
 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO Y GUÍA DE MANEJO PARA LA DERIVACIÓN A LA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</p>	Edición : 1
		Fecha : 2020
		Página :1 de 24
		Vigencia: 2022

# PROTOCOLO Y GUÍA DE MANEJO PARA LA DERIVACIÓN A LA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL

**DR. SAMUEL BRINCK MUÑOZ**  
**ASESOR ODONTOLÓGICO**  
**DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

<p><b>ELABORADO POR:</b> Dr. Miguel Fuentealba F. Especialista en TTM y DOF Hospital San Pablo de Coquimbo</p> <p>Dr. Samuel Brinck M. Especialista en Periodoncia Dirección Servicio de Salud Coquimbo</p>	<p><b>REVISADO POR:</b> Subdirector de Gestión Asistencial DSSC Subdirección de APS, DSS Coquimbo Jefe Subdepto. Integración de la Red, DSSC Jefe Subdepartamento de Estadística, DSSC Jefe de TICs, DSS Coquimbo Jefes de SEOs Región de Coquimbo</p>	<p><b>APROBADO POR:</b> Subdirector de Gestión Asistencial Servicio de Salud Coquimbo Subdirector de Atención Primaria Servicio de Salud Coquimbo</p>
<b>FECHA: MARZO 2020</b>	<b>FECHA: MARZO 2020</b>	<b>FECHA: MARZO 2020</b>

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :2 de 24
		Vigencia: 2021

## **CONTENIDO**

I.- COMISIÓN REVISORA SS.

II.- DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

III.- INTRODUCCIÓN

IV.- MAPA DE DERIVACIÓN EN RED

- Mecanismo de referencia y contrarreferencia
- Modelo de contraloría clínica
  - Funciones del contralor Odontológico en establecimiento de origen
  - Funciones del contralor en establecimiento de destino

V.- OBJETIVOS

- Objetivo general
- Objetivos específicos

VI.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

VII.- POBLACIÓN OBJETIVO

- Criterios de inclusión
- Criterios de exclusión

VIII.- DEFINICIONES

- Dolor orofacial
- Medicina de sueño odontológica y trastornos del movimiento:
- Oclusión
- Trastornos de los músculos masticatorios.
- Trastornos funcionales de la ATM
- Incompatibilidad estructural de las superficies articulares
- Dolor orofacial (dolor neuropático y cefaleas)
- Parafunción en estado de sueño.
- Trastornos de movimiento oromandibular. (Distonía oromandibular)

IX.- CARTERA DE PRESTACIONES DE LA ESPECIALIDAD DE TTM Y DOF

X.- RENDIMIENTOS ESTANDARIZADOS Y DETALLE DE PRESTACIONES DE TTM Y DOF

XI.- CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

XII.- CONDICIONES CLÍNICAS DE PERMANENCIA Y PREVIO TRATAMIENTO

- Manejo inicial en atención primaria previo a la derivación
- Manejo inicial para TTM doloroso en APS

XIII.- CRITERIOS Y CONDICIONES DE DERIVACIÓN A ESPECIALIDAD

- Documentación requerida para la derivación
- Proceso de generación de interconsulta

XIV.- CUIDADOS PRE Y POST OPERATORIOS

XV.- CRITERIO DE ALTA DE LA ESPECIALIDAD

XVI.- CONTRARREFERENCIA

- Requisito formal que el documento debe contener
- Tipos de Contrarreferencia
- Altas de Especialidad

XVII.- SITUACIONES DE URGENCIA QUE SE ESCAPEN A ESTE PROTOCOLO

XVIII.- TELÉFONO DE CONTACTO CON LA ESPECIALIDAD DE TTM Y DOF

XIX.- DISTRIBUCIÓN

XX.- REGISTRO


XXI.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

XXII.- PLAN DE DIFUSIÓN A LA RED

XXIII.- BIBLIOGRAFÍA

XXIV.- ANEXOS

- Flujo manejo y derivación
- Flujos de Atención: Dolor ATM
- Flujos de Atención: Sonido Articular
- Flujos de Atención: Limitación de Apertura
- Flujos de Atención: Bloqueo Mandibular
- Propuesta Consentimiento Informado

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :3 de 24
		Vigencia: 2021

### **I. COMISIÓN REVISORA SS**

- Subdirector de Gestión Asistencial DSS Coquimbo
- Subdirección de APS ,DSS Coquimbo
- Jefe Subdepto. Integración de la Red ,DSS Coquimbo
- Jefe Subdepartamento de Estadística , DSS Coquimbo
- Jefe de TICs, DSS Coquimbo
- Jefes de SEOs Región de Coquimbo

### **II.- DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

El documento que se desarrolla a continuación está determinado por un valor primario, definido por razones profesionales o éticas, sin influencia de un segundo interés. Es por esto, que se declara que no se usan incentivos de cualquier índole, dirigidos a los profesionales que elaboran, revisan y utilizan este protocolo. Así mismo no se utilizan marcas comerciales de productos farmacológicos

### **III.- INTRODUCCIÓN**

#### **LOS TRASTORNOS TEMPORO MANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL**

Los Trastornos Temporomandibulares (TTM) son un grupo heterogéneo de patologías que afectan la articulación temporomandibular (ATM), músculos masticatorios, o ambos (Griffiths, 1983). Caracterizadas clásicamente por una triada de signos descritos en clínica: dolor muscular o articular; ruidos articulares; y restricción, desviación o deflexión en la apertura mandibular (Laskin, 1969). A esto último se debe agregar las patologías de origen neurológico que cursan con dolor en el territorio Orofacial y la medicina del sueño Odontológico.


Estos trastornos se caracterizan por dolores de tipo opresivo, cansado, punzante, con limitación de movimientos necesarios para realizar actividades comunes como la alimentación, fonación etc. Debido a la falta de criterios de derivación a estas patologías se realiza este protocolo.

La prevalencia real de TTM a nivel poblacional es una cuestión de debate, debido a la falta de homogeneidad en los criterios de diagnóstico que adoptaron las diferentes investigaciones. Hay evidencia de que la prevalencia de signos y síntomas de TTM pueden ser altos en la población general (Dworkin et al., 1990). En forma conservadora se podría estimar que el número de individuos en la población general con algún TTM es del orden del 40-50%. La mayor prevalencia de síntomas de TTM se ha observado entre los 20 y 40 años de edad, con menor prevalencia en los más jóvenes y las personas mayores (Leresche et al., 2008).

Existe controversia respecto a la etiología de los TTM, es por ello, que se prefiere hablar de factores de riesgo de los TTM, los cuales no son capaces de provocar enfermedad por sí solos, pero asociados con otros factores, sobrepasan la capacidad homeostática del individuo desencadenando la patología (Okeson, 2003; Pino, 2001).

Dependiendo del rol que desempeñen estos factores de riesgo hablaremos de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes (Okeson). Estos factores son altamente controlables cuando son detectados en etapas tempranas del proceso patológico.

Dada la necesidad de muchos pacientes con TTM&DOF, que actualmente se encuentran sin atención, o incluso, sin ser derivados al especialista, se vuelve indispensable la elaboración de un protocolo de referencia y contrarreferencia, que permita informar a la comunidad de profesionales de la salud respecto a criterios de derivación y el flujograma, desde el momento en que se genera la interconsulta hasta que el paciente es atendido y contrarreferido a su establecimiento de origen.

 Servicio de Salud Coquimbo  Ministerio de Salud	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA          ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS          TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL          SUBDIRECCION DE APS          SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :4 de 24
		Vigencia: 2021

#### IV.- MAPA DE DERIVACIÓN EN RED

A continuación se presenta el mapa de derivación a la Especialidad e TTM y DOF

PROVINCIA	COMUNA (GENERACIÓN DE IC)	ESPECIALIDAD A LA QUE SE DERIVA	ESTAB. DE DESTINO DE LA IC	NOMBRE DEL BOX A DONDE IRA LA IC
ELQUI	LA HIGUERA	TRASTORNOS TEMPOROMANDIB ULARES Y DOLOR OROFACIAL	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO	TRASTORNOS TEMPOROMAN DIBULARES Y DOLOR OROFACIAL
	LA SERENA			
	PAIHUANO			
	VICUÑA			
	ANDACOLLO			
	COQUIMBO			
	ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS H DE COQUIMBO			
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS H DE LA SERENA				
LIMARÍ	RÍO HURTADO			
	PUNITAQUI			
	OVALLE			
	COMBARBALA			
	MONTE PATRIA			
	ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS H DE OVALLE			
CHOAPA	CANELA			
	ILLAPEL			
	SALAMANCA			
	LOS VILOS			
	ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS H DE ILLAPEL			


En el “Mapa de Red” precedente, se muestran los establecimientos que conforman la Red Odontológica de la Región de Coquimbo. Para que este diseño funcione tiene que contar con un sistema de comunicación que permita que este beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta Red. Este mecanismo técnico administrativo recibe el nombre de Referencia y Contrarreferencia:

#### MECANISMO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- A) **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 resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
- B) **Referencia (sinónimo de derivación):** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio y resolución integral del problema de salud.
- C) **Contrarreferencia:** Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.
- D) **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados y validados por la Red asistencial donde se aplican
- E) **Pertinencia:** Derivación de acuerdo a los Protocolos de Referencia y contrarreferencia de la Red.

Se pueden identificar **dos tipos de No Pertinencia:**

- **No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación:** esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contrarreferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
- **No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión** del problema de salud causante de la derivación.

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :5 de 24
		Vigencia: 2021

## MODELO DE CONTRALORÍA CLÍNICA

### **Funciones del contralor Odontológico en establecimiento de origen**

- Verificar que las Interconsultas cumplan con la pertinencia Clínica y Administrativa según el protocolo establecido.
- Verificar que los 100% de las solicitudes de interconsulta (SIC) incompletas o mal emitidas sean devueltas al odontólogo tratante, y se defina conducta sobre ellas.
- Revisa completitud de los datos administrativos y clínicos, fundamentos diagnósticos, concordancia con los protocolos y redes de derivación locales, según esto la Solicitud puede ser:
  - Validada:** la Solicitud continúa el proceso, la solicitud pasa al estado “Ingreso” y es enviada al Establecimiento de destino. (Referencia)
  - No Validada:** en este caso la solicitud pasa al estado mal emitida, por ende, la solicitud es enviada al profesional tratante para que la solicitud sea reevaluada detallando la causa de no validación.
- 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, el contralor APS retroalimentará al dentista generador de la IC la razón por la cual **El usuario no podrá ser derivado.** Además, el contralor deberá dejar constancia en ficha (papel) o sistema digital de registro de atención, el fundamento de la no pertinencia. El odontólogo que originó la interconsulta deberá comunicarle al paciente que su diagnóstico es de resolución y/o seguimiento en Atención Primaria. El contralor debe monitorear que esa información sea efectivamente entregada al usuario.
- Evaluar el registro del fundamento clínico y el resultado de los exámenes necesarios para la derivación según lo establecido en el protocolo de referencia y contrarreferencia vigente. En caso de que en la Interconsulta no se describa adecuadamente el fundamento clínico o que los exámenes estén incompletos, el profesional contralor reenviará la IC al profesional que la originó con las observaciones. El profesional emisor de la IC deberá completar los datos faltantes reemitiendo la Interconsulta. En caso de no estar disponible el profesional emisor de la IC original y/o es prioritaria la derivación del paciente, el profesional contralor APS excepcionalmente, podrá reevaluar la interconsulta para completar los datos faltantes.
- Categorizar la priorización de la IC según lo establecido en protocolo de referencia y contrarreferencia vigente.
- 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 redireccionadas por el contralor APS al momento de su revisión.
- Capacitar y actualizar a los odontólogos de su establecimiento APS acerca del mapa de derivación y los protocolos de referencia y contrarreferencia vigentes.


### **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.
- Derivaciones del nivel secundario desde especialidades médicas a odontológicas:
  - Éstas podrán ser:
    - De especialidad odontológica a otra especialidad odontológica
    - De médico especialista a odontólogo especialista

Las derivaciones deben cumplir con el protocolo establecido de completitud de datos, pertinencia clínica y administrativa. Posteriormente el **Contralor de la Especialidad** deberá revisar la pertinencia de éstas y aceptarlas o rechazarlas según corresponda.

**En caso de que la interconsulta, no cumpla con protocolo mínimo, tales como: presencia de lesiones de Caries, enfermedad periodontal no controlada u otras situaciones clínicas que requieren manejo previo, la interconsulta deberá ser enviada a APS para su resolución y posterior derivación desde este nivel a la atención secundaria.**

El modelo de contraloría clínica se establece como una propuesta para mejorar la gestión de los casos en Red y es necesario que se genere la Programación de los Profesionales que intervienen en esta estrategia.

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :6 de 24
		Vigencia: 2021

## **V.- OBJETIVOS**

### **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

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estandarizar la cartera mínima de prestaciones de los diferentes niveles de atención de la Red de salud en el ámbito de TTM y DOF.
- Dar a conocer los criterios clínicos de derivación, los criterios de priorización en la atención de especialidad y los procedimientos administrativos asociados para realizar una referencia entre los diferentes niveles de atención de la red de salud.
- 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.
- Fortalecer la integración y comunicación de la red asistencial pública, bajo el modelo de redes integradas que garantice acceso y oportunidad de atención de LOS USUARIOS.

## **VI.- ÁMBITOS 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 pública de Salud.
- Se debe considerar la difusión entre los comités de gestión de listas de espera y/o comités de gestión de la demanda locales, equipos Directivos y referentes técnicos.
- Este documento establece los lineamientos para la derivación de pacientes desde los establecimientos de origen a los establecimientos de salud que cuentan con cirujanos dentistas especialistas en trastornos temporomandibulares y dolor orofacial, con registro ante la superintendencia de salud
- Será utilizado en la Red de Salud, con el fin de estandarizar criterios de referencia y contrarreferencia de pacientes, criterios administrativos y de flujo entre la Especialidad de TTM & DOF y los distintos niveles de atención, en cada uno de los Servicios de Salud. además entrega la definición de cartera de prestaciones, consideraciones sobre rendimientos estandarizados y detalle de prestaciones, gestión de demanda y recursos necesarios.

## **VII.- POBLACIÓN OBJETIVO**


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

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

<b>CRITERIO DE INCLUSIÓN, DIAGNÓSTICOS PARA DERIVAR Y CONSENSO CIE 10 PARA EL ENVIÓ DE INTER CONSULTAS</b>			
<b>CRITERIO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>DIAGNOSTICO POSIBLES PARA DERIVAR A LA ESPECIALIDAD DE TTM Y DOF</b>	<b>NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO Y CODIFICACIÓN EN NOMENCLATURA ( CIE10 CONSENSO)</b>
Dolor ATM, temporal y/o maseterino (ICD-10 M26 62; ICD-10 M79 1)	El dolor articular o muscular masticatorio puede ser espontáneo, provocado o exacerbado con los movimientos mandibulares replicado o provocado con la palpación de región preauricular, músculos maseteros o temporales. Se debe descartar dolor de origen dentario. Que no responde MANEJO INICIAL EN APS o que vuelve a consultar por el mismo motivo antes de 6 meses.	Co contracción protectora Dolor muscular local Dolor Miofacial Mioespasmo Mialgia de mediación central Alteraciones del complejo cóndilo-disco Incompatibilidad estructural de las superficies articulares	<b>NOMBRE DIAGNOSTICO QUE SE USARA POR CONSENSO EN CIE10:</b> Trastorno de la articulación Temporo maxilar  <b>CODIGO CIE10:</b> K076


 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :7 de 24
		Vigencia: 2021

<p>Dolor Orofacial de Origen No Músculo Esquelético - Dolor Orofacial Neuropático (ICD 10 G50.0) (ICD 10 G50.8) (ICD 10 G44.00)</p>	<p>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.</p> <p>Dolor facial que al menos tenga una de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· EVA (Escala Visual Análoga) mayor a 7 al menos 3 veces por semana y de carácter intermitente o constante, provocado o espontáneo que no responde a analgesia (AINES)</li> <li>· Carácter eléctrico o quemante que no responde a analgesia (AINES)</li> <li>· Alteraciones de la sensibilidad</li> <li>· Habiendo descartado cualquier dolor de origen pulpar, Periapical o periodontal</li> </ul>	<p>Dolor Neuropático</p>	<p><b>NOMBRE DIAGNOSTICO QUE SE USARA POR CONSENSO EN CIE10</b> :Trastorno de nervio craneal, no especificado</p> <p><b>CODIGO CIE10:</b> G529</p>
<p>Dolor Orofacial de Origen No Músculo Esquelético - Cefaleas</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 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)</li> <li>· Habiendo descartado cualquier dolor de origen pulpar, Periapical o periodontal</li> </ul>	<p>Migraña  Cefalea tensional  Cefaleas trigenimo-autonomicas</p>	<p><b>NOMBRE DIAGNOSTICO QUE SE USARA POR CONSENSO EN CIE 10 :</b> migraña</p> <p><b>CODIGO CIE10:</b> G432</p> <p><b>NOMBRE DIAGNOSTICO QUE SE USARA POR CONSENSO EN :</b> cefalea tensional</p> <p><b>CODIGO CIE10:</b> G442</p> <p><b>NOMBRE DIAGNOSTICO QUE SE USARA POR CONSENSO EN CIE10 :</b> otros síndromes de cefaleas especificados</p> <p><b>CODIGO CIE10:</b> G448</p>
<p>Dificultad o limitación del movimiento mandibular permanente o intermitente (ICD 10 M26.62)</p>	<p>Paciente relata disminución franca en apertura bucal que produce limitación importante de calidad de vida o imposibilidad de atención odontológica. Paciente no responde a manejo inicial en APS o que vuelve a consultar por el mismo motivo antes de 6 meses. Si tiene menos de 2 meses de evolución, derivación con prioridad. Paciente que no logra ser atendido debido a que tiende al cierre mandibular y que no responde a manejo inicial en APS. Se incluye bloqueo cerrado. Cuando se la causa principal de consulta del paciente o dicha limitación afecte calidad de vida o atención odontológica</p>	<p>Trastornos del movimiento oromandibular</p>	<p><b>NOMBRE DIAGNOSTICO QUE SE USARA POR CONSENSO EN CIE10 :</b> distonia orofacial idiopática, discinesia orofacial</p> <p><b>CODIGO CIE10:</b> G244</p>

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :8 de 24
		Vigencia: 2021

	Generalmente se considera una apertura menor a 30mm interincisal.		
Rechinamiento/Aprietamiento dentario actual y frecuente reportado por terceros, asociado con fatiga mandibular y/o cefalea temporal matinal; con la presencia de desgastes dentarios de más de un tercio del diente, con o sin presencia de ronquidos y/o reflujo gastroesofágico (ICD 10 G47.63) (ICD 10 G47.33)	Actual: último mes Frecuente: más de 3 veces por semana Aplicable a población infantil y adulta	Bruxismo de sueño	<p><b>NOMBRE DIAGNOSTICO QUE SE USARA POR CONSENSO EN CIE10:</b> Trastorno del sueño , no especificado</p> <p><b>CODIGO CIE10:</b> G479</p>
Ruido articular sintomático: Sonidos detectados mediante la palpación de las ATMs o informados por el paciente durante el examen	<p>Pueden darse en cualquiera de los movimientos mandibulares (apertura, cierre, lateralidad o protrusión):</p> <p>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 (DC/TMD 2014)</p> <p>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 (DC/TMD 2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Paciente que no responda a manejo inicial de APS que presente sonido articular que se presente con dolor, y/o con sensación de bloqueo mandibular intermitente, y/o con agravamiento de la frecuencia e intensidad.</li> <li>· Paciente que vuelve a consultar por el mismo motivo antes de 6 meses.</li> </ul> <p>En el caso de crépito en personas menores de 60 años, derivar siempre.</p>	Trastorno inflamatorio de la ATM	<p><b>NOMBRE DIAGNOSTICO QUE SE USARA POR CONSENSO EN CIE10:</b> trastornos de la articulación temporomaxilar</p> <p><b>CODIGO CIE10:</b> K076</p>
Bloqueo mandibular abierto a repetición	<p>Imposibilidad de cerrar la boca luego de una apertura bucal amplia y/o prolongada</p> <p>Solo cuando se presente repetidamente, más de 2 veces en 6 meses y no reducible por paciente</p>	Trastorno del movimiento	<p><b>NOMBRE DIAGNOSTICO QUE SE USARA EN CIE10:</b> trastorno del movimiento oromandibular</p> <p><b>CODIGO CIE10:</b> G244</p>



 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :9 de 24
		Vigencia: 2021

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que presenten patología dolorosa de origen pulpar y/o periodontal en relación a 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 modelo de atención con que cuente el servicio de salud correspondiente.
- 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 y cooperación del mismo por parte del usuario.
- Pacientes no desenfocados, que se encuentren con restos radiculares y caries activas.

#### VIII.- DEFINICIONES

La Especialidad Odontológica en Trastornos Témporomandibulares y Dolor Orofacial obtiene su base teórica en 4 pilares:

**Dolor Orofacial:** Corresponde a las patologías dolorosas del territorio craneofacial y cervical donde se distinguen dos grandes grupos. El Dolor Neuropático que se caracteriza por la alteración de la vía nerviosa y se puede presentar con los signos positivos o negativos del dolor neuropático; por ejemplo alodinia que se define como el dolor provocado por un estímulo no doloroso, o hiperalgesia donde se produce un aumento de la percepción dolorosa frente a un dolor común. En el caso de los signos negativos puede ocurrir la anestesia o parestesia. Dentro de este grupo se encuentran las Neuralgias craneales (Trigeminal, glosofaríngea etc.) Neuralgias postherpéticas, Neuritis etc. Respecto al otro grupo de dolor somático, se caracteriza por el dolor por estimulación de las vías nerviosas sensitivas es decir por una noxa, dentro de este grupo se encuentran los trastornos témporomandibulares, el dolor glandular, etc. También describen dolores mixtos o también llamados neurovasculares donde se ubican las cefaleas primarias tales como la migraña, cefalea tipo tensional, cefaleas autonómicas trigeminales.

**Medicina de Sueño Odontológica y Trastornos Del Movimiento:** Dentro de los trastornos de sueño encontramos una serie de patologías como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAHOS) que crea una gran cantidad de comorbilidades como aumento de la presión arterial, de las patologías cardíacas, se describe también disminución de 7 años de la esperanza de vida en los pacientes con SAHOS. Otra de las patologías de sueño descritas, es el bruxismo de sueño, el cual se clasifica como un trastorno del movimiento de sueño que se caracteriza por el reporte de rechinar por terceros. Estudios polisomnográficos arrojan asociado al rechinar, el aumento de la actividad simpaticocardiaca, aumento de la actividad electroencefalográfica, aumento del tono muscular y finalmente el rechinar dentario como resultado de las actividades descritas.

**Oclusión:** Consiste de forma transversal en la base de todos los Cirujanos Dentistas, el Especialista en TTM y DOF lo utiliza principalmente para dar las características a los dispositivos interoclusales de acuerdo al objetivo de tratamiento, como también ayuda en la evaluación clínica de ciertas patologías que debutan con cambios oclusales. Finalmente también como apoyo diagnóstico en conjunto con otras Especialidades Odontológicas.

#### TRASTORNOS DE LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS.

- **Co contracción Protectora:** Respuesta del SNC frente a una lesión o amenaza de lesión. En presencia de una lesión o amenaza de lesión, la secuencia normal de la actividad muscular se altera para proteger a la parte amenazada de una mayor lesión. En presencia de un estímulo sensitivo alterado o de dolor, los grupos musculares antagonistas parecen activarse durante el movimiento en un intento de proteger la parte lesionada.  
Se manifiesta clínicamente como una sensación de debilidad muscular después de alguna alteración. El paciente no muestra dolor cuando el músculo está en reposo, pero si en actividad de ese músculo. La clave para identificar la Co contracción protectora es que se produce inmediatamente después de una alteración, por lo que la anamnesis es muy importante.
- **Dolor Muscular Local:** Es un trastorno doloroso miogénico no inflamatorio primario. Habitualmente es la primera respuesta del tejido muscular a una Co contracción prolongada y es el tipo de dolor muscular agudo más prevalente en la práctica dental. Otras causas de dolor muscular local son los traumatismos locales o el uso excesivo del músculo. Clínicamente se presenta con dolor a la palpación y un aumento de dolor con la función.
- **Dolor Miofascial:** El dolor miofascial es un trastorno doloroso miogénico regional caracterizado por áreas locales de bandas de tejido muscular duro e hipersensible que reciben el nombre de Puntos Gatillo. Estudios muestran que más del 50% de pacientes derivados a unidades de dolor se les diagnosticó este tipo de patología. La característica definitiva de los Puntos Gatillo es que desencadenan un dolor profundo constante y pueden provocar efectos de excitación central. Esto favorece la aparición de dolor referido. Este dolor es el que habitualmente identifican los pacientes y no el origen de este, que está en el Punto Gatillo.

- **Mioespasmo:** Es una contracción muscular tónica inducida por el SNC. Es probable que su etiología responda a una combinación de varios factores. Los mioespasmos se reconocen con facilidad. Se producen cambios posicionales de la mandíbula según el músculo afectado. Esto puede crear determinadas maloclusiones agudas y los músculos se presentan muy duros a la palpación. Suelen tener una corta duración, sensación de un calambre agudo. Si estas contracciones se repiten frecuentemente podríamos hablar de Distonías.
- **Mialgia de Mediación Central:** Trastorno muscular crónico y continuo debido a efectos del SNC que se perciben a nivel periférico en los tejidos musculares. No se caracteriza por los signos clásicos de inflamación (eritema, tumefacción). Cuando el SNC es sometido a un impulso nociceptivo prolongado, los trayectos del tronco encefálico pueden modificarse funcionalmente, lo que provocaría una Inflamación Neurógena. Esto significa que el tratamiento no debe estar enfocado en el músculo, sino más bien en los mecanismos centrales de modulación del dolor.

#### TRASTORNOS FUNCIONALES DE LA ATM.

##### Alteraciones del complejo Cóndilo-Disco.

- **Luxación Discal con Reducción:** se caracteriza por el ruido articular que produce el movimiento de apertura y cierre mandibular. El disco articular se coloca en el lado opuesto a su situación habitual. Este desplazamiento sólo ocurre con la boca cerrada, cuando la boca se abre y la mandíbula se desliza hacia delante, el disco vuelve a su sitio produciendo un chasquido mientras lo hace. Al cerrarse la boca el disco se desliza nuevamente hacia delante haciendo a menudo otro ruido. La disfunción momentánea del disco puede ser causa de irregularidades en la superficie articular, degradación del líquido sinovial, descoordinación de la unión disco-cóndilo, aumento de la actividad muscular, o la deformación discal. Como el disco se hace cada vez más disfuncional, comienza a interferir con el movimiento normal del cóndilo y puede ser la causa del cierre mandibular permanente.
- **Luxación Discal sin Reducción:** se caracteriza por una limitación en la apertura bucal al interferir el deslizamiento normal del cóndilo sobre el disco debido a la adherencia del disco, deformación, o distrofia. En esta situación, la apertura por lo general está disminuida 20-30 mm con una desviación de la mandíbula al lado afectado durante la apertura que generalmente se acompaña de dolor.

##### Trastornos inflamatorios de la ATM.


- **Retrodiscitis:** Inflamación de la zona retrodiscal caracterizada por un dolor sordo y constante que aumenta al apretar los dientes.
- **Sinovitis/capsulitis:** Por lo general se manifiesta clínicamente por un dolor a la palpación en el polo lateral del cóndilo y dolor que se intensifica con el movimiento mandibular. La causa etiológica más común son los macrotraumatismos.
- **Osteoartritis/Osteoartrosis:** Implica cambios degenerativos de las superficies articulares que causan crepitación, disfunción mandibular, y cambios radiográficos. La osteoartrosis puede ocurrir en cualquier etapa de un desplazamiento de disco así como después de un trauma, infección, y otras causas que afecten a la integridad de la articulación como patologías reumáticas. La osteoartritis se caracteriza porque los cambios degenerativos articulares se ven acompañados de dolor, inflamación y debilidad.

#### INCOMPATIBILIDAD ESTRUCTURAL DE LAS SUPERFICIES ARTICULARES.

- **Alteraciones de la morfología.**
- **Adherencia:** Unión pasajera de las superficies articulares, sin que se produzcan cambios que se unan físicamente los tejidos entre sí.
- **Adhesión:** Unión mecánica que limita la función normal del cóndilo, el disco y la fosa articular.
- **Otros trastornos incluyen anquilosis:** Heridas traumáticas, fracturas del cuello, de la cabeza del cóndilo o del canal auditivo externo, tumores primarios benignos y malignos, metástasis, extensiones locales de tumoraciones, displasias fibrosas, y anomalías del desarrollo. La anquilosis o carencia total de movimiento puede ser debida a múltiples causas entre ellas a la existencia de huesos accesorios o a la fibrosis de la fosa condilar. Entre las causas extracapsulares destacan la poliartritis y la contracción muscular que puede causar una limitación significativa de los movimientos mandibulares. Las heridas traumáticas por lo general causan contusión y hemorragia en la unión articular y se acompañan de dolor y limitación en los movimientos.

#### DOLOR OROFACIAL ( INTRODUCCIÓN DOLOR NEUROPÁTICO Y CEFALEAS)

- **Dolor Neuropático:** resulta de un daño o enfermedad que afecta el sistema somatosensorial y puede estar asociada con sensaciones anormales llamadas disestesia y dolor producido por estímulos normalmente no dolorosos (alodinia). El dolor neuropático puede tener componentes continuos y / o episódicos (paroxística). Estos últimos se asemejan a una descarga eléctrica. Cualidades comunes son ardor o frialdad, sensaciones de "alfileres y agujas", entumecimiento y picazón.
- **Las Cefaleas:** Hacen referencias a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello.

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :11 de 24
		Vigencia: 2021

La cefalea es un síntoma muy frecuente, se estima que en los países occidentales la presenta al menos una vez al año el 50% de la población, aunque solamente el 20% ha presentado cefalea intensa en alguna ocasión a lo largo de su vida. Si bien el dolor de cabeza es un trastorno generalmente benigno y transitorio que en la mayor parte de las ocasiones cede espontáneamente o con la ayuda de algún analgésico, puede estar también originada por una enfermedad grave que ponga en peligro la vida de la persona.

La cefalea en realidad es un síntoma que puede estar originado por una interminable lista de causas. La Sociedad Internacional de Cefaleas (International Headache Society, IHS) publica una clasificación actualizada periódicamente, en la cual se explican de forma detallada los distintos orígenes de esta afección.

#### CEFALEAS PRIMARIAS

- **Migraña.** La migraña es una cefalea primaria frecuente e incapacitante. Estudios epidemiológicos han documentado su alta prevalencia y enorme impacto socioeconómico y personal. Conforme al estudio Global Burden of Disease Survey 2010, es el tercer trastorno más prevalente y la séptima causa de incapacidad en el mundo. La migraña se divide en dos subtipos principales: 1.1 Migraña sin aura, un síndrome clínico caracterizado por cefalea con características específicas y síntomas asociados, y 1.2 Migraña con aura, que se caracteriza por síntomas neurológicos focales transitorios que suelen preceder o, en ocasiones, acompañar a la cefalea. Algunos pacientes también presentan una fase premonitoria, que tiene lugar horas o días antes de la cefalea, así como una fase de resolución. Entre los síntomas premonitorios y de la fase de resolución se incluyen hiperactividad, hipoactividad, depresión, avidez por determinados alimentos, bostezos repetidos, astenia y dolor o rigidez cervical.
- **Cefalea Tensional:** La cefalea tensional es muy frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida en la población general que oscila entre el 30% y el 78% según los estudios, y tiene un muy alto impacto socioeconómico. Mientras este tipo de cefalea fue considerado fundamentalmente psicogénico, aparecieron varios estudios después de que se publicara la primera edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas, que sugerían con firmeza la posibilidad de una base neurobiológica, al menos para los subtipos más severos de cefalea tensional. La división de 2. Cefalea tensional en subtipos episódicos y crónicos, que se introdujo en la ICHD-I, ha demostrado ser extremadamente útil. En la ICHDII, la forma episódica se dividía a su vez en la subforma infrecuente, con crisis de cefalea menos de una vez por mes, y en una subforma frecuente. La 2.3 Cefalea tensional crónica es un proceso que ha de ser considerado muy seriamente, ya que ocasiona una enorme pérdida de la calidad de vida y una gran incapacidad. La 2.2 Cefalea tensional episódica frecuente puede asociarse a incapacidad considerable, y en ocasiones requiere tratamiento con fármacos costosos. Por el contrario, 2.1 Cefalea tensional episódica infrecuente, que aparece en casi toda la población, suele tener muy poco impacto en el individuo y, en la mayoría de ocasiones, no precisa de atención por parte de los profesionales de la salud. La distinción entre 2.1 Cefalea tensional episódica infrecuente y 2.2 Cefalea tensional episódica frecuente separa por tanto a los individuos que no suelen precisar atención médica, y evita categorizar a prácticamente toda la población como pacientes de un trastorno significativo, aunque sí permite que se clasifiquen estas cefaleas.
- **Cefaleas Trigémico-Autonómicas (CTAS):** Las cefaleas trigémico-autonómicas comparten las características clínicas de la cefalea, que suele ser de localización lateral y, por lo general, con signos autonómicos parasimpático-craneales destacados que, de nuevo, son de localización lateral y homolateral a la cefalea. Los estudios de imágenes funcionales experimentales y en humano sugieren que estos síndromes activan un reflejo Trigeminal parasimpático normal, siendo secundarios los signos clínicos de disfunción craneal simpática. Un aura típica de la migraña puede, raras veces, asociarse con las CTAS


**NOTA: Se evaluarán los casos de cefalea únicamente asociados a diagnósticos de Trastornos Temporomandibulares.**

#### PARAFUNCIÓN EN ESTADO DE SUEÑO.

Actividad parafuncional, que se caracteriza por movimientos exteriorizados caracterizados por rechinar o apriete dentario, usualmente asociados a microdespertares de sueño. Etiologías más prevalentes: Apnea de Sueño (SAOS), Reflujo Gastroesofágico (RGE), consumo de ciertos medicamentos (SSRIs, Anfetaminas, cocaína), consumo excesivo de metilxantinas (Nicotina, cafeína, teína), Alcohol.

#### TRASTORNOS DE MOVIMIENTO OROMANDIBULAR. (DISTONÍA OROMANDIBULAR)

La distonía oromandibular es una distonía focal que se manifiesta en forma de masticación involuntaria y / o contracción de los músculos linguales. Existen varios tipos de distonía oromandibular, entre ellos la distonía de cierre mandibular, la distonía de apertura mandibular, la distonía de protrusión de lengua, la distonía de desviación mandibular y la distonía de protrusión mandibular. Con frecuencia la distonía oromandibular es diagnosticada erróneamente como trastornos de la articulación Temporomandibular o enfermedades psicósomáticas.


 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :12 de 24
		Vigencia: 2021

**IX.- CARTERA DE PRESTACIONES DE LA ESPECIALIDAD DE TTM Y DOF**

ESPECIALIDAD	GLOSA PRESTACIÓN	CÓDIGO MAI (2020)
<b>TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL</b>	Urgencias de Especialidad	2701012
	Plano Alivio oclusal	2702006
	Reducción de Luxación Articulaciones Menores	Sin Código MAI
	Tratamiento Dolor Miofacial Masticatorio o Cervical	Sin Código MAI
	Terapia Bioconductual por Autorregulación física	Sin Código MAI
	Artrocentésis	Sin Código MAI
	Infiltraciones (Bloqueos) de nervios o raíces nerviosas: Nervio periférico troncular	Sin Código MAI
	Técnica de Movilización Mandibular Asistida (Por Sesión)	Sin Código MAI
	Infiltración Local de Medicamentos (Infiltración Intramuscular, Intraarticular, etc.)	Sin Código MAI
	Infiltración Intraarticular Acido Hialurónico: Tratamiento Osteoartritis Articulación Temporomandibular	Sin Código MAI
	Infiltración Toxina Botulinica para Tratamiento Espasticidad Focal y/o Trastorno de Movimiento	Sin Codigo MAI
	Dispositivos de Avance Máxilo Mandibular (DAM) para Tratamiento Apnea del Sueño	Sin Codigo MAI
	Desgastes selectivos	2701002

**X.- RENDIMIENTOS ESTANDARIZADOS Y DETALLE DE PRESTACIONES DE TTM Y DOF**

DETALLE PRESTACIONES TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL			
REGISTRO ESTADÍSTICO (REM)	ACCIÓN	RENDIMIENTO	OBSERVACIÓN
PRIMERA CONSULTA	Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico.	15	Registro de Alta de tratamiento una vez manejado el dolor agudo o mejora de estado general del paciente
CONSULTA REPETIDA/ INGRESO A TRATAMIENTO	Examen clínico funcional musculo esquelético del sistema masticatorio, evaluación cervical y/o examen neurológico sensitivo trigeminal. Bloqueo diagnóstico.	30	
CONSULTA REPETIDA	Toma de Impresiones para Ortopedia- Prescripción farmacológica y explicación de posología, terapia bioconductual.	15	
CONSULTA REPETIDA	Confección, ajuste y rebasado de férula oclusal a partir de estampado o férula oclusal de laboratorio. Sesión de bloqueo anestésico o medicamentoso. Fisioterapia. Infiltración. Artrocentesis de Articulación Temporomandibular (ATM) unilateral o bilateral. Se sugieren 4 controles de 30 minutos.	120	
CONSULTA REPETIDA/ ALTA DE TRATAMIENTO	Desgaste selectivo. Reevaluación funcional y de dolor. Medición de Rangos Mandibulares. Ajuste o cambio de terapia farmacológica. Se sugieren 3 controles de 20 minutos.	60	
CONSULTA REPETIDA	Control 3 Meses.	30	
CONSULTA REPETIDA	Control 6 Meses. Realizar Contrarreferencia a Atención Primaria u otra Especialidad con indicaciones de seguimiento.	30	
<b>TOTAL</b>		<b>300 MINUTOS</b>	
		<b>5 HORAS</b>	

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :13 de 24
		Vigencia: 2021

## XI.-CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

### PRIORIDAD ALTA


- Pacientes con dolor severo orofacial y franco detrimento funcional y/o social producto de patología que no responda a manejo inicial en APS:
  - a) Dolor ATM, temporal y/o maseterino
  - b) Dolor Orofacial de origen no musculoesquelético: Dolor Orofacial Neuropático
- Pacientes con apertura máxima < a 20 mm interincisal con evolución menor a 2 meses y que no responda a Manejo Inicial en APS.
- Pacientes de alta con menos de 1 año de la especialidad y que cumplan criterio de inclusión.
- Dolor severo (EVA<6) en reposo y/o en función del sistema estomatognático

## XII.- CONDICIONES CLÍNICAS DE PERMANENCIA Y PREVIO TRATAMIENTO

### MANEJO INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA PREVIO A LA DERIVACIÓN

Todo paciente diagnosticado con alguna patología TTM, muscular o dolor Orofacial, deberá ser tratado, previo a su derivación si corresponde, siguiendo las conductas descritas a continuación:

- Examen clínico odontológico intraoral y extraoral, descartando patología dental y periodontal.
- Si el paciente presenta los siguientes signos o síntomas:
  - Dolor de ATM, maseterino o temporal (articular y/o muscular): iniciar Manejo Inicial en APS.
    - Si cuadro se resuelve, no derivar.
    - Si cuadro no se resuelve, derivar a especialista.
    - Si paciente vuelve a consultar antes de 6 meses por el mismo motivo, derivar a especialista.
- Limitación de Apertura (apertura menor a 30 mm interincisal):
  - A) Dolorosa:
    - Menor a 2 meses de presentación: derivar a especialista con prioridad.
    - Más de 2 meses de presentación: Aplicar Manejo Inicial en APS.
    - Si cuadro se resuelve, no derivar.
    - Si cuadro no se resuelve, derivar a especialista.
    - Si paciente vuelve a consultar antes de 6 meses por el mismo motivo, derivar a especialista.
    - No dolorosa: derivar a especialista.
    - Paciente no logra ser atendido porque tiende al cierre mandibular, tratar como dolor preauricular.
- Rechinamiento /Apriete Dentario: Derivar a especialista cumpliendo todos los criterios de inclusión.
- Ruidos Articulares:
  - Click no doloroso: no derivar
  - Click asociado a dolor, y/o con sensación de bloqueo mandibular intermitente, y/o con agravamiento de la frecuencia e intensidad.
    - Aplicar Manejo Inicial en APS.
    - Si cuadro se resuelve, no derivar.
    - Si cuadro no se resuelve, derivar a especialista.
    - Si paciente vuelve a consultar antes de 6 meses por el mismo motivo, derivar a especialista.
  - Crepito articular: derivar a especialista.
  - Si paciente presenta enfermedad reumática (Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante) con dolor en ATM, derivar a especialista.
- Bloqueo mandibular cerrado:
  - Agudo (menos de 2 meses de evolución): derivación a especialista con prioridad.
  - Crónica (más de 2 mes de evolución): derivación a especialista.
- Bloqueo mandibular abierto: Realizar maniobra de reducción mandibular en APS.
  - Reducción exitosa: Educación y tratar como dolor preauricular cuando sea necesario.
  - Fracaso de reducción: derivar servicio de Urgencia, según Mapa de Red Odontológica.

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :14 de 24
		Vigencia: 2021

- Bloqueo Mandibular abierto a repetición (que consulte más de 2 veces en 6 meses): derivar a especialista.

- Dolor Neuropático Orofacial: derivar a especialista con prioridad.
- Dolor Orofacial o Dental sin causa aparente: Derivación a especialista.
- Paciente con enfermedad autoinmune y que cumple criterio de inclusión debe ser derivado a pesar del manejo inicial en APS y su condición clínica deberá ser indicada en confirmación diagnóstica.

#### **MANEJO INICIAL PARA TTM DOLOROSO EN APS (\*)**

El manejo inicial en APS para condiciones clínicas dolorosas considera las siguientes acciones:

- Control de Para funciones (onicofagia, bricofagia, morder lápiz, apoyo mentoniano).
- Medidas Conductuales (realizar durante 2 semanas).
  - Limitación de Apertura Bucal (apertura máxima de 2 dedos, control del bostezo).
  - Reposo Mandibular (indicar que se debe hablar poco; no cantar)
  - Dieta Blanda /Líquida (Indolora).
- Manejo inicial Terapia Antiinflamatoria/Analgésica
- Control a las 3 semanas; realizar palpación muscular y articular. Medir apertura bucal.

(\*): Todo esto es referencial y no constituye una guía de procedimiento absoluto, ya que no tiene en cuenta la variabilidad clínica específica de cada usuario, ni reemplaza el criterio profesional

#### **XIII.-CRITERIOS Y CONDICIONES DE DERIVACIÓN A ESPECIALIDAD**

Para la derivación de algún paciente a la especialidad de TTM y DOF deberá usar los criterios que se mencionan a continuación:

- Beneficiarios legales del seguro público de salud (FONASA).
- Pacientes con necesidad de tratamiento en especialidad de TTM&DOF
- Pacientes que cuenten con alta odontológica de tratamiento realizada en la atención primaria: El paciente debe estar en las siguientes condiciones:
  - Sin lesiones de caries no tratadas (idealmente comprobado con Rx Bite Wing)
  - Sin enfermedad periodontal o en control por Periodoncista.
  - Restauraciones directas o indirectas en buen estado.
  - Buen dominio de técnica de cepillado. (control de higiene oral demostrable con el índice de higiene oral simplificado (valores entre 0 a 1.0)

#### **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 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.

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :15 de 24
		Vigencia: 2021

**NOTA:** Para asegurar la atención en la especialidad, los usuarios deben portar carnet de identidad, carnet de Fonasa y estar informado del copago de acuerdo a su tramo FONASA.

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

#### PROCESO DE GENERACIÓN DE INTERCONSULTA

Todo paciente que sea derivado por algún trastorno temporomandibular deberá tener una evaluación detallada en el establecimiento de origen (Primaria/Secundaria), debiendo realizar el Examen Clínico y palpación, de forma intraoral y extraoral, describiendo en la IC, la posible patología y medición de dinámica mandibular, con el objetivo de evaluar evidencia de dolor y/o limitación funcional.

Toda Interconsulta debe ser realizada en SIDRA y deberá contar por lo menos con:

- Diagnóstico de patología de TTM o **“HIPÓTESIS DIAGNOSTICA”**. En este ítem debe usar la nomenclatura, descrita en el cuadro resumen de diagnósticos, colocando el código del diagnóstico “\_\_\_\_\_.” o en su defecto el nombre del diagnóstico “\_\_\_\_\_.”. según CIE10.
- El fundamento clínico se debe realizar en **“FUNDAMENTO DE SOSPECHA”** o **“FUNDAMENTO DE LA HIPÓTESIS” diagnóstica**, acá debe indicar la sospecha diagnóstica (según este protocolo) y realizar una descripción detallada de situación clínica del paciente, además de especificar de todo el tratamiento efectuado previo a la derivación en el establecimiento de origen.
- La interconsulta debe ser dirigida a la Especialidad de **“TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL”**, según como indica el mapa de Derivación.
- Identificación del Odontólogo tratante.
- Todo paciente derivado debe venir desfocado, con Destartraje e instrucción de higiene realizada.
- **Todo paciente derivado, debe ser controlado en su establecimiento de origen cada 6 meses para la mantención del paciente mientras espera la hora asignada a su IC.**

#### NOTA:


- En caso de que la interconsulta, no cumpla con protocolo mínimo, tales como: presencia de lesiones de Caries, enfermedad periodontal no controlada, u otras situaciones clínicas que requieren manejo previo, la interconsulta deberá ser enviada a APS para su resolución y posterior derivación desde este nivel a la atención secundaria.
- Todo paciente derivado, debe ser controlado en su establecimiento de origen cada 6 meses para la mantención del paciente mientras espera la hora asignada a su IC.

#### XIV.- CUIDADOS PRE Y POST OPERATORIOS

- Control en APS según riesgo cariogénico
- Control Post Alta en Atención Primaria:
  - Educación
  - Profilaxis y destartraje supragingival
  - Aplicación de flúor barniz
  - Mantener controles de acuerdo a riesgo cariogénico y periodontal
  - Seguimiento según indicado en contrarreferencia

#### XV.- CRITERIO DE ALTA DE LA ESPECIALIDAD

- 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):
  - Dolor agudo en 80%
  - Dolor Crónico en 50%
  - 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.

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :16 de 24
		Vigencia: 2021

**Por causa administrativa:**

- La inasistencia continuada o no solicitud de atención por parte del paciente a controles de tratamiento de TTM&DOF 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 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 III: Consentimiento Informado)
- Estos casos deberán ser contrarreferidos a su establecimiento de origen indicando las razones del egreso administrativo.

**XVI.- CONTRAREFERENCIA**

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.

**Requisito formal que el documento debe contener:**

- Nombre y logo del Establecimiento de Atención Secundaria de referencia.
- Fecha de confección del documento.
- Nombre completo del usuario referido, Rut, sus números telefónicos de contacto actualizados y domicilio.
- Nombre completo del odontólogo especialista tratante, Rut, Firma y Timbre
- La contrarreferencia debe estar impresa o escrita en un lenguaje claro y en forma legible, con tinta que no pueda ser borrada.
- En caso de no cumplir con estos requisitos formales, la Atención Primaria podrá solicitar nuevamente la documentación al especialista tratante.

**Tipos de Contrarreferencia:**

- **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.
- **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 informar los dientes a tratar en formato FDI.  
Será responsabilidad del establecimiento de origen de contrarreferencia hacer el seguimiento del paciente para asegurar que éste vuelva a completar su terapia con el especialista una vez finalizados los procedimientos de la Atención Primaria. Por lo tanto, la comunicación entre ambas partes debe ser efectiva para que el usuario no se pierda en el proceso.


El centro de salud de Atención Primaria deberá dar prioridad de citación al paciente contrarreferido para disminuir el tiempo de espera de resolución del especialista. Una vez terminadas las acciones indicadas, el odontólogo APS deberá entregar la epicrisis al paciente y al odontólogo contralor para contactar al Nivel Secundario y se pueda retomar el tratamiento de especialidad.

**Altas de Especialidad**

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

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



 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :17 de 24
		Vigencia: 2021

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

- Epicrisis
- Diagnóstico principal.
- Procedimientos llevados a cabo.
- Medicamentos indicados.
- Complicaciones registradas, en caso de haber existido.
- Resumen del curso de la enfermedad a lo largo del tratamiento.
- Estado del usuario al momento del alta
- Indicaciones dadas al paciente por escrito.
- Sugerencias e indicaciones para los controles siguientes en el establecimiento de origen: procedimentales, farmacológicas, dietéticas, etc.
- Alertas clínicas a pesquisar por odontólogo APS durante los controles que requieran nueva derivación a especialista.
- Confirmación del alta de especialidad con fecha.

#### **XVII.- SITUACIONES DE URGENCIA QUE SE ESCAPEN A ESTE PROTOCOLO**

- Situaciones de urgencia que no puedan ser manejadas en el establecimiento de origen y que no se encuentren descritas en este protocolo, deberán ser coordinadas en manera directa entre el Profesional que deriva y el Especialista.
- La principal causa de derivación de urgencia está relacionada a dolor agudo y limitación extrema de la función masticatoria.
- Para esto ante cualquier duda debe llamar al SEO en donde el Especialista podrá resolver sus dudas, dar indicaciones clínicas en caso de no ameritar la derivación y /o coordinar la atención del paciente.

#### **XVIII.- TELÉFONO DE CONTACTO CON LA ESPECIALIDAD DE TTM Y DOF: 51 2 33 61 67 ( LLAMAR SOLO EN CASOS MUY PUNTUALES)**

#### **XIX.- DISTRIBUCIÓN**

Este protocolo de derivación de TTM y DOF debe estar disponible en los Servicios o Unidades dentales de la red y Unidades Administrativas de Admisión del Servicio de Salud Coquimbo.

#### **XX.- REGISTRO**

El registro de la referencia y contrarreferencia de los casos de TTM y DOF será responsabilidad del Odontólogo tratante y Hospital de referencia.

#### **XXI.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:**

La evaluación de la derivación de pacientes a la Especialidad se realizaran por parte del Servicio de Salud Coquimbo, según lo siguiente:


##### **INDICADOR**

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de SIC, Seleccionadas y generadas a la Especialidad de TTM y DOF con aplicación del protocolo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de SIC seleccionadas y generadas a la especialidad de TTM y DOF}} \times 100$$

**FRECUENCIA DE ESTA EVALUACIÓN:** Anual

#### **XXII.- PLAN DE DIFUSIÓN A LA RED**

- Exposición de Protocolo en Consejo Integrador de la Red Asistencial CIRA
- Publicación en página WEB de SS Coquimbo
- Reunión de difusión de en cada Provincia.

 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :18 de 24
		Vigencia: 2021

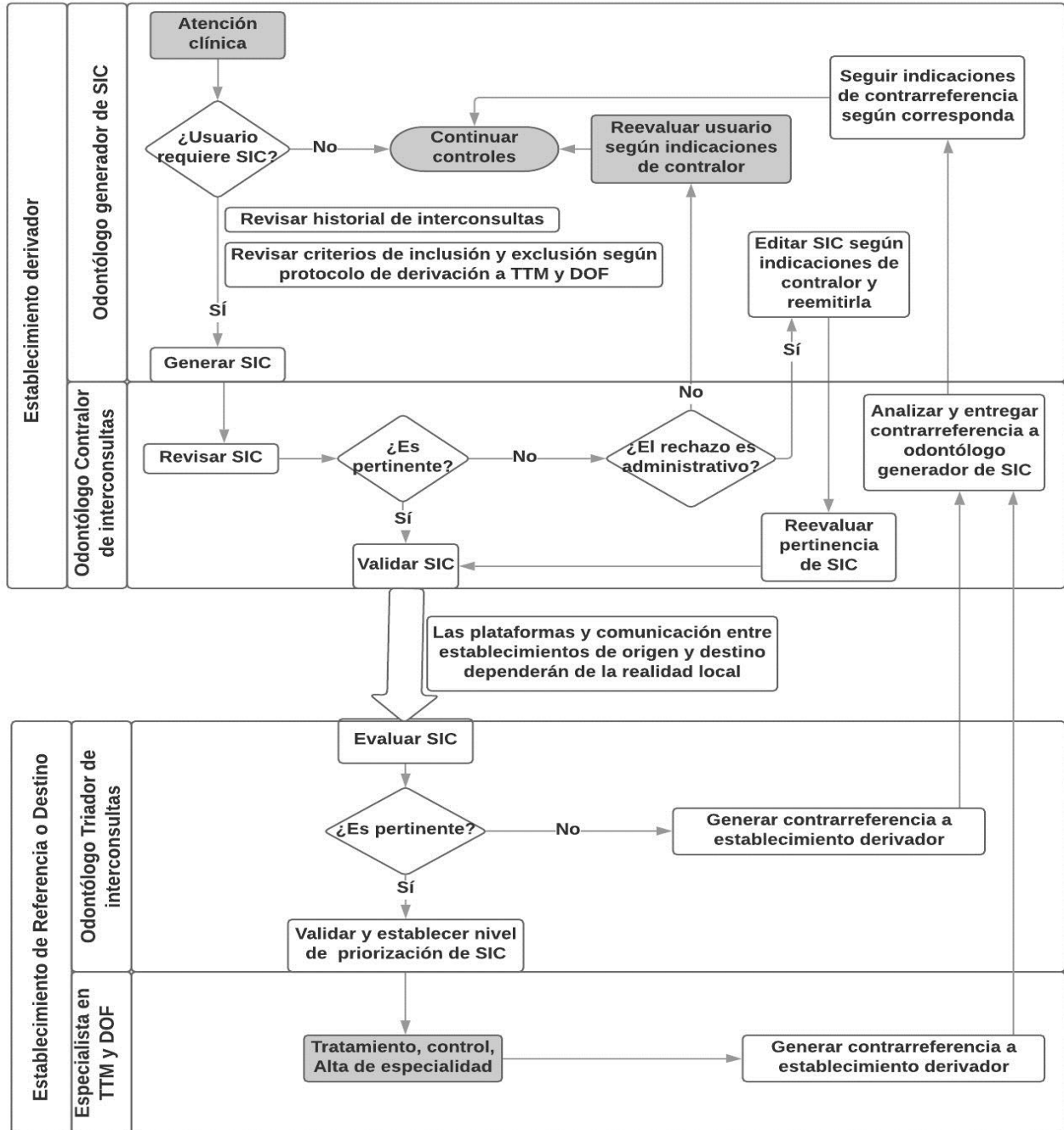
### **XXIII.- BIBLIOGRAFÍA**

- *Criterios Diagnósticos para la Investigación de los Trastornos Temporomandibulares CDI/TTM; Editado por Dra. Yoly M. González et. Al., University at Buffalo; Año 2002.*
- *Okeson, JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 6 Ed, España: Elsevier, 2008, 130.*
- *Okeson JP. Bell's orofacial pains: the clinical management of orofacial pain. 6th ed. Quintessence: Chicago; 2005.*
- *Romero-Reyes M. and Uyanik J. Orofacial pain management: current perspectives J Pain Res. 2014; 7: 99–115.*
- *Miranda, J. P.; Quezada, P.; Caballero, P; Jiménez, L. ; Morales, A.; Bilbeny, N. ; Vega, J. C. Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico No Oncológico en Chile. Systematic Review: Epidemiology of Non-oncologic Chronic Pain in Chile. Revista El Dolor 59 10-17; 2013.*
- *G.J. Lavigne, T. Kato, A. Kolta and B.J. Sessle Neurobiological Mechanisms Involved in Sleep Bruxism CROBM 14(1):30-46 (2003)*
- *DE LA CEFALEA, Comité de Clasificación. de la International Hedache Society. III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Londres: International Headache Society, 2013.*
- *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, decima revisión, organización Panamericana de la Salud 2015. Vol 1, 2, 3*
- *Protocolo Referencia y Contrarreferencia Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Minsal 2019*
- *Willeman Bastos Tesch LV. Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial crónico: al final, ¿a qué área pertenecen? Rev Soc Esp Dolor. 2014; 21(2):70–4.*
- *2. Guerrero L, Coronado L, Maulén M, Meeder W, Henríquez C, Lovera M. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en la población adulta beneficiaria de Atención Primaria en Salud del Servicio de Salud Valparaíso, San Antonio. Av En Odontoestomatol. 2017 Jun; 33(3):113–20.*
- *3. Bueno CH, Pereira DD, Pattussi MP, Grossi PK, Grossi ML. Gender differences in temporomandibular disorders in adult populational studies: A systematic review and metaanalysis. J Oral Rehabil. 2018 Sep; 45(9):720–9.*
- *4. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular Disorders. N Engl J Med. 2008 Dec 18; 359(25):2693–705.*

**XXIV.-**

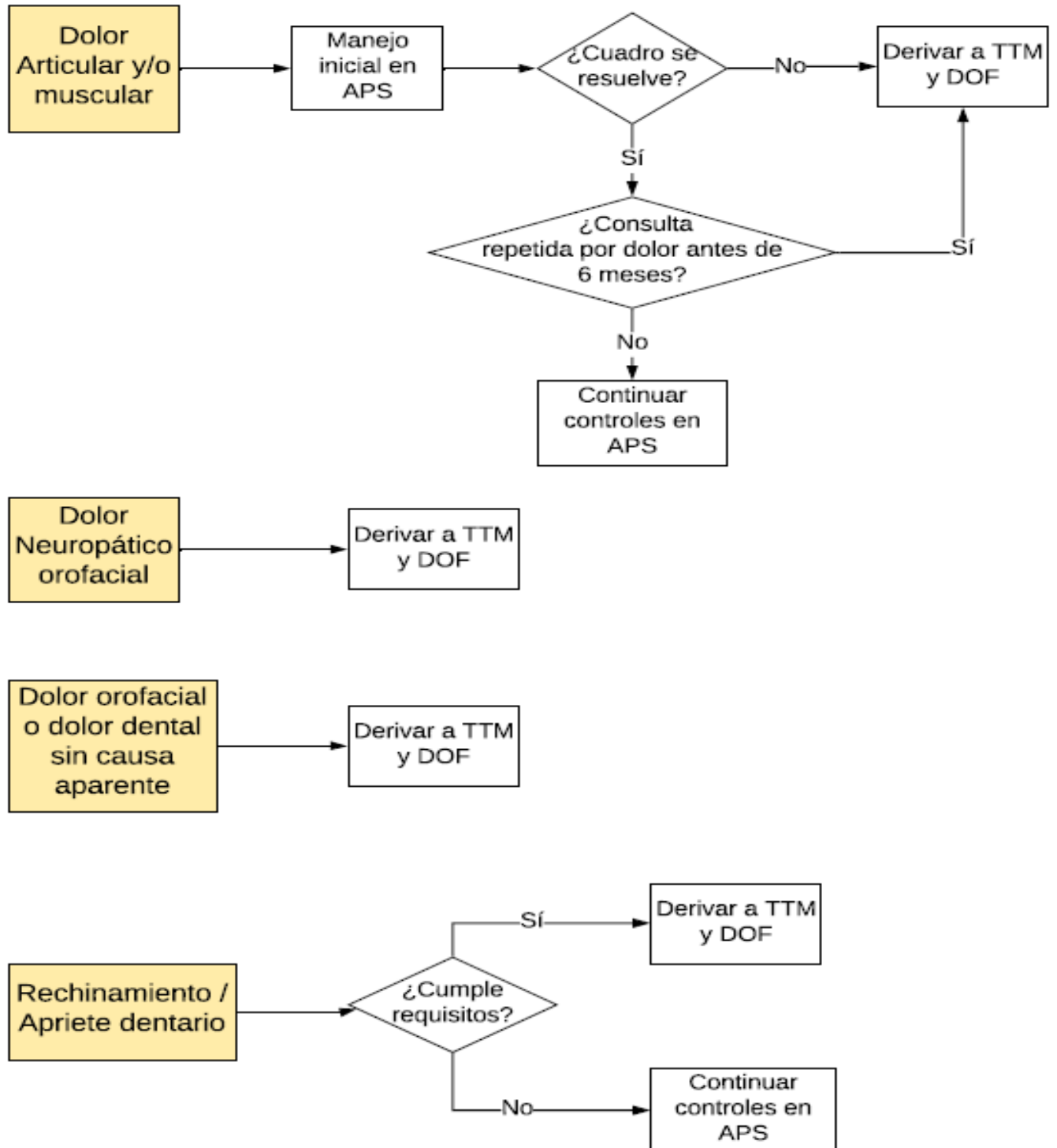
**ANEXO: Flujo Manejo y Derivación**

**FLUJO DE RED: ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS  
TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL**



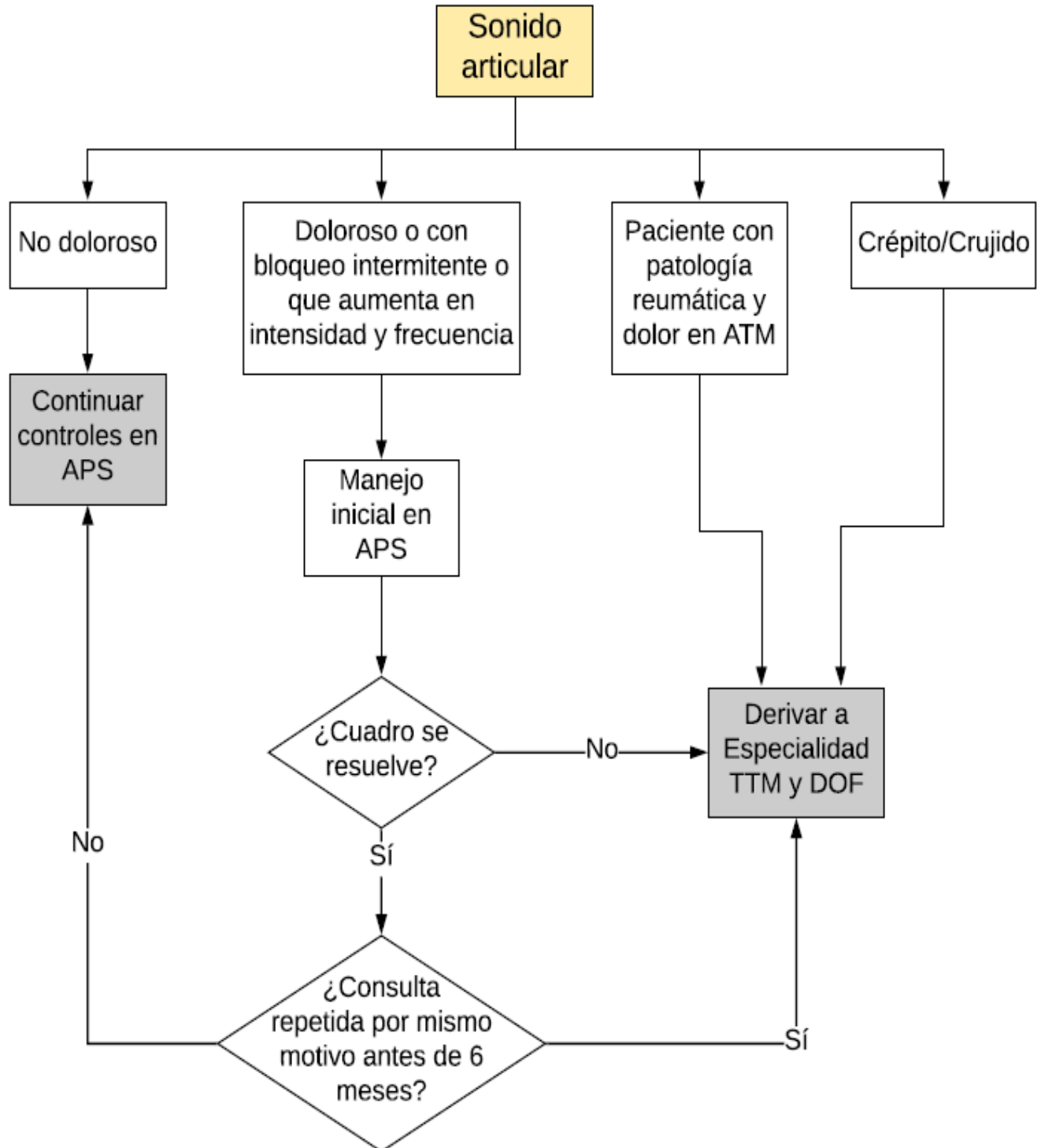


**ANEXO: Flujo Manejo y Derivación (Dolor ATM)**



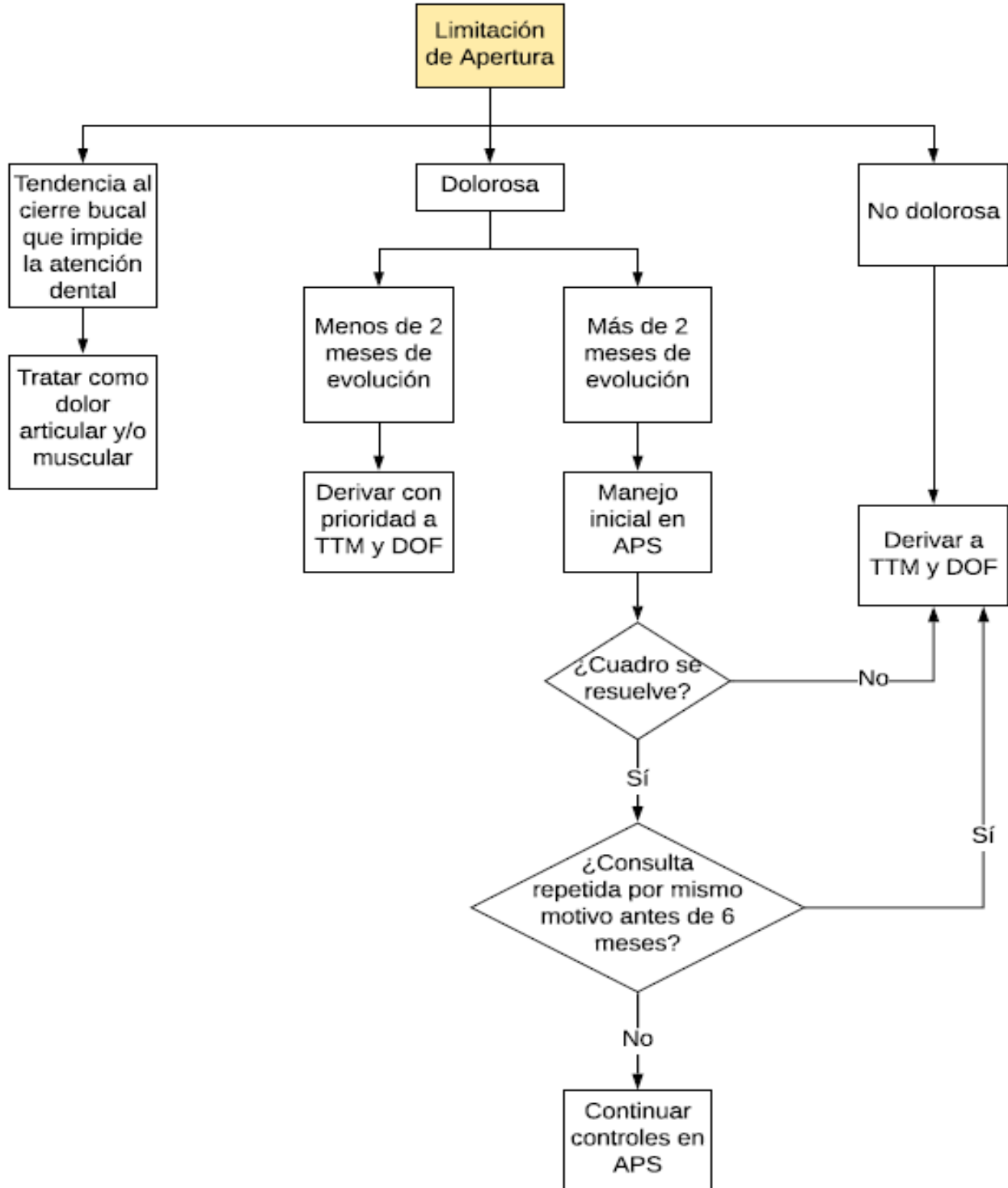


ANEXO: Flujo Manejo y Derivación (Sonido Articular)



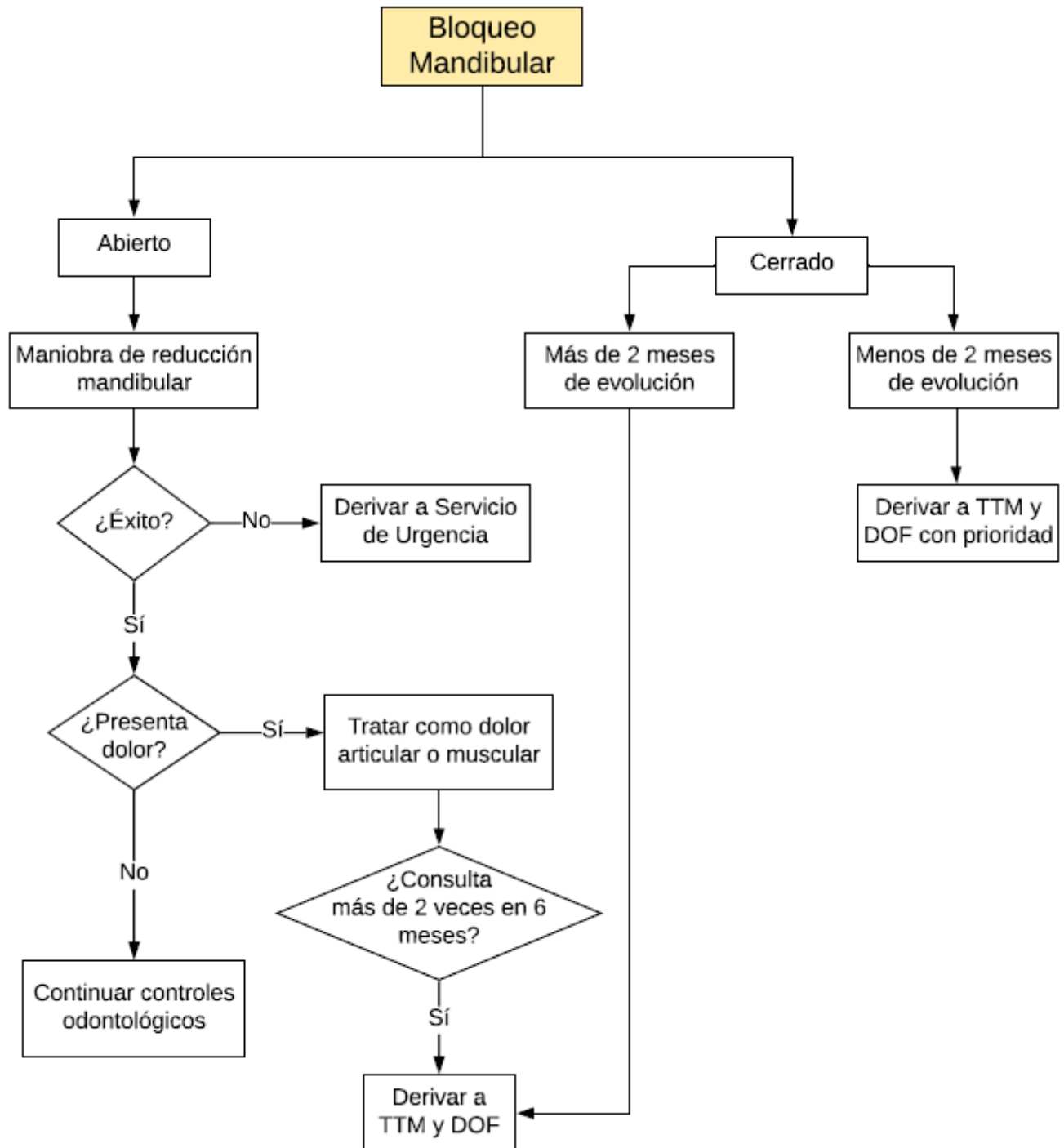



ANEXO: Flujo Manejo y Derivación (Limitación de Apertura )





ANEXO: Flujo Manejo y Derivación (Bloqueo Mandibular )



 <p>Servicio de Salud Coquimbo</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESPECIALIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL SUBDIRECCION DE APS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO</b>	Edición :2
		Fecha : 2020
		Página :24 de 24
		Vigencia: 2021

**ANEXO: Propuesta 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 oro faciales (movimientos incontrolables y/o involuntarios).
- Otros dolores orofaciales

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

1. Educación, cambios de hábitos y medida conductual y de autocuidado
2. Uso de fármacos de distintos tipos
3. Uso de Dispositivo intraoral de distintos tipos, según corresponda
4. 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.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA PACIENTE O APODERADO

Fecha : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, lugar \_\_\_\_\_