

**“COMPARACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LOS CRITERIOS CLÍNICOS
ACTUALES DE EVALUACIÓN Y REVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL
UTILIZADOS POR LOS DOCENTES DE LA DISCIPLINA DE PERIODONCIA DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA”**

Tesis presentada por:

CARMEN MARÍA DEL VALLE PEDROSO

Ante el Tribunal Examinador de la Facultad de Odontología de la Universidad de
San Carlos de Guatemala, que practicará el Examen General Publico, previo a optar al
título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Noviembre de 2016

**“COMPARACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LOS CRITERIOS CLÍNICOS
ACTUALES DE EVALUACIÓN Y REVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL
UTILIZADOS POR LOS DOCENTES DE LA DISCIPLINA DE PERIODONCIA DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA”**

Tesis presentada por:

CARMEN MARÍA DEL VALLE PEDROSO

Ante el Tribunal Examinador de la Facultad de Odontología de la Universidad de
San Carlos de Guatemala, que practicará el Examen General Publico, previo a optar al
título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Noviembre de 2016

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Edwin Oswaldo López Díaz
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Vocal Tercero:	Dr. José Rodolfo Cáceres Grajeda
Vocal Cuarto:	Br. José Rodrigo Morales Torres
Vocal Quinta:	Br. Stefanie Sofía Jurado Guilló
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL Y PÚBLICO

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. David Estuardo Castillo Hernández
Vocal Segundo:	Dra. Mariela Orozco Toralla
Vocal Tercero:	Dr. José Manuel López Robledo
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por haberme dado el más grande regalo, la vida y por poner en mi camino a todas aquellas personas que han enriquecido mi vida. Por darme la fuerza y por permitirme culminar mi carrera universitaria con éxito.

A LA VIRGEN MARÍA

Gracias Madre por el ejemplo de mujer que eres en mi vida y por interceder por mí.

A MIS PADRES

Ricardo Francisco Javier del Valle Pellecer y Carmen Inés Pedroso Lage de del Valle. Gracias por su esfuerzo, entrega, amor, consejos y dedicación. Gracias por los sacrificios y por darme la oportunidad de estudiar, crecer y ser una profesional. Los amo.

A MIS ABUELOS

Dr. Bernardo del Valle Samayoa (+), Evelio Pedroso Sierra (+) y Dra. Carmen Lage Lorenzo de Pedroso (+). Todos ejemplo de trabajo, amor, esfuerzo y dedicación a sus familias. Sé que desde arriba todos están celebrando este triunfo y están orgullosos de todos nosotros. Los extraño mucho.

A MIS HERMANOS

Ricardo José, José Manuel y Bernardo. Gracias por todo su amor, cariño y por todo el apoyo que me han brindado en todo momento.

A MI MEJOR AMIGO Y COMPAÑERO

Lic. José Werner Pineda Palacios. Quiero agradecerte todo el amor y apoyo que me has dado, con él he logrado superar pruebas muy duras y disfrutar de los mejores momentos que hemos vivido juntos. Te amo.

A MIS TÍAS, TÍOS Y PRIMOS

Rebeca, Olga, Verónica, Rene, Ibet, Frank, Gerardo, Julio, Douglas, Rebequita, Gabrielito y Olga María. Por estar siempre pendientes de mí y apoyarme, con cariño y aprecio.

A MI ASESOR Y REVISORAS

Dr. José Manuel López Robledo, Dra. Mariela Orozco, Dra. Miriam Samayoa y Dra. Julieta Medina. Gracias por su paciencia, cariño, amistad y sabios consejos.

A MIS AMIGOS

Dra. Jaqueline Montes, Dra. Rosemary Matías, Dra. María José Ericastilla, Dr. Ricardo Arriola, Dr. Jorge Méndez, Luis Fernando Ruiz, Carolina Castillo, María Renee Ramírez, Ana Cristina Subuyuj, Dra. Anaely Sánchez, Dr. Diego Pérez, Dr. Juan Pablo Galindo, María Ana Mercedes Girón García, María José Aquino, Rome González. Por todos esos buenos momentos compartidos, cariño y amistad a lo largo de este tiempo.

A LAS FAMILIAS

Urizar Calderón, López Urizar, Ponce Urizar, Sales Subuyuj, Castillo Lepe, Girón García. Por hacerme sentir como un miembro más de su familia, gracias por su apoyo y cariño.

A MIS PADRINOS

Lic. José Werner Pineda Palacios, Dra. Julieta Medina, Dr. Mario Enrique Taracena, Dr. José Manuel López Robledo. Gracias por su amistad, y todos los conocimientos compartidos durante estos años.

A MIS CATEDRÁTICOS

Gracias por compartir experiencias y conocimientos, ya que con esto contribuyeron a mi formación personal y profesional.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Mi Alma Mater, lugar que me dio la oportunidad de aprender y crecer dentro y fuera de sus aulas.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A todo el personal, de dispensarios clínicos, administrativo, mantenimiento, a todas esas personas que me apoyaron, echaron porras y ayudaron durante toda mi carrera universitaria y que con su amistad hicieron más fácil mi camino. Mil gracias, por siempre estaré agradecida con ustedes.

A MI COMUNIDAD DE EPS

Granados, Baja Verapaz, personal del Centro de Salud, familias, personal de escuelas, personal de la Municipalidad, personas de la Iglesia y del Cenáculo de los miércoles. Muchas gracias por hacerme sentir parte de sus familias y municipio y formar parte de la experiencia que tuve en su tierra. Puedo decir que me siento 100% granadense.

A LOS AUSENTES

Don German, Doña Marta Soyoz, Marta Bobadilla, German Hernán, quienes hoy no están con nosotros, pero que fueron parte importante en mi vida, se les quiere y extraña.

TESIS QUE DEDICO

A Dios

A la Virgen María

A mis Padres

A mis Abuelitos

A mis hermanos

Al amor de mi vida

A mi familia y amigos

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Facultad de Odontología

A mi país

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:

“COMPARACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LOS CRITERIOS CLÍNICOS ACTUALES DE EVALUACIÓN Y REVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL UTILIZADOS POR LOS DOCENTES DE LA DISCIPLINA DE PERIODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA”, conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Y a ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de respeto y consideración.

Índice

I. Sumario.....	1
II. Introducción.....	3
III. Antecedentes.....	4
IV. Problema	5
V. Justificación	6
VI. Marco Teórico.....	7
6.1 Criterios clínicos para la Evaluación de tratamientos periodontales en el Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.....	7
6.2 Criterios clínicos para la Revaluación de tratamientos periodontales en el Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.....	8
6.3 Evidencia Científica Actualizada.....	9
6.3.1 Evaluación de Resultados y Pronóstico Post Tratamiento de la Gingivitis y Periodontitis...	10
6.3.2 Revaluación de Resultados y Pronóstico Post Tratamiento de la Gingivitis y Periodontitis....	11
6.4 Terapia de Mantenimiento Periodontal.....	12
6.4.1 Bases biológicas para la Terapia Periodontal de Mantenimiento.....	14
6.4.2 Objetivos de la Terapia Periodontal de Mantenimiento.....	14
6.4.3 Consideraciones terapéuticas.....	15
a. Evaluación y actualización de la historia médica y dental	
b. Examen clínico	
c. Evaluación radiográfica de la Terapia Periodontal de Mantenimiento	
d. Análisis de Resultados	
e. Tratamiento	
f. Comunicación	
g. Planificación	

6.4.4	Eficacia de la Terapia Periodontal de Mantenimiento.....	18
6.4.5	Frecuencia de la Terapia Periodontal de Mantenimiento.....	19
6.4.6	Terapia Periodontal de Mantenimiento y uso complementario de agentes antimicrobianos y antibióticos.....	23
6.4.7	Resumen de la Terapia Periodontal de Mantenimiento.....	23
VII.	Objetivos.....	25
VIII.	Variables.....	26
IX.	Metodología.....	27
X.	Presentación de Resultados	28
10.1	Discusión de Resultados	46
XI.	Conclusiones	50
XII.	Recomendaciones	53
XIII.	Bibliografía.....	54
XIV.	Anexos.....	59

I. Sumario

Con el propósito de mejorar el proceso de enseñanza - aprendizaje en la práctica clínica, se realizó un estudio de tipo descriptivo, en el cual se investigó evidencia científica actualizada sobre criterios clínicos para la evaluación y reevaluación del tratamiento periodontal y se comparó con los que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se consultó bibliografía actualizada y del análisis realizado se puede concluir que la correcta evaluación de criterios clínicos, como lo son: índice de Placa Dentobacteriana, presencia de factores irritantes, factores de riesgo, profundidad al sondeo, niveles de inserción clínica, exudados, signos clínicos de inflamación, movilidad, entre otros; son necesarios para el éxito del tratamiento periodontal, al proveernos de información detallada del estado actual de la salud bucal del paciente e indicar la vía de acción a tomar post tratamiento. Y se debe de individualizar a una terapia de mantenimiento para que el estado de salud se mantenga, mejore y no exista reincidencia de la enfermedad.

Se encuestó a los nueve docentes que laboran en la Disciplina de Periodoncia y se determinó que no existe un criterio homogéneo dentro de los docentes de la Disciplina de Periodoncia, con respecto a la evaluación y reevaluación de los casos diagnosticados con Gingivitis o Periodontitis. Como resultados se encontró que existe cierta disparidad entre los criterios que suelen aplicar y en los que la evidencia científica actualizada hace énfasis, al mismo tiempo se apreció que no se toman en cuenta los factores de riesgo propios del paciente y que no se le da importancia al uso de antimicrobianos y antibióticos como parte del tratamiento integral de la enfermedad. En lo que concierne a la Terapia de Mantenimiento Periodontal la mayoría de los docentes coinciden en que deben de aplicarse a todos los pacientes.

De igual manera se realizó una propuesta con el objeto de unificar los criterios para ser utilizados en el desarrollo de la práctica clínica de los docentes, para que concuerden con la evidencia científica actual, además de una propuesta de protocolo emergente si se llegara a implementar la Terapia de Mantenimiento Periodontal en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Así mismo se elaboró un tríptico con el objeto de ser entregado a los pacientes en el momento en que ya sea implementada la Terapia de Mantenimiento Periodontal, mismo que resalta la importancia del mantenimiento después de la terapia Básica o Causal.

II. Introducción

Como parte del proceso enseñanza - aprendizaje del estudiante en la Disciplina de Periodoncia y su paso por la práctica clínica dentro de la Carrera de Odontología de esta Facultad, existen ciertas fases que deben seguirse durante el Tratamiento Periodontal del paciente, iniciando con el diagnóstico (Fase IV), seguido de la Fase Sistémica, que radica en controlar todas aquellas enfermedades sistémicas que tienen injerencia en la respuesta del paciente hacia el tratamiento, luego continúa la Fase Básica o Causal de Tratamiento, la cual consiste en educación de Salud Bucal, cámara de observación, controles de Placa Dentobacteriana, detartraje, alisado radicular, ajustes oclusales y profilaxis selectiva. Al terminar ésta fase se hacen dos evaluaciones, “terminado” y “revaluado”, en las cuales los docentes de la Disciplina de Periodoncia aplican sus criterios para aceptar y dar por terminado dicho tratamiento periodontal en los pacientes.

La realización del presente trabajo sobre comparación de los criterios clínicos que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología y los criterios clínicos que describe la evidencia científica reciente, sobre la evaluación y reevaluación del tratamiento periodontal, dio como resultado la creación de un listado de criterios clínicos apropiados que permitirá una homogeneidad dentro de los docentes de la Disciplina de Periodoncia, un aprendizaje más completo para el estudiante, mejorando de esta forma el proceso de enseñanza – aprendizaje durante el desarrollo de su práctica clínica en la Disciplina de Periodoncia y por consiguiente una mejor atención a los pacientes que asisten a las Clínicas de la Facultad de Odontología.

III. Antecedentes

Actualmente en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la Disciplina de Periodoncia, es requisito para la solventar la práctica clínica de la disciplina, concluir los tratamientos periodontales de nueve pacientes con enfermedad periodontal (cinco casos con diagnóstico de Gingivitis y cuatro casos con diagnóstico de Periodontitis) y sus respectivas evaluaciones y revaluaciones ⁽²⁸⁾.

Luego de concluir la fase básica o causal del tratamiento periodontal se realizan dos evaluaciones. La primera para dar por “terminada” la fase básica y se deja un tiempo estipulado para recuperación de los tejidos periodontales; en los casos de Gingivitis: 15 días; y en los casos de Periodontitis: 30 días. Posterior a ese tiempo de recuperación se realiza una nueva evaluación, que determina la validez del caso como requisito clínico “revaluado” ⁽²⁸⁾. Cabe resaltar que al presente no existe de forma oficial dentro de la Fases del Tratamiento Periodontal, en la Disciplina de Periodoncia, la fase de mantenimiento periodontal.

En la actualidad hay diversos estudios que muestran la importancia del mantenimiento periodontal y del seguimiento apropiado de la Terapia Periodontal de por lo menos dos años para implementar un hábito y cambio en el paciente. Además diversos estudios ^(16,18) muestran la importancia del seguimiento apropiado y en ausencia de éste se corre el riesgo de que la enfermedad recurra o de producir una posterior pérdida dentaria ⁽¹⁸⁾, al igual se habla de la individualización del tratamiento y la frecuencia del mismo ^(16,24).

IV. Problema

De acuerdo a distintas experiencias de estudiantes que han desarrollado su práctica clínica en la Disciplina de Periodoncia con sus pacientes, éstos manifiestan que los criterios clínicos de los docentes no son homogéneos y esto promueve que se busque a su interés docentes en específico para poder continuar con los otros tratamientos de las distintas Disciplinas, otras salidas del estudiante son que cancele la ficha del paciente, busque otro paciente menos complicado, y/o demore un largo tiempo en cada tratamiento, ya que si desea continuar muchas veces puede demorar inclusive 10 o 12 sesiones, hasta cumplir con los criterios clínicos a cabalidad.

Según evidencia científica, el tratamiento periodontal no debe quedarse únicamente en la reevaluación del paciente, sino se debe considerar el riesgo periodontal del mismo, para promover el seguimiento y un probable plan periódico de mantenimiento y evitar su recurrencia.

Por lo anteriormente expuesto surgen las siguientes interrogantes: ¿Son los criterios de evaluación y reevaluación de gingivitis y periodontitis de los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala homogéneos? y ¿Son dichos criterios congruentes a la nueva evidencia científica?

V. Justificación

Sabemos que las enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis) son un grupo de alteraciones infecciosas de los tejidos de protección y soporte del diente, dentro de las cuales pueden ser diferenciadas varias entidades de acuerdo con el tipo de tejido que afectan, la cronicidad de la patología, el patrón de avance de la lesión en el tiempo y aparentemente por el perfil de la respuesta inmune del huésped, al cual se ha tratado de asociar la susceptibilidad o resistencia a la progresión de la enfermedad (5,9,11,22,29) y por ende, la importancia que representa una adecuada evaluación, reevaluación y mantenimiento constante de un tratamiento periodontal en pacientes con dichas enfermedades.

Los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el objeto de recibir tratamiento periodontal son evaluados y diagnosticados con gingivitis, periodontitis inicial, periodontitis moderada o periodontitis severa; no estableciendo ningún tratamiento selectivo ni específico conforme a su diagnóstico. Los criterios actuales de evaluación y reevaluación utilizados por los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, son diversos entre sí y generalizan resultados sin estimar las particularidades de cada caso.

El manejo exitoso de la enfermedad periodontal requiere de un programa efectivo dirigido al mantenimiento y al mejoramiento de los resultados del tratamiento, así como la prevención del desarrollo de una nueva enfermedad (1, 15, 32, 35, 37, 39). Se considera que los criterios actuales que se utilizan en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, no son aplicables para todo tipo de paciente con enfermedad periodontal y/o a las necesidades periodontales individuales. Aún así, en el año 2014, tomando consciencia de éste problema la Disciplina de Periodoncia planteó a Junta Directiva la figura del mantenimiento periodontal, quedándose únicamente en las aulas y no llevándola a la práctica (33).

En el presente existe una abundante variedad de literatura actualizada sobre el tratamiento individualizado periodontal (15, 32, 35, 37, 39); es por ello que se considera un tema novedoso y de mucho beneficio que contribuye a la salud de cada paciente; así como a la formación de nuevos criterios de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

VI. Marco Teórico

En la actualidad en la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala se cuenta con un listado de Criterios Clínicos de Periodoncia, los cuales sirven de guía y permiten dar un parámetro de evaluación unificado para que los Docentes de la disciplina tomen decisiones al momento de dar por terminado y revaluado un caso.

4.1 Criterios clínicos para la Evaluación de tratamientos periodontales en la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala ⁽²⁸⁾

Luego de concluir la fase básica o causal del tratamiento periodontal que consiste en: motivación, educación de higiene oral, técnica de cepillado, controles de Placa Dentobacteriana, instrumentación con ultrasonido, instrumentación con curetas, alisado radicular, entre otras; se realiza una evaluación por parte del docente, para determinar si se alcanzaron los objetivos de eliminar todos los factores causales de la enfermedad (cálculos, placa bacteriana y factores retenedores de placa). Los criterios de aceptación (evaluación) empleados actualmente son:

- En los pacientes con Gingivitis:
 1. Para que el control de placa dentobacteriana sea aceptable (CPB Aceptado): Debe comprobarse mediante cuantificaciones de placa dentobacteriana que el paciente ha logrado bajar el nivel hasta menos del 20% de superficies dentarias afectadas, a través de las técnicas de higiene bucal aprendidas. Se debe considerar como excepción en casos donde existen zonas de retención de PDB (caries interproximal, piezas parcialmente retenidas y/o defectos de esmalte) en donde el paciente no pueda remover la misma, para lo cual se aceptará en la condición que se presenta y en la reevaluación estos factores deben ser eliminados.
 2. Para que el detartraje sea aceptado: Debe comprobarse mediante la exploración de superficies subgingivales y supragingivales, la ausencia de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de placa dentobacteriana).
 3. En los casos que existan manchas extrínsecas en las superficies dentarias, se autoriza la profilaxis dental con agentes abrasivos, si además existe alta incidencia de caries (de fosas y fisuras o radiculares), recesión gingival y sensibilidad de cuellos, se realizan aplicaciones tópicas de fluoruro.

4. Debe descartarse la presencia de lesiones mucogingivales (de lo contrario se planifica cirugía mucogingival, especialmente en piezas que servirán de pilares para Prótesis fija o removible).
- En pacientes con Periodontitis:
 1. Los cuatro requisitos anteriores.
 2. Que las superficies radiculares de los sitios donde se encontraron bolsas periodontales, se encuentren libres de irregularidades que constituyan reservorio de placa dentobacteriana o cemento contaminado. (Raspado radicular-alisado radicular aceptado).

4.2 Criterios clínicos para la Revaluación de tratamientos periodontales en la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala ⁽²⁸⁾

Luego de aceptar como terminada la fase básica, se deja un tiempo para recuperación de los tejidos periodontales; en los casos de Gingivitis: 15 días; y en los casos de Periodontitis: 30 días. Posterior a ese tiempo de recuperación se realiza una nueva evaluación, que determina la validez del caso como requisito clínico.

Los criterios para que ésta segunda evaluación (revaluación) sea aceptada, son:

- En pacientes con Gingivitis:

Debe presentar un cuadro clínico periodontal con ausencia de manifestaciones inflamatorias tales como:

 1. Ausencia de cambios de color en encía (el paciente debe evaluarse antes de aplicar sustancias reveladoras de placa, para evitar disfrazar el color natural de la encía).
 2. Ausencia de sangrado al sondeo suave del surco gingival.
 3. Ausencia de factores irritantes locales (placa dentobacteriana menor del 20%, ningún cálculo dentario).
 4. Ausencia de factores retenedores de placa (restauraciones mal adaptadas, deficientes o sobre extendidas, puntos de contacto abiertos o deficientes, prótesis fijas o removibles que comprometan los tejidos periodontales, especialmente encía libre, presencia de terceros molares parcialmente erupcionados, restos radiculares y piezas con mal pronóstico).
 5. Ausencia de lesiones mucogingivales especialmente en piezas que servirán de pilares para PPF o PPR, de lo contrario se referirá a cirugía.

Es muy importante hacer notar que de los puntos anteriores, los primeros 3 obedecen a otras variables ajenas al desempeño del estudiante de Odontología, entre esas variables se incluyen:

- ✓ La colaboración del paciente en el control de placa con medidas de higiene personalizadas como el uso del hilo dental y cepillado adecuado.
- ✓ La respuesta inmunológica individual de cada paciente.
- En pacientes con Periodontitis:
 1. Los cinco requisitos anteriores.
 2. Ausencia de bolsas periodontales (el estudiante debe anotar los nuevos valores de sondeo periodontal en el periodontograma de la ficha verde que indica el tratamiento efectuado, específicamente en los lugares donde inicialmente se encontraron bolsas mayores de 3mm).

No se puede generalizar este último punto para todos los pacientes. Sino que la reevaluación debería ser un instrumento para referir un régimen de mantenimiento periodontal que actualmente no se emplea en la Facultad. En diversas Universidades ^(3, 10, 18, 25, 38), la Terapia de Mantenimiento Periodontal, forma parte importante de su pensum de estudios y lo ponen en práctica al momento de atender un paciente dentro de sus instalaciones.

4.3 Evidencia Científica Actualizada

La enfermedad periodontal como entidad clínica estomatológica, ha sufrido diversos cambios a través del tiempo, que confundían muchas veces a los profesionales por ser definiciones ambiguas e incompletas, quizás una de las razones haya sido la falta de un criterio clínico etiológico adecuado ^(4, 5, 12, 13, 20, 40).

4.3.1. Evaluación de Resultados y Pronóstico Post Tratamiento de la Gingivitis y Periodontitis:

Dichos resultados de estas evaluaciones deben ser comparados con los iniciales del diagnóstico de la enfermedad, para dar una mejor conclusión sobre ésta evaluación y los resultados clínicos relevantes deben de documentarse en la ficha de la Fase IV o en la ficha verde del paciente. Los criterios propuestos por la evidencia científica actualizada para la evaluación de resultados y pronósticos post tratamiento de la Gingivitis y Periodontitis son:

- Disminución del porcentaje de Placa Dentobacteriana ^(6, 8).
- Disminución de las bolsas periodontales. Esto podemos mejorarlo luego del tratamiento antimicrobiano adicional, sistémico y local ^(8, 18, 24, 26, 34).

- Ausencia de factores irritantes.
- Restauración temporal de factores retenedores de PDB ⁽³⁰⁾.
- Enfermedades sistémicas bajo control o en tratamiento ⁽¹⁴⁾.
- Factores de riesgo controlados o bajo control ⁽¹⁹⁾.
- Disminución del color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.
- Profundidad al Sondaje mayor o igual a 4mm ⁽⁸⁾.
- Si la terapia realizada no resuelve la condición periodontal, puede que se continúe con los signos clínicos de la enfermedad (sangrado al sondeo, enrojecimiento, inflamación, etc.) que conlleva al padecimiento de defectos gingivales y una posible progresión a periodontitis asociada a pérdida de la inserción ⁽¹⁶⁾.
- En el manejo de pacientes cuya condición no responde al tratamiento, se sugiere incluir sesiones adicionales de instrucciones, educación de higiene oral, métodos adicionales o alternativos, aparatos para la remoción de placa, consultas médicas/odontológicas, detartraje dental adicional, incrementar la frecuencia de profilaxis, evaluación microbiana, monitoreo y evaluación continua para determinar futuras necesidades de tratamiento. Así como considerar las condiciones de riesgo periodontal y cariogénicas del paciente ^(16, 27).
- Por razones de salud, falta de efectividad o incumplimiento del control de placa, los deseos del paciente, o la decisión del terapeuta, el tratamiento debe de ser reestructurado de acuerdo a los datos recopilados o defectos en el tratamiento realizado y personalizarlos a las necesidades del paciente, por dos años de acompañamiento.
- Si los resultados de la terapia inicial resuelven total o parcialmente la condición periodontal, el mantenimiento periodontal debe de programarse en intervalos adecuados a cada paciente (ver Consideraciones Terapéuticas pág.14).
- Si los resultados de la terapia inicial no resuelven la condición periodontal, una cirugía periodontal debe de considerarse para resolver el proceso de la enfermedad y/o corregir defectos anatómicos. Se refuerzan nuevamente controles de placa, si el control de placa es bueno y sí aún se presentan condiciones clínicas inflamatorias se explora la causa y se elimina, se realiza un nuevo detartraje, alisado, cirugía periodontal y eliminación de focos sépticos en tejidos duros ^(12,16).

4.3.2. Revaluación de Resultados y Pronóstico Post Tratamiento de la Gingivitis y Periodontitis:

Dichos resultados de estas evaluaciones deben de ser comparados con los iniciales del diagnóstico de la enfermedad y con los de la evaluación Post Tratamiento, para dar una mejor conclusión sobre ésta evaluación, los resultados clínicos relevantes deben de documentarse en el récord del paciente ⁽¹⁾.

Cuando se ha realizado raspado y alisado radicular, el periodonto ha cicatrizado a los 4 o 5 meses después de realizado, por tanto se puede considerar un tiempo prudente para la reevaluación del tratamiento efectuado, para obtener información de importancia para la Terapia de Mantenimiento Periodontal ^(15, 18, 27, 32, 33, 35, 37). Los criterios propuestos por la evidencia científica actualizada para la reevaluación de resultados y pronósticos post tratamiento de la Gingivitis y Periodontitis son:

- Reducción de profundidad al sondeo.
- Mantenimiento o ganancia del nivel de inserción de encía adherida, disminución de bolsas periodontales.
- Disminución del porcentaje de sitios con PDB.
- Disminución en la motivación del paciente.
- Ausencia de factores irritantes.
- Disminución de inflamación.
- Disminución de exudados.
- Disminución de movilidad dentaria.
- En los casos de periodontitis bolsas menores a 4mm.
- En el manejo de pacientes cuya condición no responde, el tratamiento puede incluir sesiones adicionales de instrucciones, educación de higiene oral, métodos adicionales, alternativos o aparatos para la remoción de placa, consultas médicas/odontológicas, detartraje dental adicional, incrementar la frecuencia de profilaxis, evaluación microbiana, monitoreo y evaluación continua para determinar futuras necesidades de tratamiento. Así como considerar las condiciones de riesgo periodontal y cariogénicas del paciente.
- Por razones de salud, falta de efectividad o incumplimiento del control de placa, los deseos del paciente, o la decisión del terapeuta, el tratamiento debe de ser reestructurado de acuerdo a los datos recopilados o defectos en el tratamiento realizado

y personalizarlos a las necesidades del paciente, por un mínimo de dos años de acompañamiento.

- Si los resultados de la terapia inicial no resuelven la condición periodontal, la cirugía periodontal debe considerarse para resolver el proceso de la enfermedad y/o corregir defectos anatómicos. Se refuerzan nuevamente controles de placa, si el control de placa es bueno, aun así presentan condiciones clínicas inflamatorias se explora la causa y se elimina, se realiza un nuevo detartraje, alisado, cirugía periodontal y eliminación de focos sépticos en tejidos duros.
- Si los resultados de la terapia inicial resuelven total o parcialmente la condición periodontal, el mantenimiento periodontal debe de programarse en intervalos adecuados a cada paciente (ver Consideraciones Terapéuticas pág.14).
- Para la preservación de la salud periodontal ya lograda con el tratamiento o culminación del proceso reparativo – regenerativo iniciado, se requiere un programa para su sostenimiento. Tras terminar la fase de Tratamiento, los pacientes deben cumplir con visitas de mantenimiento periódicas programadas, para evitar la recurrencia de la enfermedad y preservar en buenas condiciones los tratamientos restauradores realizados.

4.4 Terapia de Mantenimiento Periodontal (TMP) (1, 15, 16, 32, 35, 37, 38, 39)

Debido a la naturaleza crónica de la periodontitis y la incapacidad de los parámetros clínicos existentes para predecir la progresión de la enfermedad, es necesario realizar un control y un tratamiento continuo para evitar la recurrencia de la misma. En la literatura consultada se utilizan diferentes términos para describir la fase postratamiento de la terapia periodontal, como: Mantenimiento periodontal, cuidados periodontales de mantenimiento y terapia de mantenimiento periodontal, que a su vez representan, de algún modo, entidades distintas. La expresión de “Terapia de Mantenimiento Periodontal (TMP)”, es un término más amplio y se dirige a pacientes previamente tratados por la enfermedad periodontal.

Según la Academia Americana de Periodontología la TMP es una parte integral de la terapia para pacientes con historia de enfermedades inflamatorias periodontales. Esta pretende asegurar a lo largo del tiempo, que los resultados conseguidos durante el tratamiento del paciente se mantengan; por eso, al terminar el Tratamiento Periodontal debemos invitar al paciente a un tratamiento periódico.

El fallar con el programa de mantenimiento periodontal puede resultar en recurrencia o progresión del proceso de la enfermedad ⁽¹⁾.

La TMP se inicia luego de completar la terapia periodontal inicial y continua por intervalos durante la vida de la dentición. La TMP es una extensión de la terapia periodontal activa. En un informe de la Academia Americana de Periodontología, la TMP, comprende:

1. Actualización de la historia médica y dental.
2. Exploración de los tejidos blandos extraorales e intraorales.
3. Examen de las piezas dentarias y estado de las restauraciones.
4. Evaluación de la higiene bucal del paciente.
5. Evaluación periodontal y de los factores de riesgo.
6. Eliminación de placa y cálculos supragingivales y subgingivales.
7. Nuevo tratamiento de la enfermedad, cuando esté indicado.

Estos procedimientos son realizados por un Odontólogo y en intervalos seleccionados para asistir al paciente en el mantenimiento de la salud oral. Es la fase durante la cual las enfermedades periodontales son monitoreadas y los factores etiológicos son reducidos o eliminados. El paciente puede cambiar de terapia activa a TMP o regresar a cuidado activo si la enfermedad recurre. El no cumplimiento con el programa puede resultar en la recurrencia o progresión de la enfermedad periodontal.

4.4.1 Bases biológicas para la Terapia de Mantenimiento Periodontal ^(1, 37)

La pérdida dentaria en pacientes periodontalmente comprometidos, ha demostrado ser inversamente proporcional a la frecuencia de la TMP.

Después de 10 años de tratamiento periodontal, en los pacientes que han recibido al menos una TMP esporádica, presentan profundidades al sondeo periodontal significativamente menores, así como menor pérdida de dientes en comparación con los pacientes que no han recibido la TMP. Además, numerosos estudios han demostrado la eficacia de la TMP y han demostrado que el progreso de gingivitis a periodontitis puede ser prevenido o limitado por medio de una óptima higiene bucal personal o a través de una TMP periódica.

Así mismo, en vista de que no es posible predecir cuando la gingivitis progresa a periodontitis, la TMP provee un monitoreo periodontal, así como la remoción profesional de irritantes en los pacientes que han sido tratados por enfermedad periodontal.

Ocasionalmente, a pesar de los mejores esfuerzos de los clínicos y pacientes, algunos individuos pueden sufrir el progreso de la pérdida de la inserción, a pesar de los intervalos regulares de una TMP. En estos casos, información adicional de diagnóstico, como un análisis microbiano, y tratamiento que incluya el uso de agentes antimicrobianos, pueden ser requeridos. También podemos acortar los intervalos de revisión periodontal, para tomar medidas preventivas y no curativas solamente. Por ejemplo, la aparición de una nueva bolsa en donde no había o la profundización de una que antes medía 4 a un nuevo valor de 5 o más, implica regresión, lo cual nos indica que perdemos terreno, eso nos obligaría a disminuir el tiempo de evaluación. Los niveles de placa también son indicadores de necesitar un mantenimiento a largo o corto plazo, según sea buen o mal control respectivamente.

4.4.2 Objetivos de la Terapia de Mantenimiento Periodontal (1, 15, 16, 32, 33, 35, 37, 38, 39)

- Prevenir o minimizar la recurrencia y la progresión de la enfermedad periodontal en los pacientes que han sido previamente tratados por gingivitis, periodontitis y peri-implantitis.
- Prevenir o reducir la incidencia de la pérdida dentaria por medio del monitoreo de la dentición y de restauraciones.
- Aumentar la probabilidad de localizar y tratar, en etapa temprana, otras enfermedades o condiciones encontradas dentro de la cavidad oral.
- Reevaluar la situación periodontal del paciente en el momento.
- Recalcar instrucciones sobre higiene, motivación y concientización sobre el problema.
- Intervenir para corregir las zonas de actividad de la enfermedad. Propiciar el progreso de la reparación y regeneración periodontal, mediante la intervención oportuna durante el proceso periodontopático, interrumpiendo la organización crónica de la placa patogénica.
- Propiciar el progreso de la reparación y regeneración periodontal, mediante la intervención oportuna durante el proceso periodontopático, interrumpiendo la organización crónica de la placa patogénica.
- Informar al paciente sobre el proceso de su enfermedad, alternativas terapéuticas, potenciales complicaciones, resultados esperados y sobre todo hacer énfasis en su responsabilidad del tratamiento, así también como las consecuencias de no dar seguimiento ni mantenimiento periodontal.

4.4.3 Consideraciones terapéuticas ^(1, 31, 36)

La Academia Americana de Periodontología (AAP) ha desarrollado los siguientes Parámetros de Terapia de Mantenimiento Periodontal. Los siguientes enunciados pueden incluirse en la visita de la Terapia de Mantenimiento Periodontal. La AAP establece que los pacientes deben de ser informados sobre el proceso de las enfermedades, alternativas terapéuticas, potenciales complicaciones, resultados esperados y su responsabilidad en el tratamiento, así mismo como las consecuencias de no tratarse, también deben de ser explicadas.

a. Evaluación y actualización de la historia médica y dental.

b. Examen clínico: Los resultados de este examen deben compararse con la primera evaluación que se le realizó al paciente.

- Evaluación extraoral y registro de los resultados.
- Evaluación dental y registro de los resultados:
 - Movilidad dentaria
 - Evaluación de caries
 - Índice de Placa
 - Restaurativa, prótesis
 - Otros problemas relacionados con los dientes
- Examen periodontal y registro de los resultados:
 - Profundidad al sondeo
 - Sangrado al sondeo
 - Niveles generales de placa o cálculos
 - Evaluación de invasiones de furca
 - Exudados
 - Color
 - Evaluación oclusal y movilidad dentaria
 - Recesión gingival
 - Niveles de inserción
 - Pruebas microbianas, si estuvieran indicadas
 - Otros signos y síntomas de actividad de la enfermedad

- Evaluación de implantes dentarios y de los tejidos peri-implantares y registro de los resultados:
 - Profundidad al sondeo
 - Sangrado al sondeo
 - Evaluación de prótesis y sus aditamentos
 - Evaluación de la estabilidad del implante
 - Evaluación oclusal
 - Otros signos y síntomas de actividad de la enfermedad (dolor, supuración, pérdida ósea progresiva)

c. Evaluación radiográfica de la Terapia de Mantenimiento Periodontal^(20, 21, 22):

- Las radiografías deben de ser actuales, un mínimo de 6 (4 interproximales de posteriores y 2 periapicales de anteriores), deben de estar basadas en las necesidades diagnósticas del paciente y deben de permitir la adecuada evaluación e interpretación del estado del periodonto y de los implantes dentales. Una excelente calidad de las radiografías de diagnóstico es necesaria para este propósito.
- El juicio del clínico, así como el grado de la actividad de la enfermedad, puede ayudar a determinar la necesidad, la frecuencia y el número de radiografías.
- Las anomalías radiográficas deben de ser registradas también y comparadas con las anteriores.

d. Análisis de Resultados:

- Análisis del estado de la enfermedad mediante la revisión clínica y radiográfica, comparado con los previamente registrados.
- Observación del estado de la higiene bucal personal.

e. Tratamiento: Si después de una correcta evaluación se resume que el paciente necesita algún tipo de tratamiento, se procede a realizarlo. Debemos aclarar que en cada visita de mantenimiento, aun cuando no se observen lesiones activas, se lleva a cabo una profilaxis.

- Remoción de placa más cálculos sub y supragingivales: La instrumentación en zonas sanas de manera repetida a lo largo del tiempo, provoca pérdida de soporte y retracción gingival. Por lo tanto se aconseja que, durante el detartraje, se instrumenten con curetas

o ultrasonidos sólo los puntos con sangrado al sondeo; en el resto se utilizará pasta para profilaxis. En zonas donde hay un sondeo de 4 – 5 mm, se puede elegir llevar a cabo primero, un alisado radicular si no ha mejorado y existe sangrado; pero si no sangra y no evidenció reparación (de 8 a 5mm) no es conveniente ser tan invasivos, se preferiría una desorganización de la placa supra y subgingival, y si realmente no hay una mejoría se puede realizar un tratamiento quirúrgico. Si existiese sangrado al sondeo generalizado con bolsas mayores de 4 – 5 mm, especialmente en pacientes de riesgo, puede estar aconsejado el uso de antibióticos y reevaluar al paciente al cabo de un mes.

- Modificación del comportamiento:
 - Instrucciones de higiene oral
 - Complemento con intervalos de mantenimiento periodontal sugeridos
 - Asesoramiento del control de factores de riesgo, por ejemplo: el cese de fumar
- Aplicación de gel de Flúor
- Agentes antimicrobianos, si fuesen necesarios
- Tratamiento quirúrgico de la enfermedad recurrente
- Al finalizar la cita debemos decidir, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación inicial, la frecuencia de las citas de mantenimiento. Como regla general, el primer control de mantenimiento debiera de realizarse al cabo de un mes de terminado el tratamiento periodontal y los siguientes al cabo de 2 o 3 meses, respectivamente.

f. Comunicación:

- Informar al paciente del estado actual, la evolución de su caso, haciendo énfasis en los lugares de riesgo que debe cuidar y alteraciones en el tratamiento, si fuesen indicadas.
- Consultas con otros proveedores del cuidado de la salud, quienes pueden proveer una terapia adicional o participativa del programa de Terapia de Mantenimiento Periodontal.

g. Planificación:

- Para la mayoría de pacientes con historia de periodontitis, se ha demostrado que visitas periódicas cada 3 meses, son efectivas para mantener una estabilidad de la salud gingival.

- Basados en la evaluación de hallazgos clínicos y la evaluación del estado de la enfermedad, la frecuencia del mantenimiento periodontal puede ser modificada o el paciente puede regresar a un tratamiento activo.
- Según la evidencia científica, en la evaluación que realizamos previa a la Terapia de Mantenimiento Periodontal tenemos factores de riesgo y pronóstico de las piezas dentarias, inclusive la condición sistémica del paciente, que debemos tomar en cuenta al momento de la planificación del tratamiento.

4.4.4 Eficacia de la TMP (1,16,18)

En distintos estudios ^(16,18) se ha demostrado que los resultados del Tratamiento Periodontal Inicial no logran mantenerse con la Terapia de Mantenimiento Periodontal (con intervalos de 3-6 meses) durante un período de 3 años. Se ha observado que, con el tiempo, se produce una ligera pérdida de inserción y un aumento de profundidad de sondaje, así como la pérdida de dientes ⁽¹⁸⁾.

La limpieza supragingival profesional de los dientes, repetida frecuentemente, en combinación con el control individual de placa, tiene un efecto significativo sobre la microbiota subgingival en las bolsas entre moderadas y profundas ⁽⁸⁾. Se ha demostrado que se consigue un cambio efectivo en la cantidad y la composición de la microbiota subgingival mediante raspado supragingival y seguimiento profesional durante 2 años ^(10, 16, 27, 32).

Varios estudios retrospectivos han evaluado la eficacia del Tratamiento Periodontal Inicial seguido de la TMP. En general, la TMP parece eficaz en la prevención de la recurrencia de la periodontitis. Sin embargo, se ha observado que suele producirse una recidiva de la enfermedad en un pequeño grupo de pacientes, con frecuencia identificados como pacientes de alto riesgo. Uno de los objetivos primarios de la terapia es mantener una dentición en buena función y con estética aceptable. La pérdida de dientes puede considerarse, por lo tanto, como un fallo indiscutible del tratamiento ⁽¹⁸⁾. En ausencia de TMP aumenta el riesgo de pérdida dentaria. Se ha demostrado que en pacientes con dientes gravemente afectados por la enfermedad periodontal, el control de las concentraciones microbianas y el uso de antibióticos sistémicos como complemento de la TMP no quirúrgica, pueden reducir la necesidad de extracciones dentarias ⁽⁸⁾. Esto demuestra que una TMP cuidadosamente diseñada tiene fundamental importancia en el éxito del tratamiento periodontal, como lo refiere la AAP, Institución

Universitaria Colegios de Colombia (IUCC), Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, Asociación Dental Mexicana, el Departamento de Periodoncia y Odontología Preventiva de la Universidad de Pittsburgh, entre muchas otras instituciones.

Muchos estudios han demostrado que el valor predictivo de los parámetros periodontales habituales es relativamente bajo. Así, no está bien aclarado qué grado de prevalencia de sangrado al sondaje o índice de placa son compatibles con la estabilidad de la dentición completa. Desde el punto de vista de la localización dental, la presencia de bifurcación, movilidad dental y la profundidad al sondaje son predictivos de la supervivencia de los dientes ⁽¹⁵⁾.

4.4.5 Frecuencia de la TMP (1, 3, 8, 16, 24, 35, 38, 39)

La frecuencia de la TMP está determinada por la higiene oral del paciente, su edad y factores de riesgo y el grado de destrucción periodontal previo.

Para la mayoría de los pacientes que presentan gingivitis pero sin historia de pérdida de la inserción, la TMP desarrollada basada en dos visitas anuales, parece ser la frecuencia adecuada. Sin embargo, para los pacientes con historia de periodontitis, la literatura está llena de estudios clínicos que sugieren que la TMP debe ser llevada a cabo en períodos de tiempo menores a los 6 meses.

Estudios recientes muestran, que pacientes con historia previa de enfermedad periodontal, deben adherirse a un programa de mantenimiento de al menos 4 veces al año, debido a que este intervalo disminuye la progresión de la enfermedad periodontal, cuando se compara con pacientes que recibieron intervalos menores de Terapia de Mantenimiento Periodontal. Es más, se han propuesto y evaluado intervalos de 2 semanas, de 2 a 3 meses, de 3 meses, de 3 a 4 meses, de 3 a 6 meses y de 4 a 6 meses.

A pesar de que la debridación de la bolsa periodontal, suprime los componentes de la microflora subgingival asociada con la periodontitis, los patógenos periodontales pueden retornar a los niveles iniciales en un lapso de días o meses. El retorno a los niveles previos del tratamiento de los patógenos, generalmente ocurre en aproximadamente 9 a 11 semanas, pero pueden variar dramáticamente en los pacientes.

La recolonización de los patógenos periodontales en el surco gingivodentario a niveles similares a los registrados previo al tratamiento periodontal, ocurre entre las 9 y 11 semanas; sin embargo esto puede variar drásticamente entre pacientes ⁽¹⁵⁾. Por lo que para prevenir la

formación del biofilm dental, se recomienda un programa de mantenimiento periodontal en intervalos de tres meses o menos ⁽¹⁶⁾.

Colectivamente, los datos sugieren que una TMP en intervalos de 3 meses o menos, están indicados para lograr la supresión continua de los organismos potencialmente patogénicos en pacientes susceptibles. Sin embargo, la TMP debe individualizarse, con base al programa de mantenimiento y las necesidades de cada paciente y modificarse a futuro con sustento en la literatura disponible y con los estudios que se llevan a cabo, consistentemente con el juicio del profesional tratante. Otra explicación de los intervalos cortos entre sesiones, es el conocimiento de que el mantenimiento frecuente es necesario para eliminar o reducir las proporciones de agentes patógenos subgingivales asociados a la periodontitis. La recolonización de las bolsas periodontales tratadas por parte de agentes patógenos ocurre rápidamente si la higiene bucal no se mantiene bien ⁽⁸⁾. Por lo tanto, se han sugerido intervalos de mantenimiento de 3 – 4 meses ^(8, 16).

De igual manera, el tiempo requerido para las citas del TMP deben ser determinados por factores como lo son: número de dientes, cooperación del paciente, eficacia de la higiene bucal y su cumplimiento, salud sistémica, frecuencia previa de la TMP, acceso de instrumentación, historia de la enfermedad periodontal, la distribución y profundidad que se presenta en el surco. Tradicionalmente, la TMP se ha tomado un periodo que oscila entre 54 y 60 minutos. En todo caso, éste debe también individualizarse.

El cumplimiento con los períodos de tiempos sugeridos en la TMP pueden condicionar el éxito del tratamiento. Se ha demostrado que los pacientes tratados con periodontitis que cumplen con los intervalos de tiempo sugeridos por la TMP experimentarán una menor pérdida de la inserción y de dientes, que aquellos que no han demostrado el cumplimiento con su régimen de TMP. Adicionalmente, puede necesitarse nuevamente el re-tratamiento periodontal en algunos pacientes en TMP, especialmente en las áreas asociadas con la pérdida previa de la inserción.

El inconveniente más serio de la TMP es que debe contarse con la cooperación del paciente en mantener sus citas a lo largo de los años, unido a la buena higiene en casa. Por tanto necesitamos de un buen compromiso por parte del paciente.

El siguiente cuadro nos sirve un resumen de todo lo previamente visto:

Guía Práctica para la frecuencia de la Terapia de Mantenimiento Periodontal

Diagnóstico		Consideraciones Terapéuticas encontradas en la TMP					
		Control de PDB > 20%	Control de PDB < 20%	Cálculos	Bolsas Periodontales presentes		
Gingivitis			x	Mínimos			
Periodontitis		x					
	Crónica						
		Localizada	<30% de los sitios implicados				
			Inicial	x		x	1 a 2 mm de pérdida clínica de la inserción
			Moderada	x		x	3 a 4 mm
			Severa	x		x	> o = a 5 mm
		Generalizada	>30% de los sitios implicados				
				Inicial	x		x
	Moderada			x		x	3 a 4 mm
	Severa	x			x	> o = a 5 mm	
	Agresiva						
		Localizada	Edad circumpuberal, la destrucción periodontal interproximal es localizada en el primer molar/incisivos y no más de dos dientes adicionales afectados				
			Inicial	x		x	x
			Moderada	x		x	x
			Severa	x		x	x
Generalizada		Pérdida de inserción interproximal generalizada, afectando al menos tres dientes adicionales además de primeros molares e incisivos. Afecta a personas de menos de 30 años, pero los pacientes pudieran tener mayor edad; la destrucción de inserción y de hueso alveolar es de marcada índole episódica					
			Inicial	x		x	x
	Moderada		x		x	x	
Severa	x			x	x		
Tratamiento indicado		Educación al paciente e instrucciones de Higiene oral, remoción de placa (profilaxis), detartraje de las superficies dentales, motivación al paciente, aplicación de ATF	Instrucciones de Higiene oral, remoción de PDB (profilaxis), aplicación de ATF	Remoción de cálculos sub y supra gingivales únicamente donde se presenten zonas con sangrado al sondeo	Alisado radicular en bolsas de 4-5mm; si no sangra y no evidencié reparación (5-8mm) no es conveniente ser tan invasivo, se prefiere realizar una desorganización de la placa supra y subgingival; si realmente no mejora se puede realizar un procedimiento quirúrgico. Si hay bolsas mayores de 4-5mm, en pacientes sistémicamente comprometidos, está aconsejado el uso de antibióticos y se reevalúa después de un mes		

Consideraciones Terapéuticas encontradas en la TMP				
Factores Irritantes	Lesiones Mucogingivales	Sangrado al Sondeo	Salud Sistémica comprometida	Frecuencia de intervalos de la TMP
				6 meses a 1 año
				2 a 3 meses
				3 a 4 meses
<30% de los sitios implicados				
x	x	x		4 meses
x	x	x		4 meses
x	x	x		3 meses
>30% de los sitios implicados				
x	x	x		4 meses
x	x	x		4 meses
x	x	x		3 meses
				2 a 3 meses
Edad circumpuberal, la destrucción periodontal interproximal es localizada en el primer molar/incisivos y no más de dos dientes adicionales afectados				
		x		3 meses
		x		3 meses
		x		2 meses
Pérdida de inserción interproximal generalizada, afectando al menos tres dientes adicionales además de primeros molares e incisivos. Afecta a personas de menos de 30 años, pero los pacientes pudieran tener mayor edad; la destrucción de inserción y de hueso alveolar es de marcada índole episódica				
			x	3 meses
			x	3 meses
			x	2 meses
Corrección de factores retenedores de placa	Corrección quirúrgica de deformidades gingivales	Instrumentación de zonas localizadas de sangrado al sondeo	Interconsulta médica, para la reestablecimiento o mejoramiento de la salud sistémica del paciente. Evaluar el uso de Antibióticos	

4.4.6 La TMP y uso complementario de agentes antimicrobianos y antibióticos

Debido a que muchos pacientes tienen dificultad en conseguir un grado de higiene bucal compatible con la salud periodontal, se han utilizado agentes antimicrobianos para compensar la higiene bucal inadecuada. Éstos se pueden administrar con distintos sistemas: dentífricos, enjuagues, irrigación de bolsas periodontales y otros sistemas de administración local ^(2, 20, 31).

Los antimicrobianos y antibióticos de administración local, según la literatura, se recomiendan por un período no mayor de dos a cuatro semanas por sus efectos secundarios y pérdida de efectividad a largo plazo y se recomienda como alternativa de mantenimiento a largo plazo el triclosan ⁽⁷⁾.

Se ha demostrado que la Clorhexidina es eficaz como complemento de una higiene bucal mecánica inadecuada, utilizada como alternativa a una higiene bucal estructurada en el tratamiento no quirúrgico de pacientes con periodontitis crónica o avanzada durante el período de observación de 1 año ^(7, 38).

En varios estudios a corto plazo (12 meses o menos) se observó, que el uso de agentes antimicrobianos (Tetraciclina y Doxiciclina) son un complemento eficaz del Tratamiento Periodontal Inicial y que su efecto puede mantenerse durante períodos más largos de tiempo ⁽¹²⁾.

4.4.7 Resumen de la TMP ^(1, 15)

La promoción de la salud periodontal y una reducción en la pérdida de piezas dentarias se pueden alcanzar, con un tratamiento periodontal exitoso que incluye la TMP regular. Una vez se concluya con la fase activa del tratamiento periodontal, se establece un intervalo de tiempo para evaluaciones periódicas. Mientras que la fase activa del tratamiento periodontal incluye procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, la TMP después de la fase activa del tratamiento periodontal no es sinónimo de profilaxis. Se llevan a cabo una serie de procedimientos bajo la supervisión directa del odontólogo. Un intervalo de 3 meses de tiempo entre las visitas parece ser adecuado y efectivo, sin embargo, éste puede variar dependiendo del juicio del profesional tratante y del estado de enfermedad del paciente. Si aparecen signos y síntomas del avance de la enfermedad pueden requerirse procedimientos de diagnóstico y tratamiento adicionales. El control exitoso a largo plazo de la enfermedad periodontal depende de una terapia de mantenimiento periodontal. Siendo la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala una institución de educación de Nivel Superior, es responsable de la formación integral de profesionales de la salud, así que la incorporación del proceso de mantenimiento a

largo plazo es indispensable, aún conscientes de que ni en Universidades de países desarrollados ha sido fácil su implementación, no exonera del compromiso de inculcar en el Odontólogo sancarlita la visión clara de promover y conservar la salud periodontal a mediano y largo plazo. Pues considerando la amplia evidencia científica que asevera y demuestra la recidiva de la enfermedad periodontal, es mandatorio implementar las medidas necesarias para que se advierta la necesidad de la TMP en todos los casos periodontales.

VII. Objetivos

A. Objetivo General:

Comparar los criterios que utilizan actualmente los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con los criterios encontrados en la evidencia científica actualizada.

B. Objetivos Específicos:

- Identificar información bibliográfica actualizada sobre criterios clínicos de evaluación y reevaluación de la gingivitis y periodontitis.
- Analizar, evaluar y describir, los objetivos que utilizan los profesores de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC en la evaluación y reevaluación de la gingivitis y periodontitis.
- Exponer nuevos criterios para la evaluación y reevaluación de pacientes con gingivitis y periodontitis a Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC.
- Elaborar un Protocolo para la Terapia de Mantenimiento Periodontal en las clínicas de la FOUSAC.
- Elaborar un trifoliar con información importante sobre la Terapia de Mantenimiento Periodontal para entregar a los pacientes que asisten a las Clínicas de la FOUSAC, sobre la importancia de la misma.

VIII. Variables

- Criterios clínicos de evaluación y reevaluación de la Gingivitis:
 - Disminución del Control de Placa Dentobacteriana
 - Disminución de la profundidad al sondeo
 - Disminución de sangrado al sondeo
 - Disminución agrandamiento gingival
 - Ausencia de exudados
 - Color
 - Lesiones Mucogingivales
 - Evaluación oclusal y movilidad dentaria
 - Recesión gingival
 - Niveles de inserción
 - Pruebas microbianas, si estuvieran indicadas
 - Otros signos y síntomas de actividad de la enfermedad
- Criterios clínicos de evaluación y reevaluación de la Periodontitis:
 - Disminución del Control de Placa Dentobacteriana
 - Disminución de la profundidad al sondeo
 - Disminución de sangrado al sondeo
 - Disminución agrandamiento gingival
 - Evaluación de invasiones de furca
 - Exudados
 - Color
 - Lesiones Mucogingivales
 - Evaluación oclusal y movilidad dentaria
 - Recesión gingival
 - Niveles de inserción
 - Pruebas microbianas, si estuvieran indicadas
 - Disminución de los niveles óseos de la Cresta Alveolar.
 - Otros signos y síntomas de actividad de la enfermedad

IX. Metodología

Para el desarrollo del trabajo de campo y tratamiento de los resultados se siguieron los siguientes pasos:

7.1 Tipo de Estudio:

Estudio no experimental, cuantitativo, transversal, descriptivo.

7.2 Definición de la población de estudio:

La población estuvo integrada por todos los profesores que laboran en la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC en el año 2016. El número de individuos en total fue de 9.

- **Ámbito Geográfico:**

Unidad de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

7.3 Trabajo de Campo:

7.3.1 Instrumento:

Se utilizó una encuesta descriptiva de respuesta cerrada con opción a ampliar su respuesta, como método para la recopilación de datos. Previamente elaborado, con la asesoría del Dr. José Manuel Lopez Robledo. **ANEXO 1**

7.3.2 Tiempo-Costo-Asesoría

a. Tiempo: 1 semana.

b. Recursos:

- Hojas papel bond.
- Impresora.
- Lapiceros.
- Computadora.
- Investigadora.

c. Costo:

- Resma de Papel bond tamaño carta: Q29.00
- 3 Lapiceros: Q15.00
- Cartucho de Tinta negra para impresora: Q175.00

X. Presentación de Resultados

Los criterios son reglas o normas, conforme a las cuales se establecen juicios o se toman decisiones, siendo el objetivo de esta investigación comparar los criterios que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala con los criterios que indica la evidencia científica actual, se pretende unificar los criterios de los docentes de Periodoncia y que respondan a las necesidades de los pacientes para establecer juicios y tomar decisiones en lo que respecta al tratamiento del mismo. El trabajo de investigación se dividió en dos: revisión de bibliografía actualizada y una encuesta a docentes que laboran en la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC.

10.1. Criterios clínicos para la evaluación y revaluación de los resultados Post Tratamiento de Gingivitis y Periodontitis

Se consultaron libros de Periodoncia, Radiología y Cirugía cuyas últimas ediciones van desde los años 2002 hasta el 2009. Y 32 artículos de Journals y Revistas de distintas academias de Odontología General y Periodontología, cuyas publicaciones van de los años 1999 al 2015. Se tomó como base los parámetros clínicos que la Academia Americana de Periodontología indica, y se fueron agregando criterios que nuevas investigaciones hacen énfasis.

10.1.1. Criterios clínicos para la evaluación de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis (caso terminado no revaluado):

- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.
- La profundidad del sondaje debe ser analizada cuidadosamente para descartar “pseudobolsas periodontales”.

10.1.2. Criterios clínicos para la evaluación de los resultados Post Tratamiento de la Periodontitis:

- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.
- Disminución de la profundidad al sondeo mayor o igual a 4mm.
- Superficies radiculares libres de irregularidades que constituyan reservorio de PDB o cemento contaminado.
- Evaluación radiográfica según las necesidades del caso.

10.1.3. Criterios clínicos para la reevaluación de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis:

- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.

10.1.4. Criterios clínicos para la reevaluación de los resultados Post Tratamiento de la Periodontitis:

- Reducción de la profundidad al sondeo, bolsas menores a 4mm.
- Mantenimiento o ganancia del nivel de encía adherida.
- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB).
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.

- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.
- Superficies radiculares libres de irregularidades que constituyan reservorio de PDB o cemento contaminado.

10.2. Resultados de encuesta a Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC

La encuesta recolectora de datos del presente estudio constó de 9 preguntas, que se realizaron a todos los docentes que laboran en la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC, 9 en total, de los cuales 5 son mujeres y 4 son hombres.

En dicha encuesta se evaluaron los criterios de evaluación y reevaluación utilizados por los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC, cada pregunta se analizó y dichos resultados fueron tabulados en cuadros y gráficas para su fácil presentación y posterior análisis y discusión.

Iniciando con la primera pregunta se cuestiona acerca de los criterios que utilizan los docentes para dar por terminado un caso de gingivitis. A los que el total de docentes (9) indican que no deben presentar factores irritantes; 8 de 9 docentes expresan que el control de PDB tiene que evidenciar menos del 20% de superficies dentarias contaminadas; 7 de 9 docentes señalan que no han de presentar manchas extrínsecas; y únicamente 2 de 9 docentes piensan que no deben presentarse lesiones mucogingivales. También podemos observar que el 56% de docentes utiliza 3 criterios para dar por terminado un caso de gingivitis, el 22% 4 criterios, el 11% 2 criterios y el 11% únicamente 1 criterio.

Cuadro No. 1

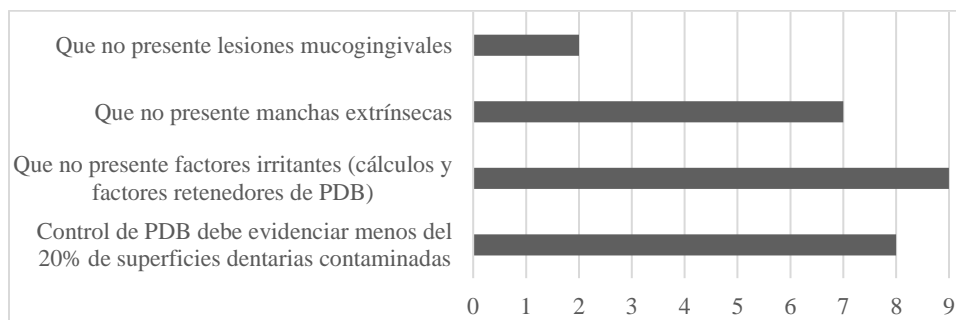
Criterios que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para dar por terminado un caso de gingivitis

Criterios	Docentes									Total
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	
Control de PDB debe evidenciar menos del 20% de superficies dentarias contaminadas	1	1	1	1	1	1	1		1	8
Que no presente factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Que no presente manchas extrínsecas	1	1	1	1	1		1		1	7
Que no presente lesiones mucogingivales		1		1						2
Total de Criterios que utilizan	3	4	3	4	3	2	3	1	3	

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 1

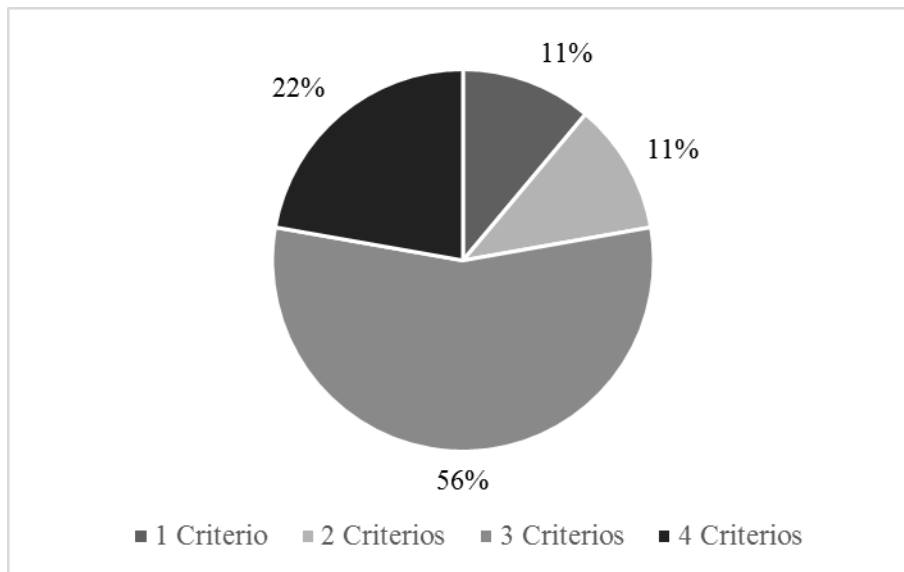
Criterios que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para dar por terminado un caso de gingivitis



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 2

Total de criterios que utilizan para dar por terminado un caso de gingivitis los Docentes de la
Disciplina de Periodoncia en las Clínicas de la FOUSAC



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

La segunda pregunta trata acerca de los criterios que utilizan los docentes para dar por terminado un caso de periodontitis. A lo que el 100% de los docentes expresan que no deben presentarse factores irritantes y que las superficies radiculares tienen de estar libres de irregularidades y/o cemento contaminado; el 88.89% de los docentes hablan sobre que el control de PDB tiene que evidenciar menos del 20% de superficies dentarias contaminadas; el 77.78% de docentes señalan que no deben de presentar manchas extrínsecas; y el 44.44% piensan que no deben presentarse lesiones mucogingivales. También podemos observar que el 45% de docentes utiliza 5 criterios para dar por terminado un caso de periodontitis, el 22% 4 criterios, el 11% 2 criterios y el 11% únicamente 1 criterio.

Cuadro No. 2

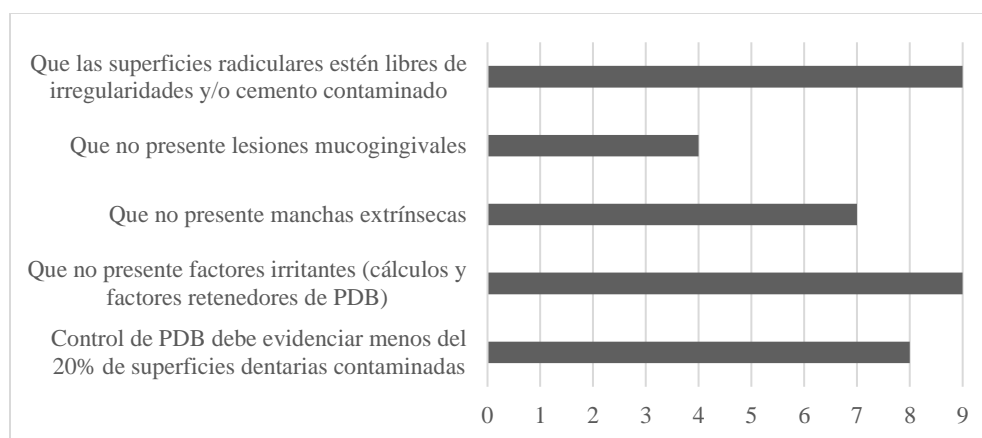
Crterios que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para dar por terminado un caso de periodontitis

Crterios	Docentes									Total
	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5	D 6	D 7	D 8	D 9	
Control de PDB debe evidenciar menos del 20% de superficies dentarias contaminadas	1	1	1	1	1	1	1		1	8
Que no presente factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Que no presente manchas extrínsecas	1	1	1	1	1		1		1	7
Que no presente lesiones mucogingivales	1	1		1					1	4
Que las superficies radiculares estén libres de irregularidades y/o cemento contaminado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Total de Crterios que utilizan	5	5	4	5	4	3	4	2	5	

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 3

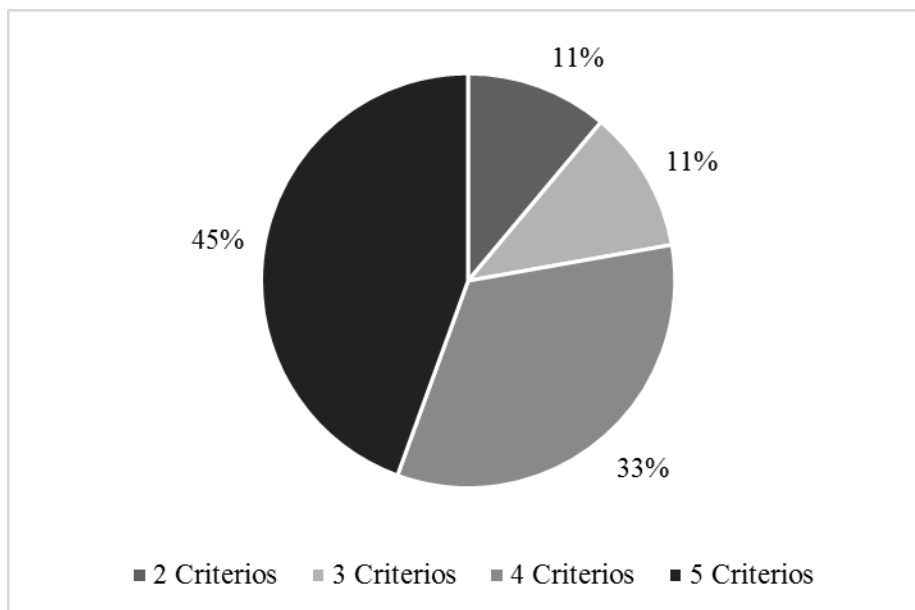
Crterios que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para dar por terminado un caso de periodontitis



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 4

Total de criterios que utilizan para dar por terminado un caso de periodontitis los Docentes de la Disciplina de Periodoncia en las Clínicas de la FOUSAC



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

En la tercera pregunta se cuestiona sobre los criterios que utilizan los docentes para dar por revaluado un caso de gingivitis. A lo que 9 de 9 docentes expresan que debe de existir ausencia de manifestaciones clínicas de inflamación, ausencia de factores irritantes, un conteo de PDB menor al 20%, ausencia de cálculos a la exploración y visión directa y ausencia de factores retenedores de placa y 4 de 9 indican que debe existir ausencia de lesiones mucogingivales. También podemos observar que el 56% de docentes utiliza 5 criterios para dar por revaluado un caso de gingivitis y el 44% utiliza 6 criterios.

Cuadro No. 3

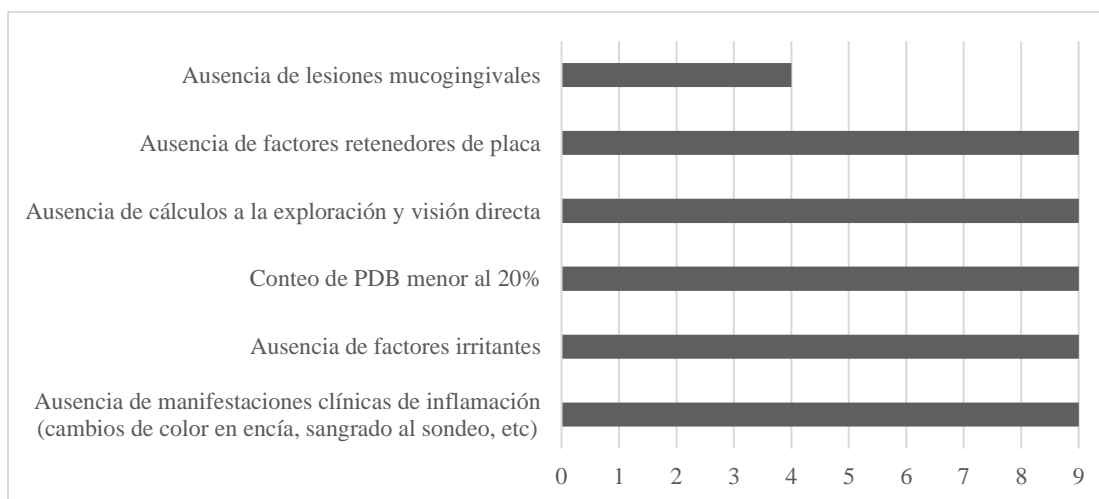
Criterios que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para dar por revaluado un caso de gingivitis

Criterios	Docentes									Total
	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5	D 6	D 7	D 8	D 9	
Ausencia de manifestaciones clínicas de inflamación (cambios de color en encía, sangrado al sondeo, etc)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Ausencia de factores irritantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Conteo de PDB menor al 20%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Ausencia de cálculos a la exploración y visión directa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Ausencia de factores retenedores de placa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Ausencia de lesiones mucogingivales		1		1	1		1			4
Total de Criterios que utilizan	5	6	5	6	6	5	6	5	5	

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 5

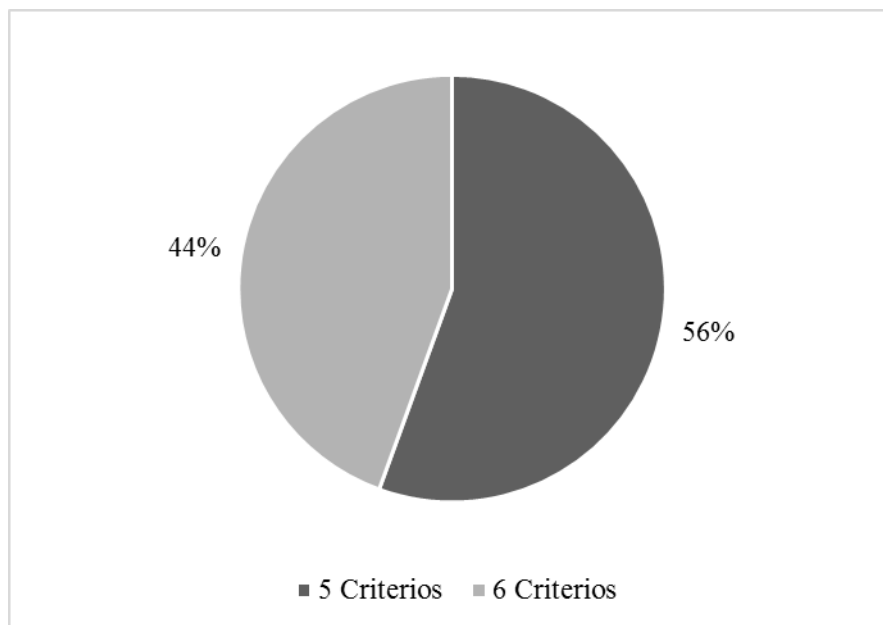
Criterios que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para dar por revaluado un caso de gingivitis



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 6

Total de criterios que utilizan para dar por revaluado un caso de gingivitis los Docentes de la Disciplina de Periodoncia en las Clínicas de la FOUSAC



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

En la pregunta No.4 habla acerca de los criterios que utilizan los docentes para dar por revaluado un caso de periodontitis. A lo que 9 de 9 docentes opinan que debe de existir ausencia de manifestaciones clínicas de inflamación, ausencia de factores irritantes, ausencia de cálculos a la exploración y visión directa y ausencia de factores retenedores de placa; 8 de 9 indican que el conteo de PDB debe encontrarse menor al 20%; 7 de 9 docentes dicen que debe haber ausencia de bolsas periodontales y 6 de 9 exponen que debe existir ausencia de lesiones mucogingivales. También podemos observar que el 56% de docentes utiliza 5 criterios para dar por revaluado un caso de periodontitis, el 22% utiliza 6 criterios y el 22% utiliza 5 criterios.

Cuadro No. 4

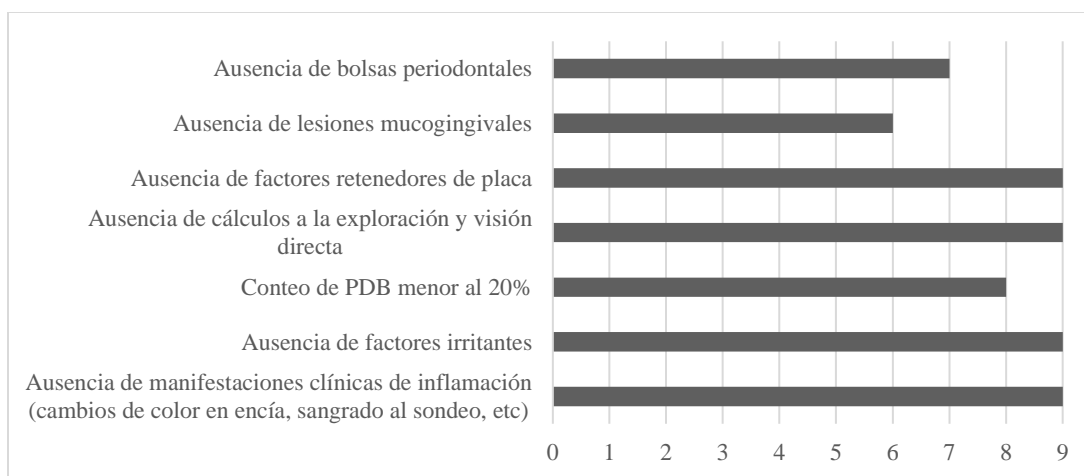
Crterios que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para dar por revaluado un caso de periodontitis

Criterios	Docentes									Total
	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5	D 6	D 7	D 8	D 9	
Ausencia de manifestaciones clínicas de inflamación (cambios de color en encía, sangrado al sondeo, etc)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Ausencia de factores irritantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Conteo de PDB menor al 20%	1	1	1	1	1	1	1		1	8
Ausencia de cálculos a la exploración y visión directa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Ausencia de factores retenedores de placa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Ausencia de lesiones mucogingivales	1	1		1	1		1		1	6
Ausencia de bolsas periodontales	1	1		1	1	1	1	1		7
Total de Criterios que utilizan	7	7	5	7	7	6	7	5	6	

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 7

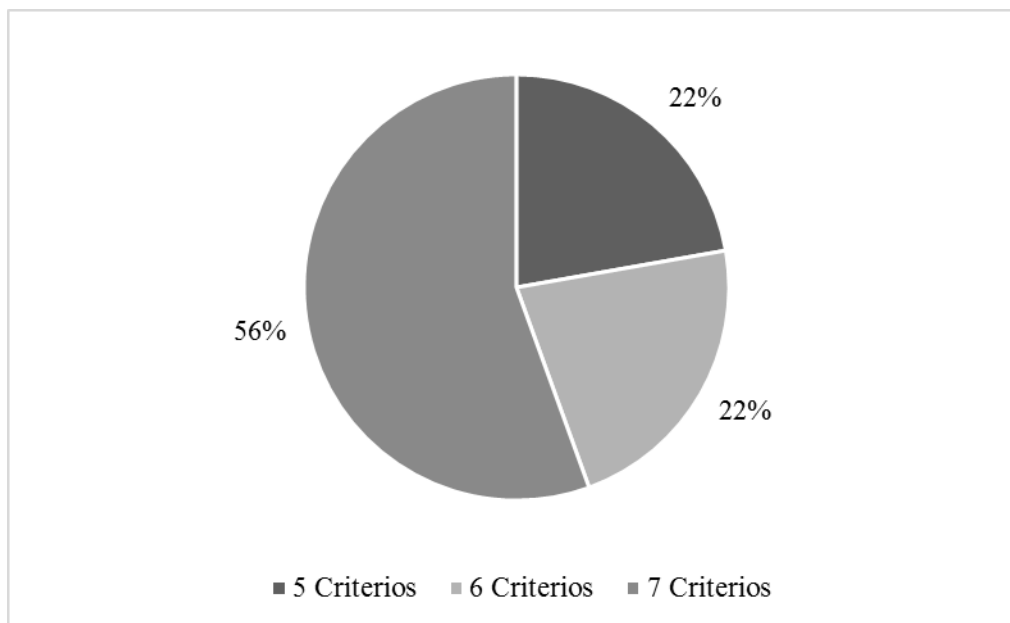
Crterios que utilizan los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para dar por revaluado un caso de periodontitis



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 8

Total de criterios que utilizan para dar por revaluado un caso de periodontitis los Docentes de la Disciplina de Periodoncia en las Clínicas de la FOUSAC



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

En la quinta pregunta se cuestiona acerca de los criterios que utilizan los docentes para evaluar un caso de periodontitis cuando el paciente evidencia reducción de la bolsa periodontal pero con valores mayores de 3mm. A lo que el 66.67% de los docentes expresan que solicitan que el paciente se evaluado nuevamente por el Odontólogo Practicante tratante, el 55.56% prescriben o refieren para tratamiento básico o quirúrgico, el 22.22% no autoriza la evaluación hasta que se cumple con los requisitos de la pregunta No.4, el 11.11% da por revaluado el caso para evitar atrasos al estudiante y el 11.11% refiere a rehabilitación previo dado por revaluado. También podemos observar que el 67% de docentes utiliza 1 criterio para evaluar un caso de periodontitis cuando el paciente evidencia reducción de la bolsa periodontal pero con valores mayores de 3mm y el 33% utiliza 3 criterios para el mismo caso.

Cuadro No. 5

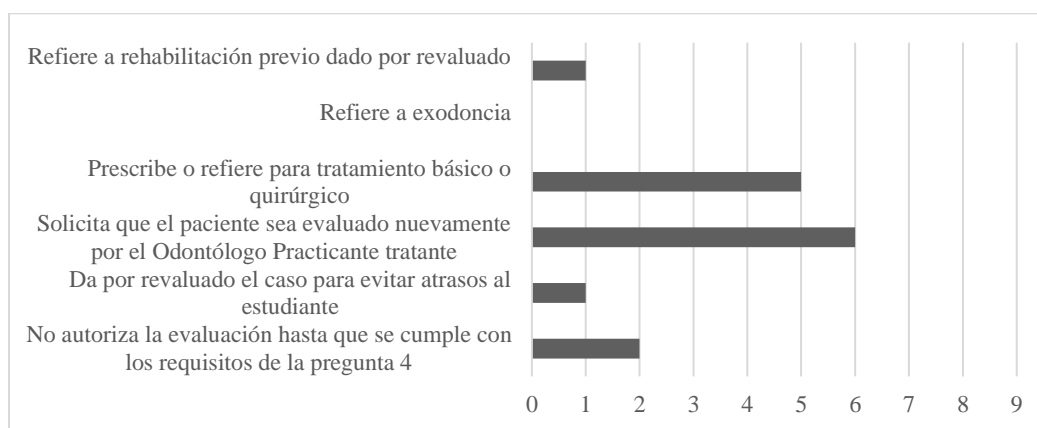
Criterios que utilizan los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para evaluar los casos de periodontitis cuando el paciente evidencia reducción de la bolsa periodontal pero con valores mayores de 3mm

Criterios	Docentes									Total
	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5	D 6	D 7	D 8	D 9	
No autoriza la evaluación hasta que se cumple con los requisitos de la pregunta 4		1		1						2
Da por revaluado el caso para evitar atrasos al estudiante							1			1
Solicita que el paciente sea evaluado nuevamente por el Odontólogo Practicante tratante	1	1		1		1		1	1	6
Prescribe o refiere para tratamiento básico o quirúrgico		1	1	1	1			1		5
Refiere a exodoncia										0
Refiere a rehabilitación previo dado por revaluado								1		1
Total de Criterios que utilizan	1	3	1	3	1	1	1	3	1	

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 9

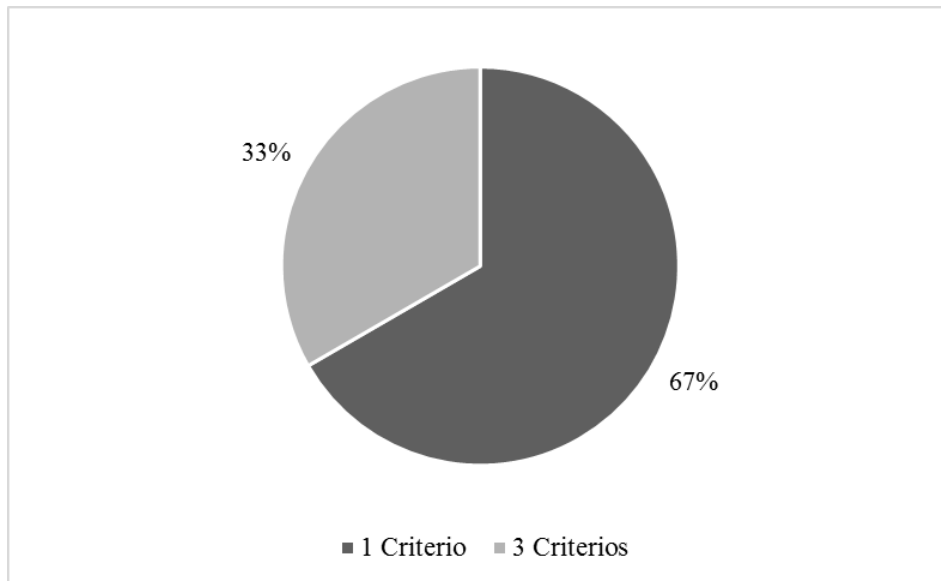
Criterios que utilizan los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC para evaluar los casos de periodontitis cuando el paciente evidencia reducción de la bolsa periodontal pero con valores mayores de 3mm



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 10

Total de criterios que utilizan en los casos de periodontitis cuando el paciente evidencia reducción de la bolsa periodontal pero con valores mayores de 3mm, los Docentes de la Disciplina de Periodoncia en las Clínicas de la FOUSAC

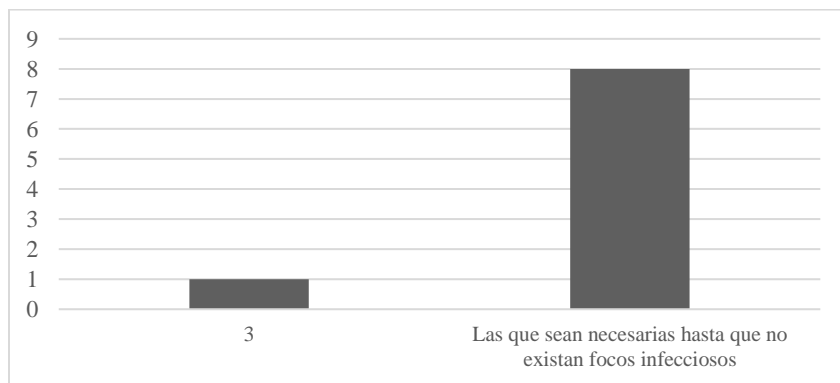


Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

En la pregunta No.6 se discute el máximo de evaluaciones que solicitan por un paciente comprometido periodontalmente los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC, a lo que el 88.89% de los mismos dicen que se realicen las que sean necesarios hasta que no existan focos infecciosos y el 11.11% dice q se realicen únicamente 3 evaluaciones.

Gráfica No. 11

Máximo de evaluaciones que solicitan los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC por un paciente comprometido periodontalmente



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 12

Cantidad de criterios que utilizan para el máximo de evaluaciones que solicita por un paciente comprometido periodontalmente, los Docentes de la Disciplina de Periodoncia en las Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

En la pregunta No.7 se analiza sobre los criterios que aplican con pacientes no colaboradores los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC, a lo que el 7 de 9 docentes dicen que solicitan al paciente que vuelva educar al paciente, 4 de 9 exponen que continúan revaluando hasta alcanzar el objetivo, 2 de 9 indican que lo reportan como caso no docente y 1 de 9 dice que suspende el tratamiento periodontal. También podemos observar que el 56% utiliza 1 criterio, el 33% utiliza 2 criterios y el 11% utiliza 1 criterio con paciente no colaboradores.

Cuadro No. 6

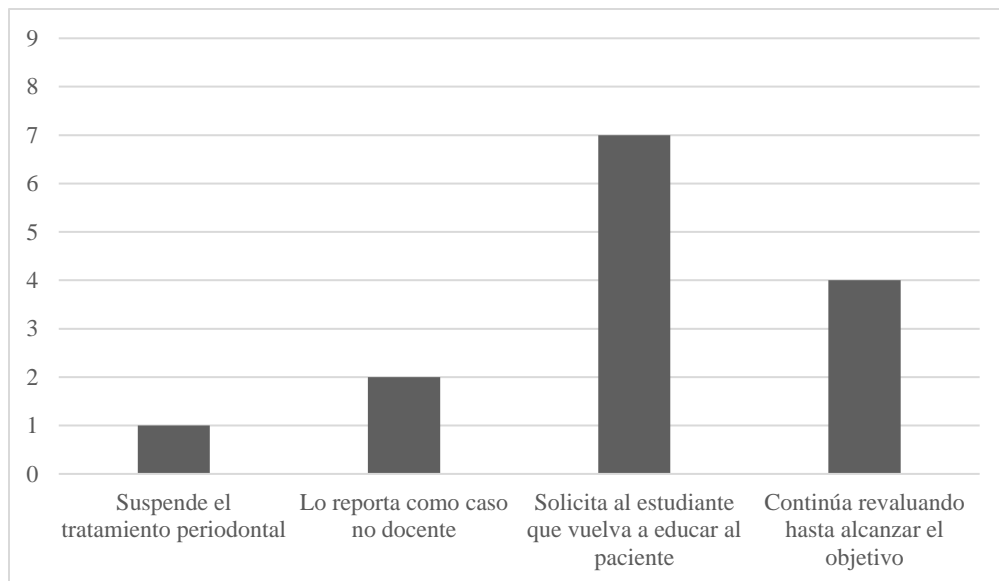
Criterios que utilizan los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC con pacientes no colaboradores

Criterios	Docentes									Total
	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5	D 6	D 7	D 8	D 9	
Suspende el tratamiento periodontal				1						1
Lo reporta como caso no docente			1		1					2
Solicita al estudiante que vuelva a educar al paciente	1	1		1		1	1	1	1	7
Continúa revaluando hasta alcanzar el objetivo				1		1	1	1		4
Total de Criterios que utilizan	1	1	1	3	1	2	2	2	1	

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 13

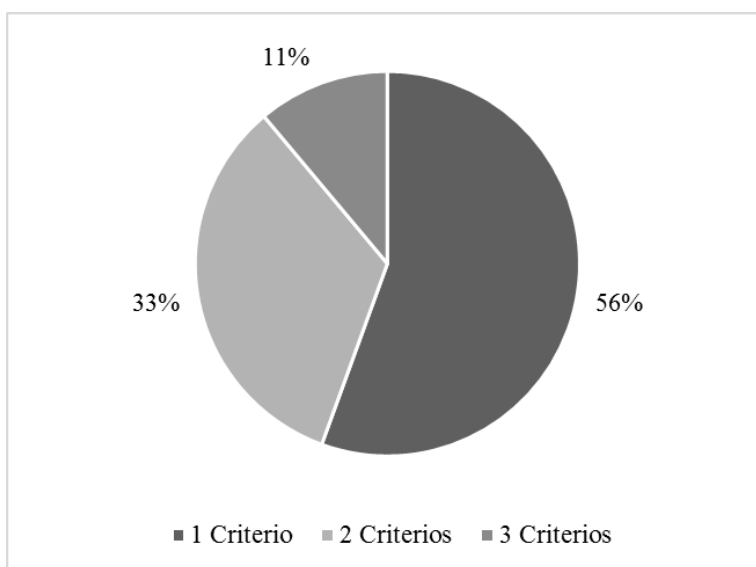
Resultado de la encuesta de los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala sobre la pregunta: Con pacientes no colaboradores que criterios aplica



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 14

Total de criterios que utilizan con pacientes no colaboradores, los Docentes de la Disciplina de Periodoncia en las Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala

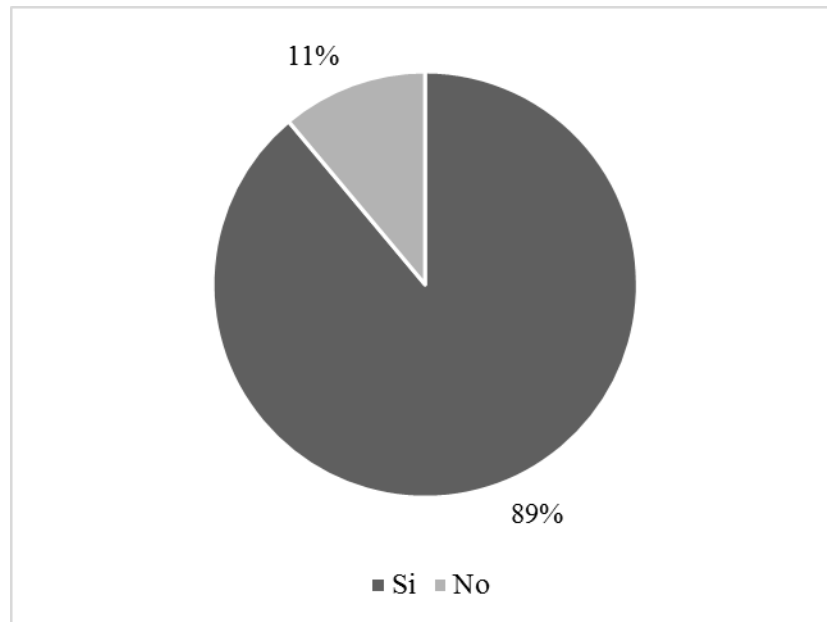


Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

En la sexta pregunta se cuestiona sobre si los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC consideran o no que la Terapia de Mantenimiento Periodontal (TMP) sea indispensable en todos los pacientes, a lo que 8 de 9 docentes dicen que si es indispensable y 1 de 9 docentes dice que no es indispensable.

Gráfica No. 15

Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC consideran o no que la Terapia de Mantenimiento Periodontal (TMP) es indispensable en todos los pacientes



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

En la pregunta No.9 estudia los criterios que consideran correctos los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC en relación a la TMP, de los cuales 9 de 9 consideran que son algunos pacientes los que necesitan que el intervalo de TMP sea más corto, al mismo tiempo que la TMP debe individualizarse según los hallazgos encontrados durante la evaluación, 8 de 9 indican que es necesario en todos los pacientes, 5 de 9 dicen que la TMP en pacientes con gingivitis es diferente al de la periodontitis, 4 de 9 dicen que la TMP debe llevarse a cabo en casos de periodontitis por un período no menor de dos años, 3 de 9 docentes dicen que la TMP debe de ir de la mano del uso de antimicrobianos y antibióticos. También podemos observar que con el 23% utilizan 6 criterios, con el 22% utilizan 5, 4 y 3 criterios y el 11% utiliza 2 criterios.

Cuadro No. 7

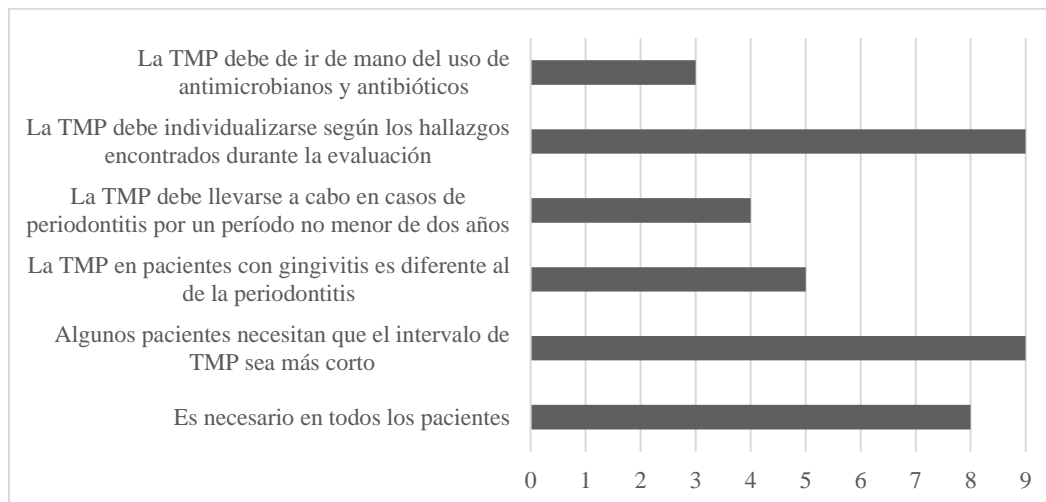
Criterios que utilizan los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC en relación a la TMP cuales considera que son correctas

Criterios	Docentes									Total
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	
Es necesario en todos los pacientes	1	1	1	1	1	1	1	1		8
Algunos pacientes necesitan que el intervalo de TMP sea más corto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
La TMP en pacientes con gingivitis es diferente al de la periodontitis	1	1		1	1		1			5
La TMP debe llevarse a cabo en casos de periodontitis por un período no menor de dos años		1		1	1			1		4
La TMP debe individualizarse según los hallazgos encontrados durante la evaluación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
La TMP debe de ir de mano del uso de antimicrobianos y antibióticos		1		1				1		3
Total de Criterios que utilizan	4	6	3	6	5	3	4	5	2	

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 16

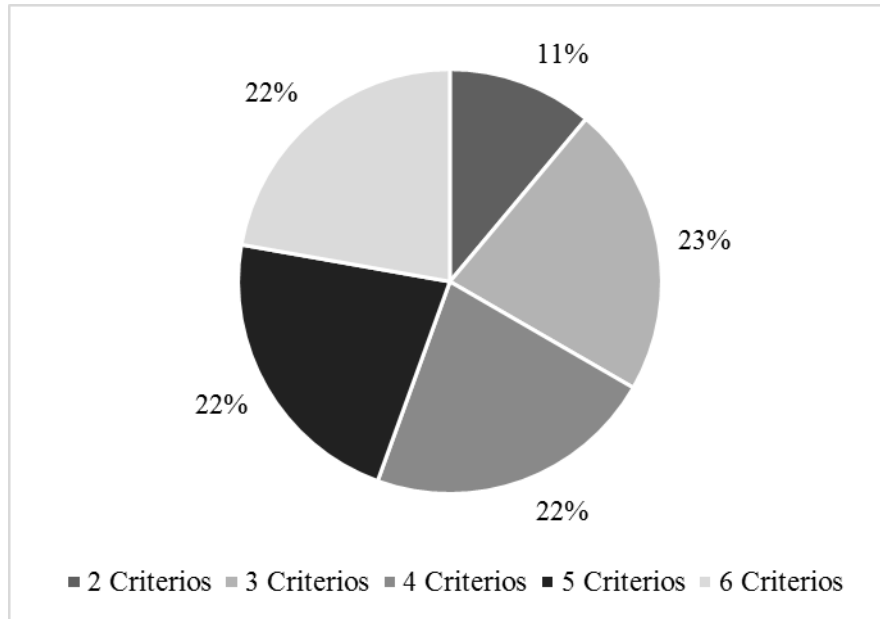
Criterios que utilizan los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC en relación a la TMP cuales considera que son correctas



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

Gráfica No. 17

Total de criterios que consideran correctos en relación a la TMP los Docentes de la Disciplina de Periodoncia en las Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del trabajo de campo de ésta investigación. 2016

10.3. Discusión de Resultados

10.3.1. Propuesta de criterios clínicos para la evaluación y reevaluación de los resultados Post Tratamiento de Gingivitis y Periodontitis

Al investigar la evidencia científica actual y analizarla junto con los criterios clínicos que utilizan los Docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC, se pudo observar que eran similares y que las diferencias radican en que la evidencia científica individualiza los casos y su tratamiento, toman en cuenta más criterios y tienen la Terapia de Mantenimiento Periodontal como un elemento de suma importancia en el tratamiento y mantenimiento de resultados post tratamiento.

a. Nuevos Criterios:

Los nuevos criterios responden a las necesidades de la Gingivitis y la Periodontitis. Nos brindan más información acerca del estado en el que se encuentran los tejidos después de realizada la Fase Básica o Causal, además de ofrecer datos que nos ayudan a darle mantenimiento a los resultados o mejorar el estado de los mismos.

b. Protocolo de Terapia de Mantenimiento Periodontal:

Según la investigación realizada se pudo observar que en distintas Facultades de Odontología en diversas Universidades ^(3, 10, 18, 25, 38), la Terapia de Mantenimiento Periodontal es parte del pensum de estudios y es un requisito fundamental en prácticas clínicas que se realizan dentro de sus instalaciones. Por lo tanto se realizó un Protocolo de TMP para incentivar a los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC a implementarlo dentro de los requisitos clínicos de la disciplina. ANEXO 3

c. Trifoliar con información sobre la TMP:

En la evidencia científica actualizada siempre se habla sobre mantener informado al paciente sobre su tratamiento, evaluaciones y resultados obtenidos ^(1, 15, 31, 34, 36). Por lo tanto respondiendo a dicha observación, se creó un trifoliar con información de importancia sobre la TMP, en un lenguaje adecuado, para que el paciente este informado sobre lo que es la TMP, su objetivo, que incluye la cita y como mantener los resultados en casa. ANEXO 4

10.3.2. Resultados encuesta

En todas las preguntas de la encuesta realizada se puede observar que los docentes no cuentan con criterios homogéneos para la evaluación de pacientes. En ninguna de las preguntas se coincidió con todos los criterios que están establecidos por la Disciplina de Periodoncia.

Dentro de los criterios que se utilizan para dar por terminado un caso de Gingivitis y Periodontitis la mayoría de docentes toman en cuenta que el control de Placa Dentobacteriana debe ser menor al 20% de superficies, habrá de encontrarse ausencia de factores irritantes y manchas extrínsecas; dos docentes hicieron la reflexión de que sí es importante considerar la capacidad, habilidad motriz del paciente y la edad del mismo. Según la evidencia científica actualizada se estipula que cuando existe falta de efectividad o incumplimiento del control de placa, el tratamiento debe de reestructurarse y personalizarse a las necesidades del paciente (1, 8, 15, 32). Al mismo tiempo cabe mencionar que como se observó en la pregunta 1 y 2 el 22.22% de los docentes mencionaron que no deben de existir lesiones mucogingivales al momento de dar por terminado un caso de gingivitis y 44.44% docentes al dar por terminado un caso de periodontitis, a lo que me cuestiono lo siguiente: ¿En qué momento del tratamiento periodontal debe dársele tratamiento a las lesiones mucogingivales? ¿Al cuánto tiempo se encuentra resuelta la lesión mucogingival después de ser tratada? ¿Toman en cuenta dicho tiempo para la evaluación de “terminado”?

La evidencia científica actualizada refiere que además de los criterios clínicos que se usan en la FOUSAC, debe de existir disminución del color de la encía comparada con el examen inicial, reducción de los exudados, controlarse factores de riesgo en los pacientes y al mismo tiempo también se debe restaurar temporalmente factores retenedores de PDB, por ejemplo: eliminación de restauraciones sobrecontorneadas, provisionalización de piezas indicadas para restauraciones de prótesis fija, entre otras situaciones que provoquen la retención de PDB y no ayuden a resolver la enfermedad de los tejidos (1, 35, 37, 39).

En el caso de las revaluaciones, son más las características que consideraron los docentes y al mismo tiempo son mucho más severos y rigurosos. En casos donde el paciente presenta algún signo de inflamación, acumulación de PDB, factores irritantes, lesiones gingivales o reducción de bolsas periodontales pero con valores mayores de 3mm o inclusive si el paciente es no

colaborador, no se da por aceptada hasta que no se cumpla con dichos criterios. Muy pocas veces se evalúa la susceptibilidad e individualidad del paciente, ni se plantea una TMP. De acuerdo a la evidencia científica actualizada hay factores de riesgo que tienen injerencia en la evolución y pronóstico de la Gingivitis y Periodontitis, y si éstos no se controlan pueden contribuir a la recaída de las mismas (3, 14, 19).

Con respecto al máximo de evaluaciones que solicita a un paciente comprometido periodontalmente, la mayoría de docentes considera que se realicen las que sean necesarias hasta que no existan focos infecciosos. En este caso, considero que indistinta e inconscientemente, se está realizando una Terapia de Mantenimiento Periodontal, porque al continuar evaluando y dando tratamiento a la enfermedad hasta que se considere haber llegado a un estado de salud aceptable a los criterios de cada docente, se está cumpliendo con el fin de la TMP, que es mantener los resultados obtenidos de la terapia básica a lo largo del tiempo. Al momento de que esto sucede y el estudiante y/o docente realizan varias citas, sin analizar y considerar factores propios del paciente tales como la susceptibilidad, motricidad, factores de riesgo, entre otros, como lo estipula la TMP, tanto el estudiante y el paciente se pueden llegar a sentir frustrados, poniendo en riesgo a que el mismo paciente ya no continúe asistiendo a sus citas, el estudiante cancele la ficha clínica, no continúe el tratamiento del paciente e ingrese un caso “menos complejo”.

En relación a los pacientes no colaboradores, los docentes concuerdan en su mayoría en que se sigue evaluando hasta alcanzar los objetivos. En algunos de estos casos, se indica al estudiante que realice ciertos tratamientos según los hallazgos de enfermedad sin resolver. A mi criterio y según la evidencia científica actualizada este resultado indica que en casos de pacientes no colaboradores debe de remotivar al paciente y concientizarlo sobre las causas y consecuencias de su enfermedad, individualizar una TMP a las necesidades del paciente y controlar factores de riesgo que estén presentes (1, 32, 35, 37, 39).

En cuanto a la TMP el 88.9% de los docentes consideran que la TMP es indispensable en todos los pacientes, también indican que algunos necesitan que el intervalo de citas sea más corto y que debe individualizarse según los hallazgos encontrados durante la reevaluación. Pero aún así opinan que realizar una TMP en la Disciplina de Periodoncia de las Clínicas de la

FOUSAC únicamente obstruiría el progreso del estudiante en sus requisitos clínicos. Por lo que se recomienda una reforma a los requisitos clínicos de la Disciplina para poder oficializar la TMP, además de la creación de un Banco de Pacientes específicamente para la TMP, y con esto se le daría la importancia que la terapia de mantenimiento tiene y así poder estar al nivel de las distintas Facultades de Odontología a nivel Internacional. Además el 33.33% de los docentes creen en que la TMP debe de ir acompañada del uso de antimicrobianos y antibióticos, al contrario de lo que muestra la evidencia científica actualizada, que indica el uso de las mismas como parte del tratamiento integral de la enfermedad, tanto al controlar la formación de placa bacteriana, como para mantener la concentración adecuada dentro de la bolsa periodontal durante un largo periodo de tiempo. Como es el caso de la Clorhexidina en el tratamiento no quirúrgico de pacientes diagnosticados con periodontitis crónica o avanzada; y en algunos casos se ha demostrado que el uso de agentes antimicrobianos como la Tetraciclina y la Doxiciclina son un buen complemento en el tratamiento eficaz en la Fase Básica o Causal y que su efecto puede mantenerse durante periodos más largos de tiempo (2, 7, 17, 31, 38).

XI. Conclusiones

1. El dar por terminada la terapia básica de tratamiento periodontal, según la evidencia científica actualizada, no significa que la enfermedad se ha resuelto, se deben de evaluar los hallazgos clínicos encontrados, sumados a factores de riesgo para individualizar la Terapia de Mantenimiento Periodontal ^(3, 14, 19).

2. Los criterios clínicos para la evaluación de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis ^(1, 32, 37) son:
 - Disminución del conteo de PDB total.
 - Ausencia a la exploración de factores irritantes.
 - Restauración temporal de factores retenedores de PDB.
 - Factores de riesgo controlados o bajo control.
 - Disminución de color de la encía.
 - Disminución en la inflamación.
 - Disminución o ausencia de exudados.
 - La profundidad del sondaje debe ser analizada cuidadosamente para descartar “pseudobolsas periodontales”.

3. Los criterios clínicos para la evaluación de los resultados Post Tratamiento de la Periodontitis ^(1, 32, 37) son:
 - Disminución del conteo de PDB total.
 - Ausencia a la exploración de factores irritantes.
 - Restauración temporal de factores retenedores de PDB.
 - Factores de riesgo controlados o bajo control.
 - Disminución de color de la encía.
 - Disminución en la inflamación.
 - Disminución o ausencia de exudados.
 - Disminución de la profundidad al sondeo mayor o igual a 4mm.
 - Superficies radiculares libres de irregularidades.

4. Los criterios clínicos para la reevaluación de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis (1, 32, 37) son:
- Disminución del conteo de PDB total.
 - Ausencia a la exploración de factores irritantes.
 - Restauración temporal de factores retenedores de PDB.
 - Factores de riesgo controlados o bajo control.
 - Disminución de color de la encía.
 - Disminución en la inflamación.
 - Disminución o ausencia de exudados.
5. Los criterios clínicos para la reevaluación de los resultados Post Tratamiento de la Periodontitis (1, 32, 37) son:
- Reducción de la profundidad al sondeo, bolsas menores a 4mm.
 - Mantenimiento o ganancia del nivel de encía adherida.
 - Disminución del conteo de PDB total.
 - Ausencia a la exploración de factores irritantes.
 - Restauración temporal de factores retenedores de PDB.
 - Factores de riesgo controlados o bajo control.
 - Disminución de color de la encía.
 - Disminución en la inflamación.
 - Disminución o ausencia de exudados.
 - Superficies radiculares libres de irregularidades.
6. Se requiere un programa para la preservación de la salud periodontal ya lograda con el tratamiento o culminación del proceso reparativo – regenerativo iniciado ⁽³⁷⁾.
7. La terapia de mantenimiento no se enfoca a terminar la terapia básica sino en continuar con la TMP, según la evidencia científica actualizada está registrado que hay casos en los que puede tardar hasta dos años en reparar ^(16, 18).
8. La utilización complementaria de agentes antimicrobianos y antibióticos es de suma importancia para el éxito de una Terapia Periodontal.

9. La ausencia de la TMP aumenta la pérdida dentaria a largo plazo según la evidencia científica actualizada ^(8, 18).
10. En la actualidad los criterios de los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala no están unificados.
11. En varios de los criterios clínicos que utilizan los docentes de la Disciplina no se toma en cuenta la susceptibilidad y otros factores de riesgo del paciente.
12. Oficialmente no se aplica la Terapia de Mantenimiento Periodontal en los pacientes que asisten a las Clínicas de la FOUSAC.

XII. Recomendaciones

Con base en los datos encontrados se recomienda lo siguiente:

- Se tome en cuenta el listado de criterios para la evaluación y reevaluación de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis y Periodontitis, para que los criterios de los docentes de la Disciplina sean más unificados y así mejorar el proceso enseñanza – aprendizaje de la FOUSAC. ANEXO 2
- Se deben reforzar los criterios intradisciplinarios de los docentes para detectar las lesiones mucogingivales.
- Estimular a los estudiantes a individualizar cada caso, interesarse por la historia médica y odontológica del paciente, la habilidad motriz del mismo, o buscar la causa que permite que la enfermedad avance poco para poder solucionarlos y facilitar los procesos.
- Implementar un Protocolo de Terapia de Mantenimiento Periodontal con base en evidencia científica actualizada, para darlo por terminado y su respectiva reevaluación para que los criterios básicos de los docentes sean más unificados. ANEXO 3
- Incentivar a los docentes de la Disciplina de Periodoncia a implementar el Protocolo de Terapia de Mantenimiento Periodontal dentro de los requisitos clínicos de la disciplina, y oficializar un sistema de Banco de Pacientes para que las personas que son diagnosticados y tratados por casos de Gingivitis y Periodontitis en la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC reciban terapia de mantenimiento y se prevenga la recaída o se agrave el estado de la enfermedad.
- Concientizar a los estudiantes del cuarto año, quinto año y Pendientes de Requisitos Clínicos de la FOUSAC sobre la importancia y el protocolo de la TMP.
- Concientizar a los pacientes que son atendidos en las clínicas de la Disciplina de Periodoncia sobre la importancia de realizar la TMP y de asistir a sus citas, con el objeto de mantener la salud que se ha alcanzado luego de haber terminado su Terapia Básica o Causal. Para éste fin se realizó un trifoliar, en el cual va escrita información importante sobre la TMP. ANEXO 4

XIII. Bibliografía

1. AAP (The American Academy of Periodontology). (2000). **Parameter on periodontal maintenance (Parameters of Care Supplement)**. J Periodontol. 71(5-s): 849-850.
2. _____ (2006). **American Academy of Periodontology Statement on Local Delivery of Sustained or Controlled Release Antimicrobials as Adjunctive Therapy in the Treatment of Periodontitis (Academy Report)**. J Periodontol. 77: 1458.
3. Alarcón, P.A. et al. (2007). **Prevalencia y factores asociados al cumplimiento de la fase de mantenimiento periodontal en pacientes del Post-Grado de Periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia**. Rev Estomatol Herediana. 17(2): 70-75.
4. Armitage, G.C. (1999). **Development of a classification system for periodontal diseases and conditions**. Ann Periodontol 4(1): 1-6.
5. _____ (2005). **Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales**. *Periodontol 2000*, 9: 9-21.
6. Baños, F. F; y Aranda, R. (2003). **Placa dentobacteriana**. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 60(1): 34-36.
7. Bascones, A., y Morante, S. (2006). **Antisépticos orales: Revisión de la literatura y perspectiva actual**. *Avances en periodoncia e implantología oral*. 18(1): 21-29.
8. Bazzano, G., et. al. (2012). **Evaluación de la terapia mecánica periodontal en bolsas profundas: Respuesta clínica y bacteriológica**. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 5(3): 123-128.
9. Botero, J. E., y Bedoya, E. (2010). **Determinantes del diagnóstico periodontal**. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 3(2): 94-99.

10. Botero, L. et al. (2012). **Terapia periodontal no quirúrgica.** Rev Fac Odontol Univ Antioq. 23(2): 334-342.
11. Carranza, F; Newman, M. y Takei, H. (2002). **Periodontología clínica.** 9 ed. México D. F: McGraw-Hill Interamericana. 1033 p.
12. _____ (2009). **Periodontología clínica.** 11 ed. México D. F. McGraw-Hill Interamericana. 1522 p.
13. Castellanos, J. L. y Díaz, L. M. (2002). **Periodontitis crónica y enfermedades sistémicas.** Rev Asoc Dent Mex. 59(4): 121-127.
14. CDC. (2011). **National Diabetes Fact Sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011.** (en línea). Atlanta, GA: Consultado el 21 de Oct 2014. Disponible en: http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf
15. Cohen, R. E. (2003). **Position paper: Periodontal maintenance.** J Periodon, 74(9): 1395-1401.
16. Costa, F. O. et al. (2015). **Surgical and non-surgical procedures associated with recurrence of periodontitis in periodontal maintenance therapy: 5-year prospective study.** PloS one 10(10): 1-13.
17. De la Cruz, C.D. y González, H.N. (1997). **Efecto antibacteriano de aplicación tópica dental de acetato de clorhexidina al 10% y fluoruro de sodio al 2% sobre el nivel de S. mutans oral en escolares de 8 a 10 años.** Rev ADM 54(4): 227-232.
18. De La Rosa, M; Cepeda, J. A. y Caffesse, R. (2005). **Pronóstico periodontal y su evolución.** Perio: Soc Esp Perio. 15(3): 151-162.



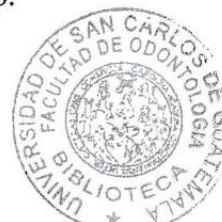
Vo. Bo.
[Handwritten signature]

57

12 SET. 2016

LYBNEY OZIEL MEJIA

19. Del Ángel, F. G., et. al. (2004). **Identificación de factores de riesgo asociado a enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas.** *Rev Asoc Dent Mex.* 61(3): 92-96.
20. Espejel, M., et. al. (2002). **Gingivitis.** *Rev Asoc Dent Mex.* 59(6): pp. 216-219.
21. Fortuny, K. M. (2013). **Radiología en el diagnóstico de enfermedad periodontal.** Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Área Médico-Quirúrgica, Disciplina de Periodoncia. 14 p.
22. Harring, J.I. y Jansen, L. (2002). **Radiología Dental: Principios y técnicas.** Trad. Armando Domínguez Pérez. 2ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 615 p.
23. Horner, K; Sloan, P. and Theaker, D. (2008) **Master Dentistry. Volume 1: Oral and maxillofacial surgery, radiology, pathology and oral medicine.** Inglaterra: Elsevier. p.p. 241-354.
24. Johnson, J. D. et. al. (2008). **Persistence of extracrevicular bacterial reservoirs after treatment of aggressive periodontitis.** *J Periodontol.* 79(12): 2305-2312.
25. León, N. (1999). **Evaluación de los tratamientos periodontales en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.** *Acta Odontol. Venez.* 37(3): pp. 117-22.
26. Lindhe, J. (2005). **Periodontología clínica e implantología odontológica.** 4ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana. 1096 p.
27. Loesche, W.J., et al. (2004). **The nonsurgical treatment of patients with periodontal disease: results after 6.4 years.** *General Dentistry,* 53(4): 298-306.
28. López, J. M. (2002). **Criterios clínicos de periodoncia. Disciplina de periodoncia.** Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala. 5 p.



29. Matesanz-Pérez, P.; Matos-Cruz, R. y Bascones-Martínez, A. (2008). **Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura.** Av Periodon Implantol. 20(1): 11-25.
30. Medina, A. (2010). **Influencia de los márgenes de las restauraciones sobre la salud gingival.** Av Odontoestomatol. 26(2): 107-114.
31. Mombelli, A. y Samaranayake, L.P. (2004). **Topical and systemic antibiotics in the management of periodontal diseases.** Int Denl J. 54(1): 3-14.
32. Muthukumar, S. y Diviya, M. (2013). **Periodontal maintenance - a review.** International Journal of Innovative Research and Development. 2(11): 392-398
33. Ordóñez, C. L. (2013). **Fases del tratamiento periodontal.** Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Área Médico-Quirúrgica, Disciplina de Periodoncia. 21 p.
34. Preshaw, P. M., et. al. (1999). **Progression and treatment of chronic adult periodontitis.** J Periodontol. 70(10): 1209-1220.
35. Ramfjord, S.P. (1987). **Maintenance care for treated periodontitis patients.** J Clin Per, 14(8): 433-437.
36. Ramos Polanco, M.E. (2006). **Determinación del estado periodontal de pacientes con diagnóstico inicial de periodontitis a los 12, 15 o 18 meses de concluido el tratamiento en la Unidad de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 54 p.
37. Renvert, S. y Persson, G. R. (2005). **Tratamiento periodontal de mantenimiento.** Periodontology 2000 (Ed Esp). 11: 179-195.



V. B. O.
[Handwritten signature]

59
12 SET. 2016

38. Secretaría Distrital de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá, UNICOC (Institución Universitaria Colegios de Colombia). (2010). **Guía de práctica clínica en salud oral: higiene oral**. Bogotá: s.e. 74p.
39. Serrano, V. C. y Noguero, B. R. (2004). **Prevención y mantenimiento en la patología periodontal y periimplantaria. Prevención y mantenimiento en periodoncia e implantes**. Av Periodon Implantol. 16 (2): 65-79.
40. Zerón, A. (2001). **Nueva clasificación de las enfermedades periodontales**. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 58(1): 16-20.



Vo. Bo.
[Handwritten signature]

12 SET. 2016
LYBNEY OZIEL MEJIA

XIII. Anexos

ANEXO 1

Encuesta para docentes de la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología para valorar los objetivos de la evaluación y reevaluación periodontal mediante la comparación de evidencia científica y los criterios clínicos actuales utilizados en la Disciplina de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Instrucciones: A continuación se presentan varias preguntas relativas a los criterios clínicos utilizados por los docentes para evaluar y reevaluar el proceso terapéutico de casos clínicos. Marque con una X la o las respuestas que usted aplica en cada pregunta.

1. ¿Qué criterios utiliza usted para dar por terminado un caso de gingivitis?
 - Control de Placa Dentobacteriana debe evidenciar menos del 20% de superficies dentarias contaminadas.
 - Que no presente factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB).
 - Que no presente manchas extrínsecas.
 - Que no presente lesiones mucogingivales.

2. ¿Qué criterios utiliza usted para dar por terminado un caso de periodontitis?
 - Control de Placa Dentobacteriana debe evidenciar menos del 20% de superficies dentarias contaminadas.
 - Que no presente factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB).
 - Que no presente manchas extrínsecas.
 - Que no presente lesiones mucogingivales.
 - Que las superficies radiculares estén libres de irregularidades y/o cemento contaminado.

3. ¿Qué criterios utiliza usted para dar por revaluado un caso de gingivitis?
 - Ausencia de manifestaciones clínicas de inflamación (cambios de color en encía, sangrado al sondeo, etc).
 - Ausencia de factores irritantes.
 - Conteo de PDB menor al 20%.
 - Ausencia de cálculos a la exploración y visión directa.
 - Ausencia de factores retenedores de placa.
 - Ausencia de lesiones mucogingivales.

4. ¿Qué criterios utiliza usted para dar por revaluado un caso de periodontitis?
 - Ausencia de manifestaciones clínicas de inflamación (cambios de color en encía, sangrado al sondeo, etc).
 - Ausencia de factores irritantes.
 - Conteo de PDB menor al 20%.
 - Ausencia de cálculos a la exploración y visión directa.
 - Ausencia de factores retenedores de placa.
 - Ausencia de lesiones mucogingivales.
 - Ausencia de bolsas periodontales.

5. En los casos de periodontitis cuando el paciente evidencia reducción de la bolsa periodontal pero con valores mayores de 3mm, que criterios utiliza usted en la evaluación:
 - No autoriza la evaluación hasta que se cumple con los requisitos anteriores.
 - Da por revaluado el caso para evitar atrasos al estudiante.

- Solicita que el paciente sea evaluado nuevamente por el Odontólogo Practicante tratante.
- Prescribe o refiere para tratamiento.
- Refiere para exodoncia.
- Refiere a rehabilitación previo dado por revaluado.

6. ¿Cuál es el máximo de evaluaciones que solicita por un paciente comprometido periodontalmente?

- 3.
- Las que sean necesarias hasta que no existan focos infecciosos.

7. Con pacientes no colaboradores que criterios aplica:

- Suspende el tratamiento periodontal.
- Lo reporta como caso no docente.
- Solicita al estudiante que vuelva a educar al paciente.
- Continúa revaluando hasta alcanzar el objetivo.

8. Considera que la Terapia de Mantenimiento Periodontal (TMP) es indispensable en todos los pacientes:

- Si
- No

9. En relación a la TMP cuales considera que son correctas:

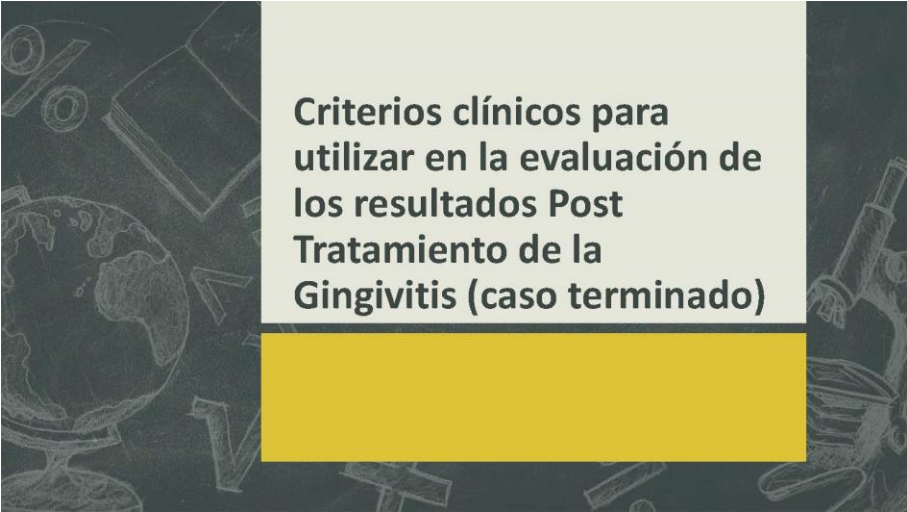
- Es necesario en todos los pacientes.
- Algunos pacientes necesitan que el intervalo de TMP sea más corto.
- La TMP en pacientes con gingivitis es diferente.
- La TMP debe llevarse a cabo en casos de periodontitis por un periodo no menor de dos años.
- La TMP debe individualizarse según los hallazgos encontrados durante la evaluación.
- La TMP debe de ir de la mano del uso de antimicrobianos y antibióticos.

ANEXO 2



Criterios para utilizar en la evaluación y reevaluación de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis y Periodontitis

La realización del presente trabajo sobre comparación de los criterios clínicos que se utilizan para la evaluación y reevaluación del tratamiento periodontal generó la creación de un listado de criterios clínicos apropiados que permitirá unificar a los docentes de la Disciplina de Periodoncia de la FOUSAC, un aprendizaje más completo para el estudiante, mejorando de ésta forma el proceso de enseñanza – aprendizaje durante el desarrollo de su práctica clínica en la Disciplina y por consiguiente una mejor atención a los pacientes que asisten a las Clínicas de la Facultad de Odontología.



Criterios clínicos para utilizar en la evaluación de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis (caso terminado)

Crterios clnicos para utilizar en la evaluacin de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis (caso terminado)

- Disminucin del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploracin de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)
- Si fuera necesario, restauracin temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminucin de color de la encía.
- Disminucin en la inflamacin.
- Disminucin o ausencia de exudados.
- La profundidad del sondaje debe ser analizada cuidadosamente para descartar "pseudobolsas periodontales".
- Toda la informacin debe de recabarse y compararse con los datos que se encontraron en la primera exploracin del paciente al momento de diagnosticar la enfermedad.

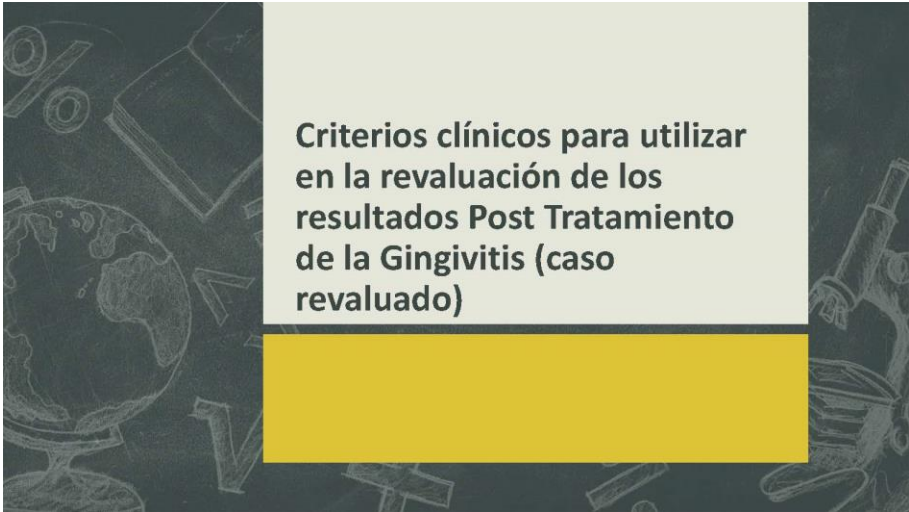
✓ AAP (The American Academy of Periodontology). (2000). Parameter on periodontal maintenance (Parameters of Care Supplement1). J Periodontol. 71(5-s): 849-850.
✓ Muthukumar, S. y Divya, M. (2013). Periodontal maintenance - a review. International Journal of Innovative Research and Development. 2(11): 392-398
✓ Renvert, S. y Persson, G. R. (2005). Tratamiento periodontal de mantenimiento. Periodontology 2000 [Ed Esp]. 11: 179-195.

Crterios clnicos para utilizar en la evaluacin de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis (caso terminado)

Crterios clnicos para utilizar en la evaluacin de los resultados Post Tratamiento de la Periodontitis (caso terminado)

- Disminucin del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploracin de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)
- Si fuera necesario, restauracin temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminucin de color de la encía.
- Disminucin en la inflamacin.
- Disminucin o ausencia de exudados.
- Disminucin de la profundidad al sondeo mayor o igual a 4mm.
- Superficies radiculares libres de irregularidades que constituyan reservorio de PDB o cemento contaminado.
- Toda la informacin debe de recabarse y compararse con los datos que se encontraron en la primera exploracin del paciente al momento de diagnosticar la enfermedad.

✓ AAP (The American Academy of Periodontology). (2000). Parameter on periodontal maintenance (Parameters of Care Supplement1). J Periodontol. 71(5-s): 849-850.
✓ Muthukumar, S. y Divya, M. (2013). Periodontal maintenance - a review. International Journal of Innovative Research and Development. 2(11): 392-398
✓ Renvert, S. y Persson, G. R. (2005). Tratamiento periodontal de mantenimiento. Periodontology 2000 [Ed Esp]. 11: 179-195.

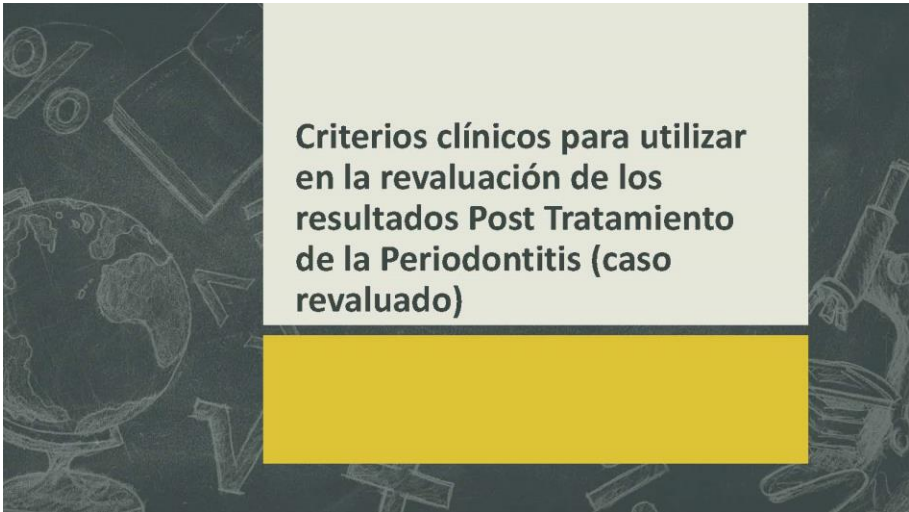


Criterios clínicos para utilizar en la revaluación de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis (caso revaluado)

Criterios clínicos para utilizar en la revaluación de los resultados Post Tratamiento de la Gingivitis (caso terminado)

- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.

✓ AAP [The American Academy of Periodontology]. (2000). Parameter on periodontal maintenance (Parameters of Care Supplement 1). *Periodontol*. 71(S-4): 849-850.
✓ Muthukumar, S. y Divya, M. (2013). Periodontal maintenance - a review. *International Journal of Innovative Research and Development*. 2(11): 392-398
✓ Renvert, S. y Persson, G. R. (2005). **Tratamiento periodontal de mantenimiento**. *Periodontology 2000* (Ed Esp). 11: 179-195.



Criterios clínicos para utilizar en la revaluación de los resultados Post Tratamiento de la Periodontitis (caso revaluado)

Criterios clínicos para utilizar en la reevaluación de los resultados Post Tratamiento de la Periodontitis (caso terminado)

- Reducción de la profundidad al sondeo, bolsas menores a 4mm.
- Mantenimiento o ganancia del nivel de encía adherida.
- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB).
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.
- Superficies radiculares libres de irregularidades que constituyan reservorio de PDB o cemento contaminado.

✓ AAP (The American Academy of Periodontology). (2006). Parameter on periodontal maintenance (Parameters of Care Supplement1). J Periodontol. 71(S-9): 849-850.

✓ Muthukumar, S. y Diviya, M. (2013). Periodontal maintenance - a review. International Journal of Innovative Research and Development. 2(11): 392-398

✓ Renvert, S. y Persson, G. R. (2005). Tratamiento periodontal de mantenimiento. Periodontology 2000 (Ed Esp). 11: 179-195.

Terapia de Mantenimiento Periodontal

Protocolo sugerido

Debido a la naturaleza crónica de la periodontitis y la incapacidad de los parámetros clínicos existentes para predecir la progresión de la enfermedad, es necesario realizar un control y un tratamiento continuo para evitar la recurrencia de la misma.

Según la Academia Americana de Periodontología la Terapia de Mantenimiento Periodontal es una parte integral de la terapia para pacientes diagnosticados con Gingivitis y Periodontitis. La cual pretende asegurar a lo largo del tiempo que los resultados obtenidos durante el tratamiento del paciente se mantengan, por eso al terminar la Fase Básica o Causal del Tratamiento Periodontal debemos invitar al paciente a un tratamiento periódico. El fallar con el programa de mantenimiento puede resultar en recurrencia o progresión de la enfermedad.

Procedimientos

Luego de terminar la fase básica del tratamiento se prosigue a continuar con la evaluación, siempre registrando todos los resultados en la ficha clínica del paciente.

1.1. Criterios clínicos para utilizar en la evaluación de los resultados Post Tratamiento (caso terminado)

- a. Gingivitis
- b. Periodontitis
- c. Análisis de resultados
- d. Tratamiento

Procedimientos

1.2. Criterios clínicos para utilizar en la evaluación de los resultados Post Tratamiento (caso terminado)

- a. Gingivitis
- b. Periodontitis
- c. Análisis de resultados
- d. Tratamiento
- e. Planificación e individualización de la TMP

ANEXO 3

Protocolo para la Terapia de Mantenimiento Periodontal en las Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Elaborado por la O.P. Carmen María del Valle Pedroso

Debido a la naturaleza crónica de la periodontitis y la incapacidad de los parámetros clínicos existentes para predecir la progresión de la enfermedad, es necesario realizar un control y un tratamiento continuo para evitar la recurrencia de la misma.

Según la Academia Americana de Periodontología la Terapia de Mantenimiento Periodontal es una parte integral de la terapia para pacientes diagnosticados con Gingivitis y Periodontitis. La cual pretende asegurar a lo largo del tiempo que los resultados obtenidos durante el tratamiento del paciente se mantengan, por eso al terminar la Fase Básica o Causal del Tratamiento Periodontal debemos invitar al paciente a un tratamiento periódico. El fallar con el programa de mantenimiento puede resultar en recurrencia o progresión de la enfermedad.

1. Procedimientos a realizar:

Luego de terminar la fase básica del tratamiento se prosigue a continuar con la evaluación, siempre registrando todos los resultados en la ficha clínica del paciente.

1.1. Criterios clínicos para utilizar en la evaluación de los resultados Post Tratamiento (caso terminado)

a. Casos de Gingivitis

- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.
- La profundidad del sondaje debe ser analizada cuidadosamente para descartar “pseudobolsas periodontales”.

b. Criterios de Periodontitis

- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.
- Disminución de la profundidad al sondeo mayor o igual a 4mm.
- Superficies radiculares libres de irregularidades que constituyan reservorio de PDB o cemento contaminado.
- Evaluación radiográfica según las necesidades del caso.

c. Análisis de Resultados

Análisis del estado de la enfermedad mediante la revisión clínica y radiográfica, comparado con los previamente registrados.

d. Tratamiento

- Si después de una correcta evaluación se resume que el paciente necesita algún tipo de tratamiento, se procede a realizarlo. Debemos aclarar que en cada visita de mantenimiento, aun cuando no se observen lesiones activas, se lleva a cabo una profilaxis.
- Remoción de placa más cálculos sub y supragingivales: La instrumentación en zonas sanas de manera repetida a lo largo del tiempo, provoca pérdida de soporte y retracción gingival. Por lo tanto se aconseja que, durante el detartraje, se instrumenten con curetas o ultrasonidos sólo los puntos con sangrado al sondeo; en el resto se utilizará pasta para profilaxis. En zonas donde hay un sondeo de 4 – 5 mm, se puede elegir llevar a cabo primero, un alisado radicular si no ha mejorado y existe sangrado; pero si no sangra y no evidenció reparación (de 8 a 5mm) no es conveniente ser tan invasivos, se preferiría una desorganización de la placa supra y subgingival, y si realmente no hay una mejoría se puede realizar un tratamiento quirúrgico. Si existiese sangrado al sondeo generalizado con bolsas mayores de 4 – 5 mm, especialmente en pacientes de riesgo, puede estar aconsejado el uso de antibióticos y reevaluar al paciente al cabo de un mes.
- Modificación del comportamiento:
 - Instrucciones de higiene oral
 - Complemento con intervalos de mantenimiento periodontal sugeridos
 - Asesoramiento del control de factores de riesgo, por ejemplo: el cese de fumar
- Aplicación de gel de Flúor
- Agentes antimicrobianos, si fuesen necesarios
- Tratamiento quirúrgico de la enfermedad recurrente o lesiones mucogingivales

1.2. Criterios clínicos para utilizar en la reevaluación de los resultados Post Tratamiento (caso terminado)

Después del tiempo ya establecido previamente (casos de gingivitis 15 días y casos de periodontitis 30 días), se procede a realizar la reevaluación del caso, siempre debe quede registrado todo hallazgo encontrado en la en la ficha clínica del paciente.

a. Casos de Gingivitis

- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB)
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.

b. Criterios de Periodontitis

- Reducción de la profundidad al sondeo, bolsas menores a 4mm.
- Mantenimiento o ganancia del nivel de encía adherida.

- Disminución del conteo de PDB total, en las superficies dentales afectadas.
- Ausencia a la exploración de factores irritantes (cálculos y factores retenedores de PDB).
- Si fuera necesario, restauración temporal de factores retenedores de PDB.
- Factores de riesgo controlados o bajo control.
- Disminución de color de la encía.
- Disminución en la inflamación.
- Disminución o ausencia de exudados.
- Superficies radiculares libres de irregularidades que constituyan reservorio de PDB o cemento contaminado.

c. Análisis de Resultados

Análisis del estado de la enfermedad mediante la revisión clínica y radiográfica, comparado con los previamente registrados.

d. Tratamiento

- Si después de una correcta evaluación se resume que el paciente necesita algún tipo de tratamiento, se procede a realizarlo. Debemos aclarar que en cada visita de mantenimiento, aun cuando no se observen lesiones activas, se lleva a cabo una profilaxis.
- Remoción de placa más cálculos sub y supragingivales: La instrumentación en zonas sanas de manera repetida a lo largo del tiempo, provoca pérdida de soporte y retracción gingival. Por lo tanto se aconseja que, durante el detartraje, se instrumenten con curetas o ultrasonidos sólo los puntos con sangrado al sondeo; en el resto se utilizará pasta para profilaxis. En zonas donde hay un sondeo de 4 – 5 mm, se puede elegir llevar a cabo primero, un alisado radicular si no ha mejorado y existe sangrado; pero si no sangra y no evidenció reparación (de 8 a 5mm) no es conveniente ser tan invasivos, se preferiría una desorganización de la placa supra y subgingival, y si realmente no hay una mejoría se puede realizar un tratamiento quirúrgico. Si existiese sangrado al sondeo generalizado con bolsas mayores de 4 – 5 mm, especialmente en pacientes de riesgo, puede estar aconsejado el uso de antibióticos y reevaluar al paciente al cabo de un mes.
- Modificación del comportamiento:
 - Instrucciones de higiene oral
 - Complemento con intervalos de mantenimiento periodontal sugeridos
 - Asesoramiento del control de factores de riesgo, por ejemplo: el cese de fumar
- Aplicación de gel de Flúor
- Agentes antimicrobianos, si fuesen necesarios
- Tratamiento quirúrgico de la enfermedad recurrente o lesiones mucogingivales

e. Planificación e individualización de la TMP:

- Al finalizar la cita debemos decidir, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación inicial, la frecuencia de las citas de mantenimiento. Como regla general, el primer control de mantenimiento debiera de realizarse al cabo de un mes de terminado el tratamiento periodontal y los siguientes al cabo de 2 o 3 meses, respectivamente.
- Para la mayoría de pacientes con historia de periodontitis, se ha demostrado que visitas periódicas cada 3 meses, son efectivas para mantener una estabilidad de la salud gingival.

- Basados en la evaluación de hallazgos clínicos y la evaluación del estado de la enfermedad, la frecuencia del mantenimiento periodontal puede ser modificada o el paciente puede regresar a un tratamiento activo.
 - Según la evidencia científica, en la evaluación que realizamos previa a la Terapia de Mantenimiento Periodontal tenemos factores de riesgo y pronóstico de las piezas dentarias, inclusive la condición sistémica del paciente, que debemos tomar en cuenta al momento de la planificación del tratamiento.
 - Se realizó una Guía Práctica para la frecuencia de la Terapia de Mantenimiento Periodontal para que los estudiantes tengan una referencia para la individualización de la misma.
-
- Se sugiere que se realice mínimo una cita de TMP, durante el paso del paciente en las Clínicas de la Facultad de Odontología.
 - Para este punto, sugiero se realice un banco de pacientes, y que estudiantes de tercer año de la carrera realicen dicha cita, como parte complementaria de su aprendizaje del Curso de Periodoncia.

ANEXO 4



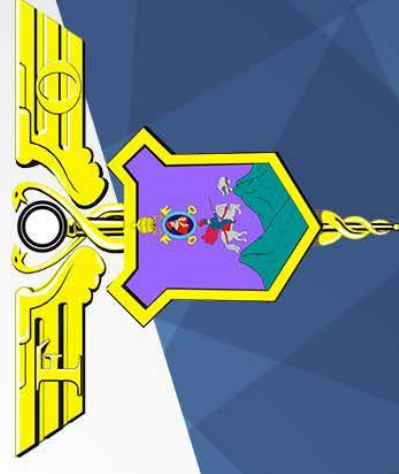
La Terapia de Mantenimiento Periodontal,(TMP) es una terapia preventiva, el cual su objetivo es el mantener a largo plazo la salud lograda, evitando que la enfermedad se active de nuevo.

Si no se continúa con las citas programadas de TMP la enfermedad puede continuar destruyendo, En general, cuanto mejor es el cumplimiento a éstas citas, menor es la cantidad de pérdida de piezas dentarias.

¿Cómo mantener mis encías sanas desde casa?

- Usar hilo dental todos los días
- Usar el cepillo dental adecuado
- Usar la pasta dental en la cantidad
- Controlar la cantidad de PDB de las superficies de nuestros dientes
- Asistir a las citas de mantenimiento que nos sean indicadas.

Terapia de Mantenimiento Periodontal



Bibliografía

- AAP (The American Academy of Periodontology). (2000). Parameter on periodontal maintenance (Parameters of Care Supplement). J Periodontol. 71(5-sj): 849-850.
- Cohen, R.E. (2003). Position paper: Periodontal maintenance. J Periodont, 74(9): 1395-1401.
- Muthukumar, S, y Diviya, M. (2013). Periodontal maintenance - a review. International Journal of Innovative Research and Development. 2(11): 392-398.

Para mantener el éxito conseguido en el plan de tratamiento es imprescindible realizar una correcta fase de mantenimiento periodontal.

La fase de mantenimiento periodontal forma parte del tratamiento periodontal y tiene como objetivo evitar la aparición de recaídas y preservar de manera continua la salud periodontal conseguida en las fases previas.

Los objetivos básicos del mantenimiento periodontal son:

- Prevenir o minimizar la progresión y las recurrencias (recidivas) de la enfermedad periodontal en pacientes ya tratados.
- Prevenir o reducir la incidencia de pérdida dentaria.
- Detectar y tratar otras enfermedades o lesiones de la cavidad bucal.



Por lo general, la cita el mantenimiento periodontal incluye:

- Examen dental
- Actualización de la historia médica
- Evaluación de radiografías (cuando se considera necesario)
- Instrucciones de higiene oral
- Remoción de placa y cálculos
- Profilaxis
- Comunicación entre el Odontólogo Practicante y el paciente sobre los hallazgos encontrados
- Planificación de la siguiente cita de mantenimiento

Después de la cita de mantenimiento, el compromiso del paciente es de suma importancia para mantener el control del control de Placa Dentobacteriana mediante una minuciosa higiene oral en casa, con el uso correcto del hilo dental, cepillo dental, pasta dental, enjuague dental que el profesional ya le ha indicado. y además de asistir a todas las citas programadas de mantenimiento y control por el profesional de la Salud Oral con el propósito de mantener la salud de encías y hueso de soporte.

La visita del mantenimiento periodontal es de suma importancia



El contenido de esta tesis es única y exclusiva responsabilidad del autor

Carmen María del Valle Pedrosa

Carmen María del Valle Pedrosa

FIRMAS DE TESIS DE GRADO



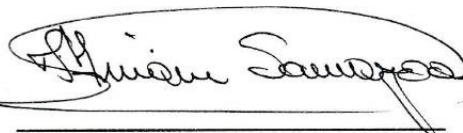
Carmen María del Valle Pedroso
INVESTIGADORA



Dr. José Manuel López Robledo
Cirujano Dentista
ASESOR DE TESIS



Dra. Mariela Orozco
Cirujana Dentista
Revisora, Comisión de Tesis



Dra. Miriam Samayoa
Cirujano Dentista
Revisor, Comisión de Tesis



Vo. Bo. _____

Dr. Julio Rolando Pineda Cordón
Cirujano Dentista
Secretario Académico
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

