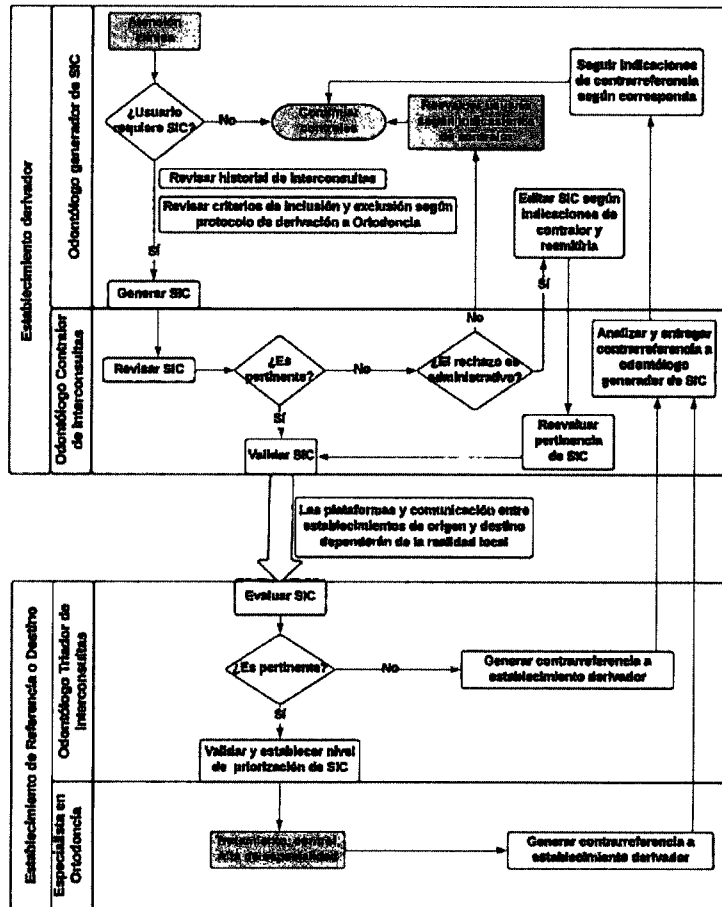
**Fecha: Julio 2020**

**Página 18 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**10. FLUJOGRAMA**

**FLUJO DE RED: ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA**





**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 19 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**11. 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>	<p>Nº Total de pacientes evaluados en especialidad de Ortodoncia de Servicio de Odontología en HETG que cumplen con los criterios de referencia según Protocolo Resolutivo en Red.</p> $\frac{\text{Nº Total de pacientes referidos según Protocolo de Ortodoncia Protocolo Resolutivo en Red, desde APS a especialidad Ortodoncia de Servicio de Odontología de HETG}}{\text{Nº Total de pacientes evaluados en especialidad de Ortodoncia en dispositivos de atención secundaria en Alto Hospicio que cumplen con los criterios de referencia según Protocolo Resolutivo en Red.}} \times 100$ <p>Nº Total de pacientes referidos según Protocolo de Ortodoncia Protocolo Resolutivo en Red, desde APS a especialidad Ortodoncia en dispositivos de atención secundaria en Alto Hospicio</p>
<b>Umbral</b>	90%
<b>Criterio de análisis</b>	<p>Óptimo: 90% - 100%</p> <p>Aceptable: 89%</p> <p>Crítico: &lt; 89%</p>
<b>Justificación/Fundamento</b>	Asegurar la correcta referencia de especialidad Ortodoncia
<b>Fuente y método de recolección</b>	REM A09
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Responsable</b>	<p>Odontólogos de Interfaz atención primaria</p> <p>Odontólogos interfaz atención secundaria</p>



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 20 de 32**

**Vigencia: 4 años**

## **12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN**

- Odontólogo contralor APS es responsable de la aplicación correcta del protocolo en su establecimiento y en el caso que existan nodos críticos informar a Referente Odontológico de APS y de atención secundaria
- Dentista especialista contralor de Atención Secundaria/Terciaria es responsable de la aplicación correcta del protocolo en su establecimiento y en el caso que existan nodos críticos informar a su jefatura, ya sea Jefe del Servicio Dental Hospital Ernesto Torres o Jefatura de Especialistas en Alto Hospicio.
- Jefe del Servicio Dental Hospital Ernesto Torres y Jefatura de Especialistas en Alto Hospicio son responsable de efectuar el control y seguimiento de indicadores e informar resultados de manera mensual al Director(a) del HETG si corresponde y al Referente odontológico del Servicio de Salud de Iquique.
- Referentes Odontológicos del Servicio de Salud de Iquique son responsables de monitorear el funcionamiento de protocolo de acuerdo a lo que se informa en el presente documento.

## **13. PLAN DE DIFUSIÓN**

El presente documento será enviado a la Red Asistencial mediante oficio desde el Servicio de Salud de Iquique, además de difusión a los equipos locales a través de videoconferencias y plan de acompañamiento e implementación.



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 21 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Effects of malocclusion on oral health related quality of life (OHRQOL): a critical review | Abdul Majid | European Scientific Journal, ESJ [Internet]. [citado 9 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6007>
2. Ahsan A, Yamaki M, Toshinobu H, Hossain Z, Saito I. DAI scores and its relation to self-perceived dental aesthetic and orthodontic concern in Bangladesh and Japan. *Orthodontic Waves*. septiembre de 2013;72(3):99-104.
3. Petersen PE, Programme WOH. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. 2003 [citado 17 de mayo de 2019]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68506>
4. Abreu LG. Orthodontics in Children and Impact of Malocclusion on Adolescents' Quality of Life. *Pediatr Clin N Am*. 2018; 65(5):995-1006.
5. Bernabé E, Sheiham A and De Oliveira CM. Impacts on daily performances attributed to malocclusions by British adolescents. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2009; 36: 26-31. doi:10.1111/j.1365-2842.2008.01899.x
6. Ministerio de Salud de Chile. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del niño de 6 años. 2007.
7. Soto L, tapia R, Jara G y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Universidad Mayor; 2007. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7f2e0f67ebbc1bc0e04001011e016f58.pdf>
8. Batista KBSL, Thiruvengkatachari B, Harrison JE, O'Brien KD. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD003452. DOI: 10.1002/14651858.CD003452.pub4.





**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 22 de 32**

**Vigencia: 4 años**

9. New definition of orthodontics. Olsen, David G. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Volume 105, Issue 1, 20A [https://doi.org/10.1016/S0889-5406\(05\)81152-7](https://doi.org/10.1016/S0889-5406(05)81152-7)
10. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34 (1): 63-72
11. Committee of European Health Insurances. European Orthodontic Health Insurances. June, 2010. <http://www.efosa.eu/content/members/insurancereport/insurances.asp#Top>
12. European Federation of Orthodontic Specialists Associations EFOSA. <https://apo-ortodontia.pt/sites/default/files/European%20Orthodontic%20Guide%202013-2014.pdf>
13. FONASA. Cuenta Pública participativa 2019. Gestión 2018. <http://participacionciudadana.fonasa.cl/sites/default/files/CUENTA%20PUBLICA%202019%20%281%29.pdf>
14. FUNDACIÓN SONRISAS | ¿Cuánto esperan las sonrisas de Chile? | Análisis Lista Espera Odontológica 2018. <http://fundacionsonrisas.cl/wp-content/uploads/2018/09/estudio-fundacion-sonrisas-mier19SEP.pdf>
15. Javidi, H., Vettore, M., & Benson, P. E. (2017). Does orthodontic treatment before the age of 18 years improve oral health-related quality of life? A systematic review and meta-analysis. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 151(4), 644-655.
16. Ministerio de Salud - Subsecretaría de Redes Asistenciales - División de Gestión de la Red Asistencial – GLOSA 06 LISTA DE ESPERA NO GES Y GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD GES RETRASADAS. DICIEMBRE 2018. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/Glosa-6-Dic-2018-Finalfallecidos-ords.pdf>
17. MINSAL. Análisis de Situación de Salud Bucal en Chile. 2010. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20Salud%20Bucal%20final%20pdf.pdf>



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 23 de 32**

**Vigencia: 4 años**

18. Ministerio de Salud. "PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL 2018 –2030  
[https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20\\_12\\_2017.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf)
19. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental (2018).  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
20. Proffit W. Fields Henry; Sarver.D. Ortodoncia contemporánea. Quinta Edición. ISBN 10: 8490223149 / ISBN 13: 9788490223147. Editorial: Elsevier, 2013, 768 pag-11
21. Silva Ana Luisa. "Guía de Referencia Clínica a utilizar en la derivación a la Especialidad de Ortodoncia en los Servicios Públicos de Salud, Formulación, Validación y Aplicación en un Proyecto Piloto" 2006. <http://repositorio.conicyt.cl/handle/10533/200628>
22. Silva A, Araya P, Aranda W, Hernandez M, Horta D, Huber H et al. "Guía de Referencia Clínica a Ortodoncia para Servicios Públicos de Salud". (GRCO). Departamento de Derechos Intelectuales. Registro Propiedad Intelectual. Chile; 200.817, 2011.
23. Sunnak, R., Johal, A., & Fleming, P. S. (2015). Is orthodontics prior to 11 years of age evidence-based? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 43(5), 477-486.
24. Thiruvengkatachari, B., Harrison, J., Worthington, H., & O'Brien, K. (2015). Early orthodontic treatment for Class II malocclusion reduces the chance of incisal trauma: Results of a Cochrane systematic review. *American Journal of Orthodontics and DentofacialOrthopedics*, 148(1), 47-59.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 24 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**15. PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIOS**

**PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIOS**

REVISION	FECHA	PARRAFO	MODIFICACION REALIZADA	V°B°



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 25 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**16. ANEXOS**

**ANEXO 1**

**GUÍA DE REFERENCIA CLÍNICA A ORTODONCIA  
PARA SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD  
(GRCO)**

**Autores: Prof. Dra. Ana Luisa Silva et al.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Odontólogo que deriva: \_\_\_\_\_

**PASOS A SEGUIR PARA DERIVAR:**

1. Evaluar si el paciente cumple con los criterios de inclusión. Si no cumple con los criterios, no derivar. Si cumple con los criterios, proseguir con el siguiente paso.
2. Evaluar con la Pauta de Necesidad de Tratamiento al reverso de esta hoja marcando con una X el recuadro correspondiente. Si presenta leve necesidad de tratamiento, no derivar. Si presenta una o más maloclusiones con evidente necesidad de tratamiento, proseguir con el siguiente paso.
3. Evaluar con la Pauta por Edad y Dentición al reverso de esta hoja marcando con una X el recuadro correspondiente. Si no cumple con los criterios, no derivar. Si cumple con los criterios, si derivar, adjuntando esta Guía de Referencia con los registros correspondientes.

	No Cumple criterio	Cumple criterio
<b>1) CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>		
A) Sin Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Sin enfermedad Periodontal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) No mayor de 12 años (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(*) El límite máximo de edad puede ser modificado dentro del marco establecido en los Programas del Ministerio de Salud y considerando si se cuenta con aparatos removibles o fijos.		
<b>2) SEGÚN PAUTA DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO</b>	Leve necesidad de tratamiento <input type="checkbox"/>	Evidente necesidad de tratamiento <input type="checkbox"/>
<b>3) SEGÚN PAUTA POR EDAD Y DENTICIÓN</b>	No cumple criterio derivación <input type="checkbox"/>	Cumple criterio derivación <input type="checkbox"/>
<b>DERIVACION A ORTODONCIA</b>	No derivar <input type="checkbox"/>	Si derivar <input type="checkbox"/>



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

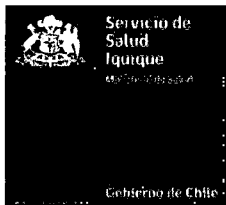
**Fecha: Julio 2020**

**Página 26 de 32**

**Vigencia: 4 años**

	Pauta de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia		Pauta por Edad y Dentición
	Leve necesidad de tratamiento	Evidente necesidad de tratamiento	
1. Anomalías craneofaciales congénitas		Fisura labio alveolo palatina y otras deformaciones craneofaciales. <input type="checkbox"/>	En el momento que sea pesquisado. <input type="checkbox"/>
2. Maloclusiones esqueléticas		Maloclusiones esqueléticas que signifiquen una deformidad facial, que alteran la estética del rostro, y del perfil facial. <input type="checkbox"/>	Desde 4 hasta 12 años. Cuando los terceros molares permanentes (PMP) se encuentren erupcionando, esperar que estén erupcionados antes de derivar. <input type="checkbox"/>
3. Resalte aumentado	>3,5 y ≤ 5mm en uno o más incisivos. <input type="checkbox"/>	> 5mm en uno o más incisivos. <input type="checkbox"/>	Con M. Abierta: desde 4 hasta 12 años. Cuando los PMP se encuentren erupcionando, esperar que estén erupcionados antes de derivar. <input type="checkbox"/> Sin M. Abierta: En dentición mixta o permanente. Desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y PMP completamente erupcionados. <input type="checkbox"/>
4. Resalte negativo		Uno o más incisivos superiores con todo el borde incisal hacia atrás de uno o más incisivos inferiores o bien, uno o más incisivos en trauma oclusal. <input type="checkbox"/>	Desde 4 hasta 12 años. Cuando los PMP se encuentren erupcionando, esperar que estén erupcionados antes de derivar. <input type="checkbox"/>
5. Mordida cruzada	1 o 2 dientes sin desplazamiento funcional o con desplazamiento ≤1mm. <input type="checkbox"/>	Unilateral (más de dos dientes) o mordidas cruzadas con desplazamiento funcional > 1mm. <input type="checkbox"/>	Desde 4 hasta 12 años. Cuando los PMP se encuentren erupcionando, esperar que estén erupcionados antes de derivar. <input type="checkbox"/>
6. Escalón aumentado	> 3,5 mm pero incisivos superiores no cubren completamente los incisivos inferiores. <input type="checkbox"/>	Incisivos superiores cubren completamente los incisivos inferiores o con trauma gingival. <input type="checkbox"/>	En dentición mixta o permanente desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y PMP completamente erupcionados. <input type="checkbox"/>
7. Mordida abierta anterior o posterior	< 2mm. <input type="checkbox"/>	≥ 2mm. <input type="checkbox"/>	En dentición mixta o permanente desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y PMP completamente erupcionados. <input type="checkbox"/>
8. Biprotusión dentaria		Severa biprotusión dentaria con alteración de la estética facial y del cierre labial. <input type="checkbox"/>	En dentición mixta o permanente desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y PMP completamente erupcionados. <input type="checkbox"/>
9. Apilamiento o Rotaciones	< 5mm en uno o ambos arcos por separado. < 45°. <input type="checkbox"/>	≥ 5mm en uno o ambos arcos por separado. ≥ 45°. <input type="checkbox"/>	En dentición mixta o permanente desde 8 hasta 12 años. Con incisivos centrales y PMP completamente erupcionados. <input type="checkbox"/>
10. Agencias		Agencia de uno o más dientes, que requiere ortodoncia para cierre de espacios o para colocar futuros implantes o prótesis fija. <input type="checkbox"/>	En dentición mixta o permanente, en cuanto sea pesquisada. <input type="checkbox"/>
11. Otros	Mesio o distoclusión sin otra anomalía. Diastema central ≤ 2 mm. <input type="checkbox"/>	Supernumerarios con maloclusión, dientes ectópicos, impactados o impedidos de erupcionar (no terceros molares), vestibulo oclusión sin contacto oclusal en uno o más piezas posteriores, diastema central >2mm. <input type="checkbox"/>	En el momento que sea pesquisado. <input type="checkbox"/>
12. Fuera de índice	Puede ser derivado para evaluación justificando la razón de la derivación. <input type="checkbox"/>		En el momento que sea pesquisado. <input type="checkbox"/>

Autores : Prof. Dra. Ana Luisa Silva et al.  
Registro de Propiedad Intelectual. N° 200.817 del 28/01/2011



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 27 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**MANUAL DE USO DE LA GUÍA DE REFERENCIA CLÍNICA A ORTODONCIA PARA  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD (GRCO)**

**Autores: Prof. Dra. Ana Luisa Silva et al.**  
. Registro de Propiedad Intelectual N° 200.817 del 26/ 01/ 2011

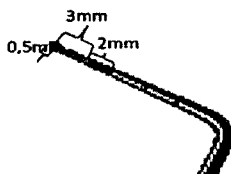
1. Consignar en la GRCO la identificación del paciente y su edad, como también la identificación del odontólogo que deriva, la fecha en la cual se lleva a cabo el examen clínico y el nombre del consultorio desde el cual se realiza la derivación.

2. Luego, comenzar el examen evaluando si el paciente cumple con los criterios de inclusión, lo cual implica que el paciente debe estar libre de caries y enfermedad periodontal y no debe tener más de 12 años de edad. Si el Servicio de Ortodoncia cuenta con aparatos de ortodoncia fijos, puede definir un límite mayor de edad del paciente a derivar, de acuerdo a las edades de programación definidas por el Ministerio de Salud.

3. Si cumple con los criterios de inclusión, se debe evaluar con la Pauta de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia para identificar mediante el examen clínico, la maloclusión que presenta el paciente y el grado de severidad de la misma, es decir si el paciente presenta una leve o evidente necesidad de tratamiento de ortodoncia.

4. Para el examen clínico se utiliza la sonda periodontal OMS, la cual permite medir el overjet del paciente, la amplitud de las mordidas abiertas, el ancho del diastema inter-incisivo, el cual puede medirse entre las superficies mesiales de los incisivos centrales, en la zona inmediata a la papila interincisiva, pudiendo cuantificarse utilizando el área ennegrecida de la sonda, la cual mide 2 mm. Si el diastema es mayor a dos milímetros, el paciente tiene evidente necesidad de tratamiento. También la sonda OMS permite medir el grado de apiñamiento existente en cada arcada dentaria y determinar el espacio clínico disponible para la erupción de los dientes definitivos. La sigla PMP mencionada en la Pauta por edad y dentición se refiere al Primer Molar Permanente.

La Sonda OMS esta graduada de la siguiente manera:  
La esfera del extremo de la sonda mide 0,5 mm.  
Las zonas delimitadas de la sonda de color metálico miden 3mm. La banda negra representa 2 mm.





**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 28 de 32**

**Vigencia: 4 años**

5. Una vez identificada la severidad de la maloclusión que presenta el paciente y la necesidad de tratamiento según la Pauta de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia, debe marcarse una X en el recuadro correspondiente a la misma.

6. Si existe maloclusión con evidente necesidad de tratamiento, a continuación se debe evaluar al paciente según la Pauta por edad y dentición, la cual tiene parámetros de edad y dentición establecidos para la derivación del paciente según la maloclusión existente.

7. Si cumple con los requisitos de la Pauta por edad y dentición, se debe marcar con una X en el recuadro correspondiente.

8. Luego, traspasar la información obtenida al cuadro resumen de la primera página, marcando con una X en los recuadros correspondientes al caso.

9. Si el paciente cumple con los criterios establecidos, es decir, si está libre de caries y enfermedad periodontal, presenta una maloclusión con evidente necesidad de tratamiento y cumple con lo establecido en la pauta por edad y dentición, el paciente está en condiciones para ser derivado a Ortodoncia.

10. Es necesario aclarar que se deben registrar todas las maloclusiones que presenta el paciente marcando una X en cada casillero correspondiente, tengan leve o evidente necesidad de tratamiento, pero se debe tener presente que, el paciente debe tener a lo menos una maloclusión con evidente necesidad de tratamiento, para que corresponda ser derivado a ortodoncia.

11. Deben completarse todos ítems de la GRCO que corresponden al paciente, hasta completar el recuadro con la decisión si el paciente debe o no debe ser derivado a ortodoncia, completando el casillero de "Si derivar" o "No derivar"

Así, el paciente debe cumplir con los Criterios de Inclusión, debe presentar a lo menos una maloclusión con evidente necesidad de tratamiento de acuerdo a los criterios establecidos en la Pauta de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia y debe cumplir con los criterios de derivación estipulados en la Pauta por Edad y Dentición, para ser derivado a Ortodoncia.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 29 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**ANEXO 2**

**CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DERIVACIÓN A LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA**

**NOMBRE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE APODERADO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_, con domicilio en calle \_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento a la derivación a la especialidad de ortodoncia de mi hijo(a) o pupilo(a) \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ propuesta por el/la Dr/a \_\_\_\_\_.

3.- Se me ha informado y comprendo que al momento de ser derivado, mi hijo(a) o pupilo(a), cumple con las condiciones de higiene y salud oral óptimas y que de no mantenerlas hasta el momento de atención por el especialista, el tratamiento de ortodoncia podría no realizarse. Por eso me comprometo a cumplir con las indicaciones de higiene y controles entregadas por el odontólogo tratante.

4.- Declaro estar en conocimiento de que luego de emitida la interconsulta desde este establecimiento mi hijo(a) o pupilo(a) será sometido a una segunda evaluación por el ortodoncista quien, según severidad del caso, determinará si cumple los criterios para ingresar a tratamiento.

5.- Comprendo que debo mantener al día la situación previsional en FONASA de mi hijo(a) o pupilo(a), así como actualizar mi teléfono de contacto en atención primaria ya que será por esa vía que se comunicarán para las citaciones o cambios de hora.

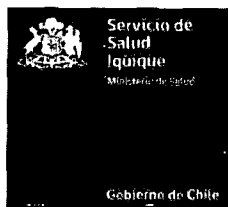
6.- Se me ha explicado, he entendido y aceptado de que se le dará el alta disciplinaria en los siguientes casos:

- Índice de higiene oral de Green y Vermillon simplificado de más de 1, en 2 controles durante su tratamiento.
- Pérdida de aparatos reiterada más de 2 veces durante en tratamiento.
- Tener 2 inasistencias sin justificación o ausentarse a controles por más de 6 meses, se dará por terminado el tratamiento de mi hijo(a) o pupilo(a).

\_\_\_\_\_  
FIRMA

(Paciente o apoderado)





**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 30 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**CONSENTIMIENTO /ASENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE ORTODONCIA**

**NOMBRE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE APODERADO/REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Nº S. I.C:** \_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_

En el presente documento declaro que he sido informado por el Ortodoncista tratante sobre mi diagnóstico, posibilidades terapéuticas, tipo de aparatología a utilizar, tiempos estimados de tratamiento y pronóstico presuntivo del mismo.

De este modo mi tratamiento corresponde a: (seleccione)

Ortodónico Interceptivo	<input type="checkbox"/>	Ortodónico conservador	<input type="checkbox"/>	Ortodónico reductivo	<input type="checkbox"/>
Ortodónico de compromiso	<input type="checkbox"/>	Ortodónico No conservador	<input type="checkbox"/>	Ortodónico quirúrgico	<input type="checkbox"/>

Se me ha informado que mi tratamiento puede sufrir modificaciones que me serán informadas de acuerdo a la evolución de las mecánicas ortodóncicas utilizadas y a las respuestas biológicas que presente, lo cual será reevaluado durante el tratamiento por el tratante.

El tratante me ha explicado que durante mi tratamiento o posterior a este se pueden presentar efectos indeseados tanto en los tejidos orales como dentarios tales como dolor, movimientos dentales indeseados, problemas periodontales, reabsorción radicular interna o externa, pérdida de altura ósea, disfunción de ATM, manchas blancas y caries, principalmente. Entiendo que estos efectos indeseados son producto de la respuesta biológica de los tejidos de sostén y dentarios y/o esqueléticos a la aplicación de fuerzas ortodóncicas/ortopédicas, y algunos son prevenidos con las medidas indicadas por mi tratante como la mantención de una adecuada higiene oral de mi parte.

Entiendo que es mi obligación asistir a las citaciones indicadas por mi tratante, al cuidado de la aparatología utilizada en mi caso y a cumplir con las indicaciones de higiene oral y autocuidado en salud oral, exponiéndome a la suspensión o término anticipado de mi tratamiento, siendo advertido adecuadamente por mi tratante

Finalmente, autorizo el uso de mis registros (fotos, radiografías, modelos y antecedentes clínicos) para ser utilizados solamente con fines académicos y/o de investigación.

Declaro haber comprendido y aceptado el plan de tratamiento propuesto y explicado por el tratante.

ORTODONCISTA TRATANTE  
(FIRMA, TIMBRE CON DATOS)

REPRESENTANTE LEGAL/APOD.  
(FIRMA, NUMERO DE RUT)



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 31 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**ANEXO 3**

Componentes del Índice:

- Índices de depósitos blandos: → restos de alimentos, pigmentos.  
→ Placa Bacteriana.
- Índice de depósitos duros: → cálculo.

Dientes que mide:

- 1.1 }  
1.8 } dientes superiores, se les mide por la cara vestibular.  
2.8 }
- 4.8 }  
3.8 } dientes inferiores, se les mide por la cara lingual.
- 3.1 incisivo central inferior izquierdo se mide por vestibular.

-Si no está alguno se toma el vecino. En el caso del incisivo central derecho, si no está se toma el I.C. izquierdo. Y en el caso de los molares se elige el 2° M cuando no está el 1°.

Criterios:

-Depósitos blandos:

- 0 → No hay depósitos ni pigmentaciones.
- 1 → Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación.
- 2 → Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3.
- 3 → Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.

-Depósitos duros:

- 0 → No hay tártaro.
- 1 → Tártaro supragingival que cubre no más de 1/3 de la superficie dentaria.
- 2 → Tártaro supragingival que cubra más de 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien hay porciones aisladas de tártaro supragingival.
- 3 → Tártaro supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supragingival que rodea la porción cervical del diente.



Cálculo del Índice:

Índice	=	$\frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$
--------	---	---

Para cada persona se suman los valores de depósitos blandos y se les divide por la cantidad de superficies valoradas. Se realiza el mismo procedimiento de cálculo para los depósitos duros. Ambos valores dan el IPOS.

Niveles de IPOS

- 0.0-1.0 : Óptimo
- 1.1-2.0 : Regular
- 2.1-3.1 : Malo
- Más de 3 : Muy malo



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DE  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO  
MAXILOFACIAL**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RYCR-ORT04**

**Edición: Cuarta**

**Fecha: Julio 2020**

**Página 32 de 32**

**Vigencia: 4 años**

**ANEXO 4**

**CONTRARREFERENCIA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR**

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>RUT:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Ortodoncista tratante:</b>	<b>Establecimiento que contrarrefiere:</b>	

**Causa de la contrarreferencia:**

**I. Tratamiento en APS**

- a) Operatoria
- b) Tratamiento periodontal
- c) Indicaciones de exodoncia

**Especificaciones:**

---

---

---

---

---

**II. Tratamiento Finalizado:  
(especificar causa):**

---

---

---

---

---

**Indicaciones:**

---

---

---

**Firma y Timbre del Ortodoncista tratante**