



FACULTAD  
**ODONTOLOGÍA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS  
ÁREA DE PRÓTESIS REMOVIBLE**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LOS TRATAMIENTOS  
REALIZADOS EN LA CLÍNICA DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE LA FACULTAD  
DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, EN EL PERÍODO 2009  
AL 2012**

**Pedro Nicolás Osorio Sánchez**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL**

**Prof. Dr. Danilo Ocaranza Tapia**

**TUTORES ASOCIADOS**

**Prof. Dra. Alexandra Angulo Suárez**

**Dra. Melissa Lorca Mardones**

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO 13/003  
Santiago - Chile  
2015**

“Tal vez en el dinero encuentres un poco de felicidad, en las amistades encuentres alegrías, en las medicinas la cura para tu enfermedad, pero el amor solo lo encontraras en tu familia”.

**Dedicado a mi abuelo Eduardo Osorio Leiva, quien fue y seguirá siendo mi gran inspirador.**

## **Agradecimientos**

Le agradezco al Departamento de Prótesis y en especial al área de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, por darme la oportunidad de realizar este valioso estudio.

Le agradezco a mi Tutor Principal el Dr. Danilo Ocaranza, por su paciencia, entrega y disposición sin él no podría haber realizado este estudio.

Le agradezco a la Dra. Alexandra Angulo por creer en mí y darme la oportunidad de ser parte de esta investigación adscrita al PRI ODO 13/003.

Les agradezco a todas las personas que me ayudaron en desarrollar este trabajo, especialmente a Camila Astraín, por apoyarme siempre y colaborarme con el uso del programa estadístico “SPSS”.

Le agradezco a mi mamá Irza Sánchez Jofré y a mi papá Patricio Osorio Acuña, por el esfuerzo que han hecho para que yo pudiera llegar hasta acá, sin ellos no podría haber hecho nada.

Gracias a mis amigos a prueba de balas, Roberto Roco, Oscar Puebla, Enrique Marchant, Toshiro Yamada, Rodrigo Silva, Diego Tapia, Cristian Troncoso, Emilio Rathgeb, Francisco Silva y en especial a mi buen Amigo Wladimir Pinto, quien fue el motivador principal de mi entrada a la Odontología y apoyo de vida.

Les agradezco a todos los profesores que tuve, tanto en los colegios que estudié, como los de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Todos fueron un aporte para que pudiera realizar este trabajo. Un agradecimiento especial a mi profesora de Biología, del Colegio Melipilla, Alicia Herrera, quien fue la persona que gatilló mi gusto por la biología.

Muchas gracias a todos que de alguna u otra manera me aportaron en este trabajo.

# INDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
Propósito de la investigación	<b>21</b>
Justificación de la Investigación	<b>22</b>
<b>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>25</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>99</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>113</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	<b>115</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>117</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>121</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir cuáles fueron los tratamientos realizados a los pacientes asistentes a la Clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, durante el periodo comprendido entre los años 2009 y 2012.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo a través de la revisión de datos de fichas clínicas de los pacientes atendidos durante el período académico entre los años 2009 y 2012. Los datos fueron registrados en el programa Microsoft® Excel® 2013 y analizados estadísticamente usando el programa IBM SPSS 20 y Stata/IC 12.0.

**Resultados:** Un 73,5% de los casos fueron de género femenino y 26,4% de género masculino. La población que fue atendida en la clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile residía en distintas comunas de la Región Metropolitana, incluyendo a 32 pacientes (5,44%) que provenían de otras regiones (IV, V, VI, VII y IX). El 12,5% del total de los datos no fueron consignados. El 7,3% planificó sólo realizar prótesis superior, el 4,9% planificó realizar sólo una prótesis inferior y el 87,8% planificó realizar un juego protésico. El 82% del total de la muestra realizó un juego protésico. El 9% realizó sólo una prótesis superior. El 5% realizó sólo una prótesis inferior. Un 1% no realizó prótesis.

**Conclusiones:** Hubo datos sin consignar en el instrumento "Ficha Clínica" y que a pesar de ser un 12,5% del total de muestra, en algunas variables llegó a ser elevado, alcanzando a ser más de la mitad de los datos. La mayoría de los pacientes de la muestra fueron de género femenino. La mayoría de los pacientes pertenecientes a la muestra eran de la Región Metropolitana. Sin embargo, también hubo pacientes de 5 Regiones distintas. De la Clínica de Prótesis Removible, se deriva gran cantidad de pacientes a diferentes áreas de la Clínica Odontológica de la FOUCh. La mayor cantidad de pacientes derivados fueron a Endodoncia y Cirugía (exodoncia). Existe un alto porcentaje de los tratamientos planificados que fueron efectivamente realizados. Existe un gran porcentaje de ejecución de las sesiones planificadas y las utilizadas en el tratamiento protésico. Hubo un bajo porcentaje de inasistencias.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente en Chile se dispone de escasa información de los tratamientos odontológicos realizados, esta realidad no sólo acontece en el privado y público, sino también en el Universitario. Ahora bien, se hace necesario contar con ésta información para poder hacer los balances pertinentes del quehacer odontológico tanto a nivel administrativo como profesional. En el caso de la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, la necesidad de ésta información además de lo ya nombrado, también tiene como objetivo el mejoramiento de la docencia.

Es por esto que el objetivo de este trabajo se direcciona en poder cubrir y dar respuesta a ésta necesidad de información, este trabajo se realizará en el área de la Clínica de Prótesis Removible, y para esto se realizará un levantamiento de información durante un período de 4 años, a contar del año 2009 hasta el año 2012, donde se describirá la planificación y los tratamientos que se realizaron en la Clínica de Prótesis Removible, durante estos años. Información que será obtenida a partir de las fichas clínicas realizadas en dichos años.

Y estará enfocada en la sección de la ficha clínica donde se registran los datos de planificación, diseño y evolución del tratamiento. Estas fichas serán anonimizadas y se seleccionaran de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión que serán detallados.

## **MARCO TEÓRICO**

El marco conceptual de esta investigación incluye las definiciones de los conceptos utilizados en un tratamiento rehabilitador protésico, de modo de dar una base teórica desde donde han sido analizados.

### **Rehabilitación protésica**

La terminología correcta y de mayor difusión en los países de habla castellana es: PROSTODONCIA.

PROST: restauraciones protéticas

ODON: parte de la odontología

CIA: consagrado al estudio.

PROSTODONCIA: Es la “parte de la prótesis odontológica consagrada al estudio de la rehabilitación fisiopatológica de la edentación” [1].

“La prostodoncia total implica la reposición de la dentición natural perdida y las estructuras relacionadas del maxilar y la mandíbula en pacientes que han perdido todos sus dientes naturales restantes o están próximos a perderlos”. [2]

“La prótesis parcial removible es un aparato que repone dientes perdidos tomando asiento en brechas desdentadas y en dientes remanentes de forma que el paciente puede colocarlo y removerlo de su lugar” [3].

### **Especialidades**

Las especialidades de la odontología mundialmente reconocidas [4] son ocho: periodoncia, endodoncia, ortodoncia, prostodoncia, odontopediatría, cirugía máxilofacial, patología bucal y radiología. De la misma forma, el Parlamento Europeo para cualificaciones profesionales desarrolla consensos para definir los perfiles y competencias en los estudios de grado y posgrado. La relación interdisciplinaria entre estas áreas de conocimiento genera mejor comunicación entre los especialistas y permite tomar mejores decisiones para desarrollar planes estratégicos de tratamiento enfocados a cada paciente. La era del dentista “todólogo” ha quedado rezagada ante la infinidad de información científica que se produce en cada área de especialidad [5].

**Referencia (derivación)**

La referencia es un procedimiento que implica a tres partes distintas: el médico de cabecera, el paciente y el especialista. Las razones que llevan a la referencia y lo que se espera de ella, debe ser compartido por todos los implicados. Desde el lado profesional, médicos generales y especialistas deben consensuar mecanismos de referencia para mejorar la coordinación entre ambos, reduzcan la variabilidad en las tasas de referencia, y garanticen la calidad de la atención [6].

**Exodoncia**

La “exodoncia es la parte de la cirugía bucal encargada de la extracción de un diente, o parte de él, desde el lecho óseo donde está ubicado. Para lograr este fin con éxito se requiere un instrumental específico y unas técnicas precisas” [7].

**Implante dental**

“El implante endóseo es un material aloplástico aplicado quirúrgicamente sobre un reborde óseo residual para que actúe como base para la rehabilitación protésica. El estándar actual es un implante de Titanio grado 3 o 4, autorroscante que simula la raíz dental y con superficie tratada” [8].

**Instrucción de higiene oral**

“La higiene bucal de un paciente se suele conseguir gracias a la interacción recíproca entre el paciente y el profesional. El papel del paciente es aprender a autoeliminar de manera eficiente la placa y aceptar controles periódicos para asegurar un nivel alto de higiene bucal” [9].

**Tratamiento periodontal**

“Las periodontitis son un conjunto de patologías de naturaleza inflamatoria y etiología infecciosa producidas por el biofilm subgingival que coloniza el surco gingivodentario. Se caracterizan por la destrucción del soporte periodontal, que está conformado por el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar, y eventualmente provocan la pérdida de los dientes” [10]. “En términos generales, son una de las patologías de mayor prevalencia en seres humanos y, además del

daño local que inducen, son un factor modificante de la salud general del individuo” [11].

“La meta de la terapia periodontal consiste en proporcionar al paciente una dentición que funcione en salud y confort a lo largo de su vida”. [12]. En general, “la terapia periodontal involucra dos componentes claramente establecidos: el primero es la eliminación de la infección periodontal, esto es la eliminación y /o control de la microflora periodontopatógena, induciendo cambios clínicos substancialmente favorables en el periodonto y en segundo lugar, revertir los defectos anatómicos persistentes resultantes de la periodontitis activa, que representan la pérdida de inserción clínica, la incrementada profundidad de sondaje y la pérdida ósea evaluada radiográficamente” [13].

### **Operatoria**

“La odontología restauradora se puede definir como la especialidad odontológica que estudia y aplica de forma integrada el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico dentales. Los tratamientos preventivos o restauradores deben obtener como resultado el mantenimiento o el restablecimiento de la forma, la función y la estética, así como el de la integridad fisiológica del diente en relación armónica con la estructura dental remanente, los tejidos blandos y el sistema estomatognático” [14].

“La amalgama de plata ha sido empleada como material restaurador desde hace más de 100 años. A pesar de su antigüedad, sigue siendo motivo de estudio, y más aún en la actualidad, en que otros materiales más recientes pretenden desplazarla. La amalgama utilizada para las restauraciones dentales, es la combinación del mercurio con 4 metales, que por su volumen aparecen de la forma siguiente: plata, estaño, cobre y zinc. Recientemente se ha publicado que algunas pequeñas cantidades del mercurio de la amalgama pueden desprenderse e ingerirse con la saliva, y pueden resultar perjudiciales al tratarse de un metal pesado muy tóxico. No obstante, parece que las cantidades son demasiado pequeñas para producir patologías significativas”. [15].

Resinas compuestas, “el advenimiento de las resinas compuestas y la técnica de

grabado a finales de la década de los 60, representó una verdadera revolución en la Estomatología. Las resinas compuestas son materiales para restauraciones estéticas, cuya matriz está compuesta por polímeros orgánicos, y su principal componente es el bisphenol glicidil metacrilato (BIS-GMA), con cargas o rellenos de diferentes sustancias inorgánicas. Existen para dientes anteriores y posteriores y según su activador químico son auto o fotopolimerizables” [15]. Se clasifican por su presentación, formas de polimerización y usos. Entre las principales características de las resinas compuestas, se encuentra su gran adhesividad a la superficie dentaria, superficie lisa y muy resistente a la abrasión, consistencia óptima, manipulación fácil, gran gama de colores. No es admisible utilizar ningún material que contenga eugenol, ni deben sellarse temporalmente con óxido de zinc y eugenol dientes en los que posteriormente vamos a utilizar resinas compuestas [16].

### **Prótesis Fija**

El tratamiento con prótesis fija consiste en la “sustitución o restauración de los dientes naturales mediante la colocación de análogos artificiales que se van a mantener fijos en la boca. Sus objetivos son la restauración de la estética, el restablecimiento de la función y mantenimiento de la comodidad” [17].

Corona periférica completa, es una restauración metálica, plástica o cerámica, que cubre tres o más superficies axiales y la superficie oclusal o el borde incisal de un diente”. [17].

“Incrustación dental, literalmente una incrustación es un bloque macizo de material que repone parte de una corona dentaria y que se fija una cavidad preparada con anterioridad. Pudiendo ser incrustaciones intracoronarias o “inlay” o extracoronarias u “onlay”.” [18]

### **Prótesis Removible**

Una dentadura parcial removible es una “prótesis que reemplaza dientes en una arcada parcialmente desdentada, y se puede sacar de la boca y volver a colocarse. Una dentadura completa es una prótesis dental que reemplaza toda la dentición natural y se conecta a las estructuras del maxilar y la mandíbula. Está totalmente

soportada por los tejidos (membrana mucosa, tejido conjuntivo y hueso subyacente). Una dentadura interina o provisional es una prótesis dental empleada durante un corto tiempo por razones estéticas, masticación, soporte oclusal, comodidad, o para condicionar la aceptación del paciente de una prótesis posterior definitiva.” [19]

### **Pronostico**

“Consiste en opinar sobre cómo evolucionará el caso según la marcha de los procesos que produjeron la enfermedad en caso de realizar o no los tratamientos correspondientes, con o sin prótesis. Considera las posibilidades de éxito de las terapias y de las restauraciones. Para el paciente protético se pueden elaborar tantos pronósticos como opciones de tratamiento, cada uno de los cuales se expresa como favorable, reservado o desfavorable. Es importante para el paciente conocer cuáles son los cambios esperados por las diferentes alternativas terapéuticas para realizar un balance entre sus costos, ventajas y desventajas. El pronóstico protético debe incluir consideraciones sobre los cambios estéticos, funcionales sensoriales, evolución de los dientes remanentes y de los rebordes alveolares residuales, necesidad de control periódico y mantenimiento.” [3]

“El pronóstico de la edentación total se limita a esbozar las secuelas conocidas del desdentamiento, o su prevención o rehabilitación con dentaduras completas. Referido al tratamiento protético se estiman las posibilidades prácticas de duración, es decir, evaluar los resultados inmediatos o mediatos”. [20]

### **Confección de la prótesis removible**

La confección de los aparatos protésicos removibles se pueden dividir de una forma lógica en seis fases. La primera fase se refiere a la educación del paciente, la segunda fase incluye el diagnóstico, plan de tratamiento, diseño de la estructura, secuencias del tratamiento y ejecución de las preparaciones en la boca. La tercera fase es la provisión de soporte adecuado para las dentaduras con extensión distal. La cuarta fase es el establecimiento y la comprobación de unas relaciones oclusales armónicas de los dientes con sus oponentes y de los dientes naturales remanentes.

La quinta fase comprende los procedimientos de colocación inicial, con los ajustes de los contornos de las bases de la dentadura y de las superficies de carga, para asegurar la armonía oclusal, junto con una revisión de las instrucciones para que el paciente mantenga las estructuras orales y las restauraciones que se le han efectuado en grado óptimo. La sexta y última fase es el servicio de seguimiento por parte del dentista, mediante visitas de control para evaluar, periódicamente la respuesta de los tejidos orales a las restauraciones y comprobar la aceptación de las restauraciones por el paciente [19].

El plan de tratamiento y el diseño empiezan con historia clínica médica y dental. Una vez se ha completado el diagnóstico y seleccionado la dentadura parcial removible, se secuencian el plan de tratamiento y se diseña la dentadura parcial teniendo en cuenta el soporte disponible. El soporte “es la zona de base sobre la que descansa una prótesis dental, con respecto a las prótesis dentales, la resistencia al desplazamiento lejos del tejido basal o estructuras subyacentes” [21]. Parte de este proceso implica diseñar la prótesis. El “diseñar una prótesis en el papel o en un modelo, no es sólo dibujarla; implica aplicar una serie de conceptos y de materias”. [22] “Para diseñar no sólo necesitamos de un lápiz grafito, pues diseñar una base protésica no consiste en un simple dibujo”. [22]

“El diseño se facilita enormemente si conocemos y manejamos una secuencia de diseño, en la que se manifiesten los conceptos y materias que son prerrequisitos para esta actividad”. [22]

“Secuencia de diseño:

1. Clasificación
2. Topografía
3. Vía de carga
4. Sillas
5. Área o superficie de apoyo
6. Área o superficie de anclaje
7. Elementos de anclaje con función de apoyo

8. Cinemática, ejes de giro
9. Elementos de anclaje con función de retención
10. Elementos de anclaje con función de contención
11. Conectores mayores
12. Conectores Menores
13. Elementos de estabilización protésica y otros” [22]

### **Clasificación de Kennedy**

El Dr. Edward Kennedy en 1925 propuso originalmente el método de clasificación de desdentados parciales. Él dividió las arcadas parcialmente desdentadas en cuatro tipos básicos a los que añadió modificaciones, las áreas edéntulas, que presentan alguna diferencia con las clases básicas. La clasificación es la siguiente:

Clase I, Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales.

Clase II, Área edéntula unilateral posterior a los dientes naturales remanentes.

Clase III, Área edéntula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edéntula.

Clase IV, Área edéntula única bilateral (que atraviesa la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes.” [19]

### **Reglas de Applegate aplicables a la clasificación de Kennedy**

La clasificación de Kennedy es difícilmente aplicable en cada situación si no se siguen ciertas reglas. Applegate aportó ocho reglas aplicables al método de Kennedy.

“Regla 1. La clasificación se debe establecer después de las extracciones de los dientes que podrían alterar la clasificación original.

Regla 2. Si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado, no se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 3. Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 4. Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 5. El área (o áreas) edéntula más posterior es la que determina la clasificación.

Regla 6. Las áreas edéntulas que no determinan la clasificación se refieren como modificaciones y se designan por un número.

Regla 7. La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta, solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8. No puede haber modificaciones en las arcadas de la clase IV. (Otras áreas edéntulas posteriores a las áreas únicas bilaterales que crucen la línea media determinarían, en cambio, la clasificación; ver Regla 5.)” [19]

### **Vía de carga**

De acuerdo al soporte y transmisión de las cargas a los tejidos orales remanentes, la prótesis parcial removible se puede clasificar de la siguiente manera:

Prótesis dentosoportadas, son “aquellos dispositivos protésicos cuyo soporte o vía de carga depende exclusivamente de las piezas dentarias (pilares). Esto se da cuando hay vanos desdentados delimitados en ambos lados por piezas dentarias” [23].

Prótesis dentomucosoportadas, también llamadas prótesis de vía de carga mixta, son aquellas en que “el soporte lo brindan tanto las piezas dentarias como los tejidos blandos circundantes. En este caso, hay al menos un extremo libre” [23].

### **Conectores mayores**

Se caracterizan por ser elementos mecánicos rígidos, que unen sillas protésicas entre sí o elementos de anclaje.

En la maxila tenemos las siguientes alternativas:

- Banda palatina simple
- Combinación de una banda palatina posterior
- Conector palatino tipo placa
- Conector palatino en forma de U
- Barra palatina simple
- Barra palatina anteroposterior

Conectores mayores mandibulares, existen 6 tipos:

- Barra lingual
- Placa lingual
- Barra sublingual
- Barra lingual con barra cingular (barra continua)
- Barra cingular (barra continua)
- Barra vestibular [19]

### **Área o superficie de anclaje**

- “Cuadrangular, esta área estará determinada por los elementos de anclaje, distribuidos en los dientes pilares para así lograr una superficie de cuatro superficies. Esta zona la conocemos como zona de estabilidad protésica. Todo lo que quede dentro de ella será estable. Lo que quede fuera, ocasionará cinemática.
- Triangular, esta área estará determinada por los elementos de anclaje, distribuidos en tres superficies.
- Lineal, al diseñar los elementos de anclaje, dado el remanente dentario y la distribución de éste, obtendremos una línea de apoyo. Esta línea actuará

como un eje de giro, que será difícil de contrarrestar con el resto del diseño.”  
[22]

- Puntiforme, única superficie de anclaje.

### **Planos Guías**

Los planos guías se describen como “dos o más superficies paralelas de los dientes que están orientados en forma tal que sirven como guía en la inserción y remoción de la prótesis”. [24].

“Diferentes técnicas y artificios han sido descritos para facilitar el traspaso de la orientación de los planos guías intraoralmente desde el instrumento paralelizador”. [25]. “Se ha sugerido que el método a mano alzada es el más simple y popular, sin embargo, no es un proceso muy exacto. Pese a esto se usa ya que otras alternativas, consumen mucho tiempo de trabajo en clínica y la mayoría de los clínicos la evitan. Es así como el método a mano alzada parece ser el más viable en el uso de rutina.” [26].

### **Ajuste oclusal**

El ajuste oclusal es una “técnica mediante la cual se modifica de manera precisa las superficies oclusales de los dientes para mejorar el patrón de contacto general. Se elimina selectivamente parte de la estructura dentaria hasta que el diente cuya forma se modifica contacte de manera que satisfaga los objetivos del tratamiento. Dado que esta técnica es irreversible y comporta la eliminación de estructura dentaria, su utilidad es limitada. Así pues, deben existir unas indicaciones adecuadas antes de contemplar su utilización”. [27]

### **Bases protésicas**

La base es la “parte de la prótesis que ocupa las brechas desdentadas y a la cual se unen los dientes artificiales. Sus objetivos son: brindar sustentación a los dientes artificiales, reponer el volumen de los tejidos perdidos, contribuir con la función de soporte del aparato y favorecer a la retención del aparato”. [3].

“Se consideran dos requisitos imperativos para las bases: rigidez y contacto selectivo con el terreno”. [3]

Existen varios tipos de bases que se clasifican de acuerdo a diferentes criterios, según el material de construcción pueden ser bases de acrílico, de metal o de material blando.

Las bases de acrílico son de Polimetilmetacrilato (PMMA), las bases metálicas son de Cr-Co, metales preciosos o Titanio. Las bases de material blando pueden ser en base a acrílicos o siliconas, autocurables o termopolimerizables. [3]

### **Impresiones**

Se define como impresión la “reproducción en negativo –con los relieves invertidos– de las superficies y forma de las estructuras bucales. Para este fin se utilizan materiales en estado semiblandos y plásticos, los que después de amoldarse endurecen rápidamente y conservan la forma adquirida al ser retirados de la boca.” [28].

#### Impresiones anatómicas y funcionales:

“En relación a la nomenclatura utilizada según las calidades exigidas a la futura prótesis, las impresiones se clasifican en preliminares y funcionales.” [28]

“Impresión preliminar, es aquella con la cual se inicia la etapa de impresiones y registra la posición de los tejidos en forma pasiva” [29]. “La función básica de la impresión preliminar en prótesis totales es proyectar el soporte. Una función secundaria es proveer la base de un modelo preliminar sobre el cual se construye una cubeta individual”. [30].

“Impresión funcional, es la que registra la posición de los tejidos en condiciones de trabajo” [29]. La impresión definitiva en una prótesis total proporciona un íntimo contacto con los tejidos y un sellado periférico de la base protésica, que pretende excluir el ingreso de aire entre la base protésica y los tejidos blandos. [31]

### **Sistema perno-muñón**

Clásicamente, las técnicas de reconstrucción del diente endodonciado se han clasificado siempre en protésicas o restauradoras. Se definen como protésicas o indirectas las técnicas de reconstrucción con pernos-muñón colados o de cerámica aluminosa, realizados totalmente en el laboratorio protésico y, por tanto cementados en el lecho endodónico. Las técnicas restauradoras o directas son las que utilizan materiales de reconstrucción como amalgamas, cementos de ionómero de vidrio reforzado o composites, soportados por pernos preformados cementados en el lecho endodónico. [32]

### **Domos o tapas radiculares**

Es un diseño redondeado de 1 a 2 mm sobre el margen gingival. Estos domos están indicados en los siguientes casos:

- Dientes con obturación de la entrada al conducto en amalgama. Se incrementa el riesgo de caries y se debe, por lo tanto, implementar el pulimento a espejo y la fluorización repetida.
- Domos confeccionados en materiales como resinas de fotopolimerización y ionómeros.
- Domos colados, su uso es importante como recubrimiento cuando existe cemento expuesto y deben tener diseño de línea terminal a nivel del margen gingival y profundizar en el conducto dentario lo suficiente para lograr una buena retención. Si se usa únicamente como domo son suficientes 4 mm de longitud intrarradicular, pero si van a incorporar un elemento de retención (un ajuste, por ejemplo), deben tener una longitud de 6 mm para contrarrestar las fuerzas de desalojo. [33]

### **Ajustes, ataches o aditamentos de anclaje**

“Tipo de retenedor cuyo mecanismo de acción es por fricción, compuesto por un sistema de anclaje de dos estructuras macho/hembra, uno ubicado en el diente pilar y el otro en la prótesis removible”. [21]

Según su relación con el diente pilar pueden ser de tipo intracoronarios o extracoronarios. Es una solución estética a los sistemas convencionales de retención, cuya disposición evita exponer los componentes metálicos en las superficies. [24].

### **Prueba y ajuste de las bases metálicas**

Una vez realizado el colado es imprescindible la prueba de la prótesis en boca, su ajuste y el acabado. Todo aparato debe poder ser instalado sin provocar ningún traumatismo en las piezas dentarias que lo soportan y que han sido elegidas como pilares. Una vez instalado debe estar completamente pasivo, es decir, sin provocar la más mínima presión sobre ningún diente. Una estructura que entre forzada en una boca, será traumática y dará lugar a la movilidad de las piezas pilares, es decir, será un elemento destructor. [34]

### **Fases en la instalación de una estructura protésica**

- Inspección del colado
- Prueba de la estructura en el modelo de trabajo
- Prueba de la estructura en la boca del paciente
- Ajuste de la oclusión en la prótesis acabada [34]

### **Relaciones cráneo máxilo mandibulares**

“Para asegurar el éxito final del tratamiento en la rehabilitación de pacientes total y parcialmente desdentados, se deben cumplir rigurosamente varias etapas, tanto clínicas como de laboratorio. Una de las etapas que adquiere mayor relevancia, ya

sea en la elaboración o funcionamiento de las rehabilitaciones, es la determinación de la relaciones cráneo máxilo mandibulares” [35].

“Las relaciones máxilo mandibulares, se definen como cualquiera de las infinitas relaciones espaciales de la mandíbula con el maxilar” [21].

En todo tratamiento protésico es necesario utilizar un sistema que oriente la boca en el espacio. Con el montaje en un articulador semi-ajustable se obtiene esta orientación que permitirá hacer un análisis del plano oclusal, las relaciones intermaxilares y la dinámica bucal; realizar las correcciones necesarias oclusales y los remodelados precisos de los dientes, y finalmente montar los dientes artificiales de acuerdo a la oclusión que presenta este paciente para devolverle el funcionalismo bucal. [34]

### **Instalación y control post-instalación**

Muchos pacientes, y en particular los pacientes geriátricos, tienen serias dificultades para adaptarse a prótesis totales o parciales nuevas. Las que presentan mayor problema son las prótesis totales y las parciales inferiores, hecho de tal gravedad, que en muchos casos el paciente abandona el esfuerzo y deja de usarlas.

La comunicación directa con el paciente es de importancia vital, ya que en muchas ocasiones son los hijos u otros allegados quienes lo inducen a cambiar sus prótesis, aunque él se sienta satisfecho como está o no desee recibir tratamiento.

La instalación de cualquier tipo de prótesis requiere atención cuidadosa, tanto de la elaboración y ajuste de la prótesis misma, como de los tejidos orales del paciente. El paciente debe ser controlado a las 24 horas y luego según el criterio de paciente. Previamente a la instalación definitiva de las prótesis, éstas deben ser revisadas cuidadosamente. Las prótesis se llevan a posición y se solicita al paciente que ocluya, succiones y degluta; luego, se establece con él un tema de conversación para corroborar una perfecta extensión de la prótesis de la zona neutra, además es necesario verificar la oclusión con papel de articular en herradura, en posición

estática y en dinámica. Finalmente se informará al paciente de los posibles eventos y problemas que deberá afrontar como parte del proceso de adaptación. [33]

Se instruye al paciente acerca del aseo y mantenimiento que debe observar, tanto con la prótesis como con los tejidos subyacentes.

Luego de instalación y si se han tomado todas las precauciones y se ha seguido una técnica cuidadosa, las molestias deben ser mínimas e incluso puede que no existan. [33]

En los controles post-instalación, se debe escuchar atentamente las quejas del paciente respecto del sitio, ocasión y tipo de dolor que padece. Es posible que éste se presente sólo en el momento de la inserción o al ocluir. Realizar un examen clínico cuidadoso de los tejidos, la prótesis en sí misma y de la prótesis en posición. Palpar la mucosa oral en toda la extensión de la zona de soporte y los surcos con el fin de detectar sitios dolorosos. Corroborar los hallazgos con una minuciosa inspección visual a fin de localizar zonas enrojecidas o ulceradas. Colocar la prótesis, verificar el sitio de lesión y revisar la estructura protésica. Verificar la oclusión con papel articular en forma de herradura. Una vez corroborada la relación causa-efecto de la lesión o el dolor, se debe realizar desgaste. Si el paciente relata dolor y ulceración junto a los bordes de la prótesis se puede deber a prótesis sobreextendida o a la presencia de bordes filosos o irregulares. En estos casos debe realizarse el desgaste con precaución. Si se detecta un contacto prematuro, éste debe desgastarse sin tocar por ningún motivo la superficie noble de la prótesis aun cuando exista lesión, hasta tanto no se haya corregido la oclusión. [33]

### **Propósito de la investigación**

Para realizar la siguiente investigación se plantea la siguiente interrogante:

¿Qué tratamientos fueron realizados a los pacientes asistentes a la Clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología durante el periodo 2009 a 2012?

### **Justificación de la Investigación**

El presente estudio se enmarca en la búsqueda de información epidemiológica relevante en base a los tratamientos que se realizaron en la Clínica de Prótesis removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, en un período de 4 años (2009 al 2012) y que se encuentra adscrito a el Proyecto Pri - ODO en “Caracterización epidemiológica de pacientes desdentados parciales atendidos en la clínica odontológica de la Facultad de odontología de la universidad de Chile”.

Cada año se reciben nuevos pacientes y alumnos en la Clínica de Prótesis Removible, con una amplia gama de patologías y secuelas, en los cuales se realizan diversos tratamientos. Durante los últimos 20 años se ha llevado un registro de las distintas acciones terapéuticas realizadas en la clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, sin embargo, no se ha hecho un levantamiento de la información, ni se conoce la calidad del registro. Esto conlleva a una doble problemática. Por un lado afecta la gestión de la clínica, que podría tornarla ineficiente y por el otro no hay registro del cambio que se produce a nivel poblacional del tratamiento del desdentamiento en esta facultad, específicamente de prótesis removible. Es necesario comenzar el registro sistemático de esta información de modo de conocer lo que se ha hecho en el pasado reciente y mejorar los medios de registro de la información en el futuro, esto con la finalidad de mejorar dos ámbitos que son fundamentales en una escuela odontológica, que son la calidad del servicio y la mejor enseñanza, además de otros aspectos que también son fundamentales como la optimización de recursos, tanto humanos como económicos, que están ligados e implícitos en todo el quehacer odontológico y de la enseñanza de este.

Además de los medios de registro, también es necesario describir los tratamientos realizados en la clínica de prótesis removible de la universidad de Chile, para entender si ha cambiado o de qué manera están cambiando a nivel poblacional los pacientes que acuden al servicio de atención y con esto que la clínica pueda ajustarse de la mejor manera posible a las necesidades actuales de los pacientes, entendiendo que son parte de una población que día a día presenta cambios a nivel demográfico y social.

Registrando lo que se ha hecho es posible analizar las fortalezas y debilidades del

sistema de atención y enseñanza de la clínica de Prótesis Removible de Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

## **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

### **HIPÓTESIS**

El presente estudio es de tipo descriptivo retrospectivo, no se realizará una hipótesis de trabajo, sólo describirá la muestra de acuerdo a sus objetivos. De esta manera se pretende responder a la pregunta de investigación.

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir cuáles fueron los tratamientos realizados a los pacientes asistentes a la Clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, durante el periodo comprendido entre los años 2009 y 2012.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Describir el tipo, cantidad y/o porcentaje de los tratamientos planificados y realizados de los pacientes atendidos en la clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
- b) Describir la relación entre los tratamientos que lograron realizar la prótesis o las prótesis y aquellos que no se logró realizar las o las prótesis.
- c) Describir la relación de tratamientos que contaban o no con diseño protésico.
- d) Describir las variables demográficas que estén presente en el instrumento "Ficha Clínica".
- e) Describir la relación entre las sesiones planificadas y las realizadas.
- f) Describir las inasistencias de pacientes.

- g) Describir la relación entre los datos consignados y no consignados en la ficha clínica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio descriptivo retrospectivo. Se centrará en la descripción de los tratamientos planificados y realizados en la Clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (FOUCh) en el período comprendido entre los años 2009 a 2012.

### Recolección de información

La recolección de información se realizará mediante revisión sistemática de copias de las fichas clínicas de los pacientes tratados en la Clínica de Prótesis Removible, durante el período académico comprendido entre los años 2009 y 2012, fichas clínicas que fueron anonimizadas, de manera de conservar la confidencialidad de los pacientes involucrados, previa autorización durante el año 2012 del Director de Clínica y del Director del Departamento de Prótesis 2012.

Las fichas clínicas de las que se obtuvieron las copias fueron obtenidas de la mesa central de la clínica de la FOUCh en el año 2012, con la finalidad de llevar a cabo las investigaciones adscritas al Proyecto PRI - ODO en “Caracterización epidemiológica de pacientes desdentados parciales, atendidos en la clínica odontológica de la Facultad de odontología de la Universidad de Chile”.

El número total de fichas clínicas son 895, distribuidas por año de la siguiente manera:

**Tabla 1. Distribución de fichas de la clínica de Prótesis Removible por año.**

<b>Año</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Número de fichas</b>	187	199	296	213	895

La muestra de fichas clínicas de pacientes quedó definida según los criterios de inclusión y exclusión, de la siguiente manera:

**Tabla 2. Distribución de fichas de la clínica de Prótesis Removible utilizadas en la muestra por año.**

<b>Año</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Número de fichas</b>	147	146	199	96	588

Por lo tanto, de un total de 895 fichas clínicas, se excluyeron un total de 307, desglosadas de tal manera que 127 de ellas no se encontraron en la central de fichas, 66 correspondieron a pacientes que abandonaron el tratamiento antes que se iniciara, 19 pertenecían a otra asignatura y 95 fueron de pacientes que acudieron por control protésico.

### **Universo**

Pacientes desdentados parciales que acuden a la clínica de Prótesis Removible de la FOUC.

### **Muestra**

La muestra estuvo constituida por 588 pacientes parcial o totalmente desdentados, que acudieron a la clínica de Prótesis Removible de la FOUC. durante el período académico comprendido entre los años 2009 y 2012, quedando definida por los criterios de inclusión y exclusión que se expresan a continuación.

### **Criterios de Inclusión**

Fichas clínicas de pacientes almacenadas en la central de fichas de la FOUC al momento de la recolección de datos.

Fichas clínicas que contengan explícitamente toda la información necesaria para el estudio.

Fichas clínicas en que se haya comenzado en tratamiento protésico.

### **Criterios de Exclusión**

Fichas clínicas que presenten errores de transcripción o datos no claros.

Fichas clínicas de pacientes que hayan abandonado el tratamiento antes de iniciar

el tratamiento protésico.

Fichas clínicas que correspondan a pacientes de control protésico.

Fichas clínicas de pacientes correspondientes a otras asignaturas.

### **Análisis de datos**

Una vez recolectados los datos, estos fueron tabulados operacionalizando las variables con el programa Microsoft® Excel® 2013 para Windows 8.1 (Anexo 1, Ilustración 1 y 2), con el cual se realizaron posteriormente tablas y gráficos que representaron los resultados.

El análisis de los datos estadísticos se realizó utilizando los softwares IBM SPSS 20 para Windows 8.1 y Stata/IC 12.0 para Mac OSX y Windows 8.1.

## RESULTADOS

### Características demográficas

#### Género y Edad

Tabla 1 Distribución de la muestra por sexo, rango de edad y edad promedio

Género	Frecuencia		Tramo edad								Edad años			
			18 - 34 años		35 - 44 años		45 - 64 años		≥ 65 años		$\bar{X}$	DS±	Min.	Max.
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Femenino	432	73,5	3	0,70	30	6,90	280	64,80	115	26,60	57,8	10,22	30	85
Masculino	155	26,4	4	2,60	14	9,00	86	55,50	51	32,90	58,7	11,43	27	86
<b>Total</b>	<b>587</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>1,19</b>	<b>44</b>	<b>7,50</b>	<b>366</b>	<b>62,35</b>	<b>166</b>	<b>28,28</b>	<b>58,06</b>	<b>10,55</b>	<b>582</b>	<b>582</b>

Gráfico 2 Distribución de la muestra por sexo

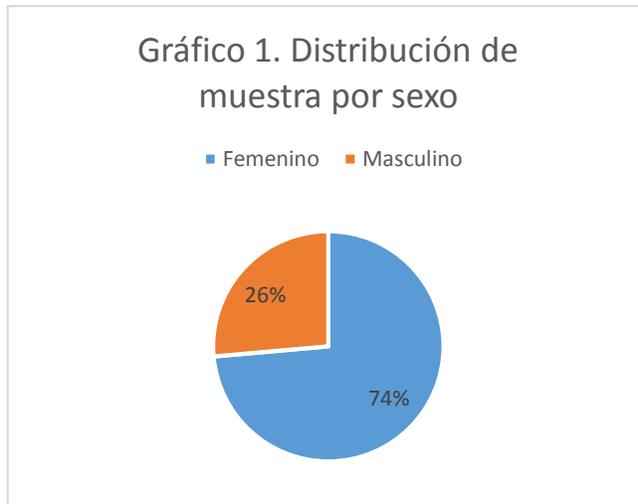
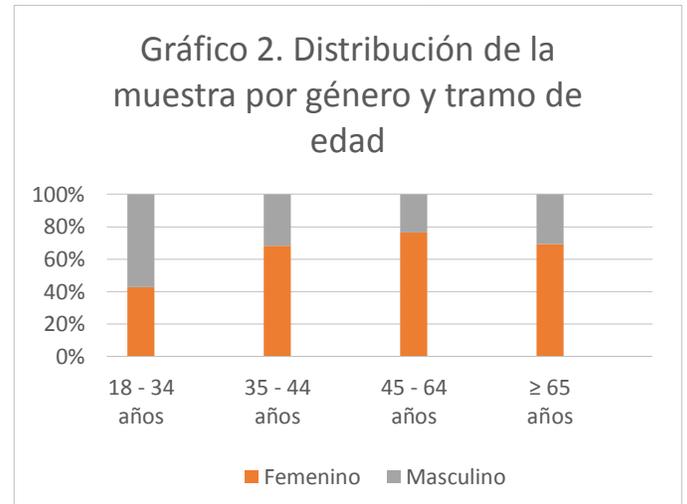


Gráfico 1 Distribución de la muestra por género y tramo de edad



La muestra se compone de 588 individuos, de los cuales el 73,5% (n=432) fueron mujeres y el 26,4% (n=155) hombres, con una proporción femenino masculino de 1:0,35. La edad no fue registrada para 5 pacientes (0,85% del total de la muestra). Los tramos etarios quedaron definidos de tal forma que el de 45 a 64 años representa el 62,35% (n=366) de la población total, el de 65 años y más un 28,28% (n=166) y los dos primeros tramos, de 18 a 34 (n=7) y de 35 a 45 años (n=44) sumados llegan a un 8,69% del total de la muestra.

La edad promedio de la muestra fue de  $58,06 \pm 10,55$  años, con un rango entre los 27 y 86 años. En mujeres fue de  $57,8 \pm 10,22$  años y en hombres de  $58,7 \pm 11,43$ .

## Comuna de Residencia.

Tabla 2 Distribución de la muestra por comuna de residencia agrupadas por provincia

Provincia	Comuna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SANTIAGO	Cerrillos	6	1,02%	1,0
	Cerro Navia	10	1,70%	2,7
	Conchalí	41	6,97%	10,4
	El Bosque	11	1,87%	12,8
	Estación Central	15	2,55%	15,5
	Huechuraba	22	3,74%	19,6
	Independencia	34	5,78%	25,3
	La Cisterna	5	0,85%	26,4
	La Florida	32	5,44%	31,8
	La Granja	12	2,04%	33,8
	La Pintana	3	0,51%	34,4
	La Reina	5	0,85%	35,2
	Las Condes	7	1,19%	38,8
	Lo Barnechea	1	0,17%	38,9
	Lo Espejo	3	0,51%	39,5
	Lo Prado	10	1,70%	41,2
	Macul	5	0,85%	42,5
	Maipú	38	6,46%	49,0
	Ñuñoa	9	1,53%	50,7
	Pedro Aguirre Cerda	7	1,19%	51,9
	Pudahuel	23	3,91%	61,9
	Quilicura	23	3,91%	66,5
	Quinta Normal	11	1,87%	68,4
	Recoleta	51	8,67%	77,6
	Renca	22	3,74%	81,3
	San Joaquín	11	1,87%	87,6
	San Miguel	9	1,53%	89,1
	San Ramón	9	1,53%	90,6
	Santiago	38	6,46%	97,1
	Vitacura	2	0,34%	98,3

CORDILLERA	Peñalolén	12	2,04%	54,4
	Providencia	5	0,85%	55,3
	Puente Alto	19	3,23%	59,5
CHACABUCO	Colina	4	0,68%	3,4
	Lampa	14	2,38%	37,6
	Til Til	1	0,17%	97,6
MAIPO	San Bernardo	9	1,53%	83,2
MELIPILLA	Curacaví	1	0,17%	10,7
TALAGANTE	Isla de Maipo	1	0,17%	25,5
	Padre Hurtado	1	0,17%	52,0
	Peñafor	2	0,34%	52,4
	Talagante	2	0,34%	97,4
REGIONES	Curicó	1	0,17%	10,9
	Coquimbo	1	0,17%	10,5
	El Quisco	1	0,17%	12,9
	Molina	1	0,17%	49,1
	Graneros	2	0,34%	15,8
	Los Andes	2	0,34%	41,5
	Los Vilos	1	0,17%	41,7
	Puerto Saavedra	1	0,17%	62,6
	Rancagua	3	0,51%	68,9
	San Antonio	2	0,34%	81,6
	San Esteban	13	2,21%	85,4
	San Fernando	1	0,17%	85,5
	San Francisco de Mostazal	1	0,17%	85,7
	Valparaíso	1	0,17%	97,8
	Viña del Mar	1	0,17%	98,0
NO CONSIGNADO		10	1,70%	100,0
<b>TOTAL</b>		<b>588</b>		

La población que fue atendida en la clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile residía en distintas comunas de la Región Metropolitana, incluyendo a 32 pacientes (5,44%) que provenían de otras regiones (IV, V, VI, VII y IX Región).

Las comunas que registraron más número de individuos que se atendieron en la clínica, en orden descendente fueron las de Recoleta (8,67%, n=51), Conchalí (6,97%, n=41), Maipú (6,46%, n=38), Santiago (6,46%, n=38), La Florida (5,44%, n=32), Independencia (5,78%, n=34), Quilicura (3,91%, n=23), Pudahuel (3,91%,

n=23), Huechuraba (3,74%, n=22) y Renca (3,74%, n=22) que sumadas correspondieron al 55,10% de la población.

Al sectorizar la provincia de Santiago, se observa que la mayoría de la población estudiada proviene del sector Norte (Conchalí, Huechuraba, Independencia, Quilicura y Recoleta), con un 17,24% del total de la muestra de comunas.

La ficha clínica presenta un orden establecido para la consignación de los datos, la descripción seguirá este orden con tal de dar una lógica a los datos consignados. De acuerdo a la ficha clínica, está en primer lugar la planificación del tratamiento general, que consiste en un ítem de llenado a mano por parte del alumno de todo lo que se realizará. En este ítem se consigna: Referencias (derivaciones) o Interconsultas a diferentes especialidades, planificación de exodoncias, planificación de implantes dentales, instrucción de higiene oral, terapia periodontal, operatoria, prótesis fija y prótesis removible superior y/o inferior.

## Planificación del tratamiento

### Derivación, interconsulta y especialidad correspondiente

Gráfico 3 Porcentajes derivaciones e interconsultas



El gráfico 3 muestra que la especialidad más requerida es Endodoncia, con un 32% del total de las derivaciones, le sigue con un 21% la especialidad de Cirugía de la FOUC, con motivo de exodoncias. El 12 % correspondió a derivaciones al médico

tratante para pase médico, así como el 10% enviado a medicina general. Hubo un 8% de la muestra que fue derivada a la especialidad periodoncia, 5% a operatoria y un 12% restante fueron derivaciones que tenían menos de un 5% del total de la muestra y que se evidencia en la tabla 6.

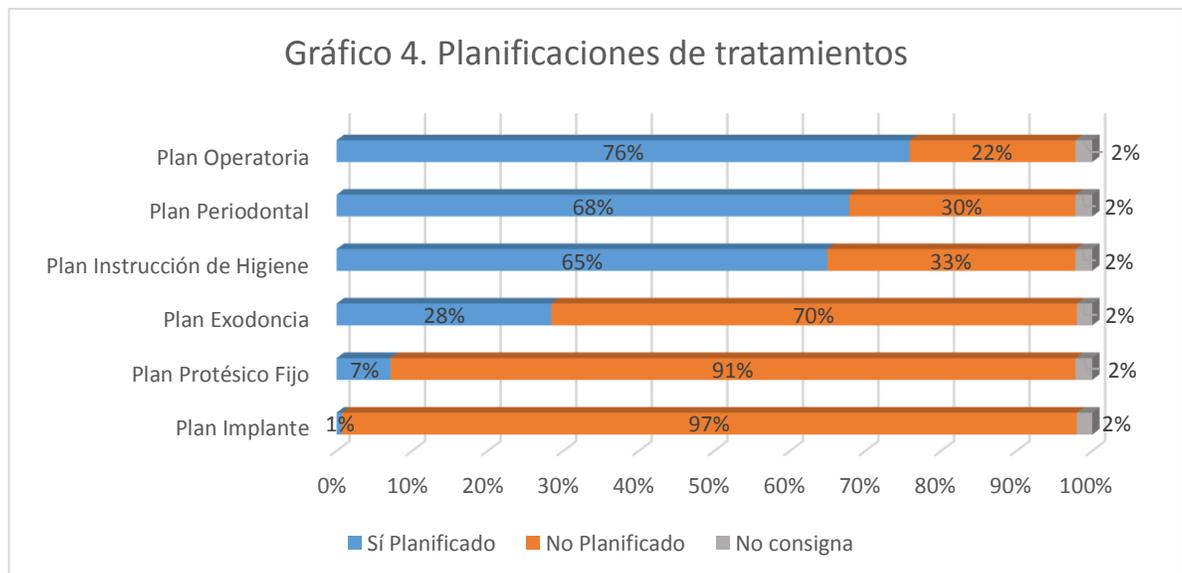
*Tabla 3 Distribución de la muestra por especialidad y género*

Especialidad	Genero			Total	%
	Femenino	Masculino	No Consignado		
<b>Biopsia</b>	1	0	0	1	1%
<b>Cardiólogo</b>	1	0	0	1	1%
<b>Centro de Salud</b>	1	0	0	1	1%
<b>Cirugía FOUC</b>	12	10	0	22	21%
<b>Diabetólogo</b>	2	0	0	2	2%
<b>Endocrinólogo</b>	1	0	0	1	1%
<b>Endodoncia</b>	25	4	0	29	32%
<b>Geriatría</b>	1	0	0	1	1%
<b>Implantología</b>	1	0	1	2	2%
<b>Médico tratante</b>	6	6	0	12	12%
<b>Medicina General</b>	8	2	0	10	10%
<b>Oclusión</b>	1	1	0	2	2%
<b>Operatoria</b>	4	2	0	6	5%
<b>Periodoncia</b>	3	3	0	6	8%
<b>Psiquiatría</b>	1	1	0	2	2%
<b>Prótesis Fija FOUC</b>	2	0	0	2	2%
<b>Traumatólogo</b>	1	0	0	1	1%
<b>Cirugía-Endodoncia</b>	1	0	0	1	1%
<b>Endodoncia-Implantes</b>	1	0	0	1	1%
<b>Endodoncia-Periodoncia</b>	2	0	0	2	2%
<b>Endodoncia-Cirugía</b>	1	0	0	1	1%
<b>Endodoncia-Medicina General</b>	1	0	0	1	1%
<b>Endodoncia-Médico Tratante</b>	1	0	0	1	1%
<b>Periodoncia-Médico Tratante</b>	0	1	0	1	1%
<b>Periodoncia-Operatoria</b>	1	0	0	1	1%
<b>Cirugía Ancho Biológico</b>	2	0	0	2	2%
<b>Total</b>	81	30	1	112	100%

En la tabla 3 muestra que se realizaron 112 derivaciones de un total de 588. Estas derivaciones corresponden a 18 especialidades. Además se realizaron derivaciones a más de 1 especialidad (2 especialidades), que se agruparon en 7 pares. En total se realizaron 112 derivaciones y 9 (8% fueron a 2 especialidades). Además las especialidades con menos derivaciones fueron las con un 2%: Diabetología, Implantología, Oclusión, Psiquiatría, Prótesis Fija de la FOUC, Cirugía de ancho biológico. Y con un 1% del total de la muestra: Cirugía (Biopsia), Cardiología, a Centro de Salud (inespecífico), Endocrinología, Geriatria y Traumatología.

### Planificación de: extracciones, tratamiento con implantes, instrucción de higiene oral, terapia periodontal, operatoria y prótesis fija

Gráfico 4 Planificaciones de tratamientos



Las operatorias que fueron planificadas corresponden a un 76% del total de la muestra, por el contrario en un 22% de la muestra no se planificó tratamientos de operatoria.

La planificación de tratamiento periodontal correspondió a un 68% del total de la muestra y un 30% no planificó tratamiento periodontal.

En relación a la instrucción de higiene oral sólo el 65% planificó la realización de ésta dentro del tratamiento rehabilitador, y un 33% no consideró dejar escrito en la

planificación la realización de la instrucción de higiene oral.

Un 28% de la muestra registró en su planificación la indicación de exodoncias, una o más exodoncias, y en un 70% que no se requería de exodoncias.

El 7% de la muestra planificó la necesidad de realizar algún tipo de rehabilitación protésica fija y en un 91% no se requería de este tipo de rehabilitación.

En cuanto a la planificación de implantes, asociados como complementación al tratamiento protésico removible existe un 1% que planificó y un 97% que no lo planificó.

En cuanto a la nula consignación de datos en la sección de la ficha clínica de planificación existió un 2% del total de la muestra que no consignó dato alguno en ésta sección.

Tabla 4 Distribución de la muestra, según planificación de tratamientos, su frecuencia y porcentaje

Planificación		Frecuencia	%	% acumulado
<b>Plan Exodoncia</b>	No	409	69,6 %	69,6 %
	Sí	167	28,4 %	98 %
	No consigna	12	2 %	100 %
	Total	588	100 %	
<b>Plan Implante</b>	No	572	97,3 %	97,3 %
	Sí	4	0,7 %	98 %
	No consigna	12	2 %	100 %
	Total	588	100 %	
<b>Plan Instrucción de Higiene</b>	No	193	32,8 %	32,8 %
	Sí	382	65 %	97,8 %
	No consigna	13	2,2 %	100 %
	Total	588	100 %	
<b>Plan Periodontal</b>	No	176	29,9 %	29,9 %
	Sí	399	67,9 %	97,8 %
	No consigna	13	2,2 %	100 %
	Total	588	100 %	
<b>Plan Operatoria</b>	No	129	21,9 %	21,9 %
	Sí	446	75,9 %	97,8 %
	No consigna	13	2,2 %	100 %
	Total	588	100 %	
<b>Plan Protésico Fijo</b>	No	533	90,6 %	90,6 %
	Sí	42	7,1 %	97,8 %
	No consigna	13	2,2 %	100 %
	Total	588	100 %	

La planificación que más se realizó fue la de operatoria con 446 planificaciones que constituyen un 75,9% del total de la muestra. Le sigue el tratamiento periodontal con 399 planificaciones que equivalen a un 67,9% del total de la muestra. Luego la planificación de la IHO, con 382 planificaciones que son equivalentes al 65% del total de la muestra. La planificación de exodoncias fue de 167, que equivalen a

28,4% del total de la muestra. Ahora bien, para la planificación de Prótesis Fija e Implantes corresponden a 42 y 4 respectivamente que equivalen a un 7% y 1% respectivamente.

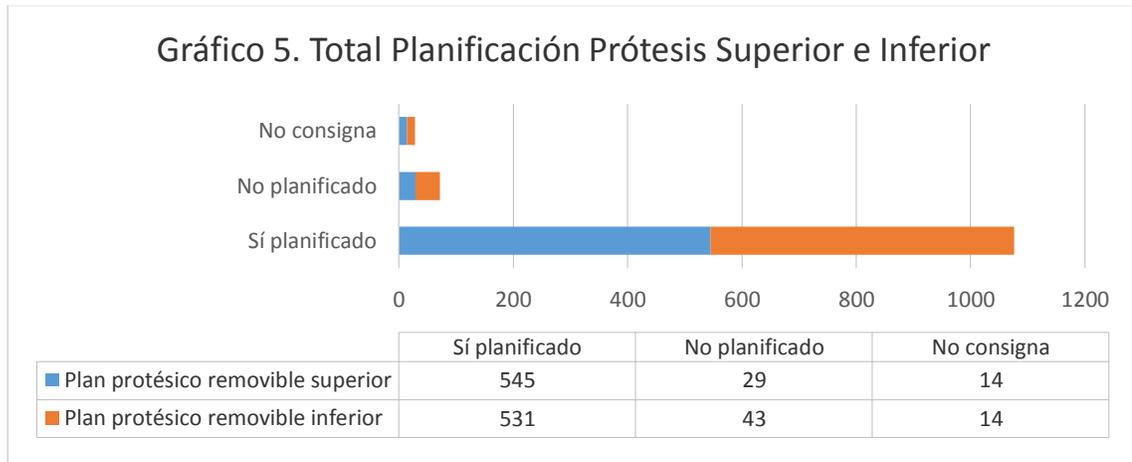
### Planificación del tratamiento protético removible superior e inferior

*Tabla 5 Distribución de la muestra según planificación protésica removible superior e inferior*

Plan protésico removible		Frecuencia	Porcentaje
<b>Plan protésico removible superior</b>	No	29	4,9%
	Sí	545	92,7%
	No consignado	14	2,4%
	Total	588	100,0%
<b>Plan protésico removible inferior</b>	No	43	7,3%
	Sí	531	90,3%
	No consignado	14	2,4%
	Total	588	100,0%

La tabla 5, describe la planificación protésica removible tanto superior como inferior. La planificación protésica superior alcanzó a 545, que equivale a 92,7% del total de la muestra, 29 no planificaron la realización de la prótesis superior, que equivale a un 4.9% del total de la muestra. Y en 14 casos, que equivale a 2,4% del total de la muestra, no se consignó información alguna en es esta sección de la ficha clínica. La planificación protésica inferior alcanzó a 531, que equivale a 90,3% del total de la muestra, 43 no planificaron la realización de la prótesis inferior, que equivale a un 7.3% del total de la muestra. Y al igual que la planificación superior en 14 casos, que equivale a 2.4% del total de la muestra, no consigno información alguna en esta sección de la ficha clínica.

Gráfico 5 Total planificación Prótesis Superior e Inferior



El gráfico 5, muestra la distribución en cantidades de las planificaciones protésicas removibles, tanto superiores como inferiores. Los casos donde no hubo planificación y los casos donde no hubo consignación de datos.

Tabla 6 Distribución de la muestra según planificación protésica removible superior e inferior y género

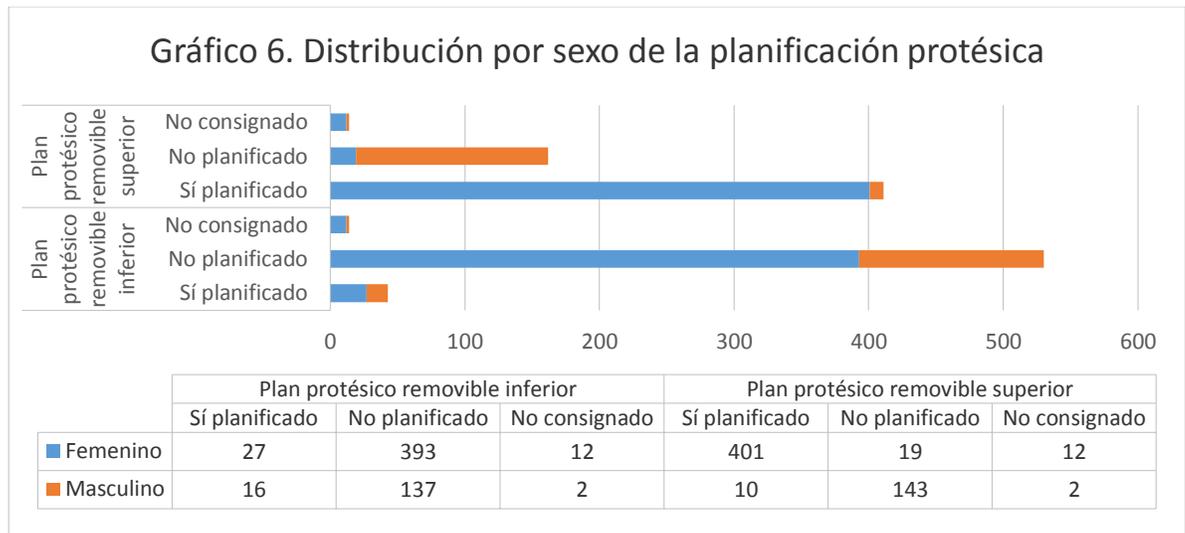
Prótesis Removibles planificadas según género		Género				
		Femenino		Masculino		No consignado
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento
Plan protésico removible superior	Sí	401	68,19%	143	24,32%	1
	No	19	3,23%	10	1,70%	0
	No consignado	12	2,04%	2	0,34%	0
Plan protésico removible inferior	Sí	393	66,84%	137	23,30%	1
	No	27	4,59%	16	2,72%	0
	No consignado	12	2,04%	2	0,34%	0

La tabla 6, muestra que para la planificación protésica removible superior, la muestra se distribuyó en 401 planificaciones para pacientes de género femenino, que corresponde a 68,19% del total de las planificaciones superiores. Y 143 planificaciones en pacientes de género masculino, que equivalen a 24,32% del total

de las planificaciones superiores.

En la planificación protésica removible inferior la muestra se distribuyó en 393 planificaciones para pacientes de género femenino, que corresponde a 68,84% del total de las planificaciones inferiores. Y 137 planificaciones en pacientes de género masculino, que equivalen a 23,30% del total de las planificaciones superiores.

Gráfico 6 Distribución planificación protésica removible por género



El gráfico 6, muestra la distribución de la muestra en cuanto a planificación protésica removible superior e inferior y según género.

En el caso de las planificaciones superiores la mayor concentración de éstos es en el género femenino (401 casos) en comparación con los pacientes de género masculino (10 casos), en cuanto a los casos no planificados hubo mayor cantidad en el género masculino (143 casos) en comparación al femenino (19 casos). También existió una cantidad de casos en los que no se consignó información alguna en esta sección en la ficha clínica (14 casos).

En la arcada inferior la planificación protésica se concentra en el género femenino, con 27 casos en comparación con los masculinos que llegan a ser 16 casos.

La muestra en el caso de la arcada inferior tiene una marcada concentración en los casos que no planificaron la realización de la prótesis inferior, que llegan a ser 393 casos del género femenino y 137 del masculino. También existió una cantidad (14

casos) en los que no se consignó información alguna en esta sección de la ficha clínica.

*Tabla 7 Cruce de planificación protésica removible superior e inferior*

		Plan Protésico Removible Inferior			Total
		No	Sí	No consignado	
Plan Protésico Removible Superior	No	0	30	0	30
	Sí	43	502	0	545
	No consignado	0	0	13	13
Total		43	532	13	588

De acuerdo a la tabla 7, hubo una planificación total de 43 prótesis sólo superiores, es decir que el plan de tratamiento consistía exclusivamente de la prótesis parcial removible superior. Por otro lado, 30 fueron las planificaciones de las prótesis exclusivamente inferiores. Además se planificaron 502 juegos de prótesis, tanto superior como inferior. Hubo 13 fichas clínicas donde no se realizó registro alguno en esta sección de la ficha.

### **Planificación de diseño protético**

*Tabla 8 Distribución porcentual de la muestra según dibujo protésico, superior*

Dibujo Prótesis Superior	Dibujado	485	82,50%
	Incompleto	5	0,90%
	No Consignado	98	16,70%
Total		588	

De las 588 fichas, hubo un total de 485, de quienes realizaron el dibujo del diseño protésico, esto equivale a un 82,50% del total de la muestra, un 0,90% del total de la muestra no realizó un dibujo completo. Un 16,70% del total de la muestra, no realizaron consignación alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 9 Distribución porcentual de la muestra según clase de Kennedy, superior

<b>Clase de Kennedy Superior</b>	Desdentado Total	43	 7,30%
	Clase I	94	 16,00%
	Clase II	160	 27,20%
	Clase III	227	 38,60%
	Clase IV	14	 2,40%
	No Aplica	31	 5,30%
	No Consignado	19	 3,20%
	<b>Total</b>	588	

Las dentaduras superiores de la muestra dieron como mayor porcentaje a la clase III de Kennedy con 227 arcadas superiores, que equivalen a 38,60% del total de la muestra. En segundo lugar de mayor a menor porcentaje se encuentra la clase II de Kennedy, con 27,20% del total de la muestra. La clase I, sigue este orden con 16,00% del total de la muestra. Le siguen en porcentaje con un 7,30% las arcadas superiores desdentadas completas y en último lugar se encuentra la clase IV de Kennedy con un 2,40% del total de la muestra. Hubo 31 casos, equivalentes a un 5,30% del total de la muestra que no aplicaba la clasificación por ser tratamientos sólo enfocados en la rehabilitación protésica inferior. Además hubo 19 casos, equivalentes a un 3,20% del total de la muestra que no realizó consignación alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 10 Distribución de la muestra porcentual de modificaciones de la dentadura, superior

<b>Modificación Superior</b>	0	118	 20,10%
	1	198	 33,70%
	2	154	 26,20%
	3	43	 7,30%
	4	8	 1,40%
	No Aplica	50	 8,50%
	No Consignado	17	 2,90%
	<b>Total</b>	588	

Las modificaciones de las arcadas superiores de la muestra en orden de mayor a menor corresponden a la modificación 1, con 198 casos, equivalente a 33,70% del total de la muestra. Luego la modificación 2, con 154 casos, equivalente a 26,20% del total de la muestra. Le siguen los casos sin modificación, que alcanzaron los 118 casos, equivalente al 20,10% del total de la muestra. Siguiendo el orden se encuentra la modificación 3 y la 4 con 7,30% y 1,40% respectivamente, del total de la muestra. Hubo 50 casos, equivalente al 8,50% del total de la muestra, en los que no aplicaba esta clasificación, debido a la existencia de pacientes desdentados

totales y al no estar planificada la rehabilitación protésica superior, sólo realizar la rehabilitación inferior. También existieron 17 casos, equivalente al 2,90% del total de la muestra, que no realizaron consignación alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 11 Distribución porcentual de la muestra según soporte protésico, superior

<b>Soporte Superior</b>	Mixto	272	46,30%
	Dentario	206	35,00%
	Mucoso	64	10,90%
	No Aplica	30	5,10%
	No Consignado	16	2,70%
	<b>Total</b>	588	

El soporte superior más planificado fue el mixto con 272 casos, equivalente al 46,30% del total de la muestra. Seguido fue el soporte dentario con 206 casos, equivalente al 35,00% del total de la muestra. En último lugar el soporte mucoso con 64 casos, equivalente al 10,90% del total de la muestra. Así mismo hubo 30 casos, equivalente a 5,10% del total de la muestra en los que no aplicaba esta clasificación, por ser casos en los que se rehabilitaría sólo la arcada inferior. También hubo 16 casos, equivalente al 2,70% del total de la muestra, en los que no se realizó consignación alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 12 Distribución de la muestra según anclaje protésico superior

<b>Anclaje Superior</b>	Cuadrangular	227	38,60%
	Triangular	128	21,80%
	Lineal	80	13,60%
	Puntiforme	13	2,20%
	Pentagonal	5	0,90%
	No Aplica	61	10,40%
	No Consignado	74	12,60%
	<b>Total</b>	588	

En relación al anclaje, la muestra estuvo inclinada en el de tipo Cuadrangular con 227 casos, equivalente al 38,60% del total de la muestra, seguido de este se encuentra el tipo Triangular con 128 casos, equivalente al 21,80% del total de la muestra. Luego el tipo lineal con 80 casos, equivalente al 13,60% del total de la muestra. Seguido de éste se encuentra el de tipo puntiforme con 13 casos, equivalente al 2,20% del total de la muestra. Y en último lugar el anclaje de tipo

pentagonal, con 5 casos, equivalente al 0,90% del total de la muestra.

Existieron 61 casos en los que no aplicaba esta clasificación, al ser casos en los que había un desdentamiento total y los casos en los que sólo estaba planificada la rehabilitación de la arcada inferior. También hubo 74 casos, equivalente al 12,60%, en los que no se consignó información alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 13 Distribución de la muestra según tipo de impresión a realizar, superior

<b>Impresión Superior</b>	Funcional	260	44,20%
	Anatómica	179	30,40%
	No Aplica	30	5,10%
	No Consignado	119	20,20%
	<b>Total</b>	588	

El tipo de impresión superior más planificada fue la de tipo funcional, con 266 casos, equivalente al 44,20% del total de la muestra. En segundo lugar la impresión anatómica con 179 casos, equivalente al 30,40% del total de la muestra. Hubo 30 casos, equivalente al 5,10% del total de la muestra en la no aplicaba esta clasificación por ser casos en los que estaba planificada sólo la rehabilitación protésica inferior. También hubo 119 casos, equivalente al 20,20% del total de la muestra en los que no se consignó información alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 14 Distribución de la muestra según tipo de conector mayor a utilizar, superior

<b>Conector Mayor Superior</b>	Cinta Palatina	266	45,20%
	Acrílico	70	11,90%
	Placa Palatina	69	11,70%
	Herradura	44	7,50%
	Doble Barra	24	4,10%
	Camiseta	9	1,50%
	No Aplica	39	6,60%
	No Consignado	67	11,40%
	<b>Total</b>	588	

En relación al tipo de conector mayor superior seleccionado, fue la Cinta Palatina la con mayor cantidad seleccionada, con 266 casos, equivalente al 45,20% del total

de la muestra. Luego con 70 casos, equivalente al 11,90% fue el conector mayor acrílico, que corresponde a las prótesis completamente acrílicas planificadas. Le sigue la Placa Palatina con 69 casos, equivalente al 11,70% del total de la muestra. Seguido está la Herradura con 44 casos, equivalente al 7,50% del total de la muestra. Luego está la Doble Barra con 24 casos, equivalente a 4,10% del total de la muestra. Y en último lugar está la Camiseta con 9 casos, equivalente a 1,50% del total de la muestra. En 39 casos no aplicaba esta clasificación que equivale al 6,60% del total de la muestra, por ser casos que donde sólo se planificó realizar prótesis inferior. También hubo 67 casos, equivalente al 11,40% del total de la muestra en los que no se consignó información alguna en esta sección de la ficha clínica.

### Planificación diseño protésico inferior

Tabla 15 Distribución porcentual de la muestra según dibujo protésico, inferior

<b>Dibujado Inferior</b>	Dibujado	490	83,30%
	No Aplica	43	7,30%
	No Consignado	55	9,40%
	<b>Total</b>	588	

De las 588 fichas, hubo un total de 490, de quienes realizaron el dibujo del diseño protésico, esto equivale a un 83,50% del total de la muestra. En 43 casos, equivalente al 7,30% no se realizó el dibujo por tratarse de casos en lo que se planificó sólo la rehabilitación protésica superior. 55 casos, equivalente al 9,40% del total de la muestra, no realizaron consignación alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 16 Distribución porcentual de la muestra según clase de Kennedy, inferior

<b>Clase de Kennedy Inferior</b>	Clase I	202	34,40%
	Clase II	171	29,10%
	Clase III	157	26,70%
	Desdentado Total	4	0,70%
	Clase IV	2	0,30%
	No Aplica	43	7,30%
	No Consignado	9	1,50%
	<b>Total</b>	588	

Las dentaduras inferiores de la muestra dieron como mayor porcentaje a la clase I de Kennedy con 202 arcadas superiores, que equivalen a 34,40% del total de la

muestra. En segundo lugar de mayor a menor porcentaje se encuentra la clase II de Kennedy, con 29,10% del total de la muestra. La clase III, sigue este orden con 26,70% del total de la muestra. Le siguen en porcentaje con un 0,70% las arcadas inferiores desdentadas totales y en último lugar se encuentra la clase IV de Kennedy con un 0,30% del total de la muestra. Hubo 43 casos, equivalentes a un 7,30% del total de la muestra que no aplicaba la clasificación por ser tratamientos sólo enfocados en la rehabilitación protésica superior. Además hubo 9 casos, equivalentes a un 1,50% del total de la muestra que no realizó consignación alguna en esta sección de la ficha clínica.

*Tabla 17 Distribución de la muestra porcentual de modificaciones de la dentadura, inferior*

<b>Modificación Inferior</b>	1	263	44,73%
	0	188	31,97%
	2	71	12,07%
	3	11	1,87%
	No Aplica	47	7,99%
	No Consignado	8	1,36%
	<b>Total</b>	588	

Las modificaciones de las arcadas superiores de la muestra en orden de mayor a menor corresponden a la modificación 1, con 263 casos, equivalente a 44,73% del total de la muestra. Luego continúa las arcadas sin modificación, con 188 casos, equivalente a 31,97% del total de la muestra. Le siguen los casos con modificación 2, que alcanzaron los 71 casos, equivalente al 12,07% del total de la muestra. Siguiendo el orden se encuentra la modificación 3 con el 1,87%, del total de la muestra. Hubo 47 casos, equivalente al 7,99% del total de la muestra, en los que no aplicaba esta clasificación, debido a la existencia de pacientes desdentados totales y al no estar planificada la rehabilitación protésica inferior, sólo realizar la rehabilitación superior. También existieron 8 casos, equivalente al 1,36% del total de la muestra, que no realizaron consignación alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 18 Distribución porcentual de la muestra según soporte protésico, inferior

<b>Soporte Inferior</b>	Mixto	366	62,20%
	Dentario	150	25,50%
	Mucoso	16	2,70%
	Implante	1	0,20%
	No Aplica	43	7,30%
	No Consignado	12	2,00%
	<b>Total</b>	588	

El soporte inferior más planificado fue el mixto con 366 casos, equivalente al 62,20% del total de la muestra. Seguido fue el soporte dentario con 150 casos, equivalente al 25,50% del total de la muestra. En último lugar el soporte mucoso con 16 casos, equivalente al 2,70% del total de la muestra. También existió un caso, equivalente al 0,20% del total de la muestra, en el que se planificó soporte del tipo implante. Así mismo hubo 43 casos, equivalente a 7,30% del total de la muestra en los que no aplicaba esta clasificación, por ser casos en los que se rehabilitaría sólo la arcada superior. También hubo 12 casos, equivalente al 2,00% del total de la muestra, en los que no se realizó consignación alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 19 Distribución de la muestra según anclaje protésico inferior

<b>Anclaje Inferior</b>	Lineal	177	30,10%
	Triangular	162	27,60%
	Cuadrangular	148	25,20%
	Puntiforme	3	0,50%
	Pentagonal	2	0,30%
	No Aplica	47	7,70%
	No Consignado	49	8,70%
	<b>Total</b>	588	

En relación al anclaje, la muestra estuvo inclinada en el de tipo Lineal con 177 casos, equivalente al 30,10% del total de la muestra, seguido de este se encuentra el tipo Triangular con 162 casos, equivalente al 27,60% del total de la muestra. Luego el tipo cuadrangular con 148 casos, equivalente al 25,20% del total de la muestra. Seguido de éste se encuentra el de tipo puntiforme con 3 casos, equivalente al 0,50% del total de la muestra. Y en último lugar el anclaje de tipo pentagonal, con 2 casos, equivalente al 0,30% del total de la muestra.

Existieron 47 casos, equivalente al 7,70% del total de la muestra, en los que no

aplicaba esta clasificación, al ser casos en los que había un desdentamiento total y los casos en los que sólo estaba planificada la rehabilitación de la arcada superior. También hubo 49 casos, equivalente al 8,70%, en los que no se consignó información alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 20 Distribución de la muestra según tipo de impresión a realizar, inferior

<b>Impresión Inferior</b>	Funcional	313	53,20%
	Anatómica	134	22,80%
	No Consignado	98	16,70%
	No Aplica	43	7,30%
	<b>Total</b>	588	

El tipo de impresión inferior más planificada fue la de tipo funcional, con 313 casos, equivalente al 53,20% del total de la muestra. En segundo lugar la impresión anatómica con 134 casos, equivalente al 22,80% del total de la muestra. Hubo 43 casos, equivalente al 7,30% del total de la muestra en la no aplicaba esta clasificación por ser casos en los que estaba planificada sólo la rehabilitación protésica superior. También hubo 98 casos, equivalente al 16,70% del total de la muestra en los que no se consignó información alguna en esta sección de la ficha clínica.

Tabla 21 Distribución de la muestra según tipo de conector mayor a utilizar, inferior

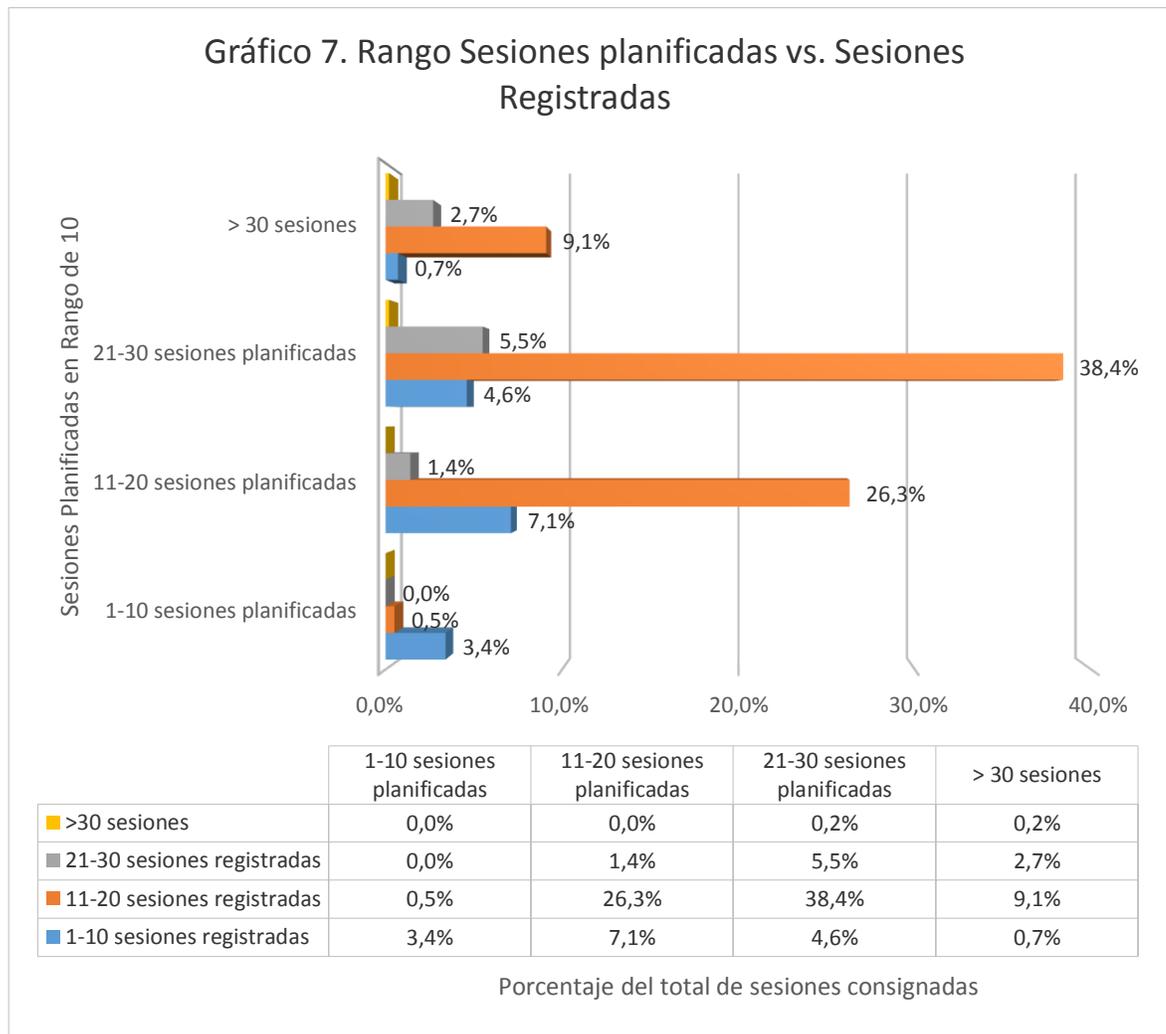
<b>Conector Mayor Inferior</b>	Barra Lingual	274	46,60%
	Placoide	163	27,72%
	Doble Barra Lingual	60	10,20%
	Acrílico	11	1,87%
	No Aplica	43	7,31%
	No Consignado	37	6,29%
	<b>Total</b>	588	

En relación al tipo de conector mayor inferior seleccionado, fue la Barra Lingual la con mayor cantidad seleccionada, con 274 casos, equivalente al 46,60% del total de la muestra. Luego con 163 casos, equivalente al 27,72% fue el conector mayor Placoide. Le sigue la Doble Barra Lingual con 60 casos, equivalente al 10,20% del total de la muestra. Seguido está el conector mayor de Acrílico, que corresponden a las prótesis realizadas completamente de acrílico con 11 casos, equivalente al

1,87% del total de la muestra. En 43 casos no aplicaba esta clasificación que equivale al 7,31% del total de la muestra. También hubo 37 casos, equivalente al 6,29% del total de la muestra en los que no se consignó información alguna en esta sección de la ficha clínica.

## Planificación de sesiones

Gráfico 7 Distribución de la muestra en porcentaje según sesiones planificadas vs. sesiones totales registradas



Las sesiones planificadas al igual que las consignadas como realizadas, fueron agrupadas en rangos de diez, vale decir que en primer rango, para ambos grupos, están desde una a diez sesiones, el segundo grupo de 11 a 20 sesiones y de esta manera sucesivamente hasta llegar a las treinta sesiones donde el último rango se

agrupa en treinta o más sesiones.

El cruce donde mayormente se concentran los datos es el de 21-30 sesiones planificadas y que finalmente se realizó el tratamiento en 11-20 sesiones, este el rango con mayor cantidad que llega al 38,4% del total de la muestra. En segundo lugar se ubica el rango de 11-20 sesiones planificadas y que se realizaron en el rango de 11-20 sesiones. Este grupo registra un 26,3% del total de la muestra. En tercer lugar se encuentra el rango de planificación de > 30 sesiones y que fueron realizadas en total en el rango de 11-20 sesiones, alcanzando un 9,1% del total de la muestra. Sumando hasta este momento un 73,8% del total de la muestra.

Le sigue en cuarto lugar el rango de 11-20 sesiones planificadas, que fueron realizadas en el rango de 1-10 sesiones totales, con un 7,1%. En quinto lugar se ubica el rango de 21-30 sesiones planificadas y que fueron realizadas en el mismo rango de 21-30 sesiones totales, con un 5,5% del total de la muestra. En sexto lugar está el rango de 21-30 sesiones planificadas, que fueron realizadas en el rango de 1-10 sesiones, con un 4,6% del total de la muestra. Le sigue en orden descendente el rango de 1-10 sesiones planificadas y realizadas en el rango de 1-10 sesiones totales, con un 3,4%, el rango de >30 sesiones planificadas, realizadas en el rango de 21-30 sesiones totales, con un 2,7% del total de la muestra. Seguido del rango 11-20 sesiones planificadas y realizadas en el rango de 21-30 sesiones totales, con un 1,4% del total de la muestra. Los demás datos registrados corresponden al orden del 0,7, 0,5 y 0,2% respectivamente. En las planificaciones de 1-10 y de 11-20 sesiones, no hubo ningún caso registrado que se realizara el tratamiento en más de 30 sesiones.

## Pronostico Protésico

Tabla 22 Distribución de la muestra según pronóstico por año.

	Pronostico	2009			2010		
		n	% Año 2009	% Todos años	n	% Año 2009	% Todos años
<b>Pronostico Superior</b>	Desfavorable	1	0,7%	0,2%	7	4,8%	1,2%
	Regular	32	21,8%	5,4%	54	37,0%	9,2%
	Favorable	63	42,9%	10,7%	68	46,6%	11,6%
	No Aplica	6	4,1%	1,0%	10	6,8%	1,7%
	No consigna	45	30,6%	7,7%	7	4,8%	1,2%
	Total	147	100,0%	25,0%	146	100,0%	24,8%
<b>Pronostico Inferior</b>	Desfavorable	1	0,7%	0,2%	7	4,8%	1,2%
	Regular	34	23,1%	5,8%	54	37,0%	9,2%
	Favorable	57	38,8%	9,7%	68	46,6%	11,6%
	No Aplica	10	6,8%	1,7%	9	6,2%	1,5%
	No consigna	45	30,6%	7,7%	8	5,5%	1,4%
	Total	147	100,0%	25,0%	146	100,0%	24,8%

	Pronostico	2011			2012		
		n	% Año 2009	% Todos años	n	% Año 2009	% Todos años
<b>Pronostico Superior</b>	Desfavorable	6	3,0%	1,0%	5	5,2%	0,9%
	Regular	62	31,2%	10,5%	33	34,4%	5,6%
	Favorable	114	57,3%	19,4%	52	54,2%	8,8%
	No Aplica	9	4,5%	1,5%	5	5,2%	0,9%
	No consigna	8	4,0%	1,4%	1	1,0%	0,2%
	Total	199	100,0%	33,8%	96	100,0%	16,3%
<b>Pronostico Inferior</b>	Desfavorable	6	3,0%	1,0%	3	3,1%	0,5%
	Regular	65	32,7%	11,1%	36	37,5%	6,1%
	Favorable	103	51,8%	17,5%	49	51,0%	8,3%
	No Aplica	17	8,5%	2,9%	7	7,3%	1,2%
	No consigna	8	4,0%	1,4%	1	1,0%	0,2%
	Total	199	100,0%	33,8%	96	100,0%	16,3%

La tabla 22. Es una distribución de la muestra según pronóstico de tratamiento a lo largo de los 4 años del registro.

En el año 2009, los pronósticos superiores fueron 147 casos, 63 registraron un diagnóstico Favorable, equivalente al 42,9% de los casos de ese año. 32 casos fueron diagnosticados como Regular, equivalente al 21,8% de los casos de ese año. Y sólo un caso fue diagnosticado como Desfavorable, que equivale al 0,7% de los

casos de ese año. Por otra parte 45 casos, equivalente al 30,6% de los casos de ese mismo año, no consignaron dato alguno en esta sección de la ficha clínica. 6 casos no aplicaban este dato debido a que pertenecía a los casos en que sólo se haría la rehabilitación protésica inferior.

En el caso de los pronósticos inferiores fueron exactamente los mismos a los superiores a excepción de los casos en que sólo estaba planificada la rehabilitación superior, por lo tanto en los resultados existe una gran similitud.

Gráfico 9 Distribución de la muestra según pronóstico superior

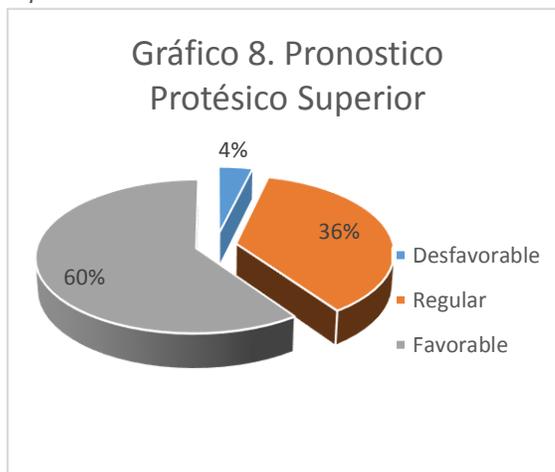
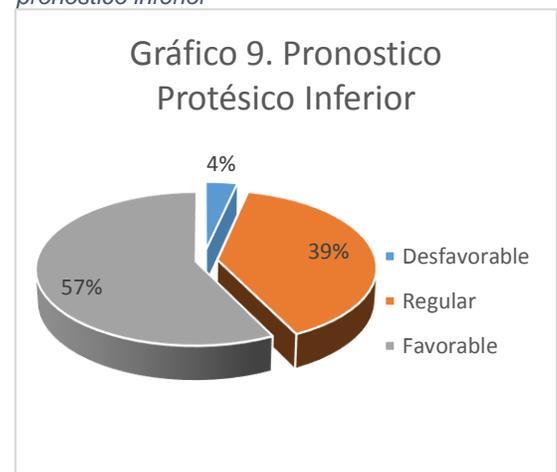


Gráfico 8 Distribución de la muestra según pronóstico inferior



El gráfico 8 y el 9, muestran la distribución de la muestra según pronóstico realizado, por su parte el gráfico 8 muestra el caso de los pronósticos superiores y por otra parte el gráfico 9 muestra los resultados para los pronósticos inferiores.

Tanto para los superiores como inferiores el pronóstico con mayor porcentaje de la muestra es el Favorable con un 60% y 57% respectivamente, seguido del pronóstico Regular con un 36% y 39% respectivamente. Por otra parte el pronóstico con menos porcentaje es el Desfavorable con 4% para ambos grupos.

## Evolución clínica

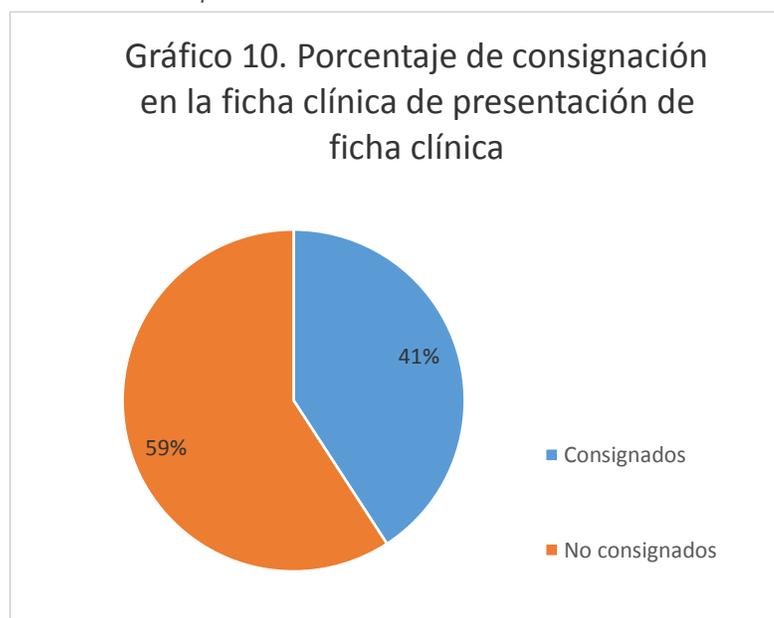
### Sesiones odontológicas antes de presentar ficha clínica

Tabla 23 Datos estadísticos de cantidad de sesiones antes de presentar ficha clínica

Estadísticos cantidad de sesiones antes de presentar ficha		
<b>N</b>	<b>Consignados</b>	240
	<b>No consigna - No aplica</b>	348
<b>Dato estadístico</b>	Media	4,5458
	Mediana	4,0000
	Moda	4,00
	Desviación. STD	2,48299
	Mínimo	1,00
	Máximo	15,00

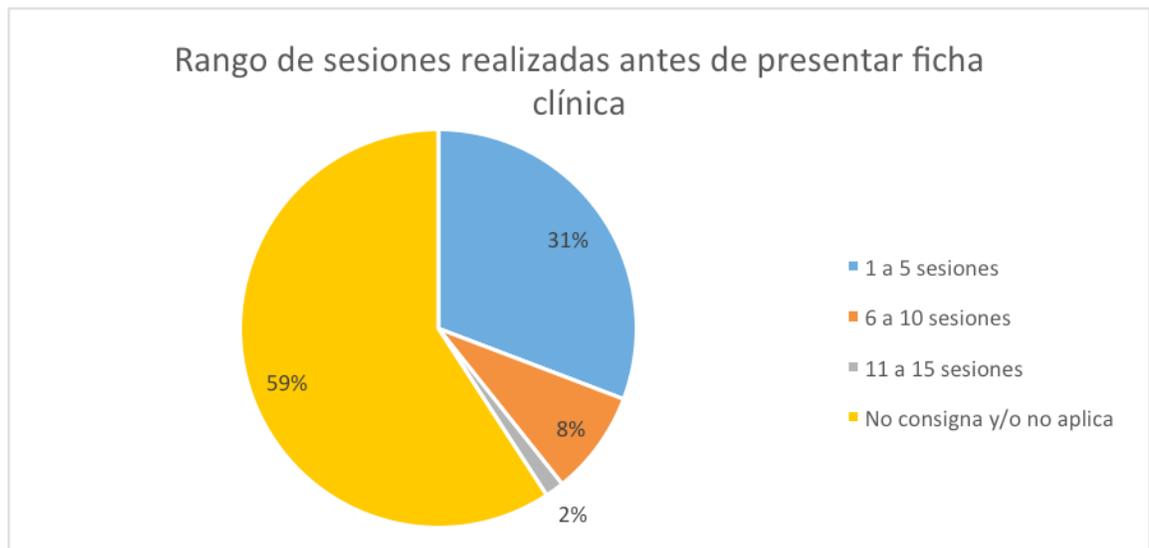
La media de las sesiones registradas antes de presentar ficha clínica es de 4,5. La mediana corresponde a 4. La moda es de 4. Con una desviación estándar de 2,48. La cantidad de sesiones mínimas registradas antes de presentar ficha clínica fue de 1 sesión, y el máximo de sesiones para la misma actividad fue de 15 sesiones.

Gráfico 10 Distribución de la muestra en porcentaje de la consignación en la ficha clínica de presentación de ficha clínica.



El gráfico 10, muestra el porcentaje de casos en los que se registró la presentación de la ficha clínica al docente a cargo, con un 41%, en los casos en que se consignó en la ficha clínica la presentación de la ficha clínica. Por el contrario los casos en que no se registró en la ficha clínica alcanzaron el valor de 59% del total de la muestra.

Gráfico 11 Distribución porcentual de la muestra según rango de sesiones realizadas antes de presentar ficha clínica



Las sesiones para presentar ficha clínica se agruparon en rangos de 5 sesiones, el primer rango corresponde al grupo de 1 a 5 sesiones para la presentación de ficha clínica, éste rango equivale a un 31% del total de la muestra. El segundo rango corresponde a la cantidad de 6 a 10 sesiones para la presentación de ficha clínica, éste rango equivale al 8% del total de la muestra. El tercer rango corresponde a la cantidad de 11 a 15 sesiones para la presentación de ficha clínica, éste grupo equivale al 2% del total de la muestra. Cabe mencionar que 15 sesiones fue la cantidad máxima consignada en la muestra. Además existe un 59% que no registraron en la sección de evolución de la ficha clínica la presentación de ésta.

## Tratamientos realizados y sesiones utilizadas

### Instrucción de higiene oral

Tabla 24 Distribución de la muestra según Instrucción de Higiene Oral realizado, sesiones utilizadas y casos no consignados

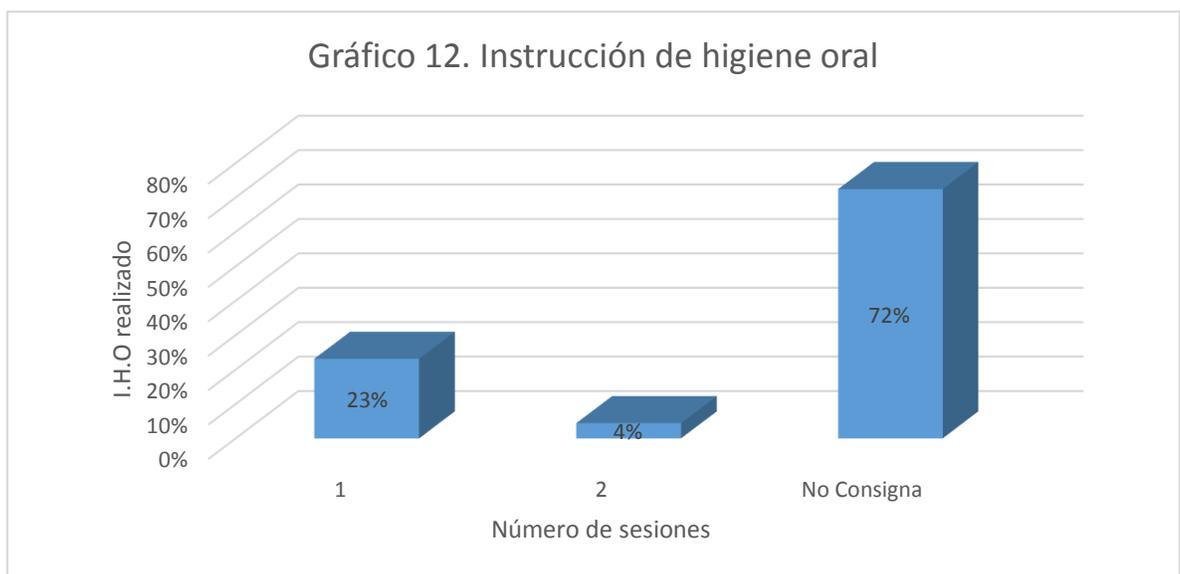
		Realizado		No Consigna		Total
Cantidad de Sesiones	1	136	23,1%	0	0,0%	136
	2	26	4,4%	0	0,0%	26
	No Aplica	0	0,0%	426	72,4%	426
	No Consigna	0	0,0%	0	0,0%	0
Total		162	27,6%	426	72,4%	588

La instrucción de higiene oral se distribuyó de la siguiente manera:

136 casos consignaron que realizaron una instrucción de higiene oral, esto equivale al 23,1% del total de los casos. 26 casos consignaron que realizaron dos instrucciones de higiene oral, equivalente al 4,4% del total de los casos.

Por otra parte, 426 casos no registraron haber realizado instrucción de higiene oral a sus pacientes, esto es equivalente al 72,4% del total de los casos.

Gráfico 12 Distribución de la muestra por cantidad de instrucción de higiene oral realizada y casos no consignados



## Tratamiento periodontal

Gráfico 13 Porcentaje de los tratamientos periodontales realizados vs. no realizados



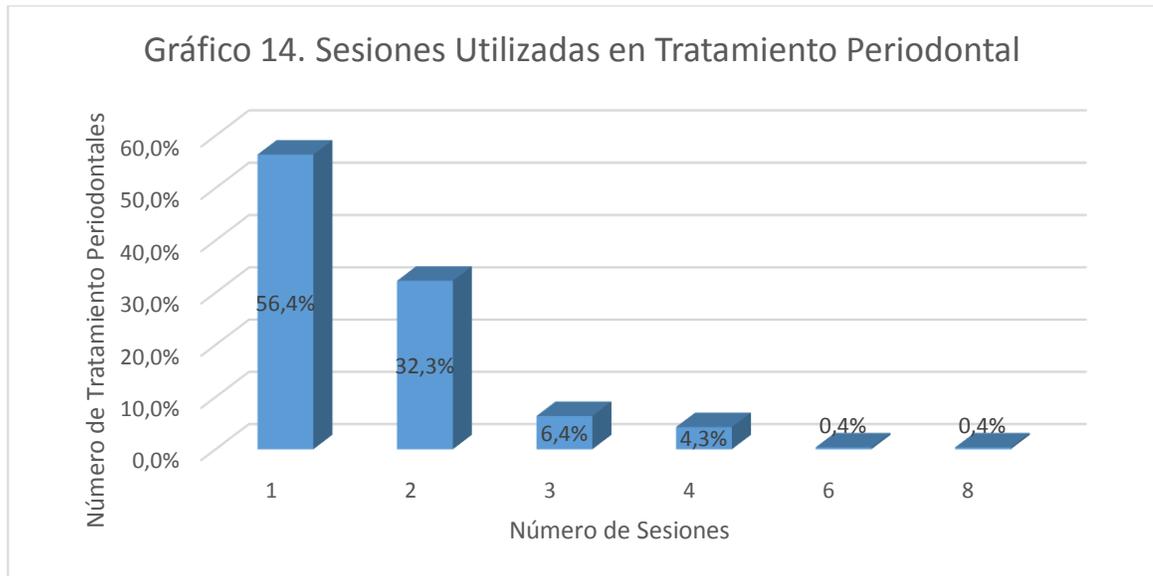
El porcentaje de los casos en que se consignó en la hoja de evolución, que había realizado tratamiento periodontal, es del 48% del total de los casos. Sin embargo hubo un 52% de los casos en que no hubo consignación de haber realizado tratamiento periodontal.

Tabla 25 Distribución de la muestra según tratamientos periodontales realizados y sesiones utilizadas para el tratamiento

Tratamiento Periodontal Realizado				
	Cantidad	No Consigna	Realizado	total
Sesiones Tratamiento Periodontal	1	0	159	159
	2	0	91	91
	3	0	18	18
	4	0	12	12
	6	0	1	1
	8	0	1	1
	<b>No Aplica</b>	306	0	295
	<b>No Consigna</b>	0	0	11
	<b>Total</b>	306	282	588

Según la tabla 25, hubo 159 casos que realizaron el tratamiento periodontal en una sola sesión. 91 casos que realizaron el tratamiento periodontal en 2 sesiones. 18 casos que lo realizaron en 3 sesiones. 12 casos lo realizaron en 4 sesiones. 1 caso lo realizó en 6 sesiones y en otro caso único se realizó el tratamiento periodontal en 8 sesiones. Por otra parte en 306 casos no hubo consignación en la evolución de haber realizado tratamiento periodontal.

Gráfico 14 Porcentaje según sesiones de trabajo, de los casos que consignaron realizar tratamiento periodontal



De los casos que registraron haber realizado tratamiento periodontal, un 56,4% lo realizó en 1 sesión, el 32,3% en 2 sesiones, el 6,4% lo hizo en 3 sesiones, el 4,3% en 4 sesiones. El 0,8% restante se distribuyó en partes iguales en 6 y 8 sesiones.

### Tratamiento de operatoria

Gráfico 15 Porcentaje de casos con tratamiento de operatoria vs. Casos sin consignación de tratamiento de operatoria



Hubo 162 casos en los que no había consignación en la hoja de evolución de haber realizado obturaciones, equivalente al 28% del total de la muestra. Por otra parte hubo 426 casos en los que había consignación de haber realizado a menos una

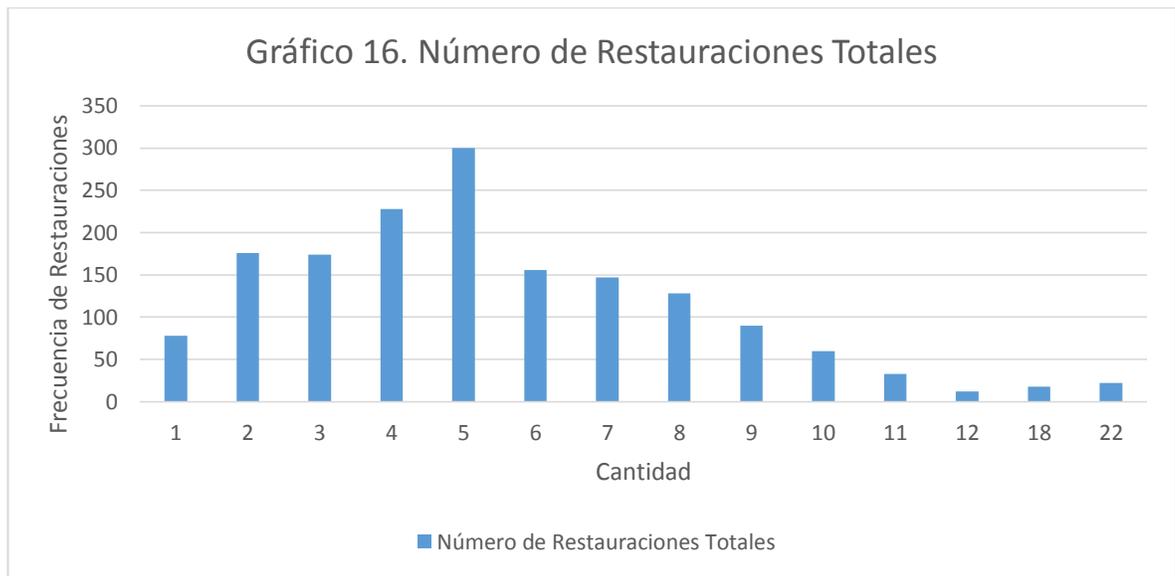
obturación, equivalente al 72% del total de la muestra.

Tabla 26 Distribución de la muestra según cantidad de restauraciones realizadas

Restauraciones Totales					
		Frecuencia	Cantidad	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Número de Restauraciones Totales	1	78	78	4,81%	4,81%
	2	88	176	10,85%	15,66%
	3	58	174	10,73%	26,39%
	4	57	228	14,06%	40,44%
	5	60	300	18,50%	58,94%
	6	26	156	9,62%	68,56%
	7	21	147	9,06%	77,62%
	8	16	128	7,89%	85,51%
	9	10	90	5,55%	91,06%
	10	6	60	3,70%	94,76%
	11	3	33	2,03%	96,79%
	12	1	12	0,74%	97,53%
	18	1	18	1,11%	98,64%
	22	1	22	1,36%	100,00%
		No Consigna	162		0,00%
<b>Total</b>		<b>588</b>	<b>1622</b>	<b>100%</b>	

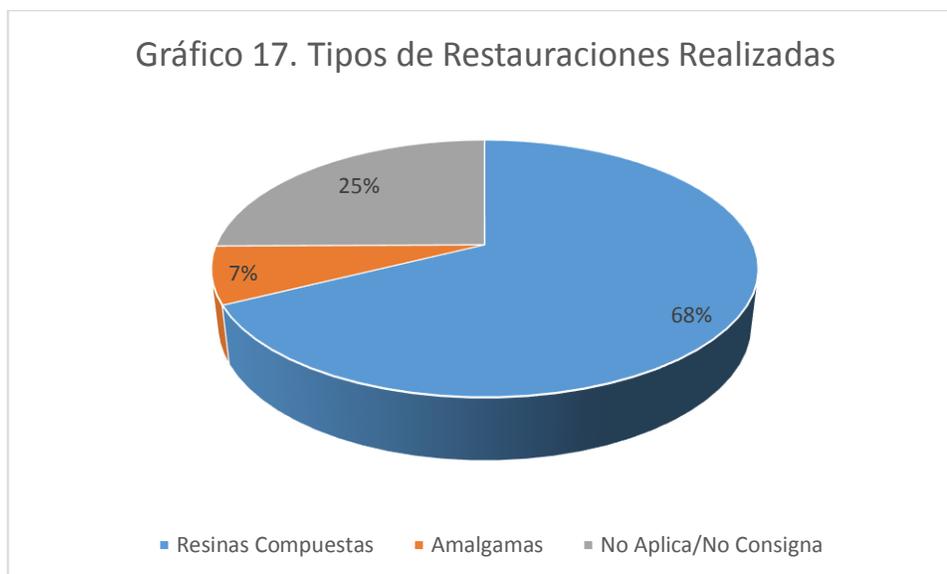
Hubo un 4,81% del total de la muestra que consignó haber realizado sólo 1 obturación. El 10,85%, consignó haber realizado 2 obturaciones. El 10,73% consignó haber realizado 3 restauraciones. El 14,06% consignó haber realizado 4 restauraciones. El 18,50% consignó haber realizado 5 restauraciones. El 9,62% consignó haber realizado 6 obturaciones. El 9,06% consignó haber realizado 7 obturaciones. El 7,89% consignó haber realizado 8 restauraciones. El 5,55% consignó haber realizado 9 restauraciones. El 3,70% consignó haber realizado 10 restauraciones. El 2,03% consignó haber realizado 11 restauraciones. El 0,74% consignó haber realizado 12 restauraciones. El 1,11% consignó haber realizado 18 obturaciones y el 1,36% consignó haber realizado 22 restauraciones. Hubo 162 casos que no consignaron en la hoja de evolución clínica haber realizado obturaciones, equivalente al 27,55% del total de la muestra.

Gráfico 16 Distribución de la muestra según cantidad de restauraciones realizadas



El gráfico 16 muestra, que la cantidad de obturaciones con mayor cantidad es la de 5 unidades y alrededor de ellas se acumula la frecuencia. Las cantidades con mayor frecuencia que siguen al 5 son: 4, 2, 3, 6, 7 y 8 obturaciones respectivamente.

Gráfico 17 Porcentaje según tipo de restauración realizada



De acuerdo a las restauraciones consignadas en la hoja de evolución, la muestra se distribuye en un 68% en restauraciones que se consignaron como resinas compuestas. Por su parte un 7% del total de las restauraciones se consignó como

amalgamas. Hubo un 25% del total de la restauraciones que no consignó si las restauraciones eran de resina compuesta o de amalgama.

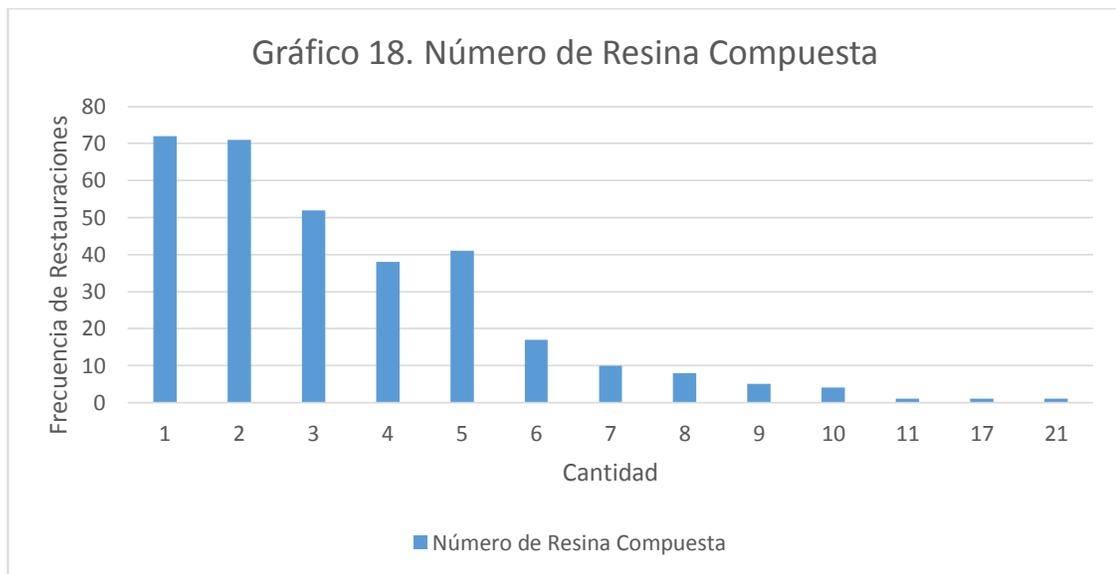
Tabla 27 Distribución de la muestra según cantidad de restauraciones de Resina Compuesta

Número Total de Resina Compuesta							
	Cantidad	Frecuencia	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>Número de Resina Compuesta</b>	1	72	22,4%	72	7%	7%	
	2	71	22,1%	142	13%	20%	
	3	52	16,2%	156	14%	34%	
	4	38	11,8%	152	14%	48%	
	5	41	12,8%	205	19%	66%	
	6	17	5,3%	102	9%	76%	
	7	10	3,1%	70	6%	82%	
	8	8	2,5%	64	6%	88%	
	9	5	1,6%	45	4%	92%	
	10	4	1,2%	40	4%	96%	
	11	1	0,3%	11	1%	97%	
	17	1	0,3%	17	2%	98%	
	21	1	0,3%	21	2%	100%	
	No Consigna				199		
	No aplica				68		
Total	588			1097	100%		

Las restauraciones de resina compuesta se distribuyeron según cantidad de la siguiente manera: 72 casos realizaron 1 restauración de resina compuesta, equivalente al 22,4% del total de las restauraciones de resina compuesta. 71 casos realizaron 2 restauraciones de resina compuesta, equivalente al 22,1% del total de las restauraciones de resina compuesta. 52 casos realizaron 3 restauraciones de resina compuesta, equivalente al 16,2% del total de las restauraciones de resina compuesta. 38 casos realizaron 4 restauraciones de resina compuesta, equivalente al 11,8% del total de las restauraciones de resina compuesta. 41 casos realizaron 5 restauraciones de resina compuesta, equivalente al 12,8% del total de las restauraciones de resina compuesta. 17 casos realizaron 6 restauraciones de resina compuesta, equivalente al 5,3% del total de las restauraciones de resina compuesta.

10 casos realizaron 7 restauraciones de resina compuesta, equivalente al 3,1% del total de las restauraciones de resina compuesta. 8 casos realizaron 8 restauraciones de resina compuesta, equivalente al 2,5% del total de las restauraciones de resina compuesta. 5 casos realizaron 9 restauraciones de resina compuesta, equivalente al 1,6% del total de las restauraciones de resina compuesta. 4 casos realizaron 10 restauraciones de resina compuesta, equivalente al 1,2% del total de las restauraciones de resina compuesta. Finalmente hubo 3 casos que realizaron 11, 17 y 21 restauraciones de resina compuesta, que cada uno equivale al 0,3% del total de las restauraciones de resina compuesta.

Gráfico 18 Frecuencia de restauraciones de resina compuesta



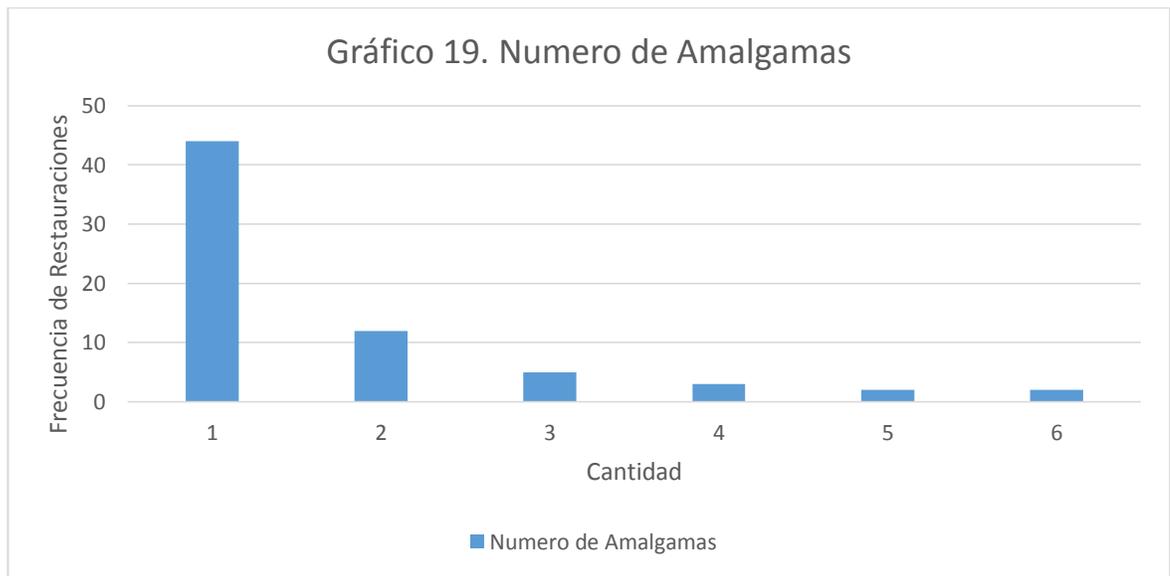
El gráfico 18, muestra que la frecuencia de restauraciones de resina compuesta se comporta en orden descendente desde 1 restauración hasta las 21 restauraciones. Acumulándose las frecuencias entre 1 y 5 restauraciones y que suman entre ellas 85,3%, del total de las restauraciones de resina compuesta consignadas como realizadas.

Tabla 28 Distribución de la muestra según cantidad de restauraciones de Amalgamas

Número Total de Amalgamas							
		Frecuencia	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Numero de Amalgamas	1	44	64,7%	44	38%	38%	
	2	12	17,6%	24	21%	58%	
	3	5	7,4%	15	13%	71%	
	4	3	4,4%	12	10%	81%	
	5	2	2,9%	10	9%	90%	
	6	2	2,9%	12	10%	100%	
	No Aplica				321		
	No Consigna				199		
	Total	588		117	100%		

Las restauraciones de amalgama se distribuyeron según cantidad de la siguiente manera: 44 casos realizaron 1 restauración de amalgama, equivalente al 64,7% del total de las restauraciones de amalgama. 12 casos realizaron 2 restauraciones de amalgama, equivalente al 17,6% del total de las restauraciones de amalgama. 5 4casos realizaron 3 restauraciones de amalgama, equivalente al 7,2% del total de las restauraciones de amalgama. 3 casos realizaron 4 restauraciones de amalgama, equivalente al 4,4% del total de las restauraciones de amalgama. 2 casos realizaron 5 restauraciones de amalgama, equivalente al 2,9% del total de las restauraciones de amalgama. Y también 2 casos realizaron 6 restauraciones de amalgama, equivalente al 2,9% del total de las restauraciones de amalgama.

Gráfico 19 Frecuencia de restauraciones de amalgama



El gráfico 19, muestra que la frecuencia de restauraciones de amalgama se comporta en orden descendente desde 1 restauración hasta las 6 restauraciones. Acumulándose principalmente en 1 restauración y que corresponde al 64,7% del total de las restauraciones de amalgama, consignadas como realizadas.

## Exodoncias

Tabla 29 Distribución de la muestra por cantidad, razón total personas por año y exodoncias, total exodoncias bianual y porcentaje del total de los años de exodoncias, durante los años 2009 y 2010

Cantidad de Exodoncias Totales	Años					
	2009			2010		
	Recuento	Cantidad Exodoncias	% del Año	Recuento	Cantidad Exodoncias	% del Año
1	22	22	19,1%	25	25	43,1%
2	13	26	22,6%	9	18	31,0%
3	5	15	13,0%	2	6	10,3%
4	8	32	27,8%	1	4	6,9%
5	1	5	4,3%	1	5	8,6%
6	1	6	5,2%	0	0	0,0%
9	1	9	7,8%	0	0	0,0%
No Consigna	96	0		108	0	
Total	147	115	100%	146	58	100%
<b>Razón Personas/Exodoncias</b>	2,8 : 1			3,8 : 1		
<b>Total Exodoncias 2009-2010</b>	173					
<b>% del Total</b>	36,2%			18,2%		

En relación a las exodoncias, de los casos del año 2009 que en total fueron 147 casos, 22 realizaron 1 exodoncia, equivalente al 19,1% del total de las exodoncias realizadas ese año. 13 realizaron 2 exodoncias, equivalente al 22,6% del total de las exodoncias de ese año. 5 casos realizaron 3 exodoncias, equivalente al 13,0% del total de las exodoncias de ese año. 8 casos realizaron 4 exodoncias, equivalente al 27,8% del total de las exodoncias de ese año. Y hubo 3 casos que realizaron 5, 6 y 9 exodoncias respectivamente, equivalente al 4,3%, 5,2% y 7,8% del total de las exodoncias respectivamente, del año 2009.

De los casos del año 2010 que en total fueron 146 casos, 25 realizaron 1 exodoncia, equivalente al 43,1% del total de las exodoncias realizadas ese año. 9 realizaron 2 exodoncias, equivalente al 31,0% del total de las exodoncias de ese año. 2 casos realizaron 3 exodoncias, equivalente al 10,3% del total de las exodoncias de ese año. Y hubo 2 casos que realizaron 4 y 5 exodoncias respectivamente, equivalente

al 6,9% y 8,6% del total de las exodoncias respectivamente, del año 2010.

Durante el período de los años 2009 y 2010 se consignaron como realizadas 173 exodoncias, desglosadas en 115 exodoncias en el año 2009 y 58 exodoncias durante el 2010.

La razón entre el total de personas y a las que se le realizó al menos una exodoncia en el año 2009 es de 2,8:1, es decir que aproximadamente 1 de cada 3 personas se le realizó al menos una exodoncia. Por su parte durante el año 2010 la razón fue de 3,8:1, lo que significa que aproximadamente 1 de 4 personas se le realizó al menos una exodoncia, durante año 2010.

Las exodoncias durante el año 2009 alcanzaron el 36,2% del total de las exodoncias de la muestra (2009-2012). Por su parte durante el año 2010 se alcanzó el 18,2% del total de las exodoncias de la muestra (2009-2012).

*Tabla 30 Distribución de la muestra por cantidad, razón total personas por año y exodoncias, total exodoncias bianual y porcentaje del total de los años de exodoncias, durante los años 2011 y 2012*

Cantidad de Exodoncias Totales	Años					
	2011			2012		
	Recuento	Cantidad Exodoncias	% del Año	Recuento	Cantidad Exodoncias	% del N de la tabla
1	27	27	25,0%	11	11	29,7%
2	16	32	29,6%	1	2	5,4%
3	9	27	25,0%	3	9	24,3%
4	3	12	11,1%	1	4	10,8%
5	2	10	9,3%	1	5	13,5%
6	0	0	0,0%	1	6	16,2%
9	0	0	0,0%	0	0	0,0%
No Consigna	142	0		78	0	
Total	199	108	100%	96	37	100%
<b>Razón Personas/Exodoncias</b>	3,5 : 1			5,3 : 1		
<b>Total Exodoncias 2011-2012</b>	145					
<b>% del Total</b>	34,0%			11,6%		

En relación a los años 2011 y 2012, los casos del año 2011, que en total fueron 199,

27 realizaron 1 exodoncia, equivalente al 25,0% del total de las exodoncias realizadas ese año. 16 realizaron 2 exodoncias, equivalente al 29,6% del total de las exodoncias de ese año. 9 casos realizaron 3 exodoncias, equivalente al 25,0% del total de las exodoncias de ese año. 3 casos realizaron 4 exodoncias, equivalente al 11,1% del total de las exodoncias de ese año. Y hubo 2 casos que realizaron 5, exodoncias, equivalente al 9,3% del total de las exodoncias, del año 2011.

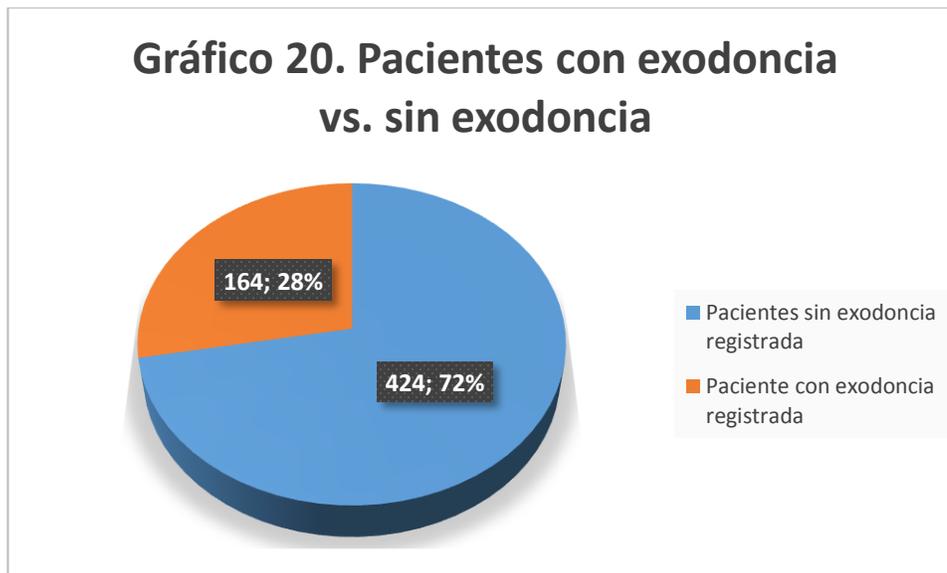
De los casos del año 2012 que en total fueron 96 casos, 11 realizaron 1 exodoncia, equivalente al 29,7% del total de las exodoncias realizadas ese año. 1 realizó 2 exodoncias, equivalente al 5,4% del total de las exodoncias de ese año. 3 casos realizaron 3 exodoncias, equivalente al 24,3% del total de las exodoncias de ese año. Y hubo 3 casos que realizaron 4, 5 y 6 exodoncias respectivamente, equivalente al 10,8%, 13,5% y 16,2% del total de las exodoncias respectivamente, del año 2012.

Durante el período de los años 2011 y 2012 se consignaron como realizadas 145 exodoncias, desglosadas en 108 exodoncias en el año 2011 y 37 exodoncias durante el 2012.

La razón entre el total de personas y a las que se le realizó al menos una exodoncia en el año 2011 fue de 3,5:1, es decir que aproximadamente 2 de cada 7 personas se le realizó al menos una exodoncia. Por su parte durante el año 2012 la razón fue de 5,3:1, lo que significa que aproximadamente 1 de 5 personas se le realizó al menos una exodoncia, durante año 2012.

Las exodoncias durante el año 2011 alcanzaron el 34,0% del total de las exodoncias de la muestra (2009-2012). Por su parte durante el año 2010 se alcanzó el 11,6% del total de las exodoncias de la muestra (2009-2012).

Gráfico 20 Distribución de la muestra según pacientes con exodoncia vs. sin exodoncia



Del total de la muestra, que consiste en 588 casos, hubo 164 casos en los que se registró la realización de al menos 1 exodoncia, que equivale al 28% del total de los casos durante los años 2009 al 2012. Por su parte hubo 424 casos que no registraron haber realizado alguna exodoncia en la clínica de prótesis removible, durante los años 2009 al 2012.

## Tratamiento protésicos fijos realizados

### Incrustaciones

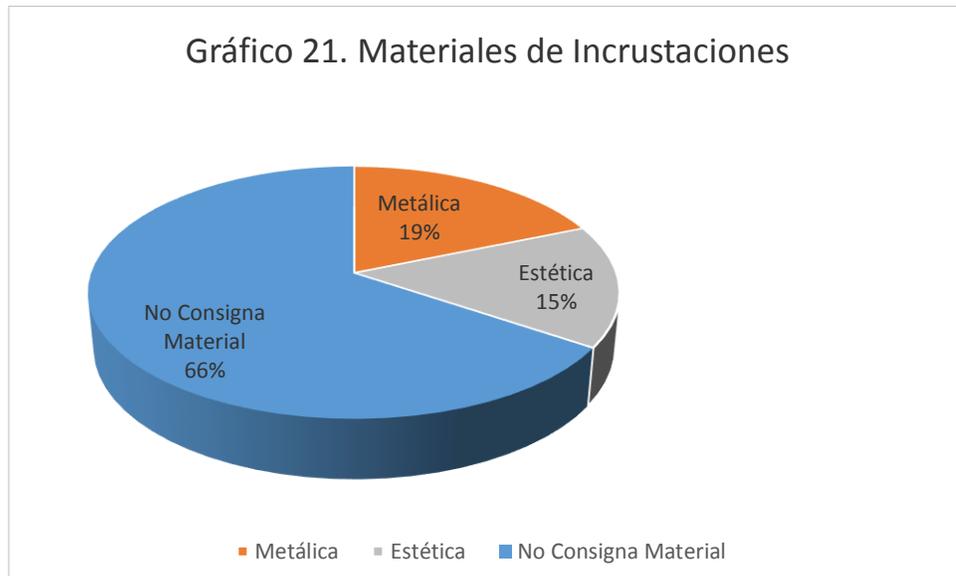
Tabla 31 Distribución de la muestra de acuerdo a tratamiento de incrustación

Incrustaciones Realizadas			
Estado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Con Incrustación	31	5,27 %	5,27 %
Sin Incrustación	557	94,73 %	100,00 %
<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>100,00 %</b>	

Del total de muestra, que suman 588 casos, hubo 31 casos que realizaron incrustaciones en los pacientes, equivalente al 5,27% del total de la muestra. Por

otra lado en 557 casos no hubo registro en la hoja de evolución de haber realizado al menos una incrustación, esto equivale al 94,73% del total de la muestra.

Gráfico 21 Distribución de la muestra según tipo de material de la incrustación realizada



De los 31 casos que realizaron al menos una incrustación en su paciente, hubo un 15% que consignó utilizar como tipo de incrustación estética, un 19% consignó utilizar como tipo de incrustación metálica y un 66% del total de las incrustaciones realizadas no consignó que tipo de incrustación realizó en el paciente.

### Sistema Perno-Muñón

Tabla 32 Distribución de la muestra según cantidad y porcentaje de Sistema Perno Muñón registrados como realizados

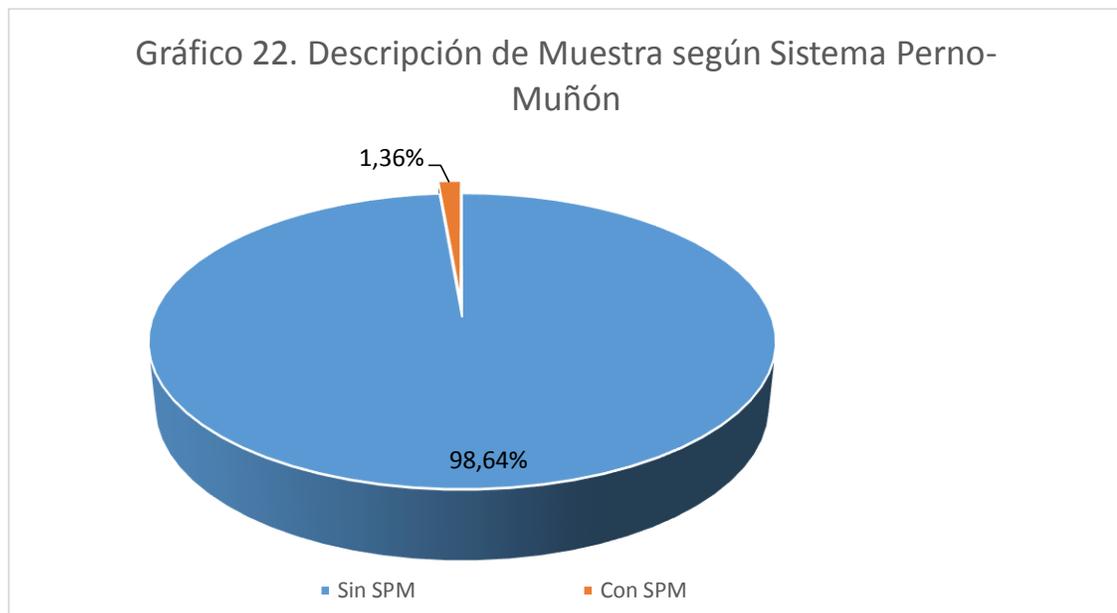
Sistema Perno-Muñón Realizado		
Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sin SPM</b>	580	98,64%
<b>1</b>	6	1,02%
<b>2</b>	1	0,17%
<b>3</b>	1	0,17%
<b>Total</b>	588	100,0%

Los resultados para el sistema perno muñón fueron los siguientes: Hubo 580 casos

que no registraron haber realizado Sistema Perno Muñón en su paciente, equivalente al 98,64% del total de la muestra.

Por otra parte hubo 8 casos que registraron haber realizado Sistema Perno Muñón, desglosado de la siguiente forma: 6 casos registraron haber realizado 1 Sistema Perno Muñón, equivalente al 1,02% del total de la muestra. 1 caso registró haber realizado 2 Sistema Perno Muñón, equivalente al 0,17% del total de la muestra. Y hubo otro caso que registró haber realizado 3 Sistema Perno Muñón, equivalente al 0,17% del total de la muestra.

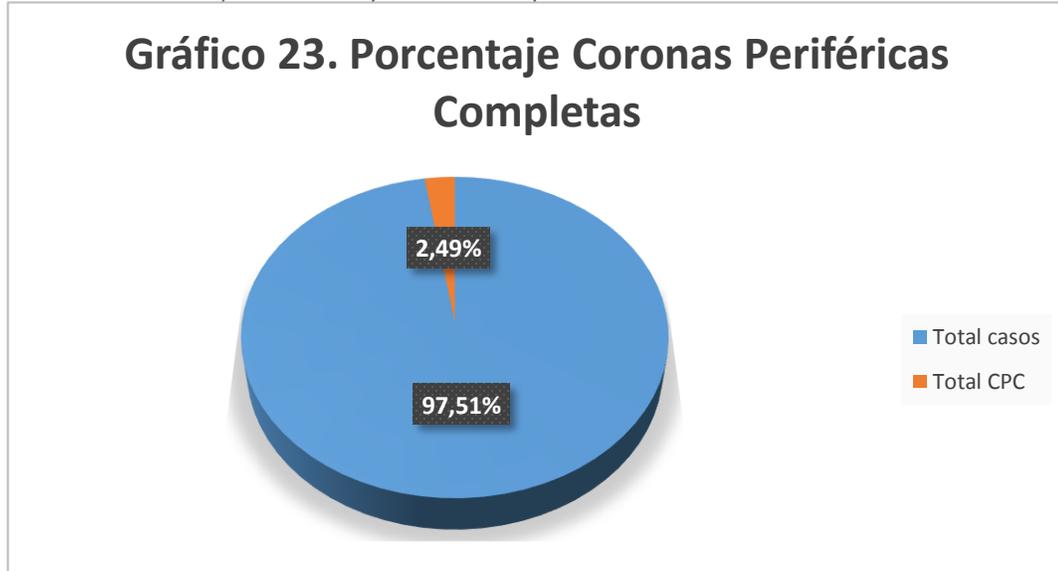
*Gráfico 22 Descripción de la muestra según porcentaje de sistema perno-muñón*



Del total de la muestra hubo un 98,64% que no realizó Sistema Perno-Muñón en su paciente. Por otra parte hubo un 1,36% que si realizó Sistema Perno-Muñón en su paciente.

## Corona Periférica Completa

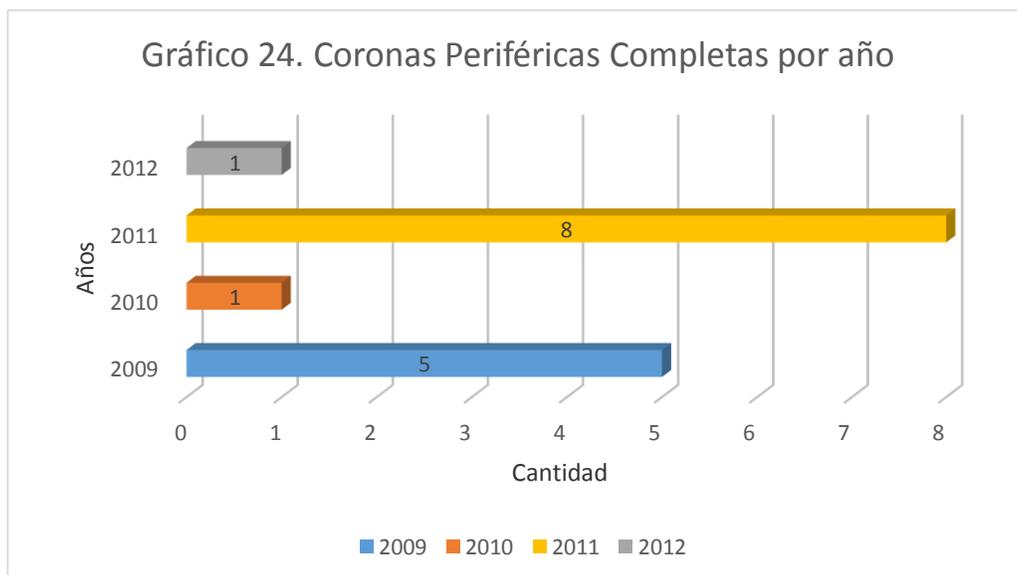
Gráfico 23 Porcentaje de coronas periféricas completas



Del total de los casos sólo un 2,49% registró haber realizado rehabilitación fija en base a corona periférica completa.

Por su parte un 97,51% de los casos no registró haber realizado este sistema de rehabilitación.

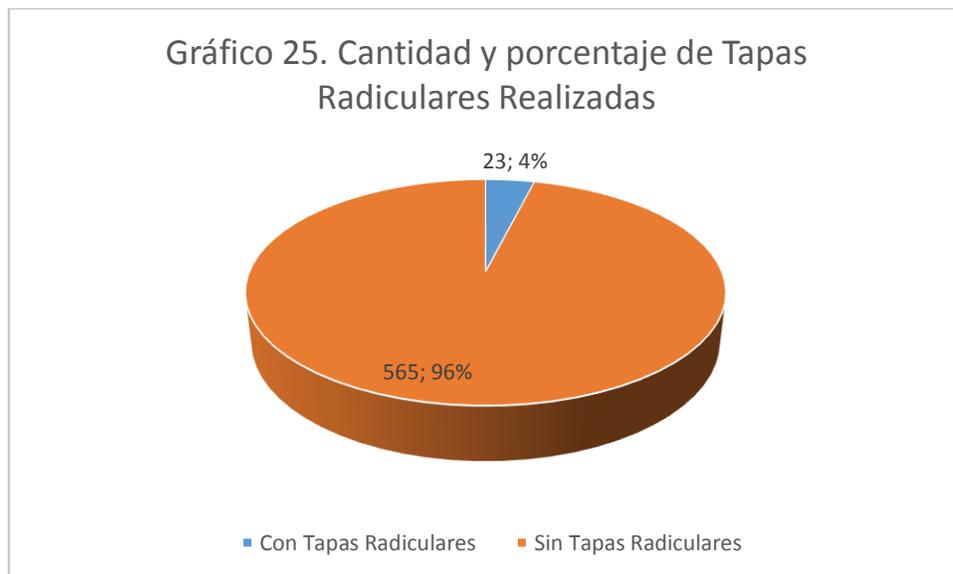
Gráfico 24 Cantidad de coronas periféricas completas por año



Al realizar un desglose de las coronas periféricas completas registradas como realizadas hay 5 durante el 2009, de los 147 casos incluidos en la muestra para ese año. 1 caso durante el año 2010 de los 146 casos incluidos en la muestra en ese año. 8 casos durante el año 2011, de los 199 casos que se incluyeron en la muestra de ese año. Y 1 caso el año 2012, de los 96 casos que se incluyeron en la muestra de ese año.

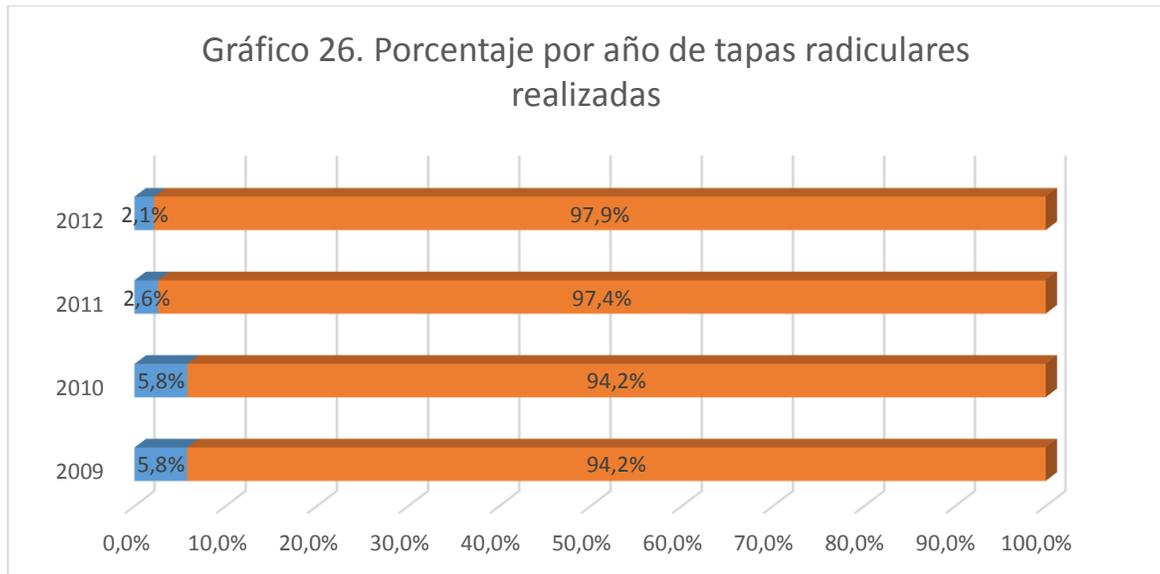
### Tapas Radiculares

Gráfico 25 Cantidad y porcentaje de tapas radiculares realizadas



Hubo 23 casos en que se registró que se realizaron tapas radiculares, equivalente al 4% del total de los casos. Por otra parte hubo 565 casos, en que no se registró haber realizado tapas radiculares, equivalente al 96% de la muestra.

Gráfico 26 Porcentaje por año de tapas radiculares realizadas



Durante el año 2009 hubo un 5,8% de los casos de ese año que registraron haber realizado al menos una tapa radicular, como tratamiento.

También durante el año 2010 hubo un 5,8% de los casos que registraron haber realizado al menos una tapa radicular.

Durante el 2011 hubo un 2,6% y durante el 2012 un 2,1%.

### Ataches protéticos realizados

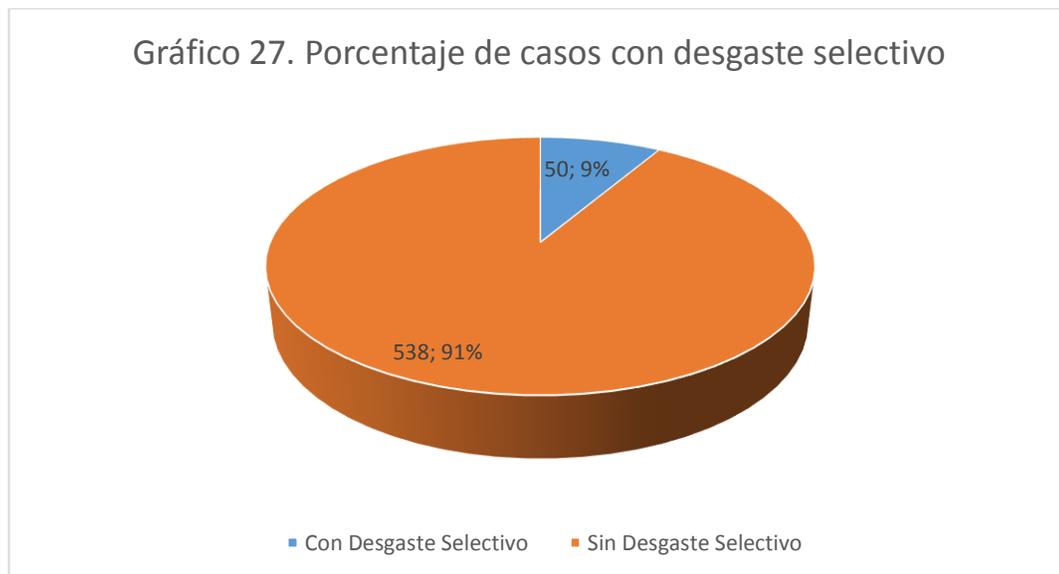
Tabla 33 Ataches realizados por cantidad

Ataches Realizados						
Cantidad	Realizados				Sin Realizar	
	Frecuencia	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
1	2	0,3%	2	7,7%	567	96,4%
2	2	0,3%	4	15,4%		
3	0	0,0%	0	0,0%		
4	1	0,2%	4	15,4%		
No Consigna	16	2,7%	16	61,5%		
Sub Total	21	3,6%	26	100,0%		
<b>Total Casos</b>	21					
<b>Total Ataches</b>	26					

Hubo 21 casos que registraron haber realizado ataches protéticos, equivalente al 3,6% del total de los casos. De los cuales hubo 2 casos que realizaron sólo 1 atache, equivalente al 7,7% del total de los ataches registrados como realizados. 2 casos que realizaron 2 ataches cada uno, equivalente al 15,4% del total de los ataches registrados como realizados. Y hubo 1 caso que registró haber realizado 4 ataches, equivalente al 15,4% del total de los ataches registrados como realizados. En total se registraron como realizados 26 ataches.

### Desgaste selectivo

Gráfico 27 Porcentaje de casos con desgaste selectivo



De los 588 casos, 538 no registraron haber realizado desgaste selectivo en su paciente, equivalente al 91% del total de la muestra.

Por otra parte 50 casos, equivalente al 9% del total de la muestra registraron haber realizado desgaste selectivo en su paciente.

Tabla 34 Desgaste selectivo realizado por año

Desgaste Selectivo Realizado						
Año	Sin Desgaste		Desgaste		Total	
	Cant.	Porcentaje por año	Cant.	Porcentaje por año	Cant.	Porcentaje de todos los años
<b>2009</b>	138	24,4%	9	18,0%	147	25,0%
<b>2010</b>	127	24,1%	19	38,0%	146	24,8%
<b>2011</b>	180	33,9%	19	38,0%	199	33,8%
<b>2012</b>	93	17,6%	3	6,0%	96	16,3%
<b>No aplica</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>No consigna</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Total</b>	538	100,0%	50	100,0%	588	100,0%

El desglose por año se configura de la siguiente manera:

Año 2009, 9 casos registrados de haber realizado desgaste selectivo, equivalente al 18% del total de los desgastes selectivos de los cuatro años. 138 casos sin registro de haber realizado desgaste selectivo.

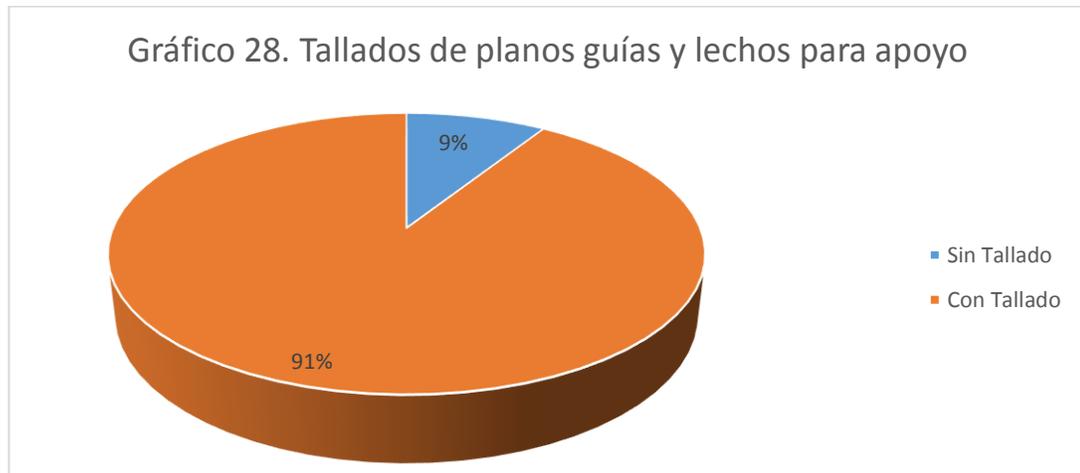
Año 2010, 19 casos registrados de haber realizado desgaste selectivo, equivalente al 38% del total de los desgastes selectivos de los cuatro años.

Año 2011, 19 casos registrados de haber realizado desgaste selectivo, equivalente al 38% del total de los desgastes selectivos de los cuatro años.

Año 2012, 3 casos registrados de haber realizado desgaste selectivo, equivalente al 6% del total de los desgastes selectivos de los cuatro años.

## Tallado de planos guías y lechos para apoyo

Gráfico 28 Porcentaje de tallado de planos guía y lechos para apoyo



En relación al tallado de planos guías y lechos para apoyo, hubo un 9% del total de la muestra que no registró haber realizado este procedimiento, y un 91% registró haber realizado este mismo procedimiento.

Tabla 35 Tallado de planos guías y lechos para apoyo según cantidad de sesiones utilizadas

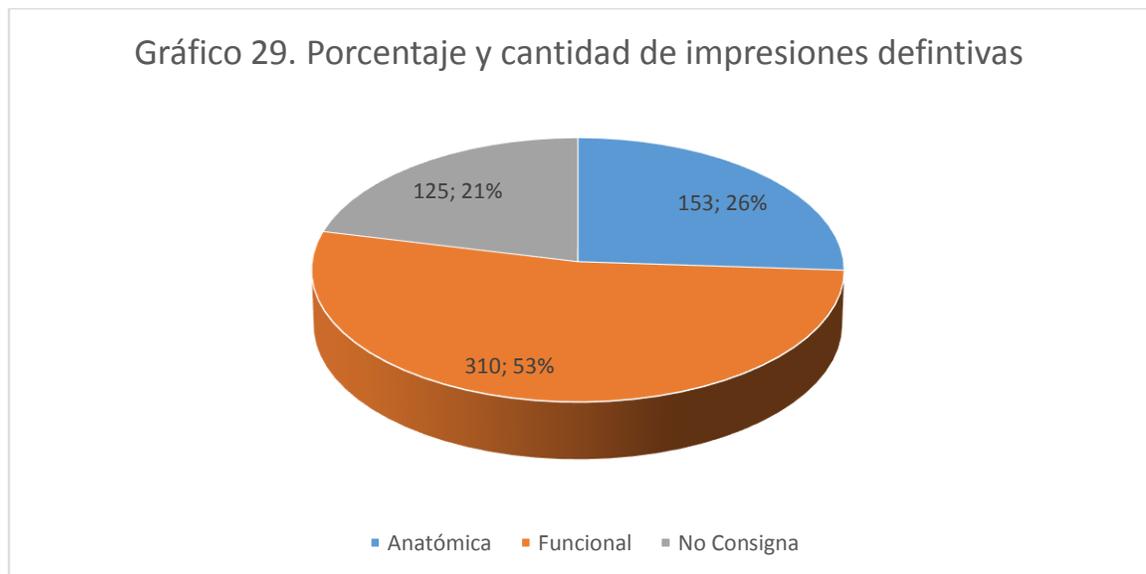
Sesiones	Tallado Planos Guías y Lechos Realizados					
	Sin Tallado		Tallado		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
0	56	100,0%	0	0,0%	56	9,5%
1	0	0,0%	182	34,2%	182	31,0%
2	0	0,0%	203	38,2%	203	34,5%
3	0	0,0%	95	17,9%	95	16,2%
4	0	0,0%	28	5,3%	28	4,8%
5	0	0,0%	19	3,6%	19	3,2%
6	0	0,0%	2	0,4%	2	0,3%
7	0	0,0%	2	0,4%	2	0,3%
8	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
9	0	0,0%	1	0,2%	1	0,2%
No aplica	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
No consigna	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Total</b>	56	100,0%	532	100,0%	588	100,0%

En relación a las sesiones clínica que involucró el procedimiento de tallado de planos guía y lechos para apoyos, se desglosa de la siguiente manera:

De los que registraron haber realizado tallado y lechos para apoyo un 34,2% registró haber utilizado en este procedimiento 1 sesión clínica. Un 38,2% registró haberlo realizado en 2 sesiones. El 17,9% en 3 sesiones, el 5,3% en 4 sesiones, el 3,6% registró haberlo realizado en 5 sesiones. Un 0,4% registró 6 y 7 sesiones y un 0,2% registró 9 sesiones en este procedimiento.

### Impresiones definitivas

Gráfico 29 Porcentaje y cantidad de impresiones definitivas



Hubo un 53% del total de la muestra que consignó haber realizado impresiones funcionales en sus pacientes. Por otro lado un 26% consignó haber realizado impresiones anatómicas en sus pacientes. Hubo un 21% que no consignó las impresiones definitivas.

Tabla 36 Tipo de impresión superior realizada según sesiones utilizadas

Sesiones	Tipo de Impresión Superior Realizada			
	Anatómica		Funcional	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
1	65	78,3%	79	53,4%
2	16	19,3%	51	34,5%
3	0	0,0%	15	10,1%
4	1	1,2%	3	2,0%
5	1	1,2%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>	<b>148</b>	<b>100%</b>

De acuerdo a la cantidad de sesiones que tomó obtener la impresión definitiva superior hubo un 78,3% que consignó haber obtenido la impresión definitiva en 1 sesión. Un 19,3% consignó haberla obtenido en 2 sesiones, y hubo 1,2% que consignó haberla obtenido en 4 y 5 sesiones respectivamente.

Tabla 37 Tipo de impresión inferior realizada según sesiones utilizadas

Sesiones	Tipo de Impresión Inferior Realizada			
	Anatómica		Funcional	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
1	45	64,3%	65	40,1%
2	23	32,9%	79	48,8%
3	1	1,4%	10	6,2%
4	1	1,4%	7	4,3%
5	0	0,0%	1	0,6%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>

De acuerdo a la cantidad de sesiones que tomó obtener la impresión definitiva inferior hubo un 64,3% que consignó haber obtenido la impresión definitiva en 1 sesión. Un 32,9% consignó haberla obtenido en 2 sesiones, y hubo 1,4% que consignó haberla obtenido en 3 y 4 sesiones respectivamente.

## Prueba y ajuste de base metálica

Tabla 38 Prueba y ajuste de base metálica superior según sesiones utilizadas

Prueba y ajuste de Base Metálica Superior								
Sesiones	Si		No aplica		No consigna		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<b>1</b>	335	85,7%	0	0,0%	0	0,0%	335	57,0%
<b>2</b>	52	13,3%	0	0,0%	0	0,0%	52	8,8%
<b>3</b>	3	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,5%
<b>4</b>	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
<b>No aplica</b>	0	0,0%	110	100,0%	0	0,0%	110	18,7%
<b>No consigna</b>	0	0,0%	0	0,0%	87	100,0%	87	14,8%
<b>Total</b>	391	100,0%	110	100,0%	87	100,0%	588	100,0%

En relación a la prueba y ajuste de las bases metálicas superiores, hubo 335 bases metálicas que se probaron y ajustaron en 1 sesión, equivalente al 85,7% del total de las bases superiores. 52 bases se probaron y ajustaron en 2 sesiones, equivalente al 13,3% del total de las bases superiores. 3 casos en que se probaron y ajustaron en 3 sesiones, equivalente al 0,8% del total de las bases superiores y 1 caso en que se realizó este procedimiento en 4 sesiones, equivalente al 0,3% del total de las bases superiores. Además hubo 110 casos en que se registró haber realizado bases acrílicas superiores. Y hubo 87 casos en que no se registró haber realizado ajuste y prueba de base metálica superior.

Tabla 39 Prueba y ajuste de base metálica inferior según sesiones utilizadas

Prueba y ajuste de Base Metálica Inferior								
Sesiones	Si		No aplica		No consigna		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
1	378	86,3%	0	0,0%	0	0,0%	378	64,3%
2	56	12,8%	0	0,0%	0	0,0%	56	9,5%
3	3	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,5%
4	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
No aplica	0	0,0%	63	100,0%	0	0,0%	63	10,7%
No consigna	0	0,0%	0	0,0%	87	100,0%	87	14,8%
<b>Total</b>	438	100,0%	63	100,0%	87	100,0%	588	100,0%

En relación a la prueba y ajuste de las bases metálicas inferiores, hubo 378 bases metálicas que se probaron y ajustaron en 1 sesión, equivalente al 86,3% del total de las bases inferiores. 56 bases se probaron y ajustaron en 2 sesiones, equivalente al 12,8% del total de las bases superiores. 3 casos en que se probaron y ajustaron en 3 sesiones, equivalente al 0,7% del total de las bases superiores y 1 caso en que se realizó este procedimiento en 4 sesiones, equivalente al 0,2% del total de las bases superiores. Además hubo 63 casos en que se registró haber realizado bases acrílicas inferiores. Y hubo 87 casos en que no se registró haber realizado ajuste y prueba de base metálica inferior.

Tabla 40 Cruce entre prueba de bases metálicas superiores e inferiores

Prueba base Metálica Inferior	Prueba base Metálica Superior							
	Si		No aplica		No consigna		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Sí	342	58,1%	84	14,2%	12	2,0%	438	74,5%
No aplica	42	7,1%	0	2,5%	6	1,0%	48	10,7%
No consigna	7	1,1%	11	1,8%	84	11,7%	102	14,8%
<b>Total</b>	391	66,4%	95	18,7%	102	14,7%	588	100,0%

Al realizar un cruce entre bases metálicas superiores e inferiores se obtuvo que en 342 casos, equivalente al 58,1%, se registró que se realizaron pruebas y ajuste de bases metálicas, tanto superiores como inferiores. Hubo 84 casos, equivalente al 14,2% del total de los casos en que sólo se registró haber probado y ajustado bases metálicas inferiores. Por otro lado en 42 casos, equivalente al 7,1%, se registró haber probado y ajustado sólo bases metálicas superiores. Hubo 84 casos, equivalente al 11,7% del total de la muestra en que no se consignó haber probado ni ajustado bases metálicas, ni superior ni inferior.

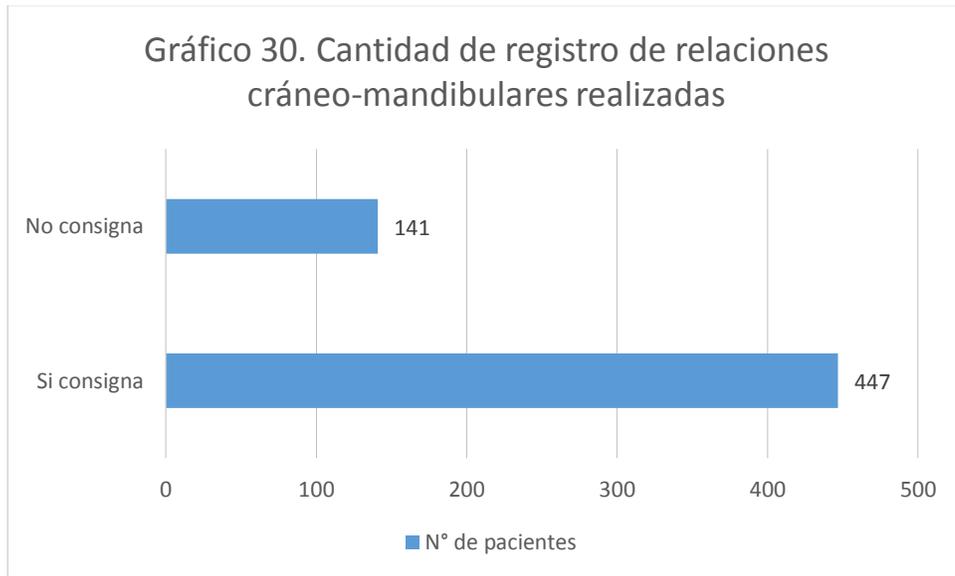
### Relaciones cráneo-mandibulares

Tabla 41 Registro de relaciones cráneo-mandibulares realizadas y sesiones utilizadas

Sesiones Registro de Relaciones Cráneo- Mandibulares	Relaciones Cráneo-Mandibulares Realizadas					
	Sí		No consigna		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
1	371	82,4%	0	0,0%	371	63,1%
2	60	13,3%	0	0,0%	60	10,2%
3	15	3,3%	0	0,0%	15	2,6%
4	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
No aplica	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
No consignado	3	0,7%	138	23,4%	141	23,9%
<b>Total</b>	450	100,0%	138	100,0%	588	100,0%

De las relaciones cráneo-mandibulares, hubo 371 casos que consignaron haberla realizado en 1 sesión, equivalente al 82,4% de los casos que consignaron haber realizado este procedimiento. 60 casos, equivalente al 13,3% lo realizaron en 2 sesiones. 15 casos, equivalente al 3,3%, consignaron haberlo realizado en 3 sesiones. Y hubo 1 caso, equivalente al 0,2% del total de los casos consignados como realizado este procedimiento, que le realizaron en 4 sesiones. Hubo 141 casos, equivalente al 23,9% del total de los casos, que no consignaron haber realizado este procedimiento.

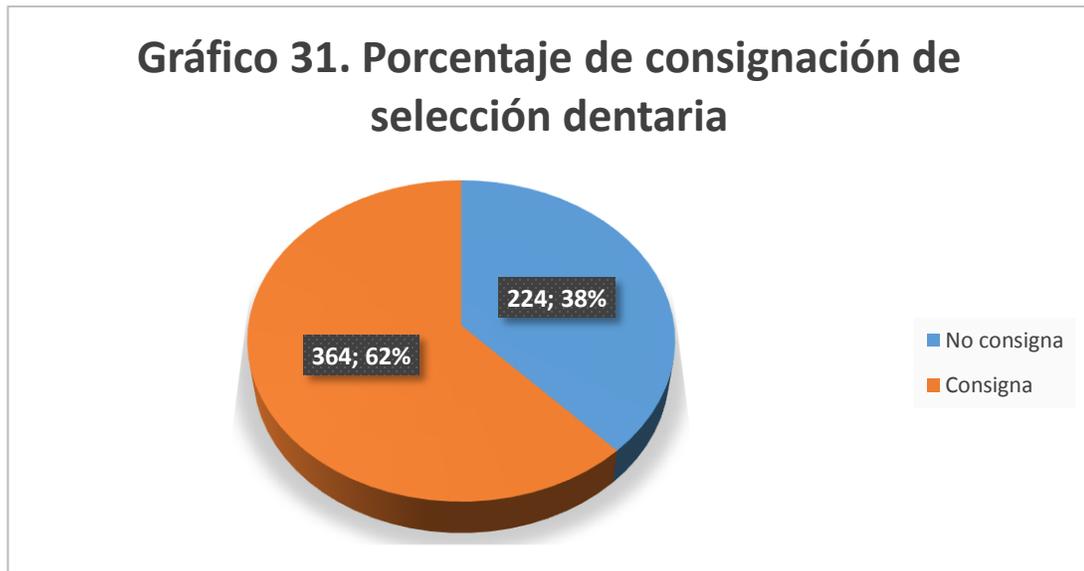
Gráfico 30 Cantidad de registro de relaciones cráneo-mandibulares realizadas



Del total de los casos 447, equivalente al 76% de los casos consignaron haber realizado el registro de las relaciones cráneo-mandibulares. Por otra parte 141 casos, equivalente al 24%, no consignaron haber realizado este procedimiento.

### Selección dentaria

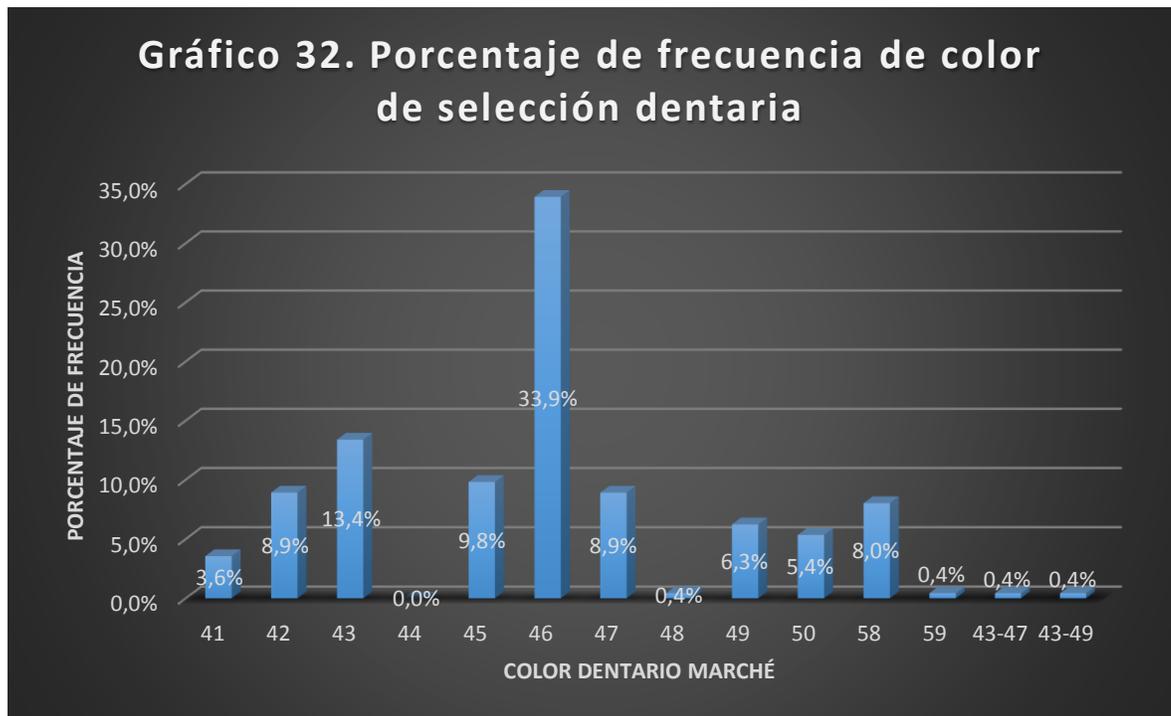
Gráfico 31 Porcentaje y cantidad de consignación de selección dentaria



De los 588 casos, hubo 364, equivalente al 62% que consignaron la selección del

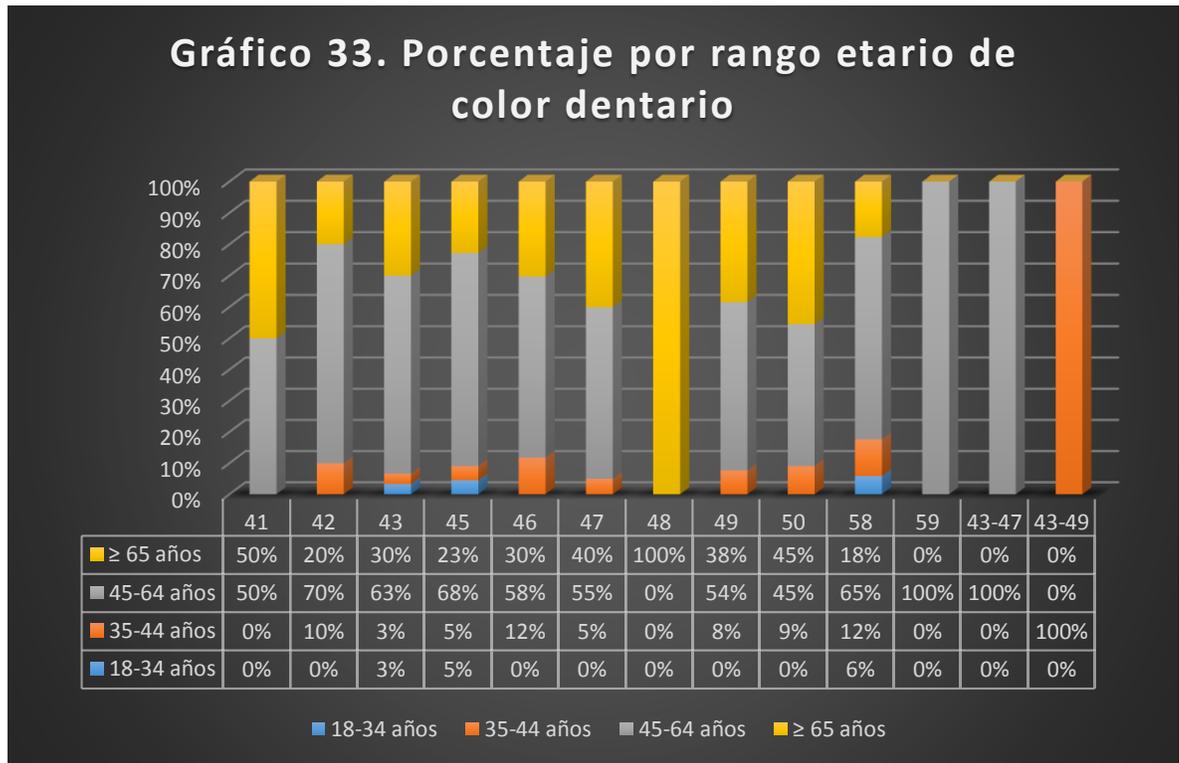
color dentario. Y hubo 224 casos, equivalente al 38%, que no consignaron la selección del color dentario.

Gráfico 32 Porcentaje de frecuencia de color marché en la selección dentaria



En términos de porcentaje por color dentario, con el muestrario Marché, hubo un 33,9% del total de los casos consignados, que seleccionaron el color 46, le sigue con un 13,4% el color 43, luego el 45 con 9,8%, el 47 y el 42 ambos con un 8,9%. Seguido del color 58 con un 8%, el 49 con 6,3%, el 50 con un 5,4%, luego el color 41 con un 3,6%, para finalizar con el color 59, 43-47, 43-49 y 48 con un 0,4% para cada uno. Además hubo 1 caso, que corresponde al 0,4% que consignó el color 48 marché, este color no forma parte del muestrario marché, por lo tanto es un dato erróneo, pero que no es posible deducir si el alumno se refiere al color 58.

Gráfico 33 Porcentaje de frecuencia de color dentario seleccionado por rango etario



De acuerdo a la selección dentaria por rango etario tenemos la siguiente distribución:

Para el color 41 hubo un 50% que seleccionó a los pacientes de 45-64 años y otro 50% a los pacientes de mayor o igual a 65 años.

Para el color 42 un 10% para pacientes entre 35-44 años, un 20% para pacientes mayores o iguales a 65 años y en un 70% a pacientes entre 45 a 64 años.

Para el color 43 hubo un 3% para los rangos entre 18-34 años y 35-44 años, un 30% para los pacientes mayores o igual a 65 años y un 63% al rango entre 45-64 años.

Para el color 45 hubo un 5% para los rangos 18-34 y 35-44 años, un 23% para el rango mayor o igual a 65 años y un 68% para el rango 45-64 años.

Para el color 46 hubo un 12% para el rango entre 35-44 años, un 30% para el rango mayor o igual a 65 años y un 58% para el rango 45-64 años.

Para el color 47 hubo un 5% para el rango entre 35-44 años, un 40% para el rango mayor o igual a 65 años y un 55% para el rango 45-64 años.

Para el color 49 hubo un 8% para el rango entre 35-44 años, un 38% para el rango mayor o igual a 65 años y un 54% para el rango 45-64 años.

Para el color 47 hubo un 9% para el rango entre 35-44 años, un 45% para el rango mayor o igual a 65 años y un 45% para el rango 45-64 años.

Para el color 58 hubo un 6% para los rangos entre 18-34 años, un 12% para el rango etario 35-44 años, un 18% para los pacientes mayores o igual a 65 años y un 65% al rango entre 45-64 años.

Para el color 59 el 100% de los pacientes estuvo dentro del rango 45-64 años.

Para la selección de color múltiple 43-47 el 100% de los pacientes estuvo dentro del rango 45-64 años.

Y Para la selección de color múltiple 43-49 el 100% de los pacientes estuvo dentro del rango 35-44 años.

El caso (1 caso) del color consignado como 48 se deja como dato erróneo, por no ser un color dentro de la muestra utilizada. Sin embargo fue para un paciente de rango etario de mayor o igual a 65 años.

## Articulación dentaria y prueba en boca

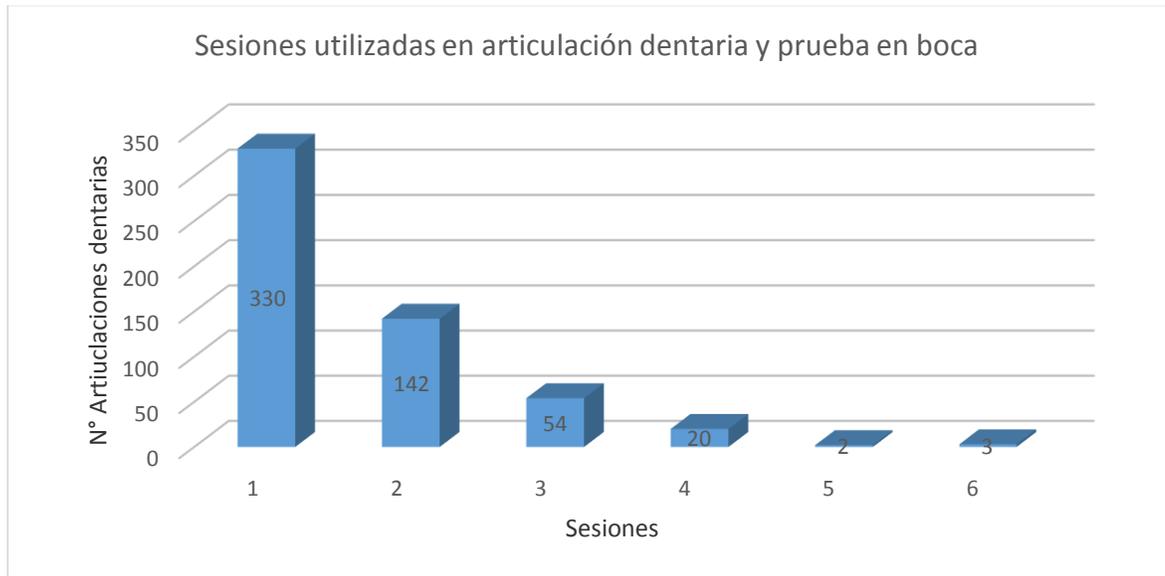
Tabla 42 Articulación dentaria según ajustes y sesiones utilizadas

Ajustes y Modificaciones		Articulación Dentaria y Prueba en Boca Consignada					
		No consigna		Sí consigna		Total	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<b>Con ajuste</b>		-	0,00%	206	35,03%	206	35,03%
<b>No aplica</b>		37	6,29%	0	0,00%	37	6,29%
<b>Sin ajuste</b>		-	0,00%	345	58,67%	345	58,67%
<b>Total</b>		37	6,29%	551	93,71%	588	100,00%
<b>Sesiones</b>	<b>1</b>	-	0,00%	330	59,89%	330	56,12%
	<b>2</b>	-	0,00%	142	25,77%	142	24,15%
	<b>3</b>	-	0,00%	54	9,80%	54	9,18%
	<b>4</b>	-	0,00%	20	3,63%	20	3,40%
	<b>5</b>	-	0,00%	2	0,36%	2	0,34%
	<b>6</b>	-	0,00%	3	0,54%	3	0,51%
	<b>No aplica</b>	37	6,29%	0	0,00%	37	6,29%
	<b>No consigna</b>	-	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	<b>Total</b>	37	6,29%	551	93,71%	588	100,00%

En relación a la articulación dentaria y la prueba en boca, los resultados son los siguientes: hubo 206 casos de los 588 totales, equivalente al 35% del total de la muestra, que consignaron haber realizado este procedimiento y que además realizaron ajustes. Por otra parte hubo 345 casos, equivalente al 58% del total de la muestra que consignó haber realizado la articulación y prueba en boca, pero que no realizó ajustes a este procedimiento. Además hubo 37 casos, equivalente al 6% del total de la muestra, que no consignaron haber realizado este procedimiento.

En total hubo 551 casos, equivalente al 93,7% del total de la muestra, que consignó haber realizado este procedimiento. Por otra parte hubo 37 casos, equivalente al 6,2% del total de la muestra, que no consignó haber realizado este procedimiento.

Gráfico 34 Cantidad de sesiones utilizadas en articulación dentaria y prueba en boca



En cuanto a las sesiones utilizadas en esta prueba y ajuste de articulación dentaria hubo 330 casos que consignaron haber realizado este procedimiento en 1 sesión, equivalente al 59% del total de los casos que consignaron haber realizado este procedimiento. Hubo 142 casos, equivalente al 25% del total de los casos que consignaron haber realizado este procedimiento. 54 casos en 3 sesiones, equivalente al 9%. 20 casos que lo realizaron en 4 sesiones, equivalente al 3%, 2 casos en 5 sesiones, equivalente al 0,3% y 3 casos en 6 sesiones, equivalente al 0,5% del total de los casos que consignaron haber realizado este procedimiento.

## Instalación protética

Tabla 43 Instalación de prótesis superior y sesiones utilizadas

Sesiones para Instalación Prótesis Superior	Instalación de Prótesis Superior					
	Instalaciones		No consignado		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
1	500	94,0%	0	0,0%	500	85,0%
2	24	4,5%	0	0,0%	24	4,1%
3	7	1,3%	0	0,0%	7	1,2%
4	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
No aplica	0	0,0%	0	0,0%	40	6,8%
No consigna	0	0,0%	56	100,0%	16	2,7%
<b>Total</b>	532	100,0%	56	100,0%	588	100,0%

De las instalaciones protésicas superiores hubo 500 instalaciones que se realizaron en 1 sesión, equivalente al 94% del total de las instalaciones. Hubo 24 instalaciones que se realizaron en 2 sesiones, equivalente al 4,5% del total de las instalaciones. Hubo 7 instalaciones que se realizaron en 3 sesiones, equivalente al 1,3% y solo una instalación superior que se llevó a cabo en 4 sesiones clínica, equivalente al 0,2% del total de las instalaciones protésicas superiores.

En total de los 588 casos de la muestra 532 consignaron haber instalado una prótesis superior. Por otra parte hubo 56 casos que no consignaron haber instalado una prótesis superior en su paciente.

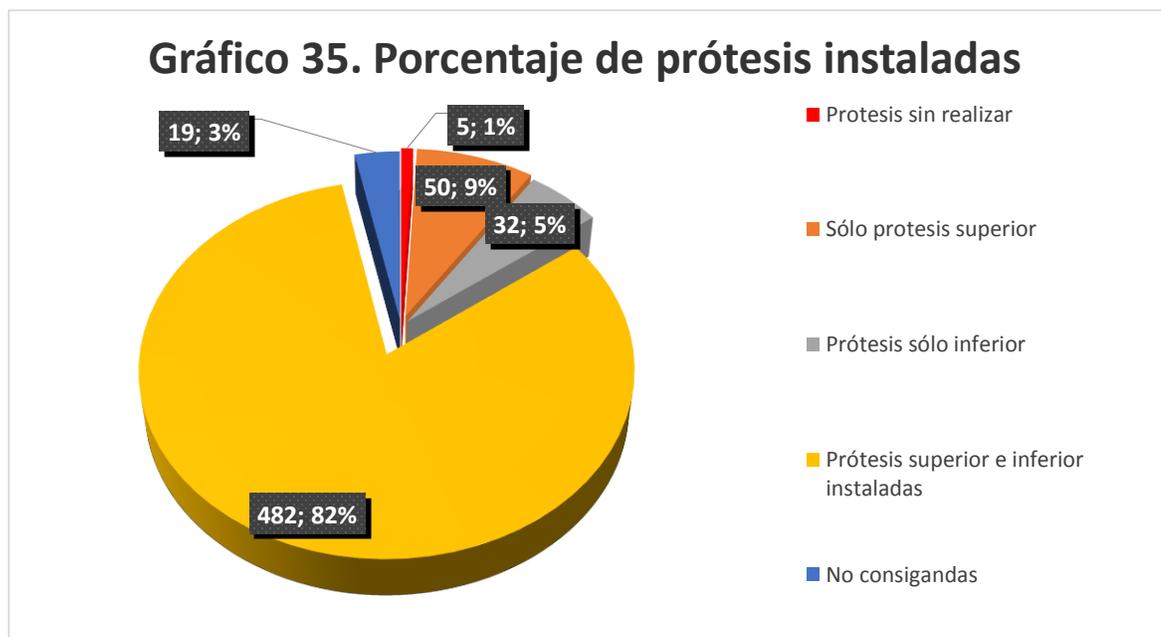
Tabla 44 Instalación de prótesis inferior y sesiones utilizadas

Sesiones para Instalación Prótesis Inferior	Instalación de Prótesis Inferior					
	Sí		No consignado		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
1	462	86,8%	0	0,0%	462	78,5%
2	15	2,8%	0	0,0%	15	2,5%
3	5	0,9%	0	0,0%	5	0,9%
4	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
No aplica	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
No consigna	49	9,2%	56	100,0%	105	17,9%
<b>Total</b>	532	100,0%	56	100,0%	588	100,0%

De las instalaciones protésicas inferiores hubo 462 instalaciones que se realizaron en 1 sesión, equivalente al 86,8% del total de las instalaciones. Hubo 15 instalaciones que se realizaron en 2 sesiones, equivalente al 2,8% del total de las instalaciones. Hubo 5 instalaciones que se realizaron en 3 sesiones, equivalente al 0,9% y solo una instalación superior que se llevó a cabo en 4 sesiones clínica, equivalente al 0,2% del total de las instalaciones protésicas inferiores. Además hubo 49 instalaciones protésicas inferiores en la que no se consignó la cantidad de sesiones involucradas en dicha instalación.

En total de los 588 casos de la muestra 532 consignaron haber instalado una prótesis inferior. Por otra parte hubo 56 casos que no consignaron haber instalado una prótesis inferior en su paciente.

Gráfico 35 Porcentaje y cantidad de prótesis instaladas



Del total de la muestra hubo 482 casos, equivalente al 82% que consignaron haber realizado un juego de prótesis removible (una superior y una inferior). Hubo 50 casos, equivalente al 9% del total de la muestra, sólo realizó una prótesis superior. Hubo 32 casos, equivalente al 5% del total de la muestra, que consignó haber realizado sólo una prótesis inferior.

Por otro lado hubo 19 casos, equivalente al 3% del total de la muestra no consignó haber realizado prótesis alguna. Y hubo 5 casos, equivalente al 1% del total de la muestra que consignó no haber realizado ninguna instalación a su paciente.

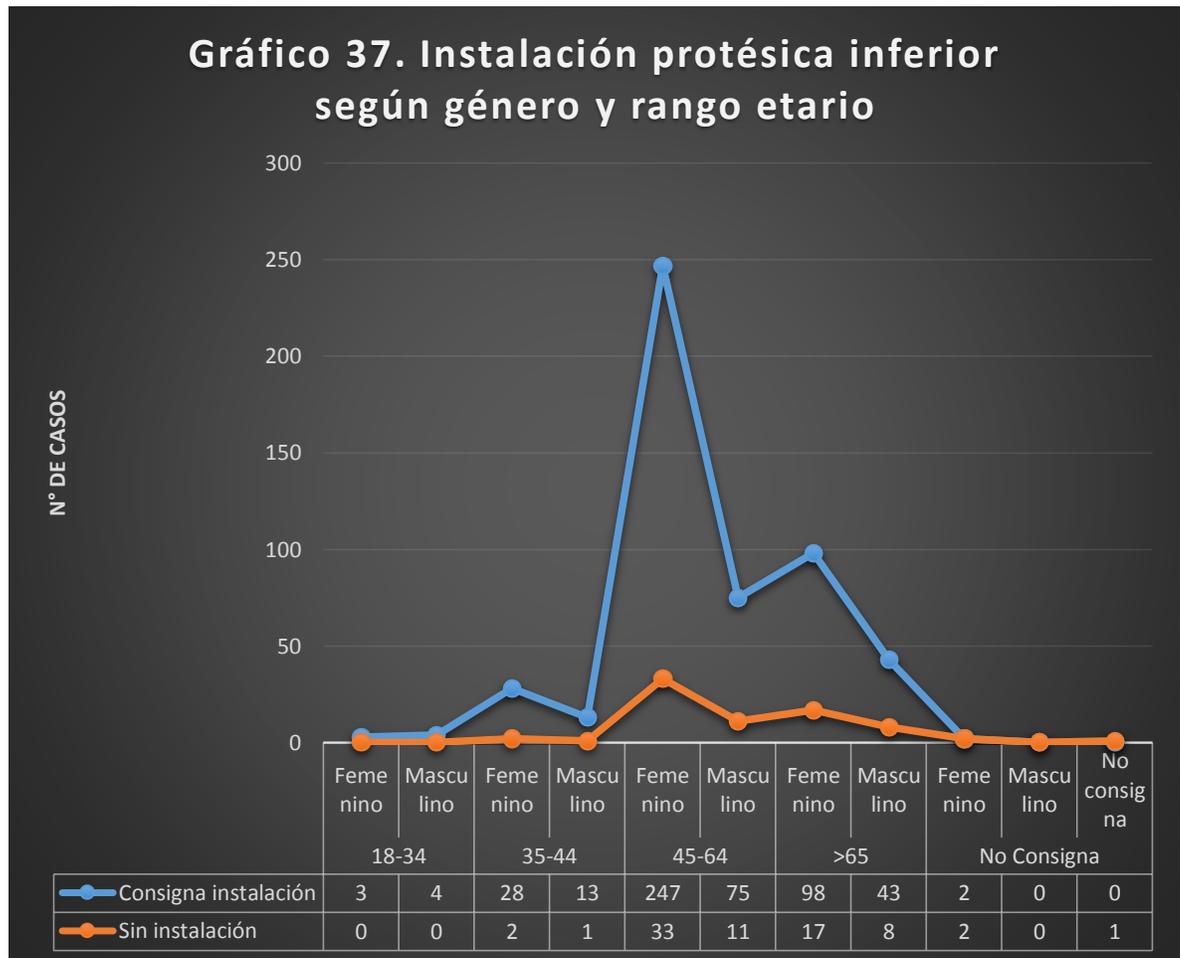
Gráfico 36 Número de instalaciones protésicas superiores según género y rango etario



De las instalaciones protésicas superiores hubo 7 casos en pacientes entre 18-34 años de edad, donde 3 fueron de género femenino y 4 de género masculino, esto equivale al 0,5% y al 0,7% respectivamente del total de las prótesis consignadas como instaladas. Hubo 39 casos en pacientes entre 35-44 años, donde 25 fueron de género femenino, equivalente al 4,4% y 14 casos, equivalente al 2,4% del total de las instalaciones que se consignaron como realizadas. Hubo 331 casos en pacientes entre los 45-64 años, donde 249 fueron del género femenino, equivalente al 44,1% y 82 casos, equivalente al 14,5% del total de las prótesis consignadas como instaladas. En el rango > o igual a 65 años hubo 151 casos, donde 106 fueron

del género femenino, equivalente al 18,7% y 45 casos del género masculino, equivalente al 7,9% del total de los casos consignados como instalados.

Gráfico 37 Número de instalaciones protésicas inferiores según género y rango etario

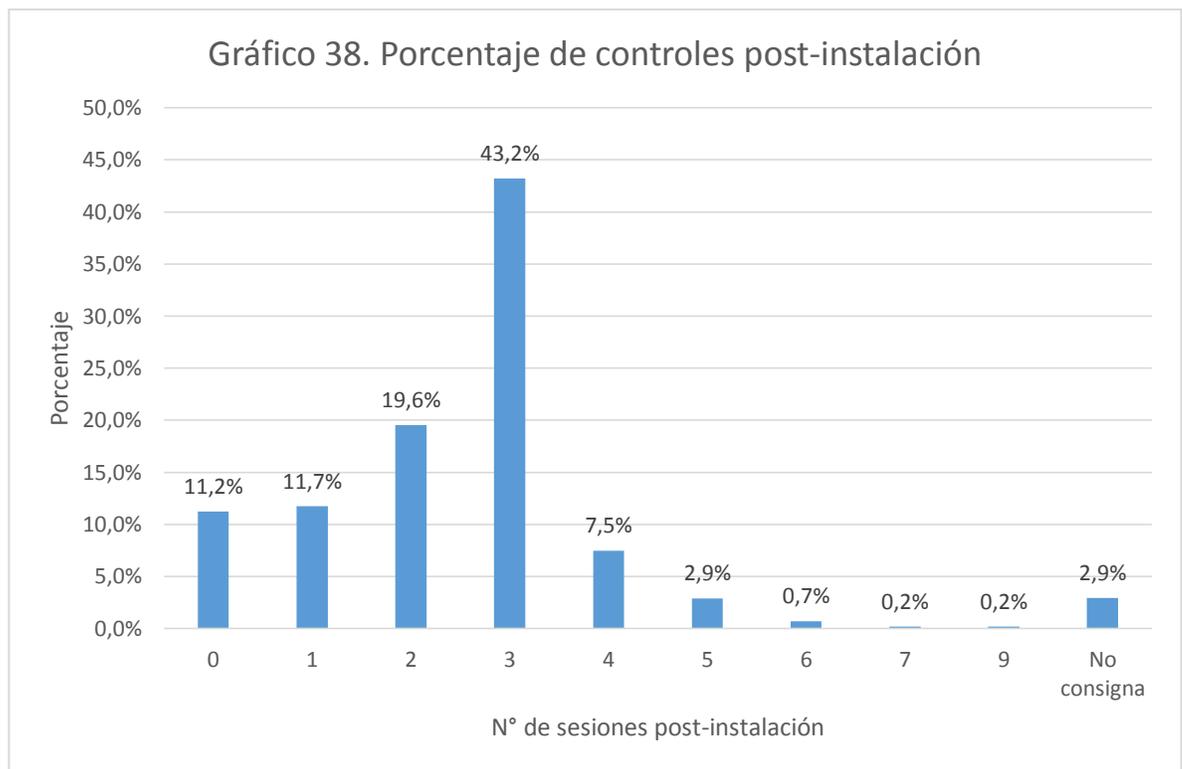


De las instalaciones protésicas inferiores hubo 7 casos en pacientes entre 18-34 años de edad, donde 3 fueron de género femenino y 4 de género masculino, esto equivale al 0,5% y al 0,7% respectivamente del total de las prótesis consignadas como instaladas. Hubo 41 casos en pacientes entre 35-44 años, donde 28 fueron de género femenino, equivalente al 4,9% y 13 casos, equivalente al 2,3% del total de las instalaciones que se consignaron como realizadas. Hubo 322 casos en pacientes entre los 45-64 años, donde 247 fueron del género femenino, equivalente al 43,7% y 75 casos, equivalente al 13,2% del total de las prótesis consignadas

como instaladas. En el rango > o igual a 65 años hubo 141 casos, donde 98 fueron del género femenino, equivalente al 17,3% y 43 casos del género masculino, equivalente al 7,6% del total de los casos consignados como instalados.

## Controles post-instalación

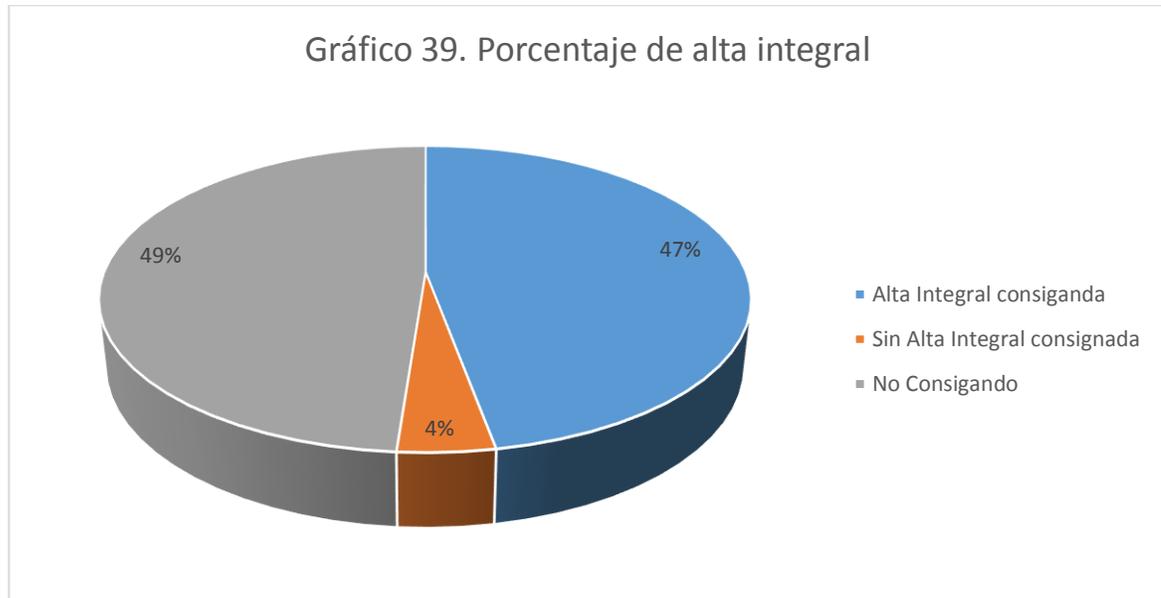
Gráfico 38 Porcentaje de controles post-instalación protésica



En relación a los controles post-instalación, hubo un 11,2% que no consignó haber realizado controles post-instalación. Un 11,7% consignó haber realizado 1 control post-instalación. Un 19,6% consignó haber realizado 2 controles post-instalación. Un 43,2% consignó haber realizado 3 controles post-instalación. Un 7,5% consignó haber realizado 4 controles post-instalación. Un 2,9% consignó haber tenido 5 controles post-instalación. 6 controles un 0,7%, 7 y 9 controles un 0,2% y un 2,9% no consignó controles.

## Alta de pacientes

Gráfico 39 Porcentaje de alta integral



Del total de la muestra, que incluye 588 casos, un 49% no consignó el estado de alta de su paciente. Un 47% consignó haber dado de alta a su paciente y un 4% consignó no haber dado de alta a su paciente.

Tabla 45 Alta integral por género y rango etario

Rango etario	Género	Alta Integral							
		Sin Alta Integral		Alta Integral		No consigna		Total	
		Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
18-34 años	Femenino	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	3	42,9%
	Masculino	1	100,0%	3	100,0%	0	0,0%	4	57,1%
35-44 años	Femenino	1	100,0%	19	70,4%	10	62,5%	30	68,2%
	Masculino	0	0,0%	8	29,6%	6	37,5%	14	31,8%
45-64 años	Femenino	9	69,2%	138	76,2%	133	77,3%	280	76,5%
	Masculino	4	30,8%	43	23,8%	39	22,7%	86	23,5%
≥ 65 años	Femenino	6	75,0%	41	63,1%	68	73,1%	115	69,3%
	Masculino	2	25,0%	24	36,9%	25	26,9%	51	30,7%
No Consigna	Femenino	1	100,0%	1	100,0%	2	66,7%	4	80,0%
	Masculino	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	No consigna	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	1	20,0%
Total	Femenino	17	70,8%	199	71,8%	216	75,3%	432	73,5%
	Masculino	7	29,2%	78	28,2%	70	24,4%	155	26,4%
	No consigna	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	1	0,2%

Las altas integrales según rango etario se distribuyen de la siguiente manera:

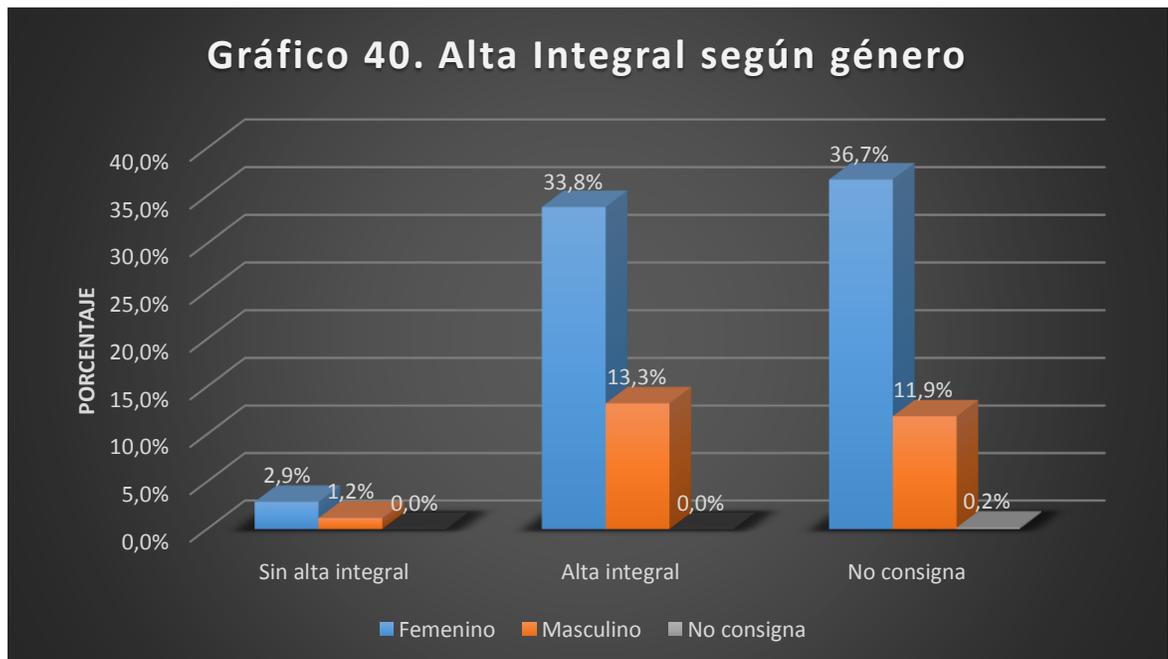
En el rango etario 18-34 años hubo 1 caso masculino sin alta integral y 3 casos masculinos con alta integral. Además hubo 3 casos femeninos que no consignaron estado de alta de su paciente.

En el rango etario 35-44 años, en grupo femenino hubo 1 caso sin alta integral, 19 casos con alta integral y 10 casos que no consignaron el estado de alta de su paciente. En el grupo masculino hubo 8 casos con alta integral y 6 casos que no consignaron el estado de alta de su paciente.

En el rango etario 45-64 años, en el grupo femenino hubo 9 casos sin alta integral, 138 casos con alta integral y 133 casos que no consignaron el estado de alta de su paciente. En el grupo masculino hubo 4 casos sin alta integral, 43 casos con alta integral y 39 casos que no consignaron el estado de alta del paciente.

En el rango etario > o igual a 65 años, en el grupo femenino hubo 6 casos sin alta integral, 41 casos con alta integral y 48 casos que no consignaron el estado de alta del paciente. En el grupo masculino hubo 2 casos sin alta integral, 24 casos con alta integral y 25 casos que no consignaron el estado de alta del paciente.

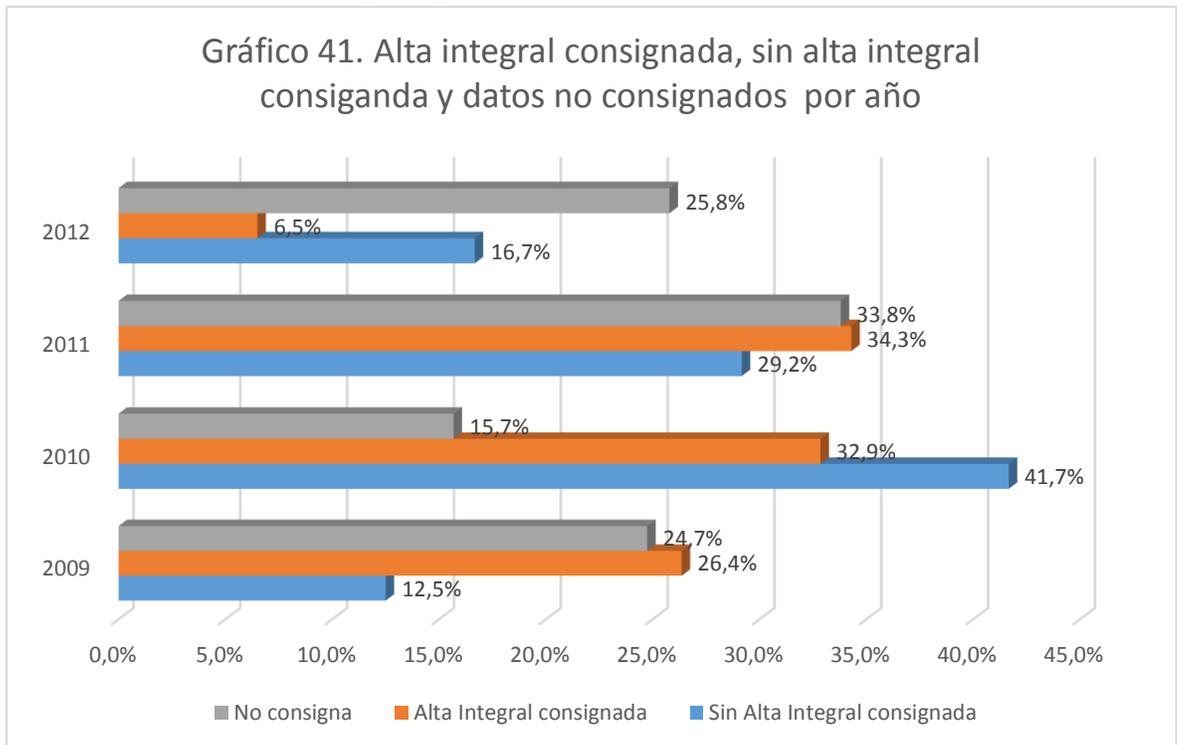
Gráfico 40 Porcentaje de alta integral según género



Del total de los casos hubo un 33,8% que perteneció al género femenino y que fueron consignados como alta integral y un 13,3% correspondió al género

masculino. En relación a los casos que no consignaron el estado de alta su paciente hubo un 36,7% del total de los casos y que correspondió al género femenino y un 11,9% fue masculino. Y los casos que consignaron sin alta integral hubo un 2,9% del total de los casos que correspondió al género femenino y un 1,2% al género masculino.

Gráfico 41 Porcentaje de alta integral según año



Desglosando los datos del alta por año, se observa que de los casos consignados como sin alta integral hubo un 12,5% en el año 2009, 41,7% en el año 2010, 29,2% en el año 2011 y 16,7% en el año 2012.

En los casos consignados con alta integral hubo en el año 2009 un 26,4%, 32,9% en el 2010, 34,3% en el 2011 y 6,5% en el año 2012.

Por otro lado en los casos en los que no se consignó el estado de alta del paciente hubo un 24,7% en el año 2009, 15,7% en el año 2010, 33,8% en el año 2011 y un 25,8% en el año 2012.

## Controles protésicos, citación a control en 6 meses

Tabla 46 Porcentaje y cantidad de controles post-alta

Total de Controles Después del Alta							
0		1		No consigna		Total	
Recuento	% del total	Recuento	% del total	Recuento	% del total	Recuento	% del total
573	97,4%	1	0,2%	14	2,3%	588	100,0%

De un total de 588 casos sólo 1 caso, equivalente al 0,2% del total de la muestra, consignó haber realizado un control después de haber dado de alta al paciente. Hubo 14 casos, equivalente al 2,3% del total de la muestra, que no consignó información acerca de este dato.

## Sesiones totales registradas

Tabla 47 Estadística de las sesiones totales registradas

Estadísticos		
N	Válidos	588
	Perdidos	0
<b>Media</b>		23,3061
<b>Mediana</b>		23,0000
<b>Moda</b>		20-23
<b>Desv. STD.</b>		7,88448
<b>Mínimo</b>		6,00
<b>Máximo</b>		48,00

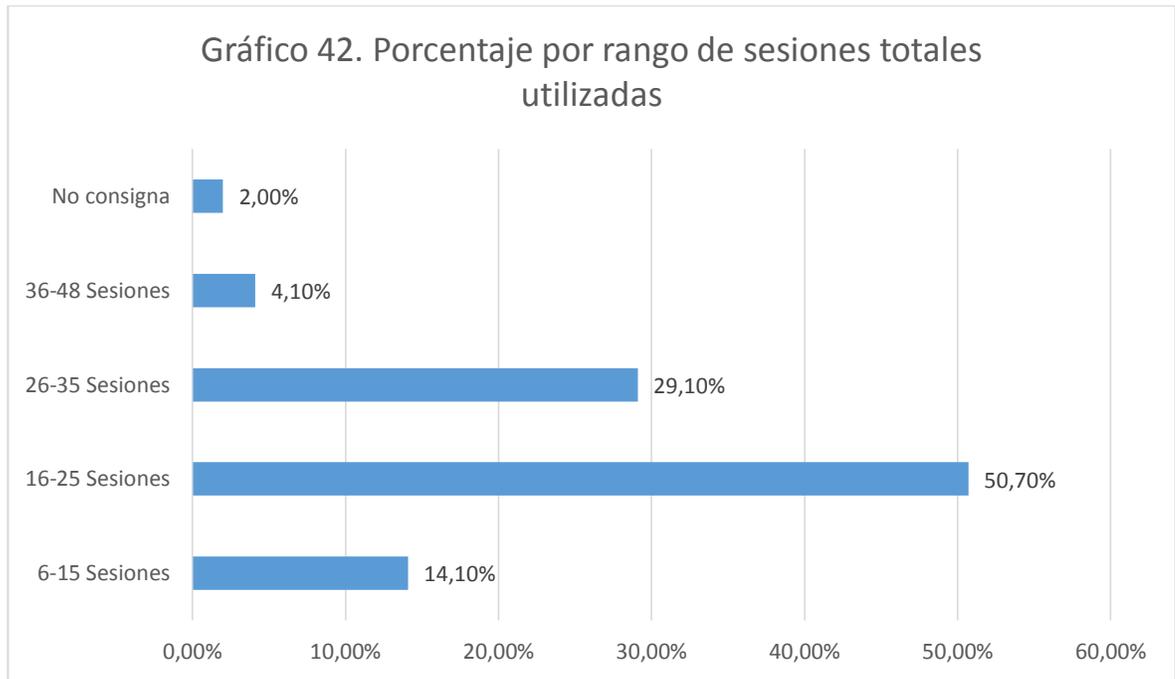
En cuanto a las sesiones totales registradas, estadísticamente de un total de 588 casos, hubo una media y mediana de 23, con una moda de 20 y 23. Una desviación estándar de 7,8, hubo un mínimo de 6 sesiones y un máximo de 48 sesiones consignadas.

Tabla 48 Sesiones totales registradas según su frecuencia

Sesiones Totales			
Sesiones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6	1	0,17	0,17
7	1	0,17	0,34
8	5	0,85	1,19
9	7	1,19	2,38
10	6	1,02	3,40
11	9	1,53	4,93
12	8	1,36	6,29
13	8	1,36	7,65
14	16	2,72	10,37
15	22	3,74	14,12
16	27	4,59	18,71
17	29	4,93	23,64
18	23	3,91	27,55
19	24	4,08	31,63
20	40	6,80	38,44
21	35	5,95	44,39
22	25	4,25	48,64
23	40	6,80	55,44
24	28	4,76	60,20
25	27	4,59	64,80
26	28	4,76	69,56
27	28	4,76	74,32
28	26	4,42	78,74
29	21	3,57	82,31
30	14	2,38	84,69
31	16	2,72	87,41
32	14	2,38	89,80
33	8	1,36	91,16
34	9	1,53	92,69
35	7	1,19	93,88
36	7	1,19	95,07
37	4	0,68	95,75
38	6	1,02	96,77
40	2	0,34	97,11
41	2	0,34	97,45
43	1	0,17	97,62
48	2	0,34	97,96
No aplica	1	0,17	98,13
No consigna	11	1,87	100,00
Total	588	100,00	

En el desglose de las sesiones totales, se observa que tanto la cantidad 20 como la 23 son las que con mayor frecuencia se repiten, luego de esto le sigue con una frecuencia de 29 las 17 sesiones totales. Seguido de esto con una frecuencia de 28, las 24, 26, 27 y 28 sesiones. Le siguen con una frecuencia de 27, las sesiones 16 y 25. Luego con una frecuencia de 26 está la cantidad de 28 sesiones. Después con una frecuencia de 25 se ubican las 22 sesiones. Le siguen las 19 sesiones con una frecuencia de 24. Luego siguen en orden descendente las 18 sesiones, 15, 29, 14, 31, 30 y 32, luego de esta cantidad de sesiones, las demás están por debajo de la frecuencia de 14.

Gráfico 42 Porcentaje por rango de sesiones utilizadas



Agrupando por rango las sesiones totales consignadas como utilizadas, se observa que hay un 14,1% que utilizó entre 6 a 15 sesiones para terminar el tratamiento. Un 50,7% que utilizó entre 16 y 25 sesiones para terminar el tratamiento. Hubo un 29,1% que utilizó 26 a 35 sesiones para terminar el tratamiento. Y hubo un 4,1% que necesitó de 36 a 48 sesiones para poder terminar el tratamiento. Por otra parte hubo un 2% que no consignó la cantidad de sesiones utilizadas.

## Inasistencia

Tabla 49 Estadística de las inasistencias consignadas

Estadísticos		
<b>N</b>	Válidos	588
	Perdidos	0
<b>Media</b>		1,0459
<b>Mediana</b>		0,0000
<b>Moda</b>		0,00
<b>Desv. STD</b>		2,24016
<b>Mínimo</b>		0,00
<b>Máximo</b>		11,00

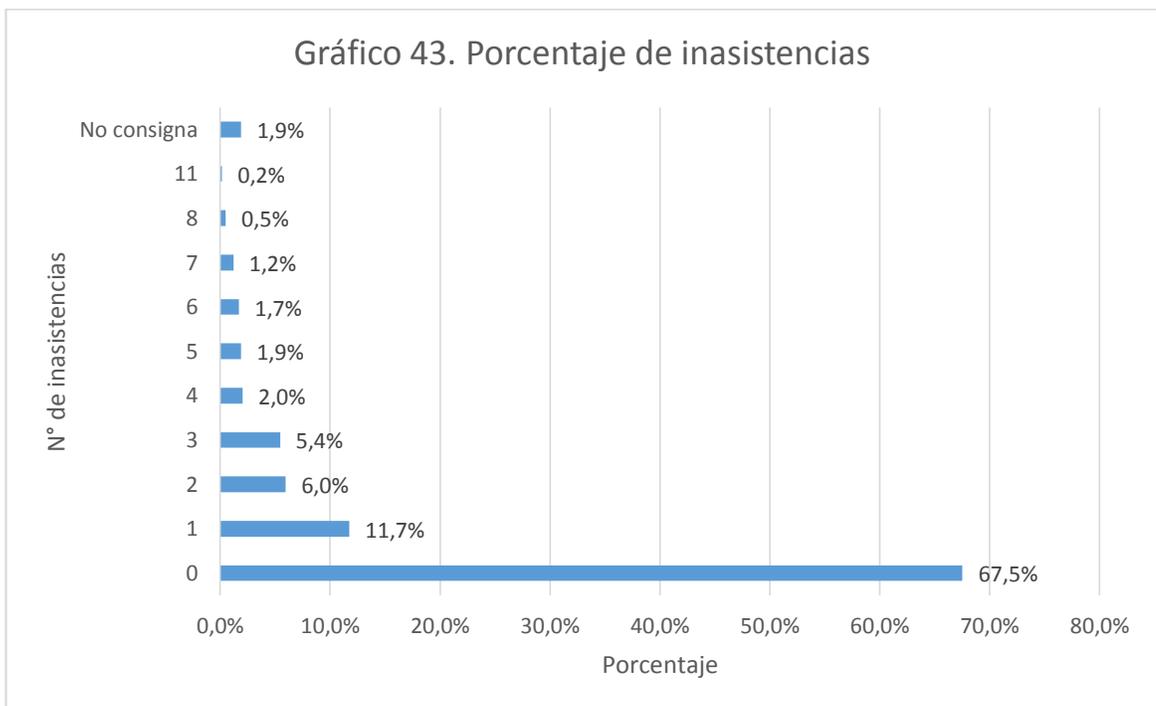
En cuanto a las inasistencias registradas, estadísticamente de un total de 588 casos, hubo una media de 1 y una mediana de 0, con una moda de 0. Una desviación estándar de 2,2. Hubo un mínimo de 0 inasistencias y un máximo de 11 inasistencias consignadas.

Tabla 50 Porcentaje de frecuencias de inasistencias consignadas

Inasistencias	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
0	397	67,5%	67,5 %
1	69	11,7%	79,3 %
2	35	6,0%	85,2 %
3	32	5,4%	90,6 %
4	12	2,0%	92,7 %
5	11	1,9%	94,6 %
6	10	1,7%	96,3 %
7	7	1,2%	97,4 %
8	3	0,5%	98,0 %
11	1	0,2%	98,1 %
No consigna	11	1,8%	100,0 %
Total	588	100%	

De los 588 casos totales hubo 397 que no registraron inasistencias, equivalente al 67,5% del total de los casos. 69 casos, equivalente al 11,7% del total, que consignó 1 inasistencia. 35 casos, equivalente al 6% que consignó 2 inasistencias. 32 casos, equivalentes al 5,4%, que consignaron 3 inasistencias. Hubo 12 casos, equivalentes al 2%, que consignaron 4 inasistencias. 11 casos consignaron 5 inasistencias, equivalente al 1,9%. 10 casos, equivalentes al 1,7% que consignaron 6 inasistencias. 7 casos consignaron 7 inasistencias, que equivalen al 1,2% del total de la muestra. 3 casos, equivalente al 0,5% de los casos, que consignaron 8 inasistencias y 1 caso, que consignó 11 inasistencias, equivalente al 0,2% del total de los casos. Además hubo 11 casos, equivalente al 1,7% que no consignó información respecto de inasistencias.

Gráfico 43 Porcentaje de cantidad de inasistencias consignadas



En relación al porcentaje de las inasistencias consignadas, se ordenan de mayor a menor porcentaje a ninguna inasistencia con un 67,5%. 11,7% 1 inasistencia, 6% 2 inasistencias, 5,4% 3 inasistencias, 2% 4 inasistencias, 1,9% 5 inasistencias, 1,7% 6 inasistencias, 1,2% 7 inasistencias, 0,5% 8 inasistencias, 0,2% 11 inasistencias.

Por otra parte los casos que no consignaron información acerca de inasistencia llegan al 1,9% de los 588 casos.

### **Datos no consignados**

*Tabla 51 Cantidad y porcentaje de datos consignados y no consignados*

<b>Datos Totales</b>			
	<b>Datos consignados</b>	<b>No consignados</b>	<b>Total</b>
<b>Cantidad</b>	42474	6092	48566
<b>Porcentaje</b>	87,5%	12,5%	100%

De un total de 48566 datos de la muestra, hubo 42474 datos que fueron consignados en las fichas de la muestra, que equivalen al 87,5% del total de los datos. Por otro lado 6092 datos no fueron consignados, que equivalen al 12,5% del total de los datos.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados anteriormente expuestos, son producto del análisis de 588 fichas de 4 años consecutivos (2009-2012), estos datos fueron obtenidos de lo que estaba explícitamente escrito en las fichas clínicas, por lo tanto toda información que no está consignada en la ficha se asume en términos de resultados, como “no consignada – no realizada”. Los datos que fueron omitidos voluntaria o involuntariamente no se pueden asumir como realizados, a pesar de ser pasos imprescindibles en el tratamiento protésico removible.

### **Características demográficas**

En la muestra observada hubo 432 pacientes de género femenino equivalente al 74% del total de la muestra y 155 pacientes de género masculino, equivalente al 26% del total de la muestra. Estos valores difieren de los reportados por el DEIS del MINSAL, que en el reporte REMSA 2011 [36] tiene como valores en género femenino a un 52% de los pacientes tratados por prótesis removible y masculino un 48%. Si bien la cantidad de pacientes de género femenino es mayor que el masculino en ambas muestras, esta diferencia es aún mayor en la muestra de estudio, y está incrementada en un 22% a la referencia. Esta diferencia podría deberse a que la población que acude a la Clínica de Odontología de la FOUCH es distinta dado su contexto de las que son reportadas en el REMSA del DEIS.

En relación a la edad, este mismo reporte [36], agrupa la muestra en tres rangos etarios que son, menos de 20 años, 20 a 64 años y 65 y más años, este estudio por su parte, dividió la muestra en cuatro rangos que son 18 a 34 años, 35 a 44 años, 45 a 64 años y mayores o iguales a 65 años, sin embargo al ordenar la muestra con este mismo agrupamiento de rangos etarios tenemos que no hay en la muestra de este estudio pacientes con edad inferior a los 20 años (0%), entre los 20 a 64 años hay un 70,9% del total de la muestra y un 28,2% del rango etario de 65 y más años, el resto del porcentaje (0,9%) no consignó edad. Al comparar estos datos con la información del REMSA 2011 [36], ocurre que existe una gran diferencia en el rango menor a 20 años donde el valor nacional es de un 22% del total de los tratados con prótesis removible. Por otro lado en el rango etario de 20 a 64 años es bastante

similar con un 71% y en el rango de 65 y más años un 8%, en comparación con los datos de estudio que llegaron al 28,2%, con una diferencia del orden del 20%. De acuerdo a esta comparación obtenemos que los rangos etarios atendidos en la clínica de prótesis removible de la FOUCh, son muy similares al nacional en el rango de 20 a 64 años y que representan en ambos casos al mayor volumen de pacientes, sin embargo en los rangos etarios extremos, existen grandes diferencias en cuanto a los pacientes.

En relación al domicilio de los pacientes pertenecientes a la muestra, cabe mencionar que acudieron pacientes de 6 Provincias de la Región Metropolitana, pertenecientes a 42 comunas. De las cuales 6 comunas son las que predominan en cantidad de pacientes, en orden decreciente tenemos: Recoleta (8,67%), Conchalí (6,97%), Maipú (6,46%), Santiago (6,46%), La Florida (5,44%) e Independencia (5,78%) que suman en total un 33,3% del total de la muestra. Además la muestra involucra pacientes de distintas regiones a la Metropolitana, como lo son IV, V, VI, VII y IX región y que llegan al valor de 5,44% del total de la muestra.

Ahora bien, la explicación para esta gran cantidad y diversa lista de comunas a nivel regional e interregional, se podría explicar por el prestigio que la FOUCh tiene en el país, debido a que ésta institución no realiza mayor publicidad en el mercado. Además se le puede sumar a esto la trayectoria que tiene la FOUCh y que se traduce en una publicidad entre pacientes y que podría explicar que la mayor parte de los pacientes sean referidos por otra persona que haya recibido tratamiento en esta institución. Por otra parte a nivel nacional la posibilidad de tratar problemas de especialidad, es este caso protético removible, de forma definitiva, es bastante bajo para la población y pudiese ocurrir que esta institución sea una referencia para otras instituciones que no puedan realizar este tipo de tratamiento de manera rápida y oportuna.

**Referencias (Derivaciones) e Interconsultas** De esta muestra obtuvimos como resultado que la especialidad más requerida es Endodoncia, con un 32% del total de las derivaciones, le sigue con un 21% la especialidad de Cirugía de la FOUCh, con motivo de exodoncias. El 12% correspondió a derivaciones al médico tratante para pase médico, así como el 10% enviado a medicina general. Hubo un 8% de la

muestra que fue derivada a la especialidad periodoncia, 5% a operatoria y un 12% restante fueron derivaciones que tenían menos de un 5% del total de la muestra.

La Clínica de Prótesis Removible de FOUC es un curso que intenta dar solución a una serie de problemas bucodentales a sus pacientes, involucrando diversas áreas de la odontología, sin embargo no es misión de este ramo enseñar ni realizar la totalidad de los tratamientos especializados en sus pacientes, es por esto que cada año esta clínica deriva gran parte de acciones a otras especialidades de la Clínica de la FOUC. Además los pacientes que recibe pueden presentar enfermedades y/o condiciones de salud de base que deben estar controladas por el especialista médico.

Es por estas razones que durante el diagnóstico y planificación de los tratamientos se envían interconsultas y se realizan una serie de derivaciones.

### **Planificación de los tratamientos**

De las planificaciones de los tratamientos anexos al tratamiento rehabilitador removible propiamente tal, hubieron 5 áreas de planificación que llaman más la atención en términos porcentuales, éstas son de mayor a menor Operatoria con un 76% del total de la muestra, que planificó a lo menos una restauración en su paciente, le sigue la Periodoncia con un 68% del total de la muestra, luego la Instrucción de higiene oral con 65%, que llama la atención que un 35% restante no consignó este procedimiento, necesario para el paciente, en la ficha clínica. Este dato sólo quiere decir que no fue consignado en la ficha clínica. Luego sigue la planificación de exodoncias con un 28% del total de muestra. Finalmente está la planificación protésica fija con un 7% del total de la muestra. Todas estas planificaciones están pensadas en ser realizadas en la Clínica de Prótesis Removible como parte del tratamiento integral del paciente en este ramo.

Todas éstas planificaciones de diferentes áreas de la odontología nos dan una muestra de las necesidades de tratamiento de los pacientes que acuden a la clínica de prótesis removible y que no sólo se resume a elaborar un dispositivo protésico removible, muy por el contrario, busca devolver salud a los pacientes.

Ahora, si bien dentro de la Clínica Odontológica de la FOUC existen otras áreas con necesidad de cubrir este tipo de tratamientos, los pacientes frecuentemente no disponen ni el tiempo por una parte, ni el dinero por otra para resolver estos problemas de forma separada, por lo tanto lo que ocurre es que dentro de la Clínica de Prótesis Removible se resuelven los problemas de acuerdo a las necesidades de los pacientes y es por esto que existe un gran porcentaje de tratamientos de diversas áreas, sin embargo también existe un importante porcentaje de derivaciones (19%) que se realizan desde ésta clínica.

### **Planificación del tratamiento protético removible**

Los tratamientos protéticos removibles, se pueden dividir en planificaciones sólo de prótesis superiores, sólo inferiores y superiores e inferiores

De acuerdo a esto de los 588 casos que componen la muestra 43 casos planificaron sólo realizar una prótesis superior, que equivale al 7,3% del total de la muestra, 30 casos planificaron sólo realizar una prótesis inferior, que equivale al 4,9% del total de la muestra. Y Hubo 502 casos que consignaron la planificación de un juego de prótesis, es decir una superior y una inferior en el mismo paciente, cantidad que equivale al 85,3% del total de la muestra.

El hecho que existan planificaciones sólo superiores, sólo inferiores y juegos protéticos, se podría deber a distintas necesidades y desdentamiento que presentan los pacientes, llevando a casos a sólo indicar una prótesis (superior o inferior) o ambas. Sin embargo, es notoria la mayor frecuencia de la planificación del juego protético, que nos habla que el desdentamiento bimaxilar es una realidad presente.

### **Diseño protésico**

En relación al diseño protésico cabe mencionar el patrón de desdentamiento y el plan de tratamiento indicado. En el maxilar superior hubo 2 patrones de desdentamiento mayoritariamente, la Clase III de Kennedy tuvo un 38,4% del total de muestra y seguido de la clase II con un 27,2%. De acuerdo a esto es importante

mencionar que el desdentamiento de las zonas medias de la arcada (premolares y molares), es predominante en la muestra ya sea unilateral o bilateral.

De manera diferente ocurrió en el maxilar inferior donde la Clase I de Kennedy presentó un 34,4% y la Clase II de Kennedy un 29,1%, mostrando un patrón de desdentamiento mayoritario en las zonas posteriores de la arcada (molares y premolares) ya sea unilateral o bilateral.

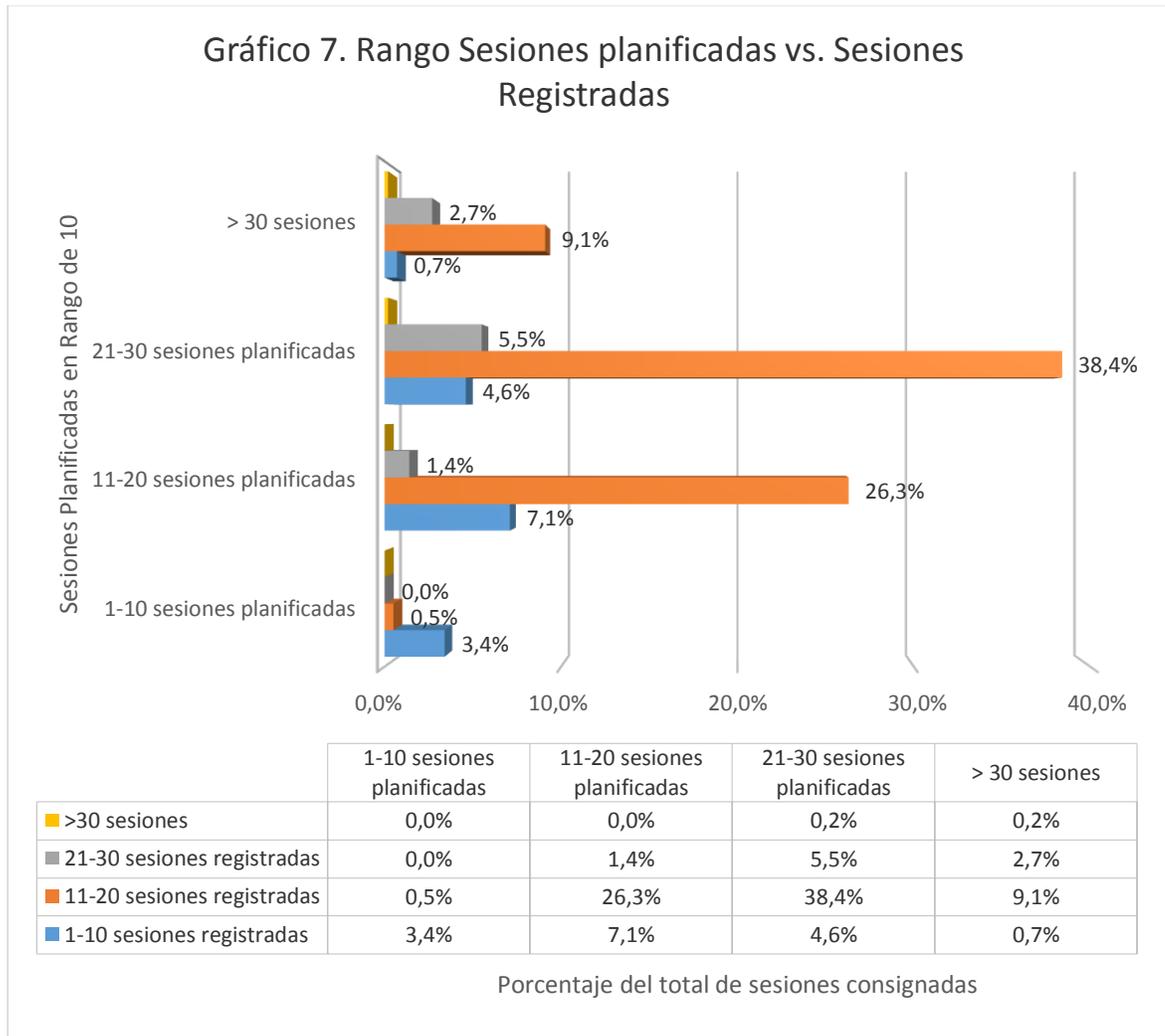
Estos patrones ya nos pueden dar una referencia de las futuras prótesis a realizar, su diseño y fases necesarias.

En cuanto al diseño (dibujo) protésico, hubo en el maxilar superior un 82,5% que realizaron este procedimiento, mientras que en maxilar inferior fue un tanto superior con un 83,3% del total de los casos. Esto quiere decir que en la gran mayoría de los casos se hizo el dibujo correspondiente de la o las futuras prótesis, sin embargo hubo aproximadamente un 17% que no se realizó, esto podría deberse a que algunos de estos casos podrían necesitar de otros tratamiento previos para su diseño, como la espera del resultado de una terapia periodontal, tratamientos protésicos fijos como anclajes, tratamiento de endodoncia, etc. Que puedan de alguna manera modificar el diseño, sin embargo este dibujo podría realizarse una vez dilucidadas estas dudas, luego de haber realizado los tratamientos. Sin embargo no fue así y al porqué de esta situación es difícil darle una respuesta.

### **Sesiones planificadas y sesiones totales**

En relación a las planificaciones de sesiones se hicieron 4 grupos de 10 sesiones cada uno de la siguiente manera: 1-10, 11-20, 21-30 y >30, esto se hizo tanto para las planificaciones como para las sesiones totales consignadas al final del tratamiento. Se obtuvo que un 38,4% coincidió en que se planificó 21-30 sesiones y se realizaron en 11-20 sesiones. Un 26,3% planificó realizar todo el tratamiento en el rango de 11-20 sesiones y lo realizó en esa misma cantidad. Los demás casos se agrupan en porcentajes bajo los 10 puntos porcentuales, como se aprecia en el gráfico 7.

Por lo tanto podemos decir que el 71,6% de los casos planificó estar dentro de 11-30 sesiones y que de esa forma lo hizo. También podemos decir que casi la mitad de los casos planificó el rango de 21-30 sesiones. Y que el 64,7% realizó el tratamiento en el rango de 11-20 sesiones. De acuerdo a esto podemos decir que dentro de los rangos de normalidad esta como mínimo 11 sesiones y como máximo 30 sesiones.



**Presentación de Ficha Clínica**

Del total de los casos un 59% consignó haber presentado la ficha clínica a su docente a cargo, por su parte un 41% no consignó haber presentado la ficha clínica.

Esta cantidad importante (41%), que no consignó la presentación la ficha clínica, llama la atención y pudiese deberse a sólo la no consignación de esta fase, debido a que todos los alumnos deben pasar por este paso, para poder seguir con la fase de tratamiento.

En cuanto a la cantidad de sesiones previas a la presentación de ficha clínica hubo un 31% que consignó haberlo hecho entre 1 a 5 sesiones, 8% de 6 a 10 sesiones y un 2% de 11 a 15 sesiones, sin embargo hubo un 59% que no consignó la cantidad de sesiones previas a la presentación de ficha clínica y que son los casos que no consignaron haberla presentado. Esta disparidad de sesiones puede deberse a la cantidad de alumnos por grupo y que sólo tienen un docente a cargo. También pudiese influir que no siempre se alcanza a presentar por los imponderables del quehacer en la clínica, es decir, al haber tantos alumnos y más pacientes aún, es necesario que el docente esté presente en fases y cuestionamientos imprescindibles y que en el tiempo que dura la clínica no dé a basto con las programaciones de presentación de ficha clínica, por lo tanto se aplacen o se difieran en la programación.

### **Tratamientos realizados**

Debido a que la instrucción de higiene oral es transversal a todo el quehacer odontológico, es que se individualizó como tratamiento para su análisis.

De los 588 casos un 27,5% consignó haber realizado la instrucción de higiene oral en su paciente. De este valor el 84% sólo consignó haber realizado una sola instrucción de higiene oral. Por lo tanto hubo un 72,4% que no consignó haber realizado la instrucción de higiene oral en su paciente. Según la Guía Clínica de “Salud Oral Integral para Adultos de 60 años” [37], sugiere un programa educativo individualizado de autocuidado en higiene bucal que aumente conocimiento y mejore actitudes en pacientes con enfermedad periodontal para mejorar los índices gingivales y de placa mediante una higiene bucal regular y constante. Además se sugiere realizar una sesión de capacitación, de 4 horas en temas relacionados con salud bucal, a los cuidadores de adultos dependientes institucionalizados, para

contribuir a mejorar la salud oral [38]. Los datos que hemos obtenido se contraponen con esta evidencia presente en la guía mencionada.

### **Tratamiento periodontal**

En relación al tratamiento periodontal se consignaron como realizados 282 casos, equivalente al 48% del total de la muestra, sin embargo la cantidad de tratamiento planificados fueron de 399, una diferencia de 111 casos, equivalente a un 19% de diferencia entre lo planificado y lo realizado. Por lo tanto el porcentaje planificación-ejecución es de 81%

### **Tratamiento de operatoria**

Hubo 426 casos en los que se consignó haber realizado tratamiento de operatoria, equivalente al 72% de la muestra. Los casos que planificaron realizar tratamiento de operatoria fueron 446, que equivalen al 76%. Por lo tanto la diferencia entre lo planificado y lo realizado fue de 20 casos, equivalente a un 3,4%. En este caso el porcentaje de planificación-ejecución es de un 97%

Desglosando el tipo de obturaciones realizadas hubo un 90% de restauraciones de resina compuesta y 10% de amalgamas. Comparándolo con los datos obtenidos del REMSA 2011 [36], tienen un gran acercamiento, pues indica que la restauraciones de resina compuesta llegan al 92% y de amalgamas al 8% del total realizadas durante ese año.

### **Tratamiento quirúrgico “Exodoncia”**

Los casos en los que se planificó exodoncias fueron 167, que equivale al 28,4% del total de la muestra. Por su lado los casos planificados fueron de 164 casos, equivalente al 27,8%. Por lo tanto podemos observar que en el caso de las exodoncias se realizaron casi los mismos casos planificados, con un porcentaje de planificación-ejecución de un 99%.

### **Tratamiento protésicos fijos**

Dentro de los sistemas protésicos fijos realizados están: sistema perno-muñón, tapas radicales, ataches protésicos, incrustaciones y coronas periféricas

completas. De todos estos tratamientos ninguno superó el 5% del total de la muestra, es decir que sólo una ínfima parte de los pacientes recibió alguno de estos tratamientos por separado. Por otra parte el porcentaje de tratamientos protésicos fijos propuestos fueron del orden del 7%. Lo que significa que el porcentaje de planificación-ejecución fue de un 98%.

### **Impresiones definitivas**

Como resultado de las impresiones definitivas hubo un 53% que consignó haber realizado impresión funcional en su paciente, por otro lado un 26% consignó haber realizado impresión anatómica. Si comparamos con lo planificado tenemos que un 48,7% planificó realizar una impresión definitiva de tipo funcional y un 26,6% de tipo anatómica. Nos damos cuenta que estos porcentajes son bastantes cercanos obteniendo un porcentaje de planificación-ejecución de un 95% para las impresiones funcionales y un 99% para las impresiones anatómicas.

### **Selección dentaria**

Dentro de los procesos de obtención de la prótesis removible, llama la atención el porcentaje de consignación de la selección dentaria. Dentro de la muestra estudiada hubo una baja consignación de la selección dentaria como proceso, y dentro de este proceso el dato que se pudo obtener fue el del color dentario que fue consignado en un 62% y no consignado en un 38%. El color fue determinado con el sistema clínico de observación y comparación con el muestrario Marché, de piezas de acrílico, con que serán hechas las prótesis. El alto porcentaje de no consignación pudiese deberse a que cada alumno debe llenar un documento que no pertenece al instrumento ficha clínica, con los datos de la selección dentaria, documento que debe ser visado por el docente a cargo para poder retirar los dientes artificiales en un lugar establecido independiente de la Clínica de Odontología de la FOUCh. Por lo tanto este hecho pudiese afectar que los alumnos no registren en la ficha clínica la información de la selección dentaria.

Cabe mencionar que el color 46 fue el más seleccionado, con un 33,9% del total de las selecciones dentarias. Seguido por el color 43 con apenas un 13,4%.

### **Prótesis realizadas**

De un total de 588 casos se realizaron 482 juegos de prótesis (superior e inferior), equivalente al 82% del total de la muestra. También se realizaron 50 prótesis sólo superiores, equivalente al 9% del total de la muestra y 32 prótesis sólo inferiores, equivalente al 5% del total de la muestra. Además hubo un 3% que no consignó haber terminado la o las prótesis. Y un 1% que no las realizó.

Comparado con lo planificado tenemos que, se planificaron en total 502 juegos protésicos, equivalente al 85% del total de la muestra, lo consignado como realizado llega al 82%, por lo que el porcentaje de planificación-ejecución es de un 97%, para los juegos protésicos. Por otra parte se planificaron sólo realizar prótesis superiores 43, equivalente al 7% del total de la muestra y se realizó un 9%, eso nos da un porcentaje de planificación-ejecución de 98%. La planificación de sólo realizar prótesis inferiores fue de 29, equivalente al 5% del total de muestra y se consignaron como realizadas 32 prótesis inferiores, equivalente al 5,4%, lo que da un porcentaje de planificación ejecución de un 99%.

Por lo tanto podemos decir que lo realizado se acercó en gran medida a lo planificado y que las diferencias pudiesen ser aun menores, si los casos en que no se consignó la finalización de la o las prótesis removibles hubiesen sido consignados.

Según los datos entregados por el DEIS del MINSAL, de los años 2009,2010 y 2011 (año 2012 no está disponible) [36] y que corresponde a las actividades realizadas en establecimiento no pertenecientes al sistema nacional de servicios de salud, atención odontológica de especialidades, se realizaron en el período de 3 años 100.397 prótesis removible (acrílica o metálica), realizando en promedio 33.465 prótesis como promedio por año, extrapolándolo al período de 4 años a la cantidad de 133.862 prótesis (acrílica o metálica). Sin indicar si son juegos protésicos o prótesis individuales. En el caso de este estudio se realizaron 502 juegos, equivalente a 1.004 individualizadas por maxilar. 43 superiores y 29 inferiores, dando un total de 1.076 prótesis removible durante el período de 4 años

comprendido entre el 2009 y 2012. Por lo tanto se realizó un 0,8% de las informadas por el DEIS en el mismo periodo.

### **Alta de pacientes**

Del total de la muestra un 49% no consignó el estado de alta de su paciente y un 47% consignó haberlo dado de alta. Esta cantidad de casos en los que no se consignó el estado de alta del paciente llama la atención debido a que alcanza casi la mitad de la muestra. La explicación de por qué no se consignó en este elevado porcentaje, escapa de nuestro análisis.

### **Inasistencias**

La gran mayoría consignó no haber tenido inasistencias de parte de sus pacientes (67,5%), por otro lado las inasistencias aceptables en el ramo de Prótesis Removible son 3, superado este número se faculta a los alumnos a darle alta disciplinaria a su paciente. De todas maneras hubo un total de 7,5% que consignó más de 3 inasistencias. Lo que se podría explicar por dificultad que presenta iniciar todo un tratamiento nuevo en otro paciente a mitad de año o finalizando éste, obligando de alguna manera a los alumnos a tener que aceptar las inasistencias de sus pacientes, para poder cumplir con el programa.

### **No consignación de datos en el instrumento “Ficha Clínica”**

Al realizar el traspaso de los datos de las copias anonimizadas de las fichas clínicas, a la planilla Excel que diseñamos, nos fuimos dando cuenta que había una falta de datos u omisión de ellos en la ficha. Luego en los resultados se obtuvieron diferentes frecuencias de no consignación de datos, a lo largo de las etapas del tratamiento odontológico, que debe quedar consignados en la ficha clínica. Llamando la atención que ya en las primeras etapas de planificación había un importante número de datos no consignados, como se ejemplifica en la planificación de la “Instrucción de Higiene Oral” con un valor de 33% que no planificó la realización de este procedimiento vital en todo tratamiento odontológico.

Luego el porcentaje de no consignación del “Dibujo del Diseño Protésico Superior”, que llegó a un 16,7%. Así como también del “Anclaje Superior” con un valor de

12,6% de casos que no consignaron este dato. De la misma manera la planificación del “Tipo de Impresión Superior” con un porcentaje de no consignación de 20,2%. El “Tipo de Conector Mayor Superior” con un 11,4% no consignado.

También llama la atención el porcentaje de no consignación de los pronósticos llegando a un valor de 7,6%.

El caso de la “Presentación de Ficha Clínica” que la no consignación llega a un valor del 59%.

De la misma manera en el caso de los tratamientos, en la “Instrucción de Higiene Oral” hubo una alta tasa de no consignación de datos que llegó al 72%. Siendo este punto ya discutido.

El otro caso destacable es el tipo de impresión definitiva, donde hubo un 21% que no consignó el tipo de impresión.

Así como lo fue la “Prueba de Base Metálica” donde hubo un 14,7% que no consignó haberla realizado. De manera similar ocurrió con la toma de “Relaciones Cráneo-Mandibulares”, que el valor porcentual de datos no consignados llegó al 24%.

Para la “Selección Dentaria”, el valor de datos no consignado fue de un 38%.

Finalmente, otro alto valor que merece ser mencionado, es el de las “Altas Integrales”, donde hubo un 49% que no consignó el estado de alta de su paciente. Siendo un valor extremadamente alto, debido a que llega casi a 1 de 2 pacientes que no se consignó el estado de alta del paciente.

Ahora, viendo los resultados concretos de los datos consignados versus los no consignados, hubo un total de 48.566 datos en la muestra, de los cuales fueron consignados 42.474, equivalente al 87,5%, y 6.092 datos que no fueron consignados, equivalente al 12,5% del total de la muestra.

### **Hallazgos del estudio**

El presente estudio tiene como objetivo describir cuáles fueron los tratamientos realizados a los pacientes asistentes a la Clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, durante el periodo comprendido

entre los años 2009 y 2012. Sin embargo durante el desarrollo de éste, fueron surgiendo datos anexos a los planteados en un comienzo y que es necesario discutir.

La información obtenida presenta una gran importancia, al igual que todos los datos antes expuestos, para poder crear una imagen lo más real posible del escenario.

Dentro de los hallazgos, es posible puede comentar que el instrumento “Ficha Clínica”, en la mayor parte de las secciones descritas, deja abierta la escritura del alumno para que desarrolle sus planteamientos, sin embargo esta forma de recopilar datos, abre la posibilidad de omitir información o bien de recargar de información y con esto se sugiere que no da paso a una unificación de criterios.

Detallando este hallazgo y de modo que sea práctico se pueden dividir las secciones de la ficha clínica en 3 partes: La primera, “Planificación”, la segunda “Diseño Protésico” y la tercera “Hoja de Evolución”.

En la sección “Planificación” la forma de completar los datos es de escritura abierta. En esta parte hubo fichas donde alumnos completaron al mínimo, incluso omitiendo información, otros agregando información irrelevante. Esto debido al formato de escritura libre que no pone cotas a los datos que se requieren. Habiendo casos incluso de alumnos que escriben al dorso de la página.

Por otro lado en la sección de “Diseño Protésico”, el formato de completar con una palabra o frase, disminuyó al mínimo la disparidad de criterios a la hora de completar. Como ejemplo podemos citar una parte de esta sección que dice: “Clase de Kennedy: \_\_\_\_\_” luego, “Modificación: \_\_\_\_\_”. Este formato significó una cantidad mayor de consignación de datos y una mayor paridad.

Finalmente tenemos la sección “Hoja de Evolución”, esta es la sección con mayor disparidad de llenado y donde hubo muchos datos omitidos. Esta sección también es de escritura libre. No se vio un patrón de llenado por acción, a modo de ejemplo, hubo casos en los que se consignó solamente “Obturación pieza 10-11-12-13”, no se consignó clase de obturación, material (marca, tono, translucidez) y en otros

casos se encontraba toda la información detallada. Lo que nos muestra una falta de unificación de criterios.

## CONCLUSIONES

- Hubo datos sin consignar en el instrumento “Ficha Clínica” y que a pesar de ser un 12,5% del total de muestra, en algunas variables llegó a ser elevado, alcanzando a ser más de la mitad de los datos y que debiesen haber sido consignados.
- La mayoría de los pacientes que pertenecieron a la Clínica de Prótesis Removible durante el período comprendido entre los años 2009 a 2012 fueron de género femenino.
- La mayoría de los pacientes pertenecientes a la muestra eran de la Región Metropolitana. Sin embargo, también hubo pacientes de 5 Regiones distintas a la nombrada.
- De la Clínica de Prótesis Removible, se deriva gran cantidad de pacientes a diferentes áreas de la Clínica Odontológica de la FOUCh.
- La mayor cantidad de pacientes derivados fueron a Endodoncia y Cirugía (exodoncia).
- Existe un alto porcentaje de los tratamientos planificados que fueron efectivamente realizados.
- Existe un gran porcentaje de ejecución de las sesiones planificadas y las utilizadas en el tratamiento protésico.
- La mayoría de los pacientes pertenecientes a la muestra, presentan un bajo nivel de inasistencias. Acudiendo a la mayoría de las sesiones que son citados.

- Los datos consignados en las secciones “Planificación de Tratamiento” y “Hoja de Evolución”, no presentaban un patrón o unificación de criterio de llenado, lo que dificulta la recolección de datos.

## SUGERENCIAS

- Debido a la gran cantidad de datos no consignados concentrados en algunas variables y muy bajos en otras, se sugiere realizar estudios de análisis estadísticos comparativos, de los resultados obtenidos en este estudio, con la finalidad de obtener resultados que muestren las diferencias estadísticamente significativas de la condición no consignada en cada una de las variables.
- Al obtener esta cantidad de datos no consignados, se sugiere que exista mayor supervisión del llenado de la ficha clínica a los alumnos, estudiando la posibilidad de disminuir la cantidad de alumnos por grupo de docente o modificando el instrumento Ficha Clínica.
- Se sugiere realizar estudios que comparen estos resultados con los que tenga la nueva “Ficha Electrónica” que será puesta en marcha a partir de este año, con la finalidad de perfeccionarla en ésta u otras áreas en que sea un aporte.
- Se sugiere, en los futuros ajustes de la Ficha Electrónica, evitar o disminuir lo más que se pueda, el modo de escritura libre por parte de los alumnos, en la ficha clínica, para unificar criterios de llenado y evitar omisión de información o sobrecarga de información irrelevante.
- Se sugiere realizar un levantamiento de información periódica para ésta y otras asignaturas.
- Se sugiere incorporar a la ficha clínica un consentimiento informado para el estudio de los datos de las fichas clínicas y de ésta manera agilizar el proceso de estudio.
- Debido a lo engorroso y lento del proceso de traspaso de información de las fichas clínicas, se sugiere incorporar en el nuevo sistema de Ficha Electrónica

una opción que permita la descarga de los datos de las fichas, con la finalidad de agilizar el proceso de estudio.

## REFERENCIAS

- [1] J. Y. D. Ozawa, *Prostodoncia Total*, Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico, 1995.
- [2] S. Winkler, *Prostodoncia Total*, México: Interamericana, 1982.
- [3] M. G. Bocage, *Prótesis Parcial Removible*, Uruguay: Bocage / Feuer, 2009.
- [4] American Dental Association, «Specialty Definitions, Definitions of Recognized Dental Specialties,» 2014. [En línea]. Available: <http://www.ada.org/en/education-careers/careers-in-dentistry/dental-specialties/specialty-definitions>.
- [5] A. Z. y. G. d. Velasco, «Visión profesional de las competencias,» *Revista Asociación Dental Mexicana*, vol. LXVIII, nº 2, pp. 60-66, Marzo Abril 2011.
- [6] L. García Olmos, J. Camacho, A. Otero y M. Pérez Fernández, *La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas*, España: Revista Española de Salud Pública, 1994.
- [7] J. L. G. Pérez, P. Infante Cossío y M. M. Romero Ruiz, *Manual de Enseñanzas Prácticas en Cirugía Bucal*, Sevilla: Universidad de Sevilla, 2005.
- [8] G. Raspall, *Cirugía Oral e Implantología*, Madrid: Médica Panamericana, 2006.
- [9] N. Lang y J. Lindhe, *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*, Madrid, España: Médica Paramericana, 2009.
- [10] S. Offenbacher, S. Lieff, K. Boggess, A. Murtha y P. Madianos, «Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and

- growth restriction,» *Ann Periodontol*, vol. 6, pp. 164-174, 2001.
- [11] T. MS, I. MA y L. NP, «Neutrophil migration into the gingival sulcus is associated with transepithelial gradients of interleukin-8 and ICAM-1.,» *Journal of Periodontology*, vol. 69, nº 10, pp. 1139-47, Octubre 1998.
- [12] S. Garrett, «Periodontal regeneration around natural teeth,» *Ann Periodontol*, vol. 1, nº 1, pp. 621-66, Noviembre 1996.
- [13] R. Vernal, «Regeneración Tisular Guiada (Revisión Bibliográfica),» *Revista Dental de Chile*, vol. 92, nº 3, pp. 33-44, 2001.
- [14] N. Conceicao, *Odontología Restauradora, salud y estética*, Brasil: Médica Panamericana, 2007.
- [15] J. D. d. E. Riverón, I. H.-G. Fuentes y J. A. P. Quiñonez, «Técnicas actuales utilizadas en el tratamiento de la caries dental,» *Rev Cubana Estomatol*, vol. 43, nº 2, abr.-jun 2006.
- [16] J. Barrancos, *Operatoria Dental*, La Habana: Editorial Científico Técnica, 1981.
- [17] Rosenstiel, Land y Fujimoto, *Prótesis Fija Contemporánea*, Barcelona: Elsevier, 2009.
- [18] M. J. Barrancos, *Operatoria Dental: Integración Clínica*, Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana, 2006.
- [19] McCracken, A. B. Carr, G. P. McGivney y D. T. Brown, *Prótesis Parcial Removable*, Madrid: Elsevier, 2006.
- [20] J. Y. D. Ozawa, *Prostodoncia Total*, Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico, 1995.

- [21] Academy of Prosthodontics, «The Glossary of Prothodontic Terms,» *Journal of Prosthetic Dentistry*, vol. Vol 94, nº 1, Julio 2005.
- [22] J. L. G. Micheelsen y L. E. A. Olavarría, *Prótesis Removible Parcial*, Valparaíso: Editorial Universidad de Valparaíso, 2003.
- [23] D. Loza y H. R. Valverde, *Diseño de Prótesis Parcial Removible*, Madrid: Ed. Ripano, 2007.
- [24] R. R. Yúdice, *Prótesis Parcial Removible*, México: Ed. Médica Panamericana, 2006.
- [25] D. G. Jochen, «Achieving planned parallel guiding planes for removable partial dentures,» *J Prosthet Dent*, vol. 27, pp. 654-661, 1972.
- [26] A. J. Kippax, R. C. Shore y R. M. Basker, «Preparation of guide planes using a reciprocating handpiece,» *Br Dent J*, vol. 27, pp. 216-220, 1996.
- [27] R. Espinosa de la Sierra, *Diagnóstico practico de oclusión*, México: Ed. Médica Panamericana, 1995.
- [28] P. Saizar, *Prostodoncia Total*, Buenos Aires: Ed. Mundi S.A.I.C y F., 1972, pp. 168-178.
- [29] N. Parra, *Prótesis Completas. Principios Fundamentales*, Santiago: Ed. Universitaria, 1969, pp. 28-75.
- [30] J. McCord y A. Grant, «Impression making,» *British Dental Journal*, vol. 188, pp. 484-492, 2000.
- [31] Academy of Prosthodontics , «Principles, concept and practices in prosthodontics,» *J Prosthet Dent*, vol. 73, pp. 73-94, 1995.

- [32] R. Scotti y M. Ferrari, *Pernos de Fibra: Bases teóricas y aplicaciones clínicas*, Barcelona, España: Ed. Masson, 2004.
- [33] M. Hernández de Ramos, *Rehabilitación oral para el paciente geriátrico*, Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2001.
- [34] E. Mallat Desplats y E. Mallat Callís, *Prótesis parcial removible y sobredentaduras*, Madrid, España: Ed. Elsevier España, 2004.
- [35] C. Carrera Vidal, C. Larrucea Verdugo y C. Galaz Valdés, «Detección de incrementos de dimensión vertical oclusal mediante análisis cefalométrico de Ricketts,» *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación oral*, pp. 79-85, Agosto, 2010.
- [36] Departamento de Estadísticas e Información de Salud, «deis.cl REMSA,» 2009, 2010, 2011. [En línea]. Available: <http://www.deis.cl/?p=23>.
- [37] MINISTERIO DE SALUD, «MINSAL,» 2010. [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>.
- [38] P. G. F. B. N. T. Isaksson R, «Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. Part II: Clinical aspects.,» *Journal Special Care Dentistry Association*, vol. 20, nº 3, pp. 109-13, May-Jun; 2000.
- [39] P. Y. T. Petersen, «Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme,» *Community Dent Oral Epidemiol.*, vol. 33, nº 2, pp. 81-92, Abril, 2005.

**ANEXOS**

**Anexo 1. Planilla Excel, acumulación de datos**

La transcripción completa que se tuvo que realizar para este estudio, consta de 507 páginas tamaño carta en el programa Excel 2013, ésta se encuentra disponible, sin los datos y de libre acceso, en la página del siguiente código QR.



*Ilustración 1; Anexo 1 <https://drive.google.com/open?id=0B4Kscl08dAL1bVdmR29JQ05OWnM&authuser=0>*

*Ilustración 2; Anexo 1 Ejemplo de la planilla Excel donde se registraron los datos*

Id	Año	Nº Ficha	Edad	Género	Comuna	Deriva/I. C	Especialidad	Plan Quirúrgico
1	2009							
2	2009							
3	2009							
4	2009							
5	2009							
6	2009							
7	2009							
8	2009							
9	2009							
10	2009							
11	2009							
12	2009							
13	2009							
14	2009							
15	2009							
16	2009							
17	2009							
18	2009							
19	2009							
20	2009							
21	2009							
22	2009							
23	2009							
570	2009							
571	2009							
572	2009							
573	2009							
574	2009							
575	2009							
576	2009							
577	2009							
578	2009							
579	2009							
580	2009							
581	2009							
582	2009							
583	2009							
584	2009							
585	2009							
586	2009							
587	2009							
588	2009							

## Anexo 2. Definición de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Año	Ciclo de 365 días iniciado cada 1 de Enero	Año en el que se realizó el tratamiento
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, en años.	Cálculo de la fecha nacimiento a la fecha, de la cédula de identidad del paciente.
Sexo	Descripción de la condición biológica que diferencia hombres y mujeres	Género descrito en la cédula de identidad
Comuna de Residencia	Comuna donde la persona tenga su vivienda permanente.	Comuna donde la persona tenga su vivienda permanente.

Deriva/I.C	Derivación o Interconsulta hacia otro tratante.	Derivaciones o interconsultas desde prótesis removible hacia medicina u otras especialidades odontológicas.
Especialidad	Área que se encarga específicamente de un tratamiento	Especialidad a la que se hace la derivación o la interconsulta desde prótesis removible
Plan Quirúrgico	Planificación quirúrgica	Planificación de exodoncias a realizar en prótesis removible
Plan Implante	Planificación en base a implantes	Planificación de

		tratamiento rehabilitador en prótesis removible en base a implantes
Plan Instrucción de Higiene	Planificación de instrucción de higiene oral	Planificación de instrucción de higiene oral
Plan Periodontal	Planificación de tratamiento periodontal	Planificación de tratamiento periodontal convencional no quirúrgico
Plan Operatoria	Planificación de restauraciones	Planificación de restauración en base a resinas compuestas o amalgamas
Plan Protésico Fijo	Planificación de rehabilitación en base a sistema protésico fijo	Planificación de rehabilitaciones en base a incrustaciones, coronas periféricas completas, coronas de complementación, sistemas de perno-muñón, tapas radiculares y Ataches.
Plan Protésico Removible Superior	Planificación de rehabilitación en base a prótesis removible en el maxilar superior	Planificación de rehabilitación en base a prótesis removible en el maxilar superior
Plan Protésico Removible Inferior	Planificación de rehabilitación en base a prótesis removible en el maxilar inferior	Planificación de rehabilitación en base a prótesis removible en el

		maxilar inferior
Plan Dibujado Superior	Planificación del diseño protésico superior	Planificación del diseño protésico superior dibujado
Plan Clase de Kennedy Superior	La clase de Kennedy es una clasificación de maxilares parcialmente edéntulos en Clase I, II, III, IV	Planificación de la clase de Kennedy del maxilar superior
Plan Modificación Superior	Las modificaciones son datos que complementan la clasificación de Kennedy.	Modificación (es) de la clase de Kennedy del Maxilar Superior
Plan Soporte Superior	El soporte es aquella relación entre dos cuerpos en el que uno debe mantener al otro	Tipo de soporte que se utilizará en la prótesis removible superior
Plan Anclaje Superior	El anclaje es aquella fuerza que se opone a las fuerzas de desalojo	Planificación del tipo de anclaje que tendrá la prótesis superior
Plan Impresión Superior	La impresión es un duplicado en negativo de los tejidos deseados	Planificación de la técnica de impresión utilizada, ya sea anatómica o funcional del maxilar superior
Plan Conector Mayor Superior	Conector que une las partes opuestas de una prótesis	Planificación del tipo de conector que se utilizará en la prótesis superior
Plan Dibujado Inferior	Planificación del diseño protésico Inferior	Planificación del diseño protésico inferior dibujado
Plan Clase de Kennedy Inferior	La clase de Kennedy es una clasificación de maxilares parcialmente edéntulos en Clase I, II, III, IV	Planificación de la clase de Kennedy del maxilar inferior
Plan Modificación Inferior	Las modificaciones son datos que complementan la clasificación de Kennedy.	Modificación (es) de la clase de Kennedy del Maxilar inferior

Plan Soporte Inferior	El soporte es aquella relación entre dos cuerpos en el que uno debe mantener al otro	Tipo de soporte que se utilizará en la prótesis removable inferior
Plan Inferior Anclaje	El anclaje es aquella fuerza que se opone a las fuerzas de desalojo	Planificación del tipo de anclaje que tendrá la prótesis inferior
Plan Impresión Inferior	La impresión es un duplicado en negativo de los tejidos deseados	Planificación de la técnica de impresión utilizada, ya sea anatómica o funcional del maxilar inferior
Plan Conector Mayor Inferior	Conector que une las partes opuestas de una prótesis.	Planificación del tipo de conector que se utilizará en la prótesis superior
Pronostico Superior	Pronostico es una especulación en base a los datos clínicos, pruebas y exámenes complementarios, del futuro comportamiento del tratamiento a realizar.	Predicción del comportamiento del tratamiento protésico del maxilar superior en el tiempo.
Pronostico Inferior	Pronostico es una especulación en base a los datos clínicos, pruebas y exámenes complementarios, del futuro comportamiento del tratamiento a realizar.	Predicción del comportamiento del tratamiento protésico del maxilar inferior en el tiempo.
Planificación Cantidad de Sesiones	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Planificación del total de sesiones para el tratamiento completo
Sesiones Totales Evolución	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se citó al paciente
Alta Evolución	El alta odontológica es la autorización y la conclusión de todo tratamiento	Alta que está consignada en la ficha clínica

Sesiones para presentar Ficha Clínica	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones antes de que el alumno presente la ficha clínica a su docente
Realizado IHO	Realización de la Instrucción de higiene oral	Consignación de la realización de la instrucción de higiene oral
Sesiones IHO	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consigo la realización de la instrucción de higiene oral
Tratamiento Periodontal Realizado	Realización de la terapia periodontal convencional no quirúrgica	Consignación de la realización de la terapia periodontal convencional no quirúrgica
Sesiones Tratamiento Periodontal	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consigné la realización de la terapia periodontal convencional no quirúrgica
Número de Restauraciones Totales	Cantidad de restauraciones totales realizadas en el paciente	Cantidad de restauraciones consignadas como realizadas tanto en base a resina compuesta como a amalgama
Número Total de Resina Compuesta	Cantidad de Restauraciones en base a resina compuesta	Cantidad de Restauraciones en

		base a resina compuesta
Sesiones Totales de Resinas Compuestas	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de restauraciones en base a resina compuesta
Número Total de Amalgamas	Cantidad de Restauraciones en base a Amalgama	Cantidad de Restauraciones en base a amalgama
Sesiones Totales de Amalgamas	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de restauraciones en base a amalgama
Cantidad de Exodoncias Totales	Cantidad total de extracciones consignadas como realizadas	Cantidad total de extracciones consignadas como realizadas
Desgaste Selectivo Realizado	Desgaste selectivo de estructuras dentarias específicas, en base al estudio de la oclusión del paciente, para mantener estable y acorde al tratamiento	Consignación de la realización de desgaste selectivo en el paciente
Total Sesiones Desgaste Selectivo	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de desgaste selectivo
Tallado Planos Guías y Lechos Realizados	Maniobras de desgaste y/o modificación de los tejidos dentarios para cumplir con la estructuración biomecánica necesaria para recibir el aparato protésico	Consignación de la realización del tallado de planos guías y/o de lechos para apoyo
Total de Sesiones Tallado	Sesión es cada vez que un paciente es	Cantidad de

de Planos Guías y Lechos de apoyo	atendido por un operador o es controlado	sesiones en que se consignó la realización del tallado de planos guías y/o de lechos para apoyo
Tratamientos en base a Implantes	Tratamientos de prótesis removible en que se incluye en el uso de implantes óseointegrados	Cantidad de tratamientos que incluyen el uso de implantes óseointegrados
Incrustaciones Realizadas	Restauración dental indirecta de recubrimiento parcial rígida	Cantidad de incrustaciones consignadas como realizadas
Material de Incrustaciones Realizadas	Tipo de material utilizado en la incrustación	Tipo de material utilizado para la incrustación ya sea estético o metálico
Sistema Perno-Muñón Realizado	Sistema de anclaje intrarradicular y de muñón extrarradicular, utilizado para anclar un sistema de rehabilitación fijo	Cantidad de sistemas perno-muñón consignados como realizados
Corona Periférica Completa Unitaria Realizada	Sistema de rehabilitación fijo de recubrimiento completo que cumple una función coronaria	Cantidad de coronas periféricas completas consignadas como realizadas
Corona de Complementación Realizada	Sistema de rehabilitación fijo de recubrimiento completo que cumple una función coronaria y de relación directa con la prótesis removible	Cantidad de coronas de complementación consignadas como realizadas
Tapas Radiculares Realizadas	Sistema de sellado del conducto radicular fijo, con la finalidad de mantener la raíz dentaria en boca	Consignación de tapas radiculares consignadas como realizadas
Cantidad de Tapas Radiculares	Cantidad de tapas radiculares consignadas como realizadas	Cantidad de tapas radiculares

		consignadas como realizadas
Tipo de Aitches Realizados	Sistema fijo a la pieza dentaria, de anclaje y retención para la prótesis removible	Tipo de atache consignado como realizado, pudiendo ser Perno Sandry o Locator
Cantidad de Aitches Realizados	Cantidad de Aitches consignados como realizados	Cantidad de Aitches consignados como realizados
Tipo de Impresión Superior Realizada	La impresión es un duplicado en negativo de los tejidos deseados	Tipo de impresión en la arcada superior realizada, pudiendo ser anatómica o funcional
Recorte Muscular Superior Realizado	Procedimiento mediante el cual se obtienen los límites funcionales de los bordes periféricos, internos y posteriores de la boca	Consignación de la realización del recorte muscular realizado en la arcada superior
Sesiones totales para impresión Superior	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de la impresión superior
Tipo de Impresión Inferior Realizada	La impresión es un duplicado en negativo de los tejidos deseados	Tipo de impresión en la arcada inferior realizada, pudiendo ser anatómica o funcional
Recorte Muscular inferior Realizado	Procedimiento mediante el cual se obtienen los límites funcionales de los bordes periféricos, internos y posteriores de la boca	Consignación de la realización del recorte muscular realizado en la arcada inferior
Sesiones totales para Impresión Inferior	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se

		consignó la realización de la impresión inferior
Sesiones totales para Impresión Inferior	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de la impresión superior
Prueba y ajuste de Base Metálica Superior	Procedimiento mediante el cual se realiza una prueba en boca de la base metálica superior	Consignación de la realización de la prueba de la base metálica en la arcada superior
Sesiones para Prueba y ajuste de Base Metálica Superior	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de la prueba de la base metálica superior
Prueba y ajuste de Base Metálica Inferior	Procedimiento mediante el cual se realiza una prueba en boca de la base metálica superior	Consignación de la realización de la prueba de la base metálica en la arcada inferior
Sesiones para Prueba y Ajuste de Base Metálica Inferior	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de la prueba de la base metálica inferior
Relaciones Cráneo-Mandibulares Realizadas	Registro del maxilar superior en relación al cráneo y la mandíbula, mediante un sistema de arco facial, que utiliza promedios estandarizados para sus medidas	Consignación de la realización de la relación cráneo-mandibulares
Sesiones para Registro de Relaciones Cráneo-Mandibulares	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la

		realización del registro cráneo-mandibular
Selección Dentaria Consignada	Sistema mediante el cual se decide cuál será la forma, tamaño y color de las piezas dentarias	Consignación de la realización de la selección dentaria
Color Dentario Seleccionado	Color de las piezas dentarias elegido	Consignación del tipo de color seleccionado para el paciente
Sesiones Totales para Selección Dentaria	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de la selección dentaria
Articulación Dentaria y Prueba en Boca Consignada	Alineado de las piezas dentarias en cera y su prueba en la boca del paciente	Consignación de la realización de la articulación dentaria y prueba en boca
Ajustes y Modificaciones de Articulación Dentaria	Ajustes y/o modificaciones de la articulación dentaria	Consignación de la realización de ajustes y/o modificaciones de la articulación dentaria
Sesiones Totales de Articulación Dentaria	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de la articulación dentaria y prueba en boca
Instalación de Prótesis Superior	Momento en el que es instalada la prótesis superior y puede ser llevada por la paciente a su casa	Consignación de la realización de la instalación de la prótesis superior
Ajustes de Prótesis Superior en la Instalación	Ajustes y/o modificaciones de la prótesis superior, con la finalidad de que sea cómoda y utilizable por el paciente	Consignación de la realización de los ajustes a la prótesis

		superior durante la instalación
Sesiones Totales para Instalación Prótesis Superior	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de la instalación de la prótesis superior
Instalación Prótesis Inferior	Momento en el que es instalada la prótesis inferior y puede ser llevada por la paciente a su casa	Consignación de la realización de la instalación de la prótesis inferior
Ajustes de Prótesis Inferior en la Instalación	Ajustes y/o modificaciones de la prótesis inferior, con la finalidad de que sea cómoda y utilizable por el paciente	Consignación de la realización de los ajustes a la prótesis inferior durante la instalación
Sesiones Totales para Instalación Prótesis Superior	Sesión es cada vez que un paciente es atendido por un operador o es controlado	Cantidad de sesiones en que se consignó la realización de la instalación de la prótesis inferior
Total de Controles Protésicos Post-Instalación	Cantidad total de controles protésicos post-instalación	Cantidad total de controles protésicos post-instalación
Alta Integral	Termino de todos los tratamientos necesarios para su salud buco-dental	Consignación del Alta integral
Alta Parcial	Tratamiento odontológico que fue parcialmente terminado, no tiene el alta integral	Consignación del alta parcial
Alta Administrativa	Desvinculación del tratamiento por causas administrativas, no tiene el alta integral	Consignación del alta administrativa
Tratamiento Incompleto	Tratamiento interrumpido que no fue terminado, no tiene el alta integral	Consignación de tratamiento incompleto
Total de Controles	Sesiones en las que se controlan los	Consignación de la

Después del Alta	tratamientos realizados y se ajustan los detalles	realización de controles después del alta
Se Cita a Control a 6 meses	Indicación textual al paciente del deber que tiene en controlarse en 6 meses después de dada el alta	Consignación de la realización de citar al paciente a control post-alta después de 6 meses
Cantidad de Inasistencias	Número total de veces en que el paciente se ausento de la cita pactada	Consignación de la cantidad de veces en que el paciente se ausento de la cita odontológica