

**GUÍA CLINICA ASISTENCIAL PARA PACIENTES CON TRATAMIENTO DE  
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE  
CLÍNICA CES SABANETA**

**JOHNNATAN BURITICÁ FRANCO**

**ASESORES**

**Dr. MAURICIO PINEDA  
DOCENTE DE POSTGRADO DE REHABILITACIÓN ORAL**

**Dra. ALEJANDRA MOLINA  
DOCENTE DE POSTGRADO DE REHABILITACIÓN ORAL**

**Dra. MÓNICA REINA ALZATE  
DIRECTORA CLÍNICA CES SABANETA**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
MEDELLÍN  
2010**

## INTRODUCCIÓN

La elaboración y desarrollo de esta guía de manejo clínico para prótesis parcial removible, contribuirá a realizar un diagnóstico completo de la boca que se encuentra parcialmente desdentada apoyándose en todas las ayudas disponibles para planificar correctamente cada detalle del plan de tratamiento del paciente.

Es de suma importancia que tanto estudiantes de pregrado, como estudiantes de postgrado y odontólogos de participación, tengan claro todos los componentes que conforman una prótesis parcial removible al igual que los conceptos básicos de confección y diseño de los diferentes arcos, así como entender la importancia del paralelómetro como una herramienta indispensable en este proceso.

La prótesis parcial removible, es un sistema que tiene como fin reemplazar tanto los dientes ausentes como las estructuras óseas que se van atrofiando a lo largo del tiempo tras la pérdida de los dientes naturales, mediante aparatos bucales portadores de dientes artificiales, buscando con ello, mejorar la función, la estética y la fonación del paciente.

Estos aparatos de prótesis removible se sujetan a algunos dientes naturales mediante dispositivos no rígidos, llamados retenedores, y, a veces, según la clasificación, también descansan sobre el hueso cubierto de mucosa. En esta guía trataremos: La biomecánica, proceso de elaboración, el manejo, cuidado

de las prótesis parciales, aspectos como el uso, higiene y manejo de éstas, factores claves para obtener éxito en la rehabilitación.

La clasificación de los arcos parcialmente desdentados, sus modificaciones, las partes que componen el sistema de prótesis parcial removible, los tipos de conectores, la biomecánica, la bioestabilidad y la biodinámica de los mismos, son los parámetros que se tratarán en esta revisión, con la finalidad de estandarizar conceptos y facilitar su elaboración.

La elaboración de esta guía clínica de prótesis parcial removible tiene motivaciones en su mayoría académicas, ya que se trata de una opción de tratamiento para rehabilitación de pacientes bajo estas condiciones; es decir, parcialmente desdentados, en cuyo caso no se indique otra opción de tratamiento protésico o éste sea el más acertado según las características y aspectos del paciente.

## **OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de la elaboración de esta guía es estandarizar el proceso y cada uno de los elementos que constituyen el tratamiento de prótesis parcial removible para los usuarios que asisten a la IPS CES Sabaneta, facilitando el seguimiento y cumplimiento de los objetivos del mismo. Esto se traducirá en un mejor servicio que estudiantes de pregrado, estudiantes de postgrado, odontólogos de participación y personal auxiliar le presten a los usuarios de la IPS.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sustentar y argumentar cada uno de los pasos del proceso de la guía a través de una revisión bibliográfica actualizada.
- Elaborar un documento final, como herramienta de consulta, para estudiantes de pregrado, posgrado y a los odontólogos de participación, con el fin de aplicarlo en los pacientes que asistan para rehabilitación con prótesis parcial removible.
- Ilustrar el proceso de elaboración de una prótesis parcial removible con imágenes, fotografías, esquemas; etc., que permitan una mejor aplicabilidad de la guía clínica en los diferentes pacientes que asistan a la IPS CES Sabaneta y requieren este tratamiento.
- Dar cumplimiento al estándar numero 5 de la resolución 1043 de 2006, que busca documentar los principales procesos asistenciales y las guías clínicas internas.

## **JUSTIFICACIÓN**

La elaboración de la guía clínica de prótesis parcial removible para la IPS CES Sabaneta se considera de suma importancia tanto para docentes, estudiantes de pregrado, estudiantes de posgrado y odontólogos de participación, por la necesidad de tener un medio que les permita orientarse de manera secuencial en el desarrollo de este tratamiento.

Por tanto se ha buscado que la guía de manejo para estos pacientes, tenga entre otras características, una estandarización de conceptos, de forma que toda persona que tenga acceso a la misma, tenga la facilidad de interpretar y entender su información, y además tenga la oportunidad de corroborar esta información basada en la evidencia científica.

## **POBLACIÓN OBJETO**

La población objeto de esta guía de manejo clínico, son los pacientes parcialmente edéntulos que asistan a la IPS del Ces de Sabaneta buscando que se les realice rehabilitación con prótesis parcial removible.

## **ALCANCE O ÁMBITO ASISTENCIAL**

Estudiantes de pregrado, estudiantes de postgrado, odontólogos de participación y personal auxiliar que se encuentren involucrados en la prestación del servicio.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Es posible realizar para la Clínica CES de Sabaneta una guía documentada donde estén expresadas las fases de diagnóstico y plan de tratamiento para el Proceso de Prótesis Parcial Removible, que permita el mejoramiento del manejo de los pacientes mediante la estandarización de conceptos, la aplicabilidad de los anexos, y el seguimiento de las ayudas diagnósticas necesarias?

# **DERROTERO DE LA GUÍA DE MANEJO CLÍNICO PARA PACIENTES QUE SOLICITEN TRATAMIENTO CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

## **I. Historia Clínica**

- a.** Ingreso e identificación
- b.** Motivo de consulta
- c.** Enfermedad actual
- d.** Revisión de sistemas
- e.** Antecedentes personales
- f.** Examen físico
- g.** Ayudas diagnósticas
- h.** Diagnostico
- i.** Pronóstico
- j.** Plan de tratamiento
- k.** Remisiones

## **2. Toma de modelos y su análisis en el paralelómetro**

- a.** Modelos de estudio en alginato
- b.** Diseño preliminar de la prótesis parcial removible
- c.** Análisis en el paralelómetro
- d.** Diseño definitivo de la prótesis parcial removible.

**3. Procedimientos a realizar en el paciente:**

- a.** Elaboración de cubetas individuales
- b.** Preparaciones dentales en el paciente y toma de impresión definitiva
- c.** Elaboración de orden de laboratorio
- d.** Prueba de estructura y toma de registros (arco facial e inter-oclusal)
- e.** Montaje de dientes y prueba de los mismos
- f.** Terminado de prótesis parcial removible por el laboratorio
- g.** Ajustes de oclusión e instalación de la prótesis

**4. Seguimiento y mantenimiento del paciente.**

La prótesis parcial removible debe ser entendida como una opción de tratamiento para los pacientes parcialmente desdentados y su realización debe respetar, como cualquier procedimiento odontológico, los diferentes períodos de tratamiento como el período higiénico (control de infección, enseñanza de higiene oral, cambio de restauraciones defectuosas, exodoncias mandatorias); evaluativo, correctivo inicial (endodoncias, exodoncias estratégicas); y el período correctivo final, donde se realizaría la rehabilitación sin olvidar el período de mantenimiento como una fase esencial en el tratamiento.

El estudiante debe tener claro todos los componentes que conforman una prótesis parcial removible; igualmente los conceptos básicos de confección y diseño para las diferentes clasificaciones de los arcos parcialmente desdentados; y por último, entender que el paralelómetro es una herramienta fundamental y necesaria para la realización de una adecuada prótesis parcial removible.

## **I. Historia Clínica**

- a. INGRESO E IDENTIFICACIÓN:** en este apartado de la historia clínica, se obtienen del paciente los datos que la institución, en nuestro caso, la IPS CES Sabaneta requiere para su control, archivo y análisis en caso que la institución lo desee.

Estará compuesta por el nombre completo del paciente, con su respectiva identificación, la fecha y el lugar de nacimiento, el sexo y la edad del mismo.

Como otros datos anexos deben ir entonces, la fecha del ingreso, dirección y procedencia del paciente, su ocupación, teléfono donde sea localizable y los datos de una persona o entidad la cual pueda ejercer como su acudiente en caso de necesitarlo.<sup>1</sup>

**b. MOTIVO DE CONSULTA:** El motivo de consulta debe convertirse en una guía segura y certera de cómo debe ir enfocado el tratamiento e intervención del paciente ya que es la forma como el paciente da a entender cuál es su actitud ante la enfermedad que lo aqueja. Por tanto es necesario prestarle suma atención a la expresión del paciente ya que no todos los pacientes tienen el mismo umbral del dolor ni lo aceptan de igual manera.

El paciente de prótesis parcial removible tendrá dentro de sus intereses rehabilitar sus espacios edéntulos, en cuyo caso no esté indicado o no sea posible por factores económicos realizar prótesis parcial fija o implantes.

Por esta razón las palabras que el paciente exprese, deben ser escritas de manera exacta utilizando comillas entre ellas para que sea el paciente quien sea el autor de las mismas.<sup>2</sup>

Recordemos que las causas o los motivos de consulta de los pacientes no necesariamente se refieren al dolor. Entre ellos pueden estar: trastornos funcionales, alteraciones de la salivación, tumoraciones, hemorragias gingivales, halitosis, sensación de movilidad de los dientes, malposiciones dentales y como en este caso, por motivos de rehabilitación oral, incluso asociando este aspecto a la necesidad del paciente para recuperar su estética, su función y fonación.<sup>3</sup>

**c. ENFERMEDAD ACTUAL:** A veces se suelen crear confusiones entre la enfermedad actual y el motivo de consulta. Es cierto que van de la mano, pero el segundo es complemento del primero. En el motivo de consulta como dijimos antes se escucha al paciente quien nos dará información necesaria para interpretar su queja y saber clasificarla dentro de un diagnóstico y un plan de tratamiento. La enfermedad actual por tanto se complementa indagando al paciente para saber cual es la evolución de su queja, la forma de la aparición, su progresión, sus atenuantes, localización, frecuencia, etc. Para esto se debe ser sagaz en realizar los interrogantes que logren que las respuestas del paciente sean de gran utilidad.<sup>4 5</sup> Dentro de este aspecto es importante destacar que al profesional le corresponde complementar la información dada por el paciente parcialmente desdentado, manifestando en este apartado, el tiempo que el paciente lleva parcialmente desdentado, cómo se perdieron las piezas dentarias faltantes, se especifica de forma general los hábitos de higiene oral del paciente, hábitos alimenticios, historia de caries, etc.

**d. REVISIÓN DE SISTEMAS:** Es el apartado en el que el odontólogo realiza todo el análisis y revisión de sistemas, tiene como finalidad extraer datos del estado de salud del paciente. Se recomienda entonces, mantener un orden práctico como por ejemplo: realizarlo de arriba hacia abajo; cabeza, ojos, oídos, nariz, cuello, sistemas cardiorespiratorio, gastrointestinal, genitourinario, locomotor, neuromuscular, la piel y sus anexos, y la parte mental. Es de gran utilidad indagar en el paciente sobre todos sus sistemas, ya que el odontólogo debe asociar anomalías físicas o diagnósticos médicos a posibles diagnósticos odontológicos y enfocarlos correctamente en su plan de tratamiento. Los hallazgos en la revisión de sistemas se deben poner en términos semiológicos, por ejemplo: cefalea, rinorrea, artralgia, cardiopatía, etc.

Es de suma importancia también, estar en capacidad de que sea necesario manejar interconsultas médicas, las cuales puedan permitir al odontólogo, realizar su tratamiento con su consentimiento sin llegar a realizar intervenciones que puedan afectar la parte médica del paciente.<sup>6</sup>

A veces dirigirse al paciente con términos muy semiológicos puede causarle solamente confusión y toma de datos erróneos; es por eso, que debe realizarse de manera didáctica, hablarle al paciente con ejemplos y signos. Por ejemplo: si el paciente sufre de cefalea, preguntarle, con qué frecuencia e intensidad se presenta el dolor, si es necesario estimularlo o es de manera espontánea, hace cuánto tiempo, si toma algún medicamento para dicha patología, etc.<sup>7</sup>

En la revisión por sistemas es de suma importancia indagar por parte del profesional en nuestro caso rehabilitador, si el paciente tiene dolores musculares faciales y dolores de ATM. Estos elementos podrían convertirse incluso en una ayuda para dar un diagnóstico mas acertado, o hallazgos como colapsos de mordida, hipertonicidad muscular asociada al mismo desequilibrio estomatológico por la pérdida de piezas dentarias. A su vez debe ser importante tener en cuenta al momento de elaborar la prótesis parcial removible y la elección del metal para dicha estructura, que algunos pacientes pueden manifestar respuestas alérgicas a las aleaciones de metal o incluso al acrílico. En caso de presentar alguna respuesta alérgica debe ser citado en la historia clínica de color rojo.<sup>8</sup>

**e. ANTECEDENTES PERSONALES:** Este apartado de la historia clínica lo puede enfocar el odontólogo de dos formas: en la primera se encuentran todas aquellas enfermedades padecidas por el paciente, lo que se denomina antecedentes personales patológicos.

Esta parte del interrogatorio debe recoger todos los problemas activos relacionados o no con la patología actual, tal como los tratamientos que el paciente ha recibido. La segunda, son todos aquellos hábitos, estilos y condiciones de vida, etc., lo que se denomina antecedentes personales no patológicos.

En esta parte es de suma importancia obtener información que permita dar la idea sobre factores influyentes directamente en el estado actual del paciente. Saber asociar el tabaco con la enfermedad periodontal, asociar los hábitos alimenticios, hábitos de vida y de higiene oral, con la situación actual del paciente como la pérdida de piezas dentarias. Todo esto nos puede informar incluso sobre el nivel sociocultural del paciente y nos puede orientar en lo que se refiere al porqué de su situación actual, su fórmula dental y la higiene oral.<sup>9</sup>

Se pueden clasificar los antecedentes entonces en:

- Patológicos: enfermedades diagnosticadas por un profesional.
- Hospitalarios: si el paciente se ha encontrado hospitalizado, motivo, causa, cuándo, etc.
- Quirúrgicos: si le ha realizado alguna intervención quirúrgica, efecto anestésico, etc.
- Tóxico alérgicos: si tiene toxicidad o alergia a alguna sustancia y que tipo de reacción manifiesta. (Aleaciones de metal, acrílico etc.) debe ir con rojo.
- Farmacológico – terapéuticos: Medicamentos que ingiere el paciente ya sea por prescripción o si son auto medicados.

- Hemorrágicos: si en algún procedimiento, o en accidentes, o de manera espontánea ha presentado hemorragias o problemas de coagulación.
- Gineco-obstétricos: edad de la menarca, cantidad de partos, complicaciones, abortos, cesáreas, etc.
- Enfermedades de transmisión sexual: si padece alguna enfermedad, si ha sido tratado o si ha tenido recaídas de la misma.
- Traumáticos: Fracturas, golpes, accidentes de importancia.
- Mentales: diagnósticos de patologías mentales, depresión, y tratamientos que se le haya realizado. Este aspecto es importante por dos motivos: el primero la necesidad de estos pacientes de recuperar su estética lo más rápido posible, factor que se puede lograr con la rehabilitación parcial removible, y segundo el aspecto es el corto tiempo de contacto paciente- odontólogo, lo que hace menos traumático el tratamiento para el paciente por ser un tratamiento rápido.<sup>10</sup>
- Familiares: enfermedades de importancia que pueden existir, y permiten determinar si el factor hereditario influye en el paciente.
- Odontológicos: hace cuánto visita al odontólogo, las intervenciones que se le han practicado, si han ocurrido complicaciones, etc. Determinar cómo se han perdido los dientes faltantes, si por trauma, si fueron extraídos, si fue por caries, por enfermedad periodontal, etc.

- Vacunaciones: esquema de vacunación de la infancia u otras vacunas importantes como Hepatitis B, etc.

**f. EXAMEN FÍSICO:** Antes de comenzar el examen físico, el profesional tiene casi el 50 % del diagnóstico, obtenido en una anamnesis realizada correctamente. Es claro que el examen físico para el odontólogo será mas cuidadoso en la cabeza y en el cuello, que en el resto del cuerpo; por tanto el odontólogo debe estar analizando al paciente desde que entra al consultorio, su postura, su apariencia física, sus simetrías o asimetrías, el estado de ánimo del paciente; en el caso de un paciente que asiste para rehabilitación oral, es común notar en su cara, pérdida de dimensión vertical, asimetrías, dolor en las articulaciones, dolores musculares, etc.<sup>11</sup>

En este punto se deben analizar los signos vitales, cabeza y cuello, cara, ojos, pupilas, nariz y senos paranasales, oído, examen estomatológico, labios, paladar duro y blando, lengua, faringe, y por último los maxilares y el estado dental.<sup>12</sup>

En pacientes que acuden incluso con prótesis removibles totales o en nuestro caso parciales que posean desde hace tiempo, es recomendable, retirarlas y analizar si no hay tipos de lesión por las mismas. En caso de haber lesiones se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Localización: Generalizada o localizada
- Color
- Tamaño
- Superficie: lisa, rugosa, ulcerada, elevada
- Consistencia: Blanda, dura, móvil

- Base; Móvil, fija, sésil, pedunculada.
- Exudado y dolor
- Pérdida de función: deglución, fonación, movimientos musculares.
- Evolución.<sup>13</sup>

**G. AYUDAS DIAGNÓSTICAS:** Dentro de la gran variedad de ayudas diagnósticas existentes, para la prótesis parcial removible se utilizan algunas que ayudarán a confirmar un diagnóstico presuntivo que se ha conseguido en la anamnesis y en el examen clínico. Dentro de dichas ayudas, están las radiografías intra o extraorales. Entre ellas estarán la radiografía periapical como la técnica intraoral mas usada, la cual servirá para determinar diagnósticos pulpares, apicales, caries, ensanchamientos de ligamento periodontal, proporciones corono – raíz, etc. Entre otras ayudas diagnósticas radiográficas intraorales están la radiografía bite wing indicada específicamente para diagnóstico de caries interproximal.

Entre las técnicas extraorales mas utilizadas en prótesis parcial removible está la radiografía panorámica. Esta técnica ayudará a evaluar estructuras anatómicas de los maxilares, tercio medio del cráneo, y a su vez será de gran utilidad en la rehabilitación parcial porque permitirá ver los niveles del hueso alveolar en los diferentes cuadrantes de los maxilares.<sup>14</sup>

Otras ayudas diagnósticas utilizadas en la elaboración de la prótesis parcial removible son los modelos diagnósticos y su análisis en el articulador, al igual que el seguimiento fotográfico tanto extraoral como intraoral del paciente.

## FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



## FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



FOTO ARCO SUPERIOR



FOTO ARCO INFERIOR



Foto relación Molar y  
Canina derecha



Foto relación Molar y  
Canina izquierda



Foto en Oclusión (de frente)

**H. DIAGNÓSTICO:** Este es el objetivo de todo lo que hemos desarrollado hasta el momento, es la respuesta final que damos al preguntarnos ¿qué es esto?, ¿qué tiene el paciente?, luego de asociar toda la información obtenida en la anamnesis, en el examen clínico y en las ayudas diagnósticas.

Como bien sabemos el diagnóstico consiste en nombrar la alteración o patología, la cual ya debe estar clasificada, y establecerla con denominación completa, que correspondan a la terminología médica y odontológica existente.

En el caso de los pacientes para prótesis parcial removible se les debe dar un diagnóstico:

- Estomatológico
- Articular
- Periodontal
- Oclusal
- Dental
- Pulpar

Ya sabemos que en el diagnóstico estomatológico se citarán todas las patologías, alteraciones y anomalías que se encuentren en las mucosas, tanto de revestimiento, masticatoria o en la misma lengua (mucosa especializada).

En el diagnóstico articular irán las alteraciones correspondientes al sistema articular temporomandibular, ya sea de origen discal, de la eminencia, de los ligamentos o de los músculos que se encargan de la función de la misma, entre estos diagnósticos están: la artralgia, mialgias, luxaciones, subluxaciones etc.

En el diagnóstico periodontal, se citará todo lo correspondiente a las encías, y al complejo de inserción de los dientes, ligamento periodontal, hueso, etc. Se debe enfatizar mucho en este diagnóstico, ojalá hacerlo individual, ya que se debe considerar diente por diente, para realizar el diseño de la prótesis parcial removible, y saber lo indicado de cada diente para soportar fuerzas en el mismo diseño.

En el diagnóstico oclusal, se deben poner las anomalías en tamaño, posición, rotaciones, migraciones, etc., de los dientes. Es común encontrar este tipo de alteración en arcos parcialmente desdentados por la pérdida del equilibrio en el mismo sistema estomatológico. Importante clasificar acá el tipo de arco según Kennedy con sus modificaciones, tema que trataremos más adelante.

En el diagnóstico dental, se ponen solamente lo correspondiente a caries, fracturas o fisuras y atriciones o desgastes, de los dientes remanentes. También de suma importancia analizar minuciosamente diente por diente, ya que así se podrá determinar cuales dientes están indicados para soportar fuerzas adicionales en el diseño de la prótesis parcial removible.

Y en el diagnóstico pulpar, se debe dar el estado de la pulpa de cada diente que no sea compatible con normalidad, utilizando pruebas al frío, al calor, vitalómetro, etc., y a su vez dar el diagnóstico apical, con la ayuda de pruebas como la percusión, y las mismas imágenes radiográficas.<sup>15</sup>

**I. PRONÓSTICO:** hablar de pronóstico de un paciente en ocasiones se puede tornar confuso, ya que no se analizan adecuadamente

los factores que definen el éxito o el fracaso de un tratamiento. Es por esto, que describir los factores extrínsecos o intrínsecos que están relacionados con un paciente se debe hacer de manera general en el cual se describa desde el punto de vista sistémico hasta el tratamiento odontológico que se esté realizando.

Dentro de estos parámetros que se analizan en un pronóstico general se encuentran: los hábitos de vida del paciente, alimentación, costumbres, hábitos de cigarrillo, medicamentos que ingiera el paciente, estado de salud en general del mismo, etc. Pensando en si todos estos factores me favorecen, me desfavorecen el éxito del tratamiento que le estoy realizando al paciente.

El pronóstico individual consta de un análisis minucioso de cada estructura de la cavidad oral del paciente, es por esto que se determina un diagnóstico para cada diente, basado en su diagnóstico pulpar, apical, periodontal, proporción corono radicular, integridad dental y estado oclusal del mismo.

Tanto el pronóstico general como el individual, se determinará entonces como bueno, reservado o malo. Cualquiera que sea la determinación se debe justificar en la historia clínica, especificando porqué clasificó en ese ítem.

Bueno se determinará por tanto cuando los factores favorezcan el éxito del tratamiento que se está realizando y la funcionalidad y permanencia del diente en boca.

Reservado se determinará cuando los factores que influyen sobre el paciente o un diente en específico pueden afectarlo, y se está

realizando un tratamiento para contrarrestarlos y se está esperando la respuesta ante el tratamiento indicado.

Se clasificará como pronóstico malo cuando a pesar de realizar los tratamientos indicados no se va a lograr obtener buenos resultados que mantengan el éxito del tratamiento o la permanencia de un diente en boca.

Para el diagnóstico individual se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Salud Periodontal y soporte alveolar
2. Estructura dental remanente
3. Plano oclusal e inclinación dental

· Siendo por ejemplo una clasificación:

· **A: con un pronóstico bueno**

· **B: bajo riesgo de pérdida y tratamiento predecible**

· **C: pronóstico cuestionable por uno o más problemas**

· **D: diente comprometido con alto riesgo de pérdida.**

· **X: indicado para extracción.** <sup>16</sup>

**J. PLAN DE TRATAMIENTO:** existen categorías como son el tratamiento ideal de un paciente, que será el mejor así el paciente no se lo pueda realizar, sin embargo existe la categoría de planes de tratamiento alternos que son aquellos que el paciente se puede realizar. Pueden a su vez existir varios

factores que alteren el hecho de que un paciente no se pueda realizar un tratamiento ideal; tales como: creencias y cultura, situación socioeconómica, lugar de residencia, posibilidad de atender las citas, disponibilidad y motivación etc.<sup>17</sup>

Para la elaboración de un plan de tratamiento se deben considerar varios aspectos que le ayudarán a determinar al profesional qué decisión tomar en el momento indicado:

- Es preferible conservar y hacer todo lo posible porque permanezcan en boca los dientes naturales antes que reemplazarlos por un diente artificial.
- Es preferible a su vez utilizar prótesis o rehabilitación dental que sea un sistema fijo a uno removible
- Pero a su vez es preferible conservar un sistema parcial removible a una prótesis total.<sup>18</sup>

El orden lógico como bien sabemos al momento de realizar un plan de tratamiento se basa en el siguiente:

- PERÍODO HIGIÉNICO:
  - Dar prioridad a los aspectos que pongan en riesgo la vida o la integridad del paciente, tales como infecciones que sean altamente progresivas y agresivas.
  - Se continúa posteriormente con las urgencias que sean de carácter doloroso y que afecten la estética del paciente.
  - Se deben eliminar posteriormente los factores cariogénicos que puedan progresar en pulpitis o infecciones.
  - Se realiza luego la terapia periodontal y dental, que incluya por tanto exodoncias indicadas, detartrajes, alisados radiculares, y operatoria o pulir restauraciones.

- PERÍODO EVALUATIVO:
  - En este período, se evalúa la respuesta tisular del paciente ante la terapia higiénica tanto dental como periodontal.
  - Se evalúa también la motivación del paciente para realizarse el tratamiento.
  - Condiciones socioeconómicas, evaluación de hábitos del paciente que se controlarán durante el tratamiento.
  
- PERÍODO CORRECTIVO INICIAL:
  - Se debe considerar después la terapia pulpar en su obturación definitiva.
  - Se procede luego en la realización de tallados, provisionalizaciones necesarias. Etc.
  - Posteriormente se continúa con cirugías pre protésicas (alargamientos de corona, cuñas proximales de tejido, regularizaciones de reborde, etc.)
  - Tallados definitivos y tomas de impresiones definitivas.
  - Pruebas de estructuras, en nuestro caso, de conectores mayores, de ganchos, indirectos y directos, platos guías, etc.
  
- PERÍODO CORRECTIVO FINAL:
  - Instalación de prótesis removibles
  
- PERÍODO DE CUIDADO Y MANTENIMIENTO:
  - Período de mantenimiento, revisión de caso terminado cada 3 a 6 meses.<sup>19</sup>

**K. REMISIONES:** es necesario a su vez, en ocasiones que el profesional esté en la capacidad de determinar cuándo se debe realizar interconsulta con otras especialidades, que le permitan

manejar una terapia y tratamiento en el paciente más acertado. Por lo tanto luego de elaborar la historia y llegar a un diagnóstico presuntivo, se remitirá el paciente en caso de ser necesario a: medicina oral, periodoncia, endodoncia, cirugía maxilofacial, etc. Se debe realizar este proceso con una gran responsabilidad y ética por parte del profesional.<sup>20</sup>

## II. Toma de modelos y análisis en el Paralelómetro

### a. Modelos de estudio en alginato:

El proceso de los modelos diagnósticos permiten el análisis del contorno tanto de los tejidos duros como de los blandos de la boca, la determinación de las restauraciones que se utilizarán en los dientes pilares, y a su vez las determinaciones ante los tratamientos en los tejidos blandos como correcciones de exososis, frenillos, tuberosidades o retenciones. Por lo tanto es necesario en estos modelos diagnósticos analizarlos como lo veremos mas adelante y dibujar en ellos un diseño preliminar de la prótesis removible. En estos diseños se determinan los ajustes dentales, como corrección de ecuadores dentales, recontorneo de los dientes, preparación de apoyos, de platos guías etc. Todo este diseño preliminar servirá para presentar al paciente el plan de tratamiento, lo cual será de mayor entendimiento para el paciente viéndolo en los modelos que si se tratara solo de manera verbal. <sup>21</sup>

### **Propiedades físicas y características de trabajo del alginato como material de impresión diagnóstica.**

El alginato es un material de impresión, hidrocoloide irreversible, elegido para las impresiones diagnósticas en prótesis parcial removible.

Aunque el alginato no copia con el mismo grado los detalles de otros materiales de impresión, es ideal para la toma de impresiones diagnósticas.

Existen varios factores que en ocasiones olvida el odontólogo para evitar la distorsión del material de impresión, algunos de ellos son:

- El almacenamiento del material en un lugar cuya temperatura alcance los 54 grados C (129 grados F), durante un mes, causa la despolimerización de sus constituyentes.
- Una vez que se ha abierto el contenedor del alginato puede presentar distorsión de las propiedades y deterioro de las mismas a los 3 días.
- El abrir y cerrar de manera repetida el contenedor del material también deteriora sus propiedades.
- Utilizar la misma taza de caucho o recipiente para mezclar alginato o para realizar el yeso del vaciado, debido a los residuos de los materiales puede deteriorar las propiedades de fraguado del material.
- Las proporciones agua polvo según lo recomienda el fabricante deben ser respetadas, para evitar retardo o anticipación del tiempo de trabajo del material y distorsiones secundarias.
- La temperatura del agua utilizada en la mezcla es importante saber que si es muy fría, se retarda el fraguado y si es en temperaturas medias o agua tibia acelera el fraguado del material.<sup>22</sup>

Es importante saber analizar la calidad de la impresión diagnóstica, y saber los parámetros a tener en cuenta para determinar si la impresión estuvo bien tomada o si se debe rechazar y repetirla; entre esos parámetros están:

- En primer lugar saber cuándo el material ya fraguó completamente, para esto se debe manejar un control del tiempo adecuado, para no ir a retirar la cubeta antes del fraguado o demorarse en retirarla ambas situaciones favorecerían la distorsión del registro.

- Si permanece alginato pegado a los dientes significa que hace falta en la impresión lo que se debe tener en cuenta para determinar si estuvo bien tomado el registro.
- Si permanecen burbujas o agujeros en áreas críticas; es necesario tener un registro fiel para analizar adecuadamente la impresión y realizar el diseño preliminar.
- Si el material de impresión es de una consistencia granular significa que fue retirado antes de tiempo y por tanto no copió bien las estructuras anatómicas.
- No deben haber zonas de desgarre del material ni la cubeta se debe encontrar despejada.
- La impresión debe tener un buen registro de los dientes, sin burbujas ni ausencia de material, debe haber registro de el surco yugal en ambos arcos, lingual en el arco inferior y el paladar en el arco superior, a su vez, debe haber un buen registro de los frenillos en especial cuando se trata de extensiones distales que requerirán en la impresión definitiva la elaboración del remarginado.

### **Desinfectado y vaciado de la impresión**

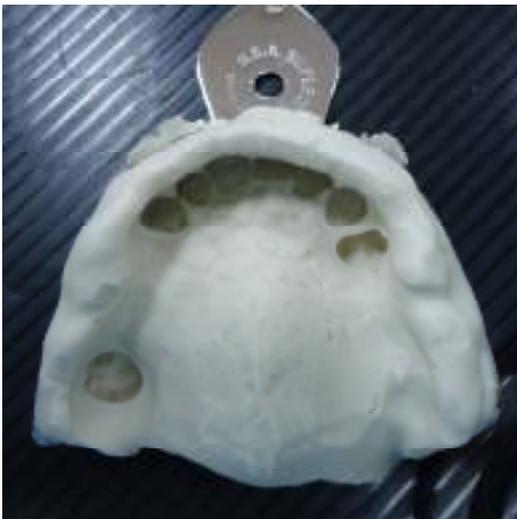
Se debe realizar una adecuada desinfección de las impresiones para evitar contaminaciones y alteraciones dimensionales de los modelos, es por tanto necesario en primer lugar rociar la impresión con un agente desinfectante y posteriormente dejarla reposar en el mismo por 10 minutos antes de realizar el vaciado. Entre estos agentes se encuentran por ejemplo: el hipoclorito de sodio diluido en agua, Detergine, etc.

El vaciado de impresiones se debe realizar inmediatamente para evitar los cambios dimensionales del material obteniendo modelos fieles, libres de burbujas y con una adecuada base. Para este paso es necesario tener en cuenta que si se deshidrata la impresión puede ocasionar contracción de la misma y pérdida de la fidelidad. Una impresión deficiente no puede mejorarse, pero una impresión aceptable si se puede perder en el proceso de vaciado y recorte del modelo. En este caso es necesario realizarse el vaciado en yeso de expansión promedio o mínima como yesos tipo III o IV pero no en yeso París o tipo I no recomendado en este caso.<sup>23</sup>

## IMPRESIÓN ANATÓMICA



Selección de cubetas convencionales



Impresión anatómica arco superior



Impresión anatómica arco inferior

## MODELOS DIAGNÓSTICOS



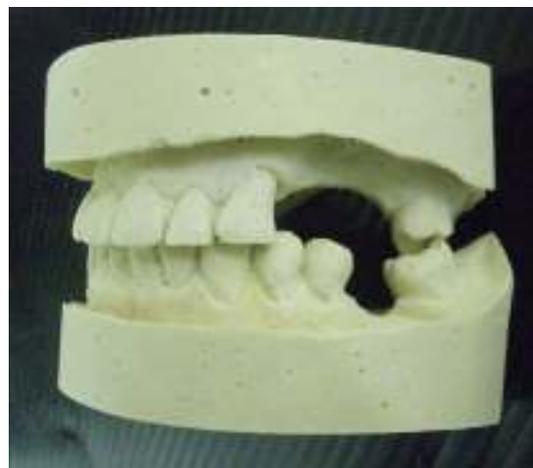
**Modelo Diagnóstico superior**



**Modelo Diagnóstico inferior**



**Modelo Diagnóstico relación  
Molar y canina derecha**



**Modelo Diagnóstico relación  
Molar y canina izquierda**



### **Modelos Diagnósticos en oclusión (de frente)**

En el caso que sea necesario realizar la confección de bases acrílicas con rodetes para la obtención del registro intermaxilar, se deben realizar en los modelos anatómicos. Una base de rodetes en acrílico la cual sirve de soporte, tanto en el paladar como en la encía lingual del arco inferior y las zonas de reborde edéntulas, con cera en las zonas donde están ausentes los dientes, servirá para tomar el registro intermaxilar, con lo cual se podrá determinar la dimensión vertical del paciente anterior y posterior.<sup>24</sup>

## CLASIFICACIÓN DE ARCOS SEGÚN KENNEDY

**Clase I Desdentados posteriores bilateral:** Áreas edéntulas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales remanentes.



**Clase II Desdentados posterior unilateral:** Zona edéntula unilateral, localizada posterior a los dientes naturales remanentes. Es preciso anotar que cuando se trata de un arco clase II, el cual la zona edéntula de un solo lado, atraviesa la línea media dental se denomina **Clase II bilateral**.



**Clase III Desdentados posteriores con piezas posteriores al espacio protésico:** Zona edéntula con dientes remanentes anterior y posterior. (Dentosoportada)



**Clase IV Desdentados en zona anterior:** Zona edéntula única bilateral anterior a los dientes naturales remanentes.<sup>25</sup>



**Clase II bilateral**



**Modificaciones del arco**



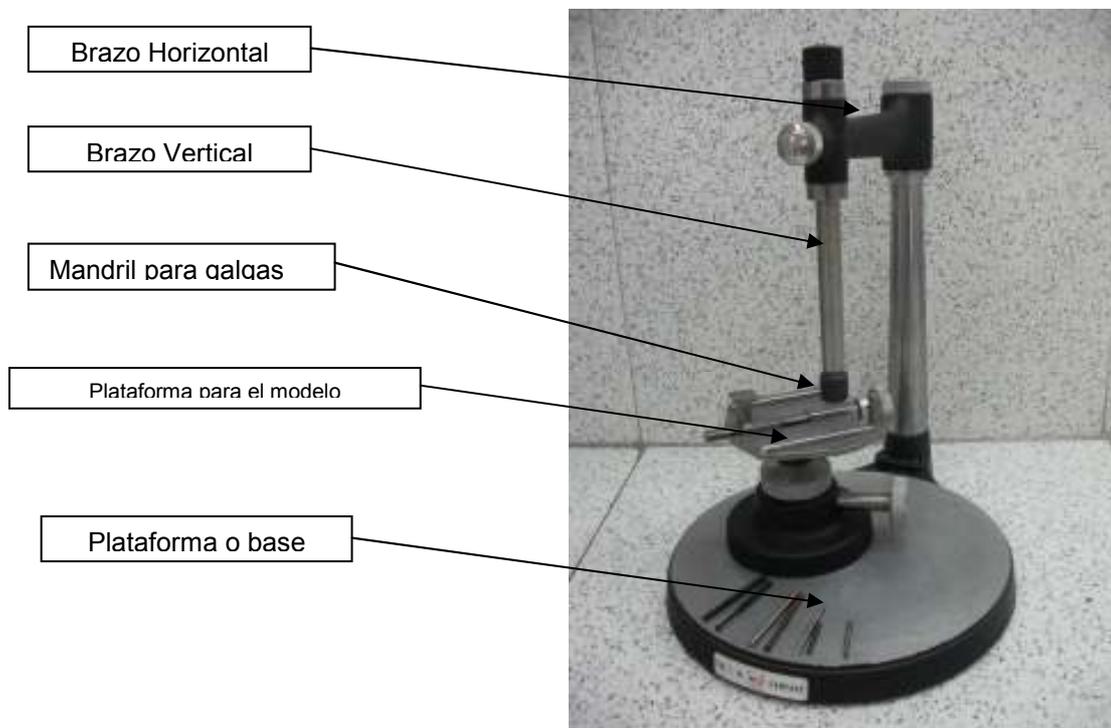
**REGLAS DE APLEGATE:**

- 1) Se debe realizar la clasificación del arco, luego de realizar las extracciones dentales que puedan alterar la clasificación original, y no antes.
- 2) Si en el arco falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.
- 3) Si se encuentra presente el tercer molar y se va a utilizar como un diente pilar, se le considera en la clasificación.
- 4) Si el diente ausente es un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación (por ejemplo, si también falta el segundo molar antagonista, el cual tampoco será reemplazado).
- 5) Como una regla importante, el área o las áreas desdentadas mas posteriores, son las que determinan la clasificación del arco. Se define con números romanos

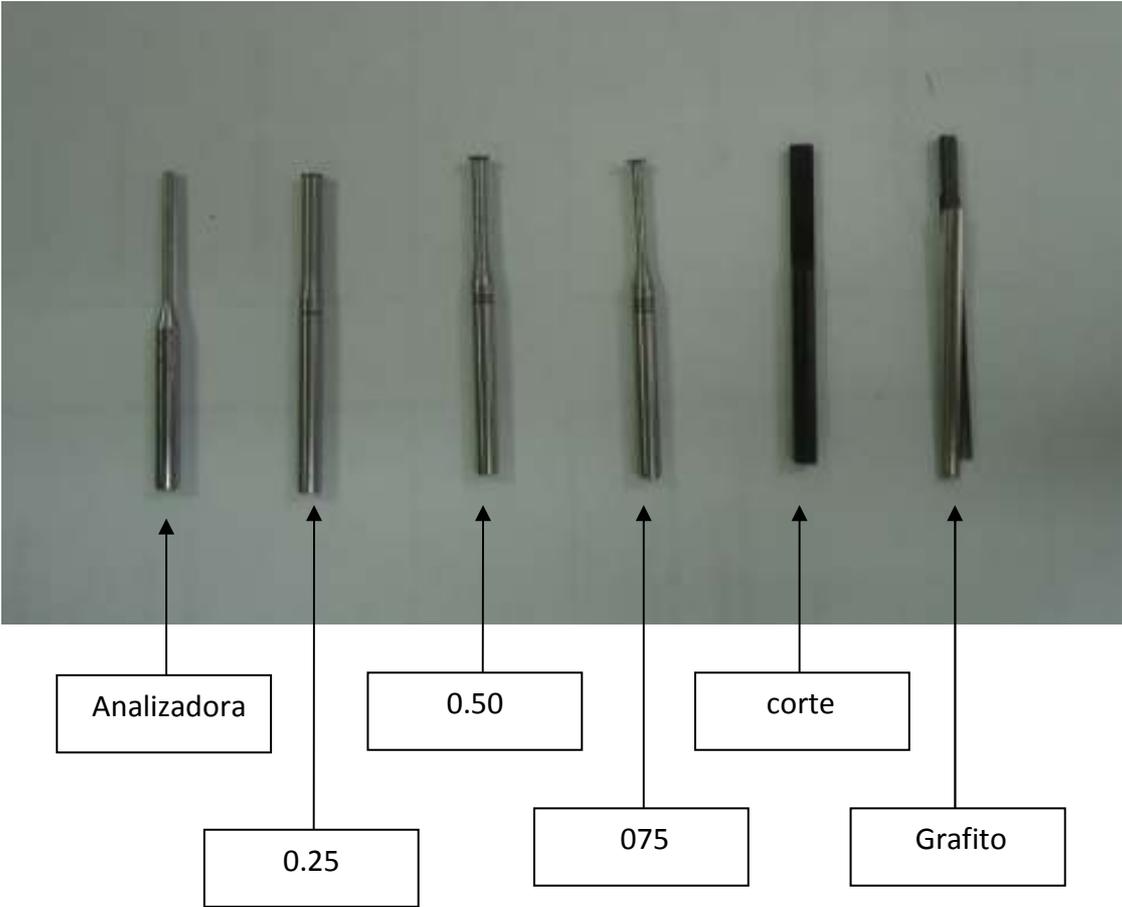
- 6) Se denomina espacios de modificación, a los espacios diferentes a los que me determinan la clase y se define su cantidad con números arábigos .
- 7) No se considera la extensión de la modificación, sino tan solo la cantidad de las zonas desdentadas que son adicionales.
- 8) En los arcos que son clase IV no puede haber ninguna modificación, porque si esto sucediera se trataría entonces de una aplicación de la regla 5, en donde la otra zona desdentada determinaría la clasificación del arco. <sup>26</sup>

#### b. Paralelización de Modelos.

- **Paralelizador y sus partes:** En la IPS Ces de Sabaneta, se utiliza un paralelizador tipo NEY, éste es de la casa comercial Dentsplay, y recibe el nombre comercial NEYTECH; como mostraremos en las siguientes imágenes:<sup>27</sup>



TIPOS DE GALGAS



## **b. Diseño preliminar de la Prótesis Parcial removible**

Antes de realizar el análisis en el paralelómetro se debe tener claro el diseño preliminar deseado para la confección de la prótesis parcial removible, de esta manera sabremos buscar los planos guías, ejes, ángulos de convergencia cervical donde deben ser.

Montar el modelo en el paralelómetro en una posición inicial estable con el diseño preliminar.<sup>28</sup>

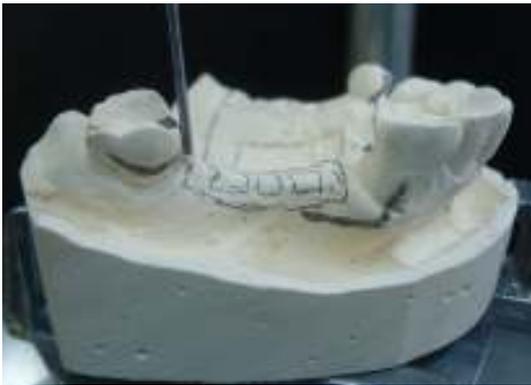


Modelo en el paralelómetro en su punto de partida

## **c. Análisis en el paralelómetro**

Determinar vía de inserción en sentido antero-posterior más adecuada por medio de la galga analizadora, en el caso que la inclinación de los dientes

no nos permitan una adecuada inserción, se debe modificar la posición del modelo moviendo la base donde esta sujetado, para que me permita distribuir los desgastes entre todos los dientes involucrados de manera racional y de esta manera obtener los planos guías. **No tallar el modelo hasta la parte final del análisis en el paralelómetro.**<sup>29</sup>



(Modelo en el paralelómetro vía de inserción)

Evaluar zonas de retención (ecuadores dentales) y ángulos de convergencia cervical de los dientes pilares utilizando las galgas (0.25 mm, 0.50 mm, 0.75 mm), definiendo localización y profundidad de retención. Evaluar la necesidad de modificar la posición del modelo en sentido lateral para lograr distribuir la retención, que en lo posible debe ser igual al lado derecho como al izquierdo.<sup>30</sup>



(Modelo en el paralelómetro retención y galgas)

Determinar qué áreas de interferencias dentarias será necesario eliminar. En este momento es claro definir si es necesario movimientos ortodónticos o coronas para modificaciones severas de las posiciones dentales. En este paso se usa la cuchilla de corte para hacer el tallado de los planos guías, los cuales luego son delimitados con un lápiz rojo

Una vez definido lo anterior, se debe marcar los ecuadores de los dientes pilares tanto vestibulares como linguales o palatinos, utilizando la canaleta protectora con la mina de grafito.<sup>31</sup>

Estando seguro de lo anterior, se procede a marcar con lápiz rojo la ubicación del punto deseado del ángulo de convergencia cervical necesario para la retención del gancho



(Modelo con los ecuadores dentales, o máximo contorno del diente marcado)

Estando seguro de lo anterior, se procede a hacer las correcciones directamente sobre el modelo utilizando el mandril de desgaste, ya sea para modificar las vías de inserción y/o ecuadores del diente.

Marcar con lápiz rojo los límites de las modificaciones realizadas en el modelo en cuanto a los ecuadores, planos, guías y localización de las zonas de retención.<sup>32</sup>



Tripoidización del modelo, que nos permita montar y desmontar del paralelómetro el modelo cuantas veces lo veamos necesario.



(Modelo tripoidizado)

***Formas de tripoidización:***

La primera consiste en realizar 3 o 4 desgaste con la galga indicada para ello, la cual hará varias ranuras paralelas a la base. Este método permitirá tripoidizar el modelo para ubicarlo cuando sea necesario en cuanto a la inclinación en la que se encontraba.

La segunda forma es con un lápiz marcar los contactos de la plataforma portadora del modelo y el modelo, lo que permitirá ubicarlo nuevamente en la misma.

d. **Diseño definitivo de la Prótesis Parcial Removible (Ver anexo No 1)**

1. Una vez definida la vía de inserción y zonas retentivas en el modelo, se procede a ubicar los apoyos oclusales y linguales o palatinos donde estén indicados para cada caso en particular, igualmente las troneras. El estudiante debe dibujarlos en dicho modelo como practica.<sup>33</sup>



Apoyo Oclusal Molar



Apoyo oclusal Premolar

2. Se definen las posibles líneas fulcrum y se ubican los retenedores indirectos. (Ver Imagen del apoyo cingular en el canino)
3. Marcar en el modelo las zonas de soporte primario, secundario y de alivio.
4. Se determina el conector mayor más indicado. El estudiante debe dibujarlo en el modelo como práctica.<sup>34</sup>

5. Ubicar los conectores menores hacia los apoyos, retenedores directos, retenedores indirectos. El estudiante debe dibujarlo en el modelo como práctica.<sup>35</sup>
  
6. Definir el gancho retentivo más indicado, determinando su origen y su finalización, teniendo presente la ubicación de la zona retentiva evaluada. El estudiante debe dibujarlo en el modelo como práctica.<sup>36</sup>



(Modelo con dibujo de ganchos retentivos)

### III. Procedimientos a Realizar en el Paciente

- a. Para ésta cita de preparación dental, se debe haber elaborado una cubeta individual como mínimo 24 horas antes para la toma de impresión definitiva para prótesis parcial removible, cumpliendo con todos los criterios necesarios para dicha confección.<sup>37</sup>

Entre estos aspectos para la elaboración de la cubeta individual se deben considerar los siguientes:

- La preparación de la cubeta debe realizarse un día antes de la toma de la impresión.
- La parte de la cubeta en contacto con dientes remanentes debe ser realizada con el espacio necesario logrado con la cera y el papel aluminio para dar espacio al material.
- En las zonas edéntulas debe ir holgada al reborde residual.
- La cubeta debe llevar un mango para manipularla al momento de insertarla y desalojarla, dicho mando debe llevar la angulación correspondiente a 45 grados.



- b. Preparar las superficies dentales en el paciente trasladando la información desarrollada en el modelo. Se realiza por tanto la preparación en boca de los planos guías, apoyos oclusales, apoyos indirectos, si es necesario corregir en el paciente algunos ecuadores dentales también se lleva a cabo este procedimiento.



Para dicho procedimiento se deben cuidar los parámetros de amplitud, longitud, profundidad y forma según la teoría.<sup>38</sup>

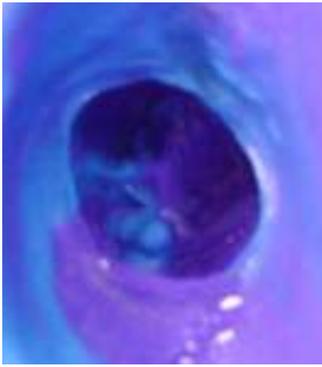


Se procede a la toma de la impresión definitiva con silicona de adición de viscosidad regular o polieter. En dicha impresión es importante especificar, la necesidad de un buen registro tanto de las estructuras macro: como son el paladar, superficies dentarias remanentes, tejidos blandos, surcos yugales, etc.; y a su vez, la necesidad de que la silicona de consistencia liviana registre los detalles como: apoyos oclusales, apoyos indirectos, planos guías, etc.<sup>39</sup>



Impresión Definitiva, tomada con silicona regular y liviana, y movimientos funcionales en extensión distal, con previo remarginado.





Apoyo oclusal Molar



Apoyo cingular canino



Apoyo oclusal premolar

- c. Luego de obtener la impresión definitiva se envía esta misma posterior al protocolo de desinfección, al laboratorio para realizar el vaciado de la misma, elaboración del modelo definitivo y a su vez, el encerado del diseño que se predeterminó en el proceso de paralelización y análisis biomecánico, bioestático y biodinámico.

Dr. \_\_\_\_\_  
 Paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Orden Nº 3346  
 Color \_\_\_\_\_ Guía \_\_\_\_\_  
 Clase de trabajo Favor realizar vaciado y estructura en Cera.  
 OBSERVACIONES:  
 Por favor realizar vaciado y encerar diseño estructura, conectores mayores y menores, apoyos, etc

- Clasificación: Clase II  
 Modificación I
- Conector Mayor: Banda anterior y posterior
- Apoyos: 27(D), 23(P), 14(H)
- Ganchos: 27 circunferencial  
 23 y 14: Gancho en i



LABDENTAL

En la orden del laboratorio deben ir todas las especificaciones como: Nombre del paciente, Nombre del estudiante y del docente, Fecha de envío al laboratorio y fecha de solicitud, Número de historia del paciente, Tipo de trabajo, especificaciones para el diseño como tipo de conector mayor, conectores menores, apoyos oclusales (Diente y superficie), apoyos indirectos (Diente y superficie), tipos de ganchos retentivos (Diente y clase de retenedor). Complementarlo con gráfico del diseño con colores.

- d. Predeterminación en cera, prueba de estructura y toma de registro con arco facial e interoclusal.



Modelo con alivios y paralelización definitiva



Realizar la orden de laboratorio junto con el anexo de prótesis parcial removible de la clínica CES de Sabaneta. Enviarlo al laboratorio para la confección de la estructura metálica. ( Ver Anexo No 1)

Prueba de estructura metálica en el paciente evaluando la retención, estabilidad y soporte. En la orden para el colado del encerado se especificó enviar cubetas individuales en los espacios edéntulos para tomar impresión funcional, dichas cubetas se elaboraron con un previo alivio del modelo y de los espacios retentivos con cera.



La impresión funcional en una extensión distal se realiza para registrar los movimientos musculares que están ubicados en la parte del sistema mucosoportado y evitar la compresión de la base en el tejido, evitando a su vez que al momento de funcionar en boca se desaloje el removible por interferencias musculares afectando la retención.<sup>40</sup>



Primero se realiza el remarginado de la extensión distal y el recorte muscular



Se toma impresión con silicona de adición realizando los movimientos funcionales.

En este caso la consistencia de la silicona de adición fue liviana, debido al poco espacio existente entre el tejido y la cubeta individual. Luego de la toma de la impresión definitiva funcional, se envía a vaciar y elaborar un modelo dividido, en el cual se recorta la parte de la extensión distal y se encajona, y luego se vacía con la impresión funcional actual.



Técnica de modelo dividido, la parte mas blanca es el vaciado de la impresión funcional de la extensión distal

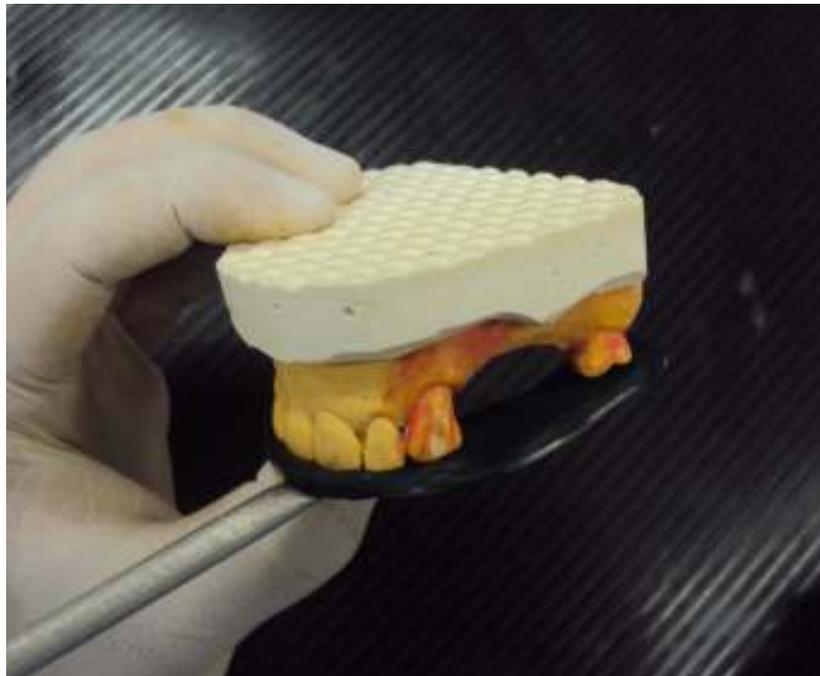


Estructura metálica con las bases y rodets para configuración de los mismos y registro oclusal

En este momento se procede a la configuración de las bases y los rodets, pensando en la dimensión vertical del paciente, si se trata de un sector anterior,

se realizan los registros tanto de la línea media dental con la facial, así como el registro del espacio intercanino, línea de sonrisa, etc. Todo esto con la finalidad de que tanto el montaje en articulador como el montaje de los dientes de prueba sean acordes a la oclusión del paciente.<sup>41</sup>

Se realiza luego la toma de registro con arco facial e interoclusal para realizar el montaje en el articulador y enviar al laboratorio para el montaje de dientes de prueba, con una previa selección del color y de los dientes a reemplazar.



(Foto de registro de la horquilla con cera godiva y estabilidad del modelo en el registro)



Toma de registro con el arco facial

Se realiza el montaje en el articulador con el registro de arco facial para montar el modelo superior, y el registro de oclusión tomado en los rodetes, para montar el modelo inferior.



Montaje en articulador vista lateral con el vástago ubicado correctamente



Montaje en articulador vista oclusal de los modelos con el registro de oclusión

- e. En este momento se elige el color de diente que se utilizará con previa selección de acuerdo al color del paciente, y se envía orden al laboratorio especificando nombre de la guía código del color y los dientes que se quieren reemplazar con la prótesis parcial removible.



Guía utilizada en la IPS CES Sabaneta, Duratone-n, incluida en los precios para rehabilitación con prótesis parcial removible.

Dr \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Orden Nº 3345  
Color 4 A Guía Duratone -n  
Clase de trabajo Montar dientes PPR

OBSERVACIONES:  
Por Favor, montar dientes para prueba  
Color 4 A de la guía Duratone -n y  
enviar sin acilar.

Dientes para reemplazar: 15, 16, 17  
24, 25, 25'

Muchas Gracias!

LABDENTAL

El laboratorio envía los dientes posicionados en cera, para probarlos en boca antes de acrilarlos, permitiendo realizar ajustes necesarios.



Se mide la prótesis parcial removible en boca, se chequea oclusión, movimientos de protrusiva, lateralidad, etc. En este momento se pueden modificar las posiciones de los dientes.



- f. Se envía al laboratorio para el terminado de la prótesis parcial removible. Se pide por tanto al laboratorio, pulir el festoneado de las encías antes del proceso de acrilado, y también se pide arenar los ganchos mas visibles para quitarles el brillo y reflejo de la luz.

Dr \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Orden Nº 3343  
Color \_\_\_\_\_ Guía \_\_\_\_\_  
Clase de trabajo Acrilado

OBSERVACIONES:  
Por favor realizar acrilado de prótesis  
removible, pulir festoneado de encías  
antes de acilar y arenar ganchos en i

Muchas Gracias

LABDENTAL

- g. El laboratorio envía la prótesis parcial removible terminada, posterior al acrilado, arenado de los ganchos, y lista para instalar en boca. Se prueba en el paciente, se chequea oclusión nuevamente, se hacen los ajustes últimos necesarios, y se le dan las indicaciones correspondientes de su cuidado.



Prótesis Parcial removible terminada, en el modelo de trabajo



Prótesis Parcial removible en boca, foto en oclusión de frente



Prótesis Parcial removible instalada en el arco superior

**IV.** Seguimiento y mantenimiento del paciente.

**ANEXOS DE GUÍA DE MANEJO DE PACIENTES PARA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

	<b>HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA</b>	NUMERO DE HISTORIA CLINICA _____ FECHA DE INGRESO DD _____ MM _____ AAAA _____ IDENTIFICACIÓN NUIP ( ) CC ( ) TI ( ) RC ( ) CE ( )
---	--------------------------------------	--

PRIMER APELLIDO _____	SEGUNDO APELLIDO _____	NOMBRES _____	EDAD _____	SEXO M ( ) F ( )
-----------------------	------------------------	---------------	------------	---------------------

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	EPS _____
COTIZANTE ( ) BENEFICIARIO ( )		PRIVADA ( ) EMPRESARIAL ( )

DIRECCIÓN _____	OCUPACIÓN _____	CORREO ELECTRONICO _____	TEL RESIDENCIA _____
			TEL OFICINA _____
			MOVL _____

ACUDIENTE _____	PARENTESCO _____	TELEFONO _____
-----------------	------------------	----------------

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REVISIÓN POR SISTEMAS Y ANTECEDENTES MEDICO - ODONTOLÓGICOS**

¿SUFRE ALGUN MAL ESTADP DIFERENTE AL MOTIVO DE CONSULTA?	SI	NO	¿SUFRE ALTERACIONES HEMATOLOGICAS O LEUCOCITARIAS?	SI	NO	¿PATOLOGIAS HEPATICAS O INFECCIONES INMUNOSUPRESION O SIDA?	SI	NO
¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN ALGUN TRATAMIENTO MEDICO U ODONTOLÓGICO?	SI	NO	¿SUFRE ALTERACIONES DE LA PRESION ARTERIAL O HIPERTENSION?	SI	NO	¿HA TENIDO COMPLICACIONES EN ALGUN PROCEDIMIENTO MEDICO U ODONTOLÓGICO?	SI	NO
¿INGIERE ALGUN MEDICAMENTO O SUSTANCIA NATURAL?	SI	NO	¿SUFRE ALTERACIONES ENDOCRINAS O DIABETES?	SI	NO	¿FUMAR O TIENE ALGUN OTRO HABITO?	SI	NO
¿ES ALERGICO A ALGUNA SUSTANCIA?	SI	NO	¿SUFRE PATOLOGIAS GASTROINTESTINALES O RESPIRATORIAS?	SI	NO	¿HA SUFRIDO TRASTORNOS EMOCIONALES O DEPRESION?	SI	NO
¿HA SUFRIDO ACCIDENTES DE IMPORTANCIA?	SI	NO	¿HA SIDO COMETIDO A ALGUN TIPO DE LESION GENERAL U LOCAL?	SI	NO	¿SI ES MUJER ¿SE ENCUENTRA O PRESENTA EN EMBARAZO?	SI	NO

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámen estomatológico (Marque "N" si la estructura es normal o marque "A" si la estructura es anormal, luego registre su descripción:

Palpación de cuello	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Labios cara externa	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Encías vestibulares	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Orofaringe	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Glándulas submaxilares	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Músculos masticatorios	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Labios cara interna	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Frenillos vestibulares	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Lengua	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Glándulas sublinguales	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Articulación	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Carrillos	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Secreción de parótidas	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Piso de boca	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		
Senos paranasales	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Surcos yugales	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Paladar	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Encía lingual	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		

**Descripción** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**CONVENIONES**

- Cariado
- Amalgama
- Resina
- Corona
- Póntico
- Sellante
- Provisional
- Abrasión o Erosión
- Diente ausente
- Diente por Extraer
- Diente sin Erupcionar

Las caries, erosiones o abrasiones y las restauraciones defectuosas se deben marcar en rojo, las buenas en negro

Si es un diente decíduo el registrado marque el número correspondiente en el odontograma.

Usuario de prótesis **Superior** Removible  Total  Metal  Acrílica

**Inferior** Removible  Total  Metal  Acrílica

**RADIOGRAFÍAS** Periapical  Oclusal  Bite Wing  Panorámica  Otras

**Hallazgos radiográficos de importancia y otras ayudas diagnósticas.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnósticos**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PLAN DE TRATAMIENTO** Educación  Operatoria  Endodoncia  Cirugía  Prótesis  Medicación  Otros

**Descripción**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción de mi (su) estado de salud oral y que deseo se me (le) realice \_\_\_\_\_

Entiendo que el tratamiento que está a punto de realizarse, es llevado a cabo siguiendo todas las normas de asepsia necesarias para evitar la contaminación cruzada. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucradas los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo, los microorganismos que habitan nuestro cuerpo y la interrelación que entre ellos existe. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever, y que de el pueden surgir complicaciones tales como infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se puede minimizar conociendo el estado de salud actual y los antecedentes médicos de cada paciente. Por lo tanto doy fe de que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son mi responsabilidad. Así mismo autorizo a este centro de manera expresa para que su personal auxiliar y de auditoría acceda a la información aquí consignada para la realización de tramites internos y externos que sean necesarios debiendo guardar la reserva necesaria. Autorizo la ejecución por el profesional y asumo el riesgo y el costo por el plan de tratamiento acordado, el cual se me ha explicado hasta mi total conformidad.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, profesionales y demás personal del CES SABANETA

FIRMAPACIENTE _____	NOMBRE EJECUTOR _____
IDENTIFICACION _____	NOMBRE RESPONSABLE _____
FIRMA DEL ACUDIENTE _____	FIRMA Y REGISTRO _____
IDENTIFICACION _____	FECHA Y HORA _____



<b>Historia Clínica No.:</b> _____
<b>Apellidos Completos:</b> _____
<b>Nombres Completos:</b> _____

### ORDEN PARA CONFECCIÓN DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

**Nombre Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Semestre:** \_\_\_\_\_

**Nombre Docente:** \_\_\_\_\_

**Clínica:** \_\_\_\_\_

**Identificación Paciente:** \_\_\_\_\_

**Favor confeccionar la base de la estructura:**

- **Metálica:** ( ) **Tipo de aleación:** \_\_\_\_\_
- **Acrílica:** ( )
- **Combinada:** ( )
- **Extensión:** ( )

**Tipo de diente Seleccionado:**

- **Marca:** \_\_\_\_\_
- **Color:** \_\_\_\_\_
- **Guía:** \_\_\_\_\_

**Nombre del laboratorio:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Envío:** Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**Fecha de entrega:** Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**Vo. Bo. Docente:** \_\_\_\_\_

FAVOR CONFECCIONAR ESTRUCTURA METÁLICA, ASI:

1. CONECTOR MAYOR:

TIPO - SUPERIOR: \_\_\_\_\_  
- INFERIOR: \_\_\_\_\_

2. RETENEDOR DIRECTO: (ESPECIFICAR EN QUÉ DIENTE Y EL TIPO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. RETENEDOR INDIRECTO: (ESPECIFICAR EN QUÉ DIENTE Y EL TIPO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. APOYOS OCLUSALES: (ESPECIFICAR EN QUÉ DIENTE Y EL TIPO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. APOYOS LINGUALES: (ESPECIFICAR EN QUÉ DIENTE Y EL TIPO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

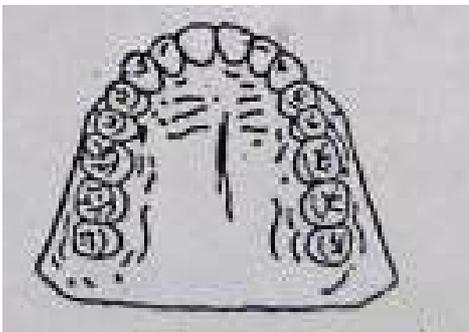
3. PLATOS GUÍAS: (ESPECIFICAR EN QUÉ DIENTE)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGRAMAS DE ARCOS DENTARIOS

- CÓDIGOS: - AZUL (ESTRUCTURA METÁLICA)  
- ROJO (ACRÍLICO Y TERMINACIÓN)  
- ROJO (GANCHO RETENTIVO)

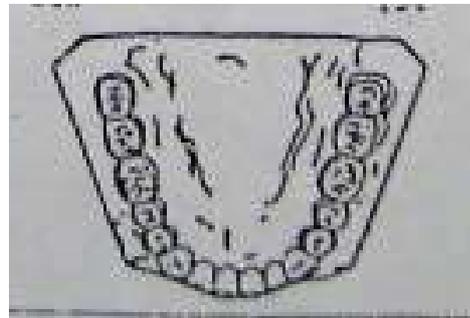
**SUPERIOR**



OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFERIOR**



OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LABORATORIOS AUTORIZADOS PARA ELABORACIÓN DE PRÓTESIS  
PARCIAL REMOVIBLE.**

Maxidental

MV Laboratorio

Laboratorio Miró

Labdental

Laboratorio Manuel Espinosa

## BIBLIOGRAFIA

- 
- <sup>1</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 5 párrafos 1 – 3.
  - <sup>2</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 5 párrafos 5 – 6
  - <sup>3</sup> Chimenos Kustner E, LA HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA, cap. 4 Historia clínica en odontología: Anamnesis. Pag 71 parrafo 3
  - <sup>4</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 6 párrafos 1 – 3
  - <sup>5</sup> Chimenos Kustner E, LA HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA, cap. 4 Historia clínica en odontología: Anamnesis. Pag 75 parrafo 4
  - <sup>6</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 6 párrafos 4 – 6
  - <sup>7</sup> Chimenos Kustner E, LA HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA, cap. 4 Historia clínica en odontología: Anamnesis. Pag 74 tabla 4-4.
  - <sup>8</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 7
  - <sup>9</sup> Chimenos Kustner E, LA HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA, cap. 4 Historia clínica en odontología: Anamnesis. Pag 73 párrafo 6
  - <sup>10</sup> Kenneth S, Kenneth R, Kuebker W, PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE, segunda edición, ed actualidades medico odontológicas Latinoamérica C.A, Cap I, (7 – 8 )
  - <sup>11</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 8 párrafo 6.
  - <sup>12</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 9 – 10
  - <sup>13</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 11
  - <sup>14</sup> Chimenos Kustner E, LA HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA, cap. 11 Radiología odontológica y diagnóstico por la imagen, Pag 139

- 
- <sup>15</sup> Kenneth S, Kenneth R, Kuebker W, PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE, segunda edición, ed actualidades medico odontológicas Latinoamérica C.A, Cap 5, (117 – 133)
- <sup>16</sup> Samet N. Classification and prognosis evaluation of individual teeth—A comprehensive approach, *Quintessence Int* 2009; 40 :377–387
- <sup>17</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 12 párrafo 3
- <sup>18</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 12 párrafo 4
- <sup>19</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 12 párrafo 7
- <sup>20</sup> Instructivo para la elaboración de Historia clínica, CLINICA CES DE SABANETA facultad de odontología, Medellín 2001; pag 13 párrafo 6
- <sup>21</sup> Kenneth S, Kenneth R, Kuebker W, PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE, segunda edición, ed actualidades medico odontológicas Latinoamérica C.A, Cap 5, (135-136)
- <sup>22</sup> Kenneth S, Kenneth R, Kuebker W, PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE, segunda edición, ed actualidades medico odontológicas Latinoamérica C.A, Cap 5, (136 – 137)
- <sup>23</sup> Kenneth S, Kenneth R, Kuebker W, PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE, segunda edición, ed actualidades medico odontológicas Latinoamérica C.A, Cap 5, (148 – 149)
- <sup>24</sup> Kenneth S, Kenneth R, Kuebker W, PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE, segunda edición, ed actualidades medico odontológicas Latinoamérica C.A, Cap 5, (173)
- <sup>25</sup> Quintero A; ANALISIS Y DISEÑO BIOMECANICO DE LA RESTAURACION PARCIAL REMOVIBLE; ed. Monserrate Ltda; Cap 3, (27)
- <sup>26</sup> Quintero A; ANALISIS Y DISEÑO BIOMECANICO DE LA RESTAURACION PARCIAL REMOVIBLE; ed. Monserrate Ltda; Cap 3, (33)
- <sup>27</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 11; (166 – 172)

---

<sup>28</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 11; (173): párrafo 5

<sup>29</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 11; (168): párrafo 2

<sup>30</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 11; (171): párrafo 13

<sup>31</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 11; (169): párrafo 2

<sup>32</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 11; (173): párrafo 6

<sup>33</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 6; (68): párrafo 2

<sup>34</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 5; (35): párrafo 5

<sup>35</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 5; (53): párrafo 1

<sup>36</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 7; (87): párrafo 3

<sup>37</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 15; (279): párrafo 13

<sup>38</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 6; (69): párrafo 1

---

<sup>39</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 15; (274): párrafo 3

<sup>40</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 16; (299): párrafo 3

<sup>41</sup> Carr A, McGivney G, Brown D; PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MC CRACKEN; undécima edición; Ed. Elsevier en español, 2006; cap. 18; (337): párrafo 5