

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE GRADUADOS
CÁTEDRA DE ENDODONCIA**

**“ DETERMINACIÓN DE ÉXITO Y FRACASO
ENDODÓNTICO MEDIANTE REVISIÓN DE FICHAS
CLÍNICAS DE PACIENTES ATENDIDOS POR
ALUMNOS DE IV AÑO DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO, ENTRE LOS AÑOS
2000 Y 2004 ”**

Alumnas: Dra. Alicia Caro Molina
Dra. Emma Fuenzalida Novajas.

Docente Guía: Prof. Dr. Gastón Zamora Alvarez

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al título de
Especialista en Endodoncia

**VALPARAÍSO - CHILE
2007**

AGRADECIMIENTOS

A nuestros hijos y familias, por su paciencia, a quienes les hemos quitado todo éste valioso tiempo, para poder superarnos como profesionales.

Al Dr. Gastón Zamora, nuestro jefe y guía, quién nos dio todas las facilidades para desarrollar éste proyecto.

ÍNDICE

I	.- INTRODUCCIÓN	4
II	.- MARCO TEÓRICO.....	5
III	.- OBJETIVOS.....	19
IV	.- MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
V	.- RESULTADOS.....	21
VI	.- DISCUSIÓN.....	27
VII	.- CONCLUSIONES.....	28
VIII	.- SUGERENCIAS.....	29
IX	.- RESUMEN.....	30
X	.- BIBLIOGRAFÍA.....	31
XI	.- ANEXOS.....	38

INTRODUCCIÓN

Desde 1938 se han publicado estudios acerca del éxito y fracaso alcanzados con el tratamiento de conductos convencional. Los porcentajes van desde 53% hasta 94%. No es posible analizar objetivamente todos los estudios de resultados de tratamientos de conductos, tampoco compararlos debido a la diversidad en la composición del material y diferencias en cuanto a procedimientos.

El análisis de los éxitos y/o fracasos en endodoncia puede ser determinado a través de 4 métodos: clínico, radiográfico, bacteriológico e histológico. Los dos primeros son los más usados, pues están más al alcance de todo endodoncista, los dos segundos son requeridos en casos puntuales, tales como persistencia de una lesión apical.

Revisar los éxitos y fracasos en los tratamientos, es un método para evaluar u orientar al dentista tratante de cómo está realizando sus tratamientos.

Como docentes nunca hemos realizado una evaluación global de los resultados de los tratamientos realizados por nuestros alumnos de pre-grado, no se ha evaluado el proceso mismo que realiza el alumno para controlar si su tratamiento fue un éxito ó un fracaso y que motivó tal resultado. Determinar si el error estuvo en un mal diagnóstico, en la etapa intraoperatoria ó en el seguimiento posterior del tratamiento, son datos importantes que inciden en el mejoramiento de la calidad de la docencia que entregamos, y por ende influye en la calidad de los tratamientos que realizan los alumnos.

Queremos evaluar el documento ficha clínica, como instrumento receptor de información. Dicho instrumento, deberá mostrar los datos registrados necesarios que permitan conocer y entender el tratamiento efectuado, al profesional que lo requiera o lo solicite. Estos registros podrían ser utilizados en estudios de diversos ámbitos o áreas: científico, estadístico ó legal.

MARCO TEÓRICO

Éxito y fracaso son términos usualmente empleados para la evaluación del resultado de la terapia endodóncica. Bender et al. y Seltzer et al. establecieron que no existía una definición clara de fracaso endodóncico y los endodoncistas no concuerdan en lo que es fracaso, pero lo cierto es que las endodoncias fracasan y aunque no es un tema frecuente, la realidad es que hay endodoncias que debemos repetir.

Desde hace unos 50 años, cuando Strindberg reportó sus hallazgos de éxito y fracaso de los tratamientos de conductos, se han hecho muchos esfuerzos para responder interrogantes acerca de los porcentajes de éxito y fracaso en el tratamiento de conductos convencional ⁽⁸²⁾.

Diferentes estudios han presentado datos que señalan un promedio de éxitos para tratamientos de conductos que va desde 53% hasta 94% ^(7,82). La cifra más alta sugiere que casi todos los tratamientos de conductos son exitosos, mientras que la más baja sugiere que cada uno de dos tratamientos fracasa ^(7,829). Las diferencias reportadas en los estudios podrían explicarse por distintos criterios, tales como: selección del caso, terapéutica empleada, habilidad del operador, dificultades técnicas inherentes, diseño del estudio, criterio que se utiliza para evaluar los casos, e incluso el período de evaluación

La endodoncia es una especialidad donde los resultados son muy dependientes de la técnica utilizada, pues cual sea el diagnóstico, se requiere de un procedimiento completamente libre de contaminantes externos, que tienda a eliminar la infección existente, según el caso, para junto con un relleno adecuado de los conductos nos permita tener un pronóstico favorable del tratamiento que hemos realizado.

Definir éxito de un tratamiento va directamente ligado al tiempo. Valor que aunque es sumamente objetivo, se hace incuestionablemente subjetivo en el éxito ó fracaso de un tratamiento, porque el tiempo que para un tratamiento pudiera ser suficiente por el diagnóstico previo podría ser insuficiente para otro tratamiento.

Históricamente el concepto de éxito y fracaso estaba centrado en la esterilización del sistema de conductos radiculares junto con la obtención de un hermético sellado apical ^(20,21). Se sabe por numerosas investigaciones realizadas que la esterilización del sistema de conductos no existe, pues está comprobado que las bacterias pueden permanecer después de realizar el tallado y limpieza de los conductos radiculares y aunque las bacterias están definitivamente implicadas en la enfermedad pulpar, degeneración y afecciones periapicales, el daño también se produce por los procesos que acompañan la inflamación y los componentes inmunológicos ^(20,21). El concepto de "Bacterias dormidas" se a agregado en el último tiempo, refiriéndose a aquellas bacterias residuales posterior al tratamiento endodóncico que quedarían en un estado de funcionamiento basal mínimo, el cual les permitiría acompañar inactivamente a los tejidos, por mucho tiempo, incluso años, y que esperarían cambios en el huésped, cambios que aún están en estudio, pero que

permitirían reiniciar la funcionalidad bacteriana ,activando la multiplicación celular y produciendo una nueva población que haga reagudizar la lesión original.

Para lograr el éxito se ha propuesto que un correcto diagnóstico, apoyado en un apropiado desbridamiento, neutralización de cualquier tejido, bacteria o productos inflamatorios desde el interior del sistema de conductos y la preparación de la cavidad pulpar, subsecuentemente con una completa y correcta obturación de la preparación cavitaria sería esencial para lograrlo.

El realizar un diagnóstico adecuado requiere de la integración de información subjetiva obtenida del paciente más hallazgos objetivos obtenidos a través del examen clínico, del examen radiográfico y de un apropiado test pulpar ^(20,21).

Con todo lo anterior se puede determinar si el tejido pulpar está enfermo o está sano, se llega a un diagnóstico y se diseña un tratamiento, asegurando la salud del tejido periapical. El conocimiento de la anatomía de la corona y de la raíz también es esencial, no olvidando la tridimensionalidad de espacio pulpar⁽⁷⁵⁾.

A través de estudios se ha determinado que el nivel de éxito es mayor cuando se trata de una pulpa vital que de una pulpa necrótica o con lesión perirradicular, o bien un retratamiento de un diente con lesión periapical ⁽⁸³⁾.

La mayoría de los estudios parecen estar de acuerdo en que los peores resultados se pueden esperar de dientes sobreobturados, dientes con lesión perirradicular preexistentes y dientes que no se restauran apropiadamente después del tratamiento⁽⁸³⁾.

Factores que influyen en el resultado de la Terapia Endodóntica:

Es un error pensar que existe un solo factor que actúa en forma aislada para producir el fracaso del tratamiento. Lo mismo si se piensa que el fracaso es sólo el resultado de una terapia deficiente del sistema de conductos, pues existen casos en los cuales el tratamiento ha seguido los más altos estándares de calidad y aún así resultan en fracaso. De tal forma el resultado puede verse influenciado por una serie de factores que en mayor o menor grado determinan el resultado de un tratamiento.

En varios estudios se ha evaluado al menos un factor que pudiera influenciar el resultado del tratamiento; en otros se han considerado mayor número de factores ^(9,29,44,47,54,78,80,94,96). Strindberg clasificó como biológicos y terapéuticos los diversos factores que tomó en cuenta para su examen, Seltzer et al. los clasificaron como locales y sistémicos . Desde ese entonces, nuevos factores han sido vinculados con el éxito endodóntico ⁽⁸²⁾.

Sin duda, el mayor factor asociado a fracaso del tratamiento endodóntico es la persistencia de una infección microbiana en el sistema de conductos radiculares y/o en el área perirradicular ^(44,55,78). Los microorganismos sobreviven a los procedimientos biomecánicos o son capaces de invadir los conductos vía microfiltración coronaria del relleno radicular ^(46,71,79,81,93).

Los clínicos frecuentemente se engañan por la idea de que los procedimientos erróneos, tales como, fractura de instrumentos, perforaciones, sobreobturaciones o subobturaciones, serían la causa directa del fracaso endodóntico.

Historia de la valoración del éxito o fracaso endodóntico:

Como se ha dicho históricamente el éxito o fracaso en la terapéutica endodóntica se basaba en la obtención previa de la esterilización del sistema de conductos radiculares y el logro de un sellado apical hermético. Los estudios clínicos y experimentales se basaban en estos dos parámetros como condiciones para lograr el éxito del tratamiento de conductos ^(6,21).

Este enfoque se apoyaba en los trabajos de Hunter, citado por Gutmann y Lovdahl⁽²¹⁾, con su teoría de la infección focal; el concepto de Rosenow de localización electiva; y la teoría de hollow tube de Rickert y Dixon, citados por Ingle⁽³¹⁾ y por Gutmann y Lovdahl⁽²¹⁾.

Estos postulados conformaban los principios del éxito y fracaso en endodoncia alrededor de 1950; época en la cual se atribuían todos los fracasos endodónticos a la falta de sellado apical ^(21,31).

Algunos autores⁽²¹⁾ señalan que estas teorías pueden ser desechadas, debido a las siguientes consideraciones:

1.- La esterilización del sistema de conductos no es posible, debido a que siempre en algún lugar, quedan bacterias remanentes. El concepto actual debería ser desinfección.

2.- Actualmente, se sabe que las teorías de infección focal y de localización electiva son especulativas y carecen de evidencia científica ⁽²¹⁾.

3.- La teoría de Hollow tube fue desmentida en la década de los sesenta con los trabajos de Phillips y Torneck.

4.- Los estudios in vitro de microfiltración son evaluaciones estáticas de lo que hoy día se sabe es un proceso dinámico complejo entre filtración coronal y apical ⁽²¹⁾.

5.- Estudios contemporáneos, con riguroso método científico, en los que se evalúan materiales y cementos de obturación han demostrado que no hay tal sellado impermeable y que todos los materiales filtran en mayor o menor grado. De hecho, hoy en día se considera que no existe material que garantice el sellado impermeable, ni en apical ni en coronal ⁽²¹⁾.

6.- Si bien los microorganismos están definitivamente implicados en la enfermedad pulpar y periapical, también están involucrados procesos inflamatorios e inmunológicos ⁽²¹⁾.

La tríada histórica ⁽²¹⁾ de: esterilización, desbridamiento y sellado apical conllevan al éxito en el tratamiento de conductos ^(21,31), debe entonces ser cuestionada y analizada objetivamente, así como la verdadera o relativa importancia de cada uno de sus componentes ⁽²¹⁾.

El éxito puede entonces ser alcanzado después de un completo desbridamiento y desinfección de los conductos, sin restarle importancia a la obturación tridimensional, cuyo objetivo es sellar cualquier vestigio de contaminantes en los confines de los conductos, que como se sabe, no pueden ser totalmente eliminados con las técnicas actuales, pero si puede minimizarse el riesgo de percolación apical y filtración coronal ⁽²¹⁾.

Métodos de Evaluación del éxito o fracaso endodóntico

En 1938, Auerbach estableció que existían 4 métodos de evaluar científicamente los resultados de los tratamientos de conductos: clínico, radiográfico, bacteriológico e histológico, pero para evaluar los resultados de la terapéutica endodóntica convencional, la mayoría de los investigadores ^(2,8,9,19,26,39,87) usaron la combinación de hallazgos clínicos y radiográficos, son ambos métodos más accesibles para la mayoría de los odontólogos.

Evaluación clínica del tratamiento de conductos:

En 1956, Strindberg estableció criterios amplios de éxito y fracaso;

Éxito : ausencia de síntomas;
Fracaso: presencia de síntomas.

Esto implica una variable de subjetividad en la determinación de éxito y fracaso del tratamiento, ya que la presencia o ausencia de sintomatología está íntimamente relacionada con el umbral del dolor del paciente ⁽⁸²⁾.

Se considera que la evaluación del resultado del tratamiento efectuado al paciente debe constar de varias fases:

- (a) examen visual de tejidos blandos,
- (b) palpación de tejidos alrededor del diente tratado y/o adyacentes,
- (c) percusión del diente tratado y/o adyacentes,
- (d) medición de surcos gingivales y
- (e) interrogatorio al paciente.

Se ha sugerido un esquema más sencillo de evaluación:

- (a) Historia del diente y tejidos de soporte,
- (b) Examen del diente y tejidos de soporte e
- (c) Interpretación radiográfica.

En 1994, la Asociación Americana de Endodoncistas⁽²¹⁾ publicó criterios de éxito, en los cuales se indica que no deben haber signos clínicos o síntomas adversos para considerar el tratamiento de conductos como exitoso.

De igual manera, en 1994 la Sociedad Europea de Endodontología en cooperación con la Sociedad Británica de Endodoncistas publicaron los criterios a tomar en cuenta para evaluar los dientes tratados endodóncicamente. Deben evaluarse los siguientes criterios objetivos y subjetivos:

- (a) sensibilidad a la palpación,
- (b) movilidad dentaria,
- (c) enfermedad periodontal,
- (d) trayecto fistuloso,
- (e) función del diente tratado,
- (f) signos de infección o inflamación y
- (g) síntomas subjetivos⁽²¹⁾.

Según lo antes mencionado, el tratamiento evaluado puede catalogarse en alguno de los tres estatus siguientes:

- (a) aceptable,
- (b) cuestionable o
- (c) no aceptable⁽²¹⁾.

El tratamiento de conductos será catalogado como **clínicamente aceptable** si se cumplen todos los criterios siguientes:

- (a) ausencia de sensibilidad a la palpación,
- (b) movilidad dentaria fisiológica,
- (c) ausencia de trayecto fistuloso o enfermedad periodontal localizada,
- (d) el diente debe estar ejerciendo su función, ausencia de signos de infección o inflamación y ausencia de síntomas subjetivos referidos por el paciente⁽²¹⁾.

El tratamiento será **clínicamente cuestionable** si existen uno o más de los siguientes hallazgos clínicos adversos:

- (a) síntomas esporádicos, vagos, no específicos y no reproducibles, sin patrón definido;
- (b) sensación de presión o llenura,
- (c) incomodidad leve después de la percusión, palpación, masticación o al presionar con la lengua,
- (d) sinusitis con origen en el diente tratado o
- (e) necesidad ocasional de analgésicos ⁽²¹⁾.

El tratamiento se considerará **clínicamente no aceptable** si existen algunas de las siguientes características:

- (a) síntomas subjetivos persistentes,
- (b) trayecto fistuloso recurrente o inflamación,
- (c) incomodidad reproducible después de percusión, palpación o masticación;
- (d) evidencia de fractura dentaria irreparable,
- (e) movilidad excesiva o deterioro periodontal progresivo o
- (f) imposibilidad de masticación con el diente afectado ⁽²¹⁾.

Si la finalidad del tratamiento de conductos es mantener el diente en boca, asintomático y en función, muchos casos se clasificarían como clínicamente aceptables.

Sin embargo, existen muchos dientes con tratamientos de conductos asintomáticos, en los cuales hay cambios patológicos y puede que hayan mínimos cambios radiográficos, indicadores de que el éxito no es del 100%. Incluso, dientes sin indicadores clínicos ni radiográficos, puede que histológicamente presenten cambios en los tejidos periapicales, sugerentes de patología ⁽²¹⁾.

El término función clínica adecuada, sugerido por Seltzer, satisface las expectativas del operador si se considera la retención del diente en la boca, como objetivo del tratamiento.

No obstante, la mayoría de los autores consideran que la decisión de éxito o fracaso endodóncico debe estar dada por la integración de factores clínicos, radiográficos e histológicos.

Evaluación **radiográfica** del tratamiento de conductos:

La evaluación radiográfica se considera imprescindible, pero no definitiva, en la determinación del éxito y fracaso del tratamiento de conductos ⁽¹⁰³⁾. La valoración radiográfica aislada puede permitir que una patología que se exprese únicamente por la clínica pase inadvertida ⁽²¹⁾.

Criterios de evaluación radiográfica:

En 1956, Strindberg estableció que los casos podían ser considerados como éxitos, fracasos o inciertos, desde el punto de vista radiográfico de acuerdo a varios aspectos.

Éxito:

- (a) Los contornos y el espacio del ligamento periodontal se encontraban normales,
- (b) El ligamento periodontal se encontraba ensanchado solo alrededor de los excesos de material de obturación.

Fracaso:

- (a) no se evidenciaba disminución de la imagen radiolúcida perirradicular,
- (b) no se evidenciaban cambios en la rarefacción,
- (c) aparecía una rarefacción nueva.

Incierto:

- (a) las radiografías eran ambigüas o presentaban fallas técnicas,
- (b) el diente había sido extraído en los 3 primeros años ⁽¹⁴⁶⁾.

En 1984, Zakariasen et al. ⁽¹⁰³⁾, diferenciaron los criterios radiográficos de éxito y fracaso en relación a la condición pulpar y periapical previa. En dientes con pulpa viva, el caso fue considerado :

- (a) **Éxito:** si no hubo imagen radiolúcida apical al principio, ni en la radiografía control;
- (b) **Fracaso:** si no hubo imagen radiolúcida apical al principio y sí en la radiografía control.

En dientes despulpados sin imagen radiolúcida apical, el caso fue catalogado :

- (a) **Éxito** : si no hubo imagen al principio, ni en la radiografía control;
- (b) **Fracaso:** si no hubo imagen al principio y sí en la radiografía control ⁽¹⁰³⁾.

En dientes despulpados con imagen radiolúcida apical, el caso fue catalogado como :

- (a) **Éxito** : si hubo imagen al principio y cicatrización o disminución del tamaño de la imagen en la radiografía control.
- (b) **Fracaso:** si hubo imagen al principio y aumento de la imagen en la radiografía control ⁽¹⁰³⁾.

Los resultados de dientes tratados endodóncicamente, se consideraron cuestionables si existían algunas de las siguientes características:

- (a) No se pudo afirmar si la lesión estaba presente,
- (b) No se pudo decir acerca de los cambios de la lesión,
- (c) La radiografía era de mala calidad ⁽¹⁰³⁾.

En 1994, la Asociación Americana de Endodoncistas ⁽²¹⁾ publicó criterios a tomar en cuenta en la evaluación radiográfica de un diente con tratamiento de conductos convencional:

- 1.- Obturación densa y tridimensional lo más cercana a la unión cemento dentinaria;
- 2.- En dientes con imagen radiolúcida apical previa, en controles sucesivos debe verse la lámina dura intacta y el espacio del ligamento periodontal normal.
- 3.- La evaluación e interpretación es subjetiva, varía entre un observador y otro, de un momento a otro; puede existir predisposición del evaluador.
- 4.- La evaluación radiográfica es solo una herramienta ⁽²¹⁾.

De la misma manera que en la evaluación clínica, estos datos orientarían para ubicar un tratamiento de conductos en alguna de las siguientes categorías: aceptable, cuestionable, no aceptable ⁽²¹⁾.

El tratamiento de conductos se considerará **radiográficamente aceptable** si existen las siguientes características:

- (a) Espacio del ligamento periodontal normal o ligeramente ensanchado, menor de 1mm;
- (b) Eliminación de la radiolucencia previa;
- (c) Lámina dura intacta en relación a dientes vecinos;
- (d) Que no exista evidencia de resorción radicular,
- (e) Una obturación del sistema de conductos densa y tridimensional dentro de los confines del conducto, lo más cercana a la unión cemento dentinaria, aproximadamente a un mm del ápice radiográfico ⁽²¹⁾.

Según estos mismos autores ⁽²¹⁾ el tratamiento de conductos será **radiográficamente cuestionable** si se observan algunas de las siguientes características:

- (a) Espacio del ligamento periodontal ensanchado, menor de dos mm;
- (b) Radiolucencia previa de igual tamaño o ligera evidencia de reparación;
- (c) Lámina dura irregular en relación a los dientes vecinos;
- (d) Evidencia sugestiva de resorción radicular progresiva;
- (e) Espacios en la densidad de la obturación del sistema de conductos, especialmente en el tercio apical;
- (f) Extensión del material de obturación más allá del ápice.

Asimismo, el tratamiento de conductos será catalogado como **radiográficamente no aceptable** ⁽²¹⁾ si se observan algunas de las siguientes características:

- (a) espacio del ligamento periodontal ensanchado, mayor de dos mm;
- (b) ausencia de evidencia de reparación y/o radiolucencia de mayor tamaño;
- (c) ausencia de formación de lámina dura;
- (d) presencia de radiolucencias perirradiculares óseas nuevas incluyendo radiolucencias laterales;
- (e) espacios visibles y conductos permeables no obturados;
- (f) sobreextensión excesiva del material de obturación con espacios visibles en el tercio apical;
- (g) evidencia definitiva de resorción radicular ⁽²¹⁾.

Para objetivar en función de la docencia, hemos diseñado un simple esquema, para hacerlo más didáctico:

1.- Fracasos por causas **pre-tratamiento**:

- a.- Por error en el diagnóstico
- b.- Por error en la apertura y acceso al sistema de conductos
- c.- Insuficiencia del aislamiento absoluto

2.- Fracasos por causas en el **intra-operatorio**:

- a.- Por eliminación incompleta de los restos pulpaes
- b.- Por desinfección insuficiente del sistema de canales
- c.- Por sobreinstrumentación y sobreproyección de contaminantes, irrigantes, ó restos pulpaes al periápice.
- d.- Sobreobturación y sobreproyección de cementos al periapice.

3.- Fracasos por causas en el **post-operatorio**:

- a.- Falla en el sellado coronal temporal.
- b.- Ausencia de restauración definitiva
- c.- Falla en la obturación definitiva.

IMPORTANCIA DE LA FICHA CLINICA

La confección de una correcta historia clínica dental y la implementación del consentimiento informado contribuye a una adecuada defensa en caso de supuestas acciones legales contra el profesional prestador del servicio. Lo expuesto abre un camino para poner en claro las reglas de atención dental en los pacientes con una enfermedad sistémica. La legislación vigente define a la historia clínica dental como un documento en el que se recoge los datos ordenados en forma completa y precisa para el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico de la enfermedad oral del paciente en particular. La doctrina acepta en general que no puede exigirse al profesional un buen resultado del tratamiento médico. Si en cambio, los pasos y criterios aplicados para el tratamiento. Es decir los denominados medios que serán analizados y evaluados, por el perito ,cuando solicite la historia clínica dental ante un eventual juicio de mal praxis.

Objetivo de la historia clínica dental:

1. **Asistencial**, trata esencialmente de conseguir una correcta elaboración de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
2. **Docente y de investigación**, mediante el estudio de las historias clínicas se puede conocer la incidencia y prevalencia de la enfermedad dental en una determinada población. Así como la eficacia de un determinado tratamiento.
3. **Sanitarios**. La autoridad estatal puede con los datos referidos indicar un programa de promoción y protección de la salud dental en las instituciones de su competencia.
4. **Legal**: Para la evaluación de la actuación odontológica, la justicia recurre a evaluar la pericia, prudencia y diligencia del profesional actuante. La cual queda plasmada en la historia clínica dental confeccionada.

Características de la historia clínica dental

1. **Integridad**: La historia clínica debe recoger todo dato relevante para la atención del paciente
2. **Precisión**: La historia clínica es un documento dónde debe usarse la terminología científica técnica apropiada. Bajo ningún aspecto la terminología debe ser ambigua.
3. **Claridad**: Los datos que aparecen en la historia clínica deben expresarse de manera inequívoca, que no pueda dar lugar a dudas o diversidad de interpretaciones.
4. **Legible**: La caligrafía del profesional y sus colaboradores debe ser interpretada por terceros.
5. **Descriptiva**: Describir la patología dental del paciente del tratamiento, con la mayor precisión posible.
6. **Cronológica**: Se confecciona desde el momento en que el paciente realiza su primer consulta y continúa su evaluación a lo largo del tratamiento dental.

La Ley de Ejercicio Profesional, ha propuesto requisitos formales que deben observarse:

“Se incluya en la ley 17.132 la obligatoriedad de la confección de la Historia Clínica en base de un modelo que proponga: competitividad, legitimidad, veracidad, integridad de documentos, escritura manual y con pluma fuente negra, sin signos, ni abreviaturas, temporalidad, firma y sello”

La adecuada confección de la historia clínica dental es un deber jurídico del profesional y sus auxiliares.

Aspecto legal de la historia clínica dental

1. Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, que se ocupa de diversos aspectos de ellas. Así, en el artículo 10 se establece que todo paciente tiene derecho a " que quede constancia por escrito de su proceso patológico", lo que equivale a proclamar la obligatoriedad de la elaboración de la historia clínica de todo paciente que acuda en demanda de asistencia, sin ninguna excepción.
2. En el artículo siguiente determina la obligación que tiene todo paciente de firmar el alta voluntaria en aquellos casos en que no acepte el tratamiento. El significado de este precepto es claro, puesto que cuando el paciente no acepta el tratamiento, prueba que ha perdido la confianza en el médico o en el odontólogo, y éstos no pueden continuar prestando la asistencia ante tal situación.
3. El código de ética reconoce al médico un derecho de conservación, como también lo obliga a suministrar información completa sobre la misma toda vez que le sea requerida. Con respecto al paciente también tiene derecho a ella, ya que representa el relevamiento médico o de su enfermedad, y le da la posibilidad que se sepa que se hizo para mejorarlo quedando así en pie la posibilidad de igualdad en caso que se quiera efectuar un reclamo al respecto
4. El artículo 43 contempla el habeas data, es decir el derecho a la información. Por otra parte la misma ley se ocupa de un modo específico de las historias clínicas en su artículo 61, señalando textualmente que: *“En cada área de salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única para cada uno debe mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial, estando a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad, personal y familiar, y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos deberes y derechos”*.
5. La Secretaria de Salud Pública de la Nación establece en 5 años el período que obligatoriamente debe guardarse la historia clínica, en los establecimientos privados.

Según trabajos de investigación que se han realizado en los últimos tiempos con respecto a la veracidad y validez legal de la historia clínica, el centro de Bioética SSMO, se planteaba las siguientes interrogantes; ¿ Es la ficha clínica un instrumento público o privado?
(115)

El Proyecto de Ley sobre "Deberes y Derechos de las Personas en Salud", actualmente en trámite legislativo, en su artículo 14, establece: "el paciente tiene derecho a acceder y revisar su ficha clínica, ya sea personalmente o por medio de sus representantes, y a obtener copia de todos o parte de los datos en ella consignados". "En caso de fallecimiento, este derecho puede ser ejercido por sus herederos", sin precisar qué se entiende por "herederos" y a cuántas generaciones comprende.

Esta proposición está en contra de las disposiciones legales vigentes, y también contraviene normas éticas universalmente aceptadas.

La Ficha Clínica no cumple con estos requisitos, por lo cual no puede ser considerado como Instrumento Público, y todos aquellos que no caen en esta calidad, son necesariamente Instrumentos Privados. Estos, para ser reconocidos como Instrumentos Públicos, deben cumplir con lo establecido en el artículo 346, número 4 del Código de Procedimiento Civil¹⁰⁴: "los Instrumentos Privados se tendrán por reconocidos cuando se declare su autenticidad por resolución judicial".

Otra interrogante es ¿ a quién pertenece la Ficha Clínica, al paciente, al médico o a la institución?

La justificación de la existencia del documento Ficha Clínica debe insertarse principalmente en el contexto de la beneficencia. Si el médico lleva un registro de los datos que conciernen al paciente, y anota todo aquello que le pueda ser útil para obtener un diagnóstico correcto, un pronóstico lo más certero posible y un tratamiento adecuado, es porque persigue el bien del paciente. Principio que ha guiado a la Medicina desde siempre.

Le interesa al médico no olvidar ningún detalle que le permita cumplir adecuadamente con este objetivo, y dejar constancia de ellos, le facilita volver continuamente a analizarlos, buscando claridad o explicaciones para lo que está observando en el presente. Ciertamente, si el médico tuviera una memoria prodigiosa, o muy pocos pacientes que atender, no requeriría de un registro de esa naturaleza. Por lo tanto, la ficha clínica es un instrumento que permite al médico efectuar correctamente su función, como lo hace con el estetoscopio. Esta misma argumentación es válida cuando se trata de Instituciones de Salud, aun cuando, en este caso, se pueden agregar otras razones que refuerzan este concepto. Efectivamente, en este caso, en la atención del paciente suelen intervenir más de un médico; que van dejando sus opiniones sobre el caso clínico a medida que éste va evolucionando en el tiempo. (Importancia de estos registros en diversas hospitalizaciones y atenciones). En base a esto el documento Ficha Clínica es un instrumento privado y es de propiedad del médico o de la institución de salud de que se trate.

¿Cómo debe manejarse este instrumento de atención médica?

En el contexto de los principios, en el manejo del historial del paciente debe cumplirse estrictamente con el principio de no maleficencia, que, en este caso, dice relación fundamentalmente con la mantención de la confidencialidad, la reserva y el secreto profesional. En la medida que estas condiciones están insertas en el derecho a la privacidad de las personas, su no cumplimiento implica necesariamente infligirle daño. Así lo ha entendido la ley, así lo han entendido las organizaciones e instituciones que se preocupan de la ética y que hacen de este tema un punto central de la relación médico-paciente. legal, el referente principal sobre esta materia, es la ley 19.628, de 1999 ⁽¹⁰⁵⁾ sobre protección de la vida privada. En ella se habla de "datos sensibles", entendiéndose por tales los datos personales que se refieren a las "características físicas y morales de las personas, hechos y circunstancias de su vida privada o íntima, tales como hábitos personales, origen étnico, ideología, opiniones políticas o religiosas, estado de salud física y psíquica, etc". Estos "datos sensibles", no pueden ser "objeto de tratamiento", "salvo que la ley lo autorice, exista consentimiento del titular, o sea necesario para el otorgamiento de beneficios de salud a los titulares". Se entiende por "tratamiento" "cualquier operación o complejo de operaciones, o procesos técnicos que signifiquen utilizarlos en cualquier forma". El Código Sanitario ¹⁰⁶, en su artículo 127 establece: "Las recetas médicas, análisis y exámenes de laboratorio son reservados. Sólo podrá revelarse su contenido o darse copia de ellos, con el consentimiento expreso del paciente, otorgado por escrito". El Decreto Supremo N° 161 del Ministerio de Salud que fija el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas, artículo N° 22 señala: "Toda información bioestadística o clínica que afecte a personas internadas o atendidas en el establecimiento, tendrá el carácter de reservado y estará sujeto a las disposiciones relativas al secreto profesional. Solo se podrá entregar a los Tribunales de Justicia u otras entidades legalmente autorizadas para requerirlas". El Decreto Supremo N° 42 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud 1986 ⁽¹⁰⁷⁾, en su artículo 8 establece: "Serán funciones específicas del jefe de la Sección de Orientación Médica y Estadística, velar por la observancia de las normas relativas a la reserva de la información confidencial en poder de la sección, especialmente en relación con el secreto de la información vertida en la Ficha Clínica". Esta norma, según dictamen de la Contraloría General de la República N° 47022 del 6/12/2000 ⁽¹⁰⁹⁾ constituye: "una aplicación concreta de la garantía constitucional establecida en el N° 4 del artículo 19 de la carta fundamental, que asegura el respeto y la protección de la vida privada y de la honra de las personas". Finalmente el Código Penal, en su artículo 247 ⁽¹¹⁰⁾ fija las sanciones para quién no cumple con estas normas: "Incurrir en la pena de reclusión menor y multa, el que, ejerciendo alguna de las profesiones que requieran título, revelen secretos que por razón de ellos se les hubiesen confiado".

Desde el punto de vista ético, haremos sólo tres referencias:

1. La "Declaración de Derechos del Paciente", de la Asociación Americana de Hospitales, febrero de 1973⁽¹¹¹⁾, punto 6, señala: "El paciente tiene derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratados confidencialmente".
2. La Declaración de Lisboa de Asociación Médica Mundial⁽¹¹²⁾, octubre de 1995, punto 8 letra a) establece: "toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente, y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de la muerte. Excepcionalmente los descendientes pueden tener acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud". Y agrega la letra c): "Toda información identificable del paciente debe ser protegida; esta protección debe ser apropiada a la manera de almacenamiento".
3. El Código de Ética del Colegio Médico de Chile señala en su artículo 14⁽¹¹³⁾: "Los médicos no podrán, en caso alguno, revelar directa ni indirectamente los datos o informaciones que hayan conocido o les hayan sido revelados en el ejercicio de su profesión, salvo orden judicial o autorización libre y espontánea del paciente mayor de edad, y que esté en su sano juicio. El secreto médico es un derecho objetivo del paciente; el profesional está obligado a respetarlo en forma absoluta por un derecho natural, no prometido ni pactado". Por su parte, el artículo 21 precisa: "El médico no deberá consignar en un documento cuya reserva no esté asegurada: diagnósticos, pronósticos y peritajes que resulten potencialmente lesivos para el paciente".

La Declaración Universal de las Naciones Unidas sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997)⁽¹¹⁴⁾ advierte, en su artículo 7: "se debe proteger la confidencialidad de los datos genéticos asociados con una persona identificable".

Por su parte, la Declaración Ibero-Latinoamericana sobre Derecho, Bioética y Genoma Humano⁽¹¹⁵⁾ de 2001, punto 5 señala: "Se hace necesario promover una legislación que regule el manejo, almacenamiento y difusión de la información genética individual, de tal forma que se garantice el respeto a la privacidad y a la intimidad de cada persona".

Una cosa es tener acceso al documento y otra diferente es tener acceso a la información contenida en dicho documento.

Por todo lo antes mencionado:

1. La Ficha Clínica es y debe seguir siendo un documento privado.
2. Este documento le pertenece al médico o a la institución de salud a cuyo cuidado se encuentra el paciente.
3. Que no hay ninguna argumentación válida que justifique otorgarle al paciente el acceso al documento Ficha Clínica.
4. Que, por el contrario, existen argumentos sólidos, legales y éticos, que señalan la inconveniencia que ello ocurra.
5. Que mucho menos defendible es otorgarle el derecho a acceder al documento Ficha Clínica a los parientes o herederos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el éxito y fracaso de los tratamientos endodónticos de los pacientes atendidos por los alumnos de IV año de la Escuela de Odontología, Universidad de Valparaíso, entre los años 2000 al 2004, a través de la revisión de los registros en las fichas clínicas de tratamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Evaluar cómo es el registro de pacientes en la asignatura de Endodoncia, en la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
- 2.- Determinar si el registro y ficha clínica utilizados en la Escuela de Odontología permiten realizar un seguimiento de los pacientes.
- 3.- Evaluar el procedimiento de seguimiento de pacientes utilizado en la escuela.
- 4.- Determinar si la información contenida en los registros clínicos es suficiente para poder determinar éxito o fracaso de los tratamientos endodónticos realizados por los alumnos de pre-grado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Definimos:

- 1.- **Éxito:** a aquellos casos dados de alta clínicamente y radiográficamente registrados como asintomáticos.
- 2.- **Fracasos:** a aquellos tratamientos que al ser dados de alta se registra algún signo ó síntoma positivo.
- 3.- **Síntoma positivo:** dolor espontáneo, dolor provocado, sensación de diente largo.
- 4.- **Signo positivo:** presencia de fistula, aumento de volumen, evidencia radiográfica de fallas en el tratamiento.
- 5.- **Fracasos inmediatos:** aquellos que presentaron signos y/o sintomatología al momento de ser dados de alta, es decir a una semana post obturación.
- 6.- **Fracasos mediatos:** aquellos tratamientos que siendo dados de alta asintomaticamente volvieron en un plazo mayor a una semana con sintomatología positiva.
- 7.- **Sintomatología positiva:** todo aquel síntoma manifestado por el paciente en el control de alta: dolor a la percusión, dolor a la palpación del fondo de vestíbulo, dolor al morder, etc.
- 8.- **Tratamientos incompletos:** Consideramos aquellos casos en que habiéndose terminado el tratamiento, no existía el alta clínica y/o la radiografía de control de obturación.

Tomamos el total de fichas de pacientes atendidos por alumnos de IV año de la carrera de Odontología, Universidad de Valparaíso, correspondiente al periodo entre los años 2000 al 2004. Se decidió éste periodo de tiempo debido a que anterior al año 2000 el número de fichas registradas no estaban disponible, ya que no existía un sistema de archivo como el utilizado en la actualidad, lo que hacía muy complejo acceder a dichas fichas. Revisamos hasta el año 2004, excluyendo el año 2005 pues no podríamos evaluar los fracasos mediatos por haber un periodo de tiempo posterior al alta que no superaba el año desde el momento que empezamos a realizar la investigación.

Las fichas fueron separadas por año: 2000-2001-2002-2003-2004. En cada ficha se contabilizó por separado cada diente tratado, es por ello que el N° de dientes contabilizados es mayor que el N° de fichas revisadas, ya que algunos pacientes fueron tratados por más de un diente.

Criterios de exclusión de fichas:

- 1.- Fichas incompletas: en información referente al paciente y al diente en tratamiento.
- 2.- Fichas con diagnóstico del diente aprobado por el docente, pero sin iniciación del tratamiento.
- 3.- Fichas que no presentaban las radiografías del tratamiento.

RESULTADOS

TABLA N° 1: Total de datos obtenidos.

AÑOS	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
N° Fichas Revisadas	8	17	219	335	274	853
N° Dientes Revisados	10	25	276	477	332	1120
Altas Asintomáticas	6	20	241	421	290	978
Tratamientos Incompletos	4	5	32	49	29	119
Altas con Sintomatología	0	0	3	6	12	21
Derivados a cirugía				1		1
Retratamiento					1	1

TABLA N° 2: N° de Fichas y N° de dientes revisados

AÑOS	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
N° Fichas Revisadas	8	17	219	335	274	853
N° Dientes Revisados	10	25	276	477	332	1120

GRAFICO N° 1

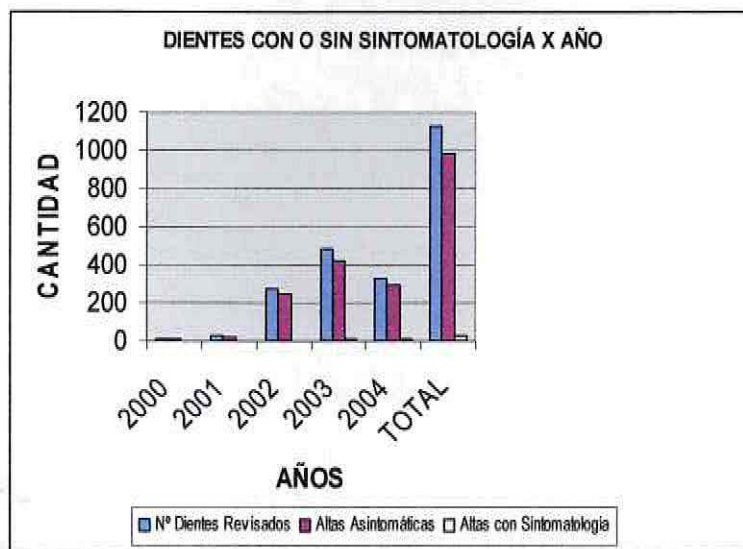


Esta tabla y gráfico muestran que paulatinamente se iba estableciendo el sistema actual de archivo de fichas donde se podía disponer de un mayor número de ellas, generándose definitivamente el sistema de archivo a partir del año 2002, donde se aprecia una curva más estable. Recordemos que se revisó más de un diente por ficha.

TABLA N° 3: Evaluación al alta del tratamiento en relación a la sintomatología:

AÑOS	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL	%
N° Dientes Revisados	10	25	276	477	332	1120	100%
Altas Asintomáticas	6	20	241	421	290	978	87.32%
Altas con Sintomatología			3	9	12	21	1.87 %

GRAFICO N° 2



Aquí se muestra una tabla y un gráfico de barras demostrando que del total de dientes analizados, la gran mayoría, es decir un 87.32% de los dientes tratados fueron dados de alta sin ninguna sintomatología y sólo el 1.87% la presentó. ¿Esto revela éxito?.....

DETALLE DE LOS TRATAMIENTOS CON SINTOMATOLOGÍA.

Aquí detallamos el motivo por el cual el diente fue catalogado como sintomático al ser dado de alta, lo cual nos permitirá hacer un análisis de las posibles causas que llevaron al fracaso.

AÑO 2002

Diente 3.5 – Paciente sexo femenino, diente despulpado, diagnóstico inicial caries y desalajo de restauración. **Sintomatología: leve molestia a la percusión**, a la semana de control. Dra. Martin

Diente 3.5 – Paciente sexo femenino, 43 años, diabética, diente despulpado, diagnóstico inicial pulpitis crónica reagudizada. Antecedentes de absceso submucoso. **Sintomatología: leve molestia a la percusión**, a la semana de control. Radiográficamente se observa obturación radicular bien, presenta leve curvatura apical. Dra. Nazar.

Diente 2.1 – Paciente sexo femenino, 70 años, sufre Parkinson, pérdida de bazo y riñón, diagnóstico inicial caries y fractura coronaria extensa, necrosis pulpar, se realiza necropulpectomía. **Sintomatología: leve molestia a la percusión** a la semana de control. Radiográficamente se observa bien. Dra. Caro.

AÑO 2003

Diente 4.5 – Paciente sexo femenino, diagnóstico inicial fractura coronaria extensa, tratado endodónticamente, contaminado, con antecedentes de absceso dentoalveolar crónico, con lesión apical según radiografía. **Sintomatología: percusión (+), leve molestia a la percusión** en franca disminución a la semana de control. Dra. Mitelman.

Diente 2.1 - Paciente sexo femenino, 27 años, diagnóstico inicial fractura coronaria total, tratado endodónticamente, **presenta sobreobtención franca de 3.5 mm.**, con lesión **osteolítica apical**. Se indicó retratamiento endodóntico por contaminación, y posteriormente cirugía apical complementaria. Dr. Moya.

Diente 3.5 – Paciente sexo masculino, diagnóstico inicial restauración MOD extensa, pulpitis crónica reagudizada. Se realizó biopulpectomía. **Sintomatología: sensibilidad leve a la percusión** a la semana de control. Dra. Nazar.

Diente 4.4 – Paciente sexo masculino, diagnóstico inicial caries, fractura, pulpitis crónica irreversible. Se efectuó biopulpectomía. **Sintomatología: sensibilidad leve a la percusión** a la semana de control. Dra. Caro.

Diente 2.5 – Paciente sexo femenino, diagnóstico inicial caries, pulpitis crónica irreversible, se realiza la biopulpectomía. **Sintomatología: sensibilidad leve a la percusión** al control de los 7 días. Radiográficamente se observa bien. Dra. Fuenzalida.

Diente 2.3 – Paciente sexo masculino, diagnóstico inicial absceso submucoso consecutivo a necrosis séptica. Se efectúa **tratamiento endodóntico el cual queda francamente corto**, se indica el retratamiento. Dra. Mitelman. Se realiza el retratamiento el año 2004, sufre fractura coronaria total. El tratamiento es finalizado por docente a cargo

AÑO 2004

Diente 1.1 – Paciente sexo femenino, diagnóstico inicial: caries, fractura, pulpitis crónica irreversible, se realiza biopulpectomía. **Sintomatología: sensibilidad leve a la percusión** A los 7 días de efectuado el control. Radiográficamente se observa bien. Dra. Nazar.

Diente 1.3 – Paciente sexo masculino, diagnóstico inicial: pulpitis crónica irreversible, se efectúa la biopulpectomía. **Sintomatología: sensibilidad a la palpación en fondo de vestibulo**, al realizar el control de la semana. Radiográficamente se observa obturación radicular a ras. Dr. Bahamondes.

Diente 3.5 – Paciente sexo masculino, diagnóstico inicial: necrosis pulpar, con sombra radiolúcida apical. **Sintomatología: sensibilidad leve a la percusión** al momento de control de los 7 días. No se encuentra radiografía de control de obturación. Dr. Bahamondes y Dra. Nazar.

Diente 1.5 - Paciente sexo masculino, diagnóstico inicial: tratado endodónticamente en forma deficiente, con lesión apical. **Sintomatología: sensibilidad leve a la percusión** al momento del control de los 7 días. Radiográficamente se observa obturación radicular a ras. Dra. Nazar.

Diente 2.3 – Paciente sexo femenino, diagnóstico inicial: despulpado, con lesión apical. **Sintomatología: sensibilidad mediana** al realizar el control a la semana. Radiográficamente obturación radicular se observa correcta. Dr. Moya.

Diente 1.1 – Paciente sexo masculino, diagnóstico inicial: gran destrucción coronaria por caries, necesidad de tratamiento protésico, pulpa vital, se efectúa biopulpectomía. **Sintomatología: sensibilidad leve a la percusión** en el control a la semana. Radiográficamente obturación radicular se observa a ras. Dra. Martin.

Diente 1.1 – Paciente sexo femenino, diagnóstico inicial: gran destrucción coronaria por caries, al estado de raíz, necrosis pulpar séptica, fístula y lesión apical. **Sintomatología: sensibilidad leve a la percusión** al realizar control a la semana. Radiográficamente obturación radicular se observa a ras. Dra . Mitelman

Diente 1.4 – Paciente sexo masculino, diagnóstico inicial: restauración y caries, pulpitis crónica irreversible, se efectúa biopulpectomía. **Sintomatología: leve sensibilidad a la percusión** al momento del control de los 7 días. Radiográficamente obturación radicular se observa bien. Dra. Nazar

Diente 3.3 – Paciente sexo masculino, diagnóstico inicial: pulpitis crónica irreversible, se realiza biopulpectomía, control de PBM se aprecia corto, se corrige longitud de trabajo. **Sintomatología: dolor de mediana intensidad** en disminución a los 3 días de efectuar el control. Radiográficamente se observa **obturación radicular con sobreproyección de material**. Dra. Mitelman.

Diente 2.2 – Paciente sexo femenino, diagnóstico inicial: diente despulpado, con lesión apical. **Sintomatología: leve sensibilidad a la percusión** al realizar el control a los 7 días. Radiográficamente se observa obturación radicular bien. Dr. Moya.

Diente 1.2 – Paciente sexo femenino, diabética, diagnóstico inicial: pulpitis crónica irreversible, se realiza biopulpectomía. **Sintomatología: sensibilidad moderada a la percusión** , al control de la semana. Radiográficamente la obturación radicular se observa bien (a 0.5 mm).

Diente 2.2 – Paciente sexo femenino, hipertensa, diagnóstico inicial: pulpitis crónica irreversible, se realiza la biopulpectomía. **Sintomatología: dolor leve a la percusión** en control efectuado a la semana, asintomático en control a los 14 días. Radiográficamente se aprecia **obturación radicular ligeramente corta (2mm)**.

TABLA N° 4 : Detalle de dientes con sintomatología x año:

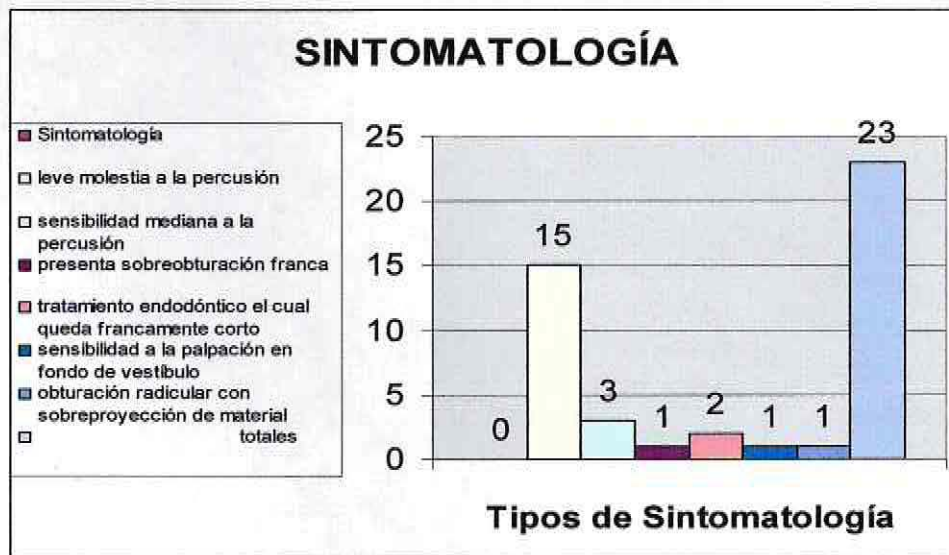
AÑOS	% del Total del año (277)		% del Total del año(480)		% del Total del año(331)		TOTAL(1088)
N°	2002		2003		2004		
	3	1.08%	6	1.25%	14	3.6%	23

Los porcentajes observados son mínimos , no se incluyeron los años 2000 y 2001 ya que no se observaron casos que presentaran algún signo ó síntoma positivo, que revelara fracaso del tratamiento.

TABLA N° 5: Tipo de sintomatología

Sintomatología	2002	%	2003	%	2004	%	Total
Leve molestia a la percusión	3	20%	4	26.7%	8	53.3%	15
Sensibilidad mediana a la percusión	0		0		3	100%	3
Sobreobtención franca	0		1	100%	0		1
Trat.endodóntico francamente corto	0		1	50%	1	50%	2
Sensibilidad a la palpación en fondo de vestíbulo	0		0		1	100%	1
Obtención radicular con sobreproyección de material	0		0		1	100%	1
Totales	3	13%	6	26%	14	61%	23

GRAFICO N°3



La tabla N° 5 muestra que notoriamente la sintomatología dolor leve a la percusión es el síntoma más prevalente en los casos revisados.

VI .- DISCUSIÓN

El objetivo principal que nos planteamos al iniciar ésta investigación fue evaluar el éxito y fracaso de los tratamientos endodónticos realizados por los alumnos de IV año de la carrera de Odontología, Universidad de Valparaíso, entre los años 2000 y 2004. Lamentablemente en el transcurso de la investigación nos fuimos dando cuenta que los registros no nos entregaron la información que requeríamos, pues no existe control más allá de una semana posterior al alta del paciente y aunque presente alguna sintomatología, como dolor a la percusión ó dolor al fondo de vestíbulo no es recitado como norma a un control posterior, lo que no nos permitió finalmente lograr el objetivo propuesto.

Tampoco sabemos si el paciente se reagudizó ó requirió algún retratamiento y si lo hizo no sabemos si fue o no atendido en la Escuela de Odontología, ya que en ninguna de las 1120 fichas revisadas fue registrada una atención posterior y no creemos que esto refleje la realidad, más bien se debe a una falta de registro.

Otro gran problema que se nos presentó fue el hecho de que los registros en las fichas son incompletos, a pesar de que se ha insistido a los docentes en exigirlo, en algunas fichas falta completar datos importantes de identificación, por si se requiere ubicar al paciente. Además en algunas pocas fichas hay inconsistencia entre los signos y síntomas encontrados y el diagnóstico entregado. Por ejemplo: test pulpar (+) y dando como diagnóstico : gangrena pulpar.

Otra situación es el hecho de que hay tratamientos terminados que no tienen el alta dada por el alumno ni por el docente, por lo que además de no saber como terminó sintomáticamente el paciente, es una ficha que debe excluirse para los estudios de éste tipo.

Existen fichas incompletas en cuanto al set radiográfico del tratamiento y en especial de la radiografía de control de obturación radicular, ya que en muchos casos el paciente es derivado a Prótesis Fija, donde seguramente requieren de la radiografía, pero lamentablemente no es retornada a la ficha.

En los casos en que se derivó a cirugía apical tampoco hubo registro o continuación de la ficha que evolucionara la atención en cirugía.

Analizando los casos en que se presentó sintomatología leve a la percusión a la semana de control podríamos clasificar ésta molestia según la clasificación definidas por nosotros en errores ocasionados en el intraoperatorio, ya que creemos que el dolor a la percusión podría deberse a que el alumno:

- 1.- sobreproyectó restos pulparers al periápice
- 2.- sobre instrumentó
- 3.- irrigó con mucha fuerza e impulsó irrigante a la zona periapical
- 4.- sobreobturó, y aunque radiográficamente no veamos ésta sobreobturación, sabemos que la bidimensionalidad de la radiografía no nos permite ver la realidad.
- 5.-periodontitis apical por un sobrecontacto generado por una obturación temporal alta.

VII .- CONCLUSIONES

Luego de revisar 853 fichas con un total de 1120 casos, concluimos que no es posible determinar el éxito ó fracaso de los tratamientos endodónticos realizados por los alumnos de pregrado, entre los años 2001 y 2004 ya que no existe un plan de seguimiento ni sistemática alguna de control de los tratamientos endodónticos realizados por los alumnos.

En base a los antecedentes que obtuvimos podríamos concluir que en el alta inmediata, reflejada en el control que se realiza a la semana de finalizado el tratamiento endodóntico, el síntoma más prevalente es el dolor leve a la percusión, esto no podríamos atribuirlo a un fracaso propiamente tal, puesto que los factores causales son múltiples y variados y podría deberse a las molestias propias de un postoperatorio en donde se han efectuado maniobras mecánicas que de una u otra forma significan un trauma o estrés para los tejidos o también puede ser en respuesta a que se haya sobrepasado en alguna de las etapas del tratamiento la constricción apical, generando una inflamación de los tejidos periapicales en forma transitoria y que debiera resolverse en el tiempo sin mayores inconvenientes.

A razón de lo antes expuesto surge la siguiente interrogante ¿ es la ficha clínica un instrumento de registro valedero suficiente para determinar éxito o fracaso de una terapia? Históricamente y a la luz de las investigaciones podemos decir que no, pero si la ficha clínica tiene valor o peso legal, debería ser considerada una fuente importante y fidedigna de información clínica de una realidad puntual y determinada que pudiese utilizarse con fines legales, de investigación científica o solo informativo.

En esto radica la importancia de registrar toda la información que obtenemos de los pacientes en forma clara y completa, cautelar el omitir datos de identificación de el paciente, de los tratamientos que se efectúan, como se realizan, inconvenientes, accidentes, etc.; quién es el tratante, fechas de controles, medicamentos, indicaciones de tal forma que quién necesitare revisar este documento (contraloría / auditoría) no tenga ninguna dificultad en imponerse y entender un caso determinado.

VIII.- SUGERENCIAS

- 1.- Normar controles post alta: a los 30 días, 6 meses, al año, etc.
- 2.- Incluir en la ficha datos claros, precisos y más completos de la identificación del paciente, por ejemplo domicilio, teléfono, lugar de trabajo u oficio, contacto en caso de emergencia, etc.
- 3.- Unificar criterios entre los docentes, universalizar y sistematizar la forma de registrar la información. (Uso de términos técnicos, vocabulario, abreviaturas, etc.)
- 4.- En aquellos casos que exista una lesión radiográfica apical y/o lateral ó de otra índole, debiera ser evaluada, controlada y evolucionada en el tiempo, dando de alta al paciente cuando existan signos evidentes de remisión o de reparación de la lesión.
- 5.- Mantener una coordinación efectiva y una comunicación directa y fluida con el Servicio de Cirugía para aquellos pacientes que son derivados a ésta especialidad, para poder controlarlos en conjunto y evolucionarlos de forma más completa.
- 6.- Es necesario que exista un servicio o departamento clínico estable que pueda realizar los controles de aquellos pacientes que eran atendidos por alumnos que egresan de la Facultad, de modo que exista una continuidad y un seguimiento de los casos, además que el paciente se sienta seguro, apoyado en caso de emergencia aunque su tratante se haya desvinculado.

IX .- RESUMEN

Esta investigación se basa en la revisión de fichas clínicas de la asignatura de endodoncia, correspondiente a los pacientes atendidos por alumnos de IV año de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso entre los años 2000 y 2004 y poder determinar a través de la información recopilada en ellas, el éxito o fracaso de los tratamientos endodónticos realizados en pre- grado.

Se revisaron un total de 853 fichas clínicas , con un total de 1120 tratamientos endodónticos , en donde los resultados obtenidos fueron de un 87,32% de los casos eran altas asintomáticas y solo un 1,87% presentó sintomatología al momento del alta (considerando el alta el control clínico realizado a la semana de obturado el diente) , siendo la más prevalente la sensibilidad leve a la percusión. A pesar de estos resultados podemos indicar que a la luz de la información obtenida, no podemos determinar éxito o fracaso de los tratamientos, puesto que existen muchos factores inmanejables, información incompleta, falta de rigurosidad y de sistemática en el registro de la información. Es imprescindible que las fichas sean lo más completas para que esto sirva para investigación , valor legal o estadístico .

X.- BIBLIOGRAFÍA

1. Barbakow FH, Cleaton-Jones PE, Friedman D. An evaluation of 566 cases of root canal therapy in general dental practice. 2. Postoperative observations. *J Endod* 1980 Mar; 16(3):485-9.
2. Barbakow FH, Cleaton-Jones PE, Friedman D. Endodontic treatment of teeth with periapical radiolucent areas in a general dental practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981 May; 51(5):552-9
3. Basmadjian-Charles CL, Farge P, Bourgeois DM, Lebrun T. Factors influencing the long term results of endodontic treatment: a review of literature. *Int Dent J* 2002 Apr; 52(2): 7-12.
4. Benenati FW, Khajotia SS. A radiographic recall evaluation of 894 endodontic cases treated in a dental school setting. *J Endod* 2002 May; 28(5):391-5.
5. Boucher Y, Matossian L, Rilliard F, Machtou P. Radiographic evaluation of the prevalence and technical quality of root canal treatment in a French subpopulation. *Int Endod J* 2002 Mar; 35(3):229-38.
6. Canalda Sahli C, Pumarola Suñé J. Retratamiento no quirúrgico de los fracasos endodóncicos. En: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E, editores. *Endodoncia. Técnicas Clínicas y Bases Científicas*. Barcelona. Masson, 2001: 268-72.
7. Carr GB. Retratamiento. En: Cohen S, Burns RC, editores. *Vías de la pulpa*. 7ma edición. Madrid. Harcourt Mosby, 1999: 767-71.
8. Cheung GSP, Chan TK. Long term survival of primary root canal treatment carried out in a dental teaching hospital. *Int Endod J* 2003 Feb; 36(2):117-28.
9. Chugal NM, Clive JM, Spångberg LSW. A prognostic model for assessment of the outcome of endodontic treatment: Effect of biologic and diagnostic variables. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001 Mar; 91(3):342-52.
10. Dalton BC, Ørstavik D, Phillips C, Pettiette M, Trope M. Bacterial reduction with nickel-titanium rotary instrumentation. *J Endod* 1998 Nov; 24(11):763-7.
11. Duinkerke ASH, Van de Poel, De Boo T, Doesburg WH. Variations in the interpretation of periapical radiolucencies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975; 40(3):414-22.
12. Eckerbom M, Magnusson T. Evaluation of technical quality of endodontic treatment & reliability of intraoral radiographs. *Endod Dent Traumatol* 1997 Dec; 13(6):259-64.
13. Fouad AF, Burleson J. The effect of diabetes mellitus on endodontic treatment outcome: data from an electronic patient record. *J Am Dent Assoc* 2003 Jan; 134(1):43-51.
14. Fuss Z, Trope M. Root perforations: classification and treatment choices based on prognostic factors. *Endod Dent Traumatol* 1996 Dec; 12(6):255-64.
15. Goldman M, Pearson AH, Darzenta N. Reliability of radiographic interpretations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974 Aug; 38(2):287-93.
16. Goldman M, Pearson AH, Darzenta N. Endodontic success & Who's reading the radiograph?. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972 Mar; 33(3):432-37.
17. Grossman LI. Guidelines for the prevention of fracture of root canal instruments. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969 Nov; 28(5):746-52.

18. Grossman LI. Obturación del conducto radicular. En: *Práctica Endodóncica*. 3era edición en español. Buenos Aires. Editorial Mundi, 1973: 311-7.
19. Grossman LI, Shepard LI, Pearson LA. Roentgenologic and clinical evaluation of endodontically treated teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1964; 17(3):287-93.
20. Gutmann JL, Lovdahl PE. Problems encountered in tooth isolation and access to the pulp chamber space. En: Gutmann JL, Dumsha TC, Lovdahl PE, Hovland EJ, editores. *Problem Solving in Endodontics*. 3era edición. Missouri. Mosby, 1997:47-66.
21. Gutmann JL, Lovdahl PE. Problems in the assessment of success and failure, quality assurance, and their integration into endodontic treatment planning. En: Gutmann JL, Dumsha TC, Lovdahl PE, Hovland EJ, editores. *Problem Solving in Endodontics*. 3era edición. Missouri. Mosby, 1997:1-22.
22. Halse A, Molven O. A strategy for the diagnosis of periapical pathosis. *J Endod* 1986 Nov; 12(11):534-8.
23. Halse A, Molven O, Fristad I. Diagnosing periapical lesions & disagreement and borderline cases. *Int Endod J* 2002 Aug; 35(8):703-9.
24. Hancock HH 3rd, Sigurdsson A, Trope M, Moiseiwitsch J. Bacteria isolated after unsuccessful endodontic treatment in a North American population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001 May; 91(5):579-86.
25. Harn WM, Chen MC, Chen YW, Liu JW, Chung CH. Effect of occlusal trauma on healing of periapical pathoses: report of two cases. *Int Endod J* 2001 Oct; 34(7):554-61.
26. Heling B, Tamshe A. Evaluation of the succes of endodontically treated teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970 Oct; 30(4):533-6.
27. Heling I, Bialla-Shenkman S, Turetzky A, Jorwitz J, Sela J. The outcome of teeth with periapical periodontitis treated with nonsurgical endodontic treatment: a computerized morphometric study. *Quintessence Int* 2001 May; 32(5):397-400.
28. Hoen MM, Pink FE. Contemporary endodontic retreatments: an analysis based on clinical findings. *J Endod* 2002 Dec; 28(12): 834-6.
29. Homme GMG, Coopens CRM, De Moor RJG. Periapical health related to the quality of coronal restorations and root fillings. *Int Endod J* 2002 Aug; 35(8):680-9.
30. Huumonen S, Lenander-Lumikari M, Sigurdsson A, Ørstavik D. Healing of apical periodontitis after endodontic treatment: a comparison between a silicone based and a zinc oxide eugenol based. *Int Endod J* 2003 Apr; 36(4):296-301.
31. Ingle JJ, Beveridge EE, Glick DH, Weichman JA. *Terapéutica Endodóncica Moderna*. En: Ingle JJ, Bakland LF, editores. *Endodoncia*. 4ta edición. México DF, McGraw-Hill Interamericana, 1996: 43-48.
32. Jurcak JJ, Bellizzi R, Loushine RJ. Successful single visit endodontics during operation desert shield. *J Endod* 1993 Aug; 19(8):412-3.
33. Kalfas S, Figdor D, Sundqvist G. A new bacterial species associated with failed endodontic treatment: identification and description of *Actinomyces radicidentis*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001 Aug; 92(2):208-14.

34. Katebzadeh N, Sigurdsson A, Trope M. Radiographic evaluation of periapical healing after obturation of infected root canals: an in vivo study. *Int Endod J* 2000 Jan; 33(1):60-6.
35. Kerekes K, Tronstad L. Long-term results of endodontic treatment performed with standardized technique. *J Endod* 1979 Mar; 5(3):83-90.
36. Kirkevang LL, Hørsted-Bindslev P. Technical aspects of treatment in relation to treatment outcome. *Endod Topics* 2002; 2:89-102.
37. Kirkevang LL, Ørstavik D, Hørsted-Bindslev P, Wenzel A. Periapical status and quality of root fillings and coronal restorations in a Danish population. *Int Endod J* 2000 Nov; 33(6):509-15.
38. Kvinnsland I, Oswald RJ, Halse A, Grønningsæter AG. A clinical and roentgenological study of 55 cases of root perforation. *Int Endod J* 1989 Mar; 22(2):75-84.
39. Kvist T, Reit C. Results of endodontic retreatment: a randomized clinical study comparing surgical and nonsurgical procedures. *J Endod* 1999 Dec; 25(12):814-7.
40. Lambrianidis T. Observer variations in radiographic evaluation of endodontic therapy. *Endod Dent Traumatol* 1985 Dec; 1(6):235-41.
41. Lasala A. Reparación, restauración y pronóstico en endodoncia. En: *Endodoncia*. 4ta edición. México DF. Editorial Salvat, 1992: 624.
42. Lazarski MP, Walker WA III, Flores CM, Schindler WG, Hargreaves KM. Epidemiological evaluation of the outcomes of nonsurgical root canal treatment in a large cohort of insured dental patients. *J Endod* 2001 Dec; 27(12):791-6.
43. Lin LM, Pascon EA, Skribner J, Gängler P, Langeland K. Clinical, radiographic, and histologic study of endodontic treatment failures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991 May; 71(5):603-11.
44. Lin LM, Skribner J, Gaengler P. Factors associated with endodontic treatment failures. *J Endod* 1992 Dec; 18(12):625-7.
45. Love RM. *Enterococcus faecalis* – a mechanism for its role in endodontic failure. *J Endod* 2001 Jul; 34(5):399-405.
46. Magura ME, Kafrawy A, Brown CE Jr, Newton CW. Human saliva coronal microleakage in obturated root canals: an in vitro study. *J Endod* 1991 Jul; 17(7):324-31.
47. Matsumoto T, Nagai T, Ida K, Ido M, Kawai Y, Horiba N et al. Factors affecting successful prognosis of root canal treatment. *J Endod* 1987 May; 13(5):239-42.
48. Meeuwissen R, Eschen S. Twenty years of endodontic treatment. *J Endod* 1983 Sep; 9(9):390-3.
49. Molander A, Reit C, Dahlen G, Kvist T. Microbiological status of root filled teeth with apical periodontitis. *Int Endod J* 1998 Jan; 31(1):1-7.
50. Molven O, Halse A, Fristad I. Long-term reliability and observer comparisons in the radiographic diagnosis of periapical disease. *Int Endod J* 2002 Feb; 35(2):142-7.
51. Molven O, Halse A, Fristad I, MacDonald-Jankowski D. Periapical changes following root canal treatment observed 20-27 years postoperatively. *Int Endod J* 2002 Sep; 35(9):784-790.

52. Morse DR, Esposito JV, Pike C, Furst ML. A radiographic evaluation of the periapical status of teeth treated guttapercha-eucapercha endodontic method: a one year follow up study of 458 root canals. Part II. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983 Jul; 56(1):89-96.
53. Morse DR, Esposito JV, Pike C, Furst ML. A radiographic evaluation of the periapical status of teeth treated guttapercha-eucapercha endodontic method: a one year follow up study of 458 root canals. Part III. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983 Aug; 56(2):190-7.
54. Murphy WK, Kaugars GE, Collet WK, Dodds RN. Healing of periapical radiolucencies after nonsurgical endodontic therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991 May; 71(5):620-624.
55. Nair PNR, Sjögren U, Figdor D, Sundqvist G. Persistent periapical radiolucencies of root filled human teeth, failed endodontic treatments, and periapical scars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999 May; 87(5):617-27.
56. Nair PNR, Sjögren U, Krey G, Kahnberg KE, Sundqvist G. Intraradicular bacteria and fungi in root filled, asymptomatic human teeth with therapy resistant periapical lesions: a long term light and electron microscopic follow up study. *J Endod* 1990 Dec; 16(12):580-8.
57. Naoum HJ, Chandler NP. Temporization for endodontics. *Int Endod J* 2002 Dec; 35(12):964-78.
58. Newton CW, Brown DC. Geriatric endodontics. En: Cohen S, Burns RC, editores. *Pathways of the pulp 8va edición*. Missouri. Mosby, 2002: 869.
59. Oliver CM, Abbott PV. Correlation between clinical success and apical dye penetration. *Int Endod J* 2001 Dec; 34(8):637-44.
60. Ørstavik D, Haapasalo M. Disinfection by endodontic irrigants and dressings of experimentally infected dentinal tubules. *Endod Dent Traumatol* 1990 Aug; 6(4):142-9.
61. Ørstavik D, Kerekes K, Eriksen HM. The periapical index: a scoring system for radiographic assessment of apical periodontitis. *Endod Dent Traumatol* 1986 Feb; 2(1):20-34.
62. Pagonis TC, Fong CD, Hasselgren G. Retreatment decisions ó A comparison between general practitioners and endodontic postgraduates. *J Endod* 2000 Apr; 26(4):240-1.
63. Peciuliene V, Balciuniene I, Eriksen HM, Haapasalo M. Isolation of *Enterococcus faecalis* in previously root filled canals in a Lithuanian population. *J Endod* 2000 Oct; 26(10):593-5.
64. Peciuliene V, Reynaud AH, Balciuniene I, Haapasalo M. Isolation of yeasts and enteric bacteria in root filled teeth with chronic apical periodontitis. *Int Endod J* 2001 Sep; 34(6):429-34.
65. Pekruhn, RB. The incidence of failure following single visit endodontic therapy. *J Endod* 1986 Feb; 12(2):68-72.
66. Peters LB, van Winkelhoff AJ, Buijs JF, Wesselink PR. Effects of instrumentation, irrigation and dressing with calcium hydroxide on infection in pulpless teeth with periapical bone lesions. *Int Endod J* 2002 Jan; 35(1):13-21.

67. Peters LB, Wesselink PR. Periapical healing of endodontically treated teeth in one and two visits obturated in the presence or absence of detectable microorganisms. *Int Endod J* 2002 Aug; 35(8):660-7.
68. Peters LB, Wesselink PR, Buijs JF, van Winkelhoff AJ. Viable bacteria in root dentinal tubules of teeth with apical periodontitis. *J Endod* 2001 Feb; 27(2):76-81.
69. Pettiette MT, Delano EO, Trope M. Evaluation of success rate of endodontic treatment performed by students with stainless steel K files and nickel titanium hand files. *J Endod* 2001 Feb; 27(2):124-7.
70. Pinheiro ET, Gomes BPFA, Ferraz CCR, Sousa ELR, Teixeira FB, Souza-Filho FJ. Microorganisms from canals of root filled teeth with periapical lesions. *Int Endod J* 2003 Jan; 36(1): 1-11.
71. Ray HA, Trope M. Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration. *Int Endod J* 1995 Jan; 28(1):12-8.
72. Ricucci D, Gröndahl K, Bergenholtz G. Periapical status of root filled teeth exposed to the oral environment by loss of restoration or caries. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000 Sep; 90(3):354-359.
73. Ruddle CJ. Cleaning and shaping the root canal system. En: Cohen S, Burns RC, editores. *Pathways of the pulp*. 8va edición. Missouri. Mosby, 2002: 231-291.
74. Ruddle CJ. Nonsurgical Endodontic Retreatment. En: Cohen S, Burns RC, editores. *Pathways of the pulp*. 8va edición. Missouri. Mosby, 2002: 875-929.
75. Seltzer S. Long-term radiographic and histological observations of endodontically treated teeth. *J Endod* 1999 Dec; 25(12):818-22.
76. Seltzer S. Repair following root canal therapy. En: *Endodontology. Biologic considerations and endodontic procedures*. Nueva York. McGraw Hill, 1971: 340-79.
77. Shuping GB, Ørstavik D, Sigurdsson A, Trope M. Reduction of intracanal bacteria using nickel titanium rotary instrumentation and various medications. *J Endod* 2000 Dec; 26(12):751-5.
78. Siqueira JF. Aetiology of root canal treatment failure: why well treated teeth can fail. *Int Endod J* 2001 Jan; 34(1):1-10.
79. Sjögren U, Figdor D, Persson S, Sundqvist G. Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. *Int Endod J* 1997 Sep; 30(5):297-306
80. Sjögren U, Hägglund B, Sundqvist G, Wing K. Factors affecting the long term results of endodontic treatment. *J Endod* 1990 Oct; 16(10):498-503.
81. Sounders 1994.
82. Stabholz A, Friedman S, Tamse A. Fracaso endodóncico y nuevo tratamiento. En: Cohen S, Burns RC, editores. *Caminos de la Pulpa*. 5ta edición. México. Editorial Médica Panamericana, 1993: 945-91.
83. Stolls 2005

84. Sundqvist G, Figdor D, Persson S, Sjögren U. Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative retreatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998 Jan; 85(1):86-93.
85. Swanson K, Madison S. An evaluation of coronal microleakage in endodontically treated teeth. Part I: Time periods. *J Endod* 1987 Feb; 13(2):56-9.
86. Swanson K, Madison S, Chiles SA. An evaluation of coronal microleakage in endodontically treated teeth. Part II: sealers types. *J Endod* 1987 Mar; 13(3):109-12.
87. Swartz DB, Skidmore AE, Griffin JA Jr. Twenty years of endodontic success and failure. *J Endod* 1983 May; 9(5):198-202.
88. Teixeira FB, Sano CL, Gomes BPFA, Zaia AA, Ferraz CCR, Souza-Filho FJ. A preliminary in vitro study of the incidence and position of the root canal isthmus in maxillary and mandibular first molar. *Int Endod J* 2003 Apr; 36(4):276-80.
89. Torabinejad M, Cho Y, Khademi AA, Bakland LK, Shabahang S. The effect of various concentrations of sodium hypochlorite on the ability of MTAD to remove the smear layer. *J Endod* 2003 Apr; 29(4):233-9.
90. Torabinejad M, Handysides R, Khademi AA, Bakland LK. Clinical implications of the smear layer in endodontics: A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002 Dec; 94(6):658-66.
91. Torabinejad M, Khademi AA, Babagoli J, Cho Y, Johnson WB, Bozhilov K et al. A new solution for the removal of the smear layer. *J Endod* 2003 Mar; 29(3):170-5.
92. Torabinejad M, Lemon RR. Accidentes de procedimiento. En: Walton RE y Torabinejad M, editores. *Endodoncia. Principios y práctica*. 2da edición. México. McGraw Hill Interamericana, 1997: 328-47.
93. Torabinejad M, Ung B, Kettering JD. In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. *J Endod* 1990 Dec; 16(12):566-9.
94. Tronstad L, Asbjørnsen K, Døving L, Pedersen I, Eriksen HM. Influence of coronal restorations on the periapical health of endodontically treated teeth. *Endod Dent Traumatol* 2000 Oct; 16(5):218-21.
95. Trope M, Delano O, Ørstavik D. Endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: single vs. multivisit treatment. *J Endod* 1999 May; 25(5):345-50.
96. Vire D. Failure of endodontically treated teeth: Classification and evaluation. *J Endod* 1991 Jul; 17(7):338-42.
97. Weiger R, Axmann-Krcmar D, Löst C. Prognosis of conventional root canal treatment reconsidered. *Endod Dent Traumatol* 1998 Feb; 14(1):1-9.
98. Weiger R, Rosendahl R, Lost C. Influence of calcium hydroxide intracanal dressings on the prognosis of teeth with endodontically induced periapical lesions. *Int Endod J* 2000 May; 33(3):219-26.
99. Wu MK, R'oris A, Barkis D, Wesselink PR. Prevalence and extent of long oval canals in the apical third. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000 Jun; 89(6):739-43.
100. Wu MK, Wesselink PR. A primary observation on the preparation and obturation of oval canals. *Int Endod J* 2001 Mar; 34(2): 137-41.

101. Yew SC, Chan K. A retrospective study of endodontically treated mandibular first molars in a Chinese population. *J Endod* 1993 Sep; 19(9):471-3.
102. Zaia AA, Nakagawa R, De Quadros I, Gomes BPF, Ferraz CCR, Teixeira FB et al. An in vitro evaluation of four materials as barriers to coronal microleakage in root filled teeth. *Int Endod J* 2002 Sep; 35(9):729-34.
103. Zakariassen KL, Scott DA, Jensen JR. Endodontic recall radiographs: How reliable is our interpretation of endodontic success or failure and what factors affect our reliability. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984 Mar; 57(3):343-347.
104. *Código de Procedimiento Civil Chileno*. Decreto N°359 de 17 de abril de 1995, del Ministerio de Justicia.
105. *Ley de la República de Chile*. N° 19628 "De la Protección de la Vida Privada".
106. *Código Sanitario*. DFL N°725 de 31 de enero de 1968.
107. *Decreto Supremo N° 161 Ministerio de Salud*. Fija Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas.
108. *Decreto Supremo N° 42*. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, 1986.
109. *Dictamen N° 47022*. Contraloría General de la República, 6/12/2000.
110. *Código de Procedimiento Penal*. Decreto N° 606 de 22 de junio de 1995, del Ministerio de Justicia.
111. *Declaración de Derechos del Paciente*. Asociación Americana de Hospitales, 02/1973.
112. *Declaración de Lisboa*. Asociación Mundial, octubre 1995.
113. *Código de Ética*, Colegio Médico de Chile.
114. *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*.
115. *Declaración Ibero-Latinoamericana sobre Derecho, Bioética y Genoma Humano*. (Declaración de Manzanillo. 1996. Revisada en Buenos Aires 1998 y Santiago 2001).
116. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 111-4.

ANEXO N° 1

Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Cátedra de Endodoncia

Ficha N° _____

Presupuesto N° _____

FICHA CLINICA ENDODONCIA

Nombre.....	Edad.....
C.I.....	Teléfono.....
Dirección.....	

Nombre del Alumno.....Docente.....
Fecha de Ingreso.....

- DIENTES: marcar con un círculo

1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7

- ANAMNESIS:.....
.....
.....
.....

- ANTECEDENTES MÓRBIDOS DE RELEVANCIA:
.....
.....
.....

• EXAMEN CLÍNICO
SÍNTOMAS

Dolor:	Pte.: Presente	Aus.: Ausente
Características:	Esp : Espontáneo Int. : Intermitente Ag. : Agudo S : Sordo	Prov.: Provocado Cont : Continuo Cr. : Crónico P : Pulsátil
Ubicación:	L : Localizado Ir : Irradiado	D : Difuso R : Referido

Dte.....	Dte.....	Dte.....
Dolor: :
Caract:
Ubic, :

SIGNOS: (Tejidos Blandos)

T.E : Tumefacción Extraoral	T. I. : Tumefacción Intraoral
F : Fístula	S.P.: Sensibilidad a la Palpación
A : Adenopatía	
Dte.....	Dte.....

EXAMEN DENTARIO:

C : Caries	A : Abrasión
F : Fractura	E.P : Exposición Pulpar
D. Palp: Dolor a la palpación	D.Perc : Dolor a la percusión
M : Movilidad	Cav.Op : Cavity Operatoria
Ob: Obturación	Ap. End : Apertura Endodóntica
Dte.....	Dte.....
.....
.....
.....

EXAMENES ADICIONALES:

Test Pulpar:.....

N : Normal	A : Anormal	S.R : Sin Respuesta
Dte.....	Dte.....	Dte.....
.....

RADIOGRAFÍA : (Resumen)

.....
.....
.....
.....

• DIAGNÓSTICO:

Dte..... Dte..... Dte.....
.....

• PATOCRONIA:

Dte :.....
.....
Dte :.....
.....
Dte :.....
.....

• PRONÓSTICO PRE-TRATAMIENTO:

F : Favorable D : Dudoso Desf: Desfavorable
Dte..... Dte..... Dte.....
.....

• TRATAMIENTO:

INDICACIÓN:

Bio : Biopulpectomía Necro : Necropulpectomía
Desp : Tratamiento dte. Despulpado Rtto : Retratamiento
Qco : Quirurgico

Dte..... Dte..... Dte.....
.....

CONDUCTOMETRÍA: (expresarla en mm.)

Dte..... Dte..... Dte.....
Raíz..... Raíz..... Raíz.....

L.E.
 L.R.I.
 L.A.I.
 L.A.D.
 L.R.D.
 L.A.E.
 L.T.

TECNICA P.B.M:

Dte..... Dte..... Dte.....

CULTIVO BACTERIOLÓGICO

(+) : Positivo (-) : Negativo

Dte..... Dte..... Dte.....

 N° Folio..... N° Folio..... N° Folio.....

 N° Folio..... N° Folio..... N° Folio.....

TÉCNICA DE OBTURACIÓN:

Dte..... Dte..... Dte.....

• EVALUACIÓN DE OBTURACIÓN:

C : Correcta
 L. C. : Ligeramente Corta
 F. C : Francamente Corta
 L. L. : Ligeramente Larga
 F. L. : Francamente Larga
 D.A. : Deficiente en Amplitud

Dte..... Dte..... Dte.....

• PRONOSTICO POST-TRATAMIENTO:

F : Favorable D : Dudoso DESF : Desfavorable

Dte..... Dte..... Dte.....

- Epicrisis : (Uso exclusivo Estadística)
- 1. Fecha de Ingreso.....21 – 25
- 2. Fecha de Alta26 – 30
- 3. N° de Consultas31 – 32
- 4. Síntomas33 – 34
- 5. Signos35 - 36
- 6. Diagnóstico37 – 38
- 7. Tratamiento39
- 8. Técnica de Obturación40
- 9. Evaluación de la Obturación41
- 10. N° de Diente tratado42 - 43

ANEXO N° 2

FICHA CLINICA ENDODONCIA

PACIENTE:		Fecha:...../...../.....
DIENTE:		
ALUMNO:	DOCENTE:	
Anamnesis específica: (letra legible).....		

SINTOMATOLOGIA ACTUAL

- | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Dolor | <input type="radio"/> Ausente | <input type="radio"/> Provocado | <input type="radio"/> Leve |
| | <input type="radio"/> Presente | <input type="radio"/> Frío | <input type="radio"/> Moderado |
| <input type="radio"/> Espontáneo | <input type="radio"/> Esporádico | <input type="radio"/> Calor | <input type="radio"/> Severo |
| | <input type="radio"/> Constante | <input type="radio"/> Decúbito | <input type="radio"/> Localizado |
| | <input type="radio"/> Pulsátil | <input type="radio"/> Dulce | <input type="radio"/> Irrradiado |
| <input type="radio"/> Sensación diente alargado | | <input type="radio"/> Acido | <input type="radio"/> Fugaz |
| | | <input type="radio"/> Masticación | |

EXAMEN INTRAORAL

Examen Dentario

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Cambio coloración dentaria | | | |
| <input type="radio"/> Caries | <input type="radio"/> Superficial | <input type="radio"/> Profunda | <input type="radio"/> Penetrante |
| <input type="radio"/> Cavidad | <input type="radio"/> Superficial | <input type="radio"/> Profunda | <input type="radio"/> Penetrante |
| <input type="radio"/> Obturación | <input type="radio"/> Pequeña | <input type="radio"/> Mediana | <input type="radio"/> Extensa |
| <input type="radio"/> Fractura | <input type="radio"/> Presente | <input type="radio"/> Ausente | |
| <input type="radio"/> Movilidad | <input type="radio"/> Tipo I | <input type="radio"/> Tipo II | <input type="radio"/> Tipo II |
| <input type="radio"/> Saco Periodontal | | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| <input type="radio"/> Malposición | | | |
| <input type="radio"/> Trauma Oclusal | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | |
| <input type="radio"/> Inoclusión | | | |

Tejidos Blandos

- | |
|--|
| <input type="radio"/> Nada especial |
| <input type="radio"/> Cambio de coloración |
| <input type="radio"/> Dolor a la palpación |
| <input type="radio"/> Aumento de volumen |
| <input type="radio"/> Localizado |
| <input type="radio"/> Difuso |
| <input type="radio"/> Duro |
| <input type="radio"/> Blando |
| <input type="radio"/> Fístula |
| <input type="radio"/> Activa |
| <input type="radio"/> Inactiva |

Test Vitalidad O Normal O Anormal O Aumentada O Sin Respuesta
(diente control.....) O Disminuida

EXAMEN RADIOGRAFICO

(FECHA Rx/...../.....)

R. Osea

- No
- Vertical
- Discreta
- Moderada
- Franca

Cámara Pulpar

- Normal
- Amplia
- Parcialmente calcificada
- Totalmente Calcificado
- Obturada
- Reabsorción interna
- No observable

Canal Radicular

- Aparentemente recto
- Amplio
- Estrecho
- Calcificado
- Curvo
- Bifurcado
- Reabsorción interna
- No visible
- Obturado
- Cuerpo extraño

Raíz

- Apice normal
- Curvatura apical
- Dislaceración
- Doble curvatura
- Doble contorno
- Rizálisis externa
- Hiper cementosis
- Fractura
- Apicectomizada

LPA.....O Area radiolúcida – Límites.....Tamaño.....mmx.....mm.

Longitud de Rstudiomm.....mm.....mm.....mm

DIAGNOSTICO PULPAR:

DIAGNOSTICOCLINICO:

PRONOSTICO PRETRATAMIENTO Bueno Dudoso Desfavorable

TRATAMIENTO

Biopulpectomía Necropulpectomía Retratamiento Tto despulpado

ACCIONES REALIZADAS:

Ficha Clínica			Fecha
Saneamiento básico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No/...../.....
Apertura endodóntica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No/...../.....
Preparación 2/3 coronarios:	Inst:.....	/...../.....

ODONTOMETRIA Ingle Bregman LAE

Conducto	LRI	LAD	LAI	LRD	L trabajo	REF

PBM tercio apical

COND	TECNICA	MAF	Fecha

IRRIGACION CHX NaOCL 2.5% NaOCL 5.25% Suero Quelante

MEDICACION TOPICA Fecha:...../...../.....

MEDICACION SISTEMICA:

AINE Si no Fecha:...../...../.....
 Antibioterapia Si no Fecha:...../...../.....

RX PREOBTURACION:

OBTURACION RADICULAR

COND	Técnica	Fecha

