MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURIDICA/
ALL./CMP./CMG./PRB./BLC./FLM./mlm.
Nº245: 26-10-2022.

RESOLUCION EXENTA Nº 1898 /

SAN FELIPE, 04 NOV 2022

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Memorándum Nº40 de 21-10-2022, de la Jefa del Departamento de Gestión Hospitalaria de este Servicio de Salud, quien solicita se apruebe el **"Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial"**, documento elaborado y revisado por profesionales de la Unidad Dental del Departamento de Gestión Hospitalaria, Dirección de Atención Primaria y Oficina de Calidad y Seguridad del paciente, del Servicio de Salud Aconcagua, edición 2, vigencia 2022-2027; la Resolución Nº6 de 2019 de la Contraloría General de la República, y teniendo presente el D.F.L. Nº1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº2.763 de 1979 y de las Leyes Nº18.933 y Nº18.469, en los Decretos Supremos Nº140 de 2004 y Nº86 de 2018, ambos del Ministerio de Salud, vengo en dictar la siguiente:

R E S O L U C I O N

1.- APRUEBASE el siguiente Protocolo del Servicio de Salud Aconcagua, que a continuación se indica:

"Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial". Edición 2. Vigencia: 2022-2027.

2.- DIFUNDANSE por los hospitales internamente, de acuerdo a las áreas temáticas involucradas.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.

ANA LAZCANO LEMUS
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURIDICA/
ALL./CMP./CMG./PRB./FLC./FLM./mlm.
Nº245: 26-10-2022.

RESOLUCION EXENTA Nº 1898 /

SAN FELIPE, 04 NOV 2022

Con esta fecha la Directora (S) ha resuelto lo que sigue:

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Memorándum N°40 de 21-10-2022, de la Jefa del Departamento de Gestión Hospitalaria de este Servicio de Salud, quien solicita se apruebe el **"Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial"**, documento elaborado y revisado por profesionales de la Unidad Dental del Departamento de Gestión Hospitalaria, Dirección de Atención Primaria y Oficina de Calidad y Seguridad del paciente, del Servicio de Salud Aconcagua, edición 2, vigencia 2022-2027; la Resolución Nº6 de 2019 de la Contraloría General de la República, y teniendo presente el D.F.L. Nº1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº2.763 de 1979 y de las Leyes Nº18.933 y Nº18.469, en los Decretos Supremos Nº140 de 2004 y N°86 de 2018, ambos del Ministerio de Salud, vengo en dictar la siguiente:

R E S O L U C I O N

1.- APRUEBASE el siguiente Protocolo del Servicio de Salud Aconcagua, que a continuación se indica:

"Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial". Edición 2. Vigencia: 2022-2027.

2.- DIFUNDANSE por los hospitales internamente, de acuerdo a las áreas temáticas involucradas.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.

(FDO.) ANA LAZCANO LEMUS
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Transcrito fielmente del original que he tenido a la vista".

PRISCILA GALLARDO QUEVEDO
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCION:

* 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 Hospital San Antonio Putaendo.	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.
* Director 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 Joaquin 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 Maria 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.
* Departamento de Gestión en Red.	C.C: Calidad y Seguridad del Paciente.
Oficina de Partes.	

Maria E Lopez

De: Analia Uscila <analia.uscila@redsalud.gov.cl>
Enviado el: miércoles, 26 de octubre de 2022 11:07
Para: 'Maria E Lopez'
Asunto: RE: MEMO N° 42

Estimada,

Envío lo solicitado

Atte.,

• 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 Hospital San Antonio Putaendo	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
• Director 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 Joaquin 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

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HOSPITALARIA/
MAT.CMG / ODO.FLC / au

MEMORÁNDUM Nº 40/

PARA : **SR. FRANCISCO LOPEZ M.**
ASESORÍA JURIDICA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
PRESENTE

Junto con saluda, tengo a bien solicitar a usted, dicte Resolución para aprobar el Documento que más adelante se nombra, el cual ha sido elaborado y revisado por profesionales de la Unidad Dental, Depto. de Gestión Hospitalaria, Dirección de Atención Primaria y Oficina de Calidad y Seguridad del paciente.

- ***Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial.***

Antecedentes:

Informo a usted que la distribución del protocolo se realizará desde el Departamento de Gestión Hospitalaria

Agradeciendo vuestras gestiones, saluda atentamente a Ud.

DIRECCION SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
JEFE DEPTO GESTION HOSPITALARIA

MAT. CLAUDIA MUÑOZ GARCÍA
JEFA DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HOSPITALARIA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

San Felipe, 21 de Octubre de 2022

C.C:
- Dpto. de Gestión Hospitalaria
- Dpto. Macro Gestión de Red y Calidad, EU Pía Rubilar Bragg.

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Dra. Alison Silva Monsalve Cirujano Dentista, Especialista en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial. Asesor Odontológico Dirección Servicio de Salud Dr. Luis Osvaldo Cadet Heliz Cirujano Dentista, Especialista en Rehabilitación Oral, Hospital San Juan de Dios. Diplomado en Trastornos Craneo Cérvico Mandibualares y ATM	Dra. Francisca Letelier Cosmelli Cirujano Dentista, Especialista en Endodoncia. Asesor Odontológico Dirección Servicio de Salud Dr. Mario Tapia Cirujano Dentista, Asesor Odontológico Dirección Servicio de Salud E.U. Pía Rubilar Bragg Jefa de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente e IAAS Departamento de Gestión en Red Subdirección de Gestión Asistencial Servicio de Salud Aconcagua	Dra. Carmen Meléndez Pinto Subdirectora de Gestión Asistencial Dirección Servicio de Salud Aconcagua
Fecha: Julio 2022	Fecha: Agosto 2022	Fecha: Agosto 2022

INDICE

1. Introducción 3
2. Mapa de red 5
3. Asignación de responsabilidades 6
3.1. Funciones del Modelo De Contraloría Clínica 7
4. Objetivo 8
4.1. Objetivo General 8
4.2. Objetivos Específicos 8
5. Ámbito de Aplicación 9
6. Población objetivo 9
6.1. Criterios de Inclusión (*) 9
6.2. Criterios de Exclusión 12
7. Desarrollo: 13
7.1. Cartera mínima de prestaciones en nivel de especialidad 13
7.2. Criterios de priorización 13
7.3. Documentación requerida para la derivación 14
7.4. Registro de Información 15
7.5. Criterio de Alta de la especialidad 15
7.6. Contrarreferencia 16
7.7. Tipos de Contrarreferencia 17
8. Indicador: Pertinencia de derivación 18
9. Norma y Referencias 19
11. Anexos 21
11.1. Anexo I: Flujograma de derivación a especialidad TTM&DOF 21
11.2. Anexo II: Definiciones de especialidad 22
11.3. Anexo III: Escala Visual Análoga (EVA) 27
11.4. Anexo IV: Consentimiento informado 28
12. Revisión 29

1. Introducción

Los trastornos temporomandibulares (TTM) corresponden a un conjunto de condiciones dolorosas y/o disfuncionales en los músculos masticatorios y/o en la articulación temporomandibular (ATM). Los TTM son identificados como la causa principal de dolor maxilofacial de origen no dental, con sintomatología muy variable, que puede afectar las actividades de la vida cotidiana, como masticar alimentos, interferir con la capacidad de concentración y el sueño, o incluso ser una limitante laboral.

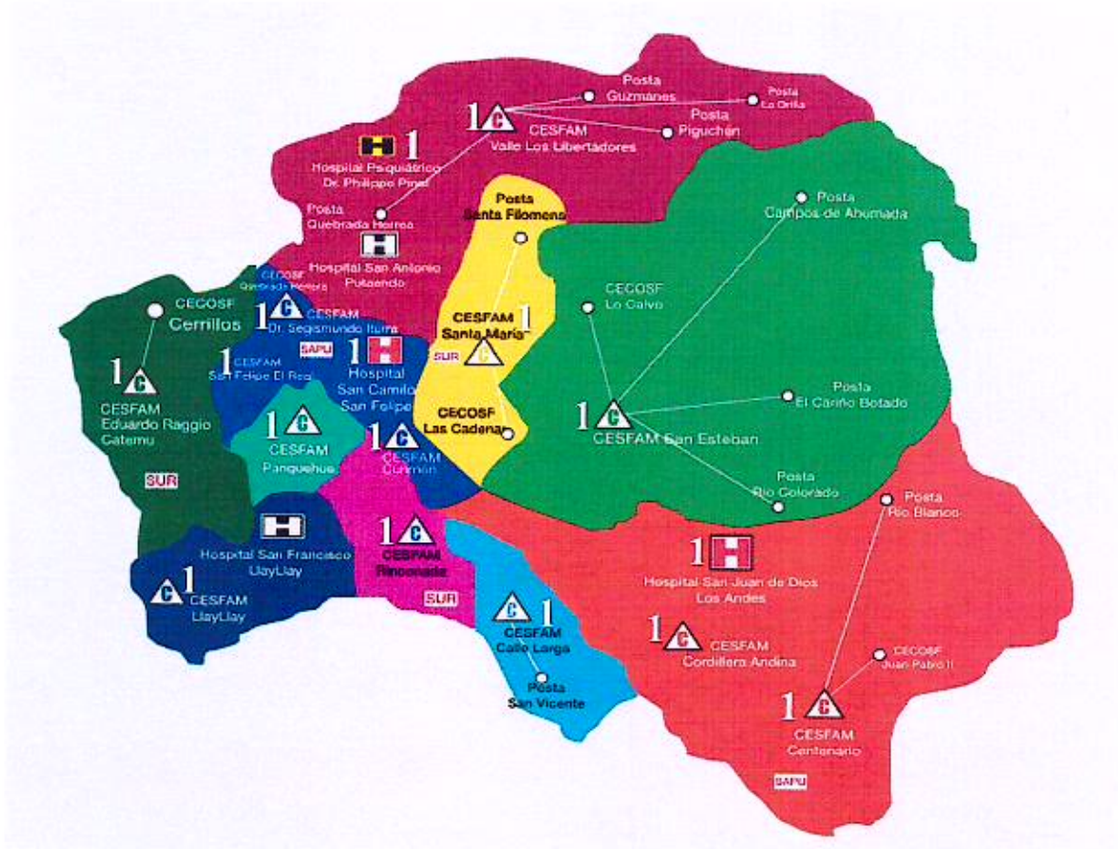
Los TTM pueden afectar a hombres y mujeres de todas las edades, siendo más frecuentes en mujeres entre los 20 y 40 años. Los síntomas y signos clínicos más frecuentes son dolor, movimientos mandibulares limitados y/o asimétricos, ruidos en la articulación temporomadibular y cefaleas. El problema, desde el punto de vista clínico, es frecuente en la población general, y aunque no existe consenso entre los autores, su prevalencia puede variar entre un 30 a un 50%, estimándose que cerca de un 10% de los casos son severos. Estos datos concuerdan con un estudio realizado en Valparaíso, que reportó una prevalencia de TTM de un 49,6% (al menos un diagnóstico) enpoblación mayor de 18 años; y un 19,6% de la población con TTM severo (dolor muscular y/o articular, asociado a limitación funcional), siendo el sexo femenino el más comprometido.

El especialista en Trastornos Temporomandibulares Y Dolor Orofacial (TTM&DOF) debe mantener condiciones de salud del Sistema Estomatognático de cada paciente, previniendo, diagnosticando y efectuando un tratamiento individualizado según las necesidades individuales con análisis en todos los ámbitos o ejes de acción que constituyen su problemática clínica: Oclusión Dentaria, Trastornos Temporomandibulares, Dolor Orofacial, Trastornos del Movimiento de presentación Orofacial y la Medicina de Sueño Odontológica, con un enfoque biopsicosocial,

relacionándose de manera proactiva con profesionales de otras especialidades odontológicas y del área de la salud.

2. Mapa de red

1. Establecimientos derivadores a especialidad TTM& DOF en HOSCA



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 Putaendo con 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 resolutiva y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

3. Asignación de responsabilidades

Odontólogos que realicen la interconsulta: La interconsulta 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 Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial: 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.
- 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 de 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.

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 y asigna una priorización. 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 desde especialidades médicas a odontológicas

Estas podrán ser:

- De especialidad odontológica a otra especialidad odontológica
- De médico especialista a la especialidad de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial.

4. Objetivo

4.1. Objetivo General

Determinar los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios en la especialidad de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial entre los diferentes establecimientos de la Red Asistencial.

4.2. Objetivos Específicos

- Dar a conocer los criterios clínicos de derivación, los criterios de priorización en la atención de especialidad y los procedimientos administrativos asociadospara realizar una referencia entre los diferentes niveles de atención de la red desalud.
- Dar a conocer los criterios de alta clínica de especialidad, y procedimientos administrativos para realizar una contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención de la red de salud.

- Dar a conocer el flujograma de las distintas etapas para alcanzar la resolución o control del problema de salud, considerando el manejo clínico a través de la red.
- Regular y mejorar la comunicación y pertinencia en la referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención de la red de salud.

5. Ámbito de Aplicación

El presente protocolo está dirigido a odontólogos generales, especialistas y otros profesionales de salud que se desempeñan en los distintos niveles de atención de la red asistencial del Servicio Salud Aconcagua.

Este documento establece los lineamientos para la derivación de pacientes desde los establecimientos de origen al establecimiento de salud que cuenta con cirujano dentista especialistas en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, con registro ante la Superintendencia de Salud.

6. Población objetivo

6.1. Criterios de Inclusión (*)

Pacientes con necesidad de tratamiento en especialidad de TTM&DOF, según el siguiente cuadro:

Dolor ATM, temporal y/o maseterino	El dolor articular o muscular masticatorio puede ser espontáneo, provocado o exacerbado con los movimientos mandibulares replicado o provocado con la palpación de región pre auricular, músculos maseteros o temporales. Se debe descartar dolor de origen dentario.

Dolor Orofacial de Origen No Músculo Esquelético - Dolor Orofacial Neuropático	Dolor Orofacial Neuropático: Dolor producido por daño a las estructuras somatosensoriales (estructuras nerviosas centrales o periféricas). Caracterizado por afectar una o más de las ramas del nervio trigémino, presentándose como dolores de características eléctricas, quemante o frío doloroso. Generan pérdida o alteración de la sensibilidad. Dolor facial que al menos tenga una de las siguientes características: • EVA (Escala Visual Análoga) mayor a 7 al menos 3veces por semana y de carácter intermitente o constante, provocado o espontáneo que no responde a analgesia (AINES). • Carácter eléctrico o quemante que no responde a analgesia (AINES) • Alteraciones de la sensibilidad • Habiendo descartado cualquier dolor de origen pulpar, periapical o periodontal
Dolor Orofacial de Origen No Músculo Esquelético - Cefaleas	Cefaleas Secundarias a TTM Cefalea Crónica con sospecha de TTM Paciente que no responde a tratamiento médico por cefaleas. Cefalea que al menos tenga una de las siguientes características: • EVA mayor a 5 al menos 3 veces por semana y de carácter intermitente o constante, provocado o espontáneo que no responde a analgesia (AINES) • Habiendo descartado cualquier dolor de origen pulpar, periapical o periodontal

Dificultad o limitación del movimiento mandibular permanente o intermitente	Paciente relata disminución franca en apertura bucal que produce limitación importante de calidad de vida o imposibilidad de atención odontológica. Se incluye bloqueo cerrado. Generalmente se considera una apertura menor a 30 mm interincisal.
Rechinamiento/Apriete dentario actual y frecuente reportado por terceros, asociado con fatiga o cansancio mandibular y/o cefalea temporal matinal.	Actual: último mes Frecuente: más de 3 veces por semana aplicable a población infantil y adulta.
Click articular sintomático	Click: Sonido distintivo, de duración breve y muy limitada, con un claro principio y final, que generalmente suena como un "clic", aunque también se puede describir como un chasquido o pop • Que causa molestia social o doloroso • Que causa sensación de bloqueo mandibular intermitente y/o agravamiento de frecuencia e intensidad

Crépito articular	Crépito: sonido continuo, de mayor duración que un click, que puede estar presente en parte o la totalidad del movimiento mandibular. Sonido múltiple áspero y desagradable. Ejemplo: crujidos, reticulado o molienda. • En el caso de crepito en personas menores de 55 años, derivar siempre. • En usuarios mayores a 55 años solo derivar en caso de que se acompañe de dolor.
Bloqueo mandibular abierto a repetición	Imposibilidad de cerrar la boca luego de una apertura bucal amplia y/o prolongada Solo cuando se presente repetidamente, más de 2 veces en 6 meses y no reducible por paciente

(*): Definiciones se encontrarán en Anexo II.

Es posible realizar derivación interna a HOSLA, de aquellos usuarios con presentaciones leves de Trastornos Temporomandibulares que puedan ser resueltos con terapia conservadora (Férula oclusal, fisioterapia, terapia bioconductual). En los casos que se requiera la realización de procedimientos complejos, usuarios deben ser derivados a HOSCA.

6.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes que presenten patología dolorosa de origen pulpar y/o periodontal en relación con su motivo de consulta.
- 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. Este tipo de casos se sugiere sean atendidos de acuerdo con modelo de atención con que cuente el Servicio de Salud.
- Presencia de alteraciones psiquiátricas activas, alteraciones de la realidad, deterioro cognitivo (Pérdida progresiva de funciones relacionadas con la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento de la información. Abarca desde el deterioro cognitivo leve hasta la demencia) que no permita la

adhesión a las distintas etapas del tratamiento y/o al correcto desarrollo ycooperación del mismo por parte del usuario.

7. Desarrollo:

7.1. Cartera mínima de prestaciones en nivel de especialidad

- Confección, ajuste y rebasado de férula oclusal
- Terapia farmacológica
- Terapia bioconductual
- Fisioterapia
- Infiltración intra y periarticular
- Artrocentesis en Articulación Temporomandibular (ATM)
- Bloqueo Anestésico y/o Medicamentoso

Nota: Los usuarios en tratamiento por TTM&DOF podrían requerir manejo multidisciplinario o interdisciplinario, por lo que en la medida que sea posible se trabajará con otros profesionales de la salud como psiquiatra, psicólogos, neurólogo, otorrinolaringólogo, kinesiólogo entre otros.

7.2. Criterios de priorización

Prioridad Alta

- Pacientes con dolor severo orofacial y franco detrimento funcional y/o social producto de patología:
  - Dolor ATM, temporal y/o maseterino
  - Dolor Orofacial de origen no musculoesqulético: Dolor Orofacial Neuropático
- Pacientes con apertura máxima < a 20 mm interincisal con evolución menor a 2 meses.

- Pacientes de alta con menos de 1 año de la especialidad y que cumplan criterio de inclusión.

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 resolutiva.
Todo paciente derivado a la especialidad de TTM&DOF 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.
- 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. Registro de Información:

Registro en ficha clínica de establecimiento de origen, que informe la indicación de la interconsulta.

Realizar la solicitud de interconsulta en el sistema informático, la cual se tramita 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. Criterio de Alta de la especialidad

a. Finalizado el tratamiento en la especialidad de TTM&DOF:
   - Paciente que mejore sus funciones básicas (comer, hablar) y condición social (obligatorio)
   - Percepción global de mejoría: dolor que no afecta desarrollo de vida diaria ni afecte calidad de vida (obligatorio)
   - Apertura de al menos 40 mm interincisal (deseable)
   - Reducción de EVA según caso (deseable):
     i. Dolor agudo en 80%.
     ii. Dolor Crónico en 50%.
     iii. Dolor no musculoesquelético en 50%.

- En caso de persistencia del dolor que no afecte vida diaria, éste deberá ser intermitente, hasta dos veces por semana, máximo 30 minutos y que ceda a AINES.
- El uso crónico de dispositivos orales y/o terapia farmacológica requerirá controles periódicos en la especialidad.

b. Por causa administrativa

- La inasistencia continuada o no solicitud de atención por parte del paciente a controles de tratamiento de TTM&DOF por un periodo 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 INASISTENCIA A TRATAMIENTO, ausencia por 6 meses.
- 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 (Anexo 3: Consentimiento Informado)

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

7.6. 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 TTM y DOF. 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.

7.7. 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 clínicasque requiera al nivel primario. Para operatoria y extracciones dentales, debe informar los dientes a tratar en formato FDI. Será responsabilidad del establecimiento de origen de contrarreferencia hacer el seguimiento del pacientepara asegurar que éste vuelva a completar su terapia con el especialista una vezfinalizados 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.

c) Altas de Especialidad
- Finalizado el tratamiento en la especialidad de TTM&DOF.
- Por causa administrativa.
- La contrarreferencia debe incluir indicaciones y controles sugeridos que debe seguir en APS (incluir periodicidad).

Una vez realizada la atención de especialidad, se debe entregar la contrareferencia al usuario y a la unidad odontológica derivadora.
El centro de referencia enviará al establecimiento derivador APS la información de la atención brindada considerando diagnóstico, tratamiento realizado, estado del usuario, indicaciones y alertas clínicas a pesquisar por odontólogo APS que requieran nueva derivación.

8. Indicador: Pertinencia de derivación

Denominación del Indicador	Porcentaje de Pacientes que cumplen en la aplicación del protocolo de derivación a Especialidad en TTM&DOF.	Responsable: Especialistas en TTM& DOF.
Objetivo	Evaluar la pertinencia de la derivación de pacientes desde los establecimientos de la red del S.S Aconcagua APS a la especialidad de TTM&DOF	
Descripción y Racionalidad	Este indicador evaluará la proporción de pacientes derivados de manera pertinente según criterio clínico del especialista e indicaciones del protocolo, versus el total de pacientes referidos.	

	Requisitos para la evaluación: 1. Mantener un registro de pertinencia en el Servicio de TTM&DOF.	
Dominio	Indicador de Resultado.	
Excepciones	No aplica.	
Fórmula: Numerador/Denominador * 100	Numerador: Total de pacientes derivados con pertinencia a la especialidad de TTM&DOF	
	Denominador: Total de pacientes derivados a la especialidad de TTM&DOF.	
Rango de Desempeño: Rango máx.: 100% Rango mín.: 80%	**Criterios de interpretación de los resultados: Umbrales 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.	
Muestreo Recomendado	Total de pacientes derivados a la especialidad de TTM&DOF desde la APS	
Frecuencia	Semestral	
Responsable	Realizado por jefe de SOME de establecimiento correspondiente.	

9. Norma y Referencias

- Protocolo Referencia y Contrarreferencia Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (Versión 1, Agosto 2019)

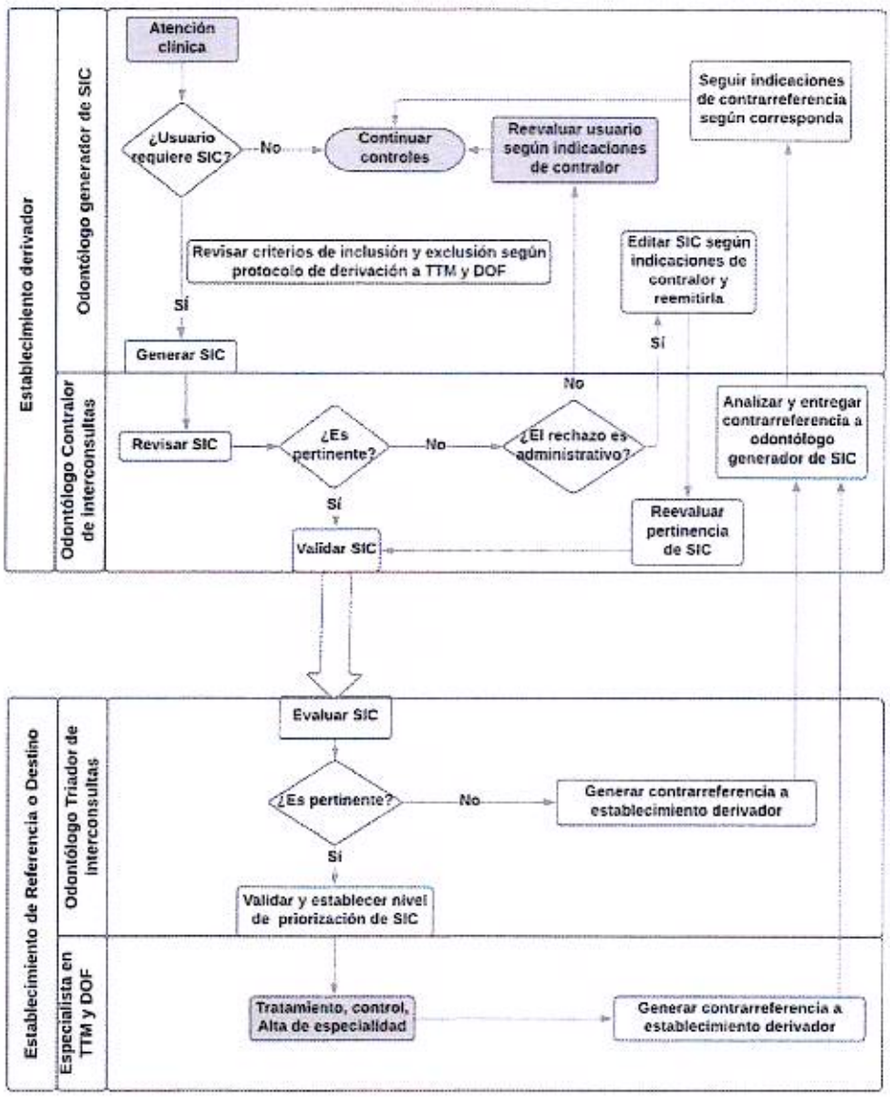
10. Distribución

➢ Director Hospital San Juan de Dios de Los Andes	C.C.: Jefe Unidad Dental C.C.: Jefe Unidad Neurología
➢ Director Hospital San Camilo de San Felipe	C.C.: Jefe Unidad Dental C.C.: Jefe Unidad Neurología C.C.: Jefe Unidad Otorrinolaringología
➢ 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	
➢ Directora Cesfam José Joaquin 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	

11. Anexos

11.1. Anexo I: Flujograma de derivación a especialidad TTM&DOF

FLUJO DE RED: ESPECIALIDAD TTM&DOF



11.2. Anexo II: Definiciones de especialidad

DOLOR DE ATM, MÚSCULOS TEMPORALES Y/O MASETEROS		
Cuadro de Dolor	**Características Clínicas**	**Características del Dolor**
Dolor Muscular Temporal y/o Maseterino	El dolor muscular puede ser provocado o exacerbado con los movimientos mandibulares o replicada/provocada con la palpación.	Los pacientes comúnmente describen las mialgias masticatorias como dolores tensos, pesados, opresivos, sordos o simplemente como sensibilidad; y pueden o no estar asociados a limitación de apertura
	Se manifiesta de manera unilateral pero también puede comprometer los músculos de manera bilateral (en estos casos suele doler un lado con mayor intensidad que el otro). Los pacientes que aquejan dolor muscular masticatorio suelen localizar su dolor alrededor del oído, en el ángulo/ cuerpo mandibular y en la región temporal.	Dolor de más de 3 meses de evolución. Dolor Moderado a Severo.
	Puede producir limitación de apertura o no.	Con o sin limitación de Apertura
	Pueda dar patrones de dolor proyectados (patrón de dolor difuso localizado en la zona anatómica del músculo) o referidos (el dolor se percibe fuera de la estructura anatómica del músculo pudiendo referir a otras estructuras con otra innervación neuroanatómicas como dientes o la ATM entre otros) siendo fáciles de confundir con otras fuentes de dolor orodentales.	Deterioro de función mandibular (masticar, abrir la boca o hablar)
Dolor de ATM	Correspondiente al dolor proveniente de distintas estructuras de la articulación temporomandibular. (**cápsula, sinovial o tejido retrodiscal**)	Dolor de más de 3 meses de evolución. Dolor Moderado a Severo.

	El dolor articular generalmente puede ser provocada o aumentar con los movimientos mandibulares, la función o alguna parafunción. El dolor articular puede ser espontáneo y persistente, o provocado al realizar ciertos movimientos mandibulares o la palpación.	Las artralgias comúnmente se presentan clínicamente como dolores localizados en la zona pre-auricular (por delante del oído), o derechamente el oído.
		Con o sin limitación de Apertura Deterioro de función mandibular (masticar, abrir la boca o hablar)

DOLOR OROFACIAL DE ORIGEN NO MÚSCULO-ESQUELETICO

Cuadro de Dolor	Características Clínicas	Características del Dolor
Dolor Orofacial de Origen No M-E (Neuralgia de Trigémino)	Mayores de 50 años Afecta territorio trigeminal extra e intraoral Unilateral, generalmente afecta V2 o V3. Episodios que duran de segundos a minutos. Periodos sin dolor largos, refractarios post crisis. Provocados al tacto suave.	Dolor espontaneo o provocado. Eléctrico, como un disparo, fulminante. De carácter paroxístico. Zonas Gatillos generalmente identificadas por los pacientes, que pueden estar ubicadas en estructuras dentoalveolares. Dolor Severo, No responde a AINES
Dolor Orofacial de Origen No M-E (Neuropatía Trigeminal Post-traumática.)	Iatrogénica por daño de estructura nerviosa. Historia de procedimiento quirúrgico asociado al daño. Dolor Proyectado en nervio o zona dañada Inicia tiempo después a daño, aprox. 3- 6 meses después.	Dolor provocado o espontaneo. Dolor Tipo quemante o eléctrico. Presenta cambios sensitivos mixtos, en donde se mezclan alodinia, hiperalgesia con zonas de hipoestesia. Dolor Moderado a Severo Gatilladas por gran variedad de estímulos (térmicos, mecánicos, tacto o dolor), que pueden estar en cercanias de focos dentoalveolares.
Dolor Orofacial de Origen No M-E (Dolor Facial Atípico)	Generalmente mayores de 40 años.	Persistente, sordo, a veces quemante o ardor, de características neuropáticas.

	Difícil de localizar.	Evidencia creciente de que podría corresponder a una neuropatía post-traumática.
	Carácter variable, persistente.	Dientes o piezas afectadas clínicamente sanas o con procedimientos odontológicos bien realizados.
	Puede haber antecedentes previos o no.	
	Asociado a veces a tratamientos endodónticos o exodoncias dentales.	
	Múltiples intervenciones dentales sin alivio del dolor.	
	Rango etario variable dependiendo la cefalea.	De carácter caliente, punzante, palpitante, con puñaladas, rítmico.
	Generalmente corresponden a dolores fronto-ocular o perioculares (V1), unilaterales, que pueden afectar el maxilar o mandíbula.	Severo o muy severo, inhabilitante.
Dolor Orofacial de Origen No M-E (Cefaleas de presentación Facial)	El dolor puede durar de un par de minutos hasta horas.	Si se proyecta a V2 o V3 fácil de confundir con pulpitis.
	Asociado a nauseas, vómitos, o fotofobia, fonofobia, lagrimeo, congestión nasal, ptosis, rinorrea, enrojecimiento facial, o sensibilidad en el cuero cabelludo.	
	Gatillado con alimentos, olores, fármacos, alcohol, ejercicio, tacto en zonas gatillos.	

RUIDOS ARTICULARES, LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO Y BLOQUEO ABIERTO		
Cuadro Clínico	**Características Clínicas**	**Signos y Síntomas**
RUIDOS ARTICULARES	Los ruidos articulares se producen cuando el disco se encuentra en mal posición con respecto al cóndilo.	

	Desplazamiento discal con reducción. Cuando el cóndilo logra sobrepasar el disco articular en movimiento de apertura bucal o lateralidad reduciendo parcial o totalmente el disco; o no luxándose durante el cierre mandibular o lateralidad. Se traduce en un ruido articular simple, clic o chasquido con/sin sensación de trabamiento.	Ruido Tipo Clic detectado a la palpación o referido por el paciente, en apertura, cierre o lateralidades. (Desplazamiento discal con Reducción
	Desplazamiento Discal sin Reducción Cuando el paciente tiene un desplazamiento discal en la cual el cóndilo mandibular no logra sobrepasar el disco articular durante el movimiento de apertura mandíbula, en ésta situación el disco desplazado actúa como un impedimento mecánico imposibilitando que el cóndilo reduzca el disco articular. Produciendo limitación del movimiento condilar en lado afectado.	Paciente sin ruidos Articulares o con ruidos articulares Intermitentes. Asociado Menor movilidad del cóndilo afectado; con/sin Limitación de Apertura y Desviación no corregida hacia el afectado
	El Ruido tipo arena, indica roce de las superficies articulares de la ATM durante los movimientos mandibulares y se denomina crépito. El crépito generalmente se asocia en **enfermedad articular degenerativa témporomandibular.**	Generalmente, los pacientes se quejan o clínico puede pesquisar ruidos compuestos, que se asemejan a gravilla o arenilla puede ser indicador que exista una anomalía disco-condilar en donde los tejidos blandos se encuentren perforados, dando cuenta del roce de superficies óseas o cartilaginosas no discales.
Limitación de Apertura	Paciente reporta sensación de Apertura disminuida	Puede ser de Origen Muscular o Articular
	Apertura Interincisal menor a 30mm	
	Con o sin Dolor	

Bloqueo Abierto (Subluxación y Luxación)	Se asocian a la inhabilidad del paciente para cerrar la boca después de realizar una apertura máxima	En La ***subluxación*** el paciente realiza una maniobra con la mandíbula permitiéndole volver a cerrar la boca.
		En la **luxación articular**, el paciente no logra cerrar la boca pese a que lo intenta y requiere de asistencia de un profesional que le realice una maniobra de reducción, este último se conoce como bloqueo abierto.
		Tanto la subluxación como la luxación articular puede afectar a una o ambas articulaciones

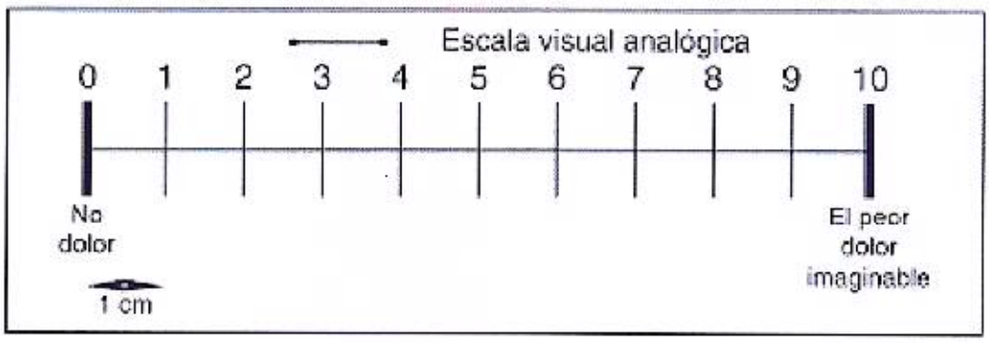
11.3. Anexo III: Escala Visual Análoga (EVA)

Herramienta que se usa para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La escala visual analógica para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente.

La valoración será:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8

La evaluación constante de la evolución de la percepción del dolor por parte delpaciente es fundamental, ya que va a permitir la medición de la efectividad del tratamiento al que se encuentra sometido.



11.4. Anexo IV: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL

Yo_____Rut: _____

La especialidad de Trastornos Temporomandibulares y dolor Orofacial se encarga de la prevención, diagnóstico y/o tratamiento del dolor Orofacial, desordenes musculo esqueléticos de diversa etiología, trastornos del sueño y del movimiento relacionados a estructuras de la cara y boca:

- Trastornos de la articulación temporomandibular (como trabas, ruidos o mal funcionamiento de la mandíbula).
- Dolores musculares en músculos masticatorios y en músculos cervicales
- Dolores neurovasculares (como cefaleas).
- Dolores de origen en los nervios (neuralgias), teniendo en consideración factores que puedan intervenir en ellos, como los trastornos del sueño relacionados (bruxismo, apneas de sueño), los factores psicológicos, distonías orofaciales (movimientos incontrolables y/o involuntarios).
- Otros dolores orofaciales

Los tratamientos son variados y dependen de la patología específica. Estos pueden ser

- Educación, cambios de hábitos y medida conductual y de autocuidado
- Uso de fármacos de distintos tipos
- Uso de Dispositivo intraoral de distintos tipos, según corresponda
- Terapias mínimamente invasivas: infiltraciones musculares y/o articulares o lavados articulares (Artrocentesis), con o sin medicamento, con sus respectivos controles.

El tratamiento conlleva un alto compromiso por parte del paciente en cuanto al tiempo y a los cambios de hábitos e indicaciones dadas por el especialista. Los objetivos del tratamiento son el control del dolor y el mejoramiento de la función mandibular.

Declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento en la especialidad de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial. He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) respectivo(s). La hora de citación debe ser respetada y el atraso máximo será de 15 minutos, después de ese margen se dará una nueva citación.

Las inasistencias sin justificar, por un período máximo de 3 meses será motivo de alta del paciente el que deberá volver a su Consultorio y ser derivado nuevamente para empezar nuevamente el tratamiento. La ausencia de 3 o más sesiones, es causal de alta administrativa.

FECHA:.....

_____ _____

Firma Profesional

Firma Paciente o Apoderado

12. Revisión.

Revisión	Registro de Modificaciones	Memorando que dispone (si corresponde)	
Nº	Detalle	Nº	Fecha
01	Creación Protocolo, aprobación y difusión		Marzo de 2020
02	Modificación Protocolo: Actualización Mapa Derivación		Agosto de 2022