

Programa de mantenimiento integral

*Nora Helena Penagos Eastman**
*Fabio Becerra Santos***

Introducción

Siempre hemos oído hablar de la necesidad de ejecutar un programa de mantenimiento en nuestros pacientes al terminar el tratamiento odontológico. Sin embargo, éste se practica muy poco o de una manera tan superficial que termina por alejarse completamente de sus verdaderos objetivos, para convertirse en una revisión rutinaria, a través de la cual se le notifica al paciente cuántas obturaciones requiere y cuánto le costará el nuevo tratamiento. En parte, esto se debe al desconocimiento de todas las actividades que comprende un programa de mantenimiento, reduciéndolo a indicarle al paciente su deber de asistir dos veces al año al odontólogo o hacerlo en caso de algún problema.

Por esto, el objetivo del presente trabajo ha sido recopilar y analizar de una manera lógica e integral todos los parámetros que se deben contemplar para clasificar a nuestros pacientes una vez terminada la parte activa del tratamiento; todos los aspectos que se deben examinar en las citas de revisión y así poder establecer, si es necesario, un nuevo tratamiento, teniendo siempre co-

mo meta mantener saludable al paciente y prevenir su reinfección.

1. Objetivos

En general puede decirse que los objetivos de un programa de mantenimiento integral están basados en tres aspectos:

- Mantener lo logrado con el tratamiento que se realizó.
- Prevenir la reinfección o la reincidencia de problemas anteriores.
- Hacer el seguimiento de aquellas entidades que por sus características clínicas y/o radiográficas requieren observación.

Según lo anterior, el programa de mantenimiento integral se puede definir como todos aquellos procedimientos que se realizan una vez terminada la terapia activa con el fin de evaluar las estructuras tratadas y hacer un manejo profiláctico que permita detectar tempranamente nuevas y/o recurrentes anomalías o

* Especialista en Odontología Integral del Adulto, Universidad de Antioquia.

** Profesor y Jefe Departamento de Extensión y Posgrado, Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.

enfermedades para darles oportuno manejo (modificación de 26).

El mantenimiento y la prevención se logran asegurando un óptimo control de placa supra y subgingival, renovando la motivación y las instrucciones de higiene oral y eliminando cualquier factor retentivo de placa, pero al mismo tiempo evaluando honestamente el estado del trabajo realizado, sabiendo detectar las fallas y corrigiendo los errores que, consciente o inconscientemente, se cometieron.

Para poder analizar esto de una manera más ordenada, se determinará a continuación cuál debe ser la frecuencia de las citas de mantenimiento y todos los aspectos a evaluar durante ellas.

2. Frecuencia de las citas de mantenimiento

Al hacer una revisión de las diferentes investigaciones que se han hecho para determinar cuál es la frecuencia más conveniente para el paciente en cuanto a sus revisiones periódicas, se encuentra un consenso es decir que es éste, con todas sus características sistémicas, psicológicas y físicas quien determina para nosotros cuál debe ser su período de revisión. Es así como se hace necesario clasificar al paciente primero y con base en esta clasificación, asignarle unas citas de revisión cada cierto tiempo (1, 2, 4, 5, 6, 10, 18).

Paciente tipo I. Enfermedad periodontal incipiente, con buenos resultados después del tratamiento, buena higiene oral, sin problemas oclusales ni rehabilitaciones extensas. Frecuencia de revisión: seis a doce meses.

Paciente tipo II. Enfermedad periodontal moderada, con tratamiento periodontal y protésico no complejo y una adecuada respuesta del huésped. Frecuencia de revisión: tres a seis meses.

Paciente tipo III. Enfermedad periodontal avanzada, con buenos resultados al tratamiento, pero con uno o varios de estos aspectos negativos: regular o mala higiene oral, alta formación de cálculos, enfermedades sistémicas de difícil control, bolsas remanentes, prótesis complejas,

problemas oclusales, etc. Frecuencia de revisión: tres meses.

Paciente tipo IV. Malos resultados de higiene oral, mala respuesta del huésped, pacientes de la tercera edad o alguno de los aspectos negativos anteriores. Frecuencia de revisión: 30-45 días.

Muchas investigaciones han demostrado que es posible prevenir la recurrencia de gingivitis de importancia clínica y la progresión de la destrucción periodontal en pacientes que después de un adecuado tratamiento periodontal entran en un programa controlado de higiene oral. También se demostró que con un buen cuidado de mantenimiento, los tejidos alrededor de dientes pilares no reaccionan diferente a aquéllos alrededor de dientes naturales, ni que las diferentes formas de diseño de prótesis arriesguen el tratamiento, siempre y cuando no representen factores retentivos de placa y ésta sea eliminada correctamente (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Aunque todas estas investigaciones recomiendan una frecuencia de tres a seis meses para realizar un programa de profilaxis, es responsabilidad de cada clínico determinar el período de revisión que cada individuo requiere para mantener sus niveles de higiene oral en condiciones tan óptimas que aseguren salud.

3. Aspectos a evaluar

3.1 Sistémicos

Como es bien sabido por todos, los factores sistémicos del paciente deben ser tenidos en cuenta a lo largo de todo el tratamiento, y ya que entendemos la fase de mantenimiento integral como una parte de este tratamiento, es entonces necesario considerarlos aquí también: en pacientes a quienes se les ha comprobado una diabetes se debe determinar si ésta se mantiene controlada, mediante exámenes de laboratorio y/o interconsulta médica. Los niveles de respuesta tisular a los irritantes locales (placa, caries, desadaptaciones, etc.) nos darán un indicio de cómo se encuentra el paciente en este aspecto. De igual

manera debemos proceder con un paciente al cual se le considera pre-diabético.

Otro aspecto que es importante evaluar es el hormonal, ya que los pacientes que han recibido un tratamiento odontológico integral, pueden sufrir con el tiempo cambios hormonales propios de la edad (menopausia), debido a procedimientos quirúrgicos (histerectomía) o como consecuencia de alguna terapia farmacológica, los cuales repercuten en la salud de los tejidos orales o en su respuesta a la placa.

También se deben tener en cuenta las enfermedades carenciales como las avitaminosis, las deficiencias de hierro y otros minerales, las cuales tienen manifestaciones orales específicas y que son muy comunes en pacientes de edad avanzada que rehúsan seguir una dieta balanceada.

Por último, se deben evaluar los trastornos inmunológicos, de gran importancia por su papel en la respuesta a los factores irritativos locales. Los más comunes y sus manifestaciones orales son:

- Pacientes inmunosuprimidos con fines quirúrgicos o terapéuticos, presentan gran susceptibilidad a las infecciones y una respuesta inflamatoria elevada.
- Pacientes con lupus eritematoso. Se presentan lesiones en mucosa oral como zonas eritematosas y úlceras dolorosas, principalmente en mucosa vestibular, paladar y lengua. La forma diseminada presenta con frecuencia candidiasis bucal y xerostomía.
- Pacientes con síndrome de Sjögren. Enfermedad autoinmune caracterizada por xerostomía y artritis. Presentan sensaciones de dolor y ardor en la mucosa oral.
- Pacientes con reacciones anafilácticas. Se debe tener cuidado con ellos al administrar agentes terapéuticos. Aunque estos pacientes se pueden identificar por sus antecedentes de algún tipo de alergia, esto no impide que se puedan presentar en pacientes que no las relatan. Entre las reac-

ciones alérgicas orales más comunes están el edema angioneurótico, la estomatitis medicamentosa y la de contacto.

- Pacientes con SIDA. Es importante contemplar esta entidad por su trascendencia como problema de salud pública y por la gran variedad de lesiones orales reportadas por la literatura, encontrándose desde infecciones por hongos o bacterias hasta neoplasmas y lesiones de etiología desconocida(22, 23, 24).

El programa de mantenimiento para este tipo de pacientes va desde terapia con saliva artificial para los casos de xerostomía, hasta el control riguroso de los factores irritativos locales y la evolución de las lesiones.

3.2 Estomatológicos

Al hacer el examen estomatológico es posible encontrar:

- Candidiasis paraprótesis. En pacientes con prótesis parcial removible, prótesis total y sobredentaduras. En estos casos se debe instruir al paciente sobre las medidas de higiene oral y de la prótesis, y el uso de antimicóticos, pero sobre todo determinar mediante un examen de laboratorio, la presencia de alguna enfermedad sistémica como puede ser la diabetes(17, 18).
- Aumentos fibrosos paraprótesis. Tanto en relación con la prótesis removible como con prótesis total y fija, en cuyo caso se da a nivel de papilas interproximales, y en todos los casos ligados a la mala higiene oral.
- Úlceras traumáticas. Pueden encontrarse como consecuencia de cepillados fuertes, hábitos (mordisqueo, objetos en boca), ganchos de prótesis, etc. Como sabemos, se debe retirar la causa y seguir de cerca la evolución de la úlcera. En caso de que ésta no mejore en un período de ocho a 15 días, se debe tomar citología y biopsia. Igualmente se debe hacer un diagnóstico diferencial con aftas recurrentes (mayores y menores), de acuerdo a su localización y a la historia de episodios anteriores. También pueden estar relacionadas con cambios hormonales

o momentos de tensión emocional en el paciente(17, 18).

3.3 Oclusión y ATM

3.3.1 Sintomatología articular y muscular. Se debe preguntar al paciente si hay dolor muscular en función: al comer, hablar, bostezar o si hay resistencia a la apertura prolongada.

- Examinar el temporal y el masetero, los pterigoideos lateral e interno y los músculos de la nuca, tanto en descanso como en oclusión y verificar si hay dolor. Así mismo, se debe observar si hay alguna contracción espontánea, principalmente del masetero(21).
- Auscultar la ATM y comparar los hallazgos actuales con los reportados y descritos en la historia.
- Si el paciente reporta dolor o cualquier otro signo o síntoma, puede ser debido a que:

a. Hay deflexión

b. Ocurrieron movimientos recidivantes que causan prematuros, los cuales pueden producir sintomatología articular, muscular, dental y periodontal.

3.3.2 Facetas de desgaste y deflexiones. Las facetas de desgaste se deben buscar tanto en los dientes naturales como en las restauraciones. Su ausencia y la de otros signos y síntomas, como los anteriormente citados, nos llevan a pensar que se ha logrado estabilidad oclusal. En caso contrario, se estará presentando algún tipo de variación oclusal a la cual el paciente puede haberse adaptado o se desarrolló un nuevo proceso patológico de trauma oclusal. En ambos casos, a través del examen clínico se puede observar si hay recidiva de la discrepancia entre OC y RC y si es del caso, realizar un nuevo montaje en articulador que permita determinar el tipo de deflexión y la cantidad (en mm), para elaborar un nuevo plan de tratamiento(10, 17, 18).

3.3.3 Bruxismo. Analizar si éste se presenta en céntrica o es excéntrico. También se debe eva-

luar el componente emocional del paciente y determinar si es necesaria ayuda profesional para controlar este factor. Así mismo, se deben evaluar el apretamiento dental y otros hábitos orales.

3.3.4 Estabilidad de los puntos de contacto interproximales y oclusales. Esta nos hablará del buen estado en que se encuentra la restauración o la rehabilitación y por lo tanto, todo el sistema. En caso de traumatismo oclusal secundario se debe averiguar la causa y plantear su solución mediante un nuevo plan de tratamiento(10, 11).

3.3.5 Sensibilidad en dientes con ajuste oclusal o tallado selectivo. Se debe evaluar si la sensibilidad es dentinal o si ha habido irritación pulpar. Si es dentinal, se recomiendan los diferentes tipos de flúor: diario, quincenal, mensual, así como la disminución del consumo de cítricos y azúcares(17, 19).

3.3.6 Estado de las placas oclusales y férulas. Cuando se utilizan placas oclusales nocturnas vitalicias, éstas generalmente se confeccionan en acrílico de termocurado. Sin embargo, tanto estas placas como las de acetato, deben ser revisadas con frecuencia (cada tres o seis meses) y rebasadas si es necesario, así como cambiadas generalmente cada uno o dos años, según el caso.

Cuando el paciente relata que su sintomatología articular y/o muscular no ha evolucionado favorablemente, o que incluso ha empeorado, se deben chequear las placas y detectar cualquier falla que se esté presentando en ellas, o sospechar que se trata de otros problemas más complejos en la articulación(17, 19).

En los casos en que se ha decidido ferular varios dientes con la prótesis fija, no solo con fines de retención, sino para lograr una distribución más favorable de las fuerzas oclusales, debemos chequear el estado de las soldaduras y de la estructura en general.

3.3.7 Tratamiento ortodóncicos. En los pacientes que recibieron este tipo de tratamiento, se debe

establecer si hay sensibilidad, movilidad, recidiva de los movimientos dentarios y/o reabsorciones radiculares progresivas, para lo cual se deben comparar las radiografías y modelos finales al tratamiento, con las actuales(10).

3.4 Periodontales

Para efectos de dar un ordenamiento lógico al examen periodontal se propone la siguiente guía:

3.4.1 Índice de higiene oral y remotivación. De esto dependerán los demás hallazgos y es además el pilar del programa de mantenimiento.

Varias investigaciones concluyen que mientras más frecuentes sean las citas de revisión, más bajos serán los índices de placa y por lo tanto, más fácil la prevención de sus efectos(2, 3, 4, 5).

Además, con frecuencia se observa que el paciente necesita instrucción renovada en los métodos de higiene oral, máximo cuando no se posee destreza suficiente para hacerla o no se ha logrado aceptar el programa, lo cual es muy común en el paciente adulto, para quien es muy difícil cambiar sus hábitos, ya que los ha utilizado durante toda su vida(11, 12, 13, 16).

En los casos en los cuales es necesario el uso de métodos específicos de higiene oral (cepillos interproximales, enhebradores de seda dental, etc.) es necesario verificar que el paciente los esté utilizando correctamente y que éstos sean los recomendados.

3.4.2 Condición gingival. Se determina el grado de inflamación y su localización (generalizada o localizada), así como su causa. También se debe evaluar si hay hemorragia y/o supuración, su etiología y localización. De ser así, se procederá de inmediato a descongestionar el área mediante detartraje, curetaje cerrado y alisado, como medida de urgencia para eliminar los factores irritativos locales. Así mismo, se incrementará un estricto control de placa y si es necesario, se cubrirá al paciente con antibióticos y se ayudará con antisépticos orales, mientras se efectúa un nuevo plan de tratamiento(1, 2, 3, 4, 5, 6, 25).

Mediante un estudio del significado de la gingivitis durante la fase de mantenimiento(3) se encontró que la placa supragingival puede desarrollar gingivitis marginal por algún tiempo, sin reacción concomitante de periodontitis en el fondo de las bolsas tratadas, y que no había una relación consistente entre los grados de gingivitis y la variación de los parámetros clínicos de profundidad de las bolsas o de los niveles de unión cuando se realizó un programa de mantenimiento cada tres meses durante siete años. Es decir, que con un cuidado trimestral con profilaxis, la gingivitis no aparece tener un impacto significativo en la recurrencia de la profundidad de la bolsa o en la pérdida de los niveles clínicos de unión. Sin embargo, la presencia de gingivitis indica que algo no funciona bien y es necesario concientizar al paciente para que mejore sus hábitos de higiene y dé más importancia a las revisiones, así como también al profesional para que cuestione acerca de sus causas.

3.4.3 Encía insertada y queratinizada. En este punto se debe analizar:

- Profundidad del surco
- Niveles de unión
- Retracciones

La duración de la respuesta cicatrizal inicial (luego del período higiénico) y posterior a la terapia periodontal completa, depende de la naturaleza de la lesión, de la modalidad de la terapia y del tipo de cuidado durante el estado de cicatrización. Los resultados iniciales de la terapia son establecidos a las cuatro o seis semanas después que ésta se ha completado. Sin embargo, hay notables cambios de la encía y en el contenido de colágeno hasta los seis meses siguientes, por lo menos, o incluso nueve meses después de completarse dicha terapia(1).

Pueden además existir cambios adaptativos en la forma de la encía, profundidad del surco, contorno óseo y movilidad dentaria varios años después, aun en casos exitosamente tratados.

Lo más importante es que tanto durante la fase de cicatrización como durante la de mantenimiento, todos los procedimientos estén dirigidos a lograr un adecuado control de placa.

Por otro lado, se debe tener cuidado de no dañar mediante el sondaje y con la profilaxis de mantenimiento la unión epitelial lograda con la terapia. Las paredes de la bolsa estrechamente adaptadas sin una apreciable cantidad de placa e inflamación, deben ser tratadas durante el mantenimiento con ligeros detartrajes y alisados, evitando así la sensibilidad radicular y la posibilidad de desunión epitelial(1, 12, 15).

En cuanto a las retracciones, se debe determinar si ellas son respuesta a una técnica de cepillado fuerte (lo cual se comprueba por las abrasiones dentales y socavados cervicales) o a tracciones de frenillos y músculos (solos o combinadas con placa bacteriana).

La terapia de mantenimiento en cada caso es diferente: en el primero, se debe reeducar al paciente y corregir sus hábitos de cepillado fuerte, para luego eliminar las consecuencias de éste, principalmente la sensibilidad cervical, ya sea con enjuagues de flúor u obturaciones cervicales. En el segundo caso se debe eliminar quirúrgicamente la causa de la retracción, y si hay placa sobreagregada, eliminarla mediante una profilaxis previa a la cirugía mucogingival, a base de detartrajes y alisados radiculares y una adecuada educación al respecto.

3.4.4 Estado de bi-trifurcaciones tratadas y nuevos compromisos. La evaluación debe hacerse clínica y radiográficamente. En compromisos grado I se determinará el manejo de esta zona por parte del paciente o si ha habido reactivación de la enfermedad y progresión a un grado más avanzado. En bi o trifurcaciones que se han dejado claramente expuestas para limpieza por parte del paciente, es necesario comprobar la capacidad de éste para tener acceso a ellas o si por el contrario es más una causa de reactivación de la enfermedad(11, 14).

De igual manera, es importante tener en cuenta la posibilidad de que se desarrollen caries

en estas zonas debido a una inadecuada limpieza.

En áreas donde se realizó alguna amputación radicular, se debe verificar que esta superficie se encuentre lisa y pulida y que no contribuya al acúmulo de placa. La terapia de mantenimiento para esta zona es variable: puede ir desde una profilaxis con copa de caucho hasta un nuevo curetaje con detartraje y alisado, dependiendo de la persistencia de la inflamación.

3.4.5 Altura y forma alveolar-cambios radiográficos. Esto se determinará mediante técnicas radiográficas estandarizadas que permitan hacer un seguimiento cuantitativo y cualitativo del componente óseo y compararlo con radiografías anteriores. En cuanto a la frecuencia de chequeos radiográficos, aunque estos últimos están determinados por el tipo de enfermedad, se puede generalizar un poco diciendo que se tomarán placas periapicales cada seis meses en aquellas áreas de más dudoso pronóstico, series radiográficas completas inicialmente cada dos años y posteriormente cada tres años, si no se han observado cambios que determinen lo contrario.

3.4.6 Movilidad. Al ser éste un concepto tan subjetivo, deben tomarse en cuenta los datos de los últimos exámenes, los cuales deben estar anotados en la historia, y al mismo tiempo, tratar de tener parámetros claros y fijos que especifiquen el grado de movilidad.

Generalmente, un aumento en la movilidad es consecuencia de un traumatismo oclusal primario o secundario, los cuales van acompañados de dolor. Es entonces necesario detectarlos y eliminarlos.

La movilidad se debe tratar cuando:

- a. Está en incremento.
- b. Altera la función o es causa de parafunción.
- c. Causa incomodidad al paciente(25)

3.5 Pulpaes

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- Sensibilidad térmica y a la masticación.
- Movilidad
- Cambios de color
- Cambios radiográficos. Lesiones periapicales (evolución pos-endodoncia, aparición de nuevas lesiones, etc.), reabsorciones internas y externas, calcificaciones pulpares, dentina reparativa.
- Estado de endodoncias y pernos. Estallidos radiculares, fracturas, perforaciones(10).

En casos donde sea necesario hacer endodoncias en pilares de prótesis fija o cualquiera otra estructura dentaria con restauración protésica (incrustación o corona completa), se hace la apertura del menor tamaño posible y luego de terminada la endodoncia se obtura la cámara pulpar con ionómero de vidrio, para después colocar una resina de fotocurado o se puede hacer un tallado pequeño para incrustación tipo inlay, la cual va en el mismo tipo de metal de la restauración preexistente(19, 20).

3.6 Restauradores

En cada uno de los diferentes tipos de restauraciones se evalúan: fracturas, desgastes, desadaptaciones, pigmentaciones, caries y relación con tejidos blandos, principalmente la respuesta periodontal a la presencia de estas restauraciones.

3.6.1 Amalgama. En ellas se examinan los contornos, puntos de contacto interproximales y oclusales, anatomía oclusal, rebordes marginales, desadaptaciones, etc.(10).

Las principales fallas que se presentan en una restauración de amalgama son:

- Corrosión. Está directamente relacionada con la higiene oral del paciente, el medio ambiente bucal (ácidos), la composición de la aleación y la mayor o menor presencia de fase gama 2

(Sn7Hg8), la cual es responsable también de las fallas en la resistencia y en la integridad marginal, pues produce resquebrajamiento y desadaptaciones en la interfase diente-amalgama. Para evitar la corrosión se debe hacer una amalgama homogénea y completamente lisa.

- Fallas en la resistencia comprensiva. Esta varía de acuerdo al tiempo transcurrido desde la colocación de la amalgama y al tiempo de endurecimiento de la misma. Las aleaciones con alto contenido de cobre tienen mayor resistencia a la compresión.

- Cambios dimensionales. Principalmente la expansión que ocurre debido a una contaminación prematura con la humedad. Otras causas pueden ser: trituración insuficiente y falta de presión adecuada durante la condensación.

- Escurrimiento o capacidad de deformación. Está afectado por la cantidad de mercurio residual: a mayor cantidad de mercurio, mayor escurrimiento(9).

3.6.2 Resinas. Evaluar contornos, puntos de contacto interproximales y oclusales, cambios de color, sensibilidad térmica, desgastes y desadaptaciones.

3.6.3 Prótesis parcial fija y removible. Se deben determinar:

- Presencia de caries, principalmente en dientes con endodoncia, en los cuales hay ausencia de dolor(7), reabsorciones, fracturas, estallidos radiculares, decoloraciones y pigmentaciones de márgenes gingivales.

- Así mismo se evalúan las posibles reacciones alérgicas causadas por los materiales.

- Los contornos, adaptación marginal, pulido, cementación, estado de las soldaduras y desgastes de los ajustes de precisión o semiprecisión utilizados.

- En la prótesis parcial removible se observa el estado de los dientes pilares, así como los de la prótesis, los ganchos y conectores (mayores y

menores), retención, adaptación y relación con tejidos blandos(10).

En un estudio lingitudinal (18 años) de terapia periodontal con tratamiento protético en pacientes con enfermedad periodontal avanzada, publicado por Nyman y Lindhe en 1979, se encontró que los principales fracasos en prótesis se debían a:

- Pérdida de retención de pilares, principalmente en aquellos casos en que el pilar tenía una corona parcial y el tramo protético muy largo, donde la deformación plástica produjo la fractura de la capa de cemento, o en casos donde el diente pilar no tenía la adecuada longitud, inclinación del tallado y/o paralelismo.
- Fractura de la prótesis por tramos protéticos excesivamente largos, en los cuales las fuerzas incrementales producidas por la elongación, no fueron compensadas por una altura correcta de las coronas, por soldaduras o ajustes de precisión o semiprecisión.
- Fracturas de dientes pilares, principalmente por dientes con endodoncia y perno que servían como pilares. Para evitar esto, se debe preparar el canal adecuadamente y elaborar un collar metálico que circunscriba el diente(7, 8).

3.6.4 Prótesis total y sobredentaduras. En ambos casos se evaluará la necesidad de remonta o rebase por mala relación con los tejidos blandos o por retención de alimentos(10).

En las sobredentaduras se examinará el estado de los pilares en cuanto a: recidiva de caries y circunstancias en que se encuentran los tejidos blandos (inflamación, profundidad de las bolsas, hemorragia al sondaje, exudado, crecimiento gingival o retracciones), así como la habilidad del paciente para realizar la higiene oral.

4. Diagnósticos y pronósticos actuales

Después de evaluar todos los aspectos anteriormente descritos, debemos llegar a un diagnóstico de salud o de enfermedad para cada uno de ellos, que nos permitirá reclasificar al paciente

bajo los parámetros definidos, con lo que se podrá determinar cuándo debe ser la próxima cita de revisión, es decir, si continúa con la periodicidad con que venía o si ésta se debe cambiar.

Muy relacionado con lo anterior está el pronóstico que se le asignará a cada entidad diagnosticada, lo cual influirá en las próximas citas de revisión.

5. Necesidad de nuevo tratamiento

Plantear la necesidad de nuevo tratamiento es en muchos casos aceptar nuestros propios errores. Por eso suele ser difícil hacerlo, pero forma parte de una conducta honesta que debemos tener siempre en nuestra práctica profesional. Pero, por otro lado, es también una conducta necesaria cuando el paciente, por descuido o incapacidad, no ha logrado mantener los niveles de higiene oral que se requieren para continuar en un estado de salud.

Los principales signos de fracaso son:

1. Inflamación recurrente.
2. Aumento en la profundidad de las bolsas.
3. Incremento gradual de la pérdida ósea.
4. Aumento de la movilidad.

Así mismo, podemos agrupar los síntomas más comunes de recidiva de la enfermedad y sus causas, así:

- Aumento de la inflamación: Debido a mala higiene, cálculos, restauraciones defectuosas, enfermedad sistémica que modifica la respuesta del huésped.
- Retracciones: Abrasión por cepillado, enca insertada insuficiente y/o no funcional, retracción progresiva asociada a dificultad de remoción de placa.
- Aumento de movilidad dentaria con cambio radiográfico o sin él: Traumatismo oclusal secundario, bruxismo, mala relación corona-raíz,

mala higiene oral, falta de chequeos periódicos, migraciones dentarias, enfermedad sistémica, restauraciones o prótesis defectuosas o mal diseñadas(11).

6. Plan de tratamiento

Al elaborar un nuevo plan de tratamiento para el paciente de mantenimiento, se deben tener en cuenta los cinco períodos establecidos, ya que son tan válidos e importantes dentro de un razonamiento lógico de trabajo como lo fueron en el tratamiento inicial, y en él se tendrán en cuenta todos los aspectos: periodontal, pulpar, restaurador, ortodóncico y oclusal y de ATM.

7. Barreras psicológicas frente al tratamiento de mantenimiento

Estas ocurren con mucha frecuencia y son en gran parte la causa de que el tratamiento no se realice. Además se presentan, tanto en el odontólogo como en el paciente. Las más comunes son:

7.1 Por parte del odontólogo

1. Gusto solo por lo nuevo.
2. Familiaridad con una situación: no se ven los detalles.
3. Considerar que lo curado ya no cambia.
4. No acepta fallas.
5. Temor a desilusionar al paciente.
6. Culpar siempre al paciente.
7. Falta de autoevaluación.
8. Ser muy conservador en el tratamiento.
9. No incluir el plan de tratamiento de mantenimiento en el presupuesto.

7.2 Por parte del paciente

1. Negativa a dejarse intervenir quirúrgicamente de nuevo.

2. Falta de interés y motivación.

3. No aceptar nuevos costos de tratamiento(18).

8. Sugerencias administrativas

8.1 Archivo

Llevar un archivo de los pacientes de mantenimiento. Este debe contener:

1. Hoja de clasificación del paciente (ver Anexo No. 1).
2. Ficha para próximas revisiones.
3. Hoja de revisión: contiene los datos que se evaluarán en cada cita y los hallazgos.
4. Ficha de instrucciones para el paciente (ver Anexo No. 2).

8.2. Recordatorio de citas

Establecer métodos confiables para recordar las citas:

1. Tarjeta recordativa.
2. Llamada recordatoria.
3. Cita previa una semana antes de la próxima cita(13, 18).

9. Conclusiones

1. El programa de mantenimiento integral forma parte de los programas de prevención (primaria, secundaria, terciaria), siendo éste el terciario: evitar la recurrencia de la enfermedad después de la terapia correctiva inicial.

2. Los componentes básicos de la revisión son:

- a. Examen integral
- b. Control de placa y remotivación de higiene oral
- c. Procedimientos higiénicos: detartraje, alisado radicular y profilaxis

d. Demás procedimientos clínicos en operatoria, prótesis, periodoncia, oclusión, ATM y ortodoncia.

3. El intervalo entre las visitas de mantenimiento depende de muchos factores:

a. Naturaleza y extensión del problema periodontal

b. Tipo de terapia periodontal y restauradora desarrollada

c. Efectividad y frecuencia del control de placa por parte del paciente

d. Rata de formación de cálculos

e. Condición sistémica del paciente y nivel de cicatrización.

4. Varios estudios indican que los pacientes con enfermedad periodontal deben ser revisados aproximadamente cada tres meses después de completada la terapia.

5. Como regla, un programa inicial de cada tres meses puede ser modificado según las necesidades del paciente y puede variar de cuatro semanas a seis meses.

6. Para determinar el período de revisión, el paciente debe clasificarse de acuerdo con el arco que se encuentre en peor estado.

7. Todos los procedimientos de nuevo tratamiento deben enmarcarse dentro de un programa integral contemplando los cinco períodos.

Bibliografía

1. RAMFJORD, S.P. Maintenance care for treated periodontitis patients J. Clin. Period. 14: p. 433-437, 1987.
2. RAMFJORD, S.P. et al. Oral hygiene and maintenance of periodontal support. J. Perio. 53(1): p. 26-30, Jan., 1982.
3. MORRISON et al. The significance of gingivitis during the maintenance phase of periodontal treatment. J. Perio. 53(1): p. 31-34, Jan., 1982.

4. WESTFELT, E. et al. Significance of frequency or professional tooth cleaning for healing following periodontal surgery. J. Clin. Period. 10(2): p. 148-157, March, 1983.
5. AXELSSON, P. and LINDHE, J. The significance or maintenance care in the treatment or periodontal disease. J. Clin. Period. 8(4): p. 281-294, Aug., 1981.
6. LINDHE, J. and NYMAN, S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. J. Clin. Period. 11(8): p. 504-514, Sept., 1984.
7. VALDERHAUG, J. and HELOE, L.A. Oral hygiene in a group of supervised patients with fixed prostheses. J. Perio. 48(4): p. 221-224, April, 1977.
8. NYMAN, S. and LINDHE, J.A. Longitudinal study of combined periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease. J. Perio. 50(4): p. 163-169, April, 1979.
9. BECERRA, F. y ESCOBAR, C. Operatoria dental moderna. 1a. ed. Ed. Gráficas Ltda., Medellín, 1982.
10. BOTERO, A. Período V: seguimiento / mantenimiento, Mimeo, MO 232 Medellín, Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, octubre, 1982.
11. CARRANZA, F. Periodontología clínica de Glickman. 6a. ed. Interamericana. México, 1986.
12. SCHALLHOR, R.G. and SNIDER, L.E. Periodontal maintenance therapy. JADA. 103: p. 227-231, Aug., 1981.
13. BRACKETT, R.C. Periodic recall program. Clin. Dent., Cap. 13: p. 1-9, Harper and Row Publishers, Hagerstown, Maryland, 1977.
14. LINDHE, J. Periodontología clínica, 1a. Ed. Ed. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires, 1986.
15. SHICK, R.A. Maintenance phase of periodontal therapy. J. Perio. 52(9): p. 576-583, Sept., 1981.
16. WALTER, T.M. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. J. Perio. 53(9): p. 539-549, Sept., 1982.
17. RESTREPO, Andrés. Comunicación personal. Universidad de Antioquia, 1989.
18. BECERRA, Fabio. Comunicación personal. Universidad de Antioquia, 1989.
19. CASTAÑO, Héctor Fabio. Comunicación personal. Universidad de Antioquia, 1989.
20. OTALVARO, Norman. Comunicación personal. Universidad de Antioquia, 1989.

21. BECERRA, G. Desórdenes de la ATM: diagnóstico y clasificación. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, 1988.
22. GREENSPAND, D. y otros. SIDA y el problema bucal. 1a ed. Actualidades médico-odontológicas latinoamericanas, 1987.
23. SHAFER, W.G. y otros. Tratado de patología bucal. 4a. ed. México, Ed. Interamericana, Cap. 15 y 16, 1987.
24. ROBBINS, S.L. Patología estructural y funcional. 3a. ed. México, Ed. Interamericana, Cap. 5 y 27, 1988.
25. GREENSTEIN, G. The role of bleeding upon probing in the diagnosis of periodontal diseases. J. Perio. 56 (suppl): 1, 1985.
26. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Proceeding of the world workshop in clinical periodontics. Princeton, N.J., July, 1989.

Marzo 18 de 1991, 50 años de la Facultad de Odontología.

*En dicha fecha se publicará un número extraordinario
de esta Revista.*

*Invitamos a la profesión odontológica
a participar con artículos científicos enviándolos al*

Comité Editorial

antes del 31 de enero de 1991.

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

ANEXO No. 1

Ficha de mantenimiento

Fecha: _____ Historia No. _____

Nombre: _____

Edad _____ Sexo: _____ Teléfono No. _____

Dirección: _____

Tipo de Paciente: _____ Periodicidad revisión: _____

Situación médica actual: _____

Tratamiento odontológico previo: _____

Situación odontológica actual –quejas del paciente–: _____

Indice higiene oral % _____ Motivación: _____

Periodicidad chequeos radiográficos: _____ Tipo Rx: _____

(1) Cambios radiográficos recientes (describa) _____

(2) Cambios clínicos en tejidos dentales, caries, restauraciones defectuosas, fracturas, desgastes, (describa) _____

(3) Cambios clínicos en tejidos periodontales: encía queratinizada, profundidad del surco, retracciones gingivales, nivel de inserción, compromiso de bi o trifurcaciones, movilidad (describa). _____

(4) Cambios clínicos en oclusión y ATM: sintomatología articular o muscular, facetas de desgaste, deflexión, interferencias, sensibilidad (describa).

(5) Diagnósticos actuales.

(6) Pronósticos actuales.

(7) Plan de tratamiento actualizado (describa).

(8) Próxima cita de mantenimiento.

(9) Observaciones especiales.

Estudiante: _____ Firma: _____

Profesor: _____ Firma: _____

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
POSGRADO ODONTOLOGIA INTEGRAL DEL ADULTO
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO INTEGRAL

ANEXO No. 2

Instrucciones para el paciente

Usted acaba de recibir un tratamiento odontológico integral, el cual sin un adecuado Programa de mantenimiento, puede llegar a deteriorarse e incluso a perderse definitivamente.

Para que esto no suceda, es necesario que usted cumpla las siguientes indicaciones:

10. Periodicidad de las citas de revisión:
 - Cada cuarenta y cinco días.
 - Cada tres meses
 - Cada seis meses
 - Cada doce meses

20. Periodicidad de chequeos radiográficos:
 - Cada seis meses
 - Cada doce meses
 - Cada dos o tres años

30. Medidas de higiene oral:
 - Seda dental
 - Enhebradores de seda dental
 - Cepillo dental convencional marca:
 - Cepillo dental interproximal No.
 - Palillos
 - Sustancia reveladora de placa

40. Enjuagues orales:
 - Antisépticos
 - Flúor diario
 - Flúor quincenal
 - Otros enjuagues

50. Utilización de placa oclusal:
 - Diurna
 - Nocturna
 - Permanente

Cuáles: _____

OBSERVACIONES:

RECUERDE: De su responsabilidad al seguir estas indicaciones depende en gran parte su salud oral.

Firma Odontólogo _____ Firma Paciente _____

Firma Profesor _____ Fecha: _____