

Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España

CÓDIGO DE TRATAMIENTOS, ACTOS DENTALES Y NOMENCLÁTOR:
GLOSARIO

MAYO 2006

Presentación y Notas aclaratorias

El precedente

El Consejo General había elaborado un Nomenclator en el año 1992, destinado a unificar las denominaciones de los procedimientos odontológicos/estomatológicos y los catálogos de honorarios o tarifas colegiales ("mínimas", por aquel entonces).

La necesidad

Están abundantemente constatados:

- la proliferación de términos no autorizados, o al menos, inhabituales, en la literatura científica sobre nuestro ejercicio profesional, y
- el empleo sesgado de ciertos términos usuales, con un sentido diferente del genuino,

lo que, dada su falta de definición y concreción, ha conducido y conduce a equívocos lexicográficos, explotados picarescamente por los comerciantes y mercaderes de la Odontología.

Tal es el caso, por ejemplo, del "tallado selectivo" o "del ajuste oclusal", aparecidos en la publicidad de multitud de clínicas de naturaleza empresarial (y no profesional-vocacional), que, dados sus honorarios (habitualmente gratuidad), difícilmente pueden corresponder al grave sentido con que este término es manejado en Oclusodontología.

Criterio de ordenación

Somos conscientes de la diversidad de criterios taxonómicos, todos válidos, que pueden emplearse en un Nomenclator.

Hemos querido obviar deliberadamente el matiz "político" de una clasificación según modalidades de ejercicio, porque podría entenderse como una decantación de posiciones en el ya largo y agrio debate sobre la pertinencia o no de las especialidades o subespecialidades odontológicas (o estomatológicas).

Por ello nos hemos atenido, prioritariamente, a la secuencia habitual de la práctica profesional en un paciente polipatológico:

- diagnóstico,
- profilaxis y medidas preventivas,
- extracción de dientes irrecuperables
- procedimientos de cirugía bucal
- periodoncia (fase básica y cirugía periodontal)
- endodoncia y cirugía endodóntica,
- operatoria dental,
- restauraciones indirectas y coronarias unitarias,
- corrección de la oclusión mediante procedimientos ortodóncicos
- colocación de implantes
- reposición dentaria mediante prótesis convencional e implantológica

Cirugía y disciplinas quirúrgicas

La Odontología / Estomatología está deviniendo en una profesión fundamentalmente quirúrgica, en la que se están desarrollando procedimientos de gran especificidad, como la *cirugía periodontal* o la *cirugía endodóntica* (que otros querrían llamar *periodoncia* y *endodoncia quirúrgicas*, respectivamente, para hacer prevalecer la denominación de su campo específico).

Con el criterio que hemos seguido no pretendemos desmembrar la unidad doctrinal de la Cirugía, que no discutimos, sino atender, insisto, a la práctica asistencial habitual, que nos parece debe prevalecer a los considerandos académicos.

Odontología restauradora

Algo parecido hay que decir sobre los tratamientos habitualmente considerados como protésicos, que hemos separado en restauraciones dentarias unitarias (es decir, en terapéutica dental, por muy protéticas que sean su naturaleza y su ejecución), y reposiciones o restituciones correctoras de las ausencias dentarias.

Sin querer entrometernos en finas disquisiciones y polémicas académicas, hemos asumido el criterio internacional perfectamente aceptado de englobar la *Endodoncia* y la *Operatoria dental* como *Odontología conservadora*. Las *restauraciones indirectas* de la Operatoria dental (incrustaciones y carillas), reivindicadas, además de por esa disciplina, por la *Prostodoncia*, quedan fuera de debate al incluirlas con las restauraciones coronarias o coronas unitarias en un mismo bloque: el de la *Terapéutica dental*, ya que, aunque confeccionadas con los mismos criterios y procedimientos que las *coronas de retención de prótesis fija* (en los pilares de puentes) tienen allí una teleoclinia restauradora de defectos y lesiones dentarias, indiscutiblemente diferente de la intencionalidad reposicionadora.

Odontología protésica o Prostodoncia

No está muy arraigado el término *Odontología protésica*, pero lo hemos preferido a *Prótesis dental* (o estomatológica) para no dar cabida a la polémica que se viene suscitando desde un sector de protésicos dentales, que tratan de eludir una de las dos acepciones que tiene la palabra prótesis. En efecto, prótesis es:

- por un lado, un *elemento aloplástico* que reemplaza partes perdidas de los seres vivos (es decir, los productos sanitarios a medida cuya fabricación no discutimos que es competencia de los técnicos de laboratorio de prótesis dental) y
- por otro, los *procedimientos* para poder llevar a término esa sustitución de tejidos organizados por materiales aloplásticos, que es una competencia única e inexcusable de los facultativos y que justifica que los protésicos dentales sean elegidos y dirigidos por los citados facultativos dentistas a través de sus prescripciones e instrucciones. Esta acepción corresponde al concepto de Odontología protésica o Prostodoncia (competencia del dentista), que así no confundimos o indentificamos con el elemento aloplástico o producto sanitario (competencia del protésico dental)

Así, contra la afirmación de que los dentistas son innecesarios para la fabricación de las prótesis (en cuanto producto sanitario) y se limitan a “revenderlas”, encareciéndolas, sus funciones al respecto, absolutamente imprescindibles y reservadas por ley, se definen y concretan en:

- (i) las intervenciones odontológicas requeridas para la preparación dentaria,
- (ii) la obtención de la información tridimensional necesaria para que el protésico pueda fabricar la prótesis que se le ha prescrito,
- (iii) la prescripción en sí, como planificación o proyecto de la rehabilitación,
- (iv) las pruebas de las sucesivas fases de la fabricación, con las correcciones o rectificaciones que fueren necesarias,
- (v) la *colocación* y, con ella, la *puesta en servicio* de las prótesis fabricadas (que todavía no aptas para el empleo al término de la fabricación), mediante los ajustes o adaptaciones clínicas necesarias para desproveerlas de patogenicidad.

Implantología

Hemos individualizado la *Implantología* porque cada vez se constituyen más equipos de dentistas con predilección quirúrgica y dentistas con inclinación hacia la prótesis (es decir, *protesistas*, que no protésicos, ya que éstos, a diferencia de aquéllos, no son dentistas, sino técnicos de Formación Profesional), para, actuando de consuno, procurar la finalidad rehabilitadora única que persiguen sus distintos procederes.

Podíamos haber llevado la parte quirúrgica de dicha Implantología a la Cirugía, lo que sin duda habría ofendido a los periodoncistas, que cada vez reivindican con mayor énfasis para sí algo que, incuestionablemente no es ni debe ser exclusivamente suyo, y se hubiera ubicado con excesiva precocidad en el organigrama cronológico de nuestra praxis habitual, ya que la reposición protésica (sea sobre dientes, sobre mucosas o sobre implantes), es el procedimiento final de la rehabilitación estomatognática.

Odontopediatría

Después de no poca reflexión, hemos preferido no configurar un campo de Odontopediatría, ya que casi todos sus procedimientos en el periodo cronológico de la vida al que se consagran figuran en el Nomenclator. Pocas son las

intervenciones exclusivamente suyas, y por ello, ora incurriamos en duplicidades de epígrafes, ora dejábamos incómodamente reducido su acervo.

No debe verse en esta decisión ningún menosprecio hacia la Odontología infantil, sino un criterio taxonómico para un resopilatorio general de prestaciones sanitarias clínicas. Quedará subsanado simplemente con que cada odontopediatra en particular y cada dentista en general seleccione el repertorio de las intervenciones que practica para configurar su Catálogo u oferta personal de prestaciones.

Futuro

El presente *CÓDIGO DE TRATAMIENTOS, ACTOS DENTALES Y NOMENCLÁTOR* no es exhaustivo ni indiscutible. Constituye un documento oficial que debería ir completándose y corrigiéndose permanentemente con la ayuda de todos los profesionales dentistas

Agradecimiento

Quiero expresar mi sincero agradecimiento al Dr. Bárcena Rojí, actual Tesorero del Comité Ejecutivo del Consejo General, por su inmenso trabajo en la preparación del larguísimo listado del primer borrador que gracias a él pudimos manejar como documento básico de trabajo y discusión.

Sin tal soporte, este *CÓDIGO DE TRATAMIENTOS, ACTOS DENTALES Y NOMENCLÁTOR*, todavía deficiente y mejorable, pero mejor que la casi nada en la que nos movíamos, no hubiera sido una realidad.

M. Alfonso Villa Vigil

CÓDIGO DE TRATAMIENTOS, ACTOS DENTALES Y NOMENCLÁTOR

GLOSARIO EXPLICATIVO DE TÉRMINOS

Exploración estomatognática general, paciente adulto nuevo

- Procedimiento diagnóstico utilizado para evaluar al paciente de una manera integral.
- Es una evaluación oral completa con anotación cuidadosa del estado de los tejidos duros y blandos, tanto intraoral como extraoralmente.
- Puede requerir la interpretación de información obtenida por procedimientos diagnósticos adicionales, que habrán de ser consignados separadamente.
- Incluye:
 - la obtención mediante interrogatorio o *anamnesis*, la evaluación y la anotación de los datos de su historia médica general y oral,
 - las anomalías de los tejidos duros y blandos,
 - el despistaje del cáncer oral y de lesiones premalignas o cancerizables,
 - el estado de la oclusión y de la articulación cráneo-mandibular o **témpro-mandibular** (ATM),
 - la valoración general de la secreción salival,
 - la evaluación periodontal general,
 - la evaluación y la anotación de los datos patológicos dentarios,
 - la anotación y evaluación de las caries dentales, los dientes perdidos o no erupcionados y las restauraciones dentales.

Revisión estomatognática, paciente adulto

- Consiste en una consulta de diagnóstico para la evaluación de la salud oral de un paciente desde una visita anterior.
- Incluye:
 - la revisión de su historia médica,
 - la revisión de los tejidos blandos,
 - el despistaje del cáncer oral y de lesiones premalignas o cancerizables,
 - la revisión periodontal general,
 - la anotación y evaluación de las caries dentales,
 - la actualización de su historia estomatognática anterior.
- Puede precisar la interpretación de la información obtenida por procedimientos diagnósticos adicionales, que deben ser detallados separadamente

Exploración odontopediátrica general, paciente nuevo

- Procedimiento diagnóstico utilizado para evaluar al paciente odontopediátrico de una manera integral.
- Es una evaluación oral completa con anotación cuidadosa del estado de los tejidos duros y blandos, tanto intraoral como extraoralmente.
- Puede requerir la interpretación de información obtenida por procedimientos diagnósticos adicionales, que habrán de ser consignados separadamente.
- Incluye:
 - la obtención mediante interrogatorio o *anamnesis*, la evaluación y la anotación de los datos de su historia pediátrica general y oral,
 - las anomalías de los tejidos duros y blandos,
 - el despistaje de lesiones mucosas y óseas
 - la variedades o anomalías dentarias preeruptivas
 - los trastornos de la erupción dentaria y en la exfoliación de los dientes primarios
 - el despistaje de anomalías o patología oclusal, tanto esqueléticas como dentarias,
 - el estado de la oclusión y de la articulación cráneo-mandibular o **témpro-mandibular** (ATM),
 - la evaluación periodontal general,
 - la evaluación y la anotación de los datos patológicos dentarios,
 - la anotación y evaluación de las caries dentales, los dientes perdidos o no erupcionados y las restauraciones dentales, con expresa diferenciación entre los dientes primarios y los dientes secundarios.

Revisión odontopediátrica

- Consiste en una consulta de diagnóstico para la evaluación de la salud oral de un paciente odontopediátrico desde una visita anterior.
- Incluye:
 - la revisión de su historia pediátrica,
 - la revisión de los tejidos blandos,
 - el despistaje de lesiones mucosas y óseas,
 - los trastornos de la erupción dentaria y en la exfoliación de los dientes primarios
 - el despistaje de anomalías o patología oclusal, tanto esqueléticas como dentarias,
 - la revisión periodontal general,
 - la anotación y evaluación de las caries dentales,
 - la actualización de su historia odontopediátrica anterior.
- Puede precisar la interpretación de la información obtenida por procedimientos diagnósticos adicionales, que deben ser detallados separadamente

Exploración específica periodontal, paciente nuevo

- Procedimiento indicado para los pacientes que:
 - muestran signos o síntomas de enfermedad periodontal y
 - poseen factores de riesgo de la misma, como hábito tabáquico o diabetes.
- Incluye:
 - la evaluación global del estado periodontal,
 - el control de placa bacteriana o dental,
 - el sondaje de surcos / bolsas,
 - la determinación de movilidads dentarias,
 - el periodontograma, o representación gráfica del periodonto (nivel del margen gingival, nivel de la inserción gingival y nivel óseo),
 - y la evaluación y registro de los datos de su historia dental y médica general.
 - *Si no existe una previa exploración estomatognática general* habrán de consignarse las caries dentales, dientes perdidos o no erupcionados, restauraciones, relaciones oclusales y despistaje del cáncer oral y lesiones premalignas o cancerizables.

Revisión periódica periodontal

- Procedimiento indicado para:
 - la vigilancia y control de los pacientes diagnosticados y tratados de enfermedad periodontal,
 - la prevención de enfermedad periodontal en presencia de factores de riesgo, como hábito tabáquico o diabetes.
- Incluye:
 - la evaluación del estado periodontal,
 - el control de placa bacteriana o dental,
 - el sondaje de surcos / bolsas,
 - la determinación de movilidads dentarias,
 - el periodontograma,
 - la actualización de los datos de su historia médica y odontológica..

Exploración específica especializada

- En ocasiones, un diagnóstico determinado puede perfeccionarse o completarse con estudios o modalidades diagnósticas especiales y específicas, que permiten afinar el pronóstico y las perspectivas terapéuticas de patologías concretas.
- Estas pruebas también pueden integrarse multidisciplinariamente con otras y con la exploración estomatognática general para encarar con horizontes más amplios la planificación terapéutica global..
- Ejemplos de indicaciones de estas exploraciones son:
 - anomalías dentofaciales,
 - situaciones perio-protésicas complejas,
 - edentulismo parcial o total complejo,
 - atrofiás óseas alveolares o maxilares,

- maloclusiones, anatómicas y/o funcionales
- disfunción temporomandibular,
- estética,
- dolor facial de origen desconocido,
- enfermedades sistémicas graves que precisan consultas multidisciplinarias,
- etc.

Revisión específica especializada

- Este procedimiento está indicado para la vigilancia y control de los pacientes diagnosticados específicamente de algún problema en una **Exploración específica especializada**

Interconsulta (consulta o servicio diagnóstico proporcionado por un dentista u otro profesional diferente del que realiza el tratamiento)

- Tipo de servicio proporcionado por un dentista cuya opinión o asesoramiento en cuanto a la evaluación y / o la dirección de un problema específico puede ser solicitado por otro dentista, médico o fuente adecuada.

RADIOGRAFÍAS

- La exploración mediante rayos Roentgen o X *solamente deben ser realizadas por motivos clínicamente justificados y bajo prescripción del dentista del paciente*. La práctica sistemática protocolizada de radiografías con fines exploratorios, sin una justificación específica o individual del riesgo de existencia de patología y de las consecuencias de un diagnóstico *falso negativo*, no es conforme a la legislación.
- Las imágenes roentgenográficas forman parte de la *historia clínica* del paciente, por lo que el dentista (o el consultorio odontológico) debería conservar las originales, sin perjuicio de poder facilitar duplicados o copias al paciente o a quien expresamente él autorice.
- Las radiografías sólo pueden ser obtenidas por personal cualificado (*usuarios de instalaciones de radiodiagnóstico*), autorizado por el Consejo de Seguridad Nuclear a través de entidades acreditadas (UTPR o Unidades Técnicas de Protección Radiológica).

Clasificación de las radiografías

- (i) Según el *soporte de la imagen* se distinguen:
 - *radiografías convencionales* y
 - *radiografías digitales*
- (ii) Según el *campo o territorio anatómico radiografiado* se distinguen:
 - *radiografías intraorales*,
 - Radiografía (intraoral) de aleta de mordida
 - Radiografía (intraoral) periapical
 - Radiografía (intraoral) oclusal
 - *radiografías extraorales*
 - Ortopantomografía o radiografía panorámica
 - Telerradiografía lateral de cráneo
 - Telerradiografía frontal de cráneo
 - Radiografía lateral desenfilada de la mandíbula
 - Tomografías articulares temporomandibulares
 - Sialografía
 - Radiografía de carpo (o de muñeca y mano)
 - *tomografías axiales computadorizadas (TAC, escáner)*
 - TAC maxilar
 - TAC mandibular

Radiografías convencionales:

- Son el resultado de la impresión por rayos X (emitidos por un aparato para diagnóstico) de una película portadora de una emulsión sensible que se revela por procedimientos tradicionales (revelador, fijador, lavado y secado), bien de manera manual o automática en una máquina reveladora.
- Pueden ser
 - extrabucales o

- intrabucales.

Radiografías digitales:

- En ellas, el aparato emisor de rayos X impresiona un sensor o captador que se coloca en el área anatómica deseada. No hay revelado convencional de una película, sino que la imagen analógica, procesada mediante software adecuado, es digitalizada y ofrecida después en un monitor, un proyector, en soporte gráfico por medio una impresora, etc.
- Hay radiografías digitales:
 - extrabucales e
 - intrabucales.
- Aunque el principio físico de obtención y tratamiento de la imagen es diferente, los diversos tipos de proyecciones y definiciones pueden considerarse análogos a los equivalentes descritos para técnicas convencionales, aunque la morfología de los sensores es variable.
- Aunque la irradiación con las radiografías digitales es menor que con las convencionales, sólo pueden ser obtenidas, como estas últimas, por personal cualificado (*usuarios de instalaciones de radiodiagnóstico*), autorizado por el Consejo de Seguridad Nuclear a través de entidades acreditadas (UTPR o Unidades Técnicas de Protección Radiológica).

Radiografías intraorales

- En el campo odontológico las técnicas intrabucales o intraorales son específicas. En ellas, mediante un aparato de rayos X, con sus accesorios especialmente diseñados y/o presentados para la producción y aplicación de rayos X en odontología, se somete a exposición una película (radiografía convencional) o un captador digital (radiografía digital) que se coloca en el interior de la boca.
- Las películas intraorales tienen unas dimensiones adaptadas a las diferentes zonas y proyecciones, y están especialmente presentadas y preparadas para su uso por personal debidamente entrenado.

Radiografía (intraoral) interproximal o de aleta de mordida («bite-wing») [convencional / digital]

- Se trata de un tipo de película, con unas dimensiones determinadas, dotada de una lengüeta o aleta que el paciente sujeta entre sus dientes. La película queda de esta manera colocada paralelamente a la cara lingual de los dientes de ambas arcadas y obtiene simultáneamente la imagen de las coronas y de la parte más oclusal de las raíces de pequeños grupos de dientes superiores e inferiores de un mismo lado.
- Es especialmente útil para la exploración de los puntos y áreas de contacto entre las coronas (zonas interproximales). Generalmente no obtiene el registro de los ápices radiculares ni de los periápices.
- Puede ser procesada por técnica de convencional (revelado) o digital.
- Este código incluye realización y evaluación de la imagen.

Radiografía (intraoral) periapical, retrodentaria o retroalveolar [convencional / digital]

- Explora una zona anatómica limitada a un diente o pequeños grupos dentarios en su totalidad, dentro de una misma arcada, incluyendo coronas, raíces, áreas peridentarias y periapicales, así como zonas anatómicas adyacentes.
- Puede ser procesada por técnica de convencional (revelado) o digital.
- Este código incluye realización y evaluación de la imagen.

Radiografía (intraoral) oclusal [superior / inferior], [convencional / digital]

- Es una técnica en la que la placa radiográfica o el captador digital se coloca entre ambas arcadas dentarias (oclusalmente).
- Va destinada a obtener la imagen de una arcada dentaria y zonas adyacentes, por lo que cabe diferenciar la **radiografía oclusal de la arcada superior** (en la que el tubo de rayos se coloca en la proximidad de la frente) y una **radiografía oclusal de la arcada inferior** (en la que el tubo se coloca delante del cuello, debajo de la mandíbula).
- Tanto la placa radiográfica, popularmente llamada “galleta”, como el sensor o captador digital son de dimensiones algo mayores que para las demás técnicas intrabucales.
- Puede ser procesada por técnica de convencional (revelado) o digital.
- Este código incluye realización y evaluación de la imagen.

Serie radiográfica periodontal completa [convencional / digital]

- Incluye un número variable de **radiografías periapicales** (generalmente, de 14 a 18) que permiten observar en proyección con mínima distorsión y óptima nitidez:
 - todos los periápices,
 - el nivel óseo alveolar y
 - los puntos de contacto.
- Suele incluir **radiografías de aleta de mordida** (dos anchas, que cubren premolares y molares simultáneamente, en cada lado, o cuatro de tamaño convencional, dos para los premolares y dos para los molares (una de cada para para cada uno de ambos lados)
- Este código incluye la realización, el montaje ordenado y la evaluación de las imágenes.

Serie radiográfica periodontal parcial [convencional / digital]

- Cuando hay ausencia de varios dientes y se tiene constancia de la inexistencia de inclusiones o de restos radiculares intraóseos (p.ej., por medio de una ortopantomografía), no es necesaria la serie radiográfica periodontal completa, pudiendo reducirse el número de radiografías intraorales de dicha serie al número imprescindible.
- Las radiografías intraorales de la serie radiográfica periodontal parcial se realizan para observar, con mínima distorsión y óptima nitidez,
 - los periápices,
 - el nivel óseo alveolar y
 - los puntos de contacto de los dientes remanentes
- Puede incluir **radiografías de aleta de mordida** (cuando hay oclusión en los sectores dentarios posteriores).
- Este código incluye realización y evaluación de la imagen.

Ortopantomografía o radiografía panorámica [convencional / digital]

- Es una radiografía general, extrabucal, del conjunto buco-facial mediante la que se registra simultáneamente la imagen de todos los dientes existentes de ambas arcadas, así como las zonas peridentarias, periapicales y sus relaciones con estructuras anatómicas vecinas.
- Puede ser procesada por técnica de convencional (revelado) o digital.
- Se realiza con:
 - un aparato emisor de rayos X de un tipo de aparato especial (*ortopantomógrafo*), que mueve el foco y la película rotacionalmente, y
 - en la ortopantomografía convencional: chasis y películas específicas rectangulares de mayor tamaño ,
 - en la ortopantomografía digital, un sensor digital que el aparato lleva incorporado .
- Tiene la ventaja de presentar una imagen de conjunto, muy completa, con muchas estructuras simultáneamente. Sin embargo no ofrece una alta resolución para detalles finos (ciertas caries, etc.) por lo que *puede necesitar, como complemento, radiografías intrabucales.*
- Este código incluye realización y evaluación de la imagen.

Telerradiografías de cráneo [laterales / frontales] [convencionales / digitales]

- Las telerradiografías son radiografías extrabucales tomadas teleméricamente (con un aparato emisor de rayos X alejado del objeto, generalmente 1,5 metros, y la placa –o sensor– adyacente a él). De este modo se minimiza la magnificación y la distorsión de las imágenes.
- Se utilizan principalmente con fines cefalométricos.
- Pueden ser procesadas por técnica de convencional (revelado) o digital.
- Pueden ser laterales y frontales.
- La **Telerradiografía frontal [convencional / digital]** es una radiografía lateral de cráneo telemétrica que sirve a fines cefalométricos.
- La **Telerradiografía lateral [convencional / digital]** es una radiografía extrabucal pósterio-anterior (o ántero-posterior) telemétrica que puede utilizarse para complementar la telerradiografía lateral y es muy útil para:
 - el diagnóstico y
 - la evoluciónde las asimetrías y látero-desviaciones del conjunto dento-facial.
- Estos códigos incluyen realización y evaluación de la imagen.

- No incluyen los estudios cefalométricos (biométricos), que constiuyen un "item" aparte.

Radiografía lateral desenfilada de la mandíbula [convencional / digital]

- Es una radiografía extrabucal *oblicua* en la que el foco y la película (o el sensor) se orientan con respecto al cráneo de forma que se evite la superposición ósea contralateral (la que está mas próxima al tubo), sobre la "imagen-objetivo" de una cierta área mandibular.
- La película (o el sensor) se coloca extraoralmente y el tubo se dirige desde una zona que no contenga hueso inmediatamente debajo; por ejemplo desde la región submandibular contralateral.
- Este código incluye realización y evaluación de la imagen.

Tomografías articulares

- Se trata de "cortes" radiográficos a nivel de ambas articulaciones cráneo-mandibulares o témporo-mandibulares (ATM) en apertura y cierre bucal.
- Persiguen objetivar relaciones articulares y patología asociada.
- Son necesarias, por lo menos, cuatro imágenes:
 - dos en apertura y dos en cierre bucal
 - una (de cada par anterior) del lado derecho y otra del lado izquierdo.
- Este código incluyen realización y evaluación de las imágenes.

Sialografías

- Consisten en la exploración radiológica, generalmente extrabucal, de una glándula salival y de sus conductos de secreción, con ayuda de un medio de contraste,.
- El contraste se introduce por la desembocadura del conducto secretor, previa cateterización de su *ostium*.
- Se realizan para comprobar la permeabilidad de la vía secretora (presencia de cálculos, etc.), aunque a veces permite obtener también imágenes del parénquima glandular.
- Deben realizarse varias proyecciones, para localizar la situación de las posibles obstrucciones de los conductos excretorios..
- Este código incluye realización y evaluación de las imágenes.

Radiografía de carpo (o de muñeca y mano)

- Es una radiografía de muñeca y mano que suele practicarse para correlacionar la edad ósea y el crecimiento general del paciente con el desarrollo de sus parámetros dentales y óseos buco-faciales.
- Este código incluye realización y evaluación de la imagen desde el punto de vista cronológico (estimación de la edad ósea).

Tomografías axiales computadorizadas

- Abreviadamente TAC o TC, consisten en exploraciones radiológicas, a través de aparatología especializada, mediante la que se obtiene un mapa de densidades (*tomodesitometría*), de diferentes cortes tomográficos procesados mediante ordenador.
- Los cortes tomográficos se presentan según las diferentes orientaciones espaciales, por lo que se distinguen *cortes axiales, cortes sagitales y cortes frontales*
- En ocasiones se puede necesitar como complemento la administración sistémica de contrastes radiológicos.
- Incluye la realización e interpretación y señalamiento de los accidentes morfológicos cuyo reconocimiento puede ser delicado
- Puede facilitarse en placas o en soporte digital para estudios especializados.
- Son servicios fundamentalmente radiológicos, que incluyen la realización de la exploración, la obtención de las imágenes y el señalamiento de accidentes morfológicos de reconocimiento delicado o terapéuticamente crítico.

Tomografía axial computadorizada maxilar

- Es una técnica específica de TC para obtener reconstrucciones tomográficas del tercio medio facial (arcadas dentoalveolares maxilares o superiores, y sus relaciones anatómicas con las formaciones vecinas –fosas

nasales y senos maxilares, principalmente-) e información sobre la calidad y espesor del hueso, trabéculas óseas, etc.

- Este código incluye la realización e interpretación y señalamiento de los accidentes morfológicos cuyo reconocimiento puede ser delicado o clínicamente crítico.

Tomografía axial computadorizada mandibular

- Es una técnica específica de TC para obtener reconstrucciones tomográficas del tercio facial inferior (la mandíbula y los dientes inferiores, con sus relaciones anatómicas y distancias –especialmente de las raíces y de la cresta alveolar con el nervio dentario inferior-) así como información sobre la calidad y espesor del hueso, trabéculas óseas, etc.
- Incluye la realización e interpretación y señalamiento de los accidentes morfológicos cuyo reconocimiento puede ser delicado o clínicamente crítico, especialmente el contorno del conducto dentario inferior

IMÁGENES ORALES O FACIALES NO RADIOGRÁFICAS

- En la práctica clínica interesan otras imágenes diferentes de las radiográficas, que permiten estudiar objetivamente la evolución de un tratamiento, o constituir un documento con valor legal y forense.
- Incluyen *fotografías* convencionales (en negativo o en película) y digitales, así como *imágenes endoscópicas* y *videoimágenes*.
- Las fotografías e imágenes, estáticas o dinámicas, pueden ser convencionales (película fotográfica, tanto negativo como positivo o diapositiva; videofilm) o digitales (cinta magnetoscópica o discos)
- Este tipo de imágenes forman parte de la historia clínica del paciente.
- *En este apartado de códigos no se incluyen las imágenes radiográficas*

Fotografías [convencionales –en papel o en diapositiva- / digitales] faciales [frontal / laterales / oblicuas o escorzos] en [reposo / sonrisa / risa forzada]

- Son las fotografías que se toman de la cara, desde diferentes ángulos, para el estudio, la evaluación, el control o seguimiento y la documentación legal.
- Las más comunes son:
 - *fotografías anteriores*, en reposo, sonrisa y risa forzada
 - *fotografías laterales*, derecha e izquierda (en reposo, sonrisa y risa forzada)
 - *fotografías oblicuas* o *escorzos*, derecha e izquierda (en reposo, sonrisa y risa forzada)

Fotografía [convencional –en papel o en diapositiva- / digital] intraoral frontal

- Son imágenes de la superficie vestibular de los grupos incisivos-caninos superior e inferior:
 - *en oclusión* y/o
 - *con boca abierta*.
- Para realizarla, se necesita la ayuda de separadores para retraer los tejidos blandos (labios, mejillas, etc.).
- El índice de ampliación suele ser de **1 : 2**

Fotografías [convencionales –en papel o en diapositiva- / digitales] bucales laterales [derecha / izquierda]

- Imagen de la superficie vestibular de los dientes posteriores (premolares y molares, superiores e inferiores) :
 - *en oclusión* y/o
 - *en apertura*,del lado:
 - derecho y/o
 - izquierdo.
- Requieren:
 - el empleo de un espejo apropiado, que se orienta a 45° con respecto a la superficie bucal o vestibular del diente más posterior, y
 - la ayuda de un separador unilateral, para retraer los tejidos blandos (labios, mejillas, etc.), que se coloca del lado contrario al espejo.
- Se suele usar con dos tipos de ampliación:
 - **1 : 1,2**
 - **1 : 1,5**

Fotografías [convencionales –en papel o en diapositiva- / digitales] oclusales [maxilar / mandibular]

- Fotografías de la arcada superior o inferior del paciente, vistas por su superficie masticatoria u oclusal.
- Para realizarlas puede ser necesaria la ayuda de:
 - un espejo específico, de tamaño adecuado,
 - retractores pequeños, o medios retractores.
- El índice de ampliación suele ser de $1 : 2$

Fotografías [convencionales –en papel o en diapositiva- / digitales] especiales intrabucales

- Son fotografías de tomas y planos de zonas concretas de las diversas áreas bucales, destinadas al estudio, evolución o control de alguna patología o algún tratamiento.
- **Palatino-maxilar anterior:**
 - incluye la cara palatina de canino a canino superiores
 - se realiza con espejo,
 - su índice de ampliación, habitualmente, es de $1 : 1,2$
- **Palatino-maxilar posterior [derecha / izquierda],**
 - incluye la cara palatina desde el canino al último molar
 - se realiza con espejo,
 - su índice de ampliación, habitualmente, es de $1 : 1,2$
- **Linguo-mandibular anterior,**
 - incluye la cara palatina de los dientes anterioinferiores,
 - se realiza con espejo,
 - su índice de ampliación, habitualmente, es de $1 : 1$
- **Linguo-mandibular posterior [derecha / izquierda],**
 - incluye la cara palatina de los dientes posteriores e inferiores,
 - se realiza con espejo,
 - necesita retracción de la lengua y aspiración de la saliva,
 - su índice de ampliación, habitualmente, es de $1 : 1$
- superficie dorsal o ventral de la lengua,
- mejillas
- labios,
- etc.

Resonancia Nuclear Magnética (RNM o RM)

- Dentro de las técnicas especiales de diagnóstico por imagen, la RNM o RM es una técnica que no utiliza radiaciones ionizantes.
- Obtiene imágenes de secciones o cortes con un elevado grado de discriminación en la definición.
- Es una técnica poco indicada para tejido óseo pero tiene un alto poder definidor para tejidos blandos (p. ej.: disco de la ATM).

Cefalograma o Cefalometría.

- Trazado diseñado sobre una *telerradiografía lateral* de cráneo sobre el que se realizan y recogen medidas lineales y angulares que reflejan diferentes parámetros cráneo-faciales, tales como distancias entre puntos anatómicos, ángulos, etc.
- Generalmente se realizan para estudio, planificación y evolución de tratamientos ortodóncicos, quirúrgicos, etc.
- Pueden ser ejecutados directamente por el profesional o a través de programas informáticos.

Test salivales

- Se incluyen en este apartado las pruebas analíticas para la determinación de la *susceptibilidad* o *riesgo* de enfermedad odontológica . Por ejemplo:
 - Test de Snyder
 - Test de Alban
 - Test microbiológicos para *Lactobacillus acidophilus*
 - Test microbiológicos para *Streptococcus mutans*

- Test microbiológicos para bacterias periodontopatógenas específicas.
- Test de acidez de saliva,
- etc.

Estudios de marcadores (genéticos) específicos [denominación]

- Los marcadores (genéticos) son indicadores bioquímicos que orientan hacia la presencia de un factor de riesgo, un antígeno, alguna proteína tumoral, etc., para apoyar un diagnóstico, orientar la respuesta a un tratamiento o detectar una posible recidiva.

Modelos de estudio y diagnóstico

- Se trata de reproducciones de las arcadas dentarias en yeso o escayola, obtenidos por **vaciado** (en clínica o en laboratorio) de las **impresiones** de la boca (tomadas por el dentista o el cirujano máxilo-facial mediante algún **material de impresión** cargado en unos soportes adecuados al tamaño de las arcadas, llamados **cubetas de impresión**).
- Incluyen:
 - La toma de impresiones, superior e inferior.
 - Los materiales de impresión
 - Los materiales de vaciado (yeso)
 - y el vaciado (que puede ir especificado como suplido, si se realiza fuera de la clínica)
- Se utilizan para realizar:
 - mediciones,
 - estudios,
 - planificaciones,
 - predicciones y
 - controles de la evolución del caso
 en tratamientos:
 - de ortodoncia,
 - de prostodoncia o
 - de cirugía ortognática.
- También se utilizan con fines médico-legales, forenses, antropométricos, etc., pues constituyen elementos muy valiosos para dejar constancia del estado del paciente antes de empezar un tratamiento o durante el mismo.

Zocalado de modelos para ortodoncia

- Una vez obtenidos los modelos de estudio, superior e inferior, se procede a colocarles una base o "zócalo", recortado de una manera protocolizada para conseguir relacionar ambos modelos entre sí siempre en la misma posición oclusal.

Planchas base con rodillos (rodetes) articulares

- Las **planchas base** son láminas de un material rígido (generalmente acrílico pero pueden utilizarse ciertos compuestos termoplásticos), que se adaptan sobre los modelos de escayola de las arcadas del paciente y se extienden sobre zonas total o parcialmente desdentadas de la arcada superior y/o inferior, y áreas protéticas, de una manera estable y retentiva.
- Los **rodillos o rodetes articulares** son unas pequeñas masas de cera o de godiva que se disponen sobre las planchas base o sobre estructuras o pruebas de las prótesis en el lugar de los dientes ausentes que se desea reemplazar protéticamente, de forma que el paciente, al ocluir sobre ellas, dejará marcada o registrada la relación espacial existente entre ambas arcadas en una delgada capa de un material de registro.
- Los rodetes constituyen una representación esquemática de la ocupación de los futuros dientes artificiales o protéticos, que permite explorar, además, la estética y la fonética, y transferir al laboratorio la información tridimensional sobre la forma, tamaño y posición de los dientes protéticos.

Obtención de referencias cráneo-maxilares

- Llamamos **relaciones cráneo-maxilares** a la relación espacial establecida entre la **arcada dento-alveolar o alveolar superior** con respecto a determinadas referencias fijas del neurocráneo, particularmente el **eje de bisagra terminal** o **eje terminal de bisagra** y un cierto punto anterior de la **calavera** (generalmente el **nasión** o el **punto infraorbitario**).

- Esta relación se obtiene clínicamente mediante un instrumento denominado *arco facial*, que permite recoger simultáneamente de manera reproducible:
 - el registro de las *huellas dentarias* de la arcada superior (o del *rodillo articular*, en caso de edéntulos) sobre una horquilla envuelta en cera reblandecida, que determina la orientación de dicha arcada
 - la localización del *eje de bisagra terminal (ETB)* o de los *conductos auditivos externos* (muy próximos a él), y
 - la situación de un punto craneal anterior estándar (habitualmente, el *nasión* o el punto *infraorbitario*)
- Dicho arco facial permite transferir el *modelo superior* a un símil mecánico articular denominado *articulador*, con sólo colocar el modelo (con los rodillos oclusales, en su caso) sobre las huellas de la horquilla del arco facial, y situar los indicadores del punto craneal anterior y del eje de bisagra (o del conducto auditivo externo) en los puntos correspondientes del articulador.

Localización del eje terminal de bisagra (ETB) o eje de bisagra terminal

- La localización clínica en cada individuo del *eje de bisagra de terminal* o *eje terminal de bisagra*, que es un referente constante de todo articulador, se puede realizar de una manera aproximada (*localización arbitraria*) o de una manera exacta.
- La *localización arbitraria* (aproximada) se realiza mediante unas coordenadas que recogen la aproximación estadística en la población ante la proyección cutánea del mencionado eje y los *conductos auditivos externos* o determinados accedentes cutáneos próximos relacionados con el pabellón auricular.
- Hay procedimientos para identificar la *localización exacta* del eje terminal de bisagra (ETB), de modo que cabe transferir exactamente al articulador las relaciones reales entre el modelo superior y el mencionado eje. El más conocido es el llamado *arco cinemático*.

Localización arbitraria del eje terminal de bisagra

- Consiste en la indicación sobre la piel situada por delante del trago, mediante una marca lavable, la proyección cutánea promedio del eje terminal de bisagra, a partir de una referencias anatómicas topográficas determinadas.
- Los diversos procedimientos tienen una exactitud diferente, según las razas.

Localización exacta del eje terminal de bisagra mediante arco cinemático

- Es un procedimiento clínico que permite identificar el ETB (es decir, el eje de rotación mandibular en los primeros grados del movimiento bordeante posterior de apertura –o últimos de cierre– de la mandíbula) mediante un dispositivo localizador llamado *arco cinemático*, que se ancla a los dientes inferiores (o al cuerpo mandibular) y permite explorar e identificar la situación del eje de giro del *movimiento bordeante posterior* en los primeros grados de apertura (o últimos de cierre).
- Posteriormente, vez localizado el mencionado eje, se procede a tatuar en la piel de la superficie lateral de la cara, de manera discreta pero inconfundible, la situación de su proyección cutánea
- La transferencia de las relaciones cráneo-maxilares al articulador se realiza posteriormente mediante un *arco facial estático o convencional*, estimando exactamente la situación del ETB mediante los tatuajes.

Obtención de registros intermaxilares, oclusales, interoclusales o “de mordida” en [máxima intercuspidadación / relación céntrica]

- Consiste en recoger clínicamente el registro de una determinada relación intermaxilar en la oclusión, mediante la interposición de un material apropiado para tal menester (*material de registro oclusal*, que puede ser una lámina de cera, rebasada o no con pasta zinquenólica, o una capa de silicona fluida de fraguado rápido) entre las arcadas dentarias (o, en el caso de edentulismos, totales o parciales, entre las arcadas alveolares o dentoalveolares, disponiendo los *rodillos o rodetes articulares* en los tramos edéntulos).
- La posición oclusal registrada puede ser espontánea o dirigida por el dentista para conseguir una deliberada *relación condilar o articular cráneo-mandibular (temporo-mandibular)*
- El registro oclusal permite transferir el *modelo inferior* al *articulador*, conservando con el modelo superior las mismas relaciones que las biológicas.
- Las dos posiciones habituales de registro intermaxilar para el montaje en articulador del modelo superior con respecto al inferior son la de *máxima intercuspidadación* y la *posición oclusal de relación céntrica*, también llamada *posición retrusiva de contacto*, que se consigue mediante manipulación mandibular del paciente.

Obtención del arco gótico de Gysi

- Es un procedimiento clínico que permite, mediante un soporte y una púa, registrar las trayectorias losángicas de los movimientos bordeantes de la mandíbula en el plano horizontal, y las *trayectorias en ala de gaviota* o *en arco gótico* (según que la platina de registro se coloque en la arcada superior o en la inferior) entre la posición de reposo y lateralidad máxima
- Por medio de y por medio de ellos, transferir al articulador las relaciones intermaxilares.

Montaje de modelos en oclisor o articulador no ajustable

- Consiste en anclar los modelos superior e inferior a los brazos de un instrumento que sólo reproduce las relaciones intermaxilares oclusales a la dimensión vertical del registro intermaxilar (es decir, de una manera afectada por el grosor del material con el que se ha obtenido el registro oclusal).

Montaje de modelos en articulador semiajustable

- Un *articulador* semiajustable es un instrumento de notable precisión que permite reproducir posiciones intermaxilares (aunque no trayectorias) de forma individualizada para cada paciente.
- Una vez obtenidos los modelos de escayola, del paciente, el modelo superior se transfiere y une mediante escayola al brazo superior del articulador, con la ayuda del *arco facial*, con el que se pueden reproducir las relaciones exactas o aproximadas de los modelos con respecto al *eje de bisagra terminal* o *eje terminal de bisagra* (ETB).
- Posteriormente, se monta el modelo inferior, uniéndolo con escayola al brazo inferior del articulador, para lo que utilizan los *registros oclusales, interoclusales* o "*de mordida*".
 - Si el registro corresponde a una *relación céntrica* (es decir, a la posición condilar en la que se realizan los primeros grados de apertura y los últimos de cierre del movimiento bordeante posterior), los distintos puntos del modelo inferior se moverán durante la apertura y cierre del articulador idénticamente a como lo hace la mandíbula.
 - Si el modelo superior se transfirió reproduciendo exactamente la localización del eje terminal de bisagra, las relaciones angulares de los modelos superior e inferior al abrir y cerrar el articulador reproducirán exactamente las que se dan entre ambas arcadas durante los primeros grados de apertura y últimos de cierre bordeante posterior de la mandíbula.
- Los articuladores semiajustables no reproducen los movimientos de lateralidad naturales, porque las relaciones de los modelos con los ejes estacionarios para dicho movimiento en el articulador no coinciden con los de la boca (si es que existen, porque parecen ser eje momentáneos, que migran con el movimiento). Sin embargo, gracias a que permiten modificar ciertos parámetros (la inclinación de la trayectoria condilea incisal, la inclinación de la platina incisal y el ángulo de Bennett, principalmente), permiten reproducir las posiciones intermaxilares preestablecidas, previamente mediante los registros oclusales o interoclusales.

Obtención de registros oclusales excéntricos para ajuste de parámetros del articulador

- Es un procedimiento clínico consistente en obtener registros oclusales en determinadas posiciones mandibulares preestablecidas (protrusiva y lateralidades).
- Las posiciones excéntricas cuyo registro sirve para el ajuste de los parámetros del articulador semiajustable son:
 - Protrusiones de menos de 7 mm.
 - Lateralidades derecha e izquierda, hasta alineamiento de los caninos como máximo.
- Mediante su colocación entre los modelos ya montados en el *articulador*, permiten un ajuste individualizado aceptable (aunque no exacto) de éste para determinados parámetros de cada paciente:
 - *trayectoria condilea sagital*, que en prótesis balanceadas debe registrarse al alza (para fomentar contactos posteriores en protrusión) y en prótesis fijas no balanceadas, a la baja (para prevenir contactos molares en protrusión),
 - *ángulo de Bennet*, que en prótesis balanceadas debe registrarse a la baja y en prótesis fijas al alza (para prevenir maloclusiones dinámicas en lateralidades, sobre todo en el lado de balanceo), y
 - *trayectoria incisiva o incisal*,lo que permite reproducir con gran exactitud determinadas *posiciones estáticas* del modelo mandibular con respecto al maxilar.
- Sin embargo, el articulador semiajustable, por bien ajustado que esté y sofisticado que sea, no permite reproducir con los modelos las *trayectorias contactantes* de los *movimientos de lateralidad-medialidad* (tanto bordeantes como intrabordeantes), ni de los movimientos de *propulsión-retrusión* de la arcada inferior con respecto a la arcada superior.

Análisis pantográfico

- En situaciones especiales es preciso comprobar, adaptar y ajustar diferentes parámetros individuales con mayor precisión que en el caso de los articuladores semiajustables por lo que se recurre a instrumentos más complejos, denominados *pantógrafos*, que permiten el estudio y reproducción de las trayectorias mandibulares (y no sólo de un número limitado de posiciones) en los llamados *articuladores totalmente ajustables*.

Ajuste del articulador completamente ajustable

- El articulador completamente ajustable permite reproducir fielmente las trayectorias de la mandíbula (y, por consiguiente, en los modelos, las de las arcadas entre sí).
- Esta reproducción se consigue gracias a la adaptación de diversos parámetros del articulador (trayectorias condíleas sagitales ángulos de Bennett, movimientos de Bennet, ángulos de Fisher) y a la preparación y colocación de *insertos*, tallados expresa y delicadamente hasta que, una vez ubicados entre los cóndilos y las glenas del articulador, consiguen modificar los movimientos estándar hasta reproducir las trayectorias registradas por el pantógrafo.

Análisis axiográfico

- Consiste en la obtención de la representación gráfica de los movimientos mandibulares sobre papel milimetrado mediante el lápiz-puntero de un aparato llamado *axiógrafo*.
- Un *axiógrafo* es un aparato de precisión diseñado para obtener el registro de los movimientos mandibulares.

Análisis oclusal

- Estudio de los contactos oclusales de manera estática y dinámica.
- Comprende una fase exploratoria en el articulador, y otra confirmatoria, de naturaleza clínica, mediante papel de articular delgado, de diversos colores.

Análisis oclusal computadorizado

- Estudio del análisis oclusal mediante instrumentos dotados de sensores especiales para detectar cargas y posiciones, que utilizan técnicas digitalizadas.

Profilaxis dental

- Procedimiento consistente en la eliminación de:
 - la placa dental,
 - los cálculos y
 - las manchas extrínsecas.
- Comprende:
 - (i) la *tartrectomía* (“*detartrage*”), o eliminación del *cálculo* o *tártaro* mediante instrumentos vibratorios sónicos y ultrasonicos, y mediante instrumentos manuales apropiados, y
 - (ii) la eliminación de manchas o tinciones (superficiales) mediante *aeroprofilaxis* y procedimientos de *pulido* (cepillos rotatorios, copas y pastas abrasivas).

Fluoruración tópica en consultorio dental

- Consiste en la aplicación tópica, previa profilaxis, de iones fluoruro mediante geles dispuestos sobre cubetas, para conseguir permutar o recambiar los iones oxhidrilo de la *hidroxiapatita* por ellos.
- *Este ítem no se corresponde con la fluoruración mediante:*
 - *enjuagues con colutorios fluorados,*
 - *comprimidos fluorados para ser disueltos en boca o*
 - *pastas profilácticas fluoruradas.*

Instrucciones de higiene oral (H.O.)

- Incluye **indicaciones** para la práctica de la higiene dental en el domicilio, y el **adiestramiento** en el desarrollo de las destrezas manuales necesarias
- Son ejemplos de instrucciones:
 - la técnica de cepillado convencional,
 - las técnicas especiales de cepillado (Bass, Charters, etc.),
 - el uso del cepillo eléctrico,
 - el uso de la seda o cinta dental,
 - el empleo de otros útiles de higiene bucal.

Asesoramiento dietético para el control de enfermedades dentales

- Incluye los **consejos** e **instrucciones** sobre selección de alimentos y hábitos dietéticos para la prevención, el control y el tratamiento de la caries y de la enfermedad periodontal.

Asesoramiento antibiótico para la salud oral

- Consiste los **consejos sanitarios motivacionales** e informaciones sobre el tabaquismo y sobre las ventajas de controlar y eliminar el hábito tabáquico, con o sin material escrito de apoyo, para
 - reducir los riesgos de desarrollar diversas enfermedades orales,
 - disminuir las complicaciones de determinadas patologías y de diversos tratamientos.
- *No constituye en sí mismo un ítem o código de actuación facturable, sino que debería constituir una pauta o conducta profesional sistemática ante todo paciente fumador.*

Deshabitación tabáquica

- Incluye los **procedimientos de intervención** en fumadores, dirigidos a la supresión de hábito tabáquico:
 - Elaboración de la historia de tabaquismo.
 - Diagnóstico del grado de dependencia física por la nicotina (*Test de Ferguson, Test de Ferguson modificado*, etc.).
 - Cuantificación de grado de tabaquismo (*co-oximetría*)
 - Estudio de motivación individualizado (*Test de motivación de Richmond, test de motivación del Hospital Henry Mondor de París*, etc.),
 - apoyo psicológico:
 - visita basal
 - visitas de seguimiento
 - Tratamiento farmacológico (terapia sustitutiva con comprimidos, parches o chicles de nicotina, bupropión, etc).
- Este tratamiento puede contar con el apoyo de médicos y psicólogos en equipo.

Sellado de puntos y fisuras [por diente]

- Es un procedimiento clínico destinado a la **prevención de la caries dental** en *surcos, hoyos o fisuras* naturales profundas (donde se pueden acantonar gérmenes cariogénicos), consistente en rellenarlos con algún material sellador adecuado (generalmente, resinas).
- Este *ítem* incluye la preparación mecánica o química de la superficie del esmalte, destinada a mejorar la retención del sellador.

Ameloplastia [por diente]

- Literalmente significa modelar o dar forma al esmalte.
- En la práctica, este término describe pequeños retoques clínicos de la superficie del esmalte, mediante instrumental mecánico específico (generalmente, piedras diamantadas y pulido), para:
 - corregir anomalías o imperfecciones puntuales superficiales de algún diente,
 - eliminar por desgaste lesiones cariosas superficiales ,
 - corregir pequeñas subobturaciones en los márgenes de las restauraciones.
- *En este código no se incluye los denominados tallados selectivos.*

Odontotomía preventiva (HYATT) [por diente]

- Es un procedimiento clínico con finalidad preventiva consistente en la “apertura” o ensanchamiento, mediante instrumentos rotatorios especiales, de algunos surcos y fisuras muy profundos y anfractuados en las superficies oclusales, preferentemente, de molares y premolares.
- Es una maniobra destinada a evitar la proliferación bacteriana no deseada en el fondo de dichas irregularidades a las que el paciente no puede acceder mediante las maniobras profilácticas habituales (cepillado, etc.), por que permite o facilita su *autoclisis* (autolimpieza).

Preparación clínica, colocación y puesta en servicio de protector bucal para deporte

No incluye la fabricación del producto sanitario “protector bucal”

- Los *protectores bucales* son dispositivos destinados a la prevención de traumatismos de la cara, en general, y de los dientes, los tejidos blandos peribucales y los maxilares, en particular.
- Son necesarios durante la práctica de ciertos deportes de contacto o riesgo traumatógeno.
- Pueden ser intrabucales y extrabucales.
- Pueden estar confeccionados con diferentes materiales, generalmente plásticos y resilientes para absorber la energía cinética.
- Este *código* incluye exclusivamente el trabajo clínico y del facultativo, es decir: planificación, toma de impresiones, referencias y registros, prescripción protésica, prueba, colocación y ajustes clínicos (generalmente mínimos).
- *Este código no incluye el coste de fabricación por el laboratorio, que constituye un ítem aparte.*

Preparación clínica, colocación y puesta en servicio Mantenedores de espacio

No incluye la fabricación del producto sanitario “Mantenedor de espacio”

- Los *mantenedores de espacio* son dispositivos destinados a la prevención de migraciones dentarias indeseadas, consecutivas a exodoncias de dientes primarios.
- Pueden ser:
 - Removibles
 - Fijos (cementados), que se pueden descementar con el uso.
- En este código se incluyen solamente los procedimientos clínicos necesarios para la fabricación del aparato y para su colocación (lo que incluye la cementación) y pequeños retoques que pudieran necesitarse para su puesta en servicio.
- *Este código no incluye la fabricación del mantenedor de espacio, que se especifica y tarifa como ítem parte.*
- *Este código no incluye las eventuales recementaciones que puedan necesitarse al cabo de algún tiempo en los mantenedores fijos, que se constituirían un “ítem” aparte.*

EXODONCIAS (EXTRACCIONES DENTARIAS)

Incluyen la colocación de sutura si es necesaria, y su retirada

(no incluyen material de sutura)

- *Exodoncia* significa literalmente *extracción dentaria*, que es un acto odontológico que puede realizar un dentista o un cirujano máxilo-facial.
- La exodoncia está indicada:
 - cuando el grado de deterioro de un diente es tan grande que no es posible ni restaurarlo ni rehabilitarlo
 - cuando su posición o situación sea causa de otras alteraciones que no puedan resolverse por otras vías.
 - en ocasiones, por consideraciones ortodóncicas, protésicas, quirúrgicas, etc.
- La exodoncia puede encerrar diferentes grados de dificultad, debido a que la variabilidad morfológica es muy grande entre los diferentes grupos dentarios (forma y número de raíces, calcificación, patologías previas o concomitantes, etc.), y a las enormes diferencias anatómicas existentes entre unas personas y otras.
- Normalmente, la corona del diente primario se pierde de forma espontánea (sin raíz o raíces), por lo que no suele ser preciso recurrir a la exodoncia. No obstante, si persiste ubicado anormalmente en la arcada alveolar debe ser extraída.
- Las exodoncias incluyen:
 - la anestesia local,
 - la colocación de las suturas, si son necesarias (*aunque no el material de sutura se detalla como suplido aparte*),
 - los cuidados rutinarios postoperatorios y
 - la retirada de la sutura

— Este código no incluye el material de sutura

Clasificación de las exodoncias: Exodoncias [\[no quirúrgicas / quirúrgicas\]](#), [\[sencillas / complejas / muy complejas\]](#), [\[de diente primario / secundario\]](#), [\[erupcionado / retenido\]](#)

- Atendiendo a la dentición a que pertenece el diente que se extrae, se distinguen:
 - **Exodoncia de dientes primarios** (de leche, caducos o deciduos)
 - **Exodoncia de dientes secundarios** (de adulto o defrinitivos)
- Según la técnica empleada, las exodoncias pueden ser
 - **No quirúrgicas:** No precisan levantamiento de colgajo gingival; se realizan con periostomo o sindesmotomo, bisturí, y fórceps o elevador)
 - **Quirúrgicas:** Requieren levantamiento de colgajo mucoperióstico, e incluyen eventual ostectomía y odontosección)
- Atendiendo a la dificultad previsible, según el Protocolo *Categorización de dificultad de las exodoncias (Tabla 1)*, las exodoncias se clasifican en tres categorías:
 - **Exodoncia Simple** (de riesgo bajo),
 - **Exodoncia Compleja** (de riesgo moderado) y
 - **Exodoncia Muy Compleja** (de riesgo alto).

Tabla 1: Protocolo de *Categorización de dificultad de las exodoncias*

Parámetro	Categorización		
	Simple	Compleja	Muy compleja
Antecedentes personales:			
• Riesgo sistémico	• Normal <input type="checkbox"/> Antecedentes de patología actual sin interés relevante	• Moderado <input type="checkbox"/> Tratados con anticoagulantes <input type="checkbox"/> Plaquetopenias <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Diabetes sacarina	• Elevado <input type="checkbox"/> Inmunodepresión <input type="checkbox"/> Coagulopatías
• Estado emocional	• Normal	• Alterado	• Muy alterado
	• Normal o aumentada: <input type="checkbox"/> Hombre: $\geq 5,5$ cm <input type="checkbox"/> Mujer: $\geq 4,5$ cm \leq	• Restringida: <input type="checkbox"/> Menor de la normal, pero se pueden introducir instrumentos en la boca	• Muy restringida: <input type="checkbox"/> No entran instrumentos en la boca
Movilidad dentaria	Normal o aumentada	<input type="checkbox"/> Anquilosis	
Posición dentaria		<input type="checkbox"/> Linguoversión	<input type="checkbox"/> Inclusión
Patología dentaria		<input type="checkbox"/> Infección local moderada, previo tratamiento antibiótico y drenaje de abscesos <input type="checkbox"/> Destrucción coronaria importante	<input type="checkbox"/> Inflamación difusa de espacios celulares profundos (Angina de Ludwig, celulitis de Senator) <input type="checkbox"/> Inflamación retrofaríngea <input type="checkbox"/> Inflamación de espacios vasculares
Tratamiento de conductos radiculares previo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Realizada hace menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> Realizada hace más de 6 meses	
Estudio radiográfico:			
• Morfología radicular	<input type="checkbox"/> Raíces únicas <input type="checkbox"/> Raíces rectas	<input type="checkbox"/> Raíces bulbosas <input type="checkbox"/> Raíces curvas <input type="checkbox"/> Raíces divergentes <input type="checkbox"/> Raíces fracturadas <input type="checkbox"/> Raíces extraordinarias	
• Relaciones radiculares		<input type="checkbox"/> Íntima relación con el seno maxilar <input type="checkbox"/> Proximidad del nervio dentario inferior	<input type="checkbox"/> Abrazamiento del nervio dentario inferior

Extracción de diente retenido submucoso [\[compleja / muy compleja\]](#)

- Exodoncia de un diente cuya superficie dentaria está cubierta de tejido blando.

Extracción de diente retenido semiincluido [compleja / muy compleja]

- Exodoncia de un diente cuya corona está parcialmente cubierta por hueso.
- Requiere resección de la cubierta ósea.

Extracción de diente incluido [muy compleja / extraordinariamente compleja]

- Exodoncia de un diente cuya corona está completamente cubierta por hueso
- Requiere la resección de la cubierta ósea.
- Por definición, es una exodoncia muy compleja (ver tabla 1).
- En ocasiones, la exodoncia de dientes incluidos reviste extraordinaria complejidad, cual es el caso de dientes alojados en plena rama de la mandíbula, entre la basal mandibular y el conducto dentario inferior, en posición alta de la fosa ptérigopalatina, etc.

Extracción de diente incluido con complicaciones quirúrgicas [compleja / muy compleja]

- Exodoncia en la que la intervención quirúrgica necesaria tiene factores añadidos de complicación, como:
 - posición anormal del diente,
 - necesidad de disección de un nervio o
 - fenestración del seno maxilar.

Cierre de fístula oro-sinusal (oro-antral)

- Consiste en la extirpación de tracto fistuloso entre el seno maxilar y la cavidad oral y su cierre por medio de colgajo.
- Incluye la anestesia, la colocación de la sutura y la retirada de ésta.
- El material de sutura puede facturarse aparte como suplido.

Cierre primario de una comunicación orosinusal u oroantral (perforación de seno) o de una comunicación oronasal (perforación de fosa nasal)

- Consiste en el cierre de una perforación o comunicación, secundaria a una extracción dentaria, producida en los tejidos que ordinariamente separan el seno maxilar del la cavidad oral,.
- La exposición del seno maxilar o de la fosa nasal a la cavidad oral requiere el cierre inmediato de la comunicación oroantral u oronasal.
- Incluye la anestesia, la colocación de la sutura y la retirada de ésta.
- El material de sutura puede facturarse aparte como suplido.

Reimplantación dentaria y/o estabilización de un diente avulsionado o luxado accidentalmente

- Consiste en la recolocación del diente, previamente limpiado de manera apropiada, en su alvéolo.
- Incluye la ferulización y/o estabilización del diente.
- *No incluye el tratamiento de conductos del diente avulsionado, que constituye un tratamiento aparte.*

Transplante dentario

(No incluye la necesaria endodoncia o tratamiento de conductos)

- Consiste en la colocación de un diente extraído en otro alvéolo distinto.
- Incluye:
 - la extracción de un diente,
 - su reimplantación en otro alveolo y
 - la ferulización y/o estabilización.
- *En este código no se incluye el tratamiento de conductos del diente transplantado, que constituye un tratamiento aparte que puede ser realizado por otro facultativo*

Alveolotomía conductora (exposición quirúrgica de diente no erupcionado)

- Consiste en la eliminación del obstáculo (mucoso, óseo o tumoral) de la erupción y la exposición de la corona clínica.
- Incluye:
 - El despegamiento y elevación de un colgajo mucoperiostico, así como su reposición y sutura, y
 - la colocación de cemento quirúrgico.

Fenestración para tracción ortodóncica
(incluye colocación de un dispositivo adherido)

- Consiste en la exposición de una corona, mediante exéresis de mucosa y hueso, con el fin de adherirle un dispositivo de anclaje para realizar tracción ortodóncica.
- Incluye:
 - El despegamiento y elevación de un colgajo mucoperiostico,
 - la ostectomía y la preparación de la ventana mucosa,
 - la reposición y sutura del colgajo,
 - la colocación del cemento quirúrgico,
 - la retirada de la sutura y
 - la colocación de un dispositivo adherido a la corona dentaria como medio de anclaje para realizar la tracción.

Luxación terapéutica de un diente erupcionado o en malposición con la finalidad de ayudar a su correcta erupción

- Consiste en una luxación de un diente para eliminar una anquilosis.
- Incluye los procedimientos clínicos para su estabilización en la nueva posición.

Osteotomías segmentarias para reposicionamiento quirúrgico de dientes [reubicación dentaria / enderezamiento dentario]

- Consiste en la colocación de dientes en una nueva posición mediante cortes en el hueso que le rodea (*osteotomía segmentaria*) y tracción ortodóncica
- Incluyen:
 - los procedimientos de fijación para estabilizar la nueva posición.
- Básicamente, se distinguen dos modalidades:
 - **Reubicación dentaria**, que consiste en una movilización del diente con hueso circundante, con conservación de la vitalidad pulpar, para facilitar su traslación ortodóncica.
 - **Enderezamiento dentario**, que consiste en una osteotomía para enderezar preprotéticamente, con ayuda de tracción ortodóncica, un diente posterior mesializado.

Fibrotomía [transeptal / supracrestal]

- Consiste en la escisión de tejido conectivo supraóseo alrededor del diente afectado.
- Cuando hay dientes adyacentes, la fibrotomía transeptal de un solo diente afecta a un mínimo de tres.
- Cuando las incisiones se realizan en el *sulcus* gingival, si hay tejido periodontal viable cura por la unión del tejido conectivo con la superficie dentaria.

RESECCIÓN DE TEJIDOS PATOLÓGICOS O HIPERPLÁSICOS
(no incluyen el estudio anatómo-patológico de las piezas históricas resecaadas)

- Consiste en la extirpación de tejidos mediante:
 - incisión con bisturí
 - ***criogenización***, que consiste en el tratamiento o la eliminación de alguna lesión de tejidos blandos mediante la aplicación local de algún agente que produzca frío intenso (nieve carbónica, etc.).
 - ***escisión por láser***, que pueden ser de baja o de alta potencia:
 - Los láser de baja potencia (generalmente He-Ne) pueden utilizarse para proporcionar localmente una analgesia o una estimulación suaves.
 - Entre los láser de alta potencia, hay diferentes tipos (de CO₂, erbio-YAG, neodimio-YAG, etc.), que pueden utilizarse para corte, escisión y/o coagulación de muchas lesiones que asientan en tejidos blandos. Ciertas técnicas con radiación laser de alta potencia permiten también tratamientos sobre los tejidos duros.

- **Electrocirugía** (bisturí eléctrico), que aprovecha la energía de la corriente eléctrica de alta frecuencia, debidamente rectificadas, para producir corte, escisión, coagulación y/o fulguración, generalmente de lesiones de tejidos blandos.
- En estos códigos se incluye:
 - Anestesia
 - Incisión
 - Sutura
 - Retirada de la sutura
- El material de sutura puede facturarse aparte, como suplido.
- *Estos códigos no incluyen el estudio anatomopatológico de la pieza histológica extirpada.*

Escisión de lesión

- Significa ablación, división o extirpación de una lesión, generalmente pequeña.

Escisión de lesión complicada

- Requiere el socavado extenso de la lesión. con cierre por medio de colgajo avanzado o rotacional.

Frenillotomía [labial / lingual]

- Sección de algún frenillo, que es un pliegue mucoso que puede causar diastemas, interferencias con una prótesis, complicación de una enfermedad periodontal, etc.
- En la arcada superior, los frenillos son **labiales**, de situación **vestibular** (uno central y dos laterales)
- En la arcada inferior
 - el más importante es el **frenillo lingual**, que se debe eliminar cuando exista limitación a los movimientos de la lengua con trastornos de la fonación,
 - pero puede haber algunos **labiales** situados en el vestíbulo oral o bucal

Frenillectomía [labial / lingual]

- Es la eliminación o resección total de algún **frenillo** y de su sujeción fibrosa en la encía.

Gingivectomía pericoronar

- Es la eliminación quirúrgica de tejido hipertrófico alrededor de dientes parcialmente erupcionados o impactados.

Reducción quirúrgica de tuberosidad fibromatosa (cuña distal)

- Consiste en la eliminación o extirpación de la encía hipertrófica o fibromatosa que puede desarrollarse por detrás del último molar superior.

CIRUGÍA PREPROTÉSICA

- Consiste en una modificación quirúrgica de las áreas de teórico soporte protético para mejorar la estabilidad, el soporte y la retención.
- Las intervenciones quirúrgicas pueden ser
 - Por su naturaleza:
 - resectivas,
 - de ampliación de la cresta alveolar, o
 - una combinación de ambas.
 - Según los tejidos en que se intervenga:
 - Sobre tejidos blandos
 - Sobre tejidos duros (y blandos)
- Estos códigos incluyen:
 - la anestesia,
 - las incisiones,
 - el levantamiento y reposición de colgajos, en su caso,
 - las exéresis, plastias y desinseciones musculares

- la colocación y retirada de la sutura.
- El material de sutura puede ser facturado aparte como suplido.
- *Estos códigos no incluyen ni los injertos, ni los materiales aloplásticos que eventualmente se necesiten.*

Zetaplastia

- Levantamiento y sutura traspuesta de dos colgajos mucoperiosticos

Alveoloplastia

- Consiste en la regularización quirúrgica de la superficie ósea alveolar para mejorar el soporte y la retención de una prótesis dentaria.
- Incluye:
 - Anestesia
 - Levantamiento de colgajo mucoperiostico
 - Alveolectomía u osteotomía de regularización de la cresta alveolar
 - Reposición del colgajo y sutura
 - Retirada de la sutura.

Vestibuloplastias

(no incluyen la prótesis quirúrgica)

- Se entiende por vestibuloplastia, cualquiera de una serie de intervenciones quirúrgicas diseñadas para aumentar la profundidad del vestíbulo oral o bucal.
- Requiere la inserción de una prótesis quirúrgica con aletas sobre-extendidas, para forzar la cicatrización sin excesiva recidiva.
- Se puede asociar con:
 - injertos de tejido blando,
 - recolocación de músculo y
 - tratamiento de tejido hipertrofiado o hiperplásico.
- *Este código no incluye la prótesis quirúrgica, de carácter inmediato, destinada a guiar la cicatrización.*

Colocación de distractor óseo [maxilar / mandibular]

- Consiste en la realización de osteotomías para aislar un fragmento óseo de la apófisis alveolar y unirlo a la basal del hueso maxilar / mandibular mediante un dispositivo denominado **distractor**, que permite ir separando los dos fragmentos mientras se produce la osteogénesis entre ellos y de esta manera recrecer sectorialmente el hueso alveolar.

Plastias de aumento [tunelización mucoperiostica e introducción de materiales aloplásticos / injerto en bloque]

(no incluyen los materiales aloplásticos)

- Consiste en la aposición de un injerto de hueso o en la infiltración subperiostica de materiales aloplásticos, para conseguir un aumento de volumen de una cresta alveolar atrofica.
- *Estos códigos no incluyen los costes de los materiales aloplásticos, que se facturan aparte.*

OSTECTOMÍAS

- Llamamos así a la extirpación de excesos de tejido óseo, como exostosis, torus e hipertrofiás óseas.
- Estos códigos incluyen:
 - la anestesia,
 - la incisión y despegamiento de colgajo
 - la extirpación de hueso,
 - la reposición del colgajo y sutura
 - la eliminación de la sutura.
- El material de sutura puede facturarse aparte, como suplido.

Eliminación de exóstosis lateral [maxilar o mandibular]

- Es la extirpación de tejido óseo exagerado que asienta en la superficie externa (vestibular) del maxilar o de la mandíbula.

Eliminación de torus palatino:

- Es la extirpación de una hipertrofia de tejido óseo en el centro del paladar.

Eliminación de torus mandibular:

- Es la extirpación de tejido óseo exagerado que asienta en la superficie lingual y lateral de la rama horizontal mandibular.

Reducción quirúrgica de la tuberosidad (ósea) maxilar:

- Es la extirpación de tejido óseo exagerado en la tuberosidad maxilar (por detrás del último molar superior).

Secuestrectomía

- Es la extirpación de un fragmento de hueso necrótico desprendido (*secuestro*)

QUISTECTOMÍAS

- Llamamos así a la extirpación, resección, enucleación o eliminación de un quiste.
- Hay muchos tipos de quistes, atendiendo tanto a su origen como a su tamaño y localización. Pueden ser:
 - de origen dentario (odontógenos u odontogénicos) o
 - de origen no dentario (no odontógenos o no odontogénicos).
- El grado de dificultad para su extirpación está en relación con el tamaño y la localización.
- La extirpación requiere una incisión mucosa, el levantamiento de un colgajo mucoperióstico, la extirpación propiamente dicha, y la posterior sutura.
- Generalmente se realiza bajo anestesia local pero puede estar indicada la anestesia general.
- En ocasiones no es posible recurrir al cierre primario mediante suturas, pero puede ser necesaria la espera a la reparación secundaria (cicatrización por segunda intención).
- En algunos casos puede estar indicado el relleno con materiales que favorezcan la cicatrización. *En estos casos el material no se incluye en este código, sino que debe ser detallado y facturado como un ítem aparte.*
- *No se contemplan en este código*
 - *ni los quistes branquiales*
 - *ni los quistes del conducto tireogloso.*

Antrostomía maxilar para eliminación de resto dentario o cuerpo extraño

- Se requiere la práctica de una apertura en la pared externa del seno maxilar para retirar del mismo algún resto radicular o cuerpo extraño.
- Incluye:
 - la anestesia,
 - la práctica de una incisión,
 - el levantamiento de un colgajo mucoperióstico,
 - la práctica de la abertura ósea (osteotomía) propiamente dicha y
 - la posterior reconstrucción y cierre mediante sutura.

Incisión y drenaje de absceso en tejido blando intraoral

- Consiste en la incisión, a través de la mucosa, de cualquier colección purulenta por debajo de ésta, incluido el absceso periodontal.

Incisión y drenaje de absceso en tejido blando extraoral

- Consiste en la incisión, a través de la piel, de cualquier colección purulenta situada por debajo.

Extracción de un cuerpo extraño o un fragmento dentario, de la mucosa, la piel, o el tejido subcutáneo alveolar

- Consiste en la eliminación de cualquier elemento ajeno al organismo que haya quedado alojado en él, generalmente por una causa traumática o accidental (fragmentos de vidrio, plástico o metálicos –como perdigones o pequeños fragmentos de metralla–, etc.). Estos *cuerpos extraños* pueden permanecer largo tiempo asintomático.
- Se consideran cuerpos extraños, también, los fragmentos dentarios producidos como consecuencia de una fractura que puede quedar alojados en los tejidos peribucales.

Sutura de heridas traumáticas recientes

- Requiere reconstrucción delicada de tejidos y cierre meticuloso.
- No se incluyen en este código las incisiones quirúrgicas)

Reducción cerrada de la luxación témporo-mandibular

- Consiste en la reducción manual de la luxación de la articulación temporomandibular, sin necesidad exposición quirúrgica.

Infiltración muscular o articular

- Consiste en el depósito o colocación, con una finalidad terapéutica, de algún agente medicamentoso mediante aguja hipodérmica y jeringa.

Artrocentesis témporo-mandibular

- Consiste en la punción de una articulación témporo-mandibular, principalmente para drenaje de contenidos patológicos y lavado intrarticular o sinovial, o infiltración de sustancias medicamentosas.
- También está indicada para movilizar el disco articular.

Artroscopia diagnóstica o terapéutica témporo-mandibular

- Consiste en la introducción de un artroscopio en el interior de la articulación temporomandibular.
- Se puede utilizar con finalidad:
 - diagnóstica, ya que permite la exploración visual directa del interior de la articulación, o
 - terapéutica, en la que se realizan maniobras destinadas a la reparación o tratamiento de patología intrarticular .

Sialolitomía

- Intervención por medio de la cual se elimina un cálculo dentro de una glándula salival o su conducto excretor.
- Puede ser intra o extraoral.

Tratamiento de complicaciones post-quirúrgicas inusuales

- En este epígrafe se incluyen actuaciones dirigidas a resolver complicaciones infrecuentes de los tratamientos quirúrgicos. Por ejemplo, tratamiento de una infección post extracción o eliminación de un sequestro óseo

Descontaminación periodontal (Tartrectomía de ~ completa)

- Consiste en la eliminación de placa bacteriana y de cálculos supra y subgingivales de todos los dientes, para permitir una evaluación diagnóstica correcta.
- *Esta intervención no excluye la necesidad de intervenciones adicionales.*

Raspado y alisado radicular (RAR), [por sextante / por cuadrante / por sesión]

- Este tratamiento implica la instrumentación de la corona y las superficies de raíz de los dientes para eliminar placa y cálculo.
- Está indicado en:

- pacientes con enfermedad periodontal
- pacientes que, aún no padeciendo enfermedad periodontal, hace mucho tiempo que no han recibido una profilaxis y mantienen restos de cálculo adherido después de la profilaxis con instrumentos sónicos o ultrasonicos
- Es un acto terapéutico, no profiláctico.
- El alisado radicular es el tratamiento definitivo realizado para la eliminación de cemento rugoso y/o cálculo contaminado.
- Asimismo, durante el procedimiento operatorio se elimina cierta cantidad de tejidos blandos.
- El raspado y alisado radicular puede constituir un tratamiento suficiente en algunas etapas iniciales de la enfermedad periodontal, y puede ser simplemente una parte de la terapia prequirúrgica en otros.
- Se suele organizar en sesiones clínicas, generalmente por cuadrantes (o por sextantes).

Aplicación local de agentes quimioterápicos destinados a su liberación controlada en el tejido crevicular, [por diente]

- Consiste en la aplicación de fibras sintéticas u otros dispositivos de liberación controlada de agentes quimioterápicos en las bolsas periodontales.
- Se emplean durante periodos cortos de tiempo con la finalidad de que la liberación lenta del medicamento sirva como terapia complementaria para la reducción de la flora subgingival.
- Esta intervención no es sustitutiva de la terapéutica convencional necesaria para el tratamiento periodontal.
- El uso complementario de esta terapia de liberación medicamentosa controlada se utiliza para casos en los que no se obtiene una adecuada respuesta a la terapia convencional o en aquellos casos en los que una enfermedad sistémica u otros factores aconsejan excluir la terapia convencional periodontal.

Ferulización provisional [intracoronal / extracoronal]

- Consiste en la estabilización temporal de dientes contiguos con movilidad, mediante la colocación y cementación o adhesión de elementos de unión, bien introducidos en pequeñas "cajas" talladas en las coronas, bien apuestos sobre la superficie de las mismas.
- Dada la existencia de diversos métodos de ferulización habrá de identificarse en el informe los dientes implicados y el tipo de ferulización practicada.

CIRUGÍA PERIODONTAL

(no incluye materiales de regeneración)

- Pueden ser:
 - Resectivas, que se traducen en la eliminación de tejidos, y
 - Regenerativas, que persiguen la recuperación de los mismos.
- Estos códigos incluyen:
 - la anestesia,
 - la incisión,
 - el despegamiento y reposición de colgajos,
 - las resecciones y plastias
 - la colocación y eliminación de la sutura,
 - las intervenciones en encía y hueso.
- El material de sutura puede facturarse aparte, como suplido.
- *Estos códigos no incluyen los costes de los materiales de regeneración.*

Gingivectomía o gingivoplastia, [por sextante / cuadrante]

- Es una intervención quirúrgica que consiste en la eliminación de la bolsa periodontal, mediante incisión a bisel externo o interno de la pared gingival de la bolsa.
- Se utiliza en bolsas superficiales de tamaño moderado, previa preparación prequirúrgica.
- Se puede necesitar para el acceso adecuado en intervenciones de odontología restauradora destinadas a corregir pequeños alargamientos o defectos gingivales.
- También está indicada en defectos gingivales asimétricos que determinan una morfología o una topografía gingival inestética.
- Se puede organizar por cuadrantes, aunque se prefiere limitarla a sextantes, por imperativos estéticos del sector anterior.

Intervención a colgajo gingival, incluyendo raspado y alisado radicular [por sextante / cuadrante]

- Consiste en:
 - el desbridamiento quirúrgico de la superficie radicular,
 - la remoción del tejido de granulación,
 - el meticuloso raspado y alisado de las raíces radiculares, y
 - la resección o reflexión del colgajo de tejido blando.
- Se utiliza en presencia de bolsas periodontales moderadas a profundas y pérdida de fijación, para facilitar el acceso a las superficies radiculares y al hueso alveolar, y conservar la estética
- Se puede organizar por cuadrantes, aunque se prefiere limitarla a sextantes, por imperativos estéticos del sector anterior.
- En este código caben diferentes variantes:
 - el curetaje a colgajo abierto,
 - la cirugía a bisel interno,
 - el colgajo modificado de Kirkland,
 - el colgajo de Widman,
 - el colgajo modificado de Widman.
- Incluye la anestesia y la sutura
- *En este código no se incluyen*
 - *Ni el recontorneado óseo,*
 - *ni la colocación de injertos si fueran necesarios.*

Colgajo de reposición apical [por sector: sextante / cuadrante]

- Consiste en el levantamiento de un colgajo gingival y, previo raspado de las raíces expuestas, su recolocación en posición más apical, para reducir la profundidad de la bolsa.
- El procedimiento es usado:
 - para conservar encía queratinizada,
 - para preservar encía insertada (queratinizada) durante la exposición quirúrgica de dientes impactados en posición labial,
 - en el tratamiento de la periimplantitis.
- Incluye la anestesia y la sutura.

Alargamiento de la corona clínica a expensas de tejidos duros [por sector: sextante / cuadrante]

- Esta técnica es utilizada para permitir la exposición de la corona clínica de un diente, cuya estructura no está expuesta (o lo está en una mínima parte), en la cavidad bucal.
- El alargamiento de corona requiere la reflexión de un colgajo mucoperióstico y *se realiza en un ambiente periodontalmente sano, a diferencia de la cirugía ósea, que es realizada en presencia de enfermedad periodontal.*
- En el caso de que haya dientes adyacentes, el colgajo puede implicar una mayor área quirúrgica.
- Incluye la anestesia, la elevación del colgajo y su sutura.

Cirugía ósea [por sector: sextante / cuadrante]

- Es una cirugía resectiva que sirve para modificar el soporte óseo de los dientes, reformando el proceso alveolar para darle una terminación más fisiológica.
- Incluye la anestesia, el levantamiento del colgajo, remoción ósea y sutura.

Cirugía exploratoria [por sector: sextante / cuadrante]

- Este procedimiento se utiliza generalmente en Periodoncia para afinar los resultados de una intervención quirúrgica previa, tras la que pudiera ser necesaria la modificación de contornos de tejidos duros p blandos, aunque puede realizarse en otros campos de la Odontología con finalidad de identificar o diagnosticar lesiones infraóseas.
- Consiste en el levantamiento, previa anestesia, de un colgajo mucoperióstico que permita el acceso para poder recontornear el hueso. El colgajo deberá ser reposicionado y suturado.

Extirpación de cuña distal (cuando no es realizada conjuntamente con otros procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)

- Esta intervención se realiza en un área desdentada adyacente a un diente de situación mesial y periodontalmente comprometido.
- Consiste en realizar, previa anestesia, unas incisiones en la encía para retirar un trozo de tejido en forma de cuña que permita acceder al hueso subyacente, corregir sus defectos, y facilitar la adaptación cerrada del colgajo, que se sutura.

INJERTOS

- Clásicamente, un *injerto* es un fragmento de tejido que se trasplanta dentro de un mismo individuo o de un individuo a otro.
- En la práctica el concepto es algo más amplio y se da el nombre de injerto a un material de origen natural o artificial que se coloca en el interior de un tejido vivo o en dependencia de él. Así se distinguen los siguientes tipos:
 - Si el material donante procede del propio paciente se llama *autoinjerto* o *autoplastia* (pediculado o libre).
 - Si procede de la misma especie, *homoinjerto* u *homoplastia*.
 - Si procede de diferente especie, *heteroinjerto* o *heteroplastia*.
 - Si se trata de un material artificial, *aloinjerto* o *aloplastia*. A su vez, los injertos artificiales pueden ser *reabsorbibles* o *no reabsorbibles*. (en cuyo caso suele estar indicada una segunda intervención para retirarlos, una vez que han cumplido la función para la que fueron implantados).

Colocación de injerto libre de tejidos blandos (incluye la cirugía del lugar donante) [por sector]

- Consiste en la obtención y colocación de un Injerto de encía para aumentar la mucosa gingival en otro lugar, con o sin recubrimiento radicular.
- Este tipo de injerto también puede ser usado para eliminar la tensión de un frenillo o de inserciones musculares, así como corregir recesiones gingivales localizadas.
- Incluye:
 - la anestesia,
 - la obtención del injerto de la zona donante,
 - la preparación del mismo,
 - la preparación del lecho receptor y
 - la colocación y fijación en el mismo,
 - las colocaciones y retiradas de las suturas
- El material de sutura se puede facturar aparte como suplido

Colocación de injerto pediculado de tejidos blandos [por sector]

- Consiste en la preparación de un colgajo pediculado de encía, puede ser obtenido de una zona donante adyacente o de otro lugar próximo en el que exista encía adherida. Se reposiciona lateral o coronalmente para lograr un incremento de encía adherida alrededor de una pieza dentaria.
- Esta intervención puede ser utilizada para cubrir una raíz expuesta o eliminar un defecto gingival, siempre que la raíz no esté demasiado prominente en la arcada dentaria.
- Incluye
 - la anestesia,
 - la incisión y levantamiento del colgajo,
 - la preparación del lecho receptor y
 - la reposición del colgajo, y
 - la colocación y retirada de las suturas

Colocación de injerto de tejido conectivo subepitelial [por sector receptor]

- Esta intervención es doble:
 - Por una parte del lugar donante (generalmente en la mucosa insertada del paladar duro) se extrae tejido conectivo subepitelial, dejando el epitelio para una mejor cicatrización.
 - Posteriormente, mediante otra intervención se prepara la zona receptora, se coloca el injerto en ella y finalmente se recubre éste con un colgajo sin tensión.
- Se utiliza para:

- crear o aumentar encía con la finalidad de cubrir la raíz dentaria y eliminar la sensibilidad consiguiente,
- prevenir la aparición de caries de cuello,
- satisfacer un interés estético,
- eliminar tensión de un frenillo, cubrir hueso, etc.

Combinación de injerto de tejido conectivo y de doble injerto pediculado [por sector]

- Debido a que las recesiones gingivales extensas y avanzadas a menudo no pueden ser corregidas con una sola intervención, se utilizan procedimientos combinados para alcanzar el resultado deseado.

Injertos autólogos de reposición ósea [por sector]

(No incluye la cirugía del lecho receptor)

- Este procedimiento implica el empleo de autoinjertos para estimular la formación de hueso o la regeneración periodontal cuando el proceso de la enfermedad ha llevado a una pérdida de hueso alveolar.
- *Este código no incluye el colgajo de entrada, la preparación del lecho quirúrgico, ni el cierre, que se agregan como tratamiento quirúrgico aparte.*
- *No incluye los costes de los aloinjertos, que se contabilizarán y facturarán aparte como suplidos.*

Regeneración tisular guiada mediante colocación de membrana reabsorbible [por lugar]

(No incluye la membrana)

- Consiste en la colocación de una membrana sobre las superficies radiculares o el área afectada tras la correspondiente exposición quirúrgica y desbridamiento, para regenerar tejido periodontal perdido o dañado. El colgajo mucoperióstico es adaptado sobre la membrana y suturado. La membrana nunca ha de colocarse sobre tejido epitelial o sobre tejido conectivo gingival.
- *Exclusiones:*
 - *Esta técnica puede requerir procedimientos quirúrgicos para la corrección del contorno gingival, que no están incluidos en este código, por lo que se desagregarán y contabilizarán aparte.*
 - *También puede necesitar injertos óseos de reposición, no incluidos en este código, por lo que también se deberán desagregar y contabilizar como ítem aparte.*
 - *En este código no se incluye el coste de la membrana, que se contabiliza y factura como suplido aparte.*
- La regeneración tisular guiada puede ser realizada para corregir deformidades resultantes de una inadecuada relación ósea linguoestibular en un área desdentada .
- Cuando la regeneración tisular guiada es utilizada en relación a un diente, cada lugar de cada diente en el que se realizase debería ser informado separadamente.
- Cuando no hay piezas dentarias, cada lugar debe ser informado separadamente.

Regeneración tisular guiada mediante colocación de membrana no reabsorbible [por lugar].

(Incluye la intervención para la retirada de la membrana. No incluye la membrana)

- Intervención idéntica a la anterior, con la diferencia de que la membrana no es reabsorbible, por lo que se requiere posteriormente un tratamiento quirúrgico adicional para la remoción de la membrana y/o para la corrección del contorno gingival (ya incluido).
- *La regeneración tisular guiada puede ser utilizada conjuntamente con injertos de reposición ósea o con la corrección quirúrgica de deformidades resultantes de una anchura inadecuada de hueso en sentido linguoestibular en una zona desdentada, que no se incluyen en este código, por lo que se deben desagregar y contabilizar aparte..*
- Cuando la regeneración tisular guiada se utiliza en relación a un diente, cada lugar de cada diente debería ser informado separadamente.

Suplidos por materiales biológicos y productos sanitarios para ayudar a la regeneración de tejidos blandos y óseos [hueso liofilizado / aloinjertos de partes blandas / membranas]

(cirugía aparte)

- Los materiales biológicos pueden ser usados solos o con otro substrato regenerador, como hueso, membranas de barrera (reabsorbibles o no reabsorbibles), y aloinjertos de tejidos blandos, dependiendo de su composición y de la clase de defecto periodontal.
- Este ítem corresponde a su contabilización como suplido

- Este código no incluye el acceso quirúrgico, el desbridamiento del lecho quirúrgico receptor, el recontorneado del hueso, la colocación de materiales de injerto y/o membranas de barrera, y el cierre, que se deben desagregar y contabilizar aparte.

Mantenimiento periodontal

- Es un procedimiento clásico tras la finalización de la terapia periodontal activa (quirúrgica o no quirúrgica), que se realiza de manera continuada a intervalos de tiempo determinados por el dentista y durante la vida de la dentición.
- Destinado a los pacientes que previamente han sido tratados de su enfermedad periodontal.
- Incluye la eliminación de la flora bacteriana y cálculos tanto supra como subgingivales, raspado y alisado radicular en un sitio específico cuando así lo indique el dentista y/o pulido de los dientes.
- Cuando reaparece la enfermedad periodontal, habrá de realizarse una nueva evaluación diagnóstica y si es preciso aplicar el correspondiente tratamiento periodontal.

TERAPÉUTICA DENTARIA / ODONTOLOGÍA RESTAURADORA / ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

Definiciones:

— Restauraciones

- El término *restauración* admite dos acepciones:
 - ❑ restauración como "acción de" *restaurar*: reconstruir o devolver la forma y función de un diente, y
 - ❑ restauración como "resultado": material o materiales adecuados que restauran la forma y función de un diente.
- Clasificación:
 - ❑ Restauración simple: es aquella que se aplica sobre una sola de las cinco superficies reconocidas en los dientes (mesial, distal, oclusal, vestibular y lingual o palatina).
 - ❑ Restauración compuesta: es aquella que se extiende a dos de las cinco superficies.
 - ❑ Restauración compleja: es aquella que se extiende a tres de las cinco superficies.
 - ❑ Gran reconstrucción: es aquella restauración que se extiende a cuatro o más de las cinco superficies, o que afecta a un ángulo próximo-incisal.

— Odontología conservadora

- Ciencia, técnica y arte que tiene como objetivo principal la restauración o reconstrucción unitaria de los dientes mediante materiales artificiales.
- Incluye dos grandes grupos de intervenciones:
 - ❑ Endodoncia: Se ocupa de las enfermedades y trastornos de la pulpa dental y todo su sistema de conductos, así como de las maniobras destinadas a conservarla o extirparla. En este último caso el tratamiento incluye la desinfección y el relleno y condensación de todo el sistema de conductos, con materiales artificiales específicos,.
 - ❑ Operatoria dental: Abarca el conjunto de maniobras tendentes a colocar un material artificial en un diente, anterior o posterior, para tratar cualquier alteración preexistente y proceder a su restauración. En general estos tratamientos incluyen procedimientos asociados tales como colocación de matrices, cuñas, aislamientos, etc. Dentro de ella se incluyen:
 - (i) restauraciones plásticas o directas, en las que los materiales se colocan en estado plástico directamente en la cavidad terapéutica configurada en el diente, donde endurecen y se hacen resistentes; hay dos tipos: obturaciones (de diferentes materiales) y orificaciones;
 - (ii) restauraciones indirectas o rígidas, en los que el fragmento sustitutivo de los tejidos dentarios perdidos se elabora fuera de la boca y se coloca y cementa posteriormente en el diente correspondiente; puesto que su fabricación se realiza en el laboratorio de prótesis, algunos autores no las incluyen en el dominio de la Operatoria dental, sino que la reivindican para la Prostodoncia o Prótesis dental
- La endodoncia y las restauraciones dentarias son tratamientos y actos profesionales diferentes, que pueden ser realizadas por un mismo profesional o por profesionales distintos, pero deben ser catalogadas y facturadas como actos o *items* independientes.

— Terapéutica dentaria o dental

- Disciplina que se ocupa del tratamiento de la patología de los dientes y de su *restauración* o reconstrucción unitaria mediante materiales artificiales.
 - Está constituida por:
 - ❑ las técnicas de Endodoncia y las de Operatoria dental (es decir, la Odontología conservadora), incluidas las restauraciones dentarias rígidas (incrustaciones y carillas), y
 - ❑ las restauraciones coronarias unitarias.
 - Se incluyen en sus códigos:
 - ❑ la anestesia
 - ❑ la preparación dentaria
 - ❑ los materiales de obturación (de los conductos o de la corona)
 - ❑ los materiales de impresión,
 - ❑ los pulidos y ajustes postoperatorios necesarios.
 - *No se incluyen en sus códigos los costes de fabricación de las restauraciones indirectas.*
- Restauraciones coronarias (coronas):
- Consisten en el recubrimiento total o parcial de la corona dentaria, previamente preparada mediante un tallado, con una corona artificial de recubrimiento total o parcial (es decir, por una *funda coronaria*), que le devuelve la forma y la función. Puede ser de diferentes materiales (metálicos, poliméricos, cerámicos o combinaciones de los mismos).
 - *En sus códigos, no se incluyen en ellas los costes de fabricación de los productos sanitarios “coronas” o “fundas coronarias”*
- Odontología restauradora
- Es la parte de la Terapéutica dentaria que tiene como objeto la restauración de los tejidos dentarios duros enfermos o destruidos.
 - Algunos autores incluyen en ella, también, la Endodoncia y la Periodoncia.

Tabla 2. Relaciones entre disciplinas

Terapéutica dentaria	Odontología conservadora	Endodoncia				Odontología restauradora	
		Operatoria dental	— Restauraciones plásticas	▪ Obturaciones			
	Prostodoncia (Odontología protésica)	— Restauraciones rígidas	▪ Incrustaciones				
		— Restauraciones coronarias (coronas)	▪ Frentes laminados				
		— Reposición de dientes ausentes					
Periodoncia							

Recubrimiento pulpar directo

(no incluye la restauración final)

- Es un procedimiento en el que la pulpa expuesta es cubierta por un material protector destinado a su curación y reparación.
- *Este código no incluye la restauración que se coloca encima.*

Recubrimiento indirecto

(no incluye la restauración final)

- Es un procedimiento en el que la pulpa casi expuesta es cubierta con un protector.
- Se realiza para intentar proteger la pulpa y promover la curación de la lesión mediante la formación de dentina, pero no existe seguridad de poder evitarle; a veces, acaba por ser imprescindible algún tiempo después.
- El recubrimiento indirecto debe ser sustituido algún tiempo después por una restauración final.
- *Este código no incluye la restauración final que se coloca posteriormente.*

Pulpotomía (pulpectomía cameral)

(no incluye la restauración final)

- La pulpotomía consiste en la eliminación quirúrgica de una parte de la pulpa, la pulpa cameral, con el objetivo de mantener la vitalidad de la pulpa restante mediante una adecuada preparación.

- Es condición imprescindible que la pulpa tenga carácter vital.
- Puede ser realizada sobre dientes temporales o permanentes.
- La pulpotomía no puede ser considerada como la primera etapa de una terapia endodóntica.
- *No incluye la restauración final de la corona dentaria ni de la cavidad de acceso*

Apertura / drenaje pulpar

- Desbridamiento pulpar destinado al alivio del dolor agudo antes de la terapia radicular convencional.
- Este *ítem* no debe ser utilizado cuando el tratamiento endodóntico se complete en el mismo día.
- *No incluye el tratamiento de conductos radiculares ni la restauración.*

PULPECTOMÍA Y TRATAMIENTO DE CONDUCTOS RADICULARES

(no incluye la restauración final)

- Terapia endodóntica, familiarmente conocida como *endodoncia* (aunque este término no es apropiado) constituida por:
 - la extirpación de la pulpa (*pulpectomía*), que puede estar vital (*biopulpectomía*) o necrótica (*necropulpectomía*), lo que, a su vez, puede haber acontecido de una manera abiótica (*necrobiosis*) o infectada (*gangrena*),
 - y el tratamiento de los conductos radiculares mediante su limpieza-desinfección y posterior relleno y condensación (*obturación*) de los mismos con un material apropiado.
- Incluye:
 - la anestesia (prescindible en necropulpectomías),
 - el aislamiento
 - la apertura cameral,
 - todas las radiografías intraoperatorias (de conductometría, de conometría y control final),
 - todas las citas necesarias hasta completar el tratamiento,
 - todos los materiales e instrumentos desechables necesarios para la limpieza, desinfección, conformación, obturación y condensación tridimensional de los conductos radiculares, y
 - la obturación provisional de la apertura cameral.
- *No incluye*
 - *la evaluación diagnóstica,*
 - *las radiografías o imágenes necesarias para el diagnóstico,*
 - *la restauración final de los tejidos duros dentarios.*

Pulpectomía y tratamiento de conductos radiculares de diente primario

- En los dientes primarios, la obturación de los conductos se realiza con materiales reabsorbibles.

Pulpectomía y tratamiento de conductos radiculares de diente secundario de dificultad [\[pequeña / grande / muy grande\]](#)

- La obturación de los conductos radiculares de los dientes secundarios se realiza con materiales no reabsorbibles. Por ello, también se puede realizar en dientes primarios cuando está ausente el diente secundario.
- Atendiendo a la complejidad clínica, y siguiendo el *Protocolo de Dificultad Clínica de los Tratamientos de conductos radiculares*, se pueden clasificar en:
 - **De dificultad pequeña**, si todos los *ítem* lo son
 - **De dificultad grande**, si algún *ítem* lo es
 - **De dificultad muy grande**, si lo es en algún *ítem* o hay 3 ó más *ítem* de dificultad alta.

Tratamiento de desobstrucción o permeabilización del conducto radicular, mediante acceso no quirúrgico

- Se aplica este código en situaciones de obstrucción del conducto radicular que pueden ser resueltas sin cirugía debido a que el conducto está obstruido por cuerpos extraños o calcificado en más del 50%.

Tabla 3: Criterios de dificultad de los tratamientos de conductos radiculares

Parámetro	Dificultad o riesgo		
	0 (pequeña)	1 (grande)	2 (muy grande)
Historia médica del paciente <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> Enfermedad infectocontagiosa <input type="checkbox"/> Alteraciones psíquicas <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Moderadas	<input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> VIH + <input type="checkbox"/> No colabora <input type="checkbox"/> Muy limitantes
Problemas con anestesia local <input type="checkbox"/> Profundidad de la analgesia <input type="checkbox"/> Vasoconstrictor	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Permitido	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Desaconsejado o contraindicado	<input type="checkbox"/> Insuficiente
Factores generales: <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Apertura bucal disminuida <input type="checkbox"/> Dificultad de realizar radiografías intraorales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Infrecuentes <input type="checkbox"/> Menos de 4 cm (en dientes anteriores) <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Intensas <input type="checkbox"/> Menos de 4 cm (en dientes posteriores) <input type="checkbox"/> Menos de 2 cm (en dientes anteriores)
Espacio pulpar: <input type="checkbox"/> Calcificaciones pulpaes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Intracamerales	<input type="checkbox"/> Intracanaliculares
Anatomía canalicular <input type="checkbox"/> Número de conductos <input type="checkbox"/> Curvaturas regulares <input type="checkbox"/> Angulaciones/dilaceraciones <input type="checkbox"/> Curvaturas apicales <input type="checkbox"/> Bifurcaciones <input type="checkbox"/> Longitud <input type="checkbox"/> Diámetro de conductos <input type="checkbox"/> Ápice	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> < 30° <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ø lima > 10 <input type="checkbox"/> Cerrado	<input type="checkbox"/> Hasta cuatro <input type="checkbox"/> > 30° <input type="checkbox"/> < 30° <input type="checkbox"/> < 30° <input type="checkbox"/> en primeros 3 mm anteriores > 30 mm <input type="checkbox"/> < 12 mm <input type="checkbox"/> Ø lima < 10 <input type="checkbox"/> Abierto y recto	<input type="checkbox"/> Más de cuatro <input type="checkbox"/> > 60° <input type="checkbox"/> > 30° <input type="checkbox"/> > 30° <input type="checkbox"/> después de 3 mm <input type="checkbox"/> posteriores > 25 mm <input type="checkbox"/> < 9 mm <input type="checkbox"/> Ø lima < 08 o esclerosado <input type="checkbox"/> Abierto y abocardado
Tratamientos previos: <input type="checkbox"/> Conductoterápico <input type="checkbox"/> Refuerzos intrarradiculares <input type="checkbox"/> Coronas <input type="checkbox"/> Malposición dentaria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí, poste o espiga < 5 mm, o tornillo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Versión o rotación severa	<input type="checkbox"/> Sí, muy corto y ancho <input type="checkbox"/> Sí, poste o espiga > 5 mm <input type="checkbox"/> Sí, cerámicas <input type="checkbox"/> Versión o rotación muy severa
<input type="checkbox"/> Dificultad para aislamiento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Muy grande
Patología <input type="checkbox"/> Coronorradicular <input type="checkbox"/> Endodóncica <input type="checkbox"/> Reabsorciones radiculares (externa o rizólisis, interna o externa-interna) <input type="checkbox"/> Patología periodontal o endo-perio. <input type="checkbox"/> Antecedente traumático <input type="checkbox"/> Perforaciones	<input type="checkbox"/> No invade esp. biol <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Invade esp. biol. <input type="checkbox"/> Área periapical > 5 mm <input type="checkbox"/> Rizól. moderada <input type="checkbox"/> R. Int. < 2 mm <input type="checkbox"/> R. Ext-int. en bolsas < 4 mm, a > 6 mm del ápice <input type="checkbox"/> Movilidad >II/III <input type="checkbox"/> Furca afectada <input type="checkbox"/> Subluxación <input type="checkbox"/> De cámara	<input type="checkbox"/> Desplazamiento raíces adyacentes. <input type="checkbox"/> Rizól. avanzada <input type="checkbox"/> R. Int. > 2 mm <input type="checkbox"/> R. Ext-int. bolsas > 4 mm o a < 6 mm del ápice. <input type="checkbox"/> Movilidad > II/III <input type="checkbox"/> Lesión pararradiculo-apical <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/> Avulsión de furca <input type="checkbox"/> Radiculares

Tratamiento endodóntico incompleto por diente inoperable o fracturado

— Este código se ha creado debido a la considerable cantidad de tiempo necesaria para llegar al final del conducto y/o intentar llegar a la conclusión de un tratamiento endodóntico de un diente que finalmente deviene en imposible de conservar, lo que genera costes y devenga derechos a honorarios

Reparación interna de las perforaciones de los conductos radiculares de causa no iatrogénica
(no incluye el tratamiento de conductos radiculares ni la restauración final)

- Consiste en el sellado no quirúrgico de una perforación causada por reabsorción y/o por caries, pero no producida iatrogénicamente por la instrumentación del conducto radicular.

Retratamiento de conductos (endodóntico)
(no incluye refuerzos intrarradicales ni restauración final)

- En este procedimiento se consideran incluidos:
 - la retirada de refuerzos intrarradicales (tornillos, postes, pernos o espigas)
 - la desobturación de conductos tratados endodónticamente
 - el nuevo tratamiento de conductos completo: preparación y desinfección de los conductos radiculares, y obturación de los mismos.

Apicoformación / recalcificación: visita inicial (cierre apical / reparación de perforaciones, calcificaciones, reabsorción radicular, etc.)
(no incluye la tratamientos de conductos radiculares ni la restauración posterior)

- Incluye:
 - el aislamiento
 - la apertura cameral,
 - la pulpectomía,
 - la preparación de los conductos radiculares,
 - la primera colocación de la pasta medicamentosa para inducir el cierre apical,
 - las radiografías necesarias.
- Ejemplos de indicaciones
 - cierre apical/reparación de perforaciones,
 - calcificaciones,
 - reabsorción radicular,
 - etc.
- Requiere un número variable de visitas sucesivas complementarias para conseguir el efecto.
- *No incluye el tratamiento conductoterápico ni la restauración posterior.*

Apicoformación / recalcificación: visitas sucesivas
(no incluye la tratamientos de conductos radiculares ni la restauración posterior)

- Incluyen:
 - el aislamiento
 - la retirada del material inductor de la apicoformación y su reemplazo por otro nuevo
 - las radiografías necesarias
- Pueden ser necesarias varias visitas a lo largo del tratamiento.
- *No incluye el tratamiento de conductos radiculares ni la restauración posterior*

Apicectomías / Tratamientos quirúrgicos perirradiculares (periapicales)
(no incluye la tratamientos de conductos radiculares, ni la obturación "a retro")

- El término *cirugía perirradicular* o *periapical* se utiliza para designar:
 - cirugía de la superficie de la raíz (p.ej., apicectomía),
 - reparación de una perforación radicular o reabsorción,
 - acceso quirúrgico exploratorio para descubrir fracturas radiculares,
 - retirada de materiales de obturación desbordantes, restos de instrumentos rotos,
 - extirpación de restos radiculares,
 - sellado de conductos accesorios,
 - etc.
- *No incluye ni los tratamientos de conductos radiculares, ni la colocación de material de sellado "a retro".*

Obturación a retro [por raíz]

- Colocación de material de relleno por vía retrógrada (apicalmente o lateralmente) durante el proceso de cirugía perirradicular.

Radicectomía o Amputación radicular [por raíz]

- Resección de una raíz en un diente multirradicular sin seccionar la corona.

Reimplantación dentaria (y ferulización para su estabilización)

- Consiste en la recolocación de un diente luxado en su propio alveolo, y su ferulización para inmovilizarlo.
- No incluye la necesaria colocación de material de relleno a retro.

DIQUE DE GOMA

- El dique de goma es una "barrera" de separación entre la cavidad bucal y el diente a tratar, que se logra mediante unos aditamentos específicos tales como lámina de goma (dique o ataguía), grapas («clamps») o hilos especiales, arco, etc.
- Sus principales funciones son:
 - realizar la intervención en las condiciones mas asépticas posibles,
 - evitar la contaminación por saliva,
 - evitar que durante el tratamiento se caigan en la cavidad bucal y se ingieran o aspiren elementos no deseables (instrumentos, restos dentarios o materiales, etc.)
 - proteger las partes blandas (sobre todo, labios, mejillas u lengua)
- Se debe colocar ordinariamente en todos los procedimientos que requieran aislamiento de la saliva y protección de las partes blandas de la boca, en tanto no impida el objetivo odontológico principal (p.ej., el tallado de un muñón dentario). Por tanto su colocación no constituye un ítem asistencial específico, si bien constituye su uso constituye un parámetro de calidad

Procedimiento quirúrgico para aislamiento de diente con dique de goma

- La colocación quirúrgica consiste en el conjunto de intervenciones sobre la encía dirigidas a poder anclar el dique cuando no existe un soporte dentario adecuado para el mismo.

Hemisección y extirpación radicular

(no incluye la tratamientos de conductos de las raíces remanentes)

- Cuando en un diente bi o multirradicular alguna de las raíces posee patología irreparable, se puede intentar conservar en la arcada la parte no afectada del diente mediante esta intervención, que consiste en la división longitudinal del diente entre sus raíces, y la extracción selectiva de la raíz o raíces afectadas.
- *No incluye la previa tratamientos de conductos de las raíces remanentes, que es imprescindible, ni la obturación cameral post-tratamientos de conductos.*

TRATAMIENTO DE LA HIPERESTESIA (PROCEDIMIENTOS DESENSIBILIZANTES)

- A veces, en ausencia de caries u otra patología evidenciable, algunos pacientes presentan sensibilidad exagerada en sus dientes, por diferentes causas y ante estímulos diversos, a los que otros pacientes no son reactivos. En ellos es preciso instaurar diferentes tratamientos encaminados a disminuir dicha sensibilidad, como medicamentos o resinas desensibilizantes.

Aplicación de medicamentos desensibilizantes

- Este código no debe ser utilizado para bases, selladores o adhesivos utilizados bajo restauraciones.

Uso de resina desensibilizante para cuellos y/o superficie radicular, por diente

- Este código no debe ser usado para bases, selladores, o adhesivos usados bajo restauraciones

Remodelado incisal

- Odontoplastia o regularización y nivelación, mediante procedimientos abrasivos, de los bordes incisales inarmónicos de los dientes anteriores.

Microabrasión de esmalte

- Eliminación, principalmente mediante procedimientos aeroabrasivos, de defectos de la superficie de esmalte descolorido debido a mineralización defectuosa o descalcificación de la capa de esmalte superficial.

Blanqueamiento externo [en clínica / ambulatorio]

- Consiste en aclarar (blanquear) el aspecto de uno o varios dientes mediante procedimientos que solamente se aplican sobre la superficie del esmalte dentario.
- Pueden realizarse en clínica o de manera ambulatoria, bajo prescripción y control de su evolución por el facultativo.

Blanqueamiento interno [por diente]

- Consiste en aclarar (blanquear) el aspecto de un diente aisladamente, que previamente ha recibido un tratamiento de endodoncia, mediante procedimientos que actúan desde el interior del propio diente (corona).

Obturación de amalgama convencional [simple / compuesta / compleja/ gran reconstrucción] [por diente]

- La amalgama dental es un material que se condensa en estado plástico en el interior de la cavidad previamente tallada. Una vez endurecida queda retenida mecánicamente por la morfología dada a la cavidad.
- Las obturaciones con amalgama incluyen:
 - anestesia
 - preparación dentaria,
 - adhesivos, selladores de túbulos dentinarios y bases cavitarias
 - matrices y acuñamiento
 - modelado o tallado
 - bruñido
 - pulido
- En este código no se incluyen los anclajes o elementos retentivos complementarios (“pins”, etc.) que pudieran utilizarse, por lo que habrán de ser considerados como *ítem* profesionales diferentes.
- Las obturaciones se contabilizan por dientes, atendiendo a su complejidad según el número de superficies afectadas, con independencia del número de cavidades terapéuticas separadas que se hubieran practicado.

Obturación de amalgama adherida [simple / compuesta / compleja/ gran reconstrucción] [por diente]

- Consiste en la colocación de un sistema adhesivo en la cavidad terapéutica antes de la inserción de la amalgama en estado plástico, para:
 - compensar una deficiente retención de la cavidad,
 - asegurar que no se produzca filtración marginal, una vez que haya endurecido, o
 - que no queden “gaps” o burbujas en la interfase entre el material y el tejido dentario.

Obturaciones estéticas convencionales [simples / compuestas / complejas/ grandes reconstrucciones] [por diente]

(no se incluyen los elementos retentivos complementarios que pudieran utilizarse)

- Se pueden realizar con una amplia categoría de materiales entre los que se encuentran:
 - los composites (autopolimerizables y fotopolimerizables)
 - los ionómeros de vidrio
 - los compómeros
 - los silicatos (en desuso)
- Incluyen:
 - anestesia
 - preparación dentaria
 - grabado ácido (*etching*)
 - acondicionares dentinarios, adhesivos, selladores de túbulos dentinarios y bases cavitarias
 - modelado y polimerización del material

- pulido
- *En este código no se incluyen los elementos retentivos complementarios ("pins", etc.) que pudieran utilizarse, por lo que habrán de ser considerados como ítem profesionales diferentes.*
- Las obturaciones se contabilizan por dientes, atendiendo a su complejidad según el número de superficies afectadas, con independencia del número de cavidades terapéuticas separadas que se hubieran practicado.

Orificaciones [simples / compuestas]

- Son restauraciones cavitarias que se realizan mediante la condensación mecánica de láminas muy finas de oro puro, que así preparado tiene propiedades cohesivas al ser compactado mediante energía mecánica (**oro cohesivo**). Es suficiente una condensación manual, practicada con cierta fuerza, para conseguir una masa compacta de material.
- Incluyen:
 - anestesia
 - preparación dentaria
 - condensación del oro
 - modelado y tallado
 - pulido
- Por lo general, se aplican a cavidades pequeñas, ya que en cavidades grandes o complejas no son económicamente rentables y existen opciones clínicamente preferibles.

ANCLAJES Y MEDIOS DE RETENCIÓN COMPLEMENTARIOS

- Cuando una restauración compuesta, compleja o una gran restauración precisa elementos asociados que aseguren su estabilidad y firmeza, se recurre a la colocación de elementos auxiliares o complementarios. Generalmente se trata de "pins" y de pernos o postes.

Colocación de "pins" [por pares]

- Literalmente "pin" se traduce como clavo. En Odontología se da el nombre de "pins" a unos diminutos clavos o tornillos destinados a ser insertados en la masa de esmalte o dentina. Pueden colocarse en dientes vitales o en dientes no vitales. Tanto los roscados, mas generalizados, como los "clavados" precisan el labrado previo de un orificio con un pequeño "drill" o fresa, del mismo calibre.
- Pueden colocarse uno, o varios en diferentes situaciones y/o posiciones, aunque lo habitual es colocarlos por pares.

Colocación de poste, perno o tornillo prefabricado [por unidad]

- Los pernos o postes van destinados a ser alojados en conductos intrarradiculares, por lo que precisan endodoncia previa. Son de mucho mayor tamaño que los "pins".
- Pueden ser lisos o roscados. En ambos casos se ha de labrar un alojamiento previo mediante "drill" o fresa adecuado.
- Pueden estar fabricados de muy diferentes clases de materiales (metálicos, cerámicos, de fibras de polímeros, etc.).
- Habitualmente se coloca un poste o perno en un conducto radicular. En los dientes multirradiculares puede colocarse mas de uno.
- El coste de los productos sanitarios puede facturarse aparte como suplido.

RESTAURACIONES INDIRECTAS

(no incluyen los costes de fabricación de las restauraciones)

- Restauraciones indirectas son aquéllas que no se realizan directamente en la boca del paciente, sino que se fabrican en el laboratorio en un periodo intermedio entre la fase clínica de la preparación dentaria y prescripción y la de prueba, colocación (cementado) y adaptación clínicas
- *En estos códigos no se incluyen los productos sanitarios a medida cuya fabricación el facultativo dentista contrata como "obra" a un laboratorio de prótesis dental, ya que constituyen "ítem" protésico y se desagregan y facturan aparte.*

INCRUSTACIONES (Preparación dentaria, prescripción, prueba, colocación y adaptación clínica de -)

- Son restauraciones rígidas que se elaboran por procedimiento indirecto. Ello significa que es preciso tomar una impresión de la zona a restaurar con la que se confecciona un modelo. Sobre este modelo se realiza la restauración. Una vez terminada es preciso adherirla o cementarla al tejido dentario que va a reparar, reconstruir o restaurar. Puede ser de muy diversos materiales (metálicos, resinas compuestas, cerámicos, etc.)

Inlay (Preparación dentaria, prescripción, prueba, colocación y adaptación clínica de ~)

- Es un término inglés para designar una genuina incrustación.
- Se aplica a una restauración rígida simple que se aloja en una cavidad previamente preparada en el tejido dentario, en una superficie del diente.

Onlay (Preparación dentaria, prescripción, prueba, colocación y adaptación clínica de ~)

- Es un término inglés para designar una restauración rígida que cubre la superficie dentaria oclusal en la que ha sido realizada la preparación cavitaria.
- En general es una restauración compuesta o compleja.

Overlay (Preparación dentaria, prescripción, prueba, colocación y adaptación clínica de ~)

- Es un término inglés que puede traducirse como recubrimiento, superposición o capa superpuesta. Por consiguiente, podría aplicarse tanto a una carilla o frente laminado como a ciertas coronas de recubrimiento parcial. En este caso se trata de una restauración compleja o de una gran reconstrucción rígida.

FRENTES LAMINADOS o CARILLAS (Preparación dentaria, prescripción, prueba, colocación y adaptación clínica de ~) [porcelana / resina]

- Son recubrimientos de la superficie vestibular de dientes mediante estratos o láminas finas de resina compuesta o porcelana, generalmente con finalidades estéticas.
- Requieren previamente la preparación o tallado del tejido dentario en la zona a recubrir.
- Puede cubrir el borde incisal e incluso extenderse a las superficies proximales, si bien convencionalmente se respeta el punto de contacto.
- La restauración una vez confeccionada (procedimiento indirecto) deberá ser cementada o adherida al diente mediante un sistema adhesivo apropiado.
- Una carilla de composite directa se considera como **obturación**.

RESTAURACIONES CORONARIAS (CORONAS) UNITARIAS (Preparación dentaria, prescripción, prueba, colocación y adaptación clínica de ~)

- Son restauraciones indirectas que envuelven de manera parcial o mayoritaria la superficie coronaria del diente.
- Según la extensión superficial de la corona dentaria que cubren, pueden ser:
 - **Coronas de recubrimiento total:** cubren íntegramente las superficies mesial, distal, vestibular o labial, palatina o lingual y oclusal.
 - **Coronas de recubrimiento parcial:** respetan total o parcialmente alguna de las superficies antedichas:
 - **Coronas 3/4:** respetan indemne la cara vestibular o labial del diente.
 - **Coronas 7/8:** respetan indemne la mitad mesial de la cara vestibular o labial
- A tenor del material del que están compuestas, se distinguen:
 - Coronas metálicas.
 - Coronas metalocerámicas (o de metal-porcelana).
 - Coronas cerámicas (o de porcelana).
 - Coronas de metal-resina.
 - Coronas de resina.
- El sistema de clasificación de los metales nobles ha sido adoptado clásicamente como el método más exacto de detallar las diversas aleaciones usadas en Odontología. En función del porcentaje de los metales que contiene, clásicamente las aleaciones se han clasificado como:
 - **Muy nobles:** Contienen:
 - más del 60 % de Oro (Au), Paladio (Pd), y/o Platino (Pt), (con un 40% de Oro, al menos), o
 - más del 85 % de Titanio y aleaciones de titanio (Ti)
 - **Nobles:** Contienen más del 25 % de Oro (Au), Paladio (Pd), y/o Platino (Pt)
 - **Básicas:** Contienen, como máximo, un 25 % de Oro (Au), Paladio (Pd), y/o Platino, con un 25%. Se incluyen en este apartado aleaciones de metales no nobles.

- Según la normalización UNE-EN ISO (AENOR) para usos dentales, se distinguen:
 - *Aleaciones dentales de oro para colar* (ISO 1562-2004) UNE - EN ISO 1562: 1993 (revisar nueva 2004)
 - *Aleaciones dentales para colar con un contenido en metales preciosos comprendido entre el 25% y el 75%*, este último valor no incluido (ISO 8891: 1993)
 - *Materiales de base metálica para restauraciones dentales fijas* UNE – EN ISO 16744: 2004. (ISO 16744-2003).
 - *Sistemas para restauraciones dentales metal-cerámicas* (ISO 9693: 1999) UNE – EN ISO 9693: 2001. S UNE – EN ISO 6871-1:1997 (revisar nueva 2004 que sustituye a la de 1995)
- Tienen la consideración de metales preciosos: el oro y los del grupo del platino (paladio, iridio, rutenio, rodio y osmio).
- Las coronas de resina y de metal resina incluyen todas aquellas en las que la polimerización se ha realizado por calor y/o presión.
- En los códigos de las restauraciones coronarias (o coronas) unitarias se incluyen:
 - La anestesia
 - El tallado o preparación del diente
 - La retracción gingival
 - La prescripción, incluyendo en ella:
 - La toma de impresión,
 - La obtención de las referencias cráneo-maxilares y los registros interoclusales
 - Las instrucciones y especificaciones escritas para el laboratorio
 - Las pruebas clínicas y sus correcciones
 - La colocación (cementado), con las adaptaciones clínicas que fueran necesarias para la puesta en servicio.
- *En los códigos de las restauraciones coronarias (o coronas) unitarias no se incluyen los productos sanitarios a medida cuya fabricación el facultativo dentista contrata como "obra" a un laboratorio de prótesis dental, ya que constituyen "item" protésico y se desagregan y facturan aparte.*

Coronas de recubrimiento total (Preparación dentaria, prescripción, prueba, colocación y adaptación clínica de ~) [de {material}]

- Las coronas de recubrimiento total sSon restauraciones realizadas a modo de cofia o funda que cubre por completo, temporal o definitivamente, la corona natural de un diente anterior o posterior previamente alterado (por caries, fractura, etc.) y que ha sido tallado por el dentista.
- Puede ser realizado de muy diversos materiales (metálicos, polímeros, cerámicos o de composición mixta).

Coronas de recubrimiento parcial (Preparación dentaria, prescripción, prueba, colocación y adaptación clínica de ~) [[de {material}]]

- En ocasiones pueden realizarse restauraciones a modo de cofias o fundas, tanto temporales como definitivas, que no cubran por completo la corona del diente anterior o posterior previamente tallado.
- Pueden ser realizadas de muy diversos materiales.

Coronas provisionales (Prescripción, adaptación clínica, colocación)

- Son coronas utilizadas como una restauración de carácter temporal de una duración de al menos seis meses, mientras transcurre el tiempo necesario para permitir la terminación del tratamiento con otros procedimientos definitivos.
- Permiten, con carácter no excluyente, cambios en la dimensión vertical, terapia periodontal o tratamiento de la bruxomanía o bricomanía
- Las coronas provisionales nunca habrán de considerarse como un procedimiento de rutina para la restauración protésica definitiva.

Corona provisional directa prefabricada [de acero / estética] adaptada a diente [secundario o primario] (adaptación clínica, colocación)

- En el comercio existen diversas presentaciones de coronas o cofias de recubrimiento total, con diferentes formas y tamaños, para ser colocadas sobre dientes secundarios o primarios, anteriores o posteriores, de manera temporal. Están confeccionadas con materiales metálicos o plásticos fácilmente adaptables y/o

modelables a cada situación particular, para ser colocadas y cementadas provisionalmente, directamente sobre el paciente.

Corona provisional indirecta adaptada a diente secundario (prescripción, adaptación clínica, colocación)

- Cofia o funda para recubrimiento temporal de diente anterior o posterior realizada por procedimiento indirecto, sobre diente definitivo. Ello significa que es preciso tomar una impresión y obtener un modelo sobre el que se confeccionará la restauración.

Reconstrucción directa de muñón

- Consiste en confeccionar un muñón a partir de una estructura coronaria deteriorada, con material de obturación adecuado, directamente en la boca del paciente.
- Incluye los elementos retentivos coronarios adicionales oportunos (*"pins"*, etc.) que facilitan la estabilidad del muñón.

Colocación de poste / espiga prefabricado y reconstrucción directa de muñón

- Consiste en la colocación de un perno, poste o espiga prefabricada, y a partir de ella, con material de obturación adecuado y, eventualmente, otros elementos adicionales (*"pins"*), confeccionar un muñón sobre la estructura dentaria deteriorada, directamente en la boca del paciente.

Muñón-espiga colado (preparación, prescripción y colocación de ~) [colado /colado y ceramizado]

- Consiste en un anclaje o medio complementario de restauración, generalmente metálico (aunque puede estar cubierto por cerámica) que consta de una parte intraradicular (para cementar dentro del conducto radicular) y una parte coronaria rebajada y tallable, que se comporta como muñón o pilar para una corona de recubrimiento total.
- El patrón *puede* ser elaborado por:
 - Método directo (directamente en la boca)
 - Método indirecto (encerado sobre el modelo elaborado a partir de las impresiones del dentista)
- El cubrimiento con cerámica opaca (muñón ceramizado) facilita la estética y la adhesión a coronas de recubrimiento total de porcelanas.

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTAL

(no incluye ni los aditamentos, ni la fabricación de la aparatología)

- Conjunto de procedimientos que incluyen
 - El diagnóstico,
 - la planificación terapéutica correctora de maloclusiones (dentarias o esqueléticas) y alteraciones en el alineamiento dental
 - las intervenciones clínicas necesarias para la prescripción y fabricación de la aparatología
 - las adaptaciones clínicas de la aparatología, y
 - el desarrollo y control del proceso terapéutico.
- Los procedimientos de ortodoncia actúan de manera prioritaria o exclusiva sobre los dientes, mientras que los de ortopedia actúan sobre el crecimiento y conformación de los maxilares.
- *No incluye los aditamentos ni la fabricación por el laboratorio, que procede desagregar y repercutir aparte en la factura, debidamente especificados.*

DENTICIONES:

Definiciones:

- **Dentición primaria o temporal (decidua o caduca):** desarrollo y erupción de la primera generación de dientes.
- **Dentadura primaria:** conjunto de los dientes primarios.
- **Dentadura de transición o mixta:** Composiciones de dientes durante el periodo de la vida en que coexisten dientes primarios y dientes del adulto, es decir, la fase final de la transición de la dentición primaria a la de adulto, en la que los molares y los caninos deciduos están en proceso de sustitución por los dientes secundarios que están emergiendo

- **Dentición adulta (permanente o definitiva):** desarrollo y erupción de la segunda generación de dientes
- **Dentadura del adolescente:** conjunto de los dientes que están presente después de la pérdida normal de los dientes primarios y antes del cese del crecimiento que puede afectar al tratamiento ortodóncico
- **Dentadura adulta (permanente o definitiva):** conjunto de los dientes que están presente después del cese del crecimiento que puede afectar al tratamiento ortodóncico.

TRATAMIENTO ORTODÓNCICO PARCIAL

- Tratamiento ortodóncico con un objetivo limitado, que no implica a la dentadura completa.
- Puede estar dirigido a solucionar un único problema existente o hacia un solo aspecto de un problema más amplio en el que una decisión es tomada para posponer o preceder una terapéutica más amplia.
- Como ejemplo de este tipo de tratamiento estaría el tratamiento de una sola arcada para corregir un apiñamiento, tratamiento parcial de espacios abiertos o la corrección de la alineación de una pieza dentaria para la preparación de un puente o implante y un tratamiento parcial para cerrar un espacio.

TRATAMIENTO ORTODÓNCICO INTERCEPTIVO

- Los códigos para el tratamiento ortodóncico interceptivo son para intervenciones destinadas a disminuir la gravedad o los efectos futuros de una alteración y a eliminar su causa.
- Es una extensión de la *Ortodoncia preventiva* que puede incluir un movimiento localizado de un diente.
- Tal tratamiento puede realizarse en la dentición temporal o en la de transición y puede incluir intervenciones tales como el cambio de dirección de dientes ectópicos erupcionados, corrección de la oclusión cruzada de un solo diente o recuperación de pérdida reciente de espacio menor donde el espacio total es adecuado.
- La clave de un tratamiento interceptivo exitoso es la intervención en etapas incipientes del desarrollo del problema para disminuir la severidad de la malformación y eliminar la causa.
- Factores agravantes como disarmonías esqueléticas, deficiencia de espacio u otras condiciones pueden requerir una terapia futura más amplia.
- Las fases iniciales de una terapia amplia pueden utilizar algunas intervenciones interceptivas, pero tales procedimientos no son considerados interceptivos en aquellos usos.

TRATAMIENTO ORTODÓNCICO COMPLETO

- Este código debería ser usado cuando hay fases múltiples de tratamiento a condición de que en las diferentes etapas del desarrollo dentofacial se especifiquen los objetivos y el tipo de aparatología. Por ejemplo, el empleo de un activador puede ser un tratamiento de una o dos etapas.
- En esta situación, la colocación de elementos fijos debe ser generalmente un tratamiento de una o dos etapas. Ambas fases deberían ser listadas como un tratamiento completo modificado por la etapa adecuada del desarrollo dental.
- Es usado para informar el diagnóstico coordinado y el tratamiento que conduce a la mejora de la disfunción craneofacial del paciente y/o la deformidad dentofacial que incluye relaciones anatómicas, funcionales y estéticas.
- Frecuentemente el tratamiento, aunque no es imprescindible, utiliza elementos fijos ortodóncicos.
- Intervenciones añadidas, como extracciones, cirugía maxilofacial, cirugía nasofaríngea, miofuncional o terapia del habla y cuidados restauradores y periodontales pueden precisar la coordinación de diversas disciplinas.
- El cuidado óptimo requiere una consideración de las necesidades del paciente a largo plazo y reevaluaciones periódicas.
- El tratamiento puede incorporar varias fases con objetivos específicos en diversas etapas del desarrollo dentofacial.

TRATAMIENTO MENOR PARA CONTROLAR HÁBITOS PERJUDICIALES:

- Consiste en la corrección, modificación o mejoría de hábitos no deseables y parafunciones susceptibles de tratamiento mediante dispositivos o aparatos específicamente diseñados para cada caso.
- En su constitución pueden entrar diferentes tipos de materiales principalmente plásticos y metálicos o combinaciones de los mismos.

Tratamiento menor con aparatología removable

- Permite controlar:

- el hábito de succión del pulgar o
- la interposición lingual.

Tratamiento con aparatología fija

- Incluye elementos para evitar el hábito de succión del pulgar o la interposición lingual.

Consulta periódica durante el tratamiento ortodóncico (como parte del contrato)

- Un tratamiento ortodóncico, tanto con aparatología fija como removible, consta de diferentes etapas, dura tiempo y necesita una serie de consultas para revisiones o controles periódicos.
- Los honorarios profesionales que devengan estas consultas puede reflejarse por escrito de diferentes formas.
 - Puede pactarse un coste global de todo el tratamiento, incluyendo dichas consultas, o
 - Pueden reflejarse y facturarse por separado las consultas, a medida que se vayan produciendo.

Retención ortodóncica (retirada de aparatología, construcción y colocación de retenedores)

- Los movimientos inducidos sobre los dientes, con finalidades ortodóncicas necesitan una última fase de contención, estabilización o retención ya que suele haber una tendencia natural de los dientes a recuperar la posición inicial.
- En general, una vez retirada la aparatología que consiguió los movimientos deseados, se precisa una etapa ulterior, de duración muy variable, mediante aparatología fija o removible, de todos o parte de los dientes involucrados en los desplazamientos.

Reparación de elementos ortodóncicos

- Incluye aparatología funcional y expansores de paladar.
- *No incluye los brackets y la aparatología fija estándar.*

Ajuste (equilibrado) oclusal o tallado selectivo

- Consiste en modificar la morfología de las superficies oclusales de los dientes mediante procedimientos de odontoplastia o ameloplastia (ameloplastia) para crear relaciones de contacto armoniosas entre los dientes de maxilar y mandíbula
- El ajuste oclusal puede requerir varias citas de duración variable, pudiendo ser necesaria la sedación para la lograr la relajación adecuada de la musculatura.
- Los modelos de estudio montados sobre un articulador pueden ser utilizados para el análisis de la disarmonía oclusal.
- Está diseñado para conseguir relaciones funcionales y eficacia masticatoria conjuntamente con el tratamiento restaurador, ortodoncia, cirugía ortognática o trauma mandibular cuando esté indicado.
- El ajuste oclusal mejora el potencial curativo de los tejidos afectados por el trauma oclusal.

PROSTODONCIA U ODONTOLOGÍA PROTÉSICA

(No incluye la fabricación de los productos sanitarios)

- Conjunto de procedimientos clínicos mediante los que se obtiene la rehabilitación anatomofuncional del sistema dentario y se reponen dientes ausentes, mediante productos sanitarios a medida o prótesis dentales, que son elementos aloplásticos fabricados en un laboratorio de prótesis a partir de las prescripciones e indicaciones del facultativo dentista que proyecta y ejecuta la rehabilitación.

PRÓTESIS FIJA CONVENCIONAL O DENTOSOPORTADA (preparación dentaria, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica para la puesta en servicio)

(No incluye la fabricación de los productos sanitarios)

La prótesis fija convencional o dentosoportada está constituida por *pilares retenedores* (generalmente coronas de recubrimiento total, aunque puede haber otro tipo de elementos retenedores) y *pónticos* o *piezas intermedias*.

Clasificación:

- A tenor del material del que están compuestas, se distinguen:

- Prótesis fijas metálicas
 - Prótesis fijas metalocerámicas (o de metal-porcelana)
 - Prótesis fijas cerámicas (de porcelana o totalmente cerámicas)
 - Prótesis fijas de metal-resina
 - Prótesis fijas de resina
- El sistema de clasificación de los metales nobles ha sido adoptado clásicamente como el método más exacto de detallar las diversas aleaciones usadas en Odontología. En función del porcentaje de los metales que contiene, clásicamente las aleaciones se han clasificado como:
- **Muy nobles:** Contiene
 - más del 60 % de Oro (Au), Paladio (Pd), y/o Platino (Pt), (con un 40% de Oro, al menos), o
 - más del 85 % de Titanio y aleaciones de titanio (Ti)
 - **Nobles:** Contiene más del 25 % de Oro (Au), Paladio (Pd), y/o Platino (Pt)
 - **Básicas:** Contiene, como máximo, un 25 % de Oro (Au), Paladio (Pd), y/o Platino, con un 25%. Se incluyen en este apartado aleaciones de metales no nobles.
- En la normalización UNE-EN ISO (AENOR) las aleaciones para usos dentales se organizan de la siguiente manera:
- UNE - EN ISO 1562: 1993. Aleaciones dentales de oro para colar (ISO 1562-2004)
 - ISO 8891: 1993 Aleaciones dentales para colar con un contenido en metales preciosos comprendido entre el 25% y el 75%, este último valor no incluido.
 - UNE – EN ISO 16744: 2004. Materiales de base metálica para restauraciones dentales fijas (ISO 16744-2003).
 - UNE – EN ISO 6871-1:1997. Aleaciones dentales de metales no preciosos, para colar. Parte 1:aleaciones a base de cobalto (ISO 6871-1: 1994).
 - UNE – EN ISO 6871-2:1997. Aleaciones dentales de metales no preciosos, para colar. Parte 2: aleaciones de base níquel (ISO 6871-2: 1994).
 - UNE – EN ISO 9693: 2001. S UNE – EN ISO 6871-1:1997.Sistemas para restauraciones dentales metal-cerámicas (ISO 9693: 1999) **(revisar nueva 2004 que sustituye a la de 1995)**
 - Tienen la consideración de metales preciosos el oro y los del grupo del platino (paladio, iridio, rutenio, rodio y osmio).
 - Las normas distinguen, independientemente de la composición, durezas tipo I, II, III o IV, según el uso a que vayan destinadas.
- Los retenedores y pónicos de porcelana/cerámica o totalmente cerámicos incluyen todo tipo de cerámica, porcelana, porcelana fundida, vitrocerámica, presintetizada, etc..
- Los retenedores y pónicos de resina y de metal resina incluyen todas aquellas en las que la polimerización se ha realizado por calor y/o presión.

Pónicos de Prótesis Parcial Fija de [material]

- Un pónico es la parte intermedia entre los elementos de sostén o de retención de una prótesis fija. En otras palabras, una prótesis fija se caracteriza por tener unos elementos de sostén o de retención, generalmente en los extremos, que asientan en los dientes preparados del paciente (pilares) y unos elementos intermedios, denominados pónicos.
- Los pónicos, a diferencia de las coronas, no requieren preparación dentaria, pero sí ajuste oclusal, por lo que pueden devengar diferentes honorarios a las coronas-pilares de Prótesis Parcial Fija.

Pónico temporal

- Pónico utilizado como provisional con una duración de al menos seis meses, durante el periodo necesario para obtener una curación de tejidos o la terminación de otros tratamientos previos.
- Este código no se aplica a pónicos provisionales mientras se está preparando la prótesis fija parcial definitiva.

Pónico provisional

- Pónico utilizado mientras se está preparando la prótesis fija parcial definitiva.

RETENEDORES PARA PRÓTESIS PARCIAL FIJA

- Son los elementos de sustentación o de retención de la prótesis que se cementan, adhieren o “fijan” sobre los dientes pilares previamente preparados.

Retenedores Maryland:

- Recibe este nombre un tipo de restauración en que un pónctico, generalmente pequeño, es retenido en los pilares contiguos mediante recubrimiento parcial de la superficies palatinas o linguales de los dientes naturales.
- Los elementos retentivos y el pónctico forman un todo (metálico, cerámico, etc.). Los recubrimientos pilares van provistos de elementos micro y macrorretentivos específicos.
- Requiere la preparación previa de la superficie palatina o lingual del diente natural y la utilización de un sistema adhesivo que incluye resinas compuestas.

Inlays / Onlays:

- Términos en lengua inglesa que se refieren a restauraciones indirectas individuales.
 - *Inlay* equivale a incrustación
 - *Onlay* equivale a cubrimiento.

Coronas de recubrimiento [parcial / total] de [material]

- Son restauraciones que cubren de forma total o parcial, temporal o definitivamente, mediante una funda o cofia la corona clínica de un diente, anterior o posterior, previamente preparada.
- Se puede realizar a partir de muy diferentes tipos de materiales o combinaciones de los mismos (metales, resinas, cerámicas, metal-cerámica, metal-resina, etc.)

Retenedor-corona provisional

- Es una funda coronaria o corona protética utilizada como provisional al menos seis meses, durante el periodo necesario para obtener una curación de tejidos o la terminación de otros tratamientos previos.

RETENEDORES PARA SOBREDENTADURA (preparación dentaria, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica para la puesta en servicio)

- Para permitir mejor estabilidad a ciertas prótesis completas pueden aprovecharse raíces de dientes naturales a las que, previo tratamiento endodóncico, se les coloca algún elemento retentivo que emerge de la encía.

Colocación de ataches radiculares directos (prefabricados)

- Se limitan a los procedimientos clínicos para la colocación y adecuación de dichos ataches sobre las raíces dentarias correspondientes.
- *No se incluye los costes unitarios ni los trabajos de laboratorio necesarios para la realización por el laboratorio del rebase o rebasado, que constituye un "item" protésico que se desagrega y factura aparte.*

Cofias radiculares (preparación, prescripción y colocación)

- Recubrimiento de la superficie "oclusal" de una raíz, previo tratamiento endodóncico, mediante una cubierta o capa de un material que la aísla del contacto con el medio bucal. Puede estar indicado un pequeño perno unido para darle mas estabilidad.

Atache radicular indirecto

- Retenedor indirecto que va colado, soldado o roscado a una base soldada en una cofia radicular a medida

Conector de barra

- Dispositivo unido a una prótesis fija parcial utilizado como retenedor que sirve para estabilizar y fijar una sobredentadura removible.

Corona Telescópica (preparación, prescripción, colocación y adaptación clínica)

- Es una corona hueca cilíndrica alojada en una prótesis removible, que encaja en una corona de recubrimiento total debidamente paralelizada con aquella y con otros elementos retentivos coexistentes.

RETENEDORES PARA PRÓTESIS MIXTA

- Son aquellos elementos específicos para compatibilizar, estabilizar y retener o sujetar, en la misma arcada, prótesis fija y prótesis removible.

Atache de semiprecisión o de precisión

- Dispositivo de retención constituido en dos partes por un macho y una hembra que conforman un único elemento de atache.
- Según la situación puede ser:
 - extracoronario o
 - intracoronario,
- Según la libertad de movimientos puede ser:
 - de semiprecisión
 - de precisión.
- Se debe describir el tipo de dispositivo usado.

Rompefuerzas o “interlock”

- Es un conector no rígido en el seno de una prótesis fija para proveerle comportamiento laxo o resiliente.
- Es colocado por el laboratorio según prescripción.

PRÓTESIS REMOVIBLE CONVENCIONAL

Definiciones:

- **Prótesis definitiva:** La destinada a proveer reposición anatómica y función durante largo tiempo, aunque su duración no es ilimitada, ya que necesita ajustes y correcciones en cuanto los cambios anatómicos de los maxilares conducen a su desadaptación.
- **Prótesis inmediata:** La realizada para reponer dientes antes de su extracción, para ser usada durante el período de cicatrización y remodelación alveolar.
- **Prótesis temporal:** La elaborada para ser utilizada solamente a lo largo de un período limitado de tiempo, durante el que se realizan otros tratamientos odontológicos (protésicos o no) y las pruebas de diagnóstico y de tolerancia que requieren demorar la rehabilitación de la arcada edéntula. Tras ésta, será sustituida por una prótesis definitiva

Prótesis completa definitiva [maxilar o superior / mandibular o inferior] (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la fabricación del producto sanitario)

- Procedimiento y dispositivo mucosoportado de rehabilitación protésica de toda una arcada (maxilar o superior; mandibular o inferior)
- Incluye todas las adaptaciones propias de la puesta en servicio, hasta el alta.
- *No incluye los costes de laboratorio.*

Prótesis completa inmediata [maxilar o superior / mandibular o inferior] (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la fabricación del producto sanitario)

- Procedimiento y dispositivo mucosoportado de rehabilitación protésica de toda una arcada (maxilar o superior; mandibular o inferior) que se coloca inmediatamente a la realización de exodoncias.
- Tiene carácter provisional, por lo que debería ser reemplazada, al término de la remodelación alveolar, por una prótesis completa o por prótesis sobre implantes.
- No incluye las exodoncias, ni el futuro rebase y adaptación, ni la preparación de una nueva dentadura..
- No incluye los costes de laboratorio.
- Incluye la atención durante la convalecencia.

Prótesis completa temporal [maxilar o superior / mandibular o inferior] (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la fabricación del producto sanitario)

- Procedimiento y dispositivo mucosoportado de rehabilitación protésica de toda una arcada (maxilar o superior; mandibular o inferior) que se coloca temporalmente mientras se realizan otros tratamientos odontológicos (protésicos o no) y pruebas de diagnóstico y de tolerancia que aconsejan demorar la rehabilitación de la arcada edéntula.
- Debe ser sustituida por una prótesis definitiva
- No incluye los costes de laboratorio.

Prótesis parcial removible esquelética o profiláctica definitiva [maxilar o superior / mandibular o inferior] (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la fabricación del producto sanitario)

- Procedimiento y dispositivo de rehabilitación dentaria parcial, generalmente dentosoportado o dento-mucosoportado, de carácter metálico (prótesis esquelética), que no se apoya en el anillo gingival pericoronario (prótesis profiláctica).
- Incluye todas las adaptaciones propias de la puesta en servicio, hasta el alta.
- No incluye los costes de laboratorio.

Prótesis parcial removible definitiva [maxilar o superior / mandibular o inferior] (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la fabricación del producto sanitario)

- Procedimiento y dispositivo de rehabilitación dentaria parcial, generalmente mucosoportado, constituido por una base de resina y retenedores metálicos directos (colados o forjados) o indirectos.
- No incluye los costes de laboratorio.
- Incluye todas las adaptaciones propias de la puesta en servicio, hasta el alta.

Prótesis parcial removible inmediata [maxilar o superior / mandibular o inferior] (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la fabricación del producto sanitario)

- Procedimiento y dispositivo de rehabilitación protésica parcial de los tramos edéntulos de una arcada que se coloca inmediatamente a la realización de exodoncias.
- Tiene carácter provisional, por lo que debería ser reemplazada, al término de la remodelación alveolar, por una prótesis parcial, convencional o sobre implantes.
- No incluye las exodoncias, ni el futuro rebase y adaptación, ni la preparación de una nueva dentadura..
- No incluye los costes de laboratorio.
- Incluye la atención durante la convalecencia.

Prótesis parcial removible temporal [maxilar o superior / mandibular o inferior] (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la fabricación del producto sanitario)

- Procedimiento y dispositivo mucosoportado de rehabilitación protésica parcial de los tramos edéntulos de una arcada que se coloca temporalmente, mientras se realizan otros tratamientos odontológicos (protésicos o no) y pruebas de diagnóstico y de tolerancia que aconsejan demorar la rehabilitación de la arcada edéntula.
- Debe ser sustituida por una prótesis definitiva
- No incluye los costes de laboratorio.

Sobredentadura completa [maxilar o superior / mandibular o inferior] (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la fabricación del producto sanitario)

- Procedimiento y dispositivo mucosoportado de rehabilitación protésica de toda una arcada (maxilar o superior; mandibular o inferior) que se retiene mediante implantes o restos dentarios debidamente preparados y provistos de dispositivos de retención ocultos, como coronas telescópicas, cofias y ataches radiculares, o ataches radiculares directos.

- Incluye todas las adaptaciones propias de la puesta en servicio, hasta el alta.
- No incluye los costes de laboratorio.

Sobredentadura parcial [maxilar o superior / mandibular o inferior] (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la fabricación del producto sanitario)

- Procedimiento y dispositivo mucosoportado de rehabilitación protésica parcial que cubre las estructuras a las que se retiene: implantes o pilares dentarios debidamente preparadas y provistos de dispositivos de retención (como coronas telescópicas, cofias y ataches radiculares, o ataches radiculares directos).
- Incluye todas las adaptaciones propias de la puesta en servicio, hasta el alta.
- No incluye los costes de laboratorio.

Acondicionado de tejidos

- Colocación de materiales para base de prótesis destinados a permitir una buena cicatrización de tejidos bajo prótesis y un mayor confort para los pacientes.
- Duración limitada en el tiempo, por lo que deben ser sustituidos posteriormente por materiales definitivos.

Ajuste / adaptación tisular de prótesis antigua.

- Con el paso del tiempo es necesario readaptar y reajustar las prótesis removibles ya que se producen cambios en los tejidos bucales.
- Dichos cambios son muy variables de unas personas a otras, en cuanto a tiempo e intensidad. Pueden consistir en disminución de la altura de la encía (por reabsorción de la apósis alveolar ósea), pequeñas desviaciones o modificaciones dentarias, abrasiones dentarias, modificaciones en la dimensión vertical, etc.

Rebase (Preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica)

(no incluye la reparación del producto sanitario)

- Proceso de reacondicionar una prótesis adaptando la base de la misma a los maxilares.
- Se limitan a los procedimientos clínicos necesarios para la realización por el laboratorio del rebase o rebasado, que constituye un *item* protésico que se desagrega y factura aparte.

Reparaciones o composturas

(no incluye la reparación del producto sanitario)

- Se limitan a los procedimientos clínicos necesarios para la reparación por el laboratorio, la cual constituye un *item* protésico que se desagrega y factura aparte.

Modificación de una prótesis removable tras cirugía implantológica

- La modificación de una prótesis removable preexistente es necesaria, a veces, en el momento de la cirugía de colocación de implantes o de injertos de hueso y asimismo, puede ser necesario al tiempo de la colocación de los tapones de cicatrización de los implantes.
- Este código también podría ser utilizado para informar de la modificación de una prótesis cuando son colocadas las fijaciones y se añaden elementos retentivos a la prótesis existente, con la finalidad de reducir la necesidad de elaborar una prótesis nueva.

Reemplazo de una parte [macho / hembra] de un atache

(no incluye el coste del elemento reemplazado del atache)

- Sustitución de un macho o de una hembra de un atache que se ha deteriorado o perdido su función por otro nuevo.
- *No incluye el coste del elemento sustituido, que se desagrega y factura como item aparte.*

CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA

- Procedimiento quirúrgico consistente en la colocación de **implantes** o **fijaciones** para dientes, en o sobre los huesos maxilares.
- No incluye los implantes, ni la fabricación por el laboratorio, ni los biomateriales y materiales alopásticos utilizados durante la intervención quirúrgica, que procede desagregar y repercutir aparte en la factura, debidamente especificados.

Colocación quirúrgica de un implante endóseo [tipo]

(no incluye el coste del implante)

- Incluye la segunda cirugía, cuando se requiere, y la colocación de tapón de cicatrización

Colocación o sustitución de pilar protético sobre implante endóseo [tipo]

(no incluye el coste del pilar)

- El pilar se coloca para permitir la fabricación de una prótesis dental.
- Incluye la retirada del tapón de cicatrización.
- La razón de este código se debe a que en muchas ocasiones el implante es colocado por un profesional diferente del que realiza la prótesis.

Colocación quirúrgica de un implante subperióstico

(no incluye el coste del implante)

- Es un implante realizado con material biocompatible para ser ajustado sobre la superficie del hueso de la mandíbula y que tiene extensiones transmucosas que proporcionan el apoyo para la colocación de una prótesis.
- Puede ser de arcada completa o parcial
- Estos implantes quedan sobre el hueso y bajo el periostio.

Colocación quirúrgica: implante transóseo

(no incluye el coste del pilar)

- Es un implante fabricado con materiales biocompatibles.
- Se coloca atravesando la cortical superior e inferior de la sínfisis mandibular y dispone de extensiones transmucosas para permitir la colocación de una prótesis dental.

PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES (preparación, prescripción, pruebas, colocación y adaptación clínica para la puesta en servicio)

(no incluye el coste de la prótesis)

- Contempla exclusivamente las intervenciones clínicas necesarias para la fabricación, colocación y adaptaciones de la prótesis.
- No incluye los aditamentos de los implantes ni la fabricación por el laboratorio, que procede desagregar y repercutir aparte en la factura, debidamente especificados.

PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADA

- Es una rehabilitación protética o prostodóncica fija o removible, destinada a sustituir o reponer piezas dentarias, que asienta y se retiene sobre implantes.
- Deben distinguirse:
 - los implantes propiamente dichos (en contacto con el hueso),
 - los pilares o muñones que emergen en la cavidad oral y
 - los retenedores protésicos (coronas, coronas retenedores, etc.) que asientan sobre ellos.

Pilares para soporte de coronas (unitarias o retenedores de prótesis parcial implantosoportada)

- Elemento colocado sobre el implante propiamente dicho, que posteriormente se utilizará como muñón (pilar) para soporte o anclaje de una estructura protésica fija o removible.
- Pueden ser metálicos o cerámicos y , a su vez, pueden ser prefabricados o confeccionados específicamente.

Pilar prefabricado

- Es un componente prefabricado en titanio puro, aleación de titanio o cerámica que se usa como pilar de prótesis.
- Puede ser:
 - *Macizo*, para cementar sobre él una corona (unitaria o un retenedor-corona). Es posible tallado para adaptar su forma a los requerimientos protéticos y / o estéticos
 - *Roscado*
 - *recto o*
 - *angulado*,para fijarle la corona mediante un tornillo

Pilar a medida de metal

- Es una conexión de pilar para prótesis sobre implante que es fabricado a medida, por lo general, en un laboratorio de prótesis dental de manera específica para uso individual.
- Generalmente está realizado en titanio o aleación de titanio.

Pilar para corona de cerámica

- Es un pilar para una corona única de cerámica que puede estar preparado para cementar la corona o para fijarla por medio de un tornillo.

Coronas y retenedores-corona de prótesis parcial implantosoportada

- Elementos de recubrimiento total aislados o unidos a pónicos para ser colocados (cementados o atornillados) sobre pilares para implantes.

Corona / retenedor-corona implantosoportado [cementado / atornillado sobre pilar] de [metal / porcelana fundida sobre metal] [muy noble / noble / básico]

- La corona en metal porcelana puede ser fijada al pilar por medio de tornillo o preparada para ser cementada.

Corona / retenedor-corona implantosoportado atornillada sobre implante] de porcelana fundida sobre [titanio / aleación de titanio / metal muy noble]

- La corona en metal porcelana va fijada al pilar por medio de tornillo.

Corona de cerámica [cementada / atornillada] sobre pilar para corona de cerámica

- Recubrimiento totalmente cerámico que se inserta en un muñón, generalmente también cerámico, colocado sobre un implante.

Prótesis híbrida completa: implante / pilar para soporte de de una prótesis fija completa de toda la arcada

- Se trata de una prótesis completa fija que es mantenida, soportada y estabilizada por medio de implantes o pilares colocados sobre implantes pero sin relación directa entre la posición de los implantes y los dientes sustituidos.
- Puede fijarse por medio de tornillos o cementada

Prótesis híbrida parcial: implante / pilar para soporte de una prótesis fija para un arco parcialmente desdentado

- Se trata de una prótesis parcial fija que es mantenida, soportada y estabilizada por medio de implantes o pilares colocados sobre implantes pero sin relación directa entre la posición de los implantes y los dientes sustituidos.
- Puede fijarse por medio de tornillos o cementada

Pónticos de prótesis implantosoportada

- Elemento intermedio colocado entre dos retenedores-pilares (generalmente coronas) que asientan sobre pilares-muñones sostenidos sobre implantes.

PRÓTESIS IMPLANTORRETENIDA

- Sobredentadura provista de aditamentos aptos para adaptarse y ser retenidos a elementos colocados o elaborados sobre implantes .

Pilar-retenedor prefabricado tipo bola

- Elemento retentivo individualizado, de forma esférica, para sobredentaduras, que se inserta o se prepara sobre un implante.

Mesoestructura a base de barra y caballitos

- Es un dispositivo rígido extendido entre implantes que sirve para estabilizar una sobredentadura removible, a la que puede dar retención mediante unas abrazaderas o "caballitos" activables.

Mantenimiento de implantes, incluyendo la retirada de la prótesis, limpieza de la misma y de los pilares, y recolocación de la prótesis

- Esta intervención incluye una profilaxis para proporcionar una adecuada limpieza del implante y un examen de todos los aspectos concernientes al mismo incluyendo la supervisión de la oclusión y la estabilidad de la superestructura.
- El paciente ha de ser adecuadamente instruido sobre el mejor mantenimiento y limpieza diaria de sus implantes.

Reparación de una prótesis implantosoportada (servicio clínico para -)

(no incluye el coste de la reparación)

- Esta intervención implica las maniobras clínicas necesarias para la reparación o el reemplazo de cualquier parte de la prótesis fracturada o deteriorada.
- Excluye los procedimientos necesarios de laboratorio

Retirada y sustitución de tornillo / pilar roto

(no incluye el coste del laboratorio)

- Incluye las maniobras clínicas necesarias para eliminar los fragmentos de tornillos utilizados para la retención de pilares o de restos de pilares fracturados y su sustitución o reposición.
- No incluye los procedimientos necesarios de laboratorio

Retirada y sustitución / reparación de tornillo / pilar roto

- Esta intervención implica la reparación o el reemplazo de cualquier parte del pilar de un implante.

Intervención para retirar un implante

- Esta intervención implica la retirada quirúrgica de un implante.
- Se debe describir la intervención.

Férula o placa de descarga (oclusales o neuro-oclusales)

- Dispositivo rígido interoclusal destinado al tratamiento de ciertos trastornos de la articulación temporomandibular y de la musculatura asociada, que promueve relajación muscular y previene la atrición dentaria.

Desprogramador oclusal

- Se trata de dispositivos removibles frecuentemente confundidos con las “placas” o “férulas” de “descarga”, “oclusales” o “neuro-oclusales”, que son diseñadas para reducir al mínimo los efectos del bruxismo y otros factores oclusales mediante una desprogramación o borrado de engramas propioceptivos oclusales y neuromusculares.

Ajuste o equilibrado oclusal mediante tallado selectivo (abreviadamente, tallado selectivo)

- Conjunto de maniobras mediante las que, previo análisis de la oclusión, y con el auxilio de instrumentos rotatorios de corte, se elimina puntualmente tejido dentario de zonas que produzcan algún tipo de trastorno oclusal o articular témporo-mandibular no susceptible de ser tratado por otras vías (p.ej., interferencias oclusales, prematuridades, etc.).

Tratamiento paliativo (de urgencia) de dolor dental - procedimiento menor

- Consulta no programada en la que se atiende y se intenta solucionar un problema imprevisto que afecta el normal desarrollo de la actividad del paciente.
- Lleva implícitas una anamnesis y una exploración adecuada al caso.
- Puede ser necesaria la programación de consultas ulteriores con el fin de solucionar definitivamente el problema, una vez superada la fase aguda.

Obtención de plasma rico en plaquetas

Cuidados domiciliarios

- Incluye tanto visitas al domicilio del paciente como a residencias de ancianos, instalaciones de cuidado a largo plazo, hospicios, instituciones, etc.
- Deberá ser acompañado conjuntamente con los códigos adecuados a los servicios actualmente prestados

Visita hospitalaria

- Puede ser informado cuando se proporciona tratamiento en el hospital o centro quirúrgico ambulatorio, conjuntamente con los códigos apropiados a los actuales servicios prestados.

Informe pericial

- Se trata de un acto profesional, que puede requerir varias sesiones, y que persigue habitualmente, mediante anamnesis, exploración clínica y exploraciones complementarias pertinentes, la obtención de un documento objetivo sobre algún tema sujeto a un litigio. Puede ser solicitado por alguna de las partes implicadas o por un órgano de administración de justicia, por lo que el informe pericial va a formar parte de la documentación en un proceso judicial.

Asistencia judicial como perito

- Habitualmente el profesional que ha elaborado un Informe pericial es requerido para estar presente durante alguna o algunas de las sesiones durante las que tiene lugar el proceso judicial. Con frecuencia, el perito puede ser preguntado para ampliar o aclarar datos relativos al proceso.

Asistencia a autopsia / necropsia para identificación

- En ocasiones, el dentista, independientemente de que emita o no un Informe Pericial, puede ser requerido para que colabore con sus conocimientos específicos o información previa, en la identificación o reconocimiento de una persona o de unos restos humanos.

Informe de identificación dentaria

- Análogamente al caso del informe pericial, el profesional puede verse requerido para informar sobre diferentes temas relativos a identificaciones a través de datos dentarios en muy diversas circunstancias (agresiones, accidentes, catástrofes, determinación de la edad, etc.).