

FASE DE MANTENIMIENTO: FUNDAMENTOS Y PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO

Carlos Martín Ardila Medina
Odontólogo, U. Santo Tomás. Especialista en Prótesis Periodontal C. E. S.
Docente U. de Antioquia y U. Cooperativa de Colombia.

Autor responsable de correspondencia: Dr. Carlos Martín Ardila M.
Correo electrónico: abejamar@hotmail.com

RESUMEN

La fase de mantenimiento es una parte integral de toda terapia odontológica. Los pacientes deben ser informados del proceso de la enfermedad, alternativas terapéuticas, complicaciones potenciales, resultados esperados y su responsabilidad en el tratamiento. No llevar a cabo esta fase fundamental puede ocasionar recurrencias y progresión de enfermedades. Infortunadamente todas estas recomendaciones no se están implementando en las facultades de odontología, consultorios particulares, clínicas e IPS odontológicas. El objetivo de este artículo es proporcionar los fundamentos para el establecimiento de una fase integral de mantenimiento y su protocolo de funcionamiento. [Ardila CM. Fase de mantenimiento: Fundamentos y protocolo de funcionamiento. Ustasalud Odontología 2003; 2: 107 - 113]

PALABRAS CLAVE: Educación en salud, prevención y control.

Recall therapy: Background and protocol.

ABSTRACT

Recall therapy is an integral part of dental treatment. Patients should be informed of the disease process, therapeutic alternatives, potential complications, expected results, and their responsibility in treatment. Consequences of no treatment should be explained. Failure to comply with a maintenance program may result in recurrence or progression of the disease process. Unfortunately, all of these recommendations are not being used in the dental schools, dental offices, clinics and IPS (*Instituciones Prestadoras de Servicios*). The goal of this article is to give the bases to establish an integral maintenance program and its protocol.

KEY WORDS: Health education, prevention and control.

Recibido para publicación: 14 de septiembre de 2003. Aceptado para publicación: 30 de octubre de 2003.

INTRODUCCIÓN

La última fase perteneciente a los períodos de tratamiento en una terapia odontológica integral se denomina Fase de Mantenimiento, la cual es de vital importancia para dar continuidad en salud, estética y funcionalidad, prevenir reincidencias, proporcionar seguimiento a condiciones clínicas especiales y a tratamientos terminados. Durante el desarrollo de la terapia se pueden haber realizado actividades clínicas que han requerido de grandes esfuerzos académicos por parte del odontólogo o de un grupo multidisciplinario y también deben ser valorados por medio de una fase activa de mantenimiento.

La asistencia profesional, una vez terminado el plan de tratamiento, que evalúa periódicamente el estado de salud periodontal y dental, para permitir una rápida visualización del inicio e instauración de la enfermedad, recibe el nombre de Fase o Período de Mantenimiento (Glossary of Periodontic Terms, 1986). El mantenimiento de la salud periodontal de los pacientes que han recibido terapia combinada de prótesis y periodoncia, requiere de un compromiso por parte del paciente, para atender y continuar las instrucciones de higiene oral impartidas por el odontólogo. Además se requiere de un esfuerzo por parte del profesional o del grupo interdisciplinario de odontólogos en la asistencia a los pacientes en períodos cortos de tiempo.¹

No existen normas escritas, directrices oficiales, ni programas que regulen con claridad administrativa y académica, la organización de la fase de mantenimiento como periodo fundamental práctico y no sólo teórico en las facultades de odontología, consultorios, clínicas e IPS odontológicas.

El propósito de este artículo es suministrar los fundamentos para el establecimiento de la fase integral de mantenimiento y su protocolo de funcionamiento.

REVISIÓN DE LITERATURA

En la literatura están reportadas numerosas investigaciones que sustentan la necesidad de mantenimiento como única manera para conservar niveles adecuados de salud en los tratamientos odontológicos terminados.

En 1965, en un estudio de gingivitis experimental en humanos, Løe y colaboradores, establecieron que la acumulación de placa bacteriana conduciría al desarrollo de gingivitis en humanos.² Este hallazgo dio comienzo a múltiples investigaciones dirigidas a la prevención y/o tratamiento de las enfermedades del periodonto a través del control de placa, con base en la evidencia de una correlación directa entre la presencia de placa dental y el desarrollo de la enfermedad gingival.³⁻⁸

Según Ramfjord existen tres niveles de prevención como fundamento de la terapia periodontal:

- Prevenir la iniciación de la enfermedad, mediante la eliminación periódica de la placa bacteriana.
- Prevenir la progresión de la enfermedad existente, por medio de la eliminación de secuelas dejadas por la enfermedad misma.
- Prevenir la renuencia de la enfermedad, con base en el control del factor etiológico, después de la terapia correctiva.⁹

Como parte del tratamiento periodontal es necesario el control de la placa bacteriana y su neoformación.^{6,9,10,11} La enfermedad periodontal puede ser controlada al cerciorarse de que los factores de retención de placa y los cálculos sean totalmente eliminados, por lo tanto los pacientes tratados periodontalmente deben ser vinculados en un programa regular de visitas de mantenimiento.¹²⁻¹⁵

Los procedimientos quirúrgicos, independientes del tipo de técnica, orientados hacia la erradicación de la enfermedad periodontal, son sólo una parte de la terapia, que carecería de fundamento si no se respalda por un buen programa de mantenimiento que asegure la conservación de los resultados obtenidos a largo plazo.^{3,12,16-20}

Nyman y colaboradores, realizaron un estudio para evaluar la respuesta de los tejidos periodontales a la terapia utilizando cinco técnicas quirúrgicas diferentes en pacientes que no fueron sometidos a mantenimiento. Los resultados mostraron que la acumulación de placa sobre las áreas intervenidas, produjo la renuencia de la enfermedad periodontal. Se concluye así la ineficacia de la técnica quirúrgica por sí misma en la prevención y el avance de la enfermedad.¹⁸

El éxito en los procedimientos de nueva inserción, se fundamenta en la atención que el clínico y el paciente le presten a las medidas de higiene oral durante el periodo de cicatrización. La inserción a nivel de la nueva unión dentogingival es paralela y se relaciona con la extensión apical de la placa bacteriana sobre la superficie radicular.²¹

La habilidad de un paciente para adquirir y mantener sus propios hábitos de higiene oral por periodos prolongados de tiempo depende de una instrucción minuciosa por parte del clínico.^{14,15} Axelsson y Lindhe evaluaron la eficacia del cuidado dental tradicional que prestan los odontólogos en un programa controlado de mantenimiento concluyendo que el cuidado dental tradicional no previno la renuencia de la caries y la enfermedad periodontal, quizás debido al número reducido de visitas periódicas.¹⁴

Løe y Gardner reportan en algunos estudios que la localización más deseable de un margen es donde el odontólogo pueda controlar la adaptación de la restauración y el paciente pueda realizar efectivas medidas de higiene oral.^{22,23} El estado de salud periodontal relacionado con las prótesis fijas está determinado por la higiene oral del paciente, el tipo de terminación de la restauración, el contorno coronario, el selle marginal y el periodo de mantenimiento.²⁴

Con respecto a la periodicidad de la fase de mantenimiento, los investigadores muestran diferentes resultados. Algunos autores aseguran que un control trimestral es suficiente para mantener una profundidad de bolsa

reducida y los niveles clínicos de inserción alcanzados durante la terapia periodontal.^{2, 3, 10, 14, 15, 25, 26} Otros indican que hay pacientes que requieren períodos más cortos, entre uno y dos meses y son incluidos dentro de una fase de mantenimiento permanente. También, existen pacientes en los que son suficientes los controles semestrales, para mantener salud periodontal.²⁷

Nyman y Lindhe realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el comportamiento de los tejidos periodontales después de ser sometidos a terapia por periodontitis avanzada, en un grupo conformado por 299 pacientes protésicos periodontales, en un período de ocho años. Estos pacientes fueron sometidos a un riguroso período de mantenimiento cada tres a seis meses, de acuerdo a sus necesidades específicas.³ Los resultados de esta investigación concluyeron que los dientes con periodonto reducido y correctamente restaurados pueden ser mantenidos por períodos prolongados de tiempo al igual que los dientes con periodonto sano.

El objetivo primordial de los programas de mantenimiento es asegurar un óptimo control de placa supragingival y subgingival, motivando la buena higiene oral del paciente y reforzándola con terapia mecánica asistida por el clínico.⁶

Sobre la fundamentación bibliográfica revisada con respecto al mantenimiento de pacientes terminados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia se destaca:

En cada una de las tres etapas que constituyen el plan de estudios del nuevo currículo, se resalta la importancia del mantenimiento. Es así como en la primera etapa, "Introducción y Orientación", la salud es el concepto fundamental que la caracteriza, no la enfermedad como suele ocurrir en los currículos tradicionales, como consecuencia la prevención es su doctrina. De esta manera el alumno toma conciencia de la importancia del hombre sano, del interés en proteger la salud, de considerar el riesgo y los procedimientos preventivos.

En la segunda etapa, "Desarrollo de la Práctica Profesional", la salud sigue siendo el concepto fundamental en los cuatro semestres que la comprenden, por lo tanto, la prevención sigue siendo muy importante.

Y en la tercera etapa, "Consolidación y profundización", es interesante la trascendencia dada al estudio del impacto del trabajo realizado por el estudiante en etapas anteriores. Para esto, como tarea formal se programa para cada alumno un estudio al respecto, el cual tiene por objeto identificar la utilidad de sus logros y la situación de los tratamientos, para reprogramarlos, continuarlos y hacer el mantenimiento correspondiente.²⁸

Un estudio de seguimiento realizado durante veintisiete años en las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, en su Parte I, encontró que la posibilidad de hallar una historia clínica con antecedente de asistencia a mantenimiento fue del 4%.²⁹ En la Parte II, se evalúa el periodo entre 1970 y 1989. Se concluye que solamente aparece consignado mantenimiento en el 5.88% de las historias de los pacientes estudiados y en el 94.12% no aparece realizado.³⁰ En la misma investigación, pero referente a la Parte III, se evalúa el periodo entre 1990 y 1996. Los autores concluyen que existe más una dificultad actitudinal y conceptual que un desconocimiento del tema del mantenimiento; resaltan que ello tiene serias implicaciones para los pacientes y para los estudiantes, los cuales en este campo están formados teóricamente pero siguen actitudinalmente realizando una práctica clínica curativa antes que preventiva.³¹

Otra investigación realizada para evaluar el mantenimiento en el posgrado de Odontología Integral del Adulto en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia encontró que el 75% de las directivas indican que la organización del mantenimiento es inadecuada. El 12.5% afirma que no existe ninguna organización y el 12.5% restante, no sabe nada al respecto. En cuanto al promedio mensual de pacientes de mantenimiento vistos bajo la supervisión del docente, es preocupante que el 45% no tiene conocimiento del tema. Solamente, el posgrado de Odontología Integral del Adulto tiene alguna organización del mantenimiento. El 69% de los docentes de posgrado no conocen los criterios administrativos para la citación de pacientes para mantenimiento y el 31% que dice conocerlos, parece que confundió la respuesta porque los investigadores de este estudio no encontraron ni criterios ni normas administrativas para determinar dicho proceso. La responsabilidad para citar a los pacientes de mantenimiento, según los docentes de posgrado, corresponde en un 19.2% al personal auxiliar, 38.5% a los estudiantes y el 42.3% no sabe. El 44.4% de los estudiantes de posgrado evalúan la experiencia del man-

tenimiento como regular para su formación y el 27.8% la catalogan como no adecuada.³² Para concluir, no existen estudios que analicen el establecimiento, funcionamiento e importancia del mantenimiento en el pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

Una investigación realizada en la facultad de Odontología del CES con el fin de evaluar el estado de salud periodontal de los pacientes rehabilitados en el posgrado de Prótesis Periodontal concluye que la frecuencia del mantenimiento es de una evaluación cada doce meses.³³ Otro estudio en la misma facultad evaluó la salud gingival de algunos pacientes rehabilitados y que pertenecen al programa de mantenimiento y concluyó que el 95.3% de los pacientes presentaron acumulación de placa bacteriana.³⁴ No existen otros estudios en el CES que permitan evaluar la eficiencia de los programas de mantenimiento en su Facultad de Odontología.

Tampoco existen investigaciones reportadas, al respecto, en la literatura nacional en las diferentes facultades de odontología, ni en consultorios, clínicas odontológicas e IPS en Colombia.

La presencia efectiva de un sistema de mantenimiento en las facultades, consultorios, clínicas e IPS odontológicas es esencial para proveer continuidad a los objetivos logrados en el tratamiento, proporcionando además una experiencia enriquecedora para la docencia e investigación y para la evaluación en los cambios de los perfiles clínicos y epidemiológicos de los pacientes.

FASE INTEGRAL DE MANTENIMIENTO (FIM)

El compromiso para el establecimiento e implementación de la Fase Integral de Mantenimiento y su protocolo de funcionamiento debe involucrar sin excepción a todas las facultades de odontología del país, consultorios odontológicos, áreas y departamentos que conforman las diferentes clínicas odontológicas e IPS.

1. OBJETIVOS

1.1 General:

Asistir académica y profesionalmente al paciente cuyo plan de tratamiento ha sido terminado, para evaluar periódica e integralmente su estado de salud oral y permitir la rápida detección del inicio y la instauración de una enfermedad.

1.2 Específicos:

Mantener el bienestar logrado con las diferentes terapias realizadas.

Prevenir el restablecimiento de nuevas enfermedades o su reincidencia.

Observar aquellas entidades particulares que requieren especial atención debido a sus características.

2. HISTORIA CLÍNICA DE REEVALUACIÓN.

Las actividades profesionales del clínico deben incluir la realización de una historia clínica reevaluativa completa que incluya, además de la actualización de los datos personales del paciente, el motivo de la consulta y otros elementos fundamentales necesarios para el establecimiento de diagnósticos, planes de tratamiento y pronósticos como son:

- Valoración sistémica: se interroga al paciente sobre los cambios sistémicos y/o en su medicación a partir del último control.

- Examen estomatológico y de piel: Se realiza palpación y observación de piel, ganglios, labios, mejillas, paladar, piso de boca, lengua. Se consignan únicamente los cambios detectados.

- Evaluación de la oclusión y de la articulación temporomandibular: se evalúan desarmonías oclusales, interferencias, contactos prematuros, facetas de desgaste, bruxismo, ruidos y sintomatología articular e hiperactividad muscular.

- Examen periodontal: se realiza un completo periodontograma actualizado que permita evaluar la profundidad de surco o bolsa, hemorragia al sondaje, nivel de inserción clínica, movilidad dentaria progresiva, lesiones de furca, amplitud de encía queratinizada, ubicación de margen gingival y línea mucogingival.

- Índice de placa bacteriana: se valora la placa bacteriana residual, para determinar su porcentaje y ubicación. A su vez se detectan los factores que facilitan su retención.

- Factores de riesgo: son situaciones que pueden proporcionar un desequilibrio o una pérdida de homeóstasis en el huésped, haciéndolo más susceptible al agente agresor como son el hábito de fumar, estrés, enfermedades sistémicas y hábitos en general.

- Valoración pulpar y periapical: se evalúa clínica y radiográficamente el estado de la pulpa y el periápice.

- Odontograma actual: se consignan las caries activas, residuales y recurrentes, obturaciones defectuosas, fracturas, cambios de posición y de color, contornos interproximales inadecuados, rebordes marginales discrepantes.

- Análisis radiográfico: preferiblemente cada dos años se debe solicitar un juego periapical completo y cuando existe patología actual, se ordenan radiografías inmediatamente con controles anuales.

- Examen protésico: en presencia de prótesis fija se deben observar aspectos como adaptación, perfil de emergencia, ubicación de márgenes, caries recurrente, espacios interproximales, contornos, pónicos.

- En prótesis removible se evalúa la adaptación, el estado de reborde alveolar y la mucosa, el estado de retenedores y de conectores, el estado de las bases y en general el estado de la restauración removible.

- En prótesis total es necesario tener en cuenta aspectos como adaptación y estabilidad, estado de los rebordes residuales y de la prótesis total.

- En rehabilitación con implantes se debe revisar el estado de la restauración protésica bajo los parámetros tenidos en cuenta en la evaluación de prótesis fija expuestos anteriormente. También se deben valorar los tejidos gingivales para descartar la presencia de perimplantitis.

- En pacientes con ortodoncia se debe examinar el estado de los tejidos periodontales, la aparición de recesiones gingivales, el acúmulo de placa y de cálculos y las radiografías periódicas durante el tratamiento activo y durante el periodo de contención.

2.1 Diagnósticos:

Es de vital importancia diagnosticar y determinar la condición del paciente en el momento de iniciar el mantenimiento para establecer la conducta a seguir en la FIM.

Los diagnósticos deben ser establecidos ordenada y particularmente así:

- Sistémico
- Dental
- Periodontal
- Oclusal
- Articular
- Estomatológico
- Pulpar y periapical

2.2 Plan de tratamiento:

La nueva propuesta de Plan de Tratamiento también debe ser organizada secuencialmente basada en los periodos de tratamiento integral que incluye sus fases higiénica y reevaluativa, correctiva inicial, correctiva fi-

nal y, por supuesto, una nueva estrategia con respecto a la fase de mantenimiento que se propondrá hasta que el paciente sea reevaluado posteriormente.

2.3 Pronósticos:

Los pronósticos también deben ser incluidos, como aspecto fundamental en la elaboración de la historia clínica reevaluativa ya que tienen una influencia directa en las futuras citas de revisión.

3. FRECUENCIA DE LAS CITAS DE MANTENIMIENTO.

Los estudios muestran diferentes intervalos de mantenimiento dependiendo del compromiso sistémico, psicológico y físico del paciente, y recomiendan una frecuencia de tres a seis meses.

El criterio y la responsabilidad del clínico son los que determinan el período que cada paciente requiere para mantener los niveles de salud oral en condiciones óptimas según sus características individuales. La periodicidad de los chequeos radiográficos también debe estar basada en los conceptos expuestos anteriormente.

Para determinar la periodicidad con que debe ser citado un paciente para mantenimiento se propone utilizar un índice de mantenimiento integral, que además de contener los datos más importantes del paciente, valore aspectos como: el estado sistémico, la higiene oral, la articulación temporomandibular, el nivel de inserción periodontal, el estado pulpar y periapical, los pernos, las restauraciones, la prótesis fija y/o removible, la prótesis total y los implantes, si los hubiere.

4. SISTEMATIZACIÓN

Es fundamental para el funcionamiento óptimo de la FIM, su sistematización para que garantice el proceso operativo. Al establecer una base de datos se podrán registrar la documentación completa, clara y estratégica para transformarla en información esencial con fines de investigación, docencia y servicio de significativo valor para la evaluación periódica de los procesos operativos y los estudios epidemiológicos que sirvan para planificar, ejecutar y tomar decisiones en cada uno de estos aspectos.

El archivo de los pacientes que pertenecen a la FIM debe reunir información importante como: datos personales del paciente, edad, sexo, estrato social, índice de higiene

oral, periodicidad de evaluaciones radiográficas, diagnósticos, fecha de iniciación de tratamiento curativo, fecha de terminación de tratamiento curativo, última fecha de atención en mantenimiento, próxima cita de mantenimiento, odontólogo que finalizó tratamiento, odontólogo que realiza el mantenimiento.

5. PLANTA FÍSICA

Un consultorio o clínica odontológica establecida para realizar tratamientos curativos tiene la implementación adecuada para llevar a cabo terapias integrales de mantenimiento, lo cual no requiere de gastos adicionales para su funcionamiento.

6. ARCHIVO

Es importante que en el archivo de historias clínicas se ubique en una sección específica. Las historias correspondientes a los pacientes terminados van a constituir los pacientes a evaluar en el programa de mantenimiento.

7. PERSONAL AUXILIAR

El personal auxiliar, dadas las características de la FIM, debe tener una capacitación en sistemas, conocimiento de los objetivos, conceptualización y funcionamiento de la facultad de odontología, consultorio o clínica, con el fin de lograr las metas y el desempeño más adecuado de las actividades programadas. Preferiblemente, el personal debe ser certificado por alguna entidad educativa que soporte académicamente su formación científica.

CONCLUSIONES

1. En la fase de mantenimiento integral se debe asistir profesionalmente al paciente cuyo plan de tratamiento ha sido terminado en cualquiera de las clínicas de las facultades de odontología, consultorios, clínicas e IPS odontológicas, para evaluar periódica e integralmente su estado de salud oral, y permitir la rápida detección del inicio e instauración de una enfermedad.
2. Una vez terminado el tratamiento se debe conservar el bienestar logrado con las diferentes terapias realizadas sometiendo al paciente a un período de mantenimiento.
3. Prevenir el restablecimiento de nuevas enfermedades o su reincidencia por medio de la evaluación periódica de los pacientes terminados.

4. Observar aquellas entidades particulares que requieren especial atención debido a sus características, citando a l paciente para una valoración clínica regular.

5. Se debe realizar una historia clínica integral reevaluativa donde se actualicen todos los datos del paciente y se consignen los cambios presentados desde su última revisión clínica odontológica, los cuales serán de gran valor para sustentar clínica y académicamente los nuevos diagnósticos, pronósticos y el plan de tratamiento.

6. Los estudios muestran diferentes intervalos de mantenimiento dependiendo del compromiso sistémico, psicológico y físico del paciente, y recomiendan una frecuencia de tres a seis meses, pero es el criterio y la responsabilidad del clínico el que determina el período que cada paciente requiere para mantener los niveles de salud oral en condiciones óptimas según sus características individuales.

7. Es fundamental para el funcionamiento óptimo de la FIM, su sistematización. Los datos ingresados en un sistema computarizado, además de facilitar un acceso ordenado a la información, proporcionarán elementos esenciales materia de investigación y docencia.

8. Un consultorio o clínica odontológica establecida para realizar tratamientos curativos tiene la implementación adecuada para llevar a cabo terapias integrales de mantenimiento, lo cual no requiere de gastos adicionales para su funcionamiento.

9. Es importante que en el archivo de historias clínicas se ubique en una sección específica las historias correspondientes a pacientes terminados, que a la postre van a constituir los pacientes a evaluar en el programa de mantenimiento.

10. El personal auxiliar dadas las características de la FIM debe tener una capacitación en sistemas, conocimiento de objetivos y conceptualización clínica. Preferiblemente el personal debe ser certificado por alguna entidad educativa que soporte académicamente su formación científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lindhe J, Westfelt E, Nyman S, Socransky S, Haffaje D. A long term effect of surgical/ non surgical treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 448 - 458.
2. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965; 36: 5 - 15.

3. Nyman S, Lindhe J. A longitudinal study of combined periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease. *J Periodontol* 1979; 50: 163 - 169.
4. Socransky S. Relationship of bacteria to the etiology of periodontal disease. *J Dental Res* 1979; 49: 203 - 222.
5. Hamp S, Nyman S, Lindhe J. Periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol* 1975; 2: 126 - 135.
6. Løe H, Anerud A, Boysen H, Smith M. The natural history of periodontal disease in man. The rate of periodontal destruction before 40 years of age. *J Periodontol* 1978; 49: 607 - 620.
7. Van Der Velden U. Probing force and the relationship of the probe tip to the periodontal tissues. *J Clin Periodontol* 1979; 6: 106 - 114.
8. Glossary of periodontic terms. *J Periodontol* 1986; 57 (Suppl.): 17.
9. Ramfjord SP. Maintenance care for treated periodontitis patients. *J. Clinical Periodontol* 1987; 14: 433 - 437.
10. Suomi J, Greene J, Vermillion J, Doyle J, Chang J, Leatherwood E. The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: Results after third and final year. *J. Periodontol* 1971; 42: 152 - 160.
11. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 281 - 295.
12. Ramfjord, S., Morrison, E., Burgett F, Nissle R, Shick R, Zann G, Knowles J. Oral hygiene and maintenance of periodontal support. *J Periodontol* 1982; 53: 26 - 30.
13. Johansson L, Oster B, Hamp S. Evaluation of cause related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 689 - 699.
15. Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 239 - 248.
16. McFall WT. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. *J Periodontol* 1982; 53: 539 - 549.
17. Lindhe J, Nyman S. Long term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 504 - 514.
18. Knowles J, Burgett F, Nissle R, Shick R, Morrison E, Ramfjord S. Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years. *J Periodontol* 1979; 50: 225 - 233.
19. Nyman S, Lindhe J, Rosling B. Periodontal surgery in plaque infected dentitions. *J Clin Periodontol* 1977; 4: 240 - 249.
20. Becker W, Becker B, Berg J. Periodontal treatment without maintenance. *J. Periodontol* 1984; 55: 505 - 509.
21. Shick RA. Maintenance phase of periodontal therapy. *J Periodontol* 1981; 52: 576 - 583.
22. Wirthlin MR. The current status of new attachment therapy. *J Periodontol* 1981; 52: 529 - 544.
23. Løe H. Reactions of marginal periodontal tissues to restorative procedures. *Int Dent J* 1968; 18: 759 - 778.
24. Gardner FM. Margins of complete crowns. Literature review. *J Prosthet Dent* 1982; 48: 396 - 440.
25. Tobón S. Estudio clínico comparativo entre prótesis parciales fijas elaboradas con metales preciosos y no preciosos. [Tesis para optar el título de Especialista en Prótesis Periodontal]. Medellín. CES. 1990.
26. Goldman MJ, Ross IF, Goteiner D. Effect of periodontal therapy on patients maintained for 15 years or longer. A retrospective study. *J Periodontol* 1986; 57: 347 - 353.
27. Bellini HT, Campi R, Denardi JL. Four years of professional tooth cleaning and topical fluoride application in Brazilian school children. Effect on gingivitis. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 231 - 238.
28. Westfelt E, Nyman S, Socransky S, Lindhe J. Significance of professional tooth cleaning for healing following periodontal surgery. *J Clin Periodontol* 1983; 10: 148 - 156.
29. Arango A, Echeverry CA, Mejía R, Posada P et al. Currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia-Medellín-Colombia. *Revista Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia* 1993; 5: 1 - 27.
30. Mejía R, Yepes FL. Veintisiete años de seguimiento de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la U. de A. 1970-1996. Parte I. Índices evaluativos. *Revista Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia* 1997; 9: 39 - 46.
31. Mejía R, Yepes FL. Veintisiete años de seguimiento de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la U. De A. 1970-1996. Parte II. Evaluación del periodo 1970-1989. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 1998; 10: 87 - 93.
32. Mejía R, Yepes FL. Veintisiete años de seguimiento de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la U. de A. 1970-1996. Parte III. Evaluación del periodo 1990 -1996. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 1998; 10: 94 - 102.
33. Yepes FL, Orozco LM, Cabrales M. Evaluación de los aspectos administrativos, conceptuales y clínicos del mantenimiento en las clínicas de los posgrados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 1999; 11: 52 - 60.
34. Mejía GJ. Evaluación periodontal de pacientes tratados en el programa de prótesis periodontal del CES durante el periodo 1989-1992. *CES Odont* 1995; 8: 2: 80 - 90.
35. Arango LD, López AP, Madrid M. Estudio descriptivo del estado de salud gingival de un área tratada con prótesis parcial fija en pacientes atendidos en el CES de Sabaneta. *CES Odont* 1995; 8: 136 -139.