

## **TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE LOS ACTOS CLÍNICOS EN LAS REHABILITACIONES TERAPÉUTICAS PROSTODÓNCICAS Y ORTODÓNCICAS**

### **Preparar dientes**

Consiste en el tallado que se da a los dientes mediante instrumentos de corte rotatorios (turbinas y micromotores, vulgarmente conocidos como “el torno”), generalmente bajo anestesia local, con el que se les da la forma más adecuada para recibir y dar función a la prótesis dental.

*Es un procedimiento clínico reservado a los dentistas, que no debe ser confundido con la preparación de la prótesis, la cuál es el conjunto de actos realizados en el laboratorio previamente a la fabricación, e incluso al diseño, de la prótesis (confección de “llaves”, duplicación de modelos, paralelización y bloqueo de zonas retentivas, encerados, etc.).*

### **Tomar (obtener) impresiones**

Procedimiento clínico que consiste en la obtención, mediante materiales apropiados, de un molde de las arcadas dentarias, que luego se vacía o “positiva” para obtener réplicas de las mismas en yeso o escayola (los llamados **modelos**), destinadas a:

- Estudiar las características anatómicas de los dientes y de su intercuspidación (“engranaje” entre las arcadas).
- Investigar las posibilidades de corrección ortodoncia u ortopédica, y la eventual necesidad de procedimientos operatorios o quirúrgicos complementarios (desgaste o *stripping* de los dientes en los puntos de contacto, extracciones dentarias, o cirugía ortognática).
- Planificar los objetivos terapéuticos mediante el llamado *set up* (segueteado de los modelos y reubicación de los dientes) y encerado de prueba o diagnóstico.
- Realizar unos ensayos preliminares sobre posibles opciones rehabilitadoras prostodóncicas (con implantes dentales y/o prótesis dentales convencionales), y de sus correspondientes objetivos terapéuticos, mediante modelado en cera de bocetos de las reposiciones protéticas (*encerados diagnósticos*)
- Determinar la vía de inserción más adecuada, detectar obstáculos a la misma, e identificar y cuantificar las zonas de retención funcional y estéticamente más interesantes, para planificar la **preparación de los dientes** adecuada.
- Constituir la réplica más fidedigna posible de las arcadas para fabricar a la medida de las mismas las prótesis dentales y los aparatos de ortodoncia y ortopedia dentofacial.
- Realizar el diseño físico de las prótesis dentales y de los aparatos de ortodoncia y ortopedia dentofacial, ordenado en la prescripción e indicaciones.
- Realizar las adaptaciones necesarias en el laboratorio para que el producto sanitario prescrito resulte correctamente fabricado a la medida del paciente.
- Comprobar, por el clínico, el cumplimiento de la debida fabricación a medida y la calidad de la adaptación de las prótesis a los modelos.

*La toma de impresiones, aunque se realiza con materiales inocuos, no es un procedimiento intrascendente, pues durante su realización se pueden producir náuseas o vómitos y aspiración de materiales hacia las vías respiratorias, con riesgo de asfixia, que sólo los dentistas y los médicos pueden atender sabia y eficazmente. Además, es un procedimiento clínico que el Tribunal Supremo concibe como parte de la prescripción, por lo que también está reservado profesionalmente a los dentistas (y a los cirujanos máxilo-faciales)*

### **Tomar (obtener) las relaciones cráneo-maxilares (o arco facial)**

Procedimiento clínico consistente en obtener, mediante unos instrumentos llamados **arcos faciales**, las relaciones espaciales entre la arcada dentoalveolar superior y parámetros estándar del cráneo (generalmente, el Plano de Frankfurt o similar) que permitan reproducir la relación entre los dientes y los ejes de movimiento de las articulaciones témporo-mandibulares en unos simuladores artificiales de las mismas llamados **articuladores**.

### **Tomar (obtener) registros oclusales**

Procedimiento clínico consistente en descubrir y recoger las relaciones espaciales entre las arcadas dentoalveolares superior e inferior en una *posición contactante* entre ambas que sea adecuadamente tolerada por las *articulaciones témporo-mandibulares*, y que el dentista selecciona científicamente, determina clínicamente y luego prescribe, para que se aplique en el articulador durante los procesos de encerado y preparación de las prótesis (o de aparatos de ortodoncia y de ortopedia dento-facial), fabricación y adaptación a los modelos.

Se realiza colocando entre las arcadas dentarias unos materiales de registro apropiados en estado plástico, que se vuelven rígidos mientras se manipula, conduce y estabiliza la mandíbula en la posición de contacto apropiada.

Se trata de un procedimiento clínico de la máxima responsabilidad, más decisivo incluso que las impresiones, y, como éstas, *parte integrante de la prescripción*, por lo que constituye una *atribución profesional reservada a los dentistas*.

### **Obtener el eje terminal de bisagra real**

Procedimiento clínico avanzado mediante el que, con ayuda de instrumentos especiales, se determina la proyección cutánea del eje transversal en torno al cual se realizan los movimientos angulares puros de *apertura-cierre bordeante posterior*.

La localización exacta de este eje y su transferencia al articulador, permite modificar en el mismo la altura de los dientes (dimensión vertical) sin que se desequilibre la distribución de los contactos interdentarios entre las zonas posteriores y anteriores.

La localización llamada arbitraria de este eje, basada en una aproximación estadística, no permite cambios en la dimensión vertical con respecto a la posición clínica del registro oclusal.

Por ser un acto clínico, incardinado, además, en la prescripción (pues su finalidad es transferir al articulador las relaciones espaciales o tridimensionales exactas entre los modelos y el eje terminal de bisagra témporo-mandibular, de cara a poder fabricar una prótesis acorde a la funcionalidad articular) *constituye una atribución profesional reservada a los dentistas.*

### **Determinar (calcular) la dimensión vertical**

Procedimiento en el que, con la ayuda de sustitutivos provisionales de los dientes ausentes (los llamados **rodetes** o **rodillos articulares**), se calcula la altura que debe tener el tercio facial inferior en oclusión, para no generar patología y proveer una buena estética.

Una dimensión vertical excesiva dificulta la deglución y acaba por causar reabsorción de hueso en las zonas de soporte de la prótesis, o patología funcional de las articulaciones témporo-mandibulares.

Por el contrario, una dimensión vertical escasa da aspecto de envejecimiento, reduce la eficacia masticatoria y suele provocar “boqueras” o **rágades comisurales**, por extensión y perpetuación de la humedad interlabial (con la consiguiente infección micótica crónica habitual) a una zona de la piel no preparada para resistirla.

En tanto acto clínico determinante de la prescripción (pues la colocación de los dientes debe hacerse conforme a este requisito dictado por el facultativo), *es también un acto profesional reservado a los dentistas.*

### **Realizar pruebas, probar fases de la fabricación**

Pruebas clínicas, realizadas por el dentista en la boca del paciente, de distintas fases de la fabricación de las prótesis dentales, al objeto de:

- Verificar su adaptación a la estructuras orales (no se olvide que las impresiones no replican exactamente la anatomía, por la existencia de pequeñas distorsiones espaciales producidas al extraerlas de su posición y a lo largo del tiempo), especialmente la adaptación funcional a la resiliencia de las mucosas y a la movilidad que permiten las anfiartrosis alveolo-dentarias (que los modelos, rígidos, no pueden reproducir).
- Obtener nuevas referencias y registros sobre la fase probada (p.ej., la dimensión vertical y los registros oclusales).

Las pruebas clínicas son recomendables, pero cuando existe una buena coordinación y sintonía entre el dentista y el protésico dental se pueden reducir e incluso sustituir por una prueba final.

*Sin embargo, cuando no se realizan estas pruebas, el dentista debe hacerse responsable de los costes derivados del trabajo del laboratorio realizado inútilmente por no haberse sometido a prueba una fase previa que podría haber evitado la pérdida del trabajo posterior.*

Las pruebas habituales son:

- 1) En prótesis completas y en prótesis parciales removibles de acrílico:
  - la prueba de plancha-base (estabilidad, soporte, retención), con rodetes o rodillos articulares (deglución, fonética, estética), que sirve para el montaje en articulador.
  - La prueba de dientes (oclusión, deglución, fonética y estética)
- 2) En prótesis parcial removible metálica:
  - la prueba de estructura metálica (estabilidad, soporte, retención), provista (en su caso) de rodetes o rodillos articulares (deglución, fonética, estética), que sirve para el montaje en articulador.
  - La prueba de dientes (oclusión, deglución, fonética y estética).
- 3) En prótesis parcial fija,
  - la prueba de estructura, sea de metal o de un núcleo estético (ajuste marginal, estabilidad, retención, oclusión, deglución, fonética y estética).
  - la prueba de bizcocho (cerámica sin terminar): ajuste marginal, oclusión, deglución, fonética, estética.
- 4) En prótesis sobre implantes,
  - la prueba de la estructura metálica (ajuste pasivo, estabilidad, retención, oclusión, deglución, fonética y estética), que debe ser cortada y unida para soldadura tantas veces sean necesarias para lograr el ajuste pasivo perfecto,
  - la prueba de bizcocho (cerámica sin terminar): ajuste marginal, oclusión, deglución, fonética, estética

Por tratarse de actos clínicos, las pruebas no son competencia profesional de los protésicos dentales, sino de los dentistas, especialmente en cuanto, en ocasiones, también incluyen determinaciones que forman parte de la prescripción.

### **Prescripción de una prótesis o prescribir una prótesis (o un aparato de otodoncia y ortopedia dento-facial)**

*Prescribir una prótesis no es indicar su necesidad o conveniencia, ni expedir una “receta” en la que se encarga a cualquier protésico que la fabrique libremente sobre el paciente.*

La *prescripción* de una prótesis consta de:

- (i) un *documento escrito*, en el que el dentista o el cirujano máxilo-facial (que son los profesionales que tienen reservada la atribución legal de prescribir, en virtud de la Ley 10/1986) hace constar:
  - **“bajo su responsabilidad, las características específicas de diseño”** (según literalmente establece la Directiva Comunitaria 93/42/CEE y el Real Decreto 414/1996 que la traspone al ordenamiento jurídico español) de dicho producto sanitario a medida; es decir, el tipo de prótesis, ubicación de pilares y retenedores –e incluso su tipo, si tuviera relevancia funcional esencial–, tipo de oclusión, etc.

- *y las indicaciones necesarias* para la correspondiente fabricación conforme a la prescripción, que se puedan dar y explicar por escrito (materiales, tipo de conectores, de sillas, de pñnticos, forma y color de los dientes, tipo de intercuspidación, instrucciones sobre configuración de las curvaturas de Spee y de Wilson, etc.)
- (ii) *cuantos otros elementos físicos se necesiten para facilitar información espacial o tridimensional necesaria para la correcta fabricación* (modelos –o impresiones–, rodillos o rodetes articulares –para saber dñnde se deben ubicar los bordes incisales de los dientes–; relaciones cráneo-maxilares, relaciones oclusales o intermaxilares, etc.)

**Colocación de la prótesis (o del aparato de ortodoncia u ortopedia dento-facial)**

No debe confundirse la *colocación* de la prótesis (o del aparato de ortodoncia u ortopedia dento-facial), que es un acto que realiza el dentista, con la “inserción” en la boca de una prótesis completa o removible, o un aparato de ortodoncia (u ortopedia dento-facial), que realiza diariamente el propio paciente.

Las prótesis dentales, en tanto productos sanitarios a medida, deben estar adaptadas al paciente. Sin embargo, *el proceso de fabricación sólo proporciona su adaptación a los modelos del paciente*, que, como ya hemos dicho, difieren ligeramente (pero de forma trascendente) de la boca (por las distorsiones de las impresiones y porque en los modelos de yeso, rígidos, no se pueden replicar o reproducir la resiliencia –“elasticidad”– de las encías, ni la movilidad –más o menos perceptible, según los casos– de los dientes).

Esto explica la reserva legal de la colocación de la prótesis y de los aparatos de ortodoncia como atribución profesional de los dentistas, que en dicho acto deben realizar las correcciones clínicas necesarias para neutralizar las consecuencias de las discrepancias anatómicas y funcionales entre los modelos bucales y la verdadera boca. Correcciones que permiten lo que técnicamente se conoce como *puesta en servicio*.

**Puesta en servicio**

Uno de los requisitos fundamentales de la Medicina se resumen en el aforismo hipocrático “Primum non nocere” (lo principal, no causar daño). En esa línea se inscribe una de las principales preocupaciones de la Directiva Comunitaria 93/42/CEE, transpuesta a nuestro ordenamiento jurídico como Real Decreto 414/1996, que es la seguridad para la salud de las personas, sean *pacientes, usuarios* (que en este contexto normativo no son los usuarios finales, sino los facultativos que utilizan los productos sanitarios) o *terceros*:

Artículo 5. Condiciones generales.

.....  
 2. Los productos sanitarios y los productos sanitarios a medida sólo pueden comercializarse y ponerse en servicio si, al estar correctamente instalados y al ser mantenidos y utilizados conforme a su finalidad prevista, no comprometen la seguridad ni la salud de los pacientes, de los usuarios ni, en su caso, de terceros.  
 .....

Artículo 6. Requisitos esenciales.

1. Los productos contemplados en el presente Real Decreto deberán diseñarse y fabricarse de forma tal que su utilización no comprometa el estado clínico, la salud ni la seguridad de los

pacientes cuando se empleen en las condiciones y con las finalidades previstas. Tampoco deberán presentar riesgos para las personas que los utilicen ni, en su caso, para terceros.

.....  
La citada norma define la *puesta en servicio* (artículo 3, Definiciones) de la siguiente manera:

Art. 3. Definiciones

.....  
j) «Puesta en servicio»: la fase en la que un producto sanitario está listo para ser utilizado en el mercado comunitario por primera vez con arreglo a su finalidad prevista.  
.....

Por consiguiente, esas correcciones que durante la colocación se hacen necesarias para subsanar las deficiencias de adaptación y funcionalidad clínicas derivadas de las limitaciones de los materiales de impresión y de los modelos de trabajo para reproducir la anatomía con exactitud y para replicar la movilidad dental y la resiliencia de las encías, tienen carácter de puesta en servicio, ya que mientras no se realiza, el producto no puede ser utilizado por el paciente de una manera segura (exenta de riesgos o efectos patógenos) para él.

\* \* \*

*Diligencia: Para hacer constar que la precedente Declaración del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España ha sido aprobada por unanimidad por su órgano soberano máximo, la Asamblea General, que la adoptado como Acuerdo AA11/2006. Doy fe.*

*Madrid, a 16 de junio de 2006.*

*El Secretario General, José Antonio Zafra Anta*