

ESTADO ACTUAL DE PIEZAS DENTARIAS PREVIAMENTE TRATADAS MEDIANTE TREPANACIÓN DE URGENCIA EN EL CESFAM VILLA NONGUÉN DURANTE EL AÑO 2013.

Solís Chávez, Beatriz¹; Vergara González, Natalia²; Toledo Díaz, Juan³; Valladares Yutronich, Diana³.

¹Docente Coordinador, Cirujano Dentista, Departamento de Salud Pública, Facultad de Odontología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

²Docente Guía, Cirujano Dentista, Etapa de Destinación y Formación CESFAM Villa Nonguén, SS Concepción, Chile.

³Internos de Odontología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

RESUMEN

En el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Villa Nonguén existe un alto índice de tratamientos de trepanación de urgencia, lo que conlleva a una gran necesidad de atenciones de especialidad de endodoncia.

El tiempo de espera desde la derivación hasta la realización del tratamiento endodóntico definitivo varía entre un mes y un año, sin tomar en cuenta el tiempo que demora la pieza en ser derivada cumpliendo los criterios de derivación ⁽¹⁾ impuestos por los establecimientos de especialidad.

El objetivo de este trabajo es evaluar el estado actual de las piezas previamente trepanadas en el CESFAM Villa Nonguén durante el año 2013.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, para el cual se examinaron 101 piezas dentarias utilizando una ficha clínica confeccionada para el trabajo.

Los resultados mostraron que del total de las piezas examinadas, un 57,4% se encontraron sin endodoncia realizada, un 30,7% con el tratamiento endodóntico realizado tanto en sistema de salud público como particular y un 11,8% fueron extraídas.

Las complicaciones más frecuentes encontradas en piezas sin tratamiento endodóntico fueron: restauración en mal estado (51,6%), dolor a la percusión (48,2%) y caries dental (39,7%).

Este bajo índice de realización de los tratamientos endodónticos y gran número de complicaciones de piezas trepanadas refleja la gran cantidad de tiempo que deben esperar los pacientes para la derivación a especialidad de endodoncia.

En base a esto se sugiere la modificación de los criterios de derivación y un aumento de los programas endodónticos con el fin de lograr una mayor resolutivez endodóntica en un menor tiempo, disminuyendo la pérdida de las piezas dentarias y la cantidad de pacientes con dolor por complicaciones de éstas.



INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades bucales, la caries dental representa el mayor problema de salud oral. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ubica en el tercer lugar del total de las enfermedades crónicas que requieren atención a nivel mundial ⁽²⁾. En nuestro país las patologías bucales más prevalentes corresponden a la carie dental, enfermedades gingivales y periodontales ⁽³⁾.

La caries dental no solo vulnera los tejidos duros del diente sino que además puede generar inflamación de la pulpa cursando por diferentes etapas como pulpitis reversible, irreversible e incluso necrosis pulpar y periodontitis apical ⁽³⁾.

Si la pulpitis es reversible, la pulpa puede ser mantenida mediante la eliminación del agente que la produce. En los casos de pulpitis irreversible y pulpa necrótica el paso a seguir corresponde al tratamiento endodóntico, e incluso la exodoncia de la pieza ⁽³⁾.

La trepanación de urgencia es el paso inicial de la endodoncia. Consiste en la apertura de la cámara pulpar y extracción del tejido vital o necrótico que ocasiona el dolor dentario ⁽⁴⁾. Suele realizarse cuando la vitalidad pulpar se encuentra irremediablemente perdida, o cuando el tejido dentro de la cámara pulpar y del sistema de conductos genera infección en la zona periapical ⁽⁵⁾.

Después de efectuarse la trepanación de urgencia el paciente debe ser derivado para posteriormente recibir un tratamiento endodóntico definitivo.

Uno de los criterios establecidos para la derivación a especialidad de endodoncia en CESFAM Villa Nonguén es que el paciente debe presentarse sin caries activas o condiciones bucales deficientes ⁽¹⁾. El tiempo que dichos pacientes deben esperar para recibir tratamiento de endodoncia varía entre un mes y un año desde que se realiza la interconsulta y hasta que es finalmente citado al establecimiento de especialidad. Durante ese tiempo las piezas tratadas pueden sufrir complicaciones tales como caries, fracturas, desalajo de obturación, abscesos, entre otras, complicando de esta manera el pronóstico de la pieza.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

Conocer el estado y evolución de las piezas trepanadas aporta datos relevantes para la toma de decisiones, permitiendo evaluar la necesidad de nuevos programas de endodoncia y la modificación de los criterios de derivación a los establecimientos de especialidad, disminuyendo de esta manera los tiempos de espera y reduciendo el número de complicaciones de las piezas dentarias post trepanación.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

No fueron encontrados estudios similares que evalúen el número de trepanaciones dentarias efectuadas ni el estado de las piezas a un año de realizado dicho tratamiento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el estado actual de las piezas dentarias trepanadas durante el año 2013 en el CESFAM Villa Nonguén?

VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue factible y viable ya que se contó con la infraestructura e instrumental necesarios para la evaluación. La autorización fue concedida por el Comité de Ética de la Facultad, además se contó con un consentimiento informado (Anexo 36) firmado previamente por los pacientes evaluados.

MARCO TEORICO

La urgencia odontológica ambulatoria comprende un número de patologías bucomaxilofaciales de aparición súbita y de etiología múltiple que se manifiestan con dolor agudo y que generan una demanda espontánea de atención ⁽³⁾.

Según datos del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), del total de urgencias a nivel nacional un 20,4% correspondieron a urgencias odontológicas ambulatorias. Durante el año 2010, del total de consultas brutas de urgencias GES, un 24.9% fueron consultas por pulpitis en el nivel primario de atención ⁽³⁾.

Patología pulpar y periapical frecuente en atención de urgencia

1) Pulpitis reversible

Enfermedad inflamatoria de la pulpa, la cual presenta capacidad de reparación una vez eliminado el agente injuriante. Sus principales características son dolor provocado localizado y agudo, que cesa cuando el estímulo es retirado, sin sensibilidad a la percusión ni movilidad dentaria. Radiológicamente no se observan cambios ⁽³⁾⁽⁶⁾.

2) Pulpitis irreversible

Enfermedad inflamatoria en la cual la pulpa se encuentra vital, inflamada, pero sin capacidad de recuperación, persistiendo el dolor pese a que los estímulos externos se encuentran ausentes.

Sus principales características son presencia de dolor intenso y sostenido frente a cambios de temperatura, a veces espontáneo y pulsátil, referido o difuso. Al examen radiológico pueden no haber cambios o presentarse línea periodontal apical ensanchada ⁽³⁾⁽⁶⁾.

3) Necrosis Pulpar

Corresponde a la descomposición séptica o aséptica del tejido pulpar que destruye el sistema microvascular, linfático y nervioso ⁽⁷⁾. La pieza se encuentra asintomática, puede presentar sensibilidad a la percusión y línea periodontal apical

ensanchada ⁽³⁾.

4) Periodontitis apical aguda

Corresponde a la inflamación de los tejidos periapicales con hiperemia, vasodilatación y exudado. Clínicamente se observa la pieza afectada con dolor a la percusión y sensación de diente elongado, sin presencia de fondo del vestíbulo ocupado ⁽⁷⁾.

5) Periodontitis apical crónica

Es el establecimiento de un proceso crónico en los tejidos periapicales, produciendo destrucción del hueso y tejido periodontal. De avance lento, no genera dolor en la pieza afectada ⁽⁸⁾.

6) Absceso subperióstico

Corresponde a la colección de pus bajo el periostio que genera un dolor agudo, espontáneo. La pieza dentaria se encuentra con movilidad y dolor a la percusión. Fondo del vestíbulo con aumento de volumen cubierto de mucosa de color normal. Puede presentar edema facial, síndrome febril y adenopatías ⁽³⁾⁽⁷⁾.

7) Absceso submucoso

Patología que se genera cuando el pus colectado a nivel apical atraviesa el periostio y se ubica bajo la mucosa. El dolor disminuye pero la pieza se encuentra sensible a la percusión. El fondo del vestíbulo se encuentra francamente ocupado, con la mucosa enrojecida ⁽³⁾⁽⁹⁾.

8) Absceso dentoalveolar crónico

Cuando el pus generado en un absceso dentoalveolar busca una vía de drenaje a través de una fístula intra o extra bucal se denomina absceso dentoalveolar crónico. La pieza dentaria generalmente se encuentra asintomática, con poca sensibilidad a la percusión y el signo patognomónico es la presencia de fístula ⁽¹⁰⁾.

Procedimiento Clínico de Urgencia: Trepanación Dentaria

Procedimiento clínico que se efectúa en casos de pulpitis irreversible o en procesos infecciosos odontogénicos. Corresponde a la primera etapa de tratamiento endodóntico, por lo que requiere de pulpectomía y posterior restauración de la pieza tratada ⁽³⁾.

Dicho procedimiento permite el acceso y vaciamiento del contenido cameral, para lograr posteriormente acceso a los conductos radiculares ⁽¹⁾.

Efecto de endodoncia sobre los dientes

Los dientes tratados endodónticamente son estructuralmente diferentes de los dientes vitales no restaurados y requieren de una reconstrucción adecuada.

Los cambios que experimenta una pieza dentaria tras un tratamiento endodóntico son la pérdida de estructura dentaria, pérdida de elasticidad de la dentina, disminución de la sensibilidad a la presión y alteraciones estéticas ⁽¹¹⁾.

El acceso endodóntico a la cámara pulpar destruye la integridad estructural proporcionada por la dentina coronal del techo cameral, lo que genera una mayor flexión del diente durante su función ^{(12) (13)}.

Es por ello que después de un tratamiento de endodoncia es de vital importancia la restauración inmediata favoreciendo el pronóstico de la pieza tratada. De no realizarse inmediatamente el tratamiento restaurador, la cámara pulpar del diente tratado puede re infectarse por filtración coronal con contaminación de bacterias y endotoxinas de la saliva incrementando el riesgo de complicaciones post endodoncia ⁽¹³⁾.

Consideraciones para derivación a endodoncia en CESFAM Víctor Manuel Fernández

Comprende el tratamiento de las siguientes patologías y/o diagnósticos:

- Pulpitis aguda, crónica, crónica reagudizada.
- Necrosis pulpar.
- Pulpo-periodontitis.

Según la pieza dentaria a intervenir, el tratamiento de endodoncia puede ser en:

- Piezas permanentes unirradiculares.
- Premolares o birradiculares.
- Primeros y segundos molares permanentes o multirradiculares.

Condiciones del paciente para acceder al tratamiento de endodoncia

Los pacientes serán ingresados según los siguientes criterios:

Grupos prioritarios: Corresponden a pacientes en tratamiento menores de 20 años y GES Embarazadas, que cumplen con la condición de alta odontológica integral.

Grupos no prioritarios: Corresponden al resto de los grupos etarios, que deben estar en tratamiento para el alta odontológica integral. La interconsulta debe destacar dicho estado.

Condiciones del paciente derivado a endodoncia

- La trepanación o atención de urgencia, vaciamiento o medicación debe ser realizada en atención primaria.
- Las piezas dentarias derivadas deben presentar una destrucción coronaria parcial hasta el 40%.
- Piezas pilares de prótesis que no requieran de prótesis fija singular.
- Bocas que presenten al menos diez pares dentarios y en piezas con función oclusal, lo que será definido finalmente por el especialista.
- Deben presentarse en el estado de "tratamiento para alta integral" del nivel primario. Esto es: Educación sobre salud oral, técnica de cepillado, higienización, exodoncias y obturaciones realizadas.
- El paciente debe presentar la radiografía previa.
- El paciente debe saber que si es tramo B-C-D debe efectuar un copago.
- Realizar una interconsulta por paciente, con todas las indicaciones de endodoncia (1).

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estado actual de las piezas trepanadas en el CESFAM Villa Nonguén durante el año 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la distribución de edad de los pacientes examinados con tratamiento de trepanación dentaria.
2. Determinar la distribución de las piezas trepanadas de acuerdo al tipo de pieza dentaria.
3. Determinar el estado de las piezas trepanadas.
4. Determinar las complicaciones presentes en las piezas trepanadas.
5. Determinar el estado y tipo de restauración de las piezas sin tratamiento de endodoncia.
6. Determinar el estado y tipo de restauración de las piezas con tratamiento de endodoncia
7. Determinar los tiempos de espera desde el procedimiento de urgencia hasta la derivación a especialidad y la realización del tratamiento endodóntico.
8. Determinar la distribución de las derivaciones a especialidad de endodoncia de las piezas trepanadas.
9. Determinar el índice de resolución de endodoncia de las piezas trepanadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo transversal.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los datos de las atenciones del año 2013 fueron extraídos de la información del departamento de estadística del CESFAM, y los casos fueron seleccionados mediante una revisión sistemática de las atenciones con la ayuda del Software Rayen (Saydex). Se consideraron piezas permanentes, cuya acción fue correctamente ingresada al sistema computacional.

La totalidad del universo se encontró compuesto por 216 piezas permanentes sometidas al procedimiento de trepanación de urgencia durante el año 2013, distribuidas en 190 pacientes. Se trabajó con el máximo posible de pacientes por lo que no fueron necesarias pruebas estadísticas de cálculo de tamaño muestral.

Del total de pacientes que conformaban el universo, solo fue posible evaluar a 85 (101 piezas trepanadas). Debido a la falta de actualización de los datos personales muchos de los pacientes no pudieron ser contactados. Por otra parte, hubo pacientes que se negaron a asistir a la evaluación o no se presentaron el día de la citación.

Todos los pacientes examinados firmaron un consentimiento informado (Anexo 36), permitiendo la utilización de los datos para la presente investigación.

El proyecto fue revisado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción, quien dio la autorización para el inicio de la evaluación de los pacientes.

PROCEDIMIENTO

Se confeccionó una ficha clínica para examinar a los pacientes (Anexo 35) la cual se sometió a un proceso de validación mediante un análisis de expertos.

La citación de los pacientes se realizó vía telefónica en horario vespertino. Los pacientes fueron examinados en el box dental con luz artificial, espejo número 5, sonda y pinza.

Además de realizar el examen de la pieza trepanada, se les evaluó la cavidad bucal completa, orientándolos en el caso de ser necesario algún otro tipo de tratamiento.

El examen clínico fue realizado por los internos Juan Pablo Toledo y Diana Valladares quienes realizaron el proceso de calibración interexaminador previa a evaluación.

Los criterios de evaluación fueron los siguientes:

1.- Restauración: Se consideró como restauración provisoria las piezas obturadas con Óxido de Zinc-Eugenol (Eugenato) o Vidrio Ionómero (Ketac Molar o Vitremer). Las restauraciones de composite, incrustaciones o coronas se consideraron restauraciones definitivas.

Para considerar la restauración en mal estado, ésta debió cumplir uno o más de los siguientes criterios:

- Falta de sellado, interfase entre el diente y la obturación o restauración. Filtración evidente.
- Desalojo parcial de la obturación o restauración.
- Pérdida de las propiedades del material (Ej. Eugenato blando).
- Fractura de la obturación o restauración.
- Caries asociada a la obturación o restauración.

2.- Caries: El examen de caries dental se realizó solamente de forma clínica sin utilización de radiografías. Se consideraron piezas con caries a las que presentaron lesiones cavitadas activas con retención de sonda.

3.- Fractura: Se examinó fracturas del remanente dentario de manera clínica sin utilización de radiografías, evaluando presencia de rasgos de fractura, movilidad y desplazamiento de fragmentos o dolor a la percusión ⁽³⁾.

4.- Síntomas y Signos: Mediante la anamnesis se le consultó al paciente la presencia de dolor espontáneo en la pieza. A través del relato del paciente y la utilización de aire de la jeringa triple se estableció si la pieza presentaba dolor al frío/calor. Se realizó además un test simple de percusión con el mango de la sonda para evaluar el dolor o sensibilidad a la percusión, comparándola con el resto de las piezas dentarias en boca. Se efectuó palpación bilateral del fondo del vestíbulo para pesquisar un posible aumento de volumen de la zona en relación a la pieza. El análisis de presencia de fístula fue visual.

5.- Fecha de Trepanación de Urgencia y Derivación a Especialidad: La información de obtuvo de los registros de atenciones del software Rayen.

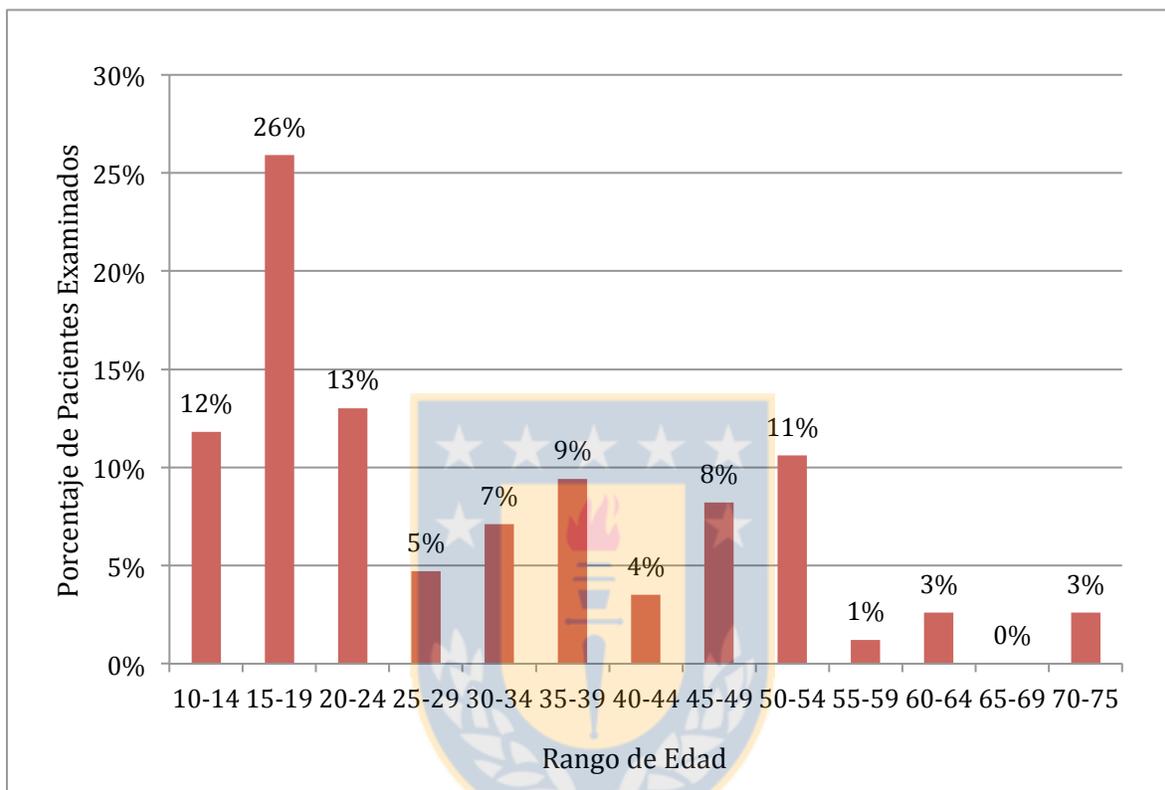
6.- Fecha de Inicio de Tratamiento Endodóntico: Cuando la derivación se realizó al CESFAM Víctor Manuel Fernández, la información fue extraída del departamento de derivaciones del CESFAM Villa Nonguén. Si se realizó a los Programas de Resolución de Especialidad en Atención Primaria, la información fue extraída de las agendas de las odontólogas tratantes en dicha oportunidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una base de datos utilizando el software Excel 2010 (Microsoft). Los datos fueron analizados con el software Infostat (Universidad Nacional de Córdoba).

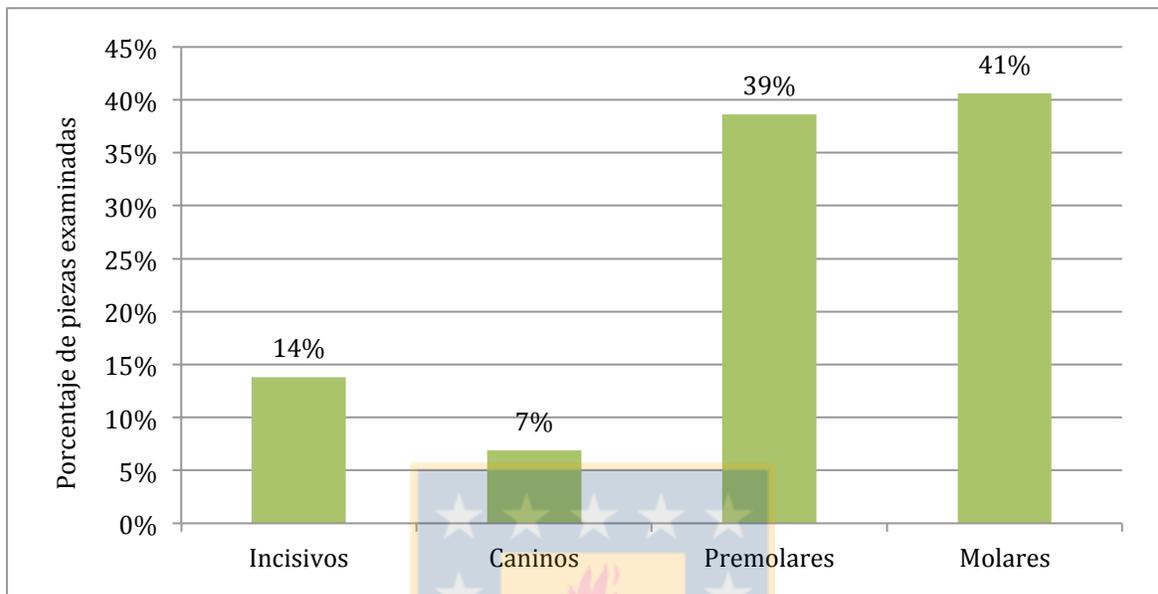
RESULTADOS

Gráfico 1: Distribución etaria de los pacientes examinados que fueron sometidos al procedimiento de trepanación de urgencia durante el año 2013 en el CESFAM Villa Nonguén.



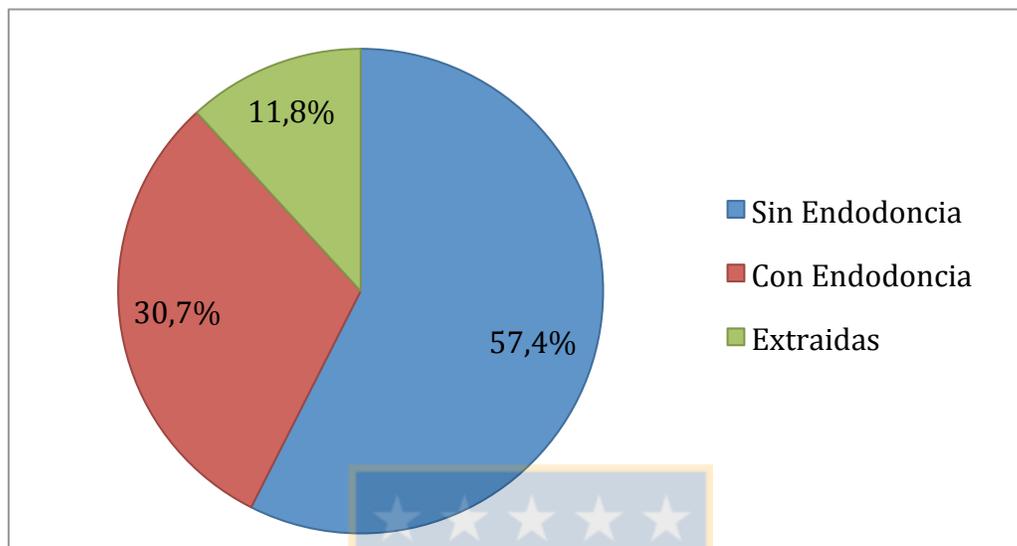
El promedio de edad de los pacientes evaluados fue de 30,6 años (D.E. 15,61), con un mínimo de 11 y un máximo de 73 años. El 26% de los pacientes examinados se encontraron en el rango de edad entre los 15 y 19 años, representando a la mayoría.

Gráfico 2. Distribución según tipo de pieza del total de piezas dentarias sometidas a procedimiento de trepanación de urgencia durante el año 2013 en el servicio dental del CESFAM Villa Nonguén.



Se observa en el gráfico 2 que un 41% de las piezas trepanadas fueron molares, representando la mayoría de las piezas examinadas, seguidas por los premolares, incisivos y finalmente caninos.

Gráfico 3. Estado de salud de las piezas sometidas a procedimiento de trepanación de urgencia durante el año 2013 en el servicio dental del CESFAM Villa Nonguén.



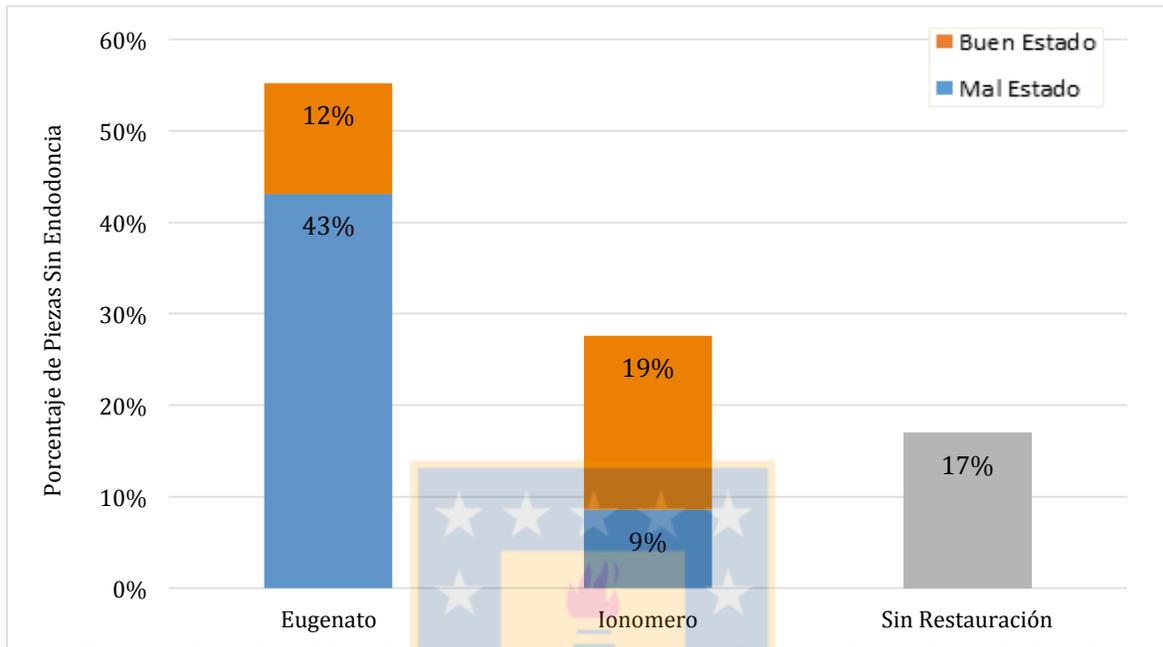
En el gráfico 3 se observa que más de la mitad de las piezas examinadas no presentaron tratamiento de endodoncia realizado. Es de relevancia mencionar que transcurrió un promedio de 326 días desde la trepanación hasta el examen de las piezas.

Tabla 1. Distribución de complicaciones en piezas examinadas con y sin tratamiento de endodoncia que fueron sometidas a trepanación de urgencia durante el año 2013 en el servicio dental del CESFAM Villa Nonguén.

	Restauración en Mal Estado	Dolor a la Percusión	Caries	Aumento de Volumen	Dolor Frio/Calor	Sin Restauración	Dolor Espontáneo	Presencia de Fístula	Fractura
Sin Endodoncia	51,6%	48,2%	39,7%	20,7%	19,0%	17,2%	13,8%	12,1%	10,3%
Con Endodoncia	25,8%	25,8%	18,9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

En la Tabla 1 se observa que las complicaciones disminuyen considerablemente en las piezas tratadas endodónticamente. La complicación más frecuente en las piezas examinadas sin tratamiento de endodoncia fue la restauración en mal estado, seguida del dolor a la percusión y la presencia de caries.

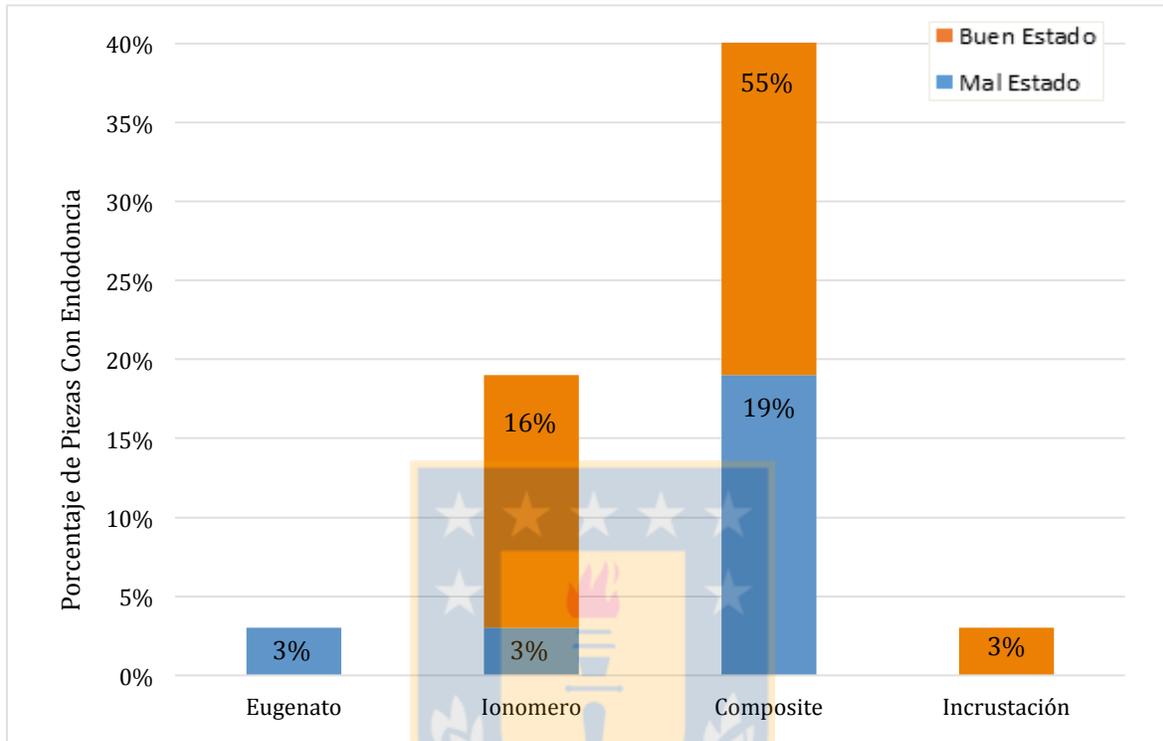
Gráfico 4. Distribución del estado y tipo de restauración en piezas sin endodondia, previamente sometidas a trepanación de urgencia en el CESFAM Villa Nonguén durante el año 2013.



*Porcentajes obtenidos de las piezas examinadas sin tratamiento de endodondia.

Se observa en el Gráfico 4 que un 55% de las piezas sin endodondia presentaron obturación de Eugenato, y mas de la mitad de éstas se encontraron en mal estado. En contraste, un 28% de las piezas sin endodondia se encontraron con obturación de Vidrio Ionómero, la mayoría de éstas en buen estado. Es relevante mencionar que un 17% de las piezas sin endodondia se encontraron sin obturación al momento del examen.

Gráfico 5. Distribución del estado y tipo de restauración en piezas con endodoncia, previamente sometidas a trepanación de urgencia en el CESFAM Villa Nonguén durante el año 2013.



*Porcentajes obtenidos de las piezas examinadas con tratamiento de endodoncia.

De las piezas con endodoncia solamente un 3% presentaron obturación de Eugenato, todas en mal estado. Un 19% de las piezas con endodoncia presentaron restauración de Vidrio Ionomero, de las cuales la mayoría se encontraron en buen estado. Un 74% de las piezas con endodoncia presentaron obturación de composite, la mayoría de éstas en buen estado. Solamente un 3% de las piezas con endodoncia presentaron incrustación, todas en buen estado.

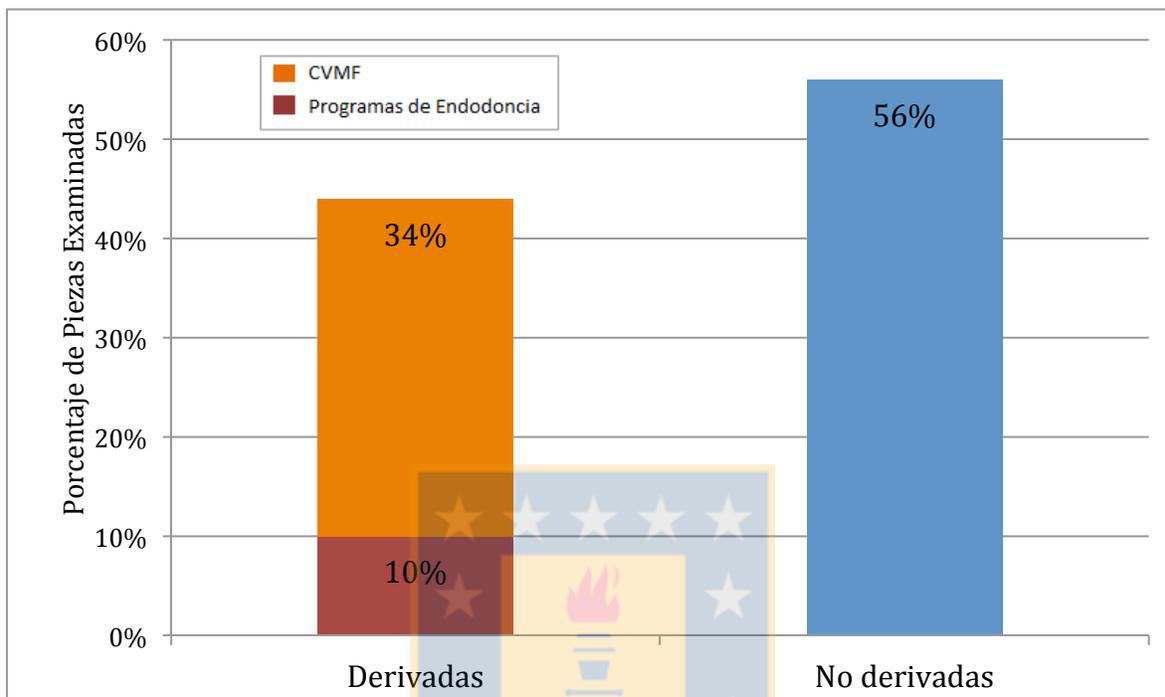
Tabla 2. Determinación de los días promedio desde la trepanación hasta la derivación, y desde la derivación hasta el inicio del tratamiento de endodoncia de las piezas derivadas y tratadas endodónticamente que fueron sometidas a trepanación de urgencia durante el año 2013 en el CESFAM Villa Nonguén.

	Días promedio desde Trepanación a Derivación	Días promedio desde Derivación a Citación para Primera Sesión de endodoncia	*CVMF:
Víctor	62	59	CESFAM
Programas	17	60	Manuel

Fernández.

En la tabla 2 se observa que el promedio de los días desde la trepanación hasta la derivación al CESFAM Víctor Manuel Fernández fue de 62 días, y desde la derivación hasta la citación para el inicio del tratamiento de endodoncia en este mismo establecimiento fue de 59 días. En contraste, el promedio de los días desde la trepanación hasta la derivación a los Programas de Especialidad de Endodoncia fue de 17 días, y desde la derivación hasta la citación para el inicio del tratamiento de endodoncia en este mismo establecimiento fue de 60 días.

Gráfico 6. Distribución de derivaciones en piezas sometidas a trepanación de urgencia durante el año 2013 en el CESFAM Villa Nonguen.

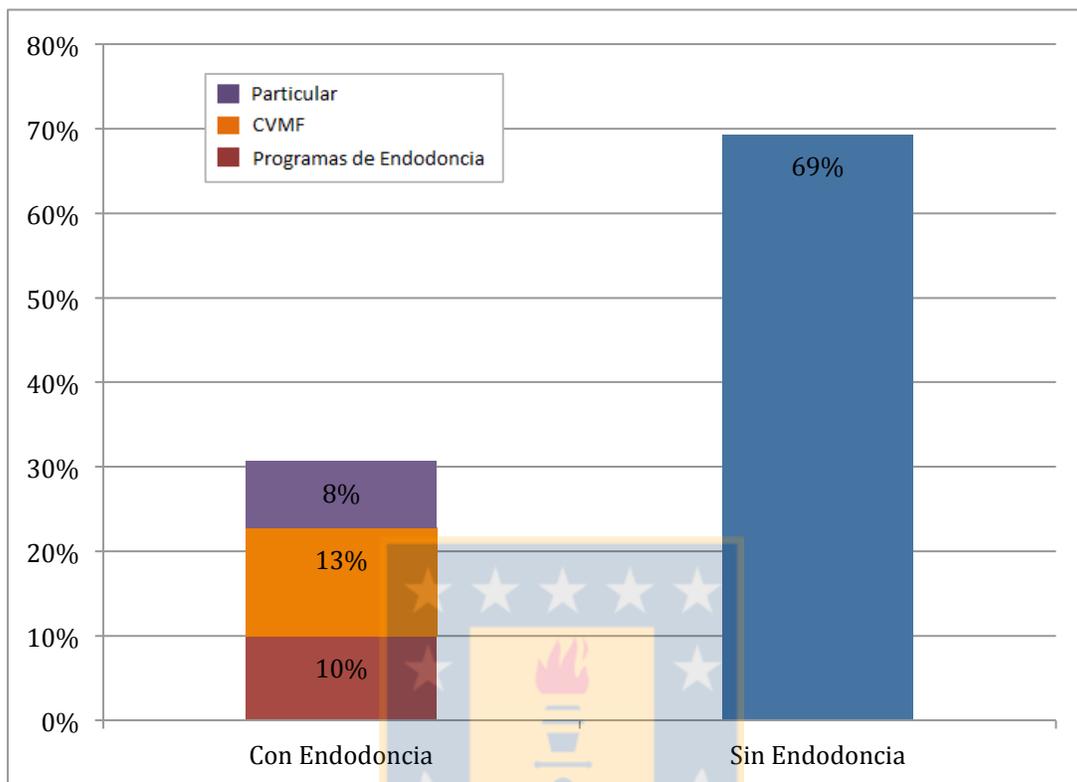


*CVMF: CESFAM Víctor Manuel Fernández.

*Porcentajes obtenidos del total de piezas evaluadas.

En el Gráfico 6 se observa que solo un 44% de las piezas evaluadas fueron derivadas a especialidad de endodoncia en el sistema público, 34% al CESFAM Víctor Manuel Fernández y un 10% a los Programas de Especialidad de Endodoncia. Un 56% de las piezas examinadas no fueron derivadas.

Gráfico 7. Resolutividad endodóntica en piezas sometidas a trepanación de urgencia durante el año 2013 en el CESFAM Villa Nonguén.



*CVMF: CESFAM Víctor Manuel Fernández.

*Porcentajes obtenidos del total de piezas evaluadas.

Se puede observar en el Gráfico 7 que un 31% de las piezas examinadas se encontraron con endodoncia, un 8% realizadas de forma particular, un 13% realizadas en el CESFAM Víctor Manuel Fernández, y un 10% en los Programas de Especialidad de Endodoncia. En contraste, un 69% de las piezas examinadas se encontraron sin tratamiento de endodoncia.

De los dos gráficos anteriores se puede concluir que un 10% de las piezas examinadas fueron derivadas a Programas de Especialidad de Endodoncia, recibiendo tratamiento endodóntico en su totalidad.

En el caso de las piezas derivadas al CESFAM Víctor Manuel Fernández, un 34% fueron derivadas, siendo tratadas endodónticamente solo un 13%.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los índices de prevalencia de caries en la población, estudios indican altas tasas de lesiones cariosas en adolescentes alcanzando cifras de hasta 93,7% ⁽¹⁴⁾. Dicho periodo de mayor actividad cariogénica suele culminar con la pérdida de la vitalidad pulpar e infección periapical. En nuestra investigación la mayoría de los pacientes evaluados correspondieron a adolescentes en un rango de edad entre 15 y 19 años, situación que se correlaciona con los altos índices de caries en dicha población.

Según estudios realizados, la mayor frecuencia de afecciones pulpares y periapicales corresponde a grupos dentarios posteriores, esto debido a las características anatómicas de dichas piezas que proporcionan retención mecánica y un microambiente ecológico propicio para el desarrollo de la lesión cariosa y posterior repercusión pulpar ⁽¹⁵⁾. Los resultados de nuestro estudio se correlacionan con dicha investigación ya que existió una amplia mayoría de trepanaciones en piezas molares.

Considerando el estado de salud de las piezas evaluadas encontramos altos índices de exodoncias. Dentro de las piezas extraídas los molares obtuvieron los más elevados porcentajes. La información se correlaciona con otras investigaciones que señalan que las piezas dentarias más frecuentemente perdidas corresponden a molares con algún tipo de tratamiento endodóntico, mencionando como principal causa de exodoncia a la caries dentinaria intraradicular ⁽¹⁶⁾.

Creemos que el alto número de trepanaciones y exodoncias en molares se debe a la baja resolutivez de tratamientos endodónticos en el sistema público (con resultados más bajos de tratamiento endodóntico en molares), y a los criterios establecidos por los Programas Endodónticos de Especialidad del CESFAM Villa Nonguén, donde se efectúa solo tratamiento endodóntico en incisivos, caninos y premolares, excluyendo a piezas molares ⁽¹⁾.

El tipo de obturación fue otro de los aspectos evaluados en el presente estudio. Investigaciones mencionan que la obturación provisional y restauración definitiva

de los dientes tratados endodónticamente son de gran importancia para el éxito del tratamiento ⁽¹⁷⁾. Ambas deben proporcionar un buen sellado coronario para evitar la contaminación microbiana. Dentro de los materiales provisionales utilizados encontramos el Óxido de Zinc Eugenol y el Vidrio Ionómero. Las desventajas del Óxido de Zinc Eugenol son sus cambios dimensionales y su baja resistencia, lo que compromete el sellado de la pieza. Las propiedades distintivas de los cementos de Vidrio Ionómero son su liberación de fluoruros, adhesión específica a los tejidos dentarios, rigidez y baja solubilidad, condiciones que favorecen el sellado en las piezas tratadas ⁽¹⁷⁾.

En nuestro estudio las obturaciones provisionarias de Óxido de Zinc Eugenol en las piezas sin endodoncia representaron más del doble de las piezas con obturaciones de Vidrio Ionómero. El mayor porcentaje de las obturaciones de Óxido de Zinc Eugenol se encontraron en mal estado, no así aquellas obturaciones de Vidrio Ionómero. Debido a dichos resultados se sugiere obturar las piezas trepanadas con una capa de Vidrio Ionómero para asegurar el sellado duradero del acceso endodóntico, evitando filtraciones.

En relación a los tiempos de espera desde la trepanación hasta el tratamiento endodóntico se observó una gran cantidad de pacientes que aún no han sido citados para la primera sesión de endodoncia. Estos pacientes han esperado un promedio de 264 días, tiempo que va en desmedro de la pieza afectada.

Se debe considerar que con el paso del tiempo las piezas con tratamiento endodóntico sufren un gran debilitamiento debido a que disminuye su resistencia e incrementa el desgaste y las posibilidades de fractura ⁽¹¹⁾ ⁽¹⁸⁾. Se debe tomar en cuenta, además, que la efectividad antimicrobiana del Paramonoclorofenol utilizado dentro de la cámara pulpar presenta una duración de 7 días ⁽¹⁹⁾, otros autores mencionan que el 90% de los agentes activos son liberados incluso durante las primeras 24 horas ⁽²⁰⁾.

Uno de los factores que imposibilita el rápido tratamiento de la pieza trepanada corresponde a los criterios de derivación al CESFAM Víctor Manuel Fernández. De acuerdo a dichos criterios las piezas tratadas deben presentar el 60% de su

remanente dentario, deben ser restaurables, y como factor relevante el paciente debe encontrarse de alta en atención primaria, lo que significa que no debe presentar ninguna caries activa al momento de la derivación ⁽¹⁾.

Esto se traduce en un problema para los pacientes que no pueden ingresar a tratamiento integral en el CESFAM Villa Nonguén debido a que no están dentro de las edades de ingreso para dicho tratamiento (2, 4, 6, 12, 60 años y embarazadas). De esta manera los pacientes demoran meses en ser derivados e incluso dejan de asistir a la consulta a causa de la dificultad de conseguir horas en otros horarios no correspondientes al de tratamiento integral (Vespertino Dental).

Pese a que el CESFAM Víctor Manuel Fernández presenta el mayor porcentaje de derivación de piezas trepanadas en comparación con los Programas de Especialidad en Endodoncia, la resolutivez tiende a ser baja, en contraste con la totalidad de las piezas derivadas a Programas de Especialidad Endodóntica, dicha condición refleja un nivel de oportunidad desigual en el sistema público de salud.

Un 7,9% de las piezas evaluadas presentaron endodoncia realizada de forma particular. De acuerdo a la realidad económica de los pacientes inscritos en el CESFAM Villa Nonguén, consideramos que la mayoría de éstos no pueden asumir los altos costos de dichos tratamientos, considerando que los valores sugeridos por el Colegio de Dentistas de Chile fluctúan entre los 127.000 y los 240.000 pesos ⁽²¹⁾.

CONCLUSIÓN

Según los datos obtenidos y analizados concluimos que en el CESFAM Villa Nonguen se efectuó un elevado número de trepanaciones dentarias de urgencia a lo largo del año 2013.

Consideramos que los bajos valores obtenidos de derivación a Especialidad de Endodoncia se deben a los requisitos impuestos por CESFAM Víctor Manuel Fernández (CVMF), el cual establece la ausencia total de caries para la derivación a dicha Especialidad Endodóntica.

Además creemos que los criterios para realización de tratamiento endodóntico en los Programas de Especialidad (compra de servicios del CESFAM Villa Nonguen) no debieran excluir a los molares ya que son las piezas que más tratamiento de trepanación reciben.

Concluimos que la resolutivez en tratamientos endodónticos en CVMF es baja, y que muchos pacientes que recibieron tratamiento de trepanación deben esperar largos periodos de tiempo para ser finalmente citados. Con el paso del tiempo las piezas tratadas presentan consecuencias desfavorables, es por ello que consideramos que la trepanación dentaria debiera ser seguida por un expedito tratamiento de endodoncia.

Resulta necesario entonces modificar los criterios de derivación a especialidad de endodoncia en CVMF, incrementar la compra de servicios para la realización de nuevos Programas de Especialidad de Endodoncia y contemplar a los molares dentro de dichos programas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Protocolo de odontología derivación a especialidad desde la atención primaria Servicio de Salud Concepción. Hospital Guillermo Grant B. Hospital de Coronel. Hospital de Lota. CESFAM Victor Manuel Fernandez. Saldias, G; Gazabatt, C; De los Santos, L; Poblete, G; Thibaut, C. 2012.
- (2) Shang, XH; Li, DL; Huang, Y; Chen, H; Sun, RP. Prevalence of dental caries among preschool children in Shanghe County of Shandong Province and relevant prevention and treatment strategies. Chin Med J (Engl). 2008 Nov 20; 121(22): 2246-9.
- (3) Guía Clínica AUGE: Urgencias Odontológicas Ambulatorias. MINSAL. 2012.
- (4) Protocolo de trepanación CESFAM Villa Nonguén.
- (5) Carrotte, P. Endodontics: Part 3 Treatment of endodontic emergencies. British Dental Journal. 197, 299-305. 2004.
- (6) Dabuleanu, M. Pulpitis (Reversible/Irreversible). Journal Canadian Dental Association. 2013, 79: d90.
- (7) López, M. Etiología, clasificación y patogenia de la patología pulpar y periapical. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9 Suppl:S52-62.
- (8) Velasco, A; García, M; Jorge, I. Estado actual de la periodontitis apical crónica. Universidad Rey Juan Carlos. 2007.
- (9) Roig, M; Durán-Sindreu, F. Manual de Endodoncia. Parte 16. Urgencias en endodoncia. Rev Oper Dent Endod 2008;7. 89-96.
- (10) Cruz, A; Gascón, L; Yañez, F; Sanchez, M; Chávez, M; Bracamontes, C. Fístulas intra y extraorales de origen dental: Diagnóstico y Terapia Endodóntica.
- (11) Suárez, J; Ripollés, J; Pradíes, G. Restauración del diente endodonciado: Diagnóstico y Opciones Terapéuticas.
- (12) Weine, F. Tratamiento Endodóntico. Quinta Edición. Madrid, España: HarcourtBrace. 1997.

(13) Cohen, S; Hargreaves, K. Vías de la Pulpa. Novena Edición. Madrid. España. 2008.

(14) Gaviria, A; Quintero, M; Zuñiga, A; Rodríguez, P; Jaramillo, A. Prevalencia de lesiones pulpares en pacientes tratados con endodoncia en la clínica odontológica de la escuela de odontología de la Universidad del Valle. Colombian Journal of Dental Research 2012 Vol 3, 7, 48-54.

(15) Fernández, M; Valcárcel, J; Betancourt, M. Enfermedades pulpares y periapicales en trabajadores del Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer. Rev Haban Cienc Méd Vol 8 4 Ciudad de La Habana Oct.-Nov. 2009.

(16) Dreyer, E; Maggiolo, S. Caracterización de exodoncias en pacientes de 45 a 55 años. Revista Canal Abierto N 18. 2008. P 19.

(17) Camejo, M. Capacidad de sellado marginal de los cementos provisionales IRM, Cavit y Vidrio Ionomérico, en dientes tratados endodóncicamente. Acta Odontol. Venez Vol 47 2 432-438 2009.

(18) Angulo, M. Impacto de la endodoncia en la estructura del remanente dentario. Revista Canal Abierto 15. 2007. p 25.

(19) Briones, W. Medicación intraconducto utilizando paramonoclorofenol alcanforado vs hidrófido de calcio en necropulpectomías, realizando un cultivo final antes de la obturación final del conducto. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2009-2010.

(20) Messer, H; Chen, R. The duration of effectiveness of root canal medicaments. Journal of Endodontics. Vol 10, Issue 6, 240–245, 1984.

(21) <http://www.socendochile.cl/aranceles.html> Citado [Día 27/06/2014]