# PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL

AGOSTO 2019

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

| | AUTORES: | COMISION REVISORA: | Validado por: |
|---|---|---|---|
| Mesa Técnica: | Dr. Alessandro Gandolfo<br>Dr. Pablo Abarzúa<br>Dr. Luis Guerrero<br>Dr. Carlos Guzmán<br>Dr. Rodrigo Cassasus<br>Dr. Thomas Veit Bornhardt<br>Dr. Nicolás Skarmeta<br>Dr. Walter Díaz<br>Dra. Paula Silva<br>Dra. Soledad Carrasco<br>Dra. Carolina del Valle<br>Dr. Rodrigo Albornoz | Dr. Rubén Gennero<br>Dr. José Rosales<br>Dr. Rodrigo Albornoz<br>Dra. Carolina Mendoza<br>Dr. Carlos Campos | Dr. Rubén Gennero |
| Fecha: | 01 de julio 2019 | 19 de julio 2019 | 30 Agosto 2019 |
| Responsable Elaboración e Implementación: | Dr. Rodrigo Albornoz | | |

## INDICE

1. Declaración de Conflicto de Intereses: 4
2. Introducción: 4
3. Mapa de Red: 4
4. Objetivo 7
5. Ámbito de Aplicación 7
6. Población Objetivo 8
7. Definiciones 10
   a) Definición de la patología 10
   b) Cartera mínima de prestaciones en nivel de especialidad 10
   i. Confección, ajuste y rebasado de férula oclusal 10
   ii. Terapia farmacológica 10
   iii. Terapia bioconductual 10
   iv. Fisioterapia 10
   v. Infiltración intra y periarticular 10
   vi. Artrocentesis en Articulación temporomandibular (ATM) 10
   vii. Bloqueo Anestésico y/o Medicamentoso 10
   viii. Artrocentésis **¡Error! Marcador no definido.**
   c) Rendimientos Estandarizados y Detalle de Prestaciones 11
   d) Criterios de priorización 11
   e) Condiciones Clínicas de permanencia y previo tratamiento en la APS 12
   f) Criterios y Condiciones de derivación a especialidad 13
   g) Documentación requerida para la derivación 14
   h) Cuidados pre y post operatorios 14
   i) Criterio de Alta de la especialidad 15
   j) Contrarreferencia 15
8. Desarrollo del Flujo 18
9. Metodología de Evaluación 19
10. Plan de Difusión en la Red 19
11. Bibliografía 20
12. Anexos 21

## 1. Declaración de Conflicto de Intereses:

Los participantes de la Mesa Técnica de elaboración del Protocolo Referencia y Contrarreferencia de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial declaran no presentar conflicto de interés.

## 2. Introducción:

Los trastornos temporomandibulares (TTM) se pueden definir como un conjunto de condiciones dolorosas y/o disfuncionales en los músculos masticatorios y/o en la articulación temporomandibular (ATM). (1)
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(2). Los TTM pueden afectar a hombres y mujeres de todas las edades, siendo más frecuentes en mujeres entre los 20 y 40 años (2,3).
Los síntomas y signos clínicos más frecuentes son dolor, movimientos mandibulares limitados y/o asimétricos, ruidos en la articulación temporomadibular y cefaleas (2,4).
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 (2). Estos datos concuerdan con un estudio realizado en Valparaíso (2), que reportó una prevalencia de TTM de un 49,6% (al menos un diagnóstico) en población 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 diagnóstico y tratamiento de los desórdenes temporomandibulares es una necesidad presente el día de hoy. 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.
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.

## 3. Mapa de Red:

Cada Red de Salud debe diseñar su “Mapa de Red” donde se describe los establecimientos que la conforman, su complejidad y el alcance de sus carteras de Servicio que deben ser complementarias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria. 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:

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 resolutiva 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 resolutiva 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:
    i. 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.
    ii. No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.
f. Modelo De Contraloría Clínica:
    1. Funciones del Contralor en establecimiento de origen:
        1) Verificar que las Interconsultas cumplan con la pertinencia Clínica y Administrativa según el protocolo establecido.
        2) 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.
        3) 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.
        4) 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.

5) 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.
6) Categorizar la priorización de la IC según lo establecido en protocolo de referencia y contrarreferencia vigente.
7) 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.
8) Capacitar y actualizar a los odontólogos de su establecimiento APS acerca del mapa de derivación y los protocolos de referencia y contrarreferencia vigentes.

2. Funciones del Contralor en establecimiento de destino:
   1) 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.
   2) Se deberá gestionar la agenda en base a la validación de la priorización de cada derivación según criterios indicados en este documento.
3. Derivaciones del nivel secundario desde especialidades médicas a odontológicas: Éstas podrán ser:
   1) De especialidad odontológica a otra especialidad odontológica
   2) De médico especialista a odontólogo especialista

   Las derivaciones deben cumplir con el mismo 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.

## 4. Objetivo

**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.

## 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 pública de salud.

Se debe considerar la difusión entre los comité 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.

## 6. Población Objetivo

**Criterios de Inclusión (*):**

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

| Criterio | Observación |
|---|---|
| **Dolor ATM, temporal y/o maseterino**<br><br>(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.<br>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. |
| **Dolor Orofacial de Origen No Músculo Esquelético - Dolor Orofacial Neuropático**<br>(ICD 10 G50.0) (ICD 10 G50.8) (ICD 10 G44.00) | 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.<br><br>Dolor facial que al menos tenga una de las siguientes características:<br>• 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)<br>• Carácter eléctrico o quemante que no responde a analgesia (AINES)<br>• Alteraciones de la sensibilidad<br>• Habiendo descartado cualquier dolor de origen pulpar, periapical o periodontal |
| **Dolor Orofacial de Origen No Músculo Esquelético - Cefaleas** | Cefaleas Secundarias a TTM<br>Cefalea Crónica con sospecha de TTM<br><br>Paciente que no responde a tratamiento médico por cefaleas.<br>Cefalea que al menos tenga una de las siguientes características:<br>• 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)<br>• Habiendo descartado cualquier dolor de origen pulpar, periapical o periodontal |

| | |
|---|---|
| **Dificultad o limitación del movimiento mandibular permanente o intermitente**<br><br>(ICD 10 M26.62) | Paciente relata disminución franca en apertura bucal que produce limitación importante de calidad de vida o imposibilidad de atención odontológica.<br><br>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.<br>Cuando se la causa principal de consulta del paciente o dicha limitación afecte calidad de vida o atención odontológica<br>Generalmente se considera una apertura menor a 30 mm interincisal. |
| **Rechinamiento/Apriete 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**<br><br>(ICD 10 G47.63) (ICD 10 G47.33) | Actual: último mes<br>Frecuente: más de 3 veces por semana<br>Aplicable a población infantil y adulta |
| **Ruido articular sintomático: Sonidos detectados mediante la palpación de las ATMs o informados por el paciente durante el examen** | Pueden darse en cualquiera de los movimientos mandibulares (apertura, cierre, lateralidad o protrusión):<br><br>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)<br>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)<br><br>• 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.<br>• Paciente que vuelve a consultar por el mismo motivo antes de 6 meses. |

| | |
|---|---|
| | • En el caso de crépito en personas menores de 60 años, derivar siempre. |
| **Bloqueo mandibular abierto a repetición** | Imposibilidad de cerrar la boca luego de una apertura bucal amplia y/o prolongada<br>Solo cuando se presente repetidamente, más de 2 veces en 6 meses y no reducible por paciente |

(*): Definiciones se encontrarán en Anexo I.

**Criterios de Exclusión:**

a. Pacientes que presenten patología dolorosa de origen pulpar y/o periodontal en relación a su motivo de consulta.
b. Enfermedad de base no controlada. Se deberán realizar las maniobras de compensación médicas previo a la derivación.
c. Usuario con necesidades o cuidados especiales que no cuenten con red de apoyo. Este tipo de casos se sugiere sean atendidos de acuerdo a modelo de atención con que cuente el servicio de salud correspondiente.
d. 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.

## 7. Definiciones

### a) Definición de la patología

Revisar Anexo I.

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

i. Confección, ajuste y rebasado de férula oclusal
ii. Terapia farmacológica
iii. Terapia bioconductual
iv. Fisioterapia
v. Infiltración intra y periarticular
vi. Artrocentesis en Articulación temporomandibular (ATM)
vii. Bloqueo Anestésico y/o Medicamentoso

## c) Rendimientos Estandarizados y Detalle de Prestaciones

| DETALLE PRESTACIONES TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **REGISTRO ESTADÍSTICO (REM)** | **ACCIÓN** | **RENDIMIENTO (minutos)** | **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 en 3 Meses. | 30 | |
| CONSULTA REPETIDA | Control en 6 Meses. Realizar Contrarreferencia a Atención Primaria u otra Especialidad con indicaciones de seguimiento. | 30 | |
| **TOTAL** | | **300 MINUTOS** | |
| | | **5 HORAS** | |

## d) Criterios de priorización

Prioridad Alta:

i. 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 musculoesqulético: Dolor Orofacial Neuropático

ii. Pacientes con apertura máxima < a 20 mm interincisal con evolución menor a 2 meses y que no responda a Manejo Inicial en APS.

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

**e) Condiciones Clínicas de permanencia y previo tratamiento en la APS**

**Manejo Inicial en Atención Primaria previo a la derivación (Anexo II):**

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:

i. Examen clínico odontológico intraoral y extraoral, descartando patología dental y periodontal.

ii. Si el paciente presenta los siguientes signos o síntomas:

1) 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.

2) Limitación de Apertura (apertura menor a 30 mm interincisal):

- 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.

3) Rechinamiento /Apriete Dentario: Derivar a especialista cumpliendo todos los criterios de inclusión.

4) 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.

5) 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.

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

7) Dolor Neuropático Orofacial: derivar a especialista con prioridad.

8) Dolor Orofacial o Dental sin causa aparente: Derivación a especialista.

9) 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:

i. Control de Parafunciones (onicofagia, bricofagia, morder lápiz, apoyo mentoniano).
ii. Medidas Conductuales (realizar durante 2 semanas).
   1) Limitación de Apertura Bucal (apertura máxima de 2 dedos, control del bostezo).
   2) Reposo Mandibular (indicar que se debe hablar poco; no cantar)
   3) Dieta Blanda /Liquida (Indolora).
iii. Manejo inicial Terapia Antiinflamatoria/Analgésica
iv. 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.

## f) Criterios y Condiciones de derivación a especialidad

i. Beneficiarios legales del seguro público de salud (FONASA).
ii. Pacientes con necesidad de tratamiento en especialidad de TTM&DOF
iii. 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)
   1) Sin enfermedad periodontal o en control por Periodoncista.
   2) Restauraciones directas o indirectas en buen estado.
   3) Buen dominio de técnica de cepillado. (control de higiene oral demostrable con el índice de higiene oral simplificado (valores entre 0 a 1.0)

**g) 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.

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)

**h) Cuidados pre y post operatorios**

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

**i) Criterio de Alta de la especialidad**

i. Finalizado el tratamiento en la especialidad de TTM&DOF:
   1) Paciente que mejore sus funciones básicas (comer, hablar) y condición social (obligatorio)
   2) Percepción global de mejoría: dolor que no afecta desarrollo de vida diaria ni afecte calidad de vida (obligatorio)
   3) Apertura de al menos 40 mm interincisal (deseable)
   4) Reducción de EVA según caso (deseable):
      i. Dolor agudo en 80%
      ii. Dolor Crónico en 50%
      iii. Dolor no musculoesquelético en 50%
   5) 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.
   6) El uso crónico de dispositivos orales y/o terapia farmacológica requerirá controles periódicos en la especialidad.

ii. Por causa administrativa:
   1) 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.
   2) Paciente que No sigue instrucciones, mala higiene oral, 3 INASISTENCIA A TRATAMIENTO, ausencia por 6 meses.
   3) No adhiere a tratamiento según norma establecida
   4) Paciente que No cumple con requisitos de derivación.
   5) Paciente que No cumple con criterios clínicos de derivación.
   6) Paciente que rechaza tratamiento (Anexo III: Consentimiento Informado)

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

**j) 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.

Tipos de Contrarreferencia:

i. No pertinencia

Si el especialista determina que no cumple con los criterios de inclusión, se debe emitir una contrarreferencia explicando en detalle la razón de no pertinencia. Este documento debe ser entregado al paciente y a la institución de origen para que puedan hacer la retroalimentación al odontólogo que generó la referencia.

ii. Tratamiento pendiente en APS

El especialista podrá contrarreferir al usuario solicitando las acciones clínicas que requiera al nivel primario. Para operatoria y extracciones dentales, debe 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.

iii. Altas de Especialidad:

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

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

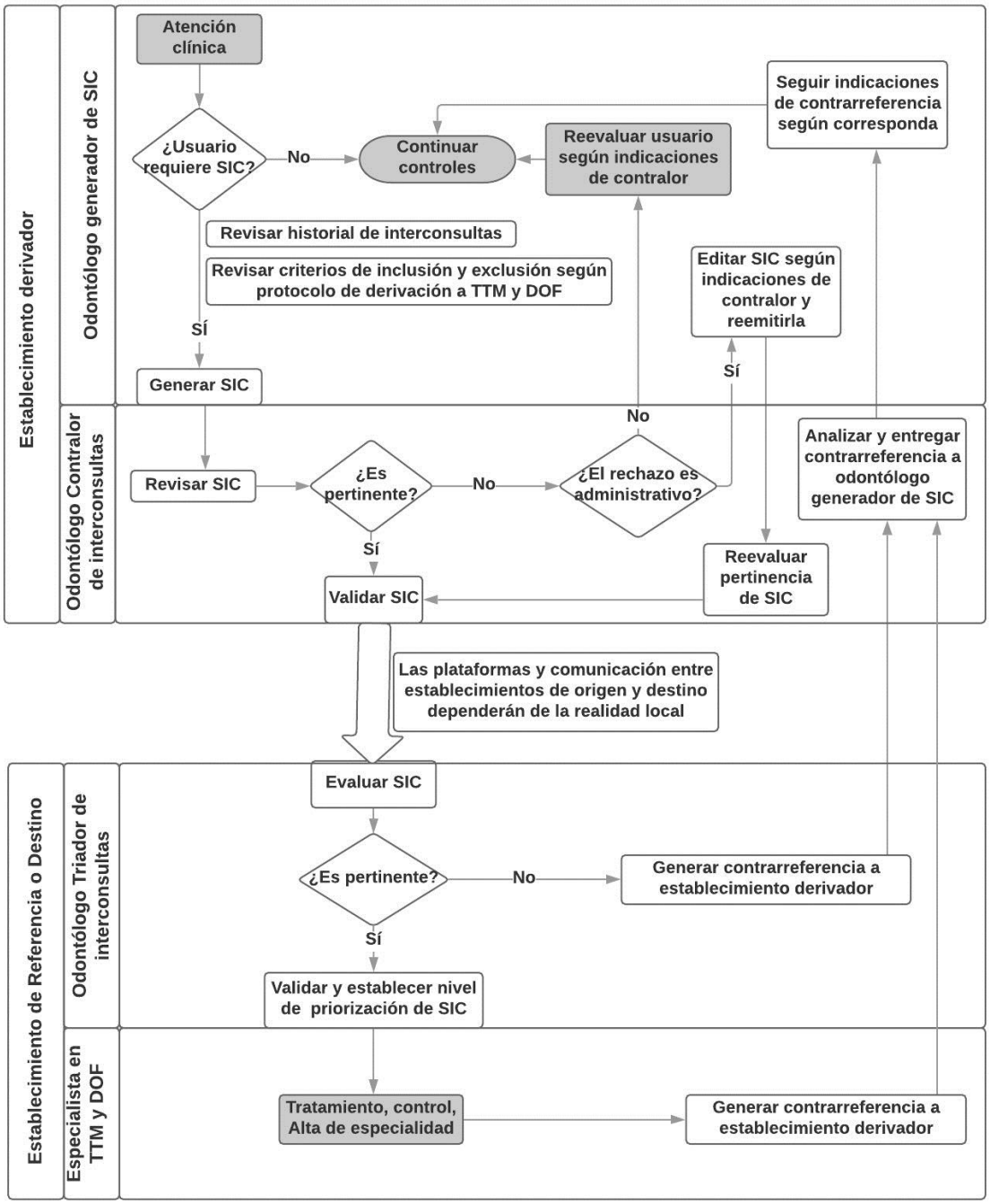
El centro de referencia enviará al establecimiento derivador APS la información de la atención brindada considerando al menos los siguientes elementos:

- 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.

## 8. Desarrollo del Flujo

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



## 9. Metodología de Evaluación

Cada Servicio de Salud deberá adaptar este documento a su realidad local considerando:

i. Mapa de Red
ii. Definiciones Operativas según plataformas y modelos locales
iii. Actores relevantes y funciones
iv. Flujogramas de atención
v. Indicadores de procesos y responsables

## 10. Plan de Difusión en la Red

El presente documento será enviado a la Red Asistencial mediante oficio desde la Subsecretaria de Redes Asistenciales, además de difusión a los equipos locales a través de videoconferencias y planes de acompañamiento e implementación.

## 11. Bibliografía

1. 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 meta-analysis. 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.

## 12. Anexos

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

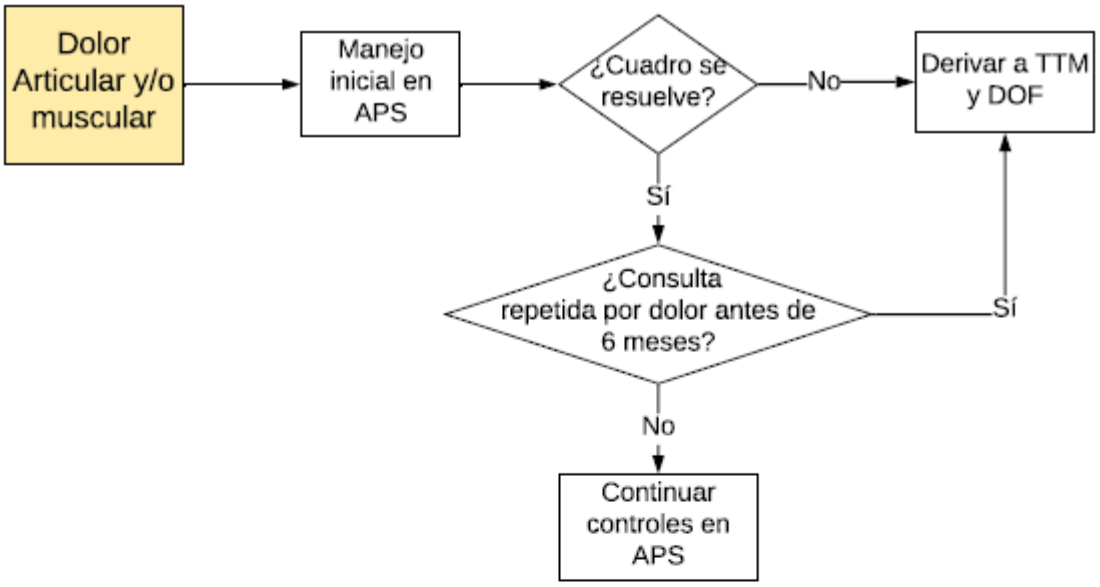
| **RUIDOS ARTICULARES, LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO Y BLOQUEO ABIERTO** | | |
|---|---|---|
| **Cuadro Clínico** | **Características Clínicas** | **Signos y Síntomas** |
| **RUIDOS ARTICULARES** | Los ruidos articulares se producen cuando el disco se encuentra en mal posición con respecto al cóndilo. |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

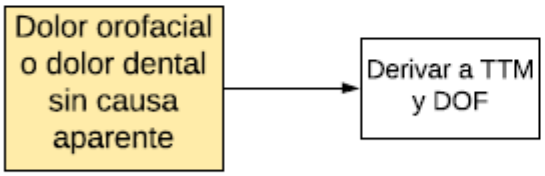
| | | |
|---|---|---|
| | **Desplazamiento discal con reducción.**<br><br>Cuando el cóndilo logra sobrepasar el disco articular en movimiento de apertura bucal o lateralidad reduciendo parcial o totalmente el disco; o no luxándose durante el cierre mandibular o lateralidad. Se traduce en un ruido articular simple, clic o chasquido con/sin sensación de trabamiento.<br><br>**Desplazamiento Discal sin Reducción** | Ruido Tipo Clic detectado a la palpación o referido por el paciente, en apertura, cierre o lateralidades. (Desplazamiento discal con 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 | |

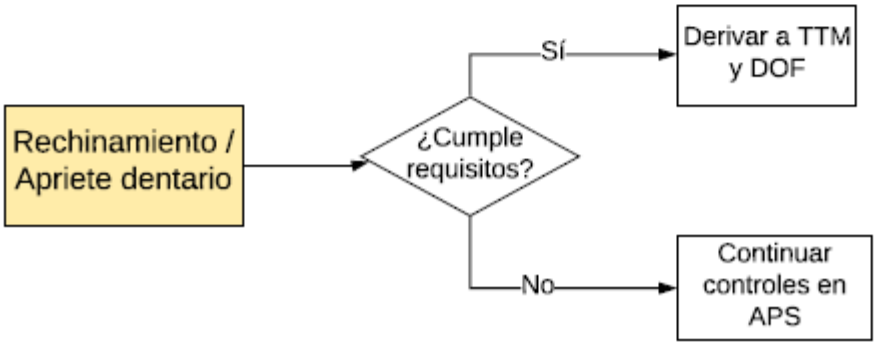
| | | |
|---|---|---|
| **Bloqueo Abierto** (Subluxación y Luxación) | Se asocian a la inhabilidad del paciente para cerrar la boca después de realizar una apertura máxima | En La ***subluxación*** el paciente realiza una maniobra con la mandíbula permitiéndole volver a cerrar la boca. |
| | | En la **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 |

II. Flujos de Atención:

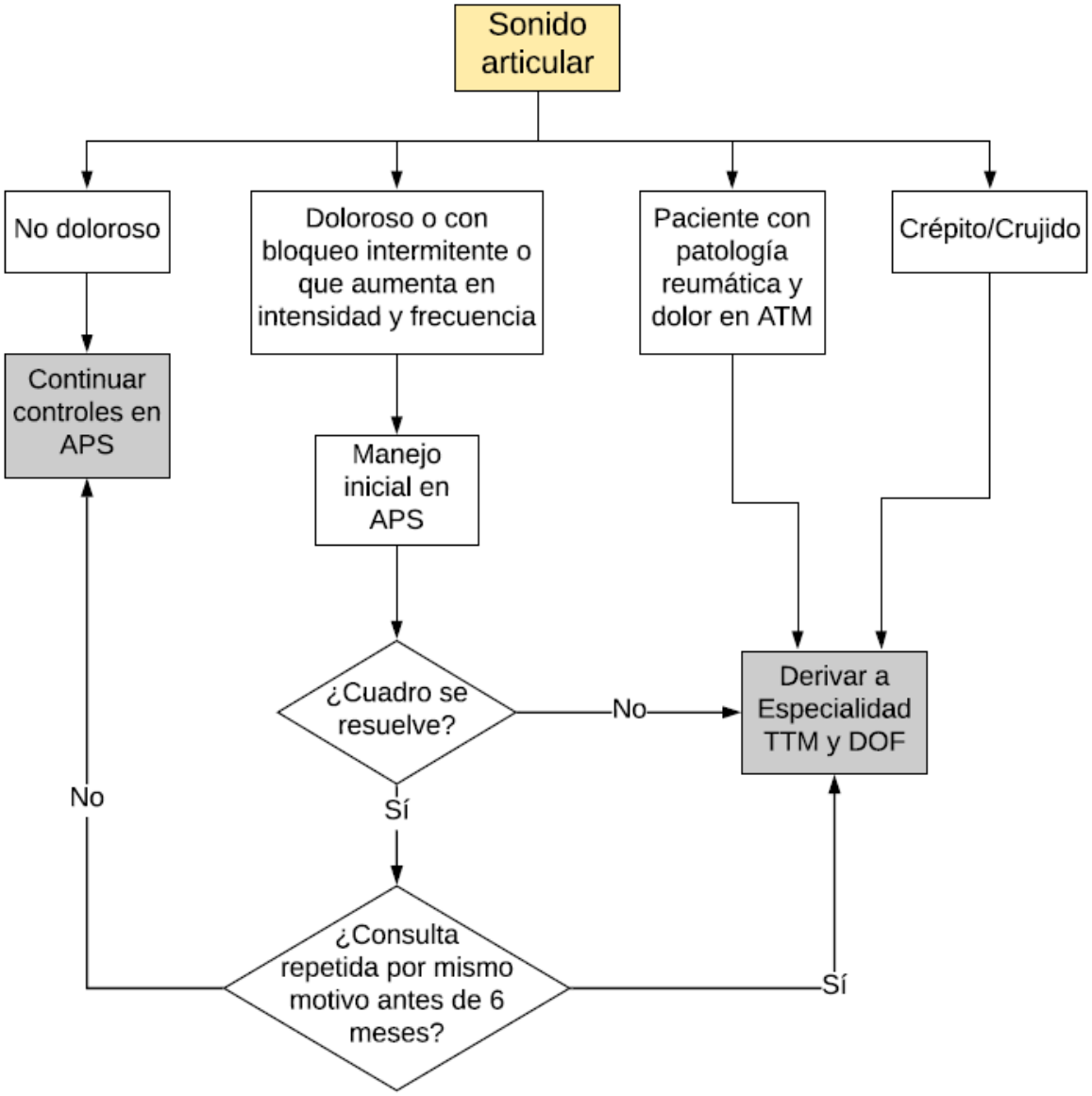
i. Dolor ATM



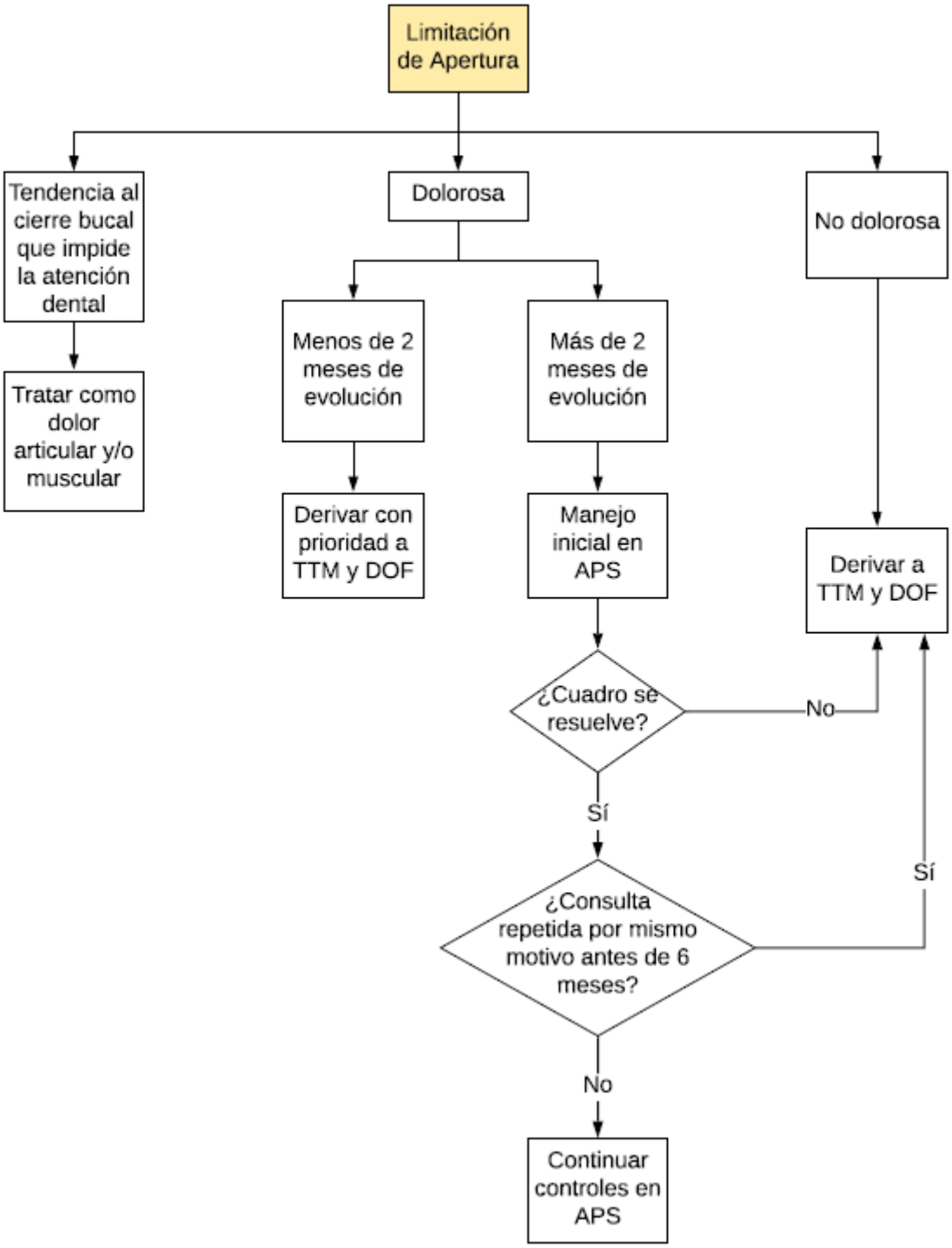


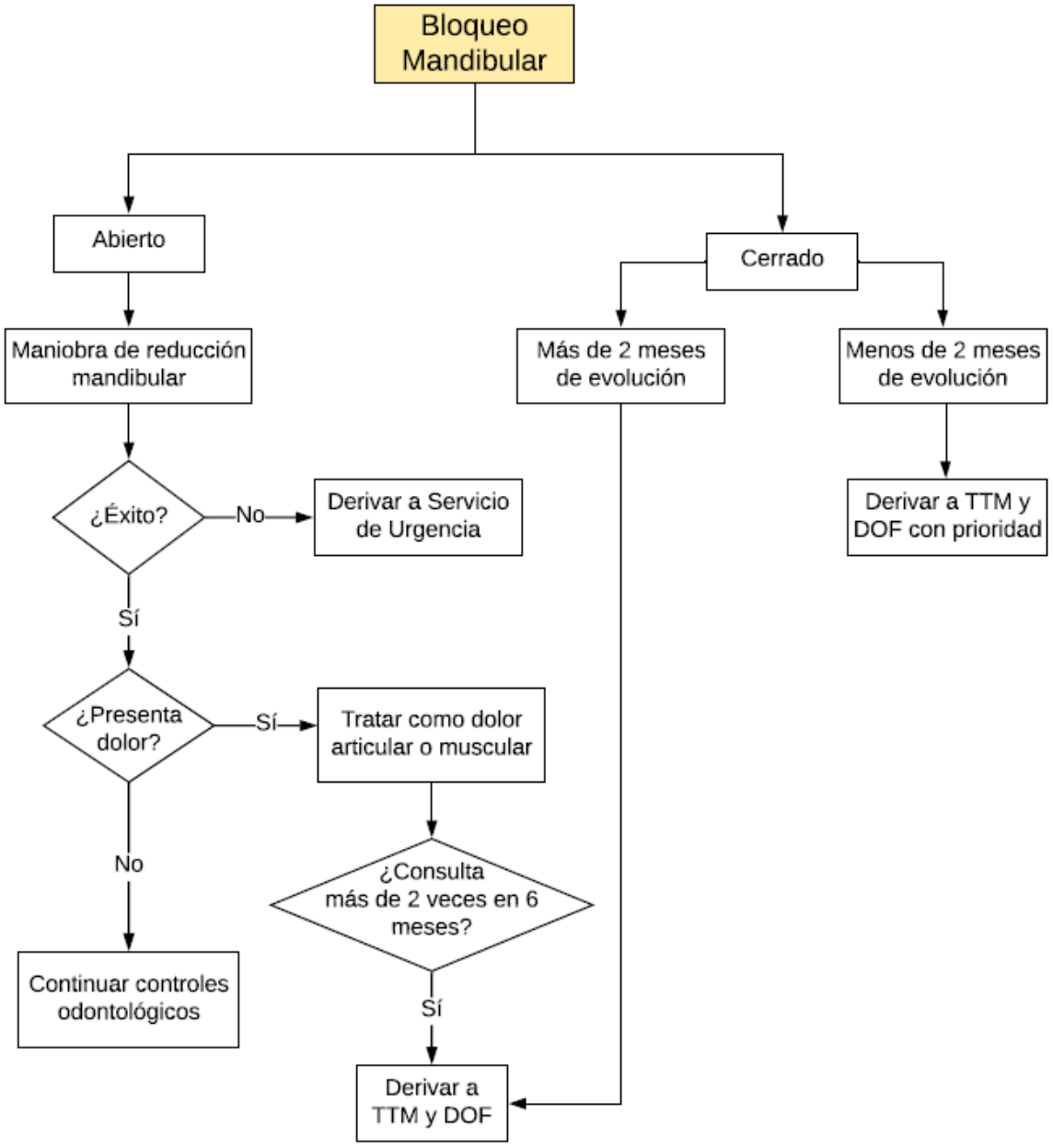
ii. Sonido Articular:



iii. Limitación de Apertura:



iv. Bloqueo Mandibular:



III. 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 orofaciales (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

Ministerio de
Salud
Gobierno de Chile