



PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL 2014 – 2018

<u>ELABORACIÓN</u>	<u>REVISIÓN</u>	<u>APROBACIÓN</u>
<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Bianca Peirano P. Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial HETG</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Luis Rojas Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial HETG</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Carla Cifuentes H. Odontóloga EDF CGU</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Hector Reyno Odontólogo EDF CGU</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Karin Sageur S. Odontóloga EDF CGU</p> <p style="text-align: center;">Hector Reyno</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Nelson Castillo B. Jefe del Departamento de Planificación y Control de Gestión Servicio de Salud Iquique</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Sandra Ocaranza C. Encargada Referencia y Contrareferencia Departamento Planificación y Control de Gestión</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Javiera Sánchez Encargada de Calidad Paciente Servicio de Salud Iquique</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Rodrigo Quijira Pérez Referente Odontológico (S) Servicio de Salud Iquique</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">DIRECTOR</p> <p style="text-align: center;">Luis López Cabrera Director (P y T) Servicio de Salud Iquique</p> <p style="text-align: center;"></p>
Fecha: Enero 2014	Fecha: Mayo 2014	Fecha: Junio 2014



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 2 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

1. OBJETIVO GENERAL.

- Establecer un sistema de Referencia y Contrareferencia para la Red Asistencial de Salud Primaria (APS) de la Región de Tarapacá hacia la especialidad de Ortopedia y Ortodoncia Dentomaxilofacial, dependiente de la Unidad Dental del Hospital Ernesto Torres Galdames (HETG).

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Definir un plan estratégico y sistemático en la derivación de casos clínicos, con anomalías dentomaxilares desde APS para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de atención a los usuarios del sistema.
- Estandarizar los criterios y requisitos específicos clínicos y administrativos para una adecuada derivación de pacientes con anomalías dentomaxilares desde APS al HETG.
- Optimizar la utilización del recurso humano en la atención de anomalías dentomaxilares en la Unidad Dental del HETG.
- Definir un plan estratégico que permita gestionar eficientemente la lista de espera de la especialidad de ortodoncia y ortopedia de la Unidad Dental del HETG.
- Recibir al paciente derivado del sistema de referencia y contrareferencia en las condiciones de salud bucal que permitan su tratamiento en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia del HETG.
- Realizar contrareferencia a la atención primaria.
- Mejorar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria y secundaria.

3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.

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

4. DOCUMENTACION DE REFERENCIA.

- Norma de Prevención de Anomalías Dentomaxilares. MINSAL. División de Salud de Personas DISAP, 1998.
- MOYERS RE. Manual de Ortodoncia 4ª edición (1992). Sección I: Crecimiento y desarrollo., Cáp. 7: Etiología de la Maloclusión, p. 151-167. Argentina, Ed. Médica Panamericana, 563p.
- BARRACHINA CM. Etiopatogenia: Factores Generales, En: Ortodoncia Clínica, Canut JA. (1988); Cáp.12, p.187-204. España, Ed. Salvat, 509p.
- Diagnóstico de Situación de Salud Bucal. Minsal.
- Ceballos M, Acevedo C y col. MINSAL. Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar en la Región Metropolitana. Chile, 2007.
- Soto L, Jara G y col. MINSAL. Diagnóstico en Salud Bucal de los niños de 2 y 4 años de edad que asisten a la educación preescolar en la zona norte y centro del país. Chile, 200
-



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 3 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

- Soto L, Tapia R y col. MINSAL. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. Chile, 2007.
- BARRACHINA CM. Etiopatogénia: Factores Generales, En: Ortodoncia Clínica, Canut JA. (1988); Cap.12, p.187-204. España, Ed. Salvat, 509p.
- MOYERS RE. Manual de Ortodoncia 4ª edición (1992). Sección I: Crecimiento y desarrollo., Cap. 7: Etiología de la Maloclusión, p. 151-167. Argentina, Ed. Médica Panamericana, 563p.
- BARRACHINA CM. Etiopatogénia: Factores Locales, En: Ortodoncia Clínica, Canut JA. (1988); Cap.13, p.205-226. España, Ed. Salvat, 509p.
- ASENSI C. Maloclusiones Transversales, En: Ortodoncia Clínica Canut JA. (1988); Cap. 22, p. 351-367. España, Ed. Salvat, 509p.
- CANUT JA. Ortodoncia Clínica (1988). Cap. 24: Clase II, División 1, p. 389-426. España, Ed. Salvat, 509p.
- CANUT JA. Ortodoncia Clínica (1988). Cap. 26: Clase III, p. 443-479. España, Ed. Salvat, 509p.
- CANUT JA. Ortodoncia Clínica (1988). Cap. 25: Clase II, División 2, p. 427-441. España, Ed. Salvat, 509p.
- BUSTAMANTE S. Análisis de Modelos para Ortopedia y Ortodoncia (1999). Chile, Ediciones de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, 50p.
- MANN S., BIOTTI J. Manual Práctico de la Oclusión (1999). Guía Práctica Nº 9: Análisis Oclusal en el Articulador, p. 119-144. Chile, Talleres Gráficos Claus von Plate, 194p.
- CANUT JA. Ortodoncia Clínica (1988). Cap. 23: Mordida Abierta, p. 369-388. España, Ed. Salvat, 509p.
- CANUT JA. Ortodoncia Clínica (1988). Cap. 21: Anomalías Volumétricas: Apiñamiento, p. 337-350. España, Ed. Salvat, 509p.
- BARRACHINA CM. Etiopatogénia: Factores Locales, En: Ortodoncia Clínica, Canut JA. (1988); Cap.13, p.205-226. España, Ed. Salvat, 509p.
- Mattick CR, Gordon PH, Gillgrass TJ. Smile aesthetics and malocclusion in UK teenage magazines assessed using the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN). J Orthod. 2004; 31(1, discussion 5): 17-19.
- J. Lazo, O. Segura, N. Capetillo, C. Vega, R. Morales, R. Muelle, H.: Protocolo Clínico de Ortodoncia Fija, Programa de Prestaciones Valoradas. MINSAL 2014.

5. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD.

5.1. Responsable de ejecución.

- Profesional odontólogo de APS es el responsable de pesquisar, iniciar tratamiento de APS y derivar pacientes que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Profesional odontólogo especialista en ortodoncia y ortopedia dentomaxilofacial del HETG es el responsable de confirmar y/o descartar el diagnóstico, indicar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrareferencia a APS.



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 4 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

- Profesional odontólogo de Clínicas Dentales Móviles deben derivar a pacientes que requieran atención secundaria a establecimiento de origen con SIC interna y dicho establecimiento debe citar a paciente para evaluar a paciente y emitir nueva interconsulta de manera regular y de acuerdo a lo establecido.

5.2 Responsable del monitoreo y evaluación.

- Odontólogo interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a nivel secundario, correcto llenado de formulario y enviar finalmente la derivación.
- Odontólogo de interfaz del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones a la Unidad Dental del HETG y velar por el cumplimiento correcto de la contrareferencia a APS, informando al jefe de la Unidad Dental del HETG.
- El funcionamiento del odontólogo interfaz de APS y de nivel secundario serán monitoreados por el referente odontológico del servicio de salud y por el Encargado de Referencia y Contrareferencia del Departamento de Planificación y Control de Gestión del SSI.
- Jefe de la Unidad Dental del HETG es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar resultados de manera semestral al director(a) del HETG, al referente odontológico del servicio de salud y al Encargado de Referencia y Contrareferencia del Departamento de Planificación y Control de Gestión del SSI.

6. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

6.1 Derivación de pacientes por odontólogo desde APS al hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- **Criterios de derivación generales:**
 - En caso de presencia de malos hábitos deben ser derivados con diagnóstico de ellos: succión, onicofagia, morder objetos u otro, etc.
 - Pacientes que mantengan una actitud de colaboración y comunicación con el profesional, buena higiene oral y soporte de padres o tutor que asuma la responsabilidad de las indicaciones dadas por el profesional tratante.
 - Situación previsional: beneficiario del sistema público (FONASA) y actualizada.
 - **En caso de que en la primera consulta con el especialista no se cumpla con la totalidad de los criterios recién mencionados el paciente no será ingresado y será devuelto a establecimiento de origen, perdiendo el cupo asignado.**
- **A ortodoncia preventiva e interceptiva:**
 - Deben ser derivados a ortodoncista.
 - Especialista de ortodoncia del HETG contará con 11 horas clínicas para realizar selección de pacientes y evaluar ingreso a ortodoncia interceptiva o correctiva, y según severidad del caso en los pacientes de interceptiva, éste decidirá si el paciente es derivado a odontopediatría u ortodoncia.
 - Edad: entre 3 años y 9 años, 11 meses y 29 días (**Edad 1**).
 - Dentiación temporal o mixta, o respiradores bucales.



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 5 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

- Pacientes con operatoria terminada (sin caries y con primeros molares permanentes en boca con buenas condiciones).
- Pacientes sin gingivitis ni enfermedad periodontal (Higiene oral óptima y con dominio de técnica de higiene por el niño o apoderado según sea el caso).
- **A ortodoncia:**
 - Edad: entre 10 años a 12 años 11 meses y 29 días (**Edad 2**)
 - Dentición mixta o dentición permanente completa (no se considera erupción completa de segundos molares).
 - Pacientes con operatoria terminada (sin caries y con primeros molares permanentes en boca con buenas condiciones).
 - Pacientes sin gingivitis ni enfermedad periodontal (Higiene oral óptima y con dominio de técnica de higiene).

6.2 Exámenes solicitados por médico de APS previo a la derivación y que debe presentar el paciente en Unidad Dental del hospital Dr. Ernesto Torres Galdames al momento de su atención con el especialista:

- Radiografía panorámica convencional o digital NO será requerida al realizarse la derivación. Se solicitará sólo al ingreso de tratamiento de ortodoncia.

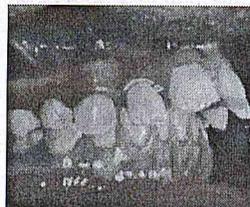
6.3 Criterios de priorización para atención en nivel secundario:

- Pacientes Clase I esquelética con:
 - DDM severa por diente grande.
 - DDM leve o moderada con alguna otra alteración en sentido transversal, sagital y verticales o sin erupción de caninos definitivos.
- Casos más complejos como compresiones dento-alveolares, MAA por mal hábito, mordida invertida, mordida cubierta y cruzada.
 - Overjet o resalte mayor 4 mm pero menor que 10mm o negativo
 - Overbite o escalón mayor a 4 mm, se incluye Síndrome Mordida cubierta.



**Edad 1: OPI
Edad 2: Ortodoncia**

- Pacientes con anomalías Sagitales, Verticales o Transversales severas o que producen disfunción.



**Edad 1: OPI
Edad 2: Ortodoncia
evaluar necesidad quirúrgica
según el caso.**



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 6 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

- Pacientes con alteraciones evidentes esqueléticas con necesidades quirúrgicas: emitir en primer lugar interconsulta a Cirugía maxilofacial para que de manera interna se gestione la interconsulta a ortodoncia, quien dará el pase definitivo.



6.4 Documentos emitidos por el odontólogo(a) tratante de APS:

- El odontólogo tratante de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) a Unidad de Odontología de HETG. Es el único instrumento de derivación para solicitud de atención por especialista. Este instrumento deberá ser actualizado una vez cumplido 6 meses de emisión del anterior, y debe contener **todos los siguientes ítems:**

- Fecha emisión.
- Datos del paciente.
- Hipótesis diagnóstica, debe comprender estas 5 áreas (Anexo 1).
 1. Esquelética aparente.
 2. Dental.
 3. Oclusal.
 4. Funcional.
 5. Estético.

(Solo deben completarse las áreas diagnosticadas con patología, de modo que el diagnóstico sea lo más resumido posible. Pacientes con patología en todas las áreas aumentan su grado de severidad, por lo tanto aumentan también su grado de priorización en la atención).

Ejemplo: paciente sin antecedentes médicos relevantes, dentición mixta segunda fase, clase I esquelética aparente, sobremordida y apiñamiento severo, overjet 4 mm y overbite 5mm. Problemas de fono articulación y deficiente estética.

- Informar a los pacientes y apoderados los deberes y derechos (firmar consentimiento informado), (anexo 2).
- Informar que el especialista podrá rechazar el ingreso de un paciente si uno o más de los requisitos determinados en numeral 6.1 no se cumplen en la primera consulta de especialidad de ortodoncia y ortopedia dentomaxilofacial.

6.5 Documentos emitidos por el odontólogo (a) especialista de atención secundaria.

- Rp. u hoja de indicaciones de dientes con indicación de exodoncia por aparatología fija o por exodoncias seriadas, especificado (con el nombre o timbre del ortodoncista que deriva).
- Rp con necesidades de tratamiento restaurativo o periodontal (con el nombre o timbre del ortodoncista que deriva).



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 7 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

7. TIEMPO DE RESPUESTA.

- 1 año.

8. CONTRAREFERENCIA.

- Formulario de alta que debe indicar:
 - Nombre, edad, fecha de nacimiento del paciente.
 - Diagnóstico.
 - Tratamiento realizado y condiciones de alta.
 - Indicaciones de control en APS.

9. REGISTROS.

- Jefes de programa de la red de APS:
 - Deben llevar un archivo con una de las copias de los consentimientos informados.
 - Deben llevar un registro al día de las interconsultas a ortodoncia emitidas, registrando del paciente:
 - Nombre completo.
 - Edad.
 - Rut.
 - Teléfono de contacto.
 - Nombre del apoderado.
- Secretaria Unidad Dental del HETG: debe llevar un registro al día de las interconsultas recibidas, anotando cuales están en tratamiento y cuales fueron rechazadas y los motivos, remitiéndola trimestralmente a los encargados de programa de APS.
- Profesional especialista: debe llevar registro de los consentimientos informados y de las fichas de aquellos pacientes con rechazo de tratamiento por no cumplir criterios de inclusión.
- Jefe Unidad Dental del HETG: es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar resultados de manera semestral al director (a) del HETG, al referente odontológico del servicio de salud y al Encargado de Referencia y Contrareferencia del Departamento de Planificación y Control de Gestión del SSI.



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 8 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

10. INDICADORES.

- **Numerador:** N° Total de pacientes evaluados en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial de la Unidad Dental de HETG que cumplen con los criterios de referencia según protocolo de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial RCR.
- **Denominador:** N° Total de pacientes referidos según protocolo Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial RCR, desde APS a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial de la Unidad Dental HETG.

N° Total de pacientes evaluados en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial de la Unidad Dental de HETG que cumplen con los criterios de referencia según protocolo de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial RCR.

..... X 100

N° Total de pacientes referidos según protocolo Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial RCR, desde APS a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial de la Unidad Dental HETG.

11. DISTRIBUCIÓN.

- Dirección SSI.
- Dirección, HETG.
- Subdirección médica, HETG.
- Oficina de calidad y seguridad del paciente, HETG.
- Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), HETG.
- Subdirección de gestión asistencial, SSI.
- Oficina de calidad, SSI.
- Red atención primaria salud región de Tarapacá.
- Jefe Unidad Dental del HETG.
- Jefe Unidad Máxilo Facial del HETG
- Departamento de Planificación y Control de Gestión del SSI



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 9 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

12. ANEXOS

Anexo 1

1. Anomalía esquelética:

1.1 Alteraciones esqueléticas sagitales:

- Clase II esquelética
- Clase III esquelética

1.2 Alteraciones esqueléticas verticales:

- Mordida abierta esquelética
- Exceso vertical maxilar

1.3 Alteraciones esqueléticas frontales:

- Asimetrías frontales
- Compresión maxilar esquelética

2. Dentario:

2.1 Falta de espacio arcada:

- Desarmonía dentomaxilar (leve, media y severa)
- Supernumerarios

2.2. Exceso de espacio en la arcada:

- Desarmonía dentomaxilar (leve, media y severa)
- Agenesias

3. Oclusal:

3.1 Sagital:

- Relación molar (dísto, mesio, neutroclusión)
- Relación canina (dísto, mesio, neutroclusión)
- Mordida invertida simple
- Mordida invertida por acomodación

3.2 Transversales:

- Mordida cruzada dentoalveolar
- Mordida cruzada esquelética

3.3 Vertical:

- Mordida abierta (dentoalveolar o esquelética)
- Sobremordida (overbite o escalón aumentado)

4. Funcional:

4.1 Alteración funcional lingual

4.2 Alteración funcional articular



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 10 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO-ORTODONCIA

Lugar y fecha _____

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

2.- El/la que suscribe _____, RUT N° _____, con domicilio en calle _____ otorgo mi consentimiento a la derivación a la especialidad de ortodoncia de mi hijo(a) o pupilo(a) _____ Rut: _____ propuesta por el/la Dr/a _____.

3.- A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente 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.
- Declaro estar en conocimiento de que luego de emitida la interconsulta desde APS mi hijo(a) o pupilo(a) será sometido a una segunda evaluación por el ortodoncista quien, según severidad del caso, determinara si cumple los criterios para ingresar a tratamiento.
- Debo mantener al día la situación previsional en FONASA de mi hijo(a) o pupilo(a).
- Debo cumplir con las citaciones otorgadas por el especialista, ya que al tener 2 inasistencias seguidas o 3 intermitentes, se dará por terminado el tratamiento de mi hijo(a) o pupilo(a).
- Declaro estar en conocimiento de que se le dará el alta disciplinaria en los siguientes casos:
 - Índice de higiene oral de Green y Vermillon simplificado de más de 2, en 3 controles durante su tratamiento.
 - Pérdida de aparatos reiterada más de 3 veces durante en tratamiento.
 - Ausencia a controles por más de 4 meses.
- Debo mantener actualizado mi teléfono de contacto, ya que será por esa vía que se comunicaran conmigo para cambios de hora o citaciones.
- Debo entregar una copia de este consentimiento al ortodoncista tratante para poder ingresar a la segunda evaluación por el especialista atingente, de extraviarlo debo solicitar una copia en consultorio de origen.

Firma del Paciente o Representante

Firma y timbre del Odontólogo



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 11 de 18

Vigencia: 4 años

PROCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

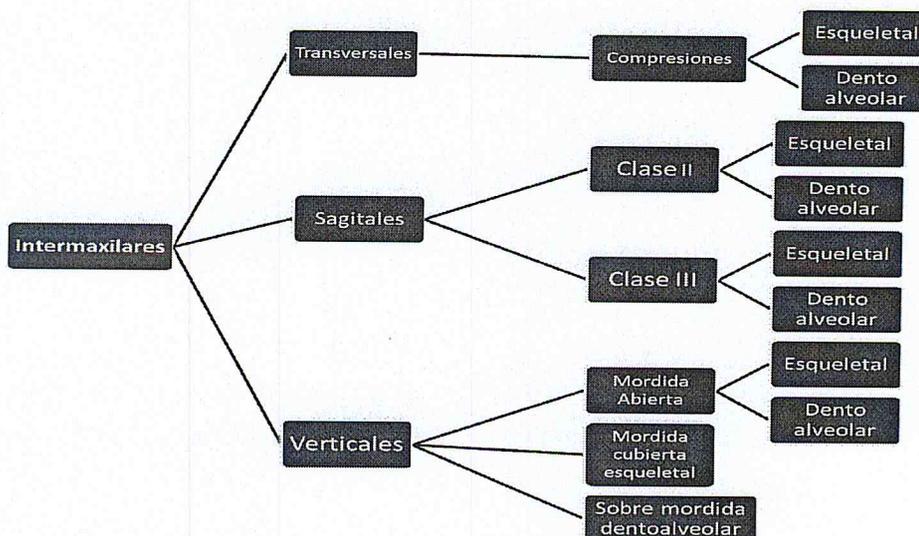
ANEXO 3

1. DEFINICIONES

- Ortodoncia: Rama de la odontología que se encarga de prevenir, diagnosticar, interceptar y tratar las mal posiciones dentarias y trastornos maxilofaciales.
- Anomalías Dentomaxilares (ADM): Corresponden a desviaciones de la normalidad de las relaciones espaciales entre las piezas dentarias, y de estas con los maxilares; las que se manifiestan clínicamente como maloclusiones. Estas, son habitualmente variaciones clínicamente significativas de la fluctuación normal del crecimiento y de la morfología y que en la mayoría de los casos resultan de una discrepancia relativa entre el tamaño de los dientes y de los huesos; o de una desarmonía en el desarrollo de las bases óseas maxilares, a lo que se le agregan los factores ambientales y la carga genética, que matizan la expresión final de la oclusión.
- Desarmonías Dentomaxilares (DDM): Corresponden a una falta de relación entre las dimensiones mesio-distales de los dientes permanentes y el perímetro de las arcadas dentarias correspondientes, produciéndose una discontinuidad a nivel de las caras proximales en la dentición permanente. Puede ser positiva o negativa:
 - Leve: discrepancia hasta 3 mm.
 - Moderada: 3 a 5 mm.
 - Severa: Mayor a 6 mm.
- Ortodoncia Preventiva/Interceptiva (OPI): rama de la odontología preventiva que ejecuta acciones para eliminar la causa y corregir manifestaciones tempranas dentomaxilares, con el objeto de impedir su curso y progresividad, solo en ausencia de anomalía esquelética, es decir en correcta relación de las bases óseas, también denominada clase I esquelética.

2. Clasificación de patología.

- Clasificación ADM:





**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

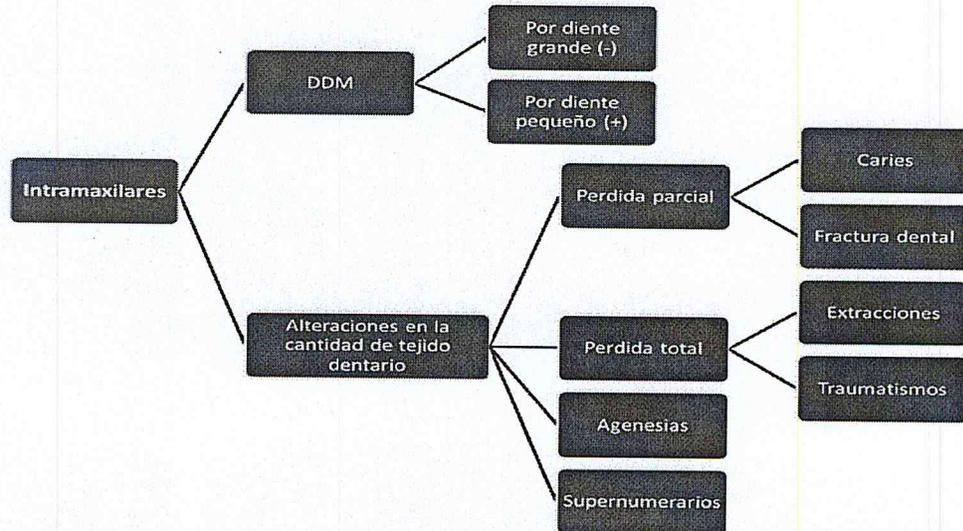
Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 12 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

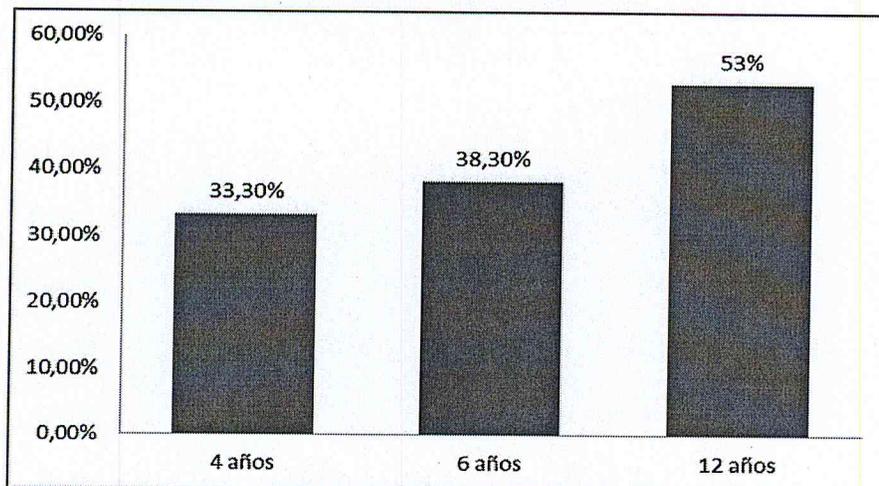


3. Diagnóstico.

3.1. Epidemiología.

Las ADM se encuentran en tercer lugar de prevalencia de las patologías de la cavidad bucal luego de caries y enfermedad periodontal. Se han realizado variados estudios para investigar la prevalencia de DDM en la población infantil y adolescente, todos ellos, con edades, extensiones geográficas y metodologías distintas, eso explica los resultados tan disímiles. Las prevalencias reportadas oscilan entre 32.4% y 70%.

Prevalencia de ADM en niños y adolescentes en Chile:



Debido a esta alta prevalencia, los servicios públicos de salud a nivel nacional no pueden satisfacer la demanda existente para la especialidad de ortodoncia, requerida por la atención primaria de salud. Esto se refleja en las listas de espera de 2 o 3 años, produciendo disconformidad en el paciente que solicita atención y en el odontólogo de APS. La demanda aumenta cada día, ya que en la actualidad se considera que un rostro y una dentadura de aspecto agradable, son factores que contribuyen al bienestar laboral, personal, social y psicológico del individuo.



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 13 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

3.2. Etiología.

Las maloclusiones poseen una etiopatogenia multifactorial, cuyos factores responsables se pueden dividir en términos generales, en factores generales y factores locales. Los actores generales corresponden a los sitios etiológicos primarios de una maloclusión, y son aquellos que afectan al conjunto de la oclusión. Estos incluyen los factores óseos (tamaño, forma y posición relativa de ambos maxilares), los factores musculares (forma y función de la musculatura orofacial), los factores dentales (tamaño dentario en relación al tamaño de los maxilares) y los otros tejidos blandos del sistema masticatorio.

Los factores locales en cambio, no siempre están presentes en el desarrollo de una maloclusión y actúan de forma aislada o en combinación, superponiendo sus efectos sobre los factores generales. De esta forma determinan una anomalía adicional en el desarrollo de la oclusión y/o en la posición de los dientes. Estos incluyen a las anomalías en el número de piezas dentarias (agenesias y supernumerarios), anomalías en el tamaño dentario, anomalías en la morfología dentaria (dehiscencia, concrescencia, fusión dentaria, geminación, ezquizodoncia, y "dens in dente"), pérdida prematura de piezas dentarias (temporales o permanentes), malos hábitos (succión digital, succión labial, succión de chupete y/o mamadera, interposición lingual, respiración oral, etc.) y otras causas (caries, traumatismos, noxas patológicas, etc.).

Las ADM son muy variadas en cuanto a sus orígenes y manifestaciones clínicas. Para facilitar su estudio se han agrupado aquellas que presentan características similares, surgiendo una serie de clasificaciones entre las que encontramos:

3.3. Tipos de diagnósticos

1. Anomalías intermaxilares:

1.1 Anomalías en sentido transversal: en sentido transversal se considera oclusión normal cuando las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares y premolares inferiores.

a. Compresión: La compresión corresponde a la falta de desarrollo transversal de uno o ambos maxilares. Es considerada una anomalía intermaxilar ya que afecta la relación entre ambos maxilares.

Según el grado de compresión podemos encontrar una situación intermedia entre la oclusión normal y la mordida cruzada, donde no existe oclusión cúspide a fosa sino cúspide a cúspide, considerándose una mordida cruzada incompleta. Si el grado de compresión es mayor, encontraremos una mordida cruzada posterior, uni o bilateral, en la cual las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales de los molares y premolares inferiores, y las piezas inferiores desbordan lateralmente a las superiores (Imagen Nº 1).



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 14 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

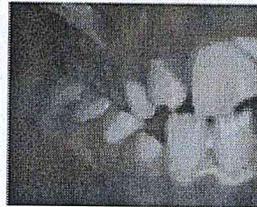


Imagen Nº 1: mordida cruzada posterior

En las compresiones la consecuencia clínicamente relevante es la mordida cruzada. Por esta razón, en el presente trabajo serán consideradas anomalías en sentido transversal aquellas compresiones que se presenten con mordida cruzada posterior.

1.2 Anomalías en sentido sagital: Las anomalías en sentido sagital pueden ser dentoalveolares o esqueléticas. Las primeras se deben a malposiciones de las piezas dentarias; mientras que las segundas corresponden a una discrepancia en el crecimiento anteroposterior de las estructuras que soportan los arcos dentarios (el complejo nasomaxilar y la mandíbula).

De esta forma según la clasificación biogenética modificada, se distinguen como anomalías en sentido sagital las formas progénicas y las disto-oclusiones.

a) Formas progénicas (clase III esquelética):

a.1) Forma progénica simple: anomalía dentoalveolar en sentido sagital que afecta uno o dos incisivos, encontrándose éstos en mordida invertida respecto de sus antagonistas. En el examen funcional de máxima retrusiva, el paciente llega fácilmente al vis a vis.

a.2) Oclusión progénica forzada por acomodación, sin alteración secundaria: mordida invertida dentoalveolar de los cuatro incisivos, provocada por alguna interferencia al momento del cierre, generando una acomodación mandibular para lograr una oclusión más estable.

En el examen de máxima retrusiva, el paciente llega fácilmente a la posición vis a vis. No existen alteraciones esqueléticas ni musculares asociadas.

a.3) Oclusión progénica forzada por acomodación, con alteración secundaria: mordida invertida dentoalveolar producto de la permanencia en el tiempo de una oclusión progénica forzada por acomodación sin alteración secundaria, pudiendo dar origen a un problema esquelético. En el examen de máxima retrusiva, el paciente llega con dificultad a la posición vis a vis.

a.4) Progenie verdadera: alteración esquelética que determina una mordida invertida en todo el grupo anterior. En el examen funcional de máxima retrusiva, el paciente no logra llegar a vis a vis.

a.5) Retrognasia: mordida invertida producto de una alteración esquelética de la posición y/o tamaño del maxilar superior; estando la mandíbula en correcta posición y tamaño.

b) Clase II esquelética:

Anomalía en sentido sagital en la cual existe una relación distal de la mandíbula respecto al maxilar superior. Esto puede ser producto de un problema en la posición o tamaño de los maxilares:



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 15 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

b.1) Problemas de posición:

- Maxilar superior normal con mandíbula retruida.
- Maxilar superior protruído con mandíbula normal.
- Combinación de ambos.

b.2) Problemas de tamaño:

- Maxilar superior normal con mandíbula pequeña.
- Maxilar superior aumentado de tamaño con mandíbula normal.
- Combinación de ambos.

El resalte u "overjet" corresponde a la distancia anteroposterior que existe entre el borde incisal de uno de los incisivos centrales superiores, a la cara vestibular del correspondiente incisivo central inferior; estando las arcadas en oclusión.

Su valor normal varía según la edad:

- A los 3 años: 2mm.
- A los 5 años: 0 a 1mm.
- A los 6 años y más: 2.5mm.

Por esta razón, el resalte se puede encontrar:

- Normal: valor según edad.
- Aumentado: valor mayor a lo normal según edad (Imagen Nº 2).
- Vis a Vis: igual a cero.
- Invertido (forma progénica): medida menor que cero (Imagen Nº 3).

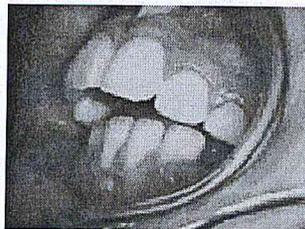


Imagen Nº 2: resalte aumentado.

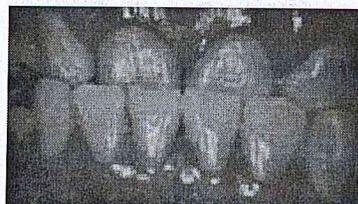


Imagen Nº 3: resalte invertido.



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 16 de 18

Vigencia: 4 años

PROCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

1.3 Anomalías en sentido vertical

El escalón u "overbite" se mide en la zona anterior y corresponde a la distancia vertical entre el borde incisal de los incisivos superiores y el borde incisal de los inferiores, estando las arcadas en oclusión^{14 15}.

El valor normal del escalón dependerá de la edad del paciente:

- A los 3 años: alrededor de 3mm.
- A los 5 años: 0 a 1mm.
- A los 6 años y más: 2.5mm.

La relación encontrada podrá ser:

- Normal: valor según edad.
- Vis a Vis: igual a cero.
- Mordida abierta: medida menor que cero (Imagen N° 4).
- Sobremordida: valores mayores a lo normal según edad (Imagen N° 5).

a) Mordida abierta:

La mordida abierta corresponde a una anomalía intermaxilar que se caracteriza por la falta de contacto evidente entre las piezas superiores e inferiores, que se manifiesta a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de las arcadas, estando las arcadas en oclusión.

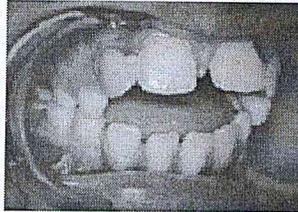


Imagen N° 4: mordida abierta.

Según su ubicación puede ser:

- Anterior: a nivel de incisivos.
- Lateral: afecta caninos, premolares y molares.
- Circular: compromete todo el arco dentario (incisivos, caninos y premolares), existiendo contacto sólo a nivel posterior.

Según el tejido afectado puede ser dentoalveolar o esquelético:

En el primer caso, son los dientes o un factor ambiental (por ejemplo algún mal hábito) los responsables de la anomalía. En cambio en la segunda es el desequilibrio óseo la causa de la falta de entrecruzamiento vertical.

a.1) Mordida abierta dentoalveolar:

La mordida abierta dentoalveolar se caracteriza por:

- Ser localizada: generalmente en la zona anterior; aunque también se presenta en las zonas laterales, pero a menor escala.
- Presentar la línea gingival alterada.



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 17 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

- No ser percibida con los labios cerrados.
- Presentarse en pacientes con cualquier biotipo facial.

a.2) Mordida abierta esquelética:

Se caracteriza por:

- Corresponder a una alteración de la estructura craneofacial, en la que se afectan las bases maxilares. En la cefalometría los planos palatino y mandibular se encuentran divergentes.
- Presentar la línea gingival normal.
- Existir un tope oclusal posterior: mordida abierta circular.
- Presentarse generalmente en pacientes con biotipo dolicofacial.

b) Mordida cubierta: síndrome hereditario cuyo signo patognomónico es la inclinación del eje longitudinal de los incisivos superiores hacia palatino. Además, se acompaña de un buen desarrollo de los huesos basales, sobremordida, y en la mayoría de los casos los incisivos laterales se presentan alados (Imagen Nº 5).

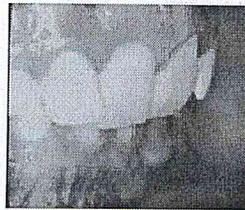


Imagen Nº 5: mordida cubierta.

2. Anomalías intramaxilares:

a) Alteraciones del tamaño dentomaxilar o desarmonía dentomaxilar (DDM):

Las desarmonías dentomaxilares corresponden a la falta de una correcta relación entre las dimensiones mesiodistales de los dientes permanentes y el perímetro de las arcadas dentarias correspondientes; encontrándose estas últimas con un buen desarrollo en todos los sentidos del espacio.

Según la clasificación biogenética modificada, corresponde a una anomalía intramaxilar por alteración en el tamaño dentario, pudiendo existir una:

DDM por diente grande: anomalía intramaxilar cuya consecuencia será la falta de espacio o apiñamiento; entendiéndose como tal la “discrepancia entre la suma de los diámetros mesiodistales de un grupo de piezas, y la longitud clínica de la arcada disponible, en la que la primera supera a la segunda” (Imagen Nº 6).

DDM por diente pequeño: anomalía intramaxilar cuya consecuencia será la existencia de diastemas múltiples. Esto ocurre, cuando la longitud de la arcada dentaria es mayor a la suma de los diámetros mesiodistales de las piezas dentarias que se ubican en ella (Imagen Nº 7).



**DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN Y
CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: ODO-RCR-ORT

Edición: Segunda

Fecha: Junio 2014

Página: 18 de 18

Vigencia: 4 años

PROTOCOLO RCR ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILOFACIAL

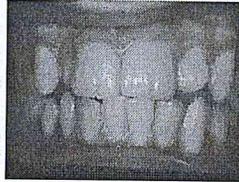


Imagen N° 6: DDM por diente grande.

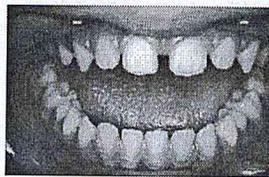


Imagen N°7: DDM por diente pequeño.

b) Alteraciones en el número de piezas dentarias:

- Agenesias: anomalía organogenética en la cual falta una o más piezas dentarias por ausencia de su formación.
- Supernumerarios: presencia de uno o más gérmenes dentarios extras, que pueden dar origen a dientes eumórficos o dismórficos.

c) Alteraciones por pérdida de tejido dentario:

- Las pérdidas de tejido corresponden básicamente a:
 - Caries interproximales.
 - Extracciones prematuras.
 - Traumatismos.
 - Otras patologías.

La pérdida de tejido dentario provoca la migración de las piezas vecinas.

En piezas temporales la pérdida prematura supone una disminución del espacio reservado para su sucesor permanente, debido a la migración de los dientes adyacentes, con el consiguiente acortamiento de la longitud de la arcada. En piezas permanentes la pérdida de tejido dentario afectará a las piezas adyacentes y antagonistas, las que se desplazarán iniciando, perpetuando o modificando una maloclusión.