FICHA DE TRATAMIENTO PROTÉTICO

CÁTEDRA DE REHABILITACIÓN Y PROSTODONCIA REMOVIBLE II

Prof. Int. Dr. Roberto Soler
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UDELAR

ESTUDIANTE _____ CI_____

DOCENTE _____TURNO _____AÑO _____ GEN _____

A. DATOS PERSONALES

APELLIDOS _____NOMBRES _____

SEXO _____ FECHA NAC_____ FRANJA ETARIA 15-24 25-44 45-64 65-79 +80

DIRECCIÓN _____ OCUPACIÓN _____

TEL _____ EST CIV _____CI_____

DATOS PARA ANÁLISIS ESTADÍSTICOS: **(serán completados al finalizar el tratamiento)**

1. TIPO DE EDENTACIÓN

MAX. SUP.: Extremo Libre _____ Intercalar _____ Clasificación Topográfica _____

MAX. INF.: Extremo Libre _____ Intercalar _____ Clasificación Topográfica _____

2. NÚMERO DE PIEZAS REMANENTES

MAX. SUP.: Ant. _____ Post. _____

MAX. INF.: Ant. _____ Post. _____

3. TIPO DE REHABILITACIÓN

MAX. SUP.: PC _____ Esquelética _____ A Placa _____ Híbrida ____ Provisoria _____

MAX. INF.: PC _____ Esquelética _____ A Placa _____ Híbrida ____ Provisoria _____

4. CONEXIÓN DEL ANCLAJE

MAX. SUP.: Rígida _____ Semi-rígida ____ Lábil _____

MAX. INF.: Rígida _____ Semi-rígida ____ Lábil _____

5. CONECTOR MAYOR MAX. SUP. _____ MAX. INF. _____

6. EXTENSIÓN DE BASES MAX. SUP. _____ MAX. INF. _____

7. LABORATORIOS CROMO _____ TERMINACIÓN _____

B. MOTIVO DE CONSULTA _____

C. SALUD GENERAL _____

D. EXAMEN CLÍNICO

APRECIACIÓN GENERAL PSICO – FÍSICA

NIVEL DE COMPRENSIÓN _____ COORDINACIÓN NEURO-MUSC _____
ASPECTO FÍSICO _____
CLASIFICACIÓN DE HOUSE: Filosófico ____ Histérico ____ Preciosista ____ Indiferente ____

DATOS REGIONALES DE INTERÉS PROTÉTICO

COLOR: PIEL_____ CABELLO_____OJOS _____
CONTORNO FACIAL _____ COLAPSO FACIAL _____ PERFIL _____
SIMETRÍA FACIAL _____ SIMETRÍA LABIAL _____

ARTICULACIÓN TÉMPORO – MANDIBULAR	derecha	izquierda
PALPACIÓN LATERAL		
PALPACIÓN POSTERIOR		
CHASQUIDO		
CRUJIDO		

PALPACIÓN DE MÚSCULOS MASTICADORES		derechos	izquierdos
TEMPORAL:	F. ANTERIORES		
	F. MEDIAS		
	F. POSTERIORES		
	TENDÓN		
MASETERO:	SUPERFICIAL		
	PROFUNDO		
PTERIGOIDEO INTERNO			
PTERIGOIDEO EXTERNO			
SUPRAHIOIDEOS			

EXAMEN DINÁMICO

APERTURA BUCAL MAXIMA: VOLUNTARIA _____mm FORZADA _____mm
LIMITACIÓN DE APERTURA: MUSCULAR _____ ARTICULAR _____
ESPACIO LIBRE INTEROCLUSAL _____mm
TRAYECTORIA MANDIBULAR: APERTURA _____ CIERRE _____

EXAMEN DE TEJIDOS PARAPROTÉTICOS

AMPLITUD DEL ORIFICIO BUCAL _____ TONICIDAD DE LABIOS Y MEJILLAS _____
LENGUA: TAMAÑO _____ POSICIÓN _____ TONICIDAD _____
INSERCIÓN DEL FRENILLO LINGUAL _____ ALTURA DEL FLANCO LINGUAL _____mm
PROFUNDIDAD DE BOLSA DISTO LINGUAL: EN REPOSO _____ EN FUNCIÓN _____
LIGAMENTO PTÉRIGO-MANDIBULAR: INSERCIÓN _____ TENSIÓN _____

DATOS LOCALES DE INTERÉS PROTÉTICO

ARCOS DENTARIOS

FORMA _____ TAMAÑO _____
MALPOSICIONES _____ MIGRACIONES _____
CURVA DE SPEE _____ CURVA DE WILSON _____
LÍNEA INTERINCISIVA _____
DIENTES AUSENTES _____

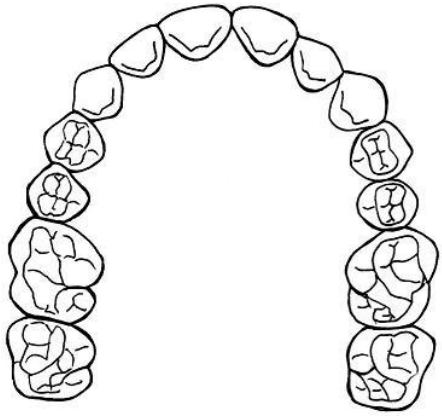
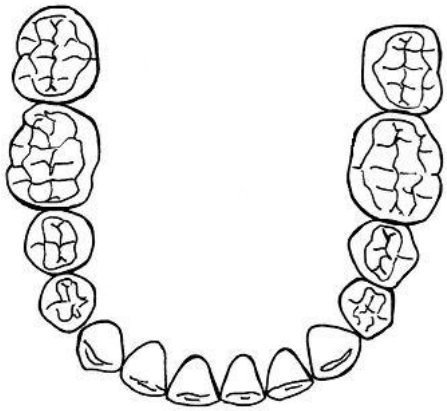


ilustración 1



RELACION DE LOS PILARES
CON DIENTES VECINOS _____
CON DIENTES ANTAGONISTAS _____
CON EL PLANO OCLUSAL _____
CON LA ARCADA _____
CON LA BRECHA _____

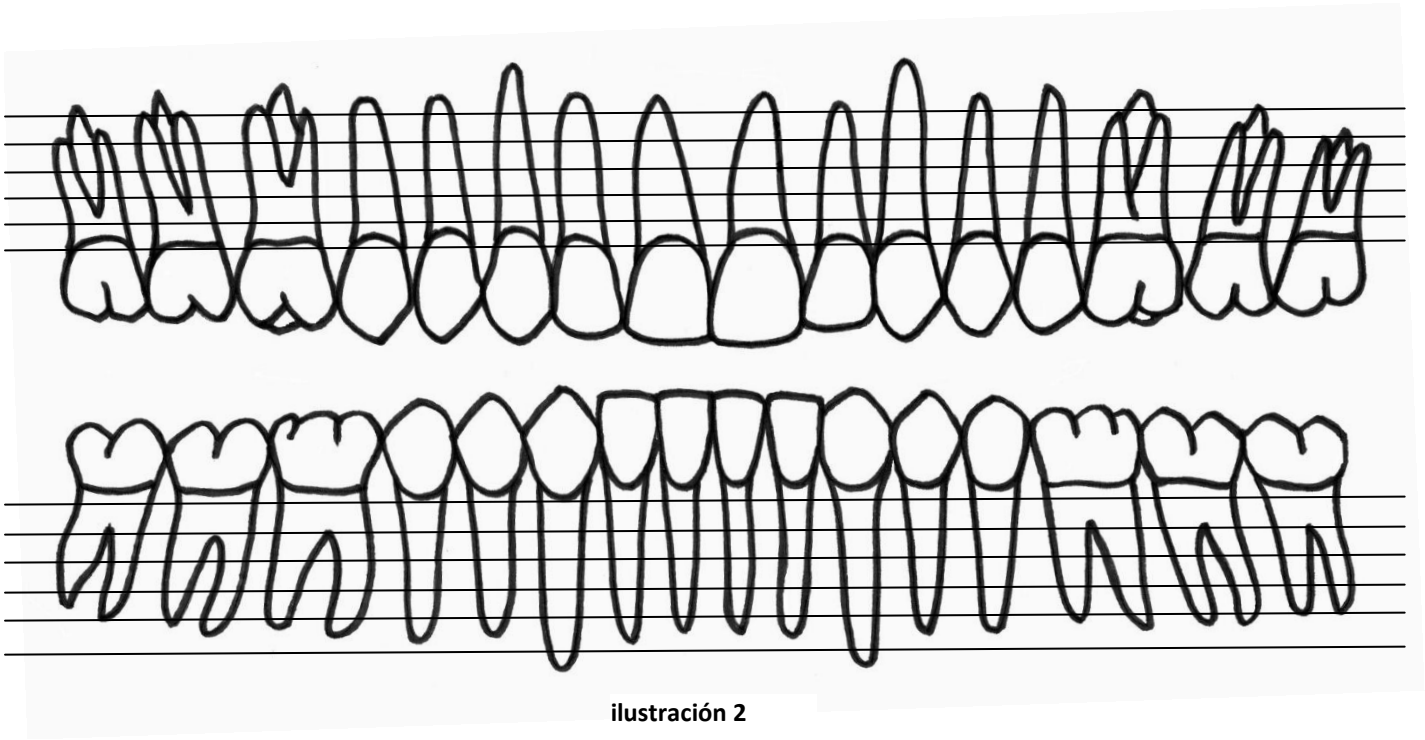
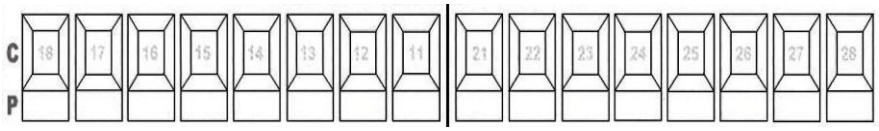


ilustración 2

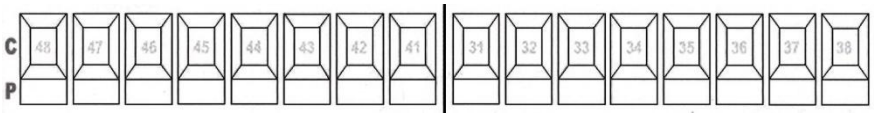
EVALUACIÓN CLÍNICA DE DIENTES PRESENTES

MAXILAR SUPERIOR



SANO																
CARIADO																
RESTAURADO																
AUMENTO COR. CLÍNICA																
FALTA DE VITALIDAD																
CAMBIO DE COLOR																
EROSIÓN																
ABRASIÓN																
ATRICCIÓN																
FRACTURAS																
MOVILIDAD																
BOLSA PATOLÓGICA																

MAXILAR INFERIOR



SANO																
CARIADO																
RESTAURADO																
AUMENTO COR. CLÍNICA																
FALTA DE VITALIDAD																
CAMBIO DE COLOR																
EROSIÓN																
ABRASIÓN																
ATRICCIÓN																
FRACTURAS																
MOVILIDAD																
BOLSA PATOLÓGICA																

EVALUACIÓN DEL TERRENO ÓSTEO-MUCOSO

BRECHAS DESDENTADAS	MAXILAR SUPERIOR	MAXILAR INFERIOR
UBICACIÓN Y FORMA		
LONGITUD		
CONFORMACIÓN		
GRADO DE REABSORCIÓN		
FLANCOS		
EXOSTOSIS		
MUCOSA -ASPECTO		
-ALTERACIONES		
BRIDAS Y FRENILLOS		

BOVEDA PALATINA

PROFUNDIDAD_____FORMA_____ARRUGAS PALATINAS_____

REFLEJOS_____RAFE MEDIO_____TORUS_____

DEPRESIBILIDAD: MEDIA_____ LATERAL _____

DIQUE POSTERIOR _____mm _____

OCLUSIÓN

OCLUSIÓN MÁXIMA Y POSICIÓN DE PRIMER CONTACTO EN RC: COINCIDEN_____ NO COINCIDEN_____

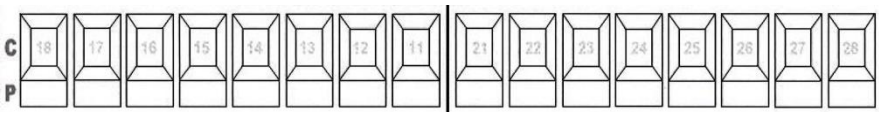
OCLUSIÓN MÁXIMA Y POSICIÓN DE CIERRE MUSCULAR: COINCIDEN_____ NO COINCIDEN_____

PROPULSIÓN:	CONTACTOS EN ÁREA FUNCIONAL		
	CONTACTOS EN ÁREA NO FUNCIONAL		
LATERALIDAD DERECHA:	CONTACTOS EN ÁREA FUNCIONAL		
	CONTACTOS EN ÁREA NO FUNCIONAL		
LATERALIDAD IZQUIERDA:	CONTACTOS EN ÁREA FUNCIONAL		
	CONTACTOS EN ÁREA NO FUNCIONAL		

E. EXAMEN RADIOGRÁFICO

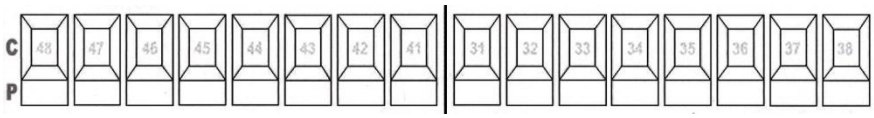
REMANENTE DENTARIO

MAXILAR SUPERIOR



RELACIÓN CORONO-RADICULAR																
RAICES -NÚMERO																
-DIRECCIÓN																
-FORMA																
-TAMAÑO																
-ANOMALÍAS																
ÁPICE																
FALTA DE VITALIDAD																
PARADENCIO -LIGAMENTO																
-LÁMINA DURA																
-PROCESO ALV.																
PATRÓN ÓSEO TRABECULAR																
FRACTURAS																
CARIES																
RESTAURACIÓN																

MAXILAR INFERIOR



RELACIÓN CORONO-RADICULAR																
RAICES -NÚMERO																
-DIRECCIÓN																
-FORMA																
-TAMAÑO																
-ANOMALÍAS																
ÁPICE																
FALTA DE VITALIDAD																
PARADENCIO -LIGAMENTO																
-LÁMINA DURA																
-PROCESO ALV.																
PATRÓN ÓSEO TRABECULAR																
FRACTURAS																
CARIES																
RESTAURACIÓN																

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS _____

OTROS EXÁMENES Y OBSERVACIONES _____

F. EXAMEN DE MODELOS

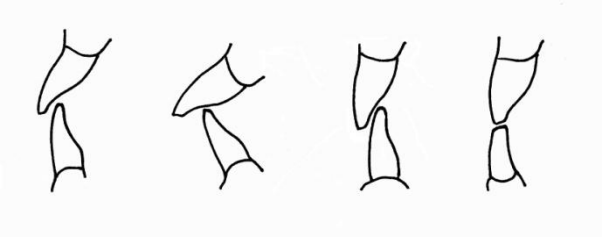
MODELOS RELACIONADOS

OCLUSIÓN MÁXIMA

LLAVES DE OCLUSIÓN _____

CRUZAMIENTO ANTERIOR _____mm RESALTE ANTERIOR _____mm

Ilustración 3



RELACIÓN DE PUNTOS INTERINCISIVOS

DIENTES EN CONTACTO

OCLUSIÓN MÁXIMA Y POSICIÓN DE PRIMER CONTACTO EN RELACIÓN CÉNTRICA

COINCIDEN _____ NO COINCIDEN _____ DIENTES EN CONTACTO EN RC_____

TRAYECTO DE POSICIÓN DE PRIMER CONTACTO EN RELACIÓN CÉNTRICA A OCLUSIÓN MÁXIMA

NO COINCIDEN ____

DESPLAZAMIENTO SAGITAL _____mm

DESPLAZAMIENTO VERTICAL ____mm

DESPLAZAMIENTO LATERAL _____mm

TRAYECTOS EXCURSIVOS

PROPULSIÓN

CONTACTOS EN ÁREA FUNCIONAL

CONTACTOS EN ÁREA NO FUNCIONAL

LATERALIDAD DERECHA

CONTACTOS EN ÁREA FUNCIONAL

CONTACTOS EN ÁREA NO FUNCIONAL

LATERALIDAD IZQUIERDA

CONTACTOS EN ÁREA FUNCIONAL

CONTACTOS EN ÁREA NO FUNCIONAL

FUNCIÓN OCLUSAL _____

MODELOS AISLADOS

DIRECCIÓN DEL EJE INTRO-EXPULSIVO

MAXILAR SUPERIOR _____

MAXILAR INFERIOR _____

DIENTES PILARES

MAXILAR SUPERIOR	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PLANOS GUÍA NATURALES																
RETENCIÓN - UBICACIÓN																
- MAGNITUD																
ECUADOR PROTETICO TIPO																

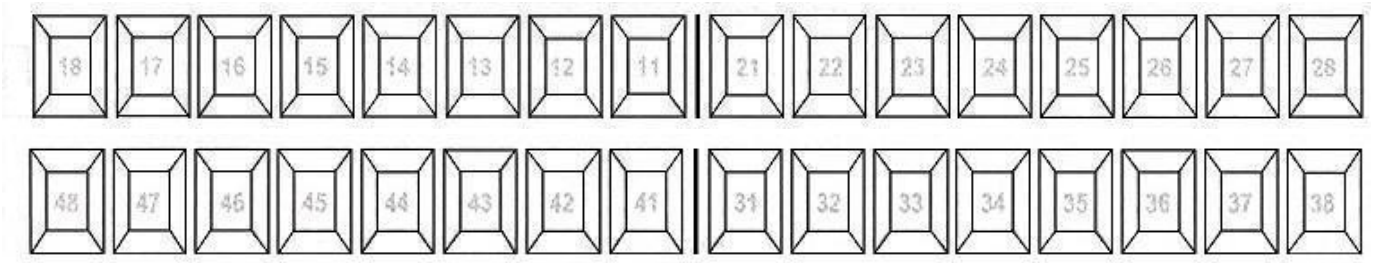
MAXILAR INFERIOR	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PLANOS GUÍA NATURALES																
RETENCIÓN - UBICACIÓN																
- MAGNITUD																
ECUADOR PROTETICO TIPO																

MODIFICACIÓN A REALIZAR EN LOS PILARES

SUPERFICIES GUÍA (azul)

MODIFICACIONES DE CONTORNO:

PLANOS GUÍA (azul)
RETENCIONES (rojo)
LECHOS PARA APOYO (verde)



G. FICHA DISFUNCIONAL

	SÍ	NO
1- APERTURA MÁXIMA MENOR DE 40mm		
2- DESVIACIÓN DE LA LÍNEA MEDIA EN APERTURA O CIERRE		
3- ESPACIO LIBRE INTEROCLUSAL MAYOR A 4mm		
4- DOLOR A LA PALPACIÓN DE MÚSCULOS MASTICADORES		
5- RUIDOS EN LAS A.T.M.		
6- DOLOR A LA PALPACIÓN DE LAS ATM		
7- TRAYECTO DE PCR a OM MAYOR A 1mm		
8- TRAYECTO DE PCR a OM ASIMÉTRICO		
9- INTERFERENCIAS EN PROPULSIÓN Y/O LATERALIDAD		
10- SIGNOS DE TRAUMA PERIORDONTAL		

H. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

GENERAL _____

REGIONAL _____

LOCAL _____

I. PLAN DE TRATAMIENTO

PREPARACIÓN BIOSTÁTICA

TERAPIA BÁSICA _____

TERAPIA QUIRÚRGICA _____

TERAPIA PERIODONTAL _____

TERAPIA ENDODÓNTICA _____

TERAPIA RESTAURADORA _____

RESTAURACIÓN PROTÉTICA SUPERIOR

EXTENSIÓN DE BASES: EXT. LIBRE _____

INTERCALAR _____

DIENTES _____ SUP. OCLUSAL _____

RETENEDORES: PILAR Nº: ____/_____ PILAR Nº: ____/_____

PILAR Nº: ____/_____ PILAR Nº: ____/_____

PILAR Nº: ____/_____ PILAR Nº: ____/_____

CONECTOR MAYOR _____

CONEXIÓN DEL ANCLAJE _____

RESTAURACIÓN PROTÉTICA INFERIOR

EXTENSIÓN DE BASES: EXT. LIBRE _____

INTERCALAR _____

DIENTES _____ SUP. OCLUSAL _____

RETENEDORES: PILAR Nº: ____/_____ PILAR Nº: ____/_____

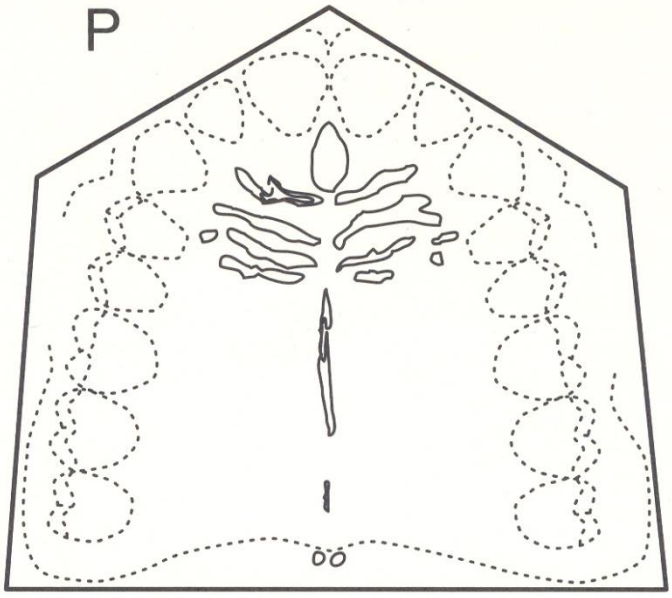
PILAR Nº: ____/_____ PILAR Nº: ____/_____

PILAR Nº: ____/_____ PILAR Nº: ____/_____

CONECTOR MAYOR _____

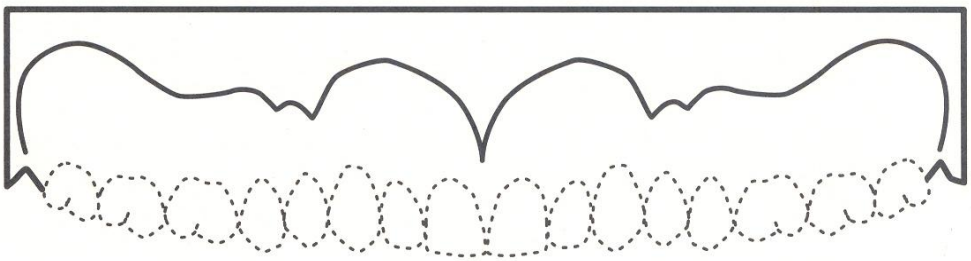
CONEXIÓN DEL ANCLAJE _____

P



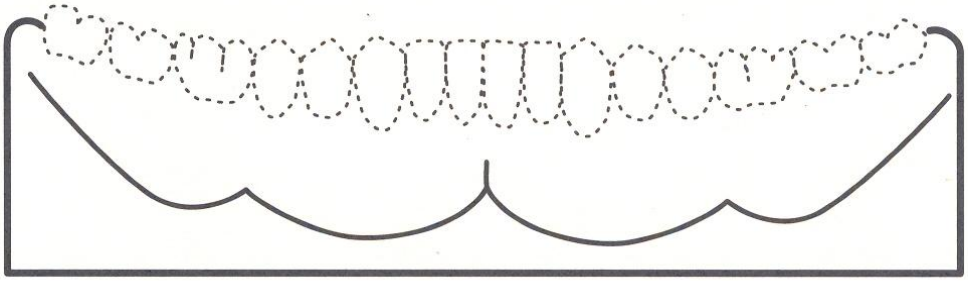
d i

V



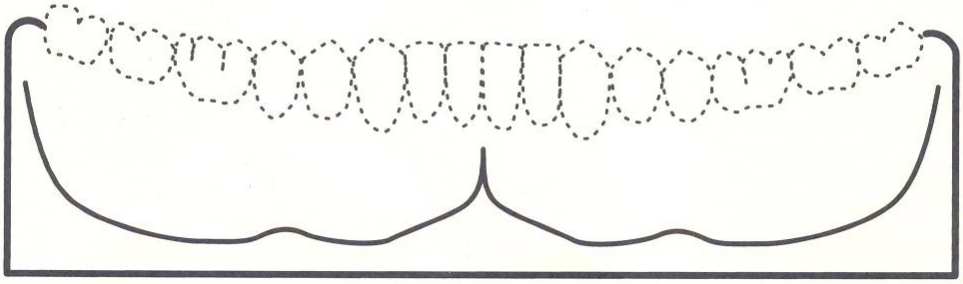
d i

V



d i

L



i d

SECUENCIA DEL PLAN DE ASISTENCIA

SESIÓN DE ASISTENCIA	FECHA	E T A P A C L Í N I C A	CONTROL DOCENTE
1ª SESIÓN			
2ª SESIÓN			
3ª SESIÓN			
4ª SESIÓN			
5ª SESIÓN			
6ª SESIÓN			
7ª SESIÓN			
8ª SESIÓN			
9ª SESIÓN			
10ª SESIÓN			
11ª SESIÓN			
12ª SESIÓN			
13ª SESIÓN			
14ª SESIÓN			
15ª SESIÓN			
16ª SESIÓN			
17ª SESIÓN			
18ª SESIÓN			
19ª SESIÓN			
20ª SESIÓN			
21ª SESIÓN			
22ª SESIÓN			
23ª SESIÓN			
24ª SESIÓN			
25ª SESIÓN			
		INSTALACIÓN	
		ENTREGA Y CALIFICACIÓN	
		TIPO DE ALTA	