

## De la importancia de la historia clínica, para conseguir un tratamiento correcto

Javier Muro Castedo

*Esta publicación hace referencia al tratamiento que se realizó a un paciente con un estado emocional complejo con antecedentes clínicos y fracasos protéticos anteriores, como consecuencia de todo ello presentaba un cuadro de reacción personal neurótica obsesiva, que dificultaba su tratamiento. Tras detallado estudio del caso por la Dra., historia clínica (anamnesis y exploración), pruebas complementarias, etc., y diversas comunicaciones con el técnico de laboratorio, se elaboró una prótesis denominada fija-removible, con características personales excepcionales para este paciente. Con el tratamiento se alcanzaron las pretensiones y necesidades del paciente, hecho que se comprobó al año, puesto que el enfermo se encontraba relajado, cómodo y con un estado emocional estable.*

### Introducción

Para Balcés la historia clínica es: “la enfermedad vivida por el enfermo vista por el mismo”. Esta definición sirve de apoyo para la elaboración de un correcto tratamiento. La historia clínica debe comenzar estableciendo las razones y los motivos por los cuales el paciente solicite ser tratado, circunstancia que no deja de ser una ventaja psicológica tanto para el clínico como para el paciente. Con la realización de una buena historia clínica, se ob-

tendrá el fin deseado, es decir, la realización de un tratamiento adecuado para un paciente que ha sido correctamente valorado y diagnosticado. La historia clínica incluirá información general, tal como antecedentes familiares, condiciones sociales y de vida del paciente, sus enfermedades, etc.

La primera cita con el paciente debe consistir en una entrevista y examen preliminar. Preguntas relacionadas con la anamnesis harán salir a la luz, entre otras cosas, el estado de ánimo, de manera de ser y ansiedad del paciente, también se podrá determinar si el estado de su boca es realmente importante para él, si desea someterse a un tratamiento que posiblemente resulte largo. Por otra parte resalta la importancia de una anamnesis médica completa, que en muchas ocasiones permita prevenir situaciones que puedan resultar desafortunadas. No se puede pasar por alto el hecho de que muchos tratamientos odontológicos, biomecánicamente bien ejecutados, han fracasado como consecuencia de no haber realizado una correcta historia clínica o no haberla considerado en su importancia.

La historia clínica consta de dos partes: anamnesis y exploración.

### Anamnesis

Es un interrogatorio realizado por el clínico en el que va dirigiendo al paciente para que relate su enfermedad, de aquí que cuantos más conocimientos y experiencias posea el clínico mejor resultado se obtendrá. La anamnesis presenta vertientes de carácter general y la propiamente estomatológica. Dentro de los datos generales se le preguntará al enfermo por: tratamientos médicos pasados, tratamientos actuales, última fecha de revisión médica, también preguntas relacionadas con sus antecedentes personales, familiares, etc. Un interrogatorio detallado de la salud general del paciente en ocasiones permite de-

Protésico Dental. Director Gerente de ODONTOTECNIA CIUDAD REAL S. L.

Miembro de SOPRODEN. Miembro del Club Tecnológico Dental.

Correspondencia: C/ Reyes, n.º 10, Chalet B. 13002 Ciudad Real.  
Correo electrónico: odontotecni.3062@cajarural.com

características tiene? ¿existen factores valga como ejemplo (comer deprisa muscular) síntomas que acompañan a ejemplo (cuando tiene dolores de cebos, mareos, vómitos), ¿ha sido eficaz al Con estas preguntas se trata de elaborar más completo posible, que permita a su tratamiento eficaz y sin resultados negativos, hacia la mitad del interrogatorio y hacer que el paciente se distraiga cosa que no tenga que ver con la enfermedad.

debe ser dentaria, periodontal ("paro-  
s ATM (abarcar a los dientes, el perio-  
la musculatura) o de los músculos del  
ognático. La exploración estará siempre  
amnésis aunque sin mezclarla con ésta.  
en primer lugar los síntomas que el pa-  
y que tienen el carácter de subjetivos,  
plorando los signos objetivos que son  
paciente no es capaz de apreciar, y sí el  
z efectuada la exploración se solicita-  
n las pruebas complementarias que se  
arias y apropiadas para confirmar un  
izado en la anamnesis y exploración e  
to tratamiento; como posibles pruebas  
existe el estudio radiológico (transcra-

sonal del paciente. Cuando acude a la  
ciente, tan importante es su problema se-  
psicológico, de aquí que, dependiendo de  
tísima simbiosis, se realizará un tratamien-  
base a la valoración de la respuesta perso-  
te. ¿Cómo responderá a los tratamientos  
dad somática, o su actividad psíquica?  
Una enfermedad puede actuar sobre el s-  
o bien, el psiquis puede actuar sobre la  
dad; el proceso morboso o enfermedad  
el psiquis puede crear sobre el enfermo  
cunstancias, como por ejemplo (inhab-  
trabajo), de aquí que el profesor Balcés  
enfermedad como: "trastorno biográfico"  
o menos acentuado según la personalidad  
interesante definición de la enfermedad  
por el profesor López Ibor que la define  
de ausencia de silencio de los órganos",  
ciones resultan imprescindibles para en-  
medad desde un punto de vista somato-  
uno de los pacientes, surgiendo de ello  
"somatogenia", que hace referencia a la  
de la enfermedad sobre el psiquis; y la  
repercusión psíquica sobre la enfermedad  
que puede ser considerada desde el pun-  
lógico o bien patogénico.

La reacción emocional se da en todo  
les y seres humanos, es una respuesta no  
secuencia de la conexión del psiquis y  
del diencéfalo. En él se encuentra locali-

extremidad esencial, hiper, ticuetas o  
seas, migrañas, etc.

puede que sea una neurosis de ansiedad se produce por una hiperactividad y pue-  
sa o adquirida. O bien una neurosis histé-  
remente son pacientes tranquilos con activi-  
ón, histeria que en el paciente tiene tres  
ésta le sea útil, que presente un cierto  
bilidad para llamar la atención, y que le  
que se trate de una neurosis obsesiva, en  
consejable modificar poco los tratamien-  
tos mientas que de alguna manera se  
r al paciente.

este apartado apuntar la importancia de  
de la reacción personal del paciente, de  
fracaso de muchos tratamientos. Tenien-  
e el odontólogo no debe ser un profesio-  
nista a poner dientes, sino que el tratamiento  
como tal hay que tratarlo en conjunto,  
en conjunto y atenderlo en conjunto. En-  
te como ser humano, como entidad viva,  
enfermedad es una respuesta viva de una

anamnesis de la historia clínica es la en-  
por el enfermo y contada por el mismo,  
guiada por el clínico, teniendo en cuen-

tais a cambio, el material utilizado es  
Como se podría imaginar el resultado va-  
orable, según la paciente tenía sensa-  
chada, de tener un cuerpo extraño en la  
que en los caninos sentía "presión"  
con el citado puente. Comienza a tener  
cionales con frotamiento contra el labio  
diversas heridas, además se quejaba de  
nunciación y que esto no le permitía  
dez su trabajo, por lo que causó bajas  
aseguraba que al llegar la noche tenía  
ansiedad, e incluso comentó que llegaba  
cara. El clínico pensó que todos estos s-  
ducidos por su lamentable estado emo-  
el tratamiento lógicamente y debido a  
só; por esto se levantó el puente y la p-  
nada en la boca. Los tratamientos has-  
lo fueron por clínicos ajenos a nuestro  
y relatados por la paciente.

## Tratamiento

En noviembre de 2002 la paciente acudió  
la Dra. Escudero; después de mucha  
entre la Dra. y el técnico de laboratorios  
lo posible, satisfacer los deseos de la pa-  
siempre teniendo presente la máxima de  
do Llompart que dice: "lo que precisa  
preferencia sobre la conveniencia del pa-  
mayoría de las ocasiones de las demanda-  
tes", plantea si se rehace de nuevo el tra-  
tamiento.



cola de milano.

El mismo tiempo remóvil para que, en el “caso de presiones” referidas por la paciente, ella misma pudiera quitar y poner.

En enero de 2004 se realizó, aunque antes, el puente propuesto que lo denominó remóvil.

Conversaciones entre la Dra. y el técnico extensas revisiones bibliográficas, en materiales y elementos integrantes para la tratamiento, se seleccionan los que a especifican, aunque con muchas dudasidad de la paciente y sus antecedentes

gido por su alta biocompatibilidad fue una aleación de alto contenido del mis otra consideración que se tuvo en cuenta estético, puesto que, según la paciente, debía cuidar mucho de su imagen; por dos elementos para poder insertar y de lidad el tramo removible, práctica que



Figura 2. Muñones tallados.

de la hembra del anclaje le fueron comunicado para que hiciese los correspondientes sobre los muñones (fig. 2). El segundo nado fue un microtornillo (figs. 3 y 4) que lizado en puentes desmontables, al ser de alto contenido en oro se podrá soltar con facilidad. Este tipo de anclaje se coloca para no comprometer la estética. Con esto tiene la seguridad de que la parte removible se insertará con facilidad tras la manipulación del paciente, ya que el microtornillo posee un activado por medio de un muelle.

Una vez recibido el caso en el laboratorio se prepararon los modelos de trabajo, dos modelos y el modelo maestro (figs. 5 y 6) en donde se realizó ninguna maniobra. Se enceraron con una cera específica para ello, utilizando para ello una cera apropiada y otra de color. El resto de la preparación para configurar la continuidad y con cera de fresar se realizó. En la anatómico de los caninos, se fresó la cavidad que se preparó la caja para recibir la parte del primer anclaje seleccionado, es decir, el

rnillo.



maestro.

Figura 4. Características microtornillo.

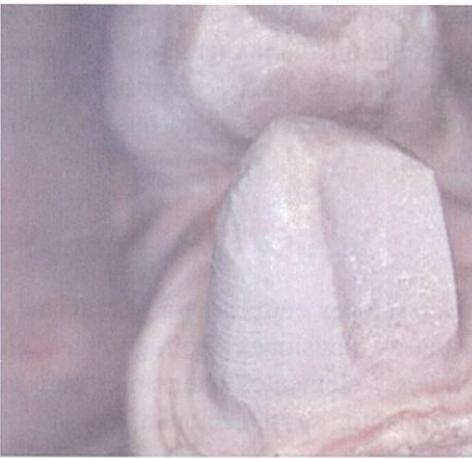
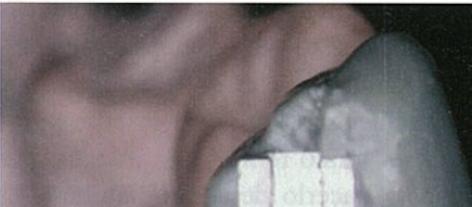


Figura 6. Detalle muñón tallado.





do corona.



do previo al colado.



Figura 10. Encerado, fresado lingual y es-



Figura 12. Coronas enceradas sobre vestibular.



storsionen los modelos maestros ajustar abajos previos sobre modelos secundarios. Una vez colada, repasada y pulible (figs. 19, 20 y 21) efectuamos la alojar el microtornillo lingual. Para ello fue necesario crear un alojamiento so-

la paciente poder dar sus claves con co

Posicionada la segunda parte removible, realizaremos, como anteriormente, el alojamiento en forma de media ebre la cofia primaria, se realizó de forma fresa bien fijada para no crear un alojam



del microfresado.



Figura 16. Encerado parte removable s tibular.





Figura 19. Estructura repasada lingual.



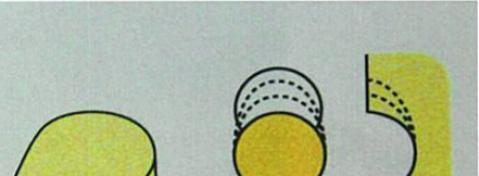
Figura 20. Estructura repasada vestibular.



Figura 20. Estructura repasada vestibular.



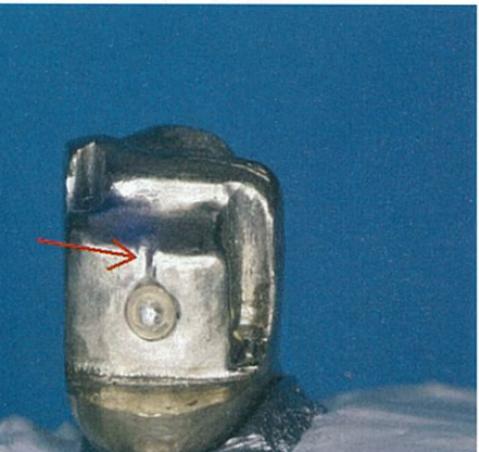
Figura 22. Broca de centrar.



de las partes sobrecoladas.



iento en forma de media esfera.



de introducción.

Figura 26. Ilustración ayuda cono de intr



Figura 28. Puente en modelo maestro ve



ntos fijo, remóvil.



clusal.

y a continuación se preparó el cono de s. 26 y 27). Tras realizar la parte metálicos microtornillos en su lugar, observación y desinserción sobre el modelo procedimos a la colocación de la porcelana



Figura 32. Preparación en boca.

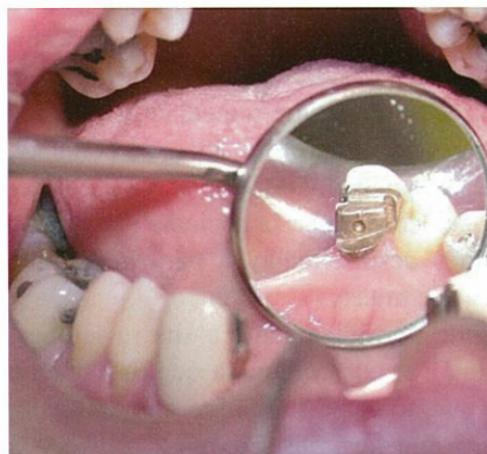


Figura 34. Detalle corona en boca, lingüística.

## Resultados

Una vez finalizada la fase de laboratorio fueron remitidas a la consulta en donde comentó las consideraciones que tuvo



o de la mucosa.

y ponérselo a su antojo, ya que esto es lo que hizo que la paciente realizase la desinfección en consulta varias veces antes de la consulta. La sorpresa fue inmediata y satisfactoria: estaba, según ella, loca de contenta, se quitó la prótesis, quitarse y ponerse el puente libre. Nos cuenta que la paciente iba por los dientes y desinsertando la parte removible de la prótesis se tratase.

Incluye periódicamente a sus revisiones, la Dra. nos comunica que la paciente dice que su estado anímico ha cambiado, ya que la parte removible sólo se la saca para arreglarla, dice que se ha olvidado de la prótesis y se encuentra perfectamente. El estómago es bueno, la zona de la brecha está libre de impactación ni sobrecarga y no tiene pericoronaria (fig. 35). Nuestros resultados, el tratamiento ha sido satisfactorio, decir que los objetivos se han cumplido. De la paciente destaca por encima de las demás, confesamos que existían muchas dudas sobre la duración a largo plazo del tratamiento.

todo cuando se consigue el éxito pretendido, por lo que no dejamos inactiva a nuestros pacientes siempre deseosos de enfrentarnos a la rutina y nos den satisfacción. Recordar al técnico de laboratorio que es fundamental establecer unas correctas pautas de trabajo, fundamental que el laboratorio conozca la situación del paciente, para poder aconsejar las técnicas y materiales oportunos. Por tanto, es necesario un acuerdo previo y concienzudo del enfermo y sus esperanzas de éxito.

## Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Josefina Escudero (Badajoz) su amabilidad y paciencia, así como su confianza en nosotros, así como las imágenes fotográficas en este caso de la cavidad bucal.

Agradecer al profesor Casado Llompart por su formación en la realización de prótesis, por su inestimable apoyo y por su persistencia en la ciencia.

A todos mis compañeros del laboratorio.

## Bibliografía

1. Casado Llompart JR. Lecciones de Cátedra. 2002-2003, 2003-2004 a 2004-2005, Universidad de Madrid.
2. Okesson JP. Oclusión y afecciones temporales. Madrid: Ediciones Harcourt, SA; 1998. p. 234.
3. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. Prótesis clínicos y de laboratorio. Barcelona: Salvat Editores; 1998.
4. Hobo S, Ichida E, García LT. Ostointegramos. Madrid: Ediciones Harcourt, SA; 1998. p. 234.