**ANEXO 9**

**PROGRAMACIÓN DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

**MODELO DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN RED**

El diseño de distintas estrategias de “Integración Asistencial”, cuyo propósito es implementar efectivos mecanismos de coordinación en la Red Asistencial de atención odontológica, la componen distintos ejes, cuya interacción constante, entre los distintos niveles de atención, tienden a establecer procesos clínicos y administrativos fluidos, que puedan dar respuesta a las demandas por atención odontológica expresadas por las personas.

Para este periodo, las estrategias de coordinación implementadas en la atención odontológica en Red, corresponden a:

1. **Protocolos Nacionales Referencia y Contrarreferencia**, que permiten el aumento de la pertinencia en la derivación y la capacitación recíproca de los equipos de salud.
2. **Teleodontología, que** permite el aumento de resolutividad en la atención odontológica, disminuyendo los tiempos de espera por atención de especialidad. A nivel nacional y en un trabajo conjunto con el Departamento de Salud Digital, existen las células de las especialidades de: Patología Oral, Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Ortodoncia y Cirugía Bucomáxilo facial.
3. **Contraloría clínica,** que corresponde a una estrategia que aumenta la productividad de equipos clínicos y determina la organización de los recursos necesarios para la atención odontológica de especialidad y posteriormente el control, evaluación y monitoreo de los tratamientos realizados
4. **Estrategia Territorial de Reactivación y Recuperación de la actividad asistencial**

**ESTRATEGIA DE REACTIVACIÓN Y RECUPERACION DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL ODONTOLOGICA**

Su fundamento y desarrollo se basa tanto en ejes estratégicos del Ministerio de Salud y pilares que conforman los lineamientos de la subsecretaria de Redes Asistenciales, como se esquematizan en la siguiente figura:



Su enfoque principal es el permanente acompañamiento para mejorar la gestión territorial local, que permita implementar los lineamientos del nivel central, además de monitorear avances y evaluar los resultados obtenidos.

Las áreas de trabajo corresponden a la resolución de listas de espera para Consulta Nueva de Especialidad y resolución lista de espera para Intervenciones quirúrgicas odontológicas.

Los resultados esperados se relacionan con mejorar la Gobernanza, y por consiguiente fortalecer el rol de referentes odontológicos con liderazgo territorial en la formulación e implementación de nuevas iniciativas y por otra parte una reducción estimada, tanto en volumen como antigüedad de las listas de espera de Consulta nueva especialidad e intervenciones quirúrgicas.

Metodología de Trabajo:

. Análisis periódico, por Servicio de Salud, de indicadores establecidos en distintas herramientas de gestión, tales como, Programación, producción REM, lista espera SIGTE, índice de Ocupación Dental y Compromisos de Gestión

. Ponderación de indicadores en ámbitos de gestión correspondientes a: Productividad, Acceso y Oportunidad de la atención y Procesos clínicos asistenciales integrados

. De acuerdo al resultado obtenido por cada servicio de salud, se establen planes de acción que consideran la resolución e todos aquellos nodos críticos que afectan la funcionalidad de la red asistencial odontológica y que se refleja en la medición de los distintos parámetros establecidos.





**PROGRAMACIÓN DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

**RENDIMIENTOS ESTANDARIZADOS ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE ESPECIALIDAD EN CONTEXTO COVID-19**

Aunque la persistencia de la Pandemia por COVID-19 aun genera efectos sanitarios en nuestro país, no obstante, en base a la serie de medidas implementadas en toda la Red Asistencial y la aplicación de la normativa vigente, se han realizado actualizaciones relacionadas con la optimización de la hora profesional y la bioseguridad en la atención tanto para el/ la paciente y los equipos clínicos.

Se debe considerar, que el presente documento, sólo contempla actividades trazadoras de acuerdo con la metodología actual de programación, cuyo seguimiento y evaluación, corresponde a la atención clínica directa y ambulatoria en los Servicios Dentales. A continuación, se describe el detalle de prestaciones, coeficientes técnicos y tiempos estandarizados por tipo de consulta (consulta nueva y consulta repetida) para la totalidad de sesiones que involucra un tratamiento para cada una de las Especialidades Odontológicas. La información contenida en las tablas, corresponden a actividades por Especialidad, consensuadas en conjunto con las Sociedades Científicas Odontológicas el año 2019.

**DETALLE PRESTACIONES Y TIEMPO ESTÁNDAR POR TIPO DE CONSULTA Y TIEMPO TOTAL TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA**

**IMAGENOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL: DETALLE PRESTACIONES Y TIEMPO ESTÁNDAR POR PROCEDIMIENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROCEDIMIENTO** | **ACCIÓN** | **Tiempo** |
| **Radiografía retroalveolar** | Radiografía retroalveolar por placa | 20 min |
| **Radiografía bite wing bilateral** | Radiografía bite wing bilateral niño (hasta 11 años) | 45 min |
| Radiografía bite wing bilateral adulto |
| **Radiografía extraoral** | Radiografía panorámica | 35 min |
| Telerradiografía (lateral o PA) |
| Otras Radiografías extraorales |
| **CBCT por zona dentaria** | Tomografía Computada Cone Beam zona diente | 45 min |
| **CBCT unimaxilar** | Tomografía Computada Cone Beam Unimaxilar | 70 min |
| Tomografía Computada Cone Beam ATM (BA/BC) |
| **CBCT Craneofacial** | Tomografía Computada Cone Beam Bimaxilar | 130 min |
| Tomografía Computada Cone Beam Craneofacial |
| **Procedimiento Sialográfico** | Sialografía (por cada glándula examinada) | 145 min |
| Sialo TC o Sialo TC Cone Beam |
| Sialo RM |
| **Procedimiento en Glándula Salival** | Evaluación previa a estudio imagenológico de glándulas salivales | 45 min |
| Instilación para lavado del conducto excretor glandular |
| **Procedimientos Imagenológicos Complejos** | Ecografía de cuello superior y piso de boca (incluye niveles ganglionares y/o tiroides) | 85 min |
| Ecografía de cuello superior, glándulas salivales y/o piso de boca con punción/aspiración |
| Tomografía Computada órbitas y maxilofacial con o sin contraste |
| Tomografía Computada órbitas y maxilofacial, Cavidades perinasales |
| Angio TC supra aórtico |
| Angio RM supra aórtico |
| Resonancia Magnética de Cara y Cuello con o sin contraste |
| Resonancia Magnética de ATM |
| **Radiografía en paciente con Aislamiento** | Radiografías intraorales o panorámicas de pacientes con aislamiento (con aseo terminal posterior) | 60 min |

**PERIODONCIA: Periodontitis etapas I, II, III y IV**

**Actividades**

* IHO
* Destartraje supragingival
* Destartraje subgingival
* Pulido coronario
* Pulido Radicular
* Ferulización
* Ajuste oclusal/control de factores locales/ desgaste selectivo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. | 15 | 300 MINUTOS 6,0 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Control evaluación de exámenes e inicio de terapia de destartraje supragingival boca completa. Solicitud de elementos de higiene oral. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Destrartraje y pulido radicular primer cuadrante u otro procedimiento terapéutico periodontal, más evaluación del Índice de Higiene Oral (IHO). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Destrartraje y pulido radicular segundo cuadrante u otro procedimiento terapéutico periodontal, más evaluación del Índice de Higiene Oral (IHO). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Destrartraje y pulido radicular tercer cuadrante u otro procedimiento terapéutico periodontal, más evaluación del Índice de Higiene Oral (IHO). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Destrartraje y pulido radicular cuarto cuadrante u otro procedimiento terapéutico periodontal, más evaluación del Índice de Higiene Oral (IHO). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post alta (8 semanas post tratamiento). Reforzar higiene oral y repetir terapia de destartraje. Realizar Contrareferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 60 |

**ENDODONCIA UNIRRADICULAR**

**Actividades**

* Tratamiento de endodoncia unirradicular
* Tratamiento de endodoncia birradicular
* Tratamiento de endodoncia multirradicular
* Inducción de cierre apical
* Tratamiento de Traumatismo Dentoalveolar (TDA)
* Tratamiento de fractura coronaria complicada, corono-radiculares y radiculares
* Tratamiento de perforaciones
* Tratamiento de reabsorciones radiculares externas e internas
* Retratamiento endodóntico

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES ENDODONCIA: Endodoncia unirradicular** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de radiografía complementaria, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. | 15 | 105 MINUTOS 1,75 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Preparación de cavidad de acceso y canales, conductometría, instrumentación, obturación de conducto, radiografía control del sellado, medicación según diagnóstico, restauración provisoria. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 75 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post alta y Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. | 15 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES ENDODONCIA: Endodoncia birradicular** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de radiografía complementaria, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. | 15 | 135 MINUTOS 2,25 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Preparación de cavidad de acceso y canales, conductometría, instrumentación, obturación de conducto, radiografía control del sellado, medicación según diagnóstico, restauración provisoria. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 105 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post alta y Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. | 15 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES ENDODONCIA: Endodoncia multirradicular** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de radiografía complementaria, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. | 15 | 210 MINUTOS 3,5 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Preparación de cavidad de acceso y canales, conductometría, instrumentación, restauración provisoria. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 75 |
| CONSULTA REPETIDA | Instrumentación, sellado, radiografía control de la obturación, restauración provisoria. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 105 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post alta y Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. | 15 |

**ODONTOPEDIATRÍA**

**Actividades**

* Examen y diagnóstico de salud oral
* Adaptación a la atención
* Educación en Salud Oral
* Asesoramiento en dieta
* Sellantes
* Aplicación de flúor barniz
* Atención de urgencias odontológicas
* Coronas de resina compuesta o acero
* Sutura simple de herida
* Pulpotomías
* Obturaciones
* Biopulpectomía en diente temporal
* Necropulpectomía en diente temporal
* Diagnóstico, Tratamiento, Control y Seguimiento de Traumatismo dentoalveolar
* Exodoncias
* Diagnóstico y tratamiento de alteraciones del desarrollo dentario
* Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI)
* Tratamiento odontológico de niños bajo sedación

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES ODONTOPEDIATRÍA: Atención sin requerimiento de sedación** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, sesión de adaptación, consejería en higiene bucal, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 | 450 MINUTOS 7,5 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Control, evaluación de exámenes y planificación de tratamiento, primera sesión de adaptación, consejería en dieta y hábitos saludables. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Segunda sesión de adaptación, actividades educativas y preventivas. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Reforzamiento de adaptación, educación en técnica de higiene y actividades preventivas. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Tratamiento recuperativo u otro procedimiento (3 controles). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 180 |
| CONSULTA REPETIDA | Tratamiento recuperativo u otro procedimiento (2 controles). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 120 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución. Realizar Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES ODONTOPEDIATRÍA: Atención con requerimiento de sedación** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, sesión de adaptación, consejería en higiene bucal, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 | 180 MINUTOS 3,0 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Control, evaluación de exámenes y planificación de tratamiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Control atención bajo sedación inhalatoria con óxido nitroso. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 90 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución. Realizar Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

**ORTODONCIA**

**Actividades**

* Tratamientos con aparatos fijos
* Tratamientos con aparatos removibles
* Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI)
* Ortopedia Prequirúrgica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES ORTODONCIA: Tratamiento de ortodoncia aparatología fija baja y mediana complejidad** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de radiografía, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. | 20 | 1060 MINUTOS 17,6 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Toma de impresiones, estudio de modelos y análisis radiográfico, registro fotográfico, diseño de aparatos. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 60 |
| CONSULTA REPETIDA | Educación sobre el plan de tratamiento y colocación de separaciones. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Instalación aparatología. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 120 |
| CONSULTA REPETIDA | Controles de aparatos fijos (promedio 30 controles) Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 100 |
| CONSULTA REPETIDA | Controles de aparatos fijos (promedio 30 controles). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 560 |
| CONSULTA REPETIDA | Retiro, toma de impresiones e instalación de contenciones (sesión 1). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 105 |
| CONSULTA REPETIDA | Controles de contención (3 controles). Realizar en el tercer control de contención la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 60 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES ORTODONCIA: Tratamiento de ortodoncia en dentición temporal y mixta** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de radiografía, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. | 20 | 665 MINUTOS  11,1 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Toma de impresiones, estudio de modelos y análisis radiográfico, registro fotográfico, diseño de aparatos. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 60 |
| CONSULTA REPETIDA | Educación sobre el plan de tratamiento y colocación de separaciones. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Instalación aparatología. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 75 |
| CONSULTA REPETIDA | Controles de aparatos removibles y/o ortopédicos (promedio 15 controles). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 100 |
| CONSULTA REPETIDA | Controles de aparatos removibles y/o ortopédicos (promedio 15 controles). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 260 |
| CONSULTA REPETIDA | Retiro de aparatos. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 35 |
| CONSULTA REPETIDA | Retiro de cemento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 35 |
| CONSULTA REPETIDA | Controles de evolución (3 controles). Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento en el último control. | 60 |

**IMPLANTOLOGÍA**

**Actividades**

* Confección de guías radiográficas y quirúrgicas
* Instalaciones quirúrgicas de implantes
* Aumentos de reborde en base a ROG
* Recuperación de rebordes en base a injertos
* Elevación de seno maxilar vía transalveolar y lateral
* Rehabilitación Sobredentadura
* Rehabilitación Prótesis Híbrida
* Rehabilitación Prótesis carga inmediata
* Rehabilitación Prótesis asistida mediante estereolitografía
* Rehabilitación Prótesis fija sobre implantes
* Rehabilitación Coronas provisorias o temporales sobre implantes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES IMPLANTOLOGÍA: Implante unitario** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. | 15 | 225 MINUTOS 3,75 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Control evaluación de exámenes y planificación de tratamiento. | 15 |
| CONSULTA REPETIDA | Cirugía implantes (instalación implante unitario - injerto). | 90 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post cirugía, retiro sutura. | 15 |
| CONSULTA REPETIDA | Control clínico y radiográfico (3 meses). | 15 |
| CONSULTA REPETIDA | Control clínico y radiográfico (5 meses). Procedimiento de conexión implante unitario. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 75 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post procedimiento. Inicio rehabilitación implanto asistida y/o derivación Rehabilitación oral según corresponda mapa de Red Asistencial. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES IMPLANTOLOGÍA: Sobredentadura** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. | 15 | 255 MINUTOS 4,25 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Control evaluación de exámenes y planificación de tratamiento. | 15 |
| CONSULTA REPETIDA | Cirugía implantes. | 120 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post cirugía, retiro sutura. | 15 |
| CONSULTA REPETIDA | Control clínico y radiográfico (3 meses). | 15 |
| CONSULTA REPETIDA | Control clínico y radiográfico (5 meses). Procedimiento de conexión implante unitario. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 60 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post procedimiento. Inicio rehabilitación implanto asistida y/o derivación Rehabilitación oral según corresponda mapa de Red Asistencial. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES IMPLANTOLOGÍA: Rehabilitación implanto asistida en Sobredentadura** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 285 MINUTOS 4,75 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Impresión preliminar para cubetas individuales. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Impresión de trabajo definitivo con registros musculares y sellado periférico, solicitud de placas de altura. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Registro placas de altura, relación maxilar relleno estético, parámetros estéticos, y selección de dientes. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba de articulación diagnóstica, oclusión, líneas estéticas y ajustes musculares. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Ajuste y entrega de prótesis terminadas. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Conexión protésica al elemento de retención implantario. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES IMPLANTOLOGÍA: Rehabilitación implanto asistida en implante unitario** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 255 MINUTOS 4,25 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Procedimiento de conexión implante unitario. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Impresión implante, registro mordida y antagonista. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba pilares y casquete metálico, toma de color. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba porcelana. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Cementación corona sobre implante. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución 1. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución 2. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

**REHABILITACIÓN ORAL**

**Actividades**

* Prótesis removible acrílica parcial o total
* Prótesis removible metálica parcial
* Prótesis fija unitaria o plural
* Prótesis fija implanto soportada
* Prótesis muco- implanto soportada
* Reparación de prótesis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ETALLE PRESTACIONES REHABILITACIÓN ORAL: Prótesis removible metálica** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 300 MINUTOS 5,0 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Evaluación exámenes, impresión preliminar para cubetas individuales y placas de altura. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Preparación de apoyos, impresión de trabajo definitiva con cubeta individual. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Registro placas de altura, revisión de modelos, diseño base metálica. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba de estructura metálica, trabajo de rodetes de cera, referencias de oclusión, selección de dientes. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba articulación diagnóstica, verificar oclusión, estética, dimensión vertical, fonación. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Ajuste y entrega de prótesis terminadas. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post alta 1. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post alta 2. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES REHABILITACIÓN ORAL: Prótesis removible acrílica** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 300 MINUTOS 5,0 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Evaluación exámenes, impresión preliminar para cubetas individuales. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Impresión de trabajo definitiva con registros musculares y sellado periférico, solicitud de placas de altura. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Registro placas de altura, relación maxilar, relleno estético, parámetros estéticos y selección de dientes. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba articulación diagnóstica, oclusión, líneas estéticas y ajustes musculares. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Ajuste y entrega de prótesis terminadas. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post alta 1. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post alta 2. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES REHABILITACIÓN ORAL: Prótesis fija unitaria** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 345 MINUTOS 5,75 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Tallado y preparación biológica, impresión perno muñón metálico, preparación e instalación provisorio. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 75 |
| CONSULTA REPETIDA | Cementación perno muñón, ajuste provisorio. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Tallado perno muñón, impresión definitiva, impresión antagonista, registro mordida, ajuste provisorio. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CO  NSULTA REPETIDA | Prueba de casquete metálico, selección color porcelana, provisorio. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba porcelana, chequeo oclusión, puntos de contacto, ajuste provisorio. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Cementación prótesis fija unitaria. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES REHABILITACIÓN ORAL: Rehabilitación implanto asistida en Sobredentadura** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 285 MINUTOS 4,75 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Impresión preliminar para cubetas individuales. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Impresión de trabajo definitivo con registros musculares y sellado periférico, solicitud de placas de altura. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Registro placas de altura, relación maxilar relleno estético, parámetros estéticos, y selección de dientes. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba de articulación diagnóstica, oclusión, líneas estéticas y ajustes musculares. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Ajuste y entrega de prótesis terminadas. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Conexión protésica al elemento de retención implantario. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES REHABILITACIÓN ORAL Rehabilitación implanto asistida en implante unitario** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 255 MINUTOS 4,25 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Procedimiento de conexión implante unitario. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Impresión implante, registro mordida y antagonista. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba pilares y casquete metálico, toma de color. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Prueba porcelana. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Cementación corona sobre implante. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 45 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución 1. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución 2. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

**CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL**

**Actividades**

* **Cirugía Menor Ambulatoria: baja complejidad**
* Exodoncia simple
* Frenectomía labial y bridas de la mucosa bucal
* Biopsia de tejido blando
* Complicación de exodoncia sin osteotomía
* Tratamiento de las heridas de la mucosa bucal
* Toma de muestra para cultivo
* Taponamiento nasal anterior
* **Cirugía Menor Ambulatoria: mediana complejidad**
* Complicaciones de exodoncia con colgajo y/u osteotomía
* Exodoncia dientes semiincluidos, incluidos, retenidos y extracciones frustradas
* Alveoloplastía
* Tratamiento de comunicación bucosinusal inmediata a exodoncia
* Plastía de rebordes alveolares, paladar duro, tuberosidad y otros
* Frenectomía lingual
* Vestibuloplastía simple o con injertos o elementos de contención
* Exéresis de tumores benignos de la mucosa bucal
* Cirugía apical y pararadicular
* Fenestración dentaria
* Infiltración de fármacos con fines morfofuncionales y en patología quirúrgica (esclerosantes, esteroides)
* Tratamiento de la disfunción dolorosa de la ATM por sesión
* Tratamiento quirúrgico de los abscesos submucosos de la boca
* Biopsia ósea más instalación de collera (descompresión de quiste)
* Tratamiento de la infección periimplantaria
* Remoción de arcos, osteosíntesis o elementos de contención
* Reducción e inmovilización de la luxación dentaria
* Tratamiento de la fractura dentaria
* Reimplante dentario e inmovilización

**Cirugía Menor Ambulatoria de alta complejidad**

* Plastía de comunicación bucosinusal o retiro de cuerpo extraño en seno maxilar
* Reconstrucción de rebordes alveolares con elementos aloplásticos
* Elevación de piso de seno maxilar con injerto para instalación de implantes
* Toma de injerto óseo intraoral
* Enucleación de quiste o tumor óseo benigno de los maxilares
* Enucleación de quiste o tumor óseo benigno con o sin tratamiento del lecho operatorio
* Exéresis de cálculos salivales de los dos tercios anteriores del conducto submandibular
* Tratamiento ortopédico de fractura maxilar o mandibular

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL: Cirugía Menor Ambulatoria de baja complejidad** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 105 MINUTOS 1,8 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Evaluación de exámenes, programación de cirugía. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 |
| CONSULTA REPETIDA | Cirugía buco maxilofacial. | 60 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post cirugía, retiro de suturas, según corresponda. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento u otra Especialidad. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL: Cirugía Menor Ambulatoria de mediana complejidad** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 135 MINUTOS 2,3 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Evaluación de exámenes, programación de cirugía. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 |
| CONSULTA REPETIDA | Cirugía buco maxilofacial. | 90 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post cirugía, retiro de suturas, según corresponda. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento u otra Especialidad. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL: Cirugía Menor Ambulatoria de alta complejidad** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 195 MINUTOS 3,3 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Evaluación de exámenes, programación de cirugía. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Cirugía buco maxilofacial. | 120 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post cirugía, retiro de suturas según corresponda. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Segundo control post cirugía. Realizar la Contrarreferencia a Atención Primaria con indicaciones de seguimiento u otra Especialidad. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |

**PATOLOGÍA ORAL**

**Actividades**

* Estudio clínico de lesiones de la mucosa bucal, ósea, glándulas salivales
* Estudio histopatológico
* Obtención de muestra citológica
* Sialometría
* Terapia farmacológica de infecciones y/o lesiones del territorio buco maxilofacial

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL: Lesiones que requieren tratamiento farmacológico o fitoterapia** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 | 150 MINUTOS 2,5 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Control evaluación de exámenes, explicación a paciente sobre plan de tratamiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Indicación de tratamiento farmacológico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Control evolución 1. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Control evolución 2. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Control evolución 3. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución. Contrarreferencia a Atención Primaria u otra Especialidad con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL: Lesiones que requieren realización de procedimientos (sialometría, obtención de citología, entre otros)** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 | 110 MINUTOS 1,8 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Control evaluación de exámenes, explicación a paciente sobre plan de tratamiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Procedimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Control post procedimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |
| CONSULTA REPETIDA | Control de evolución. Contrarreferencia a Atención Primaria u otra Especialidad con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 20 |

**TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL**

**Actividades**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 15 | 330 MINUTOS 5,5 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Examen clínico funcional musculo esquelético del sistema masticatorio, evaluación cervical y/o examen neurológico sensitivo trigeminal. Bloqueo diagnóstico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 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 2 controles de 30 minutos. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 90 |
| 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 2 controles de 30 minutos. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 60 |
| CONSULTA REPETIDA | Desgaste selectivo. Reevaluación funcional y de dolor. Medición de Rangos Mandibulares. Ajuste o cambio de terapia farmacológica. Se sugieren 3 controles de 20 minutos. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 60 |
| CONSULTA REPETIDA | Control en 3 Meses. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |
| CONSULTA REPETIDA | Control en 6 Meses. Realizar Contrarreferencia a Atención Primaria u otra Especialidad con indicaciones de seguimiento. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 |

**OPERATORIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE PRESTACIONES OPERATORIA** | | | |
| **CONSULTA** | **ACCIÓN** | **TIEMPO** | **Total** |
| CONSULTA NUEVA | Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, eventual referencia a otras especialidades, registro clínico. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 30 | 180 MINUTOS 3,0 HORAS |
| CONSULTA REPETIDA | Control evaluación de exámenes e inicio de terapia de destartraje supragingival boca completa. Solicitud de elementos de higiene oral. Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 60 |
| CONSULTA REPETIDA | Tratamiento recuperativo u otro procedimiento (3 controles). Tiempo de aseo, desinfección y ventilación. | 90 |