



PROTOCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

<p>Elaborado por: Dra. Danica Mandakovic P. Cirujano Dentista, especialista en Ortodoncia y Ortopedia, Hospital San Camilo</p> <p>Dr. Christian Bianchini L.I. Cirujano Dentista, especialista en Ortodoncia y Ortopedia, Hospital San Camilo</p> <p>Dr. Ángel Menéndez G. Cirujano Dentista, especialista en Ortodoncia y Ortopedia, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dr. Luis Rojas A. Cirujano Dentista, especialista en Ortodoncia y Ortopedia, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dr Sebastian Veliz M. Cirujano Dentista, especialista en Ortodoncia y Ortopedia, Hospital San Juan de Dios</p>	<p>Revisado por: Dra. Francisca Letelier C. Cirujano Dentista, especialista en Endodoncia. Asesor Odontológico Dirección Servicio de Salud Aconcagua</p> <p>Dra Alison Silva Cirujano Dentista, especialista en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial Asesor Odontológico Dirección Servicio de Salud Aconcagua</p> <p>Dr Mario Tapia V. Cirujano Dentista, Asesor Odontológico Dirección Servicio de Salud Aconcagua</p> <p>BQ Alfredo Bravo Sáez Profesional de Apoyo a Calidad y Redes Departamento de Gestión en Red Subdirección de Gestión Asistencial Asesoría de Calidad y Seguridad del Paciente Servicio de Salud Aconcagua</p>	<p>Aprobado por: Dra. Iris Boisier Utz Subdirectora de Gestión Asistencial Servicio de Salud Aconcagua</p>
<p>Fecha: Marzo 2020</p>	<p>Fecha: Marzo 2020</p>	<p>Fecha: Marzo 2020</p>



PROTOCOLO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140
Edición : 04
Fecha : Marzo 2020
Página : 2 de 22
Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

INDICE

1. Introducción.....	3
2. Mapa de Red	4
3. Asignación de responsabilidades	5
3.1 Funciones del Modelo de Contraloría Clínica	5
4. Objetivo	7
4.1 Objetivo General.....	7
4.2 Objetivo específico	7
5. Ámbito de Aplicación	7
6. Población Objetivo	7
6.1 Criterios de Inclusión	7
6.2 Criterios de Exclusión	8
7. Desarrollo.....	9
7.1 Cartera mínima de prestaciones en nivel de especialidad	9
7.2 Criterios de priorización	10
7.3 Documentación requerida para la derivación	10
7.4 Registros de información	11
7.5 Contrarreferencia.....	11
7.6 Tipos de Contrarreferencia	12
8. Indicador: Pertinencia de derivación	13
9. Normas y referencias	15
10. Distribución	15
11. Anexos.....	16
Anexo I: Flujograma de derivación a especialidad a Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar. .	16
Anexo II: Consentimiento informado.....	17
Anexo III: Índice de Higiene Oral.....	21
12. Revisión.....	22

	PROTOCOLO SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA	Código:SDGADSSA140
		Edición : 04
		Fecha : Marzo 2020
		Página : 3 de 22
		Vigencia : Marzo 2025
PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR		

1. Introducción

Las patologías a las cuales la especialidad de ortodoncia se dedica son muy diversas tanto en severidad como en prevalencia.

Estudios indican que más del 98% de la población requiere de alguna corrección ortodóncica, por lo tanto, en estricto sentido, prácticamente toda la población que atiende nuestro servicio debería ser evaluada y tratada en la especialidad. En el siguiente documento se explicará cuáles son las patologías y las edades de los pacientes que podrán ser evaluadas y atendidas.



PROTOCOLO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

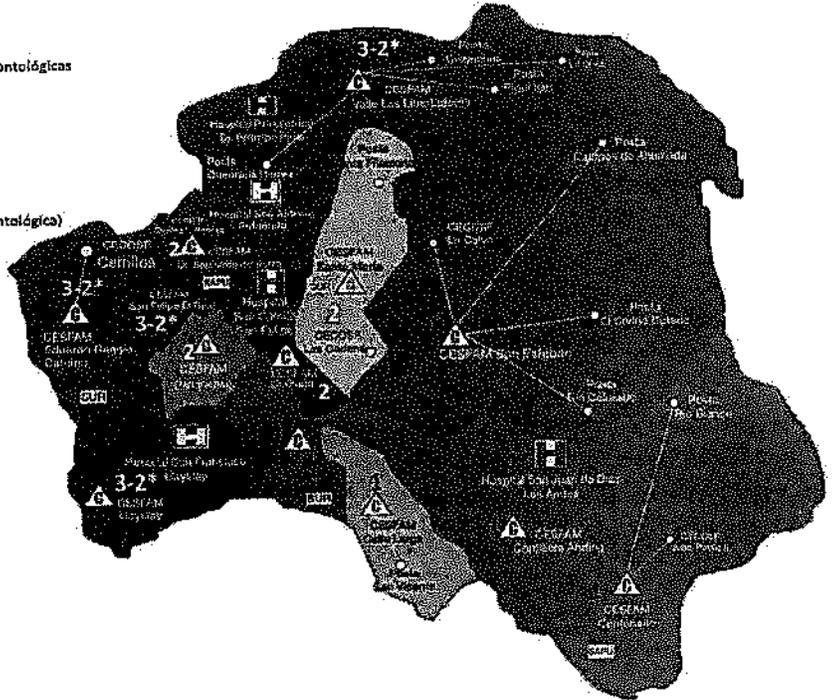
Código:SDGADSSA140
Edición : 04
Fecha : Marzo 2020
Página : 4 de 22
Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

2. Mapa de Red

-  **Hospitales de Mayor Complejidad con Especialidades Odontológicas**
(Hospital San Juan de Dios y Hospital San Camilo)
-  **Hospital de Especialidad Psiquiátrica (Dr. Philippe Pinel) con Odontología General**
-  **Hospital de Menor Complejidad.**
(Hospital San Antonio de Pitaendo con Especialidad Odontológica)

- 1: CESFAM que Derivan a HOSLA.
- 2: CESFAM que Derivan a HOSCA.
- 3: CESFAM u Hospital Comunitario con alguna Especialidad Odontológica.



Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutoria y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.



PROCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140

Edición : 04

Fecha : Marzo 2020

Página : 5 de 22

Vigencia : Marzo 2025

PROCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPIEDIA DENTOMAXILAR

3. Asignación de responsabilidades

Odontólogos que realicen la interconsulta: la solicitud de interconsulta (SIC) debe ser enviada vía formal a través de SOME de cada establecimiento, incluidos aquellos casos donde se ha informado la derivación vía telefónica con el especialista. Es indispensable, que esta interconsulta cuente con todos los datos claramente expresados tanto del paciente como del diagnóstico bucal a tratar, para saber claramente por qué se está derivando.

Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar: evaluación del caso, diagnóstico definitivo, plan de tratamiento y realización de la terapia correspondiente. Además deberá emitir por escrito indicaciones al paciente e informe de Contrarreferencia al odontólogo tratante.

Profesionales de registro administrativo de los diversos niveles: las SIC de derivación deben estar registradas en las plataformas que correspondan, según si son GES (SIGGES) o no GES (SIGTE). Igualmente, importante es su eliminación o rebaja desde estas plataformas, según las diversas causales existentes

3.1 Funciones del Modelo de Contraloría Clínica

a) Funciones de Contralor en establecimiento de origen:

- Verificar que las Interconsultas cumplan con la pertinencia Clínica y Administrativa según protocolo establecido.
- Verificar que el 100% de las solicitudes de interconsulta (SIC) incompletas o mal emitidas sean devueltas al odontólogo tratante, y se defina conducta sobre ellas.
- Revisar completitud de los datos administrativos y clínicos, fundamentos diagnósticos, concordancia con los protocolos y redes de derivación locales.



PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTOMAXILAR

- Evaluar si el diagnóstico y condición del usuario es pertinente según lo establecido en el protocolo de referencia y contrarreferencia vigente. En caso de no pertinencia, contralor APS retroalimentará al dentista generador de la SIC la razón por la cual el usuario no podrá ser derivado.
- Velar por la correcta especialidad y establecimiento de destino. En el caso que una interconsulta sea derivada a una especialidad u Establecimiento de destino que no corresponda, de acuerdo con mapas de derivación vigentes, deberán ser re direccionadas por el contralor APS al momento de su revisión.
- Capacitar y actualizar a los odontólogos de su establecimiento APS acerca del mapa de red.

b) Funciones del Contralor en establecimiento de destino

- Las SIC ingresadas a lista de espera (LE), son revisadas, por Odontólogo Especialista Contralor, quien evalúa la pertinencia. El resultado de este paso puede ser:
 - Acepta la SIC, declarándola pertinente. La solicitud queda en estado "Pendiente Citación", en forma paralela se le asigna una prioridad clínica a la solicitud.
 - Rechazada por Especialista, la solicitud queda "Egresada" de la Lista de Espera por No Pertinencia y es re-enviada al establecimiento de origen.
- Se deberá gestionar la agenda en base a la validación de la priorización de cada derivación según criterios indicados en este documento.

c) Derivaciones del nivel secundario

Éstas podrán ser:

- De especialidad odontológica a otra especialidad odontológica.



4. Objetivo

4.1 Objetivo General

El presente documento entrega las pautas de derivación a la especialidad de Ortodoncia desde Atención Primaria de Salud (APS), con el fin de permitir el ingreso atingente y expedito de los pacientes a la atención, ser diagnosticados y tratados según orden de prioridad establecidos por la especialidad, además de establecer los criterios de contrarreferencia.

4.2 Objetivo específico

Brindar orientación a los profesionales odontólogos de atención primaria y especialistas en las pautas de derivación a seguir según el diagnóstico del paciente.

5. Ámbito de Aplicación

Dirigido a profesionales odontólogos generales, especialistas y otros profesionales de salud que se desempeñen en los distintos niveles de atención de la Red de Servicio de Salud Aconcagua.

6. Población Objetivo

6.1 Criterios de Inclusión

- 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, hasta 12 años 11 meses 30 días.
- Pacientes que cumplan con los siguientes criterios de derivación:
 - a) Anomalías craneofaciales congénitas: fisura labio alvéolo palatina y otras deformaciones cráneo faciales.



PROTOCOLO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140
Edición : 04
Fecha : Marzo 2020
Página : 8 de 22
Vigencia : Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

- b) Maloclusiones esqueléticas severas: maloclusiones esqueléticas que signifiquen una deformidad facial, que alteran la estética del rostro y del perfil facial.
- c) Resalte aumentado: Mayor a 5 mm en uno o más incisivos.
- d) 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.
- e) Mordida cruzada: Uni o bilateral (más de dos dientes) o mordidas cruzadas con desplazamiento funcional mayor a 1 mm.
- f) Escalón aumentado: Incisivos superiores cubren completamente los incisivos inferiores o con trauma gingival.
- g) Mordida abierta anterior o posterior: mayor o igual a 4 mm.
- h) Biprotrusión dentaria: Severa biprotrusión dentaria con alteración de la estética facial y del cierre labial.
- i) Apilamiento: mayor o igual a 8 mm en uno o ambos arcos por separado.
- j) Agenesias: agenesia de uno o más dientes, que requiere ortodoncia para cierre de espacios o para colocar futuros implantes o prótesis fija.
- k) Supernumerarios con maloclusión, dientes ectópicos, impactados o impedidos de erupcionar (no terceros molares), vestibulo oclusión sin contacto oclusal en una o más piezas posteriores, diastema central mayor a 2 mm.
- l) Alteraciones dentarias como secuela de pérdidas dentarias traumáticas.

6.2 Criterios de Exclusión

- Enfermedad de base no controlada. Se deberán realizar las maniobras de compensación médicas previo a la derivación.
- Usuario con necesidades o cuidados especiales que no cuenten con red de apoyo.



PROTOCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140

Edición : 04

Fecha : Marzo 2020

Página : 9 de 22

Vigencia : Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

- 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 ésta por parte del usuario.
- Pacientes que rechacen firma del consentimiento informado (Anexo 2).
- Pacientes con periodonto reducido.
- Pacientes con desarrollo radicular disminuido.
- Pacientes sin dominio de técnica de cepillado eficiente (con índice higiene oral simplificado con resultado superior a 1.0) (Anexo III). Estos pacientes deberán ser contrarreferidos a sus establecimientos de origen donde deberán adquirir herramientas para mejorar higiene para luego regresar a tratamiento ortodóncico según realidad local.
- Pacientes que no tengan sus controles odontológicos al día en atención primaria.
- Pacientes que presentan tratamiento de ortodoncia en el extrasistema al momento del ingreso.

7. Desarrollo

7.1 Cartera mínima de prestaciones en nivel de especialidad

- Tratamientos con aparatos fijos
- Tratamientos con aparatos removibles
- Ortopedia Dentomaxilar
- Tratamiento ortodóncico quirúrgico*

(*): Se desarrollará en polos de desarrollo específicos y la pertinencia dependerá exclusivamente de los cupos programados por el equipo de Cirugía Maxilofacial.



PROTOCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140

Edición : 04

Fecha : Marzo 2020

Página : 10 de 22

Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

7.2 Criterios de priorización

- Lista espera larga data

7.3 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 Dentomaxilar 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.
- 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.



7.4 Registros de información

Registro en Ficha Clínica en establecimiento de origen y especialidad, de las prestaciones realizadas, SIC emitidas, indicaciones y contrarreferencia.

Solicitud de interconsulta la cual se debe registrar en el sistema informático, la cual se gestiona a través de SOME.

Nota: Para asegurar la atención en la especialidad, los usuarios deben portar cédula de identidad y estar informado del copago de acuerdo a su tramo FONASA:

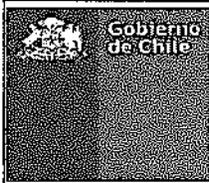
- Tramo A: 100% contribución estatal (0% copago paciente)
- Tramo B: 70% contribución estatal (30% copago paciente)
- Tramo C: 50% contribución estatal (50% copago paciente)
- Tramo D: 20% contribución estatal (80% copago paciente)

7.5 Contrarreferencia

La contrarreferencia es un documento obligatorio que debe entregar el especialista al usuario tratado y remitir a la Atención Primaria. Su propósito es mantener una comunicación fluida entre los distintos niveles de complejidad asistencial, mejorar el control del estado de salud del paciente posterior al tratamiento del especialista y evitar la reincidencia en la Lista de Espera Odontológica de la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar.

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



PROTOCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140

Edición : 04

Fecha : Marzo 2020

Página : 12 de 22

Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTOMAXILAR

- 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.

7.6 Tipos de Contrarreferencia

a) 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.

b) 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).

c) Altas de Especialidad:

- Finalizado el tratamiento en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar

d) Por causa administrativa:

- La inasistencia continuada o no solicitud de atención por parte del paciente a controles de tratamiento de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar por un período igual o superior a 6 meses, generará su alta administrativa y su contrarreferencia a la APS.
- Paciente que NO sigue instrucciones, mala higiene oral, 3 INASISTENCIAS A TRATAMIENTO, ausencia por 6 meses.



PROTOCOLO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140
Edición : 04
Fecha : Marzo 2020
Página : 13 de 22
Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTOMAXILAR

- No adhiere a tratamiento según norma establecida.
- Paciente que No cumple con requisitos de derivación.
- Paciente que No cumple con criterios clínicos de derivación.
- Paciente que rechaza tratamiento.

La contrarreferencia debe incluir indicaciones y controles que se sugiere seguir en APS (incluir periodicidad).

****Tratamiento kinésico complementario en el tratamiento de alteraciones funcionales****

8. Indicador: Pertinencia de derivación

Denominación del Indicador	Porcentaje de Pacientes que Cumplen en la aplicación de protocolo de derivación a Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar	Responsable: Especialistas en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar
Objetivo	Evaluar la pertinencia de la derivación de pacientes desde los establecimientos de la red del S.S Aconcagua APS a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar	
Descripción y Racionalidad	Este indicador evaluará la proporción de pacientes derivados de manera pertinente según criterio clínico del especialista versus el total de pacientes referidos. Requisitos para la evaluación: 1. Mantener un registro de pertinencia en los Servicios de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar.	
Dominio	Indicador de Resultado.	
Excepciones	No aplica.	



PROTOCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140

Edición : 04

Fecha : Marzo 2020

Página : 14 de 22

Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

Fórmula: Numerador/Denominador * 100	Numerador: Total de pacientes derivados con pertinencia a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar. HOSCA y HOSLA (según corresponda)	
	Denominador: Total de pacientes derivados a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar. HOSCA u HOSLA (según corresponda)	
Rango de Desempeño: Rango máx.: 100% Rango mín.: 80%	Criterios de interpretación de los resultados: Umbralles de Cumplimiento.	Excelente: 100-91%
		Aceptable: 90-80%
		Deficiente: menos de 80%
Fuente de Datos	Hoja de atención estadística con registro de pertinencia (REM). Informe de pertinencia generado desde intranet S.S. Aconcagua.	
Frecuencia	Semestral	
Muestreo Recomendado	Total de pacientes derivados a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar. HOSCA y HOSLA desde la APS	
Responsable	Realizado por jefe de SOME de establecimiento correspondiente.	



PROTOCOLO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140
Edición : 04
Fecha : Marzo 2020
Página : 15 de 22
Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTOMAXILAR

9. Normas y referencias

- Protocolo de derivación a Especialidad de Ortopedia y Ortodoncia (Junio 2017)
- Protocolo Referencia y Contrarreferencia Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial (Agosto 2019)

10. Distribución

- | | |
|---|----------------------------------|
| ➤ Director Hospital San Juan de Dios de Los Andes | C.C.: Jefe Unidad Dental |
| ➤ Director Hospital San Camilo de San Felipe | C.C.: Jefe Unidad Dental |
| ➤ Director Hospital Dr. Philippe Pinel | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Director Cesfam Llay Llay | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Director Cesfam Rinconada | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam San Esteban | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam Eduardo Raggio L. | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam Valle Los Libertadores | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam San Felipe El Real | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam Cordillera Andina | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam Centenario | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam José Joaquín Aguirre | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam Jorge Ahumada Lemus | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam Dr. Segismundo Iturra | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Director Cesfam María Elena Peñaloza | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Directora Cesfam Curimón | C.C.: Jefe Programa Odontológico |
| ➤ Subdirección de Gestión Asistencial | |
| ➤ Departamento de Gestión Hospitalaria | C.C.: Asesora Odontológica |
| ➤ Dirección de Atención Primaria | C.C.: Asesor Odontológico |
| ➤ Oficina de Parte | |



PROTOCOLO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

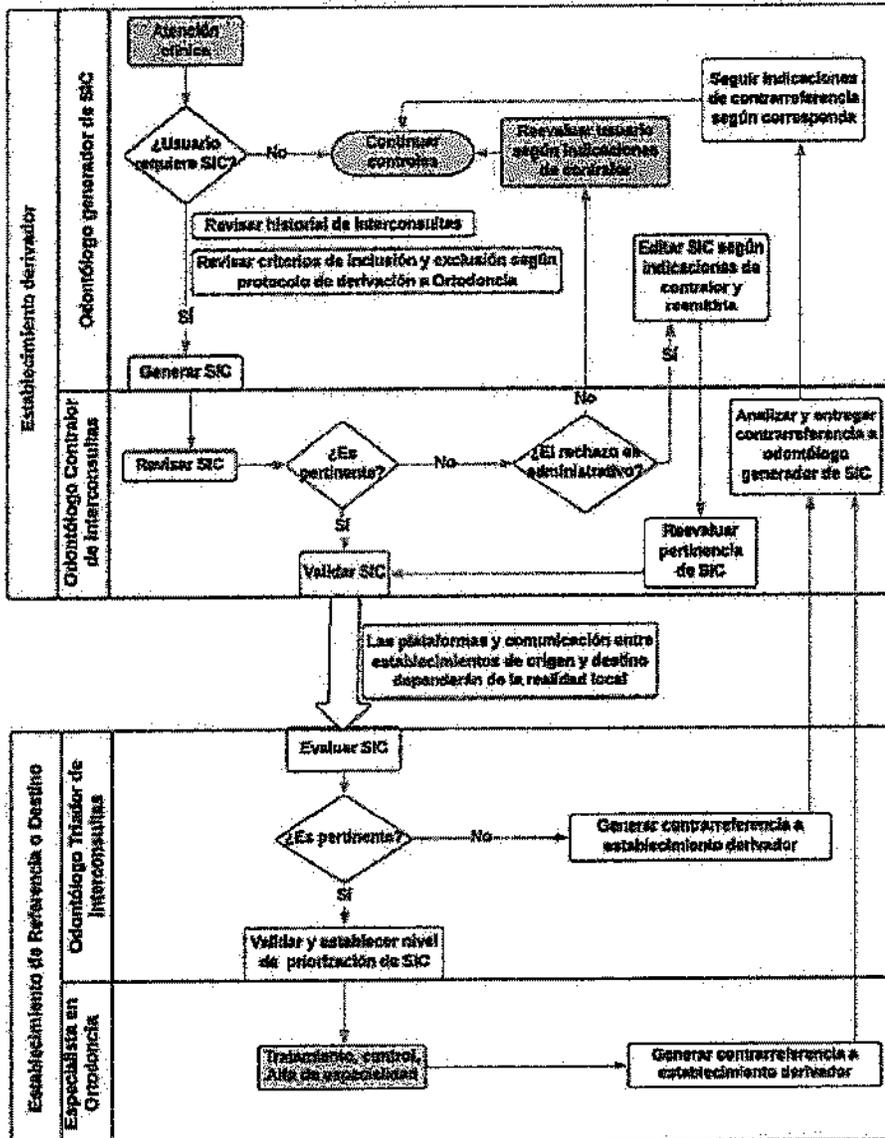
Código:SDGADSSA140
Edición : 04
Fecha : Marzo 2020
Página : 16 de 22
Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

11. Anexos

Anexo I: Flujograma de derivación a especialidad a Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar.

FLUJO DE RED: ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA





Gobierno de Chile

PROTOCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140

Edición : 04

Fecha : Marzo 2020

Página : 17 de 22

Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

Anexo II: Consentimiento informado.

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL APODERADO DEL 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, determinara si cumple los criterios para ingresar a tratamiento.



PROTOCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140

Edición : 04

Fecha : Marzo 2020

Página : 18 de 22

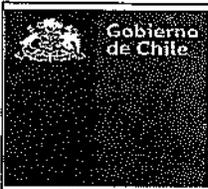
Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

- 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)



Gobierno de Chile

PROCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140

Edición : 04

Fecha : Marzo 2020

Página : 19 de 22

Vigencia :Marzo 2025

PROCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

RUT: _____

NOMBRE APODERADO/REPRESENTANTE LEGAL: _____

RUT: _____

FECHA: _____

Nº 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 ortodónicas 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 ortodónicas/ortopédicas, y algunos son prevenidos con las medidas indicadas por mi tratante como la mantención de una adecuada higiene oral de mi parte.



PROTOCOLO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código:SDGADSSA140
Edición : 04
Fecha : Marzo 2020
Página : 20 de 22
Vigencia :Marzo 2025

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

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) sean utilizados solamente con fines académicos y/o de investigación. Declaro haber comprendido y aceptado el plan de tratamiento propuesto y explicado por el tratante.

FIRMA Y TIMBRE ORTODONCISTA

FIRMA
REPRESENTANTE LEGAL O
APODERADO.

Anexo III: Índice de Higiene Oral

Componentes del Índice:

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

Dientes que mide:

- | | | |
|-----|---|---|
| 1.1 | } | dientes superiores, se los mide por la cara vestibular. |
| 1.6 | | |
| 2.6 | | |
| 4.6 | } | dientes inferiores, se los mide por la cara lingual. |
| 3.6 | | |
| 3.7 | | |

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 IHO-S.

Niveles de IHO-S

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

