



## CASO CLÍNICO

# REGISTRO DE DATOS EN LA HISTORIA CLÍNICA PERSONAL: ¿UNA TRASCENDENCIA BIEN COMPRENDIDA? RECORDING OF DATA IN THE PERSONAL MEDICAL HISTORY: A WELL-UNDERSTOOD SIGNIFICANCE?

**Borgia B. E.**<sup>1</sup>

1. Ex Profesor Director de la Carrera de Especialización en Odontología Restauradora Integral; Escuela de Graduados, Facultad de Odontología, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Volumen 13.  
Número 2.  
Mayo - Agosto 2024

Recibido: 09 noviembre 2023  
Aceptado: 02 diciembre 2023

## RESUMEN

El paciente es el centro del ejercicio profesional y la razón de ser de las profesiones de salud. La Historia Clínica Personal es el documento que debe reflejar de manera clara, concisa y detallada, todo lo acontecido a lo largo de su vida, en lo que a Salud-Enfermedad se refiere. Es un deber ético, concebirlo y llevarlo a cabo de esta manera.

El objetivo de este trabajo es fundamentar, desde la óptica personal del autor, la trascendencia del registro minucioso de los actos clínicos en la Historia Clínica Personal.

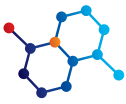
**Palabras clave:** Datos personales, Historia médica, Historia odontológica, Datos Clínicos.

## ABSTRACT

The patient might be considered as the main reason for the existing medical and dental professions, becoming the aim of the professional practice. The Personal Clinical History is a document, that contains all the health-disease events in the patient's whole life. The filled data must be clear, precise and detailed. It is an ethical compromise to be done as well.

The aim of this article is to highlight, from the author's overview, the transcendence of the thorough clinical records in the Personal Clinical History.

**Key Words:** Personal data, Medical history, Dental history, Clinical data.



## 1. INTRODUCCIÓN

El paciente es el centro del ejercicio profesional y la razón de ser de la existencia de las profesiones de salud <sup>1</sup>. Factores biológicos, psicológicos, socio-culturales y socio-económicos, influyen en su relacionamiento e integración social y familiar, así como en su complejo fenómeno salud-enfermedad. Cada paciente es un ser humano único y así debe ser considerado desde su gestación. Ahí comienza su historia médica y odontológica y continúa durante toda su vida. <sup>2</sup>

La relación paciente-profesional genera derechos y deberes en forma recíproca, que el profesional no puede soslayar. La Historia Clínica Personal (HCP) es el documento que debe reflejar de manera clara, concisa y detallada, todo lo acontecido a lo largo de su vida, en lo que a Salud-Enfermedad se refiere. Es un deber ético concebirlo y llevarlo a cabo de esta manera.

En las instituciones públicas o privadas, así como en los consultorios privados, los profesionales de la salud son los responsables de registrar en la HCP los datos de todo lo sucedido y mantener la confidencialidad de los mismos. Además de los profesionales que lo asisten, el Paciente es la única persona que puede acceder a su HCP y es el real propietario de la misma (Ley 18335 del 15/08/2008, en Uruguay).

Lo expuesto muestra la trascendencia asistencial, ética y legal de la HCP. Como consecuencia de estos considerandos surge el Consentimiento Informado. Su importancia multidireccional amerita una publicación al respecto. En este trabajo, se resalta brevemente, como un documento que deberá tener una redacción específica, una aceptación escrita por parte del paciente y ser anexado a la HCP. La aplicación del mismo podrá ser universal, pero estará fundamentalmente relacionada con la complejidad del tratamiento, sus riesgos biológicos y cuando los requerimientos del paciente superen las necesidades biológicas terapéuticas (ej.: algunas exigencias estéticas).

El objetivo de este trabajo es fundamentar, desde la óptica profesional y docente del autor, como Especialista en Odontología Restauradora Integral, la trascendencia del registro minucioso y completo de los datos personales del paciente, de los actos odontológicos clínicos, multidisciplinarios e interdisciplinarios, así como también anexar los resultados de los estudios paraclínicos requeridos.

## 2. HCP: ¿ÚNICA O MÚLTIPLE?

Para alcanzar los ideales de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de su salud general y odontológica, el paciente debería ser atendido en un mismo centro de salud, con un nivel de excelencia asistencial, basada en la mejor evidencia científica. Si así fuera la HCP sería única.

Sin embargo, la realidad es que el paciente debe concurrir a diferentes Instituciones Asistenciales, públicas o privadas y/o a clínicas privadas, con muy variados niveles de infraestructura, de demanda asistencial y de recursos humanos.

Esta situación genera una multiplicidad de HCP, dificultando el acceso a las mismas a su “propietario”, **el paciente**, en la eventualidad de requerirlo. Además, en la multiplicidad de atenciones, aumentan los diseños de las HCP y el número de personas encargadas del registro de los datos.

Lo expresado, determina una gran variabilidad y mayor riesgo de dispersión en la minuciosidad requerida en el registro.

## 3. DISEÑO DE LA HCP

La HCP tiene un diseño básico, pero cada institución o clínica privada puede adaptarla a la especificidad y necesidades de cada una.

Podrá ser impresa, digital o electrónica, siendo esta última la que tiende a prevalecer. El diseño tendrá que contemplar no sólo la facilidad para registrar todos los datos necesarios, sino también para modificarla o actualizarla cuando fuera pertinente. Deberá estar codificada y centralizada en cada centro de salud.

Con el fin de contemplar y amparar la relación profesional-paciente, tanto en el ámbito institucional como privado, la HCP debe reunir los siguientes requisitos:

- Única para cada paciente.
- Confidencialidad de los datos.
- Legible.
- Seguridad en la identificación del paciente, por todos los profesionales que intervengan en el proceso de su atención.
- Disponibilidad, tanto asistencial como legal.

## 4. SECUENCIA ASISTENCIAL

A los efectos didácticos del tema, se planteará una hipotética comparación en la Secuencia Asistencial en una Institución pública o privada y en consultorio privado.

### 4.1. Ingreso del paciente y recolección de datos.

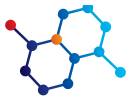
El ingreso del paciente y el registro de los datos, debe seguir una secuencia lógica, ordenada, ergonómica y racional. Esto puede requerir la utilización de anexos. Como ejemplo básico, la secuencia sería:

#### 4.1.1. Institucional

**a.1.-** Interrogatorio impreso donde conste como mínimo: ficha de identificación; grupo étnico; nivel educacional, socio-cultural, socio-económico y medio-ambiental; antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos (Incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y/o de otras sustancias psicoactivas) y no patológicos; padecimiento actual (acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y/o tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

Este impreso será completado por el paciente o acompañante que dispondrá, previo a su ingreso al consultorio, de treinta minutos para esta tarea, debiendo haber personal capacitado para asesorar si fuera necesario

**a.2.-** Examen clínico odontológico (apreciación física general,



profundización de la anamnesis, examen general del SE, de tejidos blandos, periodontal y dentario).

**a.3.-** Registro preciso de los hallazgos clínicos.

**a.4.-** Tratamiento de la/las urgencias.

**a.5.-** Solicitud de estudios paraclínicos (imagenológicos, dietarios, etc.).

**a.6.-** Diagnóstico y Planificación terapéutica básica integral.

**a.7.-** Derivación a las diferentes áreas.

- b. Determinar lo que se realizará en cada una, así como el tiempo necesario para ello.
- c. Insertar oportunamente los tratamientos multi e interdisciplinarios.
- d. Optimizar los resultados funcionales y estéticos.
- e. Reducir el número de sesiones clínicas.
- f. Disminuir la ansiedad y aumentar la satisfacción del paciente.
- g. Reducir los costos.
- h. Incrementar la productividad y la rentabilidad.
- i. Obtener mayor eficiencia y eficacia.

Tanto la Planificación como la Programación Terapéutica, son dinámicas, ya que pueden ser modificadas durante el tratamiento, debido a:

- Hallazgos intraoperatorios.
- Decisiones multidisciplinarias.
- Cambios en la evolución del o de los pronósticos dentarios.
- Surgimiento de nuevas técnicas y/o nuevos materiales.

A juicio del autor, la Planificación y la Programación Terapéutica, inscriptas en un PPI, son pilares fundamentales en el éxito clínico longitudinal de los procedimientos rehabilitadores.

De un superficial análisis de lo expresado, surge que la multiplicidad de operadores en una HCP, podría ser un factor de riesgo en la calidad de los datos registrados. Por otra parte, si la HCP es de un Centro de Salud con carácter docente, los operadores podrían ser mayoritariamente estudiantes de grado, con una lógica menor experiencia y un posible mayor estrés por el cumplimiento responsable de su actividad curricular.

Estos simples comentarios podrían generar las siguientes preguntas: quién o quiénes son los responsables de la planificación y programación terapéutica en las instituciones o en los consultorios privados?; la planificación y programación terapéutica quedan registradas o anexadas a la HCP?; existen protocolos básicos para el registro de las acciones clínicas y paraclínicas?; si no existen, qué debe registrarse?; se enseña su importancia y cómo hacerlo?; los docentes controlan el registro de los datos en la HCP?; la planificación y programación terapéutica, así como la calidad de los datos registrados en las HCP, son diferentes en las instituciones o en los consultorios privados?.

El espíritu de estas preguntas es un llamado a la reflexión del lector y de ninguna manera son un juicio de valor hacia lo institucional o lo privado. Son cuestionamientos del propio autor, como docente y profesional.

Tal vez, el desarrollo venidero del tema, permita a cada lector, en la coincidencia o en la discrepancia, responderse a sí mismo.

## 5. REGISTRO DE LOS ACTOS CLÍNICOS

Se evaluarán diversos aspectos que pueden ser comunes a todas las disciplinas odontológicas clínicas. En su mayoría serán ejemplos de Odontología Restauradora Integral, pero con la idea de que puedan ser considerados conceptualmente y homologados específicamente por las demás disciplinas.

### 4.1.2. Consultorio privado

En el consultorio privado, los primeros cinco ítems del punto 4.1.1. son similares. En cuanto a los puntos a.6 y a.7, podrían ser considerados conceptualmente idénticos. Sin embargo, en la práctica podrían existir varios factores que establecerían diferencias entre lo institucional y lo privado, lo que se discutirá más adelante.

### 4.2. Planificación y Programación Terapéutica.

Para poder Planificar y Programar, hay que previamente Diagnosticar. Por otra parte, todo paciente debe estar inscripto en un Plan Preventivo Integral (PPI), que se establecerá individualmente, de acuerdo al/los Diagnóstico/s de Riesgo/s, en función de los hallazgos clínicos y paraclínicos estudiados. Como dice Mc Keown <sup>3</sup>... "Para prevenir es necesario modificar las condiciones que llevaron a la enfermedad".

La Educación para la Salud es fundamental La secuencia conductual del profesional y del paciente sería: **Conocimiento adquirido – Cambio de actitud – Comportamiento modificado** <sup>4</sup>. La evaluación de la respuesta educativa y conductual del paciente, puede condicionar la planificación de la terapia rehabilitadora.

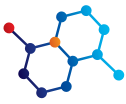
Las opciones terapéuticas para el mismo paciente, pueden ser múltiples. En tales situaciones, los planes deben ser analizados y planteados por el profesional, y evaluados por el paciente y el odontólogo en forma conjunta, a fin de definir el plan de tratamiento más apropiado para el paciente, en ese momento de su vida. Esto implica además, una evaluación y aceptación del costo del tratamiento y su forma de pago.

**La Planificación Terapéutica (o Plan de tratamiento) define los procedimientos necesarios para restablecer la salud del Sistema Estomatognático (SE) del paciente.**

En cambio, la siguiente etapa, la **Programación Terapéutica, establece la manera de cómo llevar a cabo la Planificación.** Es recomendable que ambas se analicen y definan fuera del horario clínico e imprescindible que queden registradas o anexadas en la HCP.

Los Objetivos de la Programación Terapéutica podrían considerarse comunes a todas las disciplinas odontológicas. Ellos son:

- a. a) Establecer una secuencia biológica, funcional y ergonómica de las sesiones clínicas.



## 5.1. Aspectos biológicos.

### 5.1.1. Diagnóstico de Riesgo

La determinación del diagnóstico de riesgo de caries, enfermedad periodontal, trastornos-téporo-mandibulares (TTM), lesiones de tejidos blandos, disgnasias, enfermedades no transmisibles, alteraciones conductuales, etc., deben quedar registrados; no sólo como factores de orientación terapéutica específica, sino también para prevenir las posibles secuelas sistémicas y hacer la evaluación clínica longitudinal de la respuesta.

### 5.1.2. Terapia básica integral

Además de los procedimientos llevados a cabo (educativos, control de dieta, control de higiene bucal, profilaxis supragingival, etc.), la calidad de la respuesta conductual de algunos pacientes, justifica redactar un muy breve comentario al respecto, como dato basal para evaluaciones posteriores. Se realiza su importancia en lo Institucional, dada la casi segura intervención de distintos operadores.

### 5.1.3. Lesión Cariosa <sup>5,6</sup>.

El tratamiento de la/s lesión/es cariosa/s puede/n ameritar diversos registros, de cada pieza dentaria:

- antecedentes clínicos de la pieza dentaria (si los hubiera),
- extensión de la/s lesión/es, remanente de tejido dentario afectado por el proceso carioso y especificación de eventuales zonas de socavamiento parietal,
- eliminación de caries en etapas (stepwise excavation),
- profundidad de la pared pulpar y su relación con el tejido pulpar,
- necesidad de protección pulpar indirecta (especificación de tipo y marca de materiales aplicados),
- técnicas de remineralización dentinaria,
- presencia o ausencia de tejido adamantino en los márgenes gingivales,
- materiales de base y/o relleno (tipo y marca del/los mismo/s).

Todos estos datos proporcionan una gran información para el diseño de la preparación dentaria y eventuales evaluaciones futuras.

Un detallado registro como el propuesto, podría aplicarse, con la debida especificidad, en la Cirugía Periodontal, Prostodoncia, Implantología, Cirugía y/o Endodoncia.

### 5.1.4. Exámenes paraclínicos

Los estudios imagenológicos y los resultados de los estudios de laboratorio solicitados, deben estar anexados a la HCP, así como también una copia de la nota de pedido de los mismos, fundamentándolos si fuera necesario. En el paciente que ingresa para ser asistido, el autor considera que una OPT debe ser indicada como examen basal, con el fin de descartar cualquier patología y/o malformación, asintomáticas y sin manifestación clínica. Cada disciplina involucrada establecerá el/los estudios específicos necesarios.

## 5.2. Aspectos biomecánicos.

### 5.2.1. Función oclusal

Estudios epidemiológicos en Uruguay, han demostrado una alta prevalencia de Bruxismo y Trastornos-Téporo-Mandibulares<sup>7</sup>. En 1971, Behnsilian V.<sup>8</sup> escribió: “Es mucho más importante lo

que el paciente hace con su oclusión, que la oclusión en sí”. Por lo tanto, los hábitos parafuncionales, fundamentalmente el bruxismo, constituyen un factor de riesgo para la integridad de las restauraciones y/o de las piezas dentarias, sobre todo las posteriores. La intensidad de las fuerzas oclusales en ese sector pueden incrementarse hasta un 40%<sup>9</sup>.

Lo precedente influye en la selección del material restaurador, en el establecimiento del esquema oclusal, en el pronóstico del procedimiento restaurador y en la determinación del uso de dispositivos ortopédicos de estabilización. Una breve fundamentación de estas decisiones debe quedar registrada en la HCP, acompañada eventualmente de un consentimiento informado.

Estas consideraciones pueden ser compartidas por disciplinas como Prostodoncia, Implantología, Ortopedia-Ortodoncia, Cirugía Ortognática, entre otras.

### 5.2.2. Diente endodóticamente tratado (DET)

En la restauración del DET, la evaluación de los aspectos biomecánicos son trascendentes. La decisión de utilizar o no un poste intrarradicular, así como el tipo, material y marca del poste, en caso de aplicarse, debe aparecer redactada en la HCP.

En este punto, se deben disponer de datos clínicos, técnicos y materiales utilizados en el procedimiento endodóntico.

### 5.2.3. Terapia de Mantenimiento

La frecuencia de la Terapia de Mantenimiento (TM) dependerá del diagnóstico de riesgo del paciente. La falta de control periódico, constituye un factor de riesgo biológico (desarrollo de caries secundaria, reactivación de enfermedad periodontal) y de riesgo biomecánico (ausencia de control de la función oclusal y/o de los hábitos parafuncionales, fracturas de restauraciones y/o dentarias). **El control funcional de la oclusión con papel de articular, debe ser un acto de rutina clínica en la TM** y es por eso que se ha considerado en este momento. Lo observado y realizado en la TM debe quedar registrado en la HCP. Este criterio abarca a todas las disciplinas odontológicas clínicas.

## 5.3. Integración Multi e Interdisciplinaria. <sup>2</sup>

Un alto porcentaje de pacientes debe ser asistido por profesionales de diferentes disciplinas y/o áreas. La “Derivación del paciente”, no implica en sí misma “Integración Multi y/o Interdisciplinaria”. La Integración requiere:

- Comunicación
- Intercambio de opiniones
- Planificación conjunta
- Ejecución oportuna
- Controles alternados
- Comunicaciones de evaluación.

Por lo tanto, desde un punto de vista científico, biológico y ético, la “**Comunicación**” entre los profesionales involucrados, es el pilar fundamental de la Integración. En la actualidad, independiente de la variedad y facilidad del método comunicacional utilizado, toda la información intercambiada debe quedar registrada en la HCP. Constituye un documento de relevante importancia en la evaluación de la respuesta biológica, terapéutica y conductual del paciente, como antecedente ante la posibilidad de que tengan que actuar otros operadores y como eventual respaldo legal.



Una asistencia Integral Multi e Interdisciplinaria, brinda al paciente:

- Mayor seguridad diagnóstica.
- Mejor calidad asistencial.
- Mejor evaluación terapéutica.
- Mayor confianza.
- Mayor tranquilidad.
- Mejores resultados.

Por otra parte, los profesionales involucrados en la Integración logran:

- Enriquecimiento mutuo científico-técnico.
- Mayor amplitud diagnóstica y terapéutica.
- Disminución del “yo” y aprendizaje del “compartir”.

El autor entiende que los conceptos vertidos en este punto, son “universales” para todas las disciplinas y áreas de la salud.

#### 5.4. Materiales

En los últimos 25 años, como consecuencia del desarrollo científico y tecnológico en el área de los materiales dentales, se han sucedido variaciones en la composición de las resinas compuestas directas e indirectas, de los sistemas adhesivos y los medios de fijación, de las cerámicas y de las tecnologías clínicas y de laboratorio para su procesamiento. Estos cambios, sumados a las demandas estéticas de los pacientes, requiriendo materiales restauradores que se mimeticen con el color de sus dientes, han constituido un verdadero desafío para el profesional, que debe estar permanentemente actualizado.

De lo antedicho, el lector rápidamente deducirá que si no se registran en los actos clínicos de la HCP, el tipo y la marca del material utilizado, es imposible poder evaluar en el tiempo la respuesta funcional de los mismos. Esta evaluación es imprescindible considerarla, pues es la única manera de tener evidencia científica clínica suficiente, para aconsejar adecuadamente a los pacientes.

Lo expuesto es sólo una breve apreciación específica. Los cambios ciertamente involucran a todas las disciplinas de la salud. Por lo tanto, la actualización del conocimiento representa un compromiso ético para el profesional.<sup>2</sup>

## 6. OPORTUNIDADES EMERGENTES DEL MINUCIOSO REGISTRO DE DATO

Un detallado y completo registro de datos en la HCP, ofrece un amplio espectro de posibilidades para realizar estudios de diversa índole.

Algunos ejemplos pueden sustentar lo expresado:

**6.1. Estudios Epidemiológicos**, de diferentes perfiles, pueden tener una base científica y estadística, si los datos en las HCP fueron registrados detalladamente.

**6.2. Estudios clínicos retrospectivos o prospectivos**, institucionales o privados, de distintos procedimientos clínicos, pueden reafirmar las bases conceptuales y/o técnicas de los mismos, o aportar nuevas evidencias científicas.

**6.3. Evaluaciones clínicas longitudinales**, institucionales o privados, de materiales restauradores, sistemas adhesivos y medios de fijación; así como el análisis comparativo de las composiciones y propiedades de los mismos.

**6.4. Estudios de productividad**, tanto en lo institucional o lo privado, podrán recabar los datos necesarios de las HCP.

El breve desarrollo precedente de este punto, resulta suficiente para resaltar la amplia trascendencia del registro detallado de los actos clínicos en la HCP.

## 7. COMENTARIOS FINALES

La idea de escribir el presente trabajo, y sin pretender agotar el tema, surgió de la experiencia vivida por el autor. Los fundamentos del minucioso registro de los datos clínicos desarrollados en este artículo, son los que aplicó desde el inicio de su vida profesional. Sin embargo, nunca pensó en la trascendencia que podrían tener los mismos, al haberle permitido realizar varias investigaciones retrospectivas de diversos procedimientos restauradores y haber publicado siete de ellas<sup>10-16</sup>.

Por otra parte, ha resultado ser muy oportuno para realzar y fundamentar la importancia de la Planificación y Programación Terapéutica, ya que constituyen la síntesis de la concepción asistencial global e integral por parte del odontólogo. Además, se resalta el fundamental rol de la “Comunicación”, como factor básico de Integración Multi e Interdisciplinaria.

Al mismo tiempo, es momento de hacer un “mea culpa”, pues como docente, no tuvo la misma exigencia para evaluar que el estudiante registrara detalladamente en la HCP del paciente, todo lo actuado y utilizado.

Por lo tanto, es necesario que docentes, estudiantes y profesionales, en ámbitos institucionales y/o privados, analicen su conducta respecto al tema desarrollado, asumiendo que el registro de los datos personales, clínicos y paraclínicos en la HCP, tiene una trascendencia que debe ser muy bien comprendida.

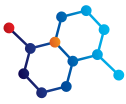
## AGRADECIMIENTOS

El autor quiere expresar su profundo agradecimiento, al Prof. Dr. Jorge Gutiérrez (fallecido) y a las Ex - Profesoras Adjuntas Dras. Mercedes Lariccia y Silvia Piovesán, por los importantes comentarios y aportes realizados a este trabajo.

## CONFLICTOS DE INTERÉS.

El autor declara no tener conflictos de interés alguno, relacionados a este tema.





## REFERENCIAS

1. Borgia E. On Knowledge Update in Planning Comprehensive Dental Treatment: A Personal Overview. *Int J Prosthodont.* 2017;1: 11-12.
2. Borgia Botto E. Marco filosófico, biológico y científico. En: Borgia Botto E., *Odontología Restauradora Integral. Rehabilitación del diente endodónticamente tratado.* Ed. AMOLCA, Medellín, Colombia, 2022. Cap. 1: 1 – 4
3. Mc. Keown T.- El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis? Ed. Siglo XXI, México, 1982.
4. Granath L., Mc Hugh W. D.- *Systematized Prevention of Oral Disease: Theory and Practice.* C.R.C. Press Inc., Boca Ratón, Florida, 1986.
5. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L. et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Caries Tissue Removal. *Advances in Dental Research* 2016; 2:58-67
6. Golubchin L D. Acciones terapéuticas actuales en caries profunda. Revisión. *Odontoestomatología* 2017; 29:4-17.
7. Riva R, Sanguinetti M, Rodríguez A, Guzzetti L, Lorenzo S, Alvarez R, Massa F. Prevalencia de trastornos témporo mandibulares y bruxismo en Uruguay. *Odontoestomatología* 2011; 17:54-71.
8. Behsnilian V. Fisiopatología Oclusal. En: *Oclusión y Rehabilitación*, 1971, Montevideo, Uruguay. Cap. 6:64-87.
9. Arlan CV, Dimitriu B, Arlan VV, Bodnar D, Suciú I. Current opinions concerning the restoration of endodontically treated teeth: basic principles. *J Med Life* 2009; 15:165-172.
10. Borgia E. Resección radicular: ¿Tiene vigencia como procedimiento terapéutico conservador? *RODYB* 2006; 1:17-27
11. Borgia E, Barón R, Borgia, J L. Cast posts: a forty-four year retrospective clinical study in a specialized private practice. *Odontoestomatología* 2015;17: 11-22. Available from: [www.scielo.edu.uy](http://www.scielo.edu.uy).
12. Borgia E, Barón R, Borgia JL. Clinical performance of bonded ceramic inlays/onlays: A 5- to 18-year retrospective longitudinal study. *Am J Dent.* 2016; 29:187-192.
13. Borgia Botto E, Barón R, Borgia Botto JL. ENDOCROWN: Estudio clínico retrospectivo de una serie de pacientes, en un período de 8 a 19 años. *Odontoestomatología* 2016; 28:48-59. ([www.scielo.edu.uy](http://www.scielo.edu.uy)).
14. Borgia Botto E., Barón R, Borgia Botto JL. Retrospective clinical study of 656 cast gold inlays/onlays in posterior teeth, in a 5 to 44-year period: Analysis of their results. *Odontoestomatología*, 2018;31:16-26. ([www.scielo.edu.uy](http://www.scielo.edu.uy)).
15. Borgia E, Baron R, Borgia JL. Quality and survival of direct light-activated composite resin restorations in posterior teeth: A 5- to 20-year retrospective longitudinal study. *J Prosthodont* 2019; 28: e195 - e203. (doi:10.1111/jopr.12630).
16. Borgia Botto E, Barón R, Borgia JL. Respuesta pulpar de 160 protecciones pulpares indirectas: estudio clínico retrospectivo entre 5 y 18 años. *Revista de Operatoria Dental y Biomateriales (RODYB)* 2020; (9) 24-32.