

# Mantenimiento en Odontología

(\*) Susumu Nisizaki

(\*\*) Gustavo Sales

## Palabras Clave:

- mantenimiento
- prevención
- motivación
- tratamientos complementarios
- personal auxiliar

## INTRODUCCIÓN

Con los buenos resultados en salud bucal obtenidos en algunos países gracias a los programas de mantenimiento, éste ha adquirido una jerarquía particular. Las acciones de mantenimiento son los puntales de la prevención.

La conservación de la salud bucal requiere la participación activa del paciente y del profesional. El primero actúa mediante el autocuidado diario; el segundo lo hace con los controles periódicos y acciones destinadas a combatir factores potencialmente agresivos. Estos aspectos constituyen lo que se llama: "mantenimiento".

Los conceptos generales que se emplean en la asistencia individual tienen especial significación cuando se aplican a grupos. Los procedimientos son los mismos y la mayor cobertura aumenta su repercusión social.

## SUMARIO:

- 1 - ¿Qué se entiende por mantenimiento en odontología?
- 2 - ¿Qué se hace en cada control periódico y cómo se lleva a cabo el mantenimiento?
- 3 - ¿Qué factores determinan la periodicidad del mantenimiento?
- 4 - ¿Qué se entiende por eficacia y productividad en el mantenimiento?
- 5 - ¿Qué disciplinas debo conocer para realizar un buen mantenimiento?
- 6 - ¿Qué valor tiene la consulta interdisciplinaria en el mantenimiento?
- 7 - ¿Qué relación hay entre el mantenimiento y los costos, la complejidad de una rehabilitación y el tiempo invertido?
- 8 - ¿Quién debe hacer el mantenimiento?
- 9 - ¿Qué consideraciones éticas puede plantear el mantenimiento?
- 10 - ¿Cómo se ve el éxito profesional vinculado con el mantenimiento?
- 11 - ¿Cómo se motiva y estimula al paciente para que concurra al mantenimiento?
- 12 - ¿Cuál es el replanteo que debe hacerse el profesional en relación al mantenimiento?

(\*) *Profesor Titular de Clínica de Prosthodoncia Total y Director de la Carrera de Especialista y Maestría en Gerodontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República*

(\*\*) *Coordinador y dictante de cursos para graduados de Periodoncia y de Implantes en UCUDAL.*

## OBJETIVOS

La intención de este artículo es, mediante las respuestas a doce preguntas, contribuir a la formación del enfoque preventivo del odontólogo y a su toma de conciencia sobre la importancia del tema. Sus objetivos son:

1. Definir el rol del Odontólogo general en relación al mantenimiento.
2. Delimitar las áreas de responsabilidad del Odontólogo, personal auxiliar y pacientes.
3. Jerarquizar el mantenimiento como procedimiento fundamental dentro de la odontología preventiva.
4. Analizar cómo se programa el mantenimiento y qué factores determinan su periodicidad.
5. Uniformizar criterios y procedimientos que faciliten la educación de los pacientes y precisión en la comunicación interprofesional.

## 1 - ¿Qué se entiende por mantenimiento en Odontología?

Se entiende por mantenimiento al conjunto de acciones personales y profesionales necesarias para la conservación de la salud bucal de los individuos de la sociedad.

Este concepto destaca que el mantenimiento es responsabilidad del individuo (automantenimiento permanente) y del profesional (mantenimiento periódico). Ambas formas de mantenimiento necesitan un apoyo educativo que tiene que ser reiterado y reajustado a las condiciones del medio y de cada período de la vida.

En muchas circunstancias no se puede pretender mantener la salud, pero sí enlentecer la evolución de los procesos patológicos. Lo mismo ocurre en la edad avanzada donde el equilibrio biológico y psicológico es más inestable y la tendencia al deterioro general hace que la salud también vaya cambiando. Con el mantenimiento no podemos detener este deterioro pero sí enlentecerlo.

El mantenimiento no puede considerarse en forma aislada sino que siempre requiere un diagnóstico previo, hecho durante el control periódico. Hay circunstancias en las que se le da de alta a un paciente pero se sabe que necesitará un mantenimiento específico (por ejemplo: profilaxis) sin necesidad de tener que examinarlo antes.

Al mantenimiento hay que considerarlo en dos situaciones: en el sano y en el enfermo que ya fue tratado. El mantenimiento en el sano consiste en la aplicación de medidas preventivas para las distintas afecciones posibles de la boca. En el enfermo ya tratado el mantenimiento busca evitar la recidiva.

En definitiva, el mantenimiento implica un control periódico en el que se hará un nuevo diagnóstico y pronóstico en ese momento. Si es necesario se hará un nuevo plan educativo, más maniobras clínicas con fines preventivos y se repetirán tratamientos.

Hay que hacer la distinción entre "mantenimiento" y "seguimiento". La información clínica que se acumula a lo largo del tiempo en los sucesivos controles periódicos constituye el "seguimiento" de ese paciente. Permite analizar los cambios ocurridos en las condiciones de salud y en los factores de riesgo durante ese período con el mantenimiento correspondiente. Es un estudio longitudinal del paciente, que integrado con otros casos similares permiten una elaboración intelectual del profesional para sacar conclusiones de aprendizaje. Es la base de la experiencia clínica y del conocimiento que modela la conducta del profesional a lo largo del tiempo. Cuando esta información se reúne con un objetivo y se procesa con método científico, constituye una investigación. El "seguimiento" aporta mucho al profesional, el mantenimiento aporta mucho al paciente.

## 2 - ¿Qué se hace en cada control periódico y cómo se lleva a cabo el mantenimiento?

El control periódico es un examen clínico hecho en lapsos predeterminados, que tiene por objetivo el diagnóstico de la situación, con fines preventivos.

El control periódico permite evaluar la respuesta a los tratamientos efectuados y a las instrucciones impartidas (educación para la salud).

Al analizar los resultados de los tratamientos se compara qué grado de correlación hay entre lo que se observa y lo que se esperaba. Significa entonces un examen con fines comparativos con el momento del alta u otros controles periódicos anteriores.

Al evaluar la respuesta a nuestras instrucciones se ve el grado de colaboración, el interés, y en cierto modo se están observando las fallas del profesional en la enseñanza y la motivación. Este es el momento de modificar la actitud, buscando el procedimiento o las palabras más eficaces para ese paciente, en esa circunstancia.

### Se persiguen dos finalidades:

A) Confirmar la existencia de salud por la ausencia de indicadores tempranos de la enfermedad, disfunción o daño.

B) Detectar condiciones predisponentes para la aparición de alteraciones (determinación de riesgos, anticipación a la enfermedad).

Pero el mayor valor del control periódico es el diagnóstico de los factores de riesgo. El diagnóstico precoz, preventivamente hablando, es tardío pues la enfermedad o lesión ya está instalada. Lo fundamental entonces es diagnosticar los factores de riesgo.

Es en el control periódico que se establecerá el tipo de mantenimiento a llevar a cabo. Será incluido dentro de una rutina general a la que se agregan las indicaciones precisas para ese caso en esas circunstancias (ver anexos).

### En el control periódico el Odontólogo tiene la responsabilidad de:

- 1) Hacer el diagnóstico de la situación actual y compararla con la que había al final del tratamiento activo.
- 2) Determinar las necesidades de mantenimiento (acciones específicas).
- 3) Coordinar la derivación al personal auxiliar o al especialista.
- 4) Determinar los riesgos y el lapso hasta el próximo control.

El control periódico debe realizarse con un orden preestablecido siguiendo una rutina general y, si es pertinente, también una específica. Del examen surgirá el tipo de mantenimiento que requiere cada paciente.

Para la evaluación clínica que definirá el mantenimiento, debe tenerse un programa de actividades que nos ayudará a que éste sea eficaz y completo. En términos generales puede constar de: a) anamnesis, b) examen clínico, c) examen radiográfico.

■ Para la anamnesis se podrán programar una serie de preguntas generales como por ejemplo: ¿Cómo se siente con su boca?, ¿ha tenido algún problema en ella?, ¿mastica bien?. También pueden surgir preguntas más específicas vinculadas con el tratamiento anterior e indicadas en la ficha para investigar en el próximo control, como por ejemplo: ¿va recuperando el sabor de los alimentos con el cepillado de la lengua?, ¿volvió a sangrarle la encía en algún sitio al cepillarse?, ¿apareció alguna sensibilidad cuando bebe líquidos?.

■ Si bien lo ideal sería hacer un examen general rutinario de todos los componentes de la boca, no hay que olvidar que este paciente ya fue examinado detenidamente al ingresar. Hay que considerar cuánto hace que se le examinó por última vez. Por lo tanto se sigue una rutina que deberá incluir además de los datos destacados en la ficha, los nuevos que puedan surgir de la anamnesis actual.

**Se sugiere este plan:**

- Considerar si hay cambios en el estado de salud general que puedan tener vinculación con salud bucal (enfermedades, medicamentos).
- Examen de tejidos blandos en general.
- Examen de los dientes remanentes: lesiones cariosas, zonas desmineralizadas, fracturas, bruxofacetas, estado de obturaciones.
- Evaluación de la placa bacteriana en dientes y mucosas.
- Examen periodontal: bolsas, sangrado, movilidad, migraciones.
- Oclusión: cambios en las relaciones oclusales, disfunciones (articulación temporomandibular y del sistema neuro muscular), eficacia masticatoria. En niños se controla además la secuencia eruptiva, la evolución, el desarrollo de la oclusión y los malos hábitos.
- Evaluación funcional e iatrogénica de prótesis fijas y removibles. En las removibles observar estabilidad, retención, medios de anclaje, oclusión, higiene (placa microbiana protética). Examen de las brechas.
- Evaluación del programa preventivo que está aplicando el paciente (flúor, control de dieta, etc.) de acuerdo a sus propias necesidades.
- Evaluación de los factores de riesgo: zonas desmineralizadas, caries radiculares, disminución de saliva, tratamiento ortodóncico.
- Radiografías necesarias con fines de diagnóstico y estudio comparativo.

Del examen clínico y los complementarios surgirá el tipo de mantenimiento requerido para ese paciente en ese momento, que se llevará a cabo de acuerdo con rutinas preestablecidas (ver anexos).

Al final se debe realizar una síntesis y poner énfasis en los factores de riesgo, hábitos nocivos y en cómo el paciente debe colaborar en la periodicidad de sus controles.

### 3 - ¿Qué factores determinan la periodicidad del mantenimiento?

Mantenimiento significa conservar la salud. Es una acción preventiva. El paciente está sano pero puede tener riesgos. El mantenimiento procura evitar que esos riesgos provoquen patologías. Las acciones de mantenimiento se dirigen a modificar las situaciones de riesgo.

La frecuencia del mantenimiento se establece según dos aspectos: el pronóstico y el riesgo. A peor pronóstico y mayor riesgo: mayor frecuencia. Cuanto más comprometido es el pronóstico, el mantenimiento debe ser más severo en nuestras exigencias; debemos trabajar mucho en motivación e incentivación, en lapsos cortos de con-

trol periódico y mantenimiento.

Pronóstico y riesgo son dos conceptos diferentes, que pueden confundirse. Ambas son predicciones y como tales tienen un amplio margen de posibilidades de error, al ser aplicadas en ciencias no exactas.

Pronosticar es adelantarse a los acontecimientos que se van a producir. Hay una base experimental que asegura un cierto grado de confianza para que lo predicho ocurra. La repetición de situaciones anteriores que siempre condujeron al mismo desenlace permite tener un grado de confiabilidad en el pronóstico. Si las condiciones se mantienen ocurrirá tal cosa. Si las condiciones fueron bien evaluadas y las variables están controladas, el fenómeno debe necesariamente ocurrir. Las fallas en que ello suceda son imputables a errores en el procedimiento. Un pronóstico científicamente establecido, que se base en un buen análisis de la situación y en la completa evaluación de las variables que influyen y de sus consecuencias, no puede fallar. El pronóstico puede ser bueno, malo o dudoso.

El riesgo es la mayor o menor chance de que ocurra un daño o fenómeno indeseado. En la noción de riesgo está implícito que la consecuencia es mala. No se habla de riesgo de que ocurra algo bueno. El otro atributo del concepto de riesgo es que se trata sólo de una posibilidad de que algo ocurra,

no de una seguridad. En algunas situaciones similares ha ocurrido tal consecuencia, por ende en esta también podría ocurrir, pero no necesariamente. Se aplica sobre todo en las situaciones en que hay muchos factores influyendo simultáneamente sobre un fenómeno, lo que da mayor incertidumbre sobre lo que ocurrirá. Si las condiciones se mantienen puede ocurrir tal cosa. El riesgo se puede cuantificar.

El intervalo entre una sesión de mantenimiento y la siguiente es el lapso que el profesional debe establecer de acuerdo a su evaluación del o los riesgos que estime que tiene el paciente. No hay reglas estrictas. La vieja idea de "visita al dentista cada seis meses" no tiene apoyo científico pero puede ser útil en campañas de educación colectiva. Era una falsa generalización que omitía el carácter individual de las acciones de salud. Se trata de personalizar los tratamientos de acuerdo a las necesidades de cada uno, basándose en el riesgo.

El riesgo de enfermar es una predicción que el profesional hace luego de considerar una serie de factores etiológicos vinculados con las posibles afecciones bucales. Trata de determinar si en ese individuo están presentes factores etiológicos predisponentes y qué grado de influencia pueden tener. Esto ocurre en el período previo a la aparición de las lesiones. La determinación de

los riesgos es una anticipación a la enfermedad. Exige del profesional un mayor refinamiento en los procedimientos de diagnóstico, pues se investigan factores predisponentes antes de que aparezcan síntomas y signos. El principal instrumento es la historia clínica del paciente.

Hay períodos en la vida que por distintas razones el riesgo cambia. La niñez, el embarazo, la vejez, el divorcio, la viudez, una internación, los accidentes, aumentan el riesgo de caries y enfermedades periodontales. Los cambios en la boca (factores locales) también modifican en más o en menos el grado de riesgo (ver apéndice). Es necesario actualizarlo constantemente y esta es una de las finalidades del control periódico. Pero con frecuencia ocurre que durante una sesión de mantenimiento se determina la necesidad de tratar algún problema surgido. En el paciente sano, la aparición de algún factor de riesgo (comienzo de tratamiento ortodóncico, cambio de dieta, hiposecreción salival medicamentosa) puede requerir tomar decisiones de cambio en el programa de mantenimiento, variando las acciones y/o la frecuencia. El mantenimiento es un proceso dinámico que se retroalimenta. Por lo tanto es susceptible de ajustes sobre la marcha para adecuarse a las necesidades cambiantes del paciente. La decisión de cambio más común es sobre el lapso entre las sesiones. Cuando varían las condiciones locales o generales del paciente y se percibe algún cambio en el estado de equilibrio del huésped con el medio ambiente, es necesario ajustar la frecuencia aconsejable del mantenimiento (acortar el lapso).

Otra variable que define la modificación del lapso es nuestro cambio conceptual y filosófico. Podemos llegar a no estar de acuerdo con lo que nosotros mismos hicimos hace unos años. Esto nos lleva a tener más vigilancia sobre esos tratamientos, que hoy vemos con otro enfoque.

La implementación de un buen programa de mantenimiento puede mejorar sustancialmente el pronóstico. Su importancia entonces es fundamental.

El diagnóstico integral conduce a un pronóstico y a un plan de tratamiento. El paciente y el entorno psico socio cultural nos presionan a realizar tratamientos con garantía de éxito a largo plazo. Cuando el pronóstico es dudoso, hay que discutirlo con el paciente. Tal vez sea necesario cambiar el plan primario para modificarlo por otro menos riesgoso por que el paciente así lo prefiere.

#### 4 – ¿Qué se entiende por eficacia y productividad en el mantenimiento?

La eficacia de una acción se mide por su rendimiento. Es el grado en que se logró el objetivo propuesto para esa acción. Si el objetivo del mantenimiento es la conservación de la salud, su eficacia se debe medir por el tiempo en que ella se conserva. Inversamente, el deterioro en las condiciones de salud, en un paciente que ha cumplido con un programa de mantenimiento, indica las fallas en el diagnóstico etiológico de la afección o en su tratamiento y por ende en la ineficacia de las acciones que se realizaron.

Un concepto asociado es el de costo – eficacia, esto es la relación entre lo que se hace y lo que se logra. Por ejemplo, el tiempo y los recursos necesarios para evitar la aparición de lesiones cariosas. La relación costo – beneficio implica aún más que el exclusivo efecto de la acción realizada. El confort o la significación social o psicológica de un paciente que se siente seguro con sus dientes o con su rehabilitación protésica, es mucho más que la simple comodidad o ausencia de molestias masticatorias. El beneficio es un juicio de valoración individual, variable de persona a persona de acuerdo al grado de importancia que socio – culturalmente le asigne a la salud de su boca.

#### 5 – ¿Qué disciplinas debo conocer para realizar un buen mantenimiento a mis pacientes?

La salud bucal es integral; para conservarla hay que conocer todas las disciplinas de la Odontología y enfocar el problema con criterio global. El mantenimiento no es tarea de especialista, es responsabilidad del Odontólogo General. Su formación curricular, más la educación continuada y la experiencia que irá adquiriendo, le darán el soporte para ir haciendo un mantenimiento cada vez más eficaz y específico.

Para el mantenimiento, el profesional debe dominar los conocimientos básicos sobre las enfermedades bucales y sobre todo, su etiología. Para hacer mantenimiento en cariológia hay que conocer etiología, patología, técnicas preventivas y apoyarnos además en ciencias del comportamiento, ciencias de la comunicación y sicología.

El mantenimiento en portadores de prótesis fijas o removibles, no requiere conocimientos especiales. Hay que enseñar a los pacientes a controlar la placa de su boca y de su prótesis. El resto de las indicaciones de mantenimiento son maniobras comunes. Ej.: rebasados, ajuste oclusal, etc. (Anexos I y II).

Se pueden plantear situaciones particulares que hacen que el Odontólogo general deba realizar una consulta con un especialista. Son circunstancias menos frecuentes y esas consultas se tornarán menos necesarias con la capacitación que irá adquiriendo el mismo Odontólogo.

#### 6 – ¿Qué valor tiene la consulta interdisciplinaria en el mantenimiento?

Si el paciente está sano y se trata de mantener esa salud, el práctico general actualizado está en condiciones de organizar un programa de mantenimiento con prevención total de posibles afecciones. Debe estar capacitado para diagnosticar los factores de riesgo que si no se dominan pueden conducir a la aparición de procesos patológicos. Este diagnóstico de los factores de riesgo es más difícil de realizar que el diagnóstico de las enfermedades, pues aquí todavía no hay síntomas ni signos. Es una anticipación basada en el análisis de los factores predisponentes que debe ser hecha por el Odontólogo general, pero si tiene dudas, planteará la consulta interdisciplinaria con especialistas, de acuerdo a su criterio y responsabilidad profesional. Aunque parezca contradictorio, el Odontólogo general debe saber más, para poder derivar al especialista con un diagnóstico presuntivo para que lo confirme o no.

Si el paciente estuvo enfermo y fue tratado, conviene que el mantenimiento sea realizado por el mismo profesional especializado que le trató la enfermedad. Esto requiere buena coordinación y clara delimitación de funciones entre los distintos odontólogos tratantes. El práctico general puede hacer el mantenimiento de algunos aspectos de la salud de ese paciente mientras que otros serán controlados por los especialistas correspondientes. Si no están claramente delimitadas las responsabilidades de cada uno, hay riesgo de que uno por el otro dejen de hacer el mantenimiento necesario o por el contrario éste se repita sin necesidad. Es un hecho frecuente que el profesional se dedique a controlar una determinada afección o un determinado sitio problema de la boca de un paciente y descuide otros. El problema del paciente es éste y los demás se olvidan. Este es uno de los riesgos de la especialización.

En resumen, la consulta interdisciplinaria debe realizarse cuando el profesional tiene dudas o el paciente ha sido tratado por un especialista. Debe ser una "costumbre" a incorporar a la rutina de trabajo pero con equilibrio, sin hacer abuso de la derivación. Tenemos que reconocer nuestras limitaciones y posibilitar así una mejor asistencia a nuestros pacientes. El objetivo es optimizar el diagnóstico, el tratamiento y la prevención para mejorar o mantener la

## 7 – ¿Qué relación hay entre mantenimiento y los costos, la complejidad de una rehabilitación y el tiempo invertido?

Cuando se requiere una rehabilitación compleja es porque hay muchas necesidades de tratamiento acumuladas, lo que con frecuencia se debe a un cierto grado de abandono (desmotivación). Otras veces ocurre por accidentes o deterioros súbitos de prótesis (fracturas). Cuando el paciente se decide por una rehabilitación larga, compleja y costosa por lo general tiene un mayor interés por la salud. La decisión de tratarse lleva a un cambio de actitud que se traduce por una valoración diferente de la salud y el deseo de mantenerla. Esto determina que se acepte con interés el programa de mantenimiento que al final se le proponga.

El tiempo clínico que insume el tratamiento rehabilitador permite un mayor contacto entre paciente y profesional que resulta en una mejor información, una mayor "cultura" odontológica de aquel, lo que aumenta la valoración y autoestima por su boca.

El curso del tratamiento mostrará al paciente muchos aspectos de su boca que hasta ese entonces le eran desconocidos. El tratamiento es una oportunidad educativa. La progresiva mejoría que irá experimentando será un factor importante de incentivación que es la base del mantenimiento. El tratamiento tiene un aspecto educativo inherente. El paciente "vive" las distintas etapas y de acuerdo a la solvencia y dedicación que le profesional demuestre, irá instruyéndose en relación a su boca. Es imposible motivarse por lo desconocido.

Al mismo tiempo que se define un tratamiento hay que estudiar las posibilidades de mantenimiento posterior. Esta posibilidad debe vincularse a varios factores:

- a) Grado de motivación y colaboración en el automantenimiento.
- b) Condiciones psicomotrices personales.
- c) Ubicación de las piezas en la boca.
- d) Ubicación geográfica del paciente con respecto al centro de asistencia.
- e) Hábitos alimenticios, etc.

Sin embargo, muchas veces nos olvidamos del mantenimiento y planificamos nuestras rehabilitaciones estéticas, complejas, costosas, que insumen muchas horas de trabajo, pero con la desventaja sobregregada del difícil mantenimiento. Es muy corriente que nos encontremos con prótesis fijas o removibles que no previeron o facilitaron el futuro mantenimiento. Por esta razón, la filosofía de mantenimiento no debe faltar en todo "diagnóstico, pronóstico y tratamiento".

## 8 - ¿Quién debe hacer el mantenimiento?

Según las necesidades del paciente, el mantenimiento lo debe realizar el Odontólogo o su personal auxiliar (Higienista dental). Si el riesgo prioritario es de caries o de enfermedades periodontales (asociadas a la placa microbiana), las acciones de mantenimiento las puede realizar la Higienista. No solo la limpieza mecánica profesional sino también el refuerzo de motivación para la salud. Si el riesgo es protésico, es el Odontólogo quien debe actuar.

En el mantenimiento se pueden identificar tres áreas bien definidas: la del Odontólogo, la de la Higienista y la administrativa.

En el control periódico el Odontólogo tiene la responsabilidad de diagnosticar la situación actual y determinar el tipo necesario de mantenimiento así como quién debe hacerlo (él mismo o delegar en personal auxiliar). Una vez hecho el diagnóstico e indicado el plan de tratamiento, el Odontólogo no tiene porqué hacerlo todo él mismo.

Son acciones de mantenimiento de responsabilidad del Odontólogo: el ajuste oclusal, el rebasado, el recambio de attaches, activar retenedores, raspaje radicular, etc y la información preventiva pertinente (anexos 1 y 2).

La limpieza dentaria profesional, el control de placa microbiana, el refuerzo de motivación y la educación para la salud, pueden ser realizados por la Higienista Dental. En tratamientos ortodóncicos se pueden dar acciones coordinadas de mantenimiento, realizadas por el Odontólogo y el personal auxiliar. Lo ideal es trabajar en equipo, en el que la Higienista Dental tenga un área específica de responsabilidad, con el entrenamiento adecuado.

Dentro de un plan organizado de mantenimiento, hay una tarea administrativa, como puede ser la cita recordatoria para el control periódico, que debe ser hecha por el personal auxiliar.

Encauzado así el mantenimiento, tiene varios puntos a su favor: distribución de tareas y responsabilidades, jerarquización profesional del personal auxiliar, reducción de sobrecarga del Odontólogo, adecuado servicio de mantenimiento y disminución de costos. Recordarle siempre al paciente que el mantenimiento es una actitud compartida: su automantenimiento diario más el periódico profesional.

## 9 - ¿Qué consideraciones éticas puede plantear el mantenimiento?

El mantenimiento, se apoya en bases científicas sólidas. En rehabilitación y prostodoncia se dirige a restauraciones, donde los deterioros a veces son más visibles. Es decir, que la convicción científica de que el mantenimiento es algo útil e imprescindible, garantiza la tranquilidad ética de indicar una acción de mantenimiento. Esto significará más trabajo en prevención y menos en restauración.

Al iniciar la asistencia de un paciente, el Odontólogo está adquiriendo un compromiso profesional respecto a la conservación de su salud bucal. No cumplir con el mantenimiento es una falta de ética ya que siempre se debe planificar lo mejor para el paciente.

El mantenimiento sostenido implica un compromiso para el profesional pues es responsable de mantener la salud de ese paciente que cumple periódicamente con el mantenimiento. No se tiene la excusa del incumplimiento para justificar el fracaso que la recidiva implica.

La historia y el presente estimulan a cambiar en innumerables acciones clínicas y aspectos filosóficos. El estudio permanente y la educación continuada van cambiando la forma del ejercicio profesional.

A pesar de todo, en algunos pacientes es difícil conseguir colaboración tanto para el automantenimiento como para la concurrencia a los controles periódicos. Esto es un reto a vencer. Lo difícil es llegar a la situación de equilibrio para cada paciente. Algunos fracasos no son por falla de nuestros pacientes, sino por nuestras limitaciones personales naturales en promoción de salud, etc. Esos pacientes deberían ser derivados a otros colegas más capacitados en esas áreas.

Los consultorios organizados pueden tener un sistema de control periódico que cite al paciente en el momento indicado. Pero esto puede llegar a ser o significar "sobrepotección", al punto que el propio paciente no muestre su propia preocupación en su salud; por lo tanto transfiere la total responsabilidad al profesional, cosa que no es adecuada. Debe estimularse la responsabilidad individual por el autocuidado en justo equilibrio con las tareas profesionales. Por eso nuestra responsabilidad deberá apuntar a incentivar la autoestima y dentro de ella su salud bucal, con todo lo que ello representa. La definición del perfil psicológico del paciente es lo que permitirá emplear los procedimientos más adecuados en un mantenimiento eficaz, pues de alguna manera demuestra sus intereses, preocupaciones, temores y su valoración bucal.

La experiencia nos enseña que no alcanza con educar y motivar, sino que intervienen otros factores o cualidades que el paciente ve en nosotros. Estos pueden ser: imagen profesional, profesionalismo, organización, antecedentes, etc., que de alguna forma conjugan el perfil que el paciente tiene de su Odontólogo. La integración de ambos perfiles psicológicos, puede conducir a un mantenimiento exitoso.

Esa imagen profesional y los argumentos que se le aporten son factores que motivarán al paciente hacia cambios de conducta beneficiosos. La motivación está ligada a la comunicación positiva que se establece entre el Odontólogo o su personal auxiliar y los pacientes. Dependerá de la manera inteligente, racional, programada como se haya establecido. Importan también los gestos, la sinceridad, humanidad y hasta la forma humilde o aún imperativa como se planee la información. Esta debe ser con lenguaje claro y entendible para cada paciente.

En resumen: la falta de concurrencia a los controles periódicos es un hecho reiterado en casi todos los consultorios. Son muchos los factores que inciden y poca la capacitación que tenemos para evitarlo. La motivación y la incentivación son los mecanismos que debemos implementar para lograr nuestro objetivo. Motivar es dar las razones (motivos) por los cuales se aconseja el cambio de conducta. Incentivar es estimular (positivamente) hacia ese cambio de conducta. En los controles periódicos, se debe incentivar destacando los logros obtenidos.

Nuestro fracaso no debe trasladarse sistemáticamente al paciente, como solemos hacerlo. También nosotros tenemos nuestras falencias y responsabilidades, por nuestras carencias técnicas de la comunicación. Otras veces el propio profesional no está convencido de las bondades del mantenimiento.

## **12 – ¿Cuál es el replanteo que debe hacerse la profesión en relación al mantenimiento?**

El trabajo "curativo" profesional predispone al descuido de la prevención, la educación para la salud y del mantenimiento. Varias razones explican esto:

■ Equivocadamente la profesión considera poco lucrativos la prevención y el mantenimiento. Se arancelan bajo o no se cobran, con lo cual se llega a un desinterés por aplicarlos. El profesional puede producir una obturación bien remunerada en el mismo tiempo clínico que dedicaría a prevención y mantenimiento mal remunerados. La elección es obvia. Pero es responsabilidad de la profesión cambiar ese enfoque si se tiene bien entendido el concepto de odontología para la salud. No por eso la situación económica del profesional se verá comprometida. Si se equipara el honorario de prevención con el de tratamiento, no hay razón para que haya diferen-

cia. Si la hubiera sería en beneficio de la prevención sobre la asistencia ya que es preferible pagar por mantener la salud (con procedimientos sencillos, "no invasivos") que pagar por restaurar lo que la enfermedad produjo. Las personas con buena autovaloración de la salud, aprecian este enfoque, lo aceptan y reconocen al profesional por el servicio que reciben. Las acciones preventivas y dentro de ellas el mantenimiento, prestigian al profesional. Pero no se puede esperar que todas las personas capten y valoren este enfoque; será un lento proceso de cambio, del cual es responsable la profesión y que ocurrirá tanto más rápido como el Odontólogo se lo replantee y lo ponga en práctica. Este cambio tiene que ocurrir a partir de: El Ministerio de Salud, la formación universitaria, la educación continua y la propia presión de los pacientes por mantener su salud.

Mientras la profesión tenga trabajo restaurados lucrativo, las acciones preventivas y conservadoras de la salud se desarrollarán poco.

■ El profesional joven, formado para una actividad restauradora (rehabilitadora), no aplica la prevención y el mantenimiento en la medida que podría hacerlo, desperdiciando así una fuente laboral muy importante y de alto rendimiento de salud para sus pacientes. En esto influye la formación universitaria que no jerarquiza el mantenimiento de la salud.

■ En general, las tareas de mantenimiento son más simples que las restauradoras por lo que el profesional las menosprecia. Por esta razón, en la prevención, el Odontólogo no puede dar rienda suelta a toda su formación técnica ni al despliegue de su habilidad manual. Su primer pensamiento es "todo lo que estudié y practiqué y ahora estoy haciendo educación para la salud, conversando con el paciente". Sin embargo lo ideal es que el mayor número de horas anuales esté dedicado a la prevención y al mantenimiento. Esto enfatiza la importancia de la delegación de funciones en el personal auxiliar. Pero en nuestro país la realidad es otra. Especialmente en servicios colectivos la demanda de tratamientos curativos relega a la prevención y al mantenimiento. El mayor porcentaje de horas está dedicado al tratamiento con fines de cura o limitación del daño.

Hay contradicción entre la formación del Odontólogo y el enfoque de la odontología actual. Esto obliga a un profundo replanteo per-

## SUMMARY

With the good results obtained in oral health in some countries, thanks to maintenance programmes, this one has acquired a particular hierarchy. Maintenance actions are the basis of prevention.

Oral health preservation requires the active participation of the patient and the professional. The patient plays his role by means of his daily self-maintenance and the dentist does it through a programmed recall system and actions to fight against aggressive potential factors. These aspects are part of what is called "maintenance".

Its real importance can be observed when these procedures have a thorough coverage, and also enhance the social effect.

The purpose of this article is to answer twelve questions contributing in this way with the development of the general practitioner's preventive focus and also making people aware of the importance of this subject. Its objectives are the following:

- 1) Define the general dentist's role related to maintenance.
- 2) Establish the frontiers of the responsibilities of the dentist, hygienist, dental assistant and also patients.
- 3) Make maintenance hierarchical as a fundamental procedure within preventive dentistry.
- 4) Analyze how maintenance is programmed and what risk factors determine its periodicity.
- 5) Standardize criteria and procedures that make patients' education easier, as well as precision concerning interdisciplinary communication.

a

# ANEXOS

Los siguientes anexos son ejemplos de rutinas que ayudarán al profesional a la ejecución del control periódico y al mantenimiento de la salud bucal de sus pacientes. Son listas resumidas para su aplicación con sentido ergonómico.

n

Cada odontólogo deberá adaptarlas a su filosofía profesional, al lugar donde desempeñe su trabajo (entorno), al tipo de pacientes que atiende, al tipo de práctica que desarrolla y sobre todo a la persona a quien se vayan a aplicar. Estas rutinas dan eficiencia y por lo tanto también productividad, lo que es importante en la práctica privada pero aún más en los servicios de asistencia colectiva.

e

## Anexo 1

### MANTENIMIENTO

#### Rutina de Profilaxis

X

- Teñir todo con revelador de placa y lavar.
- Mostrar distribución de la placa.
- Hacer repaso de higiene (control de higiene interdientaria, control de cepillado) según las necesidades individuales. Indicar zonas de riesgo. Dar diagrama indicativo (dibujo de las arcadas dentarias con flechas indicadoras en los sitios problema).
- Profilaxis subgingival.
- Detectar y registrar sitios inflamados (sangrado).
- Revisar las superficies dentarias en busca de lesiones cariosas iniciales.
- Pulir los dientes con copas o cepillos y pasta fluorada.
- Aplicar barniz fluorado en áreas sensibles o de riesgo de caries.
- Eliminar todas las manchas de revelador de placa.
- Hacer enjuagatorio de Flúor /más de un minuto.
- Recetar enjuagatorios fluorados (cuando corresponda). Explicar su uso y el porqué.

O

#### Recursos extra:

S

- Que haga cepillado a fondo en el consultorio y luego revelar la placa.
- Mostrar la placa remanente.
- Destacar la importancia del uso del hilo o cepillo interdientario
- Programa intensivo de limpieza dentaria profesional.
- Test de Axelsson.
- Quimioterapia de la placa.

a

n

e

x

o

s

**Anexo 2****MANTENIMIENTO****Ejemplo:****Rutina de mantenimiento para sobredentaduras.  
Diagnóstico e indicaciones.**

1. Diagnóstico de higiene.
  - a. En higiene de zonas dentadas, proceder igual que anexo 1.
  - b. En higiene de mucosas de soporte y lengua, también mostrar o teñir la placa microbiana.
  - c. En higiene de prótesis: mostrar la placa microbiana protodóntica y el sarro.**Indicaciones:** higiene buco - protética integral, control de dieta, remotivación.
2. Diagnóstico de la prótesis en uso.
  - a. Examinar la relación de la base protética con los tejidos de soporte mediante rebasados de diagnóstico ( a presión de mordida), con pasta indicadora de presión o siliconas livianas o alginato fluido. La cantidad y distribución del material de rebasado de diagnóstico definirá la necesidad de rebasado definitivo.
  - b. Estudiar elementos mecánicos de retención de la sobredentadura.  
**Indicaciones:** ajustar retenedores, recambio de hembras o machos.
  - c. Examen de elementos de retención magnética.  
Diagnóstico de fallas de coaptación entre tapas y magnetos mediante rebasado con silicona.  
**Indicaciones:** optimizar la relación de tapas de pilares con minimagnetos de la prótesis.
  - d. Examen de la condición periodontal de los dientes pilares para determinar el posible cambio de función y así aumentar su vida útil o bien decidir una eventual inmersión.  
**Indicaciones:** tratamiento periodontal, eliminación de la función de retención mecánica y conservación de la función de soporte de los pilares de la sobredentadura.
3. Oclusión  
  
Estudiar la oclusión en céntrica y excéntricas mediante papel de articular, etc. Definir el tipo de mantenimiento, por ejemplo: ajuste oclusal, mejorar canales de escape, indicar recambio de dientes artificiales, etc.
4. En caso de ser necesario: derivación y consulta interdisciplinaria. Ejemplo: re –evaluación periodontal.
5. Indicaciones finales  
  
Hacer especial énfasis en factores de riesgo. Indicar Flúor, establecer fecha del próximo control.

a

n

e

x

o

s

**Anexo 3****EXAMEN EXTRAORAL**

Cara

**A.T.M.**

- PALPACIÓN

Dolor  
Resaltes- RUIDOS  
- APERTURA BUCALLimitación  
Trayectoria**S.N.M.**

- PALPACIÓN

Maseteros  
Temporales  
Otros**GLÁNDULAS****EXAMEN INTRAORAL**

Mucosas

Labios  
Mejillas  
Paladar  
Piso de boca  
Lengua**OCLUSIÓN**OC = RC  
Tipo oclusal  
Contactos en lateralidades  
Contactos en protrusión  
Malposiciones  
Migraciones  
Bruxofacetas  
Disfunciones**CARIES**CPO- S  
Actividad  
Dieta  
Riesgo**SALIVA**

Secreción

**IATROGENIAS****PERIODONCIA**Inflamación  
Movilidad  
Nivel de placa

a

n

e

x

o

s

Nivel de sarro  
PITN

#### ACCIONES PREVENTIVAS

Flúor

#### ACTITUD PSÍQUICA

Interés  
Deseo  
Enfoque

### Anexo 4

## RUTINAS DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN EL PACIENTE REHABILITADO

### Enfoque etiológico

#### 1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

CONTROL DE LA EVOLUCIÓN POST – TRATAMIENTO

Caries  
Enfermedades periodontales  
Disfunciones  
Otros procesos  
Énfasis en los sitios de riesgo

#### 2. ACCIONES SOBRE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS PRESENTES

Caries  
Enfermedades periodontales  
Disfunciones  
Otros procesos  
Énfasis en los factores predisponentes

#### 3. CONTROL Y AJUSTES PROTÉSICOS

Prótesis fija:

Cementado de pilares  
Movilidad  
Desgaste oclusal  
Higiene

Prótesis removible parcial y completa:

Estabilidad  
Retención  
Lesiones paraprotéticas  
Higiene  
Desgaste dentario

a

n

e

X

O

S

**Anexo 5****CARIOLOGÍA****CONTROL**

- DIETA Evaluación de la frecuencia de ingesta de glúcidos
- HUESPED Cambios en la secreción salival.  
Uso de Flúor
- PLACA Control inespecífico del total.  
Higiene personalizada.  
Higiene dedicada a los sitios de riesgo.  
Frecuencia y oportunidad de la remoción de la placa.  
Criterios para su adecuación al caso.
- **Actividad de caries.** Búsqueda de lesiones incipientes o manchas.
- **Riesgos.**                      Reevaluación de los sitios

**MANTENIMIENTO**

- Limpieza profesional (profilaxis)
- Remotivación para el autocuidado.
- Determinación del lapso

**Anexo 6****ENFERMEDADES PERIODONTALES****CONTROL**

- Síntomas
- Placa Cantidad, distribución, velocidad de formación
- Inflamación Sitios de sangrado
- Bolsas Progresión de la profundidad  
Actividad o inactividad  
Depósito sobre la pared radicular
- Movilidad
- Factores Cambios ocurridos desde la sesión anterior  
sistémicos.
- Riesgos Re – evaluación de los sitios.

**MANTENIMIENTO**

- Limpieza profesional (profilaxis)
- Raspaje subgingival
- Re – tratamiento quirúrgico
- Re – motivación sobre autocuidado
- Determinación del lapso

a

**Anexo 7****DISFUNCIONES OCLUSALES****CONTROL**

- Síntomas
- Sistema neuromuscular. Bruxismo.
- Trauma periodontal. Movilidad.
- A.T.M.
- Eficacia masticatoria
- Función oclusal
- Abrasiones

**MANTENIMIENTO**

Ajuste oclusal: dientes naturales y prótesis  
Ajuste de férula oclusal

n

**Anexo 8****ORTODONCIA****CONTROL**

- Placa microbiana
- Inflamación gingival
- Bandas descementadas
- Higiene de los aparatos móviles
- Disfunciones oclusales

**MANTENIMIENTO**

Limpieza profesional (profilaxis)  
Remoción de iatrogenos

e

x

o

**Anexo 9****ENDODONCIA****CONTROL**

- Síntomas y signos
- Radiografías

**MANTENIMIENTO**

Seguimiento  
Re – tratamiento endodóncico.  
Apicectomía.

s

a

n

e

X

O

S

**Anexo 10****LAPSOS SUGERIDOS**

El lapso (intervalo entre dos sesiones consecutivas de mantenimiento) se fija sobre la base del riesgo. El riesgo es un factor cambiante durante la vida del paciente por lo tanto, los lapsos deben modificarse periódicamente de acuerdo a las necesidades del individuo en ese momento. Una persona puede tener en su boca un solo sitio de riesgo. El mantenimiento será específico (en lapso y en acciones) para las necesidades de ese sitio. El sitio de mayor riesgo define la fecha del próximo control.

	<b>RIESGO</b>	<b>LAPSO</b> (meses)
CARIES	ALTO	4
	MEDIO	6
	BAJO	12
ENFERMEDADES PERIODONTALES	ALTO	2
	MEDIO	3 - 4
	BAJO	12
DISFUNCIONES	ALTO	4
	MEDIO	6
	BAJO	12
PRÓTESIS	ALTO	3
	MEDIO	6
	BAJO	12