

Trascendencia multidireccional de la relación asistencial paciente - profesional

Ernesto Borgia Botto

DICIEMBRE 2020



Sumario

Trascendencia multidireccional de la relación asistencial paciente - profesional	4
1- Introducción	5
2 - Rol del Odontólogo	5
2.1- Captación psicológica del paciente	5
2.2- Filosofía preventiva y conservadora	5
2.3- Conocimiento de los materiales y técnicas.....	6
2.4.- Enfoque integral de las condiciones funcionales del Sistema Estomatognático (S.E.).....	6
2.5- Versatilidad intelectual y clínica del profesional	6
4- Integración multi, inter y transdisciplinaria	7
5- Programación secuenciada de la ejecución clínica	8
6- Selección, programación y ejecución del plan de tratamiento	9
7- Terapia de mantenimiento.....	15
8- Aspectos organizativos y administrativos	16
9- Conclusiones	17
Referencias	18



Trascendencia multidireccional de la relación asistencial paciente - profesional

Ernesto Borgia Botto

1- Introducción

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

El ejercicio de las profesiones de la salud, tanto en el ámbito público como en el privado, se basa fundamentalmente en la relación entre el paciente que recibe la atención y el profesional que lo asiste. Esta relación genera de forma recíproca, derechos y deberes para ambos, cuyo respeto permite lograr una atención óptima. Es imprescindible que el profesional tenga una concepción asistencial integral, ya que en múltiples circunstancias se requiere la intervención de otras disciplinas, no de forma autónoma, sino integradas en un eje común que es el paciente.

El objetivo de este trabajo es analizar, fundamentar y ordenar secuencialmente, desde la óptica profesional y docente del autor, los aspectos más trascendentes que deben considerarse en la relación asistencial paciente-profesional, con el fin de proporcionarle la atención odontológica más adecuada, en ese momento de su vida.

Además, pretende constituir un sintético insumo pedagógico, especialmente para los profesionales recién egresados o con pocos años de ejercicio profesional, así como también para el estudiante avanzado.

2 - Rol del Odontólogo

En Odontología, la asistencia del profesional debería dirigirse hacia lo que el paciente necesita y no sólo a

lo que eventualmente desea. Por lo tanto, el Rol del Odontólogo es primero como Educador y en segundo lugar como Terapeuta ⁽²⁾. Este Rol se sustenta en:

■ 2.1- Captación psicológica del paciente

Salvo los Especialistas, la mayoría de los profesionales de la salud no están formados específicamente en esta área. Sin embargo, el profesional debe tratar de comprender algunos aspectos que pueda presentar el paciente, no sólo el motivo de consulta, sino también sus emociones, temores, urgencias, ansiedades, así como el entorno social y familiar que lo rodea. Para ello debe disponer de tiempo suficiente para examinar, diagnosticar, registrar, observar sus reacciones, evaluar sus planteamientos y fundamentalmente **escucharlo**.

La atenta sensibilidad auditiva, el delicado tacto al momento del examen clínico y la amplitud y agudeza observacional, proporcionarán una vasta y cualitativa información, que le permitirán seleccionar el Plan Terapéutico más apropiado.

■ 2.2- Filosofía preventiva y conservadora

Prevenir la aparición de la enfermedad es el objetivo de las profesiones de la salud. Según Mc Keown ⁽³⁾, “para prevenir es necesario modificar las condiciones que llevaron a la enfermedad”. Por lo tanto, el Diagnóstico Etiológico es imprescindible, dentro del Diagnóstico global.

Pero para prevenir es necesario educar y generar hábitos. La Educación para la Salud será llevada a cabo por el profesional o personal auxiliar capacitado.

Cada paciente debe estar inscripto en un Plan Preventivo - Asistencial Integral (PPAI), mínimamente invasivo e individual. La selección de las posibles opciones terapéuticas del PPAI, podrá estar condicionada a la evaluación de la respuesta educativa y conductual del paciente. **En efecto, el objetivo preventivo se alcanza, si el paciente Adquiere el conocimiento, Cambia su actitud y Modifica su comportamiento ⁽⁴⁾.**

■ 2.3- Conocimiento de los materiales y técnicas

En los últimos 25 años, el desarrollo científico y tecnológico, ha provocado profundos cambios en todas las Áreas de la Salud. En Odontología, se pueden mencionar algunos ejemplos, como las modificaciones científicas y terapéuticas en Cariología, los avances en la rehabilitación mediante implantes óseo-integrados, así como en el área de los materiales dentales. En esta última, los cambios en la composición de las resinas compuestas, de los sistemas adhesivos y los medios de fijación, de las cerámicas, así como también el desarrollo de las tecnologías CAD-CAM para el procesamiento de las mismas, han permitido con estos materiales mimetizar las restauraciones con el color de los dientes, satisfaciendo la demanda de los pacientes. Sin embargo, las virtudes y facilidades de las tecnologías CAD-CAM, exigen una adecuada indicación, debiendo estar al servicio del profesional y del paciente, y así evitar todo riesgo de sobretratamiento.

Lo antedicho requiere que el profesional esté actualizado. En 1984, Sigurd P. Ramfjord escribió: “No hay verdad absoluta en ciencia; la verdad es un estado mental, dependiente de la información existente en un momento dado”. Y agregaba: “Los cambios conceptuales son a menudo procesos lentos y dolorosos, porque tienen un fuerte componente de racionalización subjetiva”⁽⁵⁾.

Este profundo pensamiento, realza la necesidad de un Conocimiento Actualizado por parte del profesional, lo que le permitirá “saber ver”, “captar lo que escucha” y “definir lo esencial” que requiere el paciente. **A juicio del autor, constituye un compromiso ético ineludible.**

■ 2.4- Enfoque integral de las condiciones funcionales del Sistema Estomatognático (S.E.)

El S.E. (huesos, músculos, articulaciones, órganos dentarios, paradencio y sistema neuro-muscular) consti-

tuye una unidad anatómo-funcional que se manifiesta durante la función oclusal entre las arcadas dentarias, pero integrada a la unidad bio-sico-social que es el paciente.

Es imprescindible un minucioso análisis de la salud biológica y funcional de los componentes del S.E. y su relacionamiento con el resto del organismo. Ello determinará básicamente, la presencia de una Función Oclusal Fisiológica o de Trastornos Témporo-Mandibulares (TTM).

Estudios epidemiológicos en nuestro país, han demostrado una alta prevalencia de Bruxismo y TTM⁽⁶⁾. Su etiología es multifactorial y/o bidireccional, ya que un mismo factor puede ser causa o efecto. En 1971, Behnilian V.⁽⁷⁾ estableció lo que aún hoy persiste: “Es más importante lo que el paciente hace con su oclusión, que la oclusión en sí”.

Los hábitos parafuncionales, fundamentalmente el bruxismo, constituyen un factor de riesgo para la integridad de las restauraciones y/o de las piezas dentarias, sobre todo las posteriores. La intensidad de las fuerzas oclusales en ese sector pueden incrementarse hasta un 40%⁽⁸⁾.

Lo precedente influye en el Diagnóstico de Riesgo biomecánico, en la selección del material restaurador, en el establecimiento del esquema oclusal rehabilitador, en el pronóstico y en la determinación del uso de dispositivos ortopédicos.

■ 2.5- Versatilidad intelectual y clínica del profesional

Se podría decir que la versatilidad, tanto intelectual como clínica, es la capacidad del profesional de discernir, dentro del amplio espectro de posibilidades terapéuticas, cuál o cuáles se adaptan mejor al perfil bio-sico-social del paciente, en ese momento de su vida.

Todos los conceptos desarrollados en este punto 2 son universales, siendo válidos en Odontología y Medicina, con la especificidad correspondiente.

3- Registro de los datos clínicos y paraclínicos

El profesional tiene la responsabilidad de registrar en la Historia Clínica Personal (HCP), de manera concisa y detallada, todos los datos clínicos y para-clínicos emergentes de esa relación asistencial, desde su inicio hasta el alta médica u odontológica. La confidencialidad de los datos constituye un mandato ético para el profesional. Además de los profesionales que lo asisten, el Paciente es la única persona que puede acceder a su HCP ya que es el propietario de la misma (Ley 18335 del 15/08/2008). La trascendencia de la HCP es asistencial, ética y médico-legal.

Si bien actualmente coexisten diversos diseños, el ideal es que haya una única HCP. En esa dirección, de acuerdo al Art. 194 de la Ley 19.670 del 15/10/2018 y sus disposiciones reglamentarias, se establece la obligatoriedad de que todas las Instituciones de Salud, públicas y privadas, deban incorporarse al Sistema de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN)

Esta Plataforma fue diseñada para permitir la conectividad e interoperabilidad entre los diferentes sistemas de información, de todas las Instituciones públicas y privadas, con competencias legales en materia de salud. El objetivo es intercambiar información que permita optimizar el proceso asistencial del usuario, en tanto el mismo apruebe el acceso a la misma.

Por otra parte, el detallado y completo registro de datos en la HCP, ofrece un amplio espectro de posibilidades para realizar estudios de diversa índole. Los siguientes ejemplos pueden sustentar lo expresado:

- **Estudios Epidemiológicos**, de diferentes perfiles, pueden tener una base científica y estadística, si los datos en las HCP fueron registrados detalladamente.
- **Estudios clínicos retrospectivos o prospectivos**, institucionales o privados, de distintos procedimientos clínicos, pueden reafirmar las bases con-

ceptuales y/o técnicas de los mismos, y/o aportar nuevas evidencias científicas .

- **Evaluaciones clínicas longitudinales**, institucionales o privadas, por ejemplo, de materiales restauradores, sistemas adhesivos y medios de fijación, así como el análisis comparativo de las composiciones y propiedades de los mismos.
- **Estudios de productividad**, tanto en lo institucional o lo privado, podrán recabar los datos necesarios de las HCP.

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

4- Integración multi, inter y transdisciplinaria

Tal como se expresó en la Introducción, todo profesional de la salud debe tener una concepción asistencial integral, para que el paciente pueda ser inscripto en un PPAI. De acuerdo a sus necesidades asistenciales, los pacientes pueden requerir la intervención de profesionales de distintas disciplinas y/o áreas de la salud. Esta intervención no debe ser autónoma (“derivar al paciente”) sino Integrada, teniendo como eje común el paciente.

Es importante definir el contenido semántico de los siguientes términos:

- **Disciplina**: puede definirse como la categorización organizacional del conocimiento científico y empírico. Tiende a ser autónoma y se encarga de delimitar las fronteras que dividen a cada ciencia. Utiliza su propio lenguaje, técnicas y puede dar origen a su propia teoría. **Encuentra su justificación, al momento de reconocer la existencia de sus interdependencias entre las distintas ciencias.**
- **Multidisciplina**: implica la fusión de disciplinas y de sus especialistas al tratar un mismo problema

de investigación o asistencial. **Es la integración entre disciplinas de distintas Áreas de la Salud.**

- **Interdisciplina:** se caracteriza por la existencia de una relación recíproca entre disciplinas, que intentan identificar y resolver un mismo problema. Utiliza métodos de una disciplina en concreto y los transfiere a otra, intercambiando conocimientos teóricos y prácticos.

Es la Integración entre disciplinas de una misma Área de Salud.

- **Transdisciplina :** puede definirse como el proceso de construcción del conocimiento. Abarca varias disciplinas de manera transversal y está por sobre todas ellas. **Para su existencia necesita el conocimiento disciplinar pues sin él no sería posible.**

Al analizar los términos precedentes y lo redactado en el primer párrafo de este ítem, queda claro que la “derivación del paciente” no significa Asistencia Integral. Ésta se sustenta en el intercambio de opiniones, planificación conjunta, ejecución oportuna de las diferentes acciones terapéuticas, realización de controles alternados e informes de evaluación.

Desde un punto de vista científico, biológico y ético, la “Comunicación” entre los profesionales involucrados, es el pilar fundamental de la Integración.

Independiente de la variedad y facilidad del método comunicacional utilizado, toda la información intercambiada debe quedar incorporada en la HCP. Constituye un documento de relevante importancia en la evaluación de la respuesta biológica, terapéutica y conductual del paciente, así como un antecedente ante la posibilidad de que tengan que actuar otros operadores y por ende como eventual respaldo legal. Una Asistencia Integral Multi, Inter y/o Transdisciplinaria, brinda al paciente:

- Mayor seguridad diagnóstica.
- Mejor evaluación terapéutica.
- Mayor confianza.

- Mayor tranquilidad.
- Mejor calidad asistencial.
- Mejores resultados.

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

- Enriquecimiento mutuo científico-técnico.
- Mayor amplitud diagnóstica y terapéutica.
- Disminución del “yo” y aprendizaje del “compañerismo”.
- Generar lazos de amistad.

La Integración Disciplinaria define el Diagnóstico y el Plan de Tratamiento, participa en la Programación y Ejecución Clínica del mismo, así como en la Terapia de Mantenimiento, sustentando el Éxito Clínico longitudinal.

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

5- Programación secuenciada de la ejecución clínica

Establece la manera ordenada de llevar a cabo el PPAI seleccionado. Conceptualmente, los Objetivos de la Programación secuenciada de la Ejecución Clínica son:

- Establecer una secuencia biológica, funcional y ergonómica de las sesiones clínicas.
- Determinar lo que se realizará en cada una, establecer el tiempo necesario para ello y la frecuencia entre ellas.
- Insertar oportunamente los tratamientos multi e interdisciplinarios.
- Optimizar los resultados funcionales y estéticos
- Reducir el número de sesiones clínicas.
- Disminuir la ansiedad y aumentar la satisfacción del paciente.
- Reducir los costos.
- Incrementar la productividad y la rentabilidad.
- Obtener mayor eficiencia y eficacia.

Por otra parte, el Plan de Tratamiento, su Programación y Ejecución Clínica son dinámicos, ya que pueden sufrir modificaciones debido a:

- Variaciones clínicas intraoperatorias.
- Cambios en la evolución del o de los pronósticos dentarios.

* Decisiones multidisciplinarias.

* Surgimiento de nuevas técnicas y/o nuevos materiales.

6- Selección, programación y ejecución del plan de tratamiento

El análisis de todos los datos clínicos y paraclínicos registrados en la HCP, permite establecer el Diagnóstico y el/los Plan/es de Tratamiento. Esta etapa es clave y requiere dedicarle el tiempo necesario, de acuerdo a la complejidad de la situación del paciente. Se podría decir que es esencialmente el momento de *Pensar*. En la Fig. 1 se esquematiza un fluxograma terapéutico, de acuerdo a niveles de complejidad.



Fig. 1. Fluxograma terapéutico, de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento: baja complejidad (vector rojo); Mediana complejidad (vectores verdes); Alta complejidad (vectores amarillos).

Dada la enorme variedad de situaciones clínicas y a los efectos de una mejor comprensión para la selección, programación y ejecución del plan de tratamiento, se han seleccionado algunos ejemplos clínicos. Esquemáticamente se proponen tres niveles de complejidad:

* **Baja complejidad:** En estos pacientes, el Diagnóstico y el Plan de Tratamiento pueden quedar definidos en la 1era. Sesión Clínica (Fig. 1, vector rojo), así como también la ejecución del tratamiento elegido (Fig. 2).



Fig. 2. Fractura por traumatismo en 21 y la restauración con resina compuesta directa a los 22 años en función.

En la Fig. 3., una paciente de 50 años con agenesia de 22 y malposición de 23, consultó por motivos estéticos. Dadas las características psicológicas de la paciente, se realizó un remodelado anatómico en cera para su

evaluación. Aprobado el mismo, se llevó a cabo un remodelado incremental y estratificado con resina compuesta directa de fotoactivación en la misma sesión.



Fig. 3 . De Izquierda a derecha se observa: situación inicial; encerado; matriz de silicona para modelar palatino e incisal; restauración después de un año en función.

En una paciente de 40 años (Fig. 4), se aprecia malposición y discromía en 12. Se procedió de manera similar a la Fig. 3, pero haciendo previamente un blanqueamiento externo en ese diente, para lo cual se adaptó la placa de relajación que portaba la paciente.



Fig. 4. Discromía y malposición en 12. De izquierda a derecha se observa: situación clínica inicial; adaptación de la placa de relajación para blanqueamiento de 12; a los 15 días del blanqueamiento externo; encerado y matriz de silicona; vistas de la restauración después de 7 años en función.

Es menester resaltar, que a pesar de la baja complejidad, los dos últimos pacientes necesitaron una programación y evaluación estética previa.

- **Mediana Complejidad:** En este nivel, en algunas situaciones clínicas, además de evaluar los datos clínicos y paraclínicos registrados., se deben analizar modelos parciales en un ocluser, o modelos totales montados en un articulador, con el fin de proyectar la futura rehabilitación. Se sugiere llevar a cabo este estudio fuera del horario clínico, para disponer del tiempo y la tranquilidad necesaria para **Pensar** el/los Plan/es de Tratamiento. El autor la denomina **"1era. Sesión de Escritorio"**.

En la 2da. Sesión Clínica, el profesional presenta y fundamenta la/s propuesta/s terapéutica/s, se dialoga al

respecto y se define el Plan de Tratamiento de común acuerdo con el paciente, así como también los aspectos económicos si corresponde.

En el intervalo de tiempo entre la 2da. y 3era. Sesión Clínica, se realiza la **“2da. Sesión de Escritorio”**, donde se diagrama la Programación Secuenciada de la Ejecución Clínica, teniendo en cuenta los objetivos desarrollados en el ítem 5.

En la 3era. Sesión Clínica se comienza a ejecutar el tratamiento de acuerdo a lo programado (Fig. 1, vectores verdes).

La Fig. 5 muestra las fracturas en 11 y 21 y rotación posicional de 21, en un paciente de 61 años. Se hicieron modelos parciales, se proyectaron en cera las futuras restauraciones, se confeccionó la matriz de silicona y se restauraron en forma incremental y estratificada con resina compuesta directa de fotoactivación.



Fig. 5. De izquierda a derecha: situación inicial; encerado y matriz de silicona en el modelo y en boca; restauraciones después de 4 años en función.

Paciente de 30 años (Fig. 6) con fracturas en 11 y 21, restauradas con carillas cerámicas adheridas y alteraciones posicionales en 12 y 22, “reposicionadas” de forma incremental y estratificada con resina compuesta directa de fotoactivación. En la programación se procedió de manera similar a los pacientes anteriores.



Fig. 6. De izquierda a derecha: situación inicial; encerado de programación; matriz de silicona para los provisorios de 11 y 21 y para las restauraciones de resina compuesta en 13, 12 y 22; situación clínica a los 6 meses (Trabajo realizado por la Dra. Rosario Abella en la Carrera de Especialización en Odontología Restauradora Integral, 2016).

- **Alta complejidad:** Si bien se asemeja a la anterior en las dos primeras sesiones clínicas, difiere sustancialmente en la Programación y Ejecución Clínica (Fig. 1, vectores amarillos). Se caracteriza por la Integración Multi, Inter o Transdisciplinaria, con las características ya desarrolladas en el ítem 4.

En la Fig. 7, la paciente de 60 años presentaba una lesión de furca de grado III en 26 y una extensa pérdida ósea en 27 que indicaba su avulsión. Esta situación clínica se analizó de manera Interdisciplinaria, siendo el pronóstico periodontal evaluado como reservado. Una opción era extraer la pieza 26 e instalar un implante

óseo-integrado. Sin embargo, la fuerte decisión de la paciente de conservar sus dientes, condujo a realizar el tratamiento endodóntico, la terapia periodontal incluyendo la resección radicular disto-vestibular y un endocrown adherido de resina compuesta indirecta optimizada con partículas cerámicas. La paciente tiene muy buen mantenimiento y el resultado clínico y radiográfico fue muy bueno después de 9 años en función.

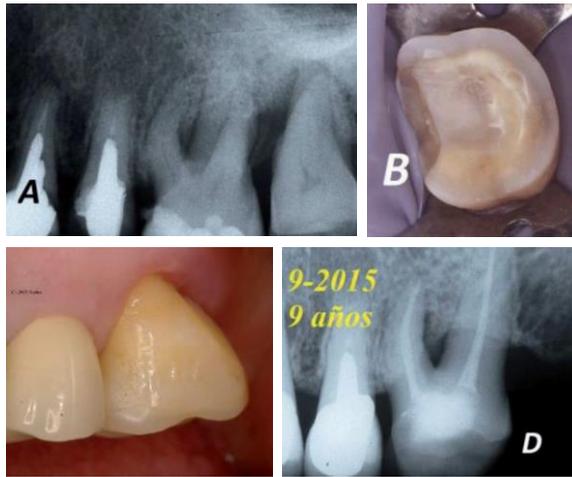


Fig. 7. De izquierda a derecha: radiografía inicial; preparación dentaria para endocrown; vista vestibular de la restauración y la respuesta periodontal clínica y radiográfica después de 9 años en función.

La paciente de 70 años, en la Fig. 8, presentaba problemas estéticos en 22 y 23; necrosis con proceso periapical crónico en 24; caries disto-gingival infraósea en 25 y mal pronóstico periodontal en 27. La secuencia terapéutica llevada a cabo, siguiendo los objetivos del ítem 5, fue:

- endodoncia en 24.
- realización de carillas cerámicas adheridas en 22 y 23.
- remoción de prótesis dental fija existente de 24 a 27, tallado e impresión para poste colado en 24 y confección de provisorio de 24 a 27 (el 27 se man-

tuvo para facilitar los procedimientos y poder brindar mayor confort a la paciente).

- cementado del poste colado en 24, rebasado de provisorio, extracción de 25 e instalación de implantes inmediatos en posición 25 y 26.
- cumplidos los tiempos biológicos, se removió el provisorio de 24 a 27 y se tomó la impresión para la corona ceramo-metálica del 24, la confección de muñones de oro colado atornillados a los implantes en 25 y 26 y la prótesis dental fija ceramo-metálica implanto-soportada cementada en 25 y 26.
- instalación de las restauraciones en 24, 25 y 26 y avulsión de 27.

Se pueden observar los resultados clínicos y radiográficos después de 5 años en función.



Fig. 8. Paciente femenina de 70 años. De izquierda a derecha: Situación clínica y radiográfica inicial; avulsión de 25 e instalación de implantes inmediatos; muñones de oro colados en 24, 25, 26; situación clínica y radiográfica a los 5 años en función.

En virtud de la Alta Complejidad que presentaba el paciente de la Fig. 9, sólo se mostrarán fotos de algunas de las etapas. La Programación y Ejecución Clínica se llevó a cabo mediante métodos convencionales. A los efectos didácticos, sintéticamente la secuencia general fue:

- Terapia básica periodontal y educación para la salud.
- Planificación en laboratorio mediante encerado, del Plan de Tratamiento establecido. Confección de las restauraciones provisionarias.
- Tratamiento endodóntico donde se requería.
- Tallado de las preparaciones dentarias para Prótesis Dental Fija Ceramo-metálica de 12 a 25 y de 43 a 35. - Instalación de los provisionales para restablecer la función oclusal y evaluar el nuevo esquema oclusal programado. - Impresión para la confección de los postes colados.
- Cementación de los postes colados de oro y rebasado de los provisionarios.
- Después de 15 días de evaluación, se tomaron impresiones y registros de los provisionales, se montaron en articulador y se individualizó la guía anterior en el articulador.
- Impresiones y registros de ambos maxilares en la misma dimensión vertical de los provisionales.
- Montaje en articulador de los modelos de trabajo.
- Confección de la restauración protésica en el laboratorio, así como las correspondientes pruebas y controles clínicos.
- Instalación de la rehabilitación programada.
- Controles.



Fig. 9. Paciente masculino de 55 años. De izquierda a derecha: situación clínica inicial; programación en articulador; registros interoclusales individualizados; controles funcionales de la rehabilitación en articulador; situación clínica final.

Además de las técnicas de programación y ejecución convencionales, como las precedentes, el profesional dispone de las tecnologías CAD-CAM que modifican las secuencias mostradas y facilitan la programación y realización de las restauraciones. Presentan muchas ventajas, algunas limitaciones y requieren lógicamente una curva de aprendizaje. Como toda tecnología, debe estar al servicio del profesional y del paciente, evitando así todo riesgo de sobretratamiento.

En la Fig. 10, se observa la situación clínica de un paciente masculino de 42 años, que requirió tratamiento Interdisciplinario y para la programación y realización de las restauraciones se utilizó un sistema CAD-CAM.



Fig. 10. Situación clínica inicial y encerado convencional.

De la Fig. 11 a la Fig. 14 inclusive, se muestra la programación virtual mediante el sistema CAD-CAM, así como las restauraciones finales.



Fig. 11. De izquierda a derecha: modelado virtual del plano oclusal inferior mediante la prótesis dental fija de 35 a 37; modelado virtual de las restauraciones posteriores del cuadrante 2 (vista vestibular y palatina).



Fig. 12. De izquierda a derecha: modelado virtual de prótesis dental fija de 35 a 37; vista ocluso-vestibular e interna de la prótesis de zirconia, confeccionada mediante fresado CAD-CAM de bloques preformados.



Fig. 13. De izquierda a derecha: modelado virtual de endocrown en 46; endocrown de disilicato de litio fresado; la situación clínica de la arcada inferior restaurada.



Fig. 14. Vistas vestibulares y oclusal del maxilar superior rehabilitado con onlays cerámicos adheridos posteriores, carillas cerámicas inversas adheridas en los caninos y coronas cerámicas adheridas en los incisivos. (Trabajo realizado por el Dr. Erick Schölderle en la Carrera de Especialización en Odontología Restauradora Integral, 2019).

El desarrollo de este ítem, ha tenido como objetivo general, mostrar muy sintéticamente la selección, programación y ejecución terapéutica, en situaciones clínicas de diferente complejidad, mediante métodos convencionales o utilizando los sistemas CAD-CAM, de manera de ofrecer al profesional, dentro de los límites de este trabajo, un espectro de posibilidades para que pueda alcanzar los objetivos establecidos en el ítem 5. Por otra parte, es importante considerar que independientemente de la complejidad del Plan de Tratamiento, el paciente debe expresar su conformidad con el mismo a través del **Consentimiento Informado**. Su importancia ameritaría una publicación al respecto. En este trabajo, se le resalta muy brevemente, como un documento que consta de dos partes: a) **Información**, que deberá tener una redacción explicativa es-

pecífica de los procedimientos a realizar, incluyendo eventuales riesgos; b) **Consentimiento**, que es la aceptación escrita del Plan Terapéutico firmada por el paciente. Debe ser anexado a la HCP.

7- Terapia de mantenimiento

La Terapia de Mantenimiento (TM) completa la trilogía terapéutica (Etiológica, Rehabilitadora y de Mantenimiento) que todo PPAI requiere.

La frecuencia de la TM dependerá del diagnóstico de riesgo del paciente. La falta de control periódico, constituye un factor de riesgo biológico (desarrollo de caries secundaria, reactivación de enfermedad periodontal, etc.) y de riesgo biomecánico (ausencia de control

de la función oclusal, fracturas de restauraciones y/o dentarias, etc.). Reevaluación, remotivación, refuerzo educacional y control funcional de la oclusión con papel de articular, deben ser parte de la rutina clínica en la TM, para disminuir el riesgo biológico y biomecánico. Lo observado y realizado en la TM debe quedar registrado en la HCP.

La Fig. 15 grafica al paciente como el centro del ejercicio profesional, así como la trascendencia de la recíproca relación multidireccional paciente - profesional en las diferentes etapas del PPAI, de acuerdo a todo lo expresado hasta este momento.

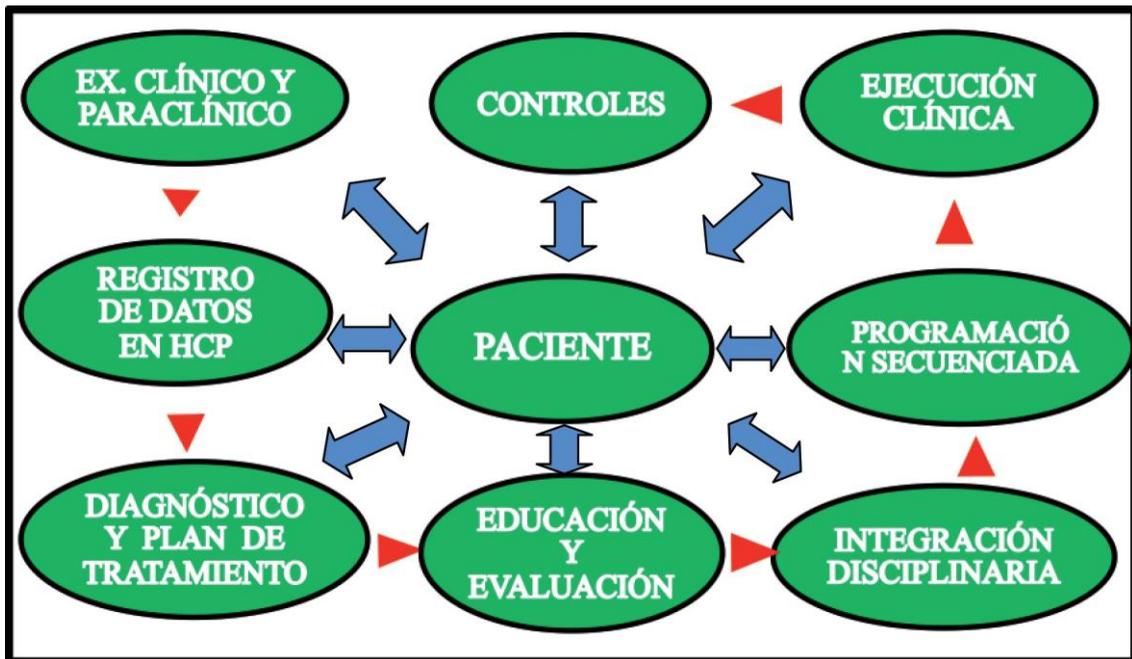


Fig. 15. Secuencia del PPAI (vectores rojos); relación asistencial multidireccional paciente - profesional (vectores azules).

8- Aspectos organizativos y administrativos

Estos aspectos son poco considerados en el plan de estudios, pero tienen mucha importancia en la calidad asistencial de las Instituciones públicas o privadas y en los consultorios privados.

En un superficial análisis, el orden, la higiene, la prolijidad y la puntualidad asistencial están vinculados a

la organización; el trato cordial pero espontáneo, escuchar y comprender al paciente y tratarlo de manera eficiente e indolora, son valores humanos que deben rodear la relación asistencial paciente-profesional.

Una administración ordenada es el complemento imprescindible para un ejercicio profesional ergonómico, eficiente, productivo y rentable, tanto en el ámbito

público como en el privado. La presencia de personal auxiliar capacitado potencia la calidad asistencial. Entre otros aspectos, lo precedente facilitará al profesional disponer de tiempo para actualizar su conocimiento, compromiso ético ineludible.

9- Conclusiones

Este trabajo está sustentado en la concepción conductual del autor, como profesional y docente, y en las vivencias y experiencias emergidas del ejercicio privado de la profesión, docente, Institucional y de intercam-

bio académico internacional en Pasantías, asistencia a Cursos y Congresos y al dictado de Conferencias y Cursos.

Intenta transmitir de manera sencilla, esquemática, ordenada y fundamentada, los diferentes aspectos que inciden en la relación asistencial paciente-profesional, con el fin de cumplir con la trascendencia multidireccional del Plan Preventivo Asistencial Integral.

Finalmente, pretende constituir un sintético insumo pedagógico para todos los profesionales, especialmente los recién egresados o con pocos años de ejercicio profesional, así como también para el estudiante avanzado.



Referencias

1. Borgia E. On Knowledge Update in Planning Comprehensive Dental Treatment: A Personal Overview. *Int J Prosthodont.* 2017;1:11-12.
2. Borgia E. Restauraciones Indirectas Adheridas Posteriores. En: Henostroza Haro G (ed). *Adhesión en Odontología Restauradora*. España: M. Ripano S.A, 2010:389-430.
3. Mc. Keown T.- El papel de la medicina: sueño, espejismo o némesis? Ed. Siglo XXI, México, 1982.
4. Granath L., Mc Hugh W. D.- *Systematized Prevention of Oral Disease: Theory and Practice*. C.R.C. Press Inc., Boca Ratón, Florida, 1986.
5. Ramfjord SJ. Changing concepts in periodontics. *J Prosthet Dent.* 1984;52:781-786
6. Riva R, Sanguinetti M, Rodríguez A, Guzzetti L, Lorenzo S, Alvarez R, Massa F. Prevalencia de trastornos témporo mandibulares y bruxismo en Uruguay. *Odontoestomatología* 2011;17:54-71.
7. Behsnilian V. Fisiopatología Oclusal. En: *Oclusión y Rehabilitación*, 1971, Montevideo, Uruguay. Cap. 6:pag. 65.
8. Arlan CV, Dimitriu B, Arlan VV, Bodnar D, Suciú I. Current opinions concerning the restoration of endodontically treated teeth: basic principles. *J Med Life* 2009;15:165-172.