TRATAMIENTO DE LA EDENTACIÓN II – CÁTEDRA DE REHABILITACIÓN Y PROSTODONCIA REMOVIBLE II

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE TRATAMIENTO PROTÉTICO -PPR

Resaltar en la historia clínica, los índices biológicos negativos con un círculo rojo

A- DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: completos.

Franja etaria: marcar con un círculo, la edad que corresponda por subgrupo, al momento de realizar la H.C.

Dirección: aportar la mayor cantidad de datos que faciliten la ubicación del domicilio, barrio, manzana, solar, block, localidad.

Teléfonos: particular (P), celular (C), trabajo (T).

Datos para análisis estadísticos se deben completar luego de finalizado el tratamiento.

1.Tipo de edentación: marcar con una cruz la vía de carga y la clasificación topográfica: clase y sub-clase, si corresponde.

2.Número de piezas remanentes: es la cantidad de piezas presentes en cada sector, no especificar cuáles son.

3.Tipo de rehabilitación: marcar con una cruz el tipo de prótesis realizada en cada maxilar.

4.Conexión del anclaje: marcar con una cruz la utilizada en cada maxilar, ej.: rígida, semirrígida, lábil elástica o articulada, disociación total.

5.Conector mayor: nombrar el seleccionado en cada maxilar, ej.: barra, banda, placa.

6.Bases: indicar tipo de extensión, máxima, media, mínima, sin base.

7.Laboratorios: aportar nombre, dirección y teléfono de los laboratorios con los que trabajó en la construcción del esqueleto de cromo-cobalto y en la terminación de acrílico.

B- MOTIVO DE CONSULTA

Definir el motivo de consulta real, les ayudará a elaborar el diagnóstico y el plan de tratamiento. Habituales motivos de consulta son: problemas estéticos, de masticación, reparación y desajuste de prótesis en uso, necesidad de restauración de piezas remanentes y derivación de otras clínicas o servicios.

No siempre los pacientes concurren a la Clínica de Prótesis por motivos protéticos. Cuando finaliza la preparación de la boca, y se solucionan las caries y las urgencias dejan de concurrir a completar su alta integral por no presentar interés en la rehabilitación protética.

Esta situación lleva a interrupciones no deseadas del tratamiento y a cambio de pacientes en reiteradas ocasiones.

C- SALUD GENERAL

Definir si el paciente es sano o enfermo. Anotar si tiene alguna enfermedad que pueda interferir, retrasar o comprometer, los tratamientos planificados para realizar en la Clínica Integrada III. Por ej.: cardiopatías, diabetes mellitus, trastornos de coagulación, avitaminosis, cáncer.

D- EXAMEN CLÍNICO

Llenar sólo con la característica principal del paciente en cada espacio.

Apreciación general psico-física

Nivel de comprensión: establecer la capacidad del paciente para entender el tratamiento a realizar, según la complejidad del mismo. Buena, regular, mala.

Coordinación neuromuscular: durante las primeras sesiones relevar las dificultades motrices que pueda presentar, tanto para mantener la higiene como para el correcto manejo de la prótesis.

Calificar la coordinación de movimientos mandibulares propulsivos y laterales y elevación de lengua, como buena, regular o mala.

Aspecto físico referido a su prolijidad, peso corporal, relación edad cronológica y apariencia, presencia de piercings, tatuajes.

Clasificación de House: ubicar al paciente en una de las cuatro características.

Datos regionales de interés protético

Piel: blanca, trigueña, morena; cabellos: oscuros, rubios, canosos; ojos: claros, oscuros.

Contorno facial: triangular, rectangular, ovoideo.

Colapso facial: arrugas, surcos marcados, depresiones.

Perfil: recto, cóncavo, convexo. Orto, pro o retrognata.

Simetrías facial y labial: deben establecerse en el plano frontal en sentido vertical (línea media de la cara) y horizontal (línea bipupilar).

A.T.M. y Músculos masticadores

Marcar con una cruz en el casillero correspondiente solamente los signos positivos.

Examen dinámico

Apertura bucal: establecer en mm, siempre que existan remanentes anteriores en ambos maxilares.

Espacio libre inter oclusal: establecer en mm, con remanentes anteriores en ambos maxilares.

Trayectoria mandibular: desvío a la derecha o izquierda en cada movimiento o no desvía.

Examen de tejidos paraprotéticos

Amplitud orificio bucal: pequeño, mediano, grande / extensible o poco extensible.

Lengua: grande, mediana, pequeña/ retruída, contenida, expandida con respecto a su relación con los rebordes/ normal, hipo, hipertónica.

Inserción del frenillo: única, múltiple, en abanico.

Altura del flanco: medir la distancia entre el margen gingival y la inserción del frenillo en función.

Profundidad de bolsa distolingual: profunda, mediana, poco profunda. Estudiar su desplazamiento y profundidad en reposo y función.

Ligamento ptérigo-mandibular: indicar inserción baja, mediana, alta con respecto a la papila piriforme, y grado de tensión con la boca abierta, muy tenso, tenso, fláccido.

Datos locales de interés protético

Arcos dentarios

Forma visto desde oclusal: cuadrangular, triangular, ovoideo.

Tamaño visto desde oclusal: grande, mediano, pequeño.

Mal posiciones y migraciones: indicar las piezas dentarias con alteraciones de posición. En las Ilustraciones 1 y 2, marcar con una flecha que indique la dirección del desplazamiento, las piezas que migraron a vestibular o lingual, mesial o distal, encima o debajo del plano oclusal. Con una flecha circular la dirección de las piezas que han rotado.

Curvas de oclusión: establecer si permanecen, están interrumpidas o alteradas.

Línea inter incisiva: si coinciden o no. Marcar con una flecha en la ilustración 1 la dirección del desplazamiento del maxilar inferior hacia la derecha o izquierda.

Dientes ausentes: nombrar los dientes ausentes y borrar en las ilustraciones 1 y 2, las piezas dentarias que faltan.

Relación de los pilares

Con el vecino: si mantiene o no el punto de contacto, trazar una línea, en las ilustraciones 1 y 2, entre las piezas que perdieron el punto de contacto proximal por diastemas o por ausencia del diente vecino.

Con dientes antagonistas: si se mantienen las llaves de oclusión correspondientes. Unir en la ilustración 2, con flechas, los contactos existentes.

Con el plano oclusal: si mantiene el plano, supra-oclusal o infra-oclusal. En la ilustración 2, indicar con una flecha sobre el pilar correspondiente la dirección del movimiento.

Con la arcada: si migró hacia vestibular, lingual, mesial o distal.

Con la brecha: Según la clasificación de Elbrecht, A (horizontal), B (descendente distal), C (ascendente distal), D (configuración cóncava). Si se presentan extremos libres o brechas extensas.

Evaluación clínica de dientes presentes

Marcar con una cruz los signos positivos en el casillero correspondiente a cada diente.

Odontograma superior

en (C)=corona, marcar con rojo la o las superficies cariadas y con negro las restauradas

en (P)= periodonto, seguir la nomenclatura usada en la Historia Clínica REDIENTE, de 0 a 7.

Ej.: movilidad corresponde al ítem 6, si el grado es 2 (movilidad media) se escribe 6/2.

Evaluación del terreno ósteo-mucoso

Establecer para cada maxilar, en el casillero correspondiente, analizando todas las brechas existentes.

Ubicación y forma: anterior, lateral, mixta. Si es recta o curva.

Longitud: corta, mediana, extensa y expresada en mm.

Conformación: forma del reborde, ancho, filoso, regular, irregular.

Grado de reabsorción: poco, mediano o muy reabsorbido, considerando la altura del RAR.

Flancos: retentivo, paralelo o expulsivo al plano oclusal; exostosis.

Exostosis: indicar tamaño, forma y ubicación; uni o bilateral.

Mucosa: aspecto sano, delgada o normal; depresible o firme; móvil, o con alteraciones de color, textura, continuidad. Ej.: eritemas, leucoplasias, aftas, úlceras, hiperplasias, anemias, hiperemias, liquen plano; sensibilidad dolorosa a la palpación o al uso de prótesis existentes.

Bridas y frenillos: identificar número, posición, inserción en relación con la futura base protética.

Bóveda palatina

Profundidad: profunda, mediana, plana.

Forma: ojival, cuadrangular, redondeada. Reflejos: náuseas, sensibilidad.

Arrugas palatinas: marcadas o no, sensibles a la palpación.

Reflejos: nulos, escasos, náuseas.

Rafe medio: marcado, poco marcado, nulo.

Torus: presencia, ausencia, extensión, tamaño.

Depresibilidad: estimar el grado de depresibilidad con instrumento romo, ubicación y espesor de los tejidos.

Dique posterior: medir su extensión en mm y dibujar la forma del mismo.

Oclusión

Marcar con una cruz, según corresponda en cada uno de los ítems.

Propulsión y lateralidades: Colocar en cada uno de los tres esquemas, por cuadrante, las piezas que tienen contacto oclusal en cada una de las fases excursivas y unirlas con líneas entre las arcadas, las que tocan entre sí. Puede ser diente a diente o diente a dos dientes.

E- EXAMEN RADIOGRÁFICO

Es un examen complementario, los datos que se obtengan en esta parte de la Historia, corroboran o modifican los obtenidos clínicamente.

Remanente dentario

Anotar en el casillero correspondiente el número de cada diente remanente, y llenar en línea vertical, los datos solicitados.

Relación corono radicular: es la relación existente entre el largo de la corona clínica y el largo de la raíz medido en la Rx periapical, tomando como límite entre ambas dimensiones el proceso alveolar de cada diente. Otra forma de explicarlo es la cantidad de veces que entra el largo del diente que se encuentra fuera del proceso alveolar, respecto a la porción dentro del mismo expresado en un quebrado o fracción ej.: si ambas medidas son idénticas será una relación 1 a 1 o expresada mediante fracción 1/1. Si la raíz es 2 veces más larga que la corona la relación se expresa 1/2 o 1 a 2, en algún caso habrá que hacer una regla de 3 para solucionar la relación C/R.

Raíces:

Número: anotar numéricamente la cantidad de raíces y D (divergentes) o F (fusionadas) en las piezas multirradiculares.

Dirección: D o M (distal o mesial), tomando en cuenta un eje desde oclusal hacia apical.

Forma: C (cilíndrica), T (triangular hacia apical), A (aplanada en sentido mesio-distal).

Tamaño: expresar los milímetros, desde el borde del proceso alveolar al ápice.

Anomalías: si o no, en caso afirmativo, especificar cuál en hallazgos radiográficos.

Ápice: sí o no, en caso de encontrar alguna anomalía, en hallazgos radiográficos, hacer el diagnóstico.

Falta de vitalidad: se anotan si se observan cambios de coloración en la corona que sugieren necrosis o gangrenas pulpares, se confirman siempre mediante Rx, test de vitalidad e interrogatorio acerca de los antecedentes de la pieza, traumatismos, caries profundas y restauraciones.

Paradencio:

Ligamento U (uniforme), A (alterado).

Lámina dura: N (nítida, densa y continua), I (irregular, interrumpida, afinada).

Proceso Alveolar: O (cuando coincide con el límite amelo-cementario o tiene una diferencia de no más de 2mm), H (cuando presenta pérdidas horizontales), V (cuando presenta pérdidas verticales). Establecer los mm de perdida, por ej.: H/3.

Patrón óseo trabecular: S (sano) o D (disminuido).

Fracturas: sí o no, en caso afirmativo: L (longitudinal), H (horizontal), T (transversal).

Caries: si presenta o no procesos cariosos o recidivas, marcar con rojo las superficies involucradas en el odontograma superior.

Restauración: con azul si presenta restauraciones agregando B o M (bien o mal) según sea necesario modificarlas o cambiarlas, marcar las superficies involucradas en el odontograma superior.

Hallazgos radiográficos

Anotar si aparece radiográficamente alguna anomalía, restos radiculares, dientes retenidos, supernumerarios, instrumentos fracturados, quistes residuales.

Necesidad de otros exámenes

Si se necesitan exámenes radiográficos complementarios a las periapicales, anotar cuales y por qué.

Rx panorámicas, oclusales, laterales de cara, tomografías.

F- EXAMEN DE MODELOS

El examen de modelos es un estudio para-clínico, cuyo objetivo es corroborar los datos obtenidos clínicamente, permitiendo una visión más ajustada en algunos detalles. Por lo tanto es importante que los contactos que existen entre las arcadas de los modelos montados sean iguales a los marcados en los esquemas de la parte clínica.

Modelos relacionados

Oclusión máxima

Llaves de oclusión: Indicar las llaves de oclusión que se mantienen según los dientes presentes, agregando D o I para señalar la hemiarcada correspondiente.

Cruzamiento anterior: indicar los milímetros de overbite y overjet, y marcar la situación que se da en el sector anterior en la ilustración 3.

Relación de puntos inter-incisivos: Dibujar la posición de los cuatro incisivos con respecto a la línea media.

Dientes en contacto: Ubicar por cuadrante las piezas remanentes y unir con flechas los contactos que existen en oclusión máxima.

Trayecto de contacto en retrusión a oclusión máxima:

Marcar con una cruz, si coinciden o no. En caso de no coincidir, establecer los milímetros de desplazamiento en los tres planos, medidos a nivel dentario.

Trayectos excursivos: en cada uno de los diagramas ubicar en cada fase excursiva las piezas que contactan por cuadrante, uniendo con flechas las que tocan entre sí.

Función oclusal: anotar si presenta protección canina o función de grupo.

Modelos aislados

Dirección del eje intro-expulsivo

Establecer para cada maxilar, luego del relevamiento de modelos con el paralelímetro, la dirección del eje; según los 3 planos: frontal, sagital y horizontal, desde oclusal a gingival.

Dientes pilares

Planos guía naturales: anotar en cada diente pilar S o N, si presenta o no plano guía natural y en cual o cuales de sus caras libres, M-D-L o V, ej.: S/M o S/ML.

Retención: Ubicar en cada diente pilar la cara que presenta área retentiva y la ubicación en la misma, por ej.: V/M.

Magnitud, anotar el nivel de retención, 0.25, 0.50, 0.75 mm o más.

Ecuador protético tipo: Según la clasificación de Ney anotar el tipo de ecuador, correspondiente a cada pilar.

Modificación a realizar en los pilares

En el odontograma correspondiente a cada maxilar y en cada uno de los dientes pilares, pintar con el código de colores que está indicado en la ficha, donde deberán realizarse modificaciones de contorno. **Planos y superficies guías, retenciones, lechos para apoyos.**

G- FICHA DISFUNCIONAL

Anotar los signos positivos o negativos que fueron obtenidos en la historia clínica previamente. Se debe tener en cuenta que tres o más signos positivos indican la posibilidad de una disfunción del S.E. por lo que se deberá hacer un diagnóstico preciso de la misma.

H- DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

General

Resumir las alteraciones desde el punto de vista general, que puedan afectar el tratamiento preprotético o el pronóstico de la prótesis, deben anotarse y tenerse en cuenta para explicar las limitaciones en el tratamiento al paciente.

En caso de ser necesario, realizar y anotar la derivación correspondiente.

Regional

Resumir las alteraciones que presente el paciente y la necesidad de realizar un tratamiento preprotético y su incidencia en el pronóstico de la restauración protética.

Local

Resumir el diagnóstico y pronóstico por maxilar, desglosando desde el punto de vista paradencial, dentario, estableciendo un diagnóstico de riesgo por la instalación de una restauración protética.

I-PLAN DE TRATAMIENTO

Preparación biostática

Terapia básica: Anotar la necesidad y el tipo de tratamientos básicos a realizar y establecer la periodicidad en que deben realizarse.

Terapia quirúrgica: Anotar el tipo de tratamiento, por ej.: avulsiones, regularizaciones de rebordes, tuberoplastias, y las piezas o zonas involucradas.

Terapia periodontal: Establecer el tipo de terapia a realizar y el tiempo estimado para su realización.

Terapia endodóntica: Anotar las piezas que necesitan tratamiento endodóntico, resaltando las que sean pilares de prótesis.

Terapia restauradora: Anotar qué piezas necesitan rehabilitación de operatoria dental, el tipo de restauración, ej.: mínimamente invasivas, plásticas, en block, coronas, pernos, y establecer claramente cuáles son los pilares de la prótesis.

Restauración protética

Extensión de las bases: Anotar el material de la base, metálica o acrílica y la extensión, máxima, media, mínima o sin base.

Dientes: Anotar material, marca, color y medida de la tableta correspondiente. Superficie oclusal, establecer el tipo y material de la misma.

Retenedores: Anotar el pilar y el nombre del retenedor utilizado en el mismo, tanto los principales como los secundarios. Establecer en cada uno si es colado (C), labrado (L) o mixto (M).

Conector mayor: Anotar el nombre del elemento utilizado.

Conexión del anclaje: Anotar para cada silla la conexión a utilizar: rígida (R), semi-rígida (SR), lábil (L).

ESQUEMAS DE LOS MAXILARES

En cada uno de los cuatro esquemas: Marcar con una línea continua negra, los dientes presentes. Dibujar: en verde los retenedores a utilizar en cada pilar, en azul conector mayor y silla del esqueleto, en rojo la extensión de la silla, en amarillo los dientes que se van a reponer para completar el diseño definitivo del aparato protético correspondiente a cada maxilar, que podrá ser una rehabilitación uni o bi maxilar, resuelta mediante Prótesis Completa, Parcial Removible esquelética o a placa según se justifique en el plan de tratamiento.

SECUENCIA DEL PLAN DE ASISTENCIA

Desde el primer día de clase en el que se comienza la asistencia de pacientes se deberá llenar esta planilla. Se registra en cada sesión clínica, la fecha, la tarea realizada o no y el motivo por el cual no se realizó, ej.: ausencia del estudiante o del paciente y la firma del docente responsable.

Podrán registrarse todas las actividades realizadas durante el horario clínico de Prótesis aún de otras disciplinas ya que se trabaja en una Clínica Integrada con presencia de docentes de las Cátedras de Endodoncia, Operatoria, Periodoncia y Prótesis.

Esta planilla es individual para el estudiante y cada uno de sus pacientes de Prótesis y se entregará junto con la Historia Clínica para dar el Alta una vez finalizado el tratamiento o si no se logra finalizar por abandono de alguno de ellos.

Es imprescindible concurrir a clase con la Historia Clínica completa y los modelos de cada paciente.