

Asistencia odontológica integral

por el

Prof. Dr. VARTAN BEHSNILIAN,

Jefe del Departamento de Asistencia Integral de la Facultad de Odontología.

Asistente de Operatoria Dental 2º.

SUMARIO

- 1º) Evolución de la odontología y concepto actual de asistencia integral.
- 2º) Plan asistencial integral.
 - I) Diagnóstico.
 - II) Planeo de tratamiento y Pronóstico.
(Principios básicos en Rehabilitación y Control.)
 - III) Rehabilitación Oral. (Ejecución.)
 - IV) Exámenes periódicos de Control y Prevención.
- 3º) Resumen y Conclusiones.

1º) EVOLUCION DE LA ODONTOLOGIA Y CONCEPTO ACTUAL DE ASISTENCIA INTEGRAL

Desde los comienzos de la práctica médica en la época hipocrateana, el tratamiento de las alteraciones dentarias requirió procedimientos mecánicos más o menos complejos que aquellos iniciados en el arte de curar rehuyeron de desarrollar y aplicar. Esa falta de atención médica produjo la aparición y gradual evolución de un grupo de artesanos, gente hábil pero sin ninguna base científica, cuya primer atención fue dirigida al alivio del dolor, corrientemente por medio de la eliminación del diente causal. Luego se crearon procedimientos

para obturar cavidades en los dientes, o reparar los espacios dejados por dientes perdidos accidentalmente o por enfermedad, servicios restauradores éstos demandados y ofrecidos principalmente por razones estéticas. Y más recientemente, se desarrolló un creciente interés en restaurar la función, junto a la estética, en los procedimientos de operatoria y prótesis.

Esa prolongada era de artesanos cada vez mejores a través de los siglos, y la creciente demanda por servicios dentales restauradores, preparó el camino para los acontecimientos que señalaron, hace más de cien años, en los Estados Unidos, el nacimiento de la Dentistería como profesión. Ya en sus comienzos, como índice de conciencia pro-

fesional, aquellos pioneros comprendieron que el servicio dental debe estar basado en los principios fundamentales de la práctica médica. Sus esfuerzos materializaron cuando en 1840 la primera escuela dental, el Colegio de Cirugía Dental de Baltimore, comenzó su innovadora función con temas de medicina básica (Anatomía, Fisiología, Patología). El éxito de la nueva profesión fue inmediato, y pronto surgieron múltiples escuelas dentales por todo el mundo civilizado. La demanda por servicios dentales restauradores crecía aceleradamente, podemos decir en progresión geométrica, mientras que las posibilidades de atención profesional crecían en progresión matemática. Este exceso de demanda produjo en definitiva, la desviación de la Odontología de su natural destino. El público exigía más, mejores, y más rápidos servicios restauradores de los procesos destructivos dentarios, y la profesión dirigía todos sus esfuerzos al objetivo de crear nuevas técnicas y materiales. La ciencia odontológica retrocedía a sus orígenes artesanos; los principios biológicos fueron prácticamente olvidados. A principios de este siglo, la profesión se encuentra dominada por un enfoque netamente mecanicista.

Esta era la situación de la Odontología en la época que surge una nueva idea, un nuevo concepto sobre el ejercicio de las profesiones (medicina, odontología, etc.). El concepto preexistente aceptaba que las profesiones, por razones educacionales y de ejercicio, debían ser ejercidas por prácticos generales. La nueva tendencia sostuvo que las ciencias habían progresado tanto

con los últimos extraordinarios descubrimientos, que era imposible para una sola persona, dominar todos sus aspectos. Este concepto de "especialización" fue primeramente abrazado y con devoción por la medicina, y aún la sostiene. Sin duda, la especialización permitió un aceleramiento en el progreso científico, una profundización en los diversos problemas, y sus frutos son reconocidos como altamente beneficiosos. Pero simultáneamente surgieron otros problemas. Algunos especialistas al cabo de varios años de profesión caían en una situación psicológica inconsciente muy semejante a la época de Virchow (Patología celular, 1843), de independencia funcional de los órganos. Y lo más grave, se iba perdiendo la capacidad de diagnóstico integral, general, del individuo.

Odontología, que en aquella época se consideraba una especie de hermana menor de la Medicina y gustaba de seguir sus pasos, pronto adoptó también la tendencia a la especialización. Y también en Odontología se recogieron excelentes frutos de la profundización de los conocimientos. Las diversas disciplinas odontológicas progresaron evidentemente, aún partiendo de bases biológicas no muy firmes; pero como líneas divergentes que se alejan, cuanto mayor era el progreso mayor era el olvido o ignorancia que se profesaban mutuamente. El especialista en una disciplina odontológica estudiaba la cavidad oral según su punto de vista particular, no captando muchas veces problemas de magnitud coexistentes, referidas a otra disciplina. El paciente era descuidado, permitiéndose la evolución agravante de procesos patológicos que es responsabilidad

profesional diagnosticar y tratar precozmente. Y lo que es peor, muchas veces el especialista no podía sustraerse de ofrecer asistencia odontológica en otra disciplina, con los desfavorables resultados de esperar. A la luz de estos hechos, Odontología debió reevaluar el concepto de especialización. La tendencia actual es que los especialistas son elementos imprescindibles en toda profesión, pero su misión es la de estudiosos, profesores, investigadores, elementos de consulta; la práctica corriente, diaria, de la odontología debe ser realizada por el odontólogo o práctico general. Naturalmente, este concepto obliga a la capacitación del odontólogo general para prestar esa asistencia integral; es decir, a la educación científica del odontólogo que lo habilite a realizar el diagnóstico y plan de tratamiento integral de todos los problemas referentes a la salud bucal, y luego tratar las que se considere capaz, enviando al especialista los demás.

Otro problema de nuestra profesión era esa "tierra de nadie" existente entre la Medicina que descuidaba la salud bucal, y la Odontología que no se atrevía a buscar las raíces biológicas de sus objetivos. Curiosamente esta situación persistía muchos años después que se demostró claramente la estrecha relación de las alteraciones bucales con los disturbios sistémicos o generales. La necesidad de un acercamiento médico-odontológico fue primeramente sentida por la Periodoncia. Los conceptos de inflamación, distrofias y atrofas, los problemas de disfunción endocrina, de nutrición, discracias sanguíneas, y otras enfermedades generales, debieron ser

dominados para estudiar la Periodoncia. La profesión odontológica que había tomado un curso puramente mecánico (restaurar los tejidos dentarios perdidos), comenzó a volver a su cauce natural, a sus verdaderos orígenes biológicos, para estudiar la explicación de estos y otros problemas. Fue lógico pues que el primer paso haya sido dado por la Periodoncia, "encrucijada" de la ciencia odontológica, como dice el Prof. Mazzoni, de nuestra Facultad, verdadero puente de unión entre las disciplinas mecánicas o restauradoras y las disciplinas básicas biológicas. En 1925, Mac Call, Miller y Sorrin, fundaron en los Estados Unidos el primer Departamento de Periodoncia, transformado años después en Departamento de Periodoncia y Medicina Bucal. En 1932, Jaccard fundó en Europa la A. R. P. A. (Asociación Internacional para la Investigación en Periodoncia). Y el último gran paso de esta evolución fue dado en 1934, cuando la Facultad de Odontología de la Universidad de California fundó la División o Departamento de Medicina Dental. Los objetivos de esta nueva disciplina odontológica, Medicina Oral Dental o Bucal, incluyen aquellas fases de la práctica dental que requieren una completa evaluación y consideración del status de salud del paciente, en diagnóstico general, planeo del tratamiento, y realización de servicios profesionales (Periodoncia y Endodoncia). El horizonte de la profesión se amplió; no debe velar sólo por la conservación y restauración de los dientes, sino que es su misión cuidar la salud de toda la cavidad oral. Aquella "tierra de nadie" la salud bucal, es ya conquista y responsabilidad del odontólogo. El pro-

fesional debe tener conciencia de que al realizar un estudio del enfermo del punto de vista de odontología integral, y descubrir un proceso distrófico, transtorno endocrino, discracia sanguínea, etc., no sólo le permitirá realizar una correcta odontología, sino que está contribuyendo activamente en los amplios campos del servicio de la salud.

Si bien esa relación de los problemas bucales con los disturbios sistémicos está reconocida desde hace mucho tiempo, se ha incrementado en las últimas décadas el trabajo de investigación para aclarar los procesos íntimos biológicos. De acuerdo a los resultados obtenidos, se acepta hoy que la gran mayoría de las alteraciones bucales, inclusive la enfermedad paradencial y la caries dental, pueden nacer en algunos casos por causas locales, pero siempre están condicionadas en su evolución a los factores generales orgánicos. El paciente como unidad biológica, surge como factor dominante en los planes de tratamientos odontológicos.

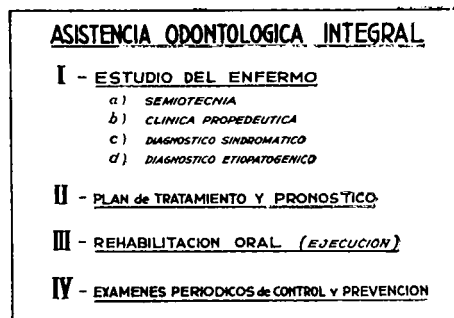
La Asistencia Odontológica Integral, en el momento actual de progreso científico, no puede limitarse a realizar una terapéutica sintomática (restauración de las estructuras dentarias perdidas), sino que en conocimiento de los factores etiológicos actuantes, debe ofrecer una asistencia o terapéutica etiológica. Y elevando aún más sus puntos de mira, debe realizar una actividad Preventiva. Acción sobre las condiciones anormales incipientes para impedir su agravante evolución patológica, y acción sobre todos los factores que puedan alterar la salud bucal, cualquiera sea su naturaleza. Esta Prevención Odontoló-

gica Integral se acerca y confunde en algunos aspectos a la Medicina Preventiva.

Ahora bien, para que estos conceptos sobre asistencia odontológica integral adquieran real valor en su aplicación práctica, se deben preparar profesionales capacitados para realizarla. Las Facultades de odontología deben, si no modificar por lo menos reajustar sus planes de enseñanza para que el estudiante se gradúe convencido íntimamente de estos conceptos, y realice en su actividad profesional esta odontología científica. Lucharemos para que el Departamento de Asistencia Integral de la Facultad de Odontología de Montevideo contribuya eficazmente en este empeño. Sin duda, el primer gran paso en el logro de estos objetivos es la preparación científica de los docentes. En los últimos años se ha notado en algunas universidades norteamericanas, un mejoramiento en la calidad de la enseñanza de las materias básicas, y una clara superación de sus disciplinas clínicas. En todos los casos la explicación se encontró en el interés vocacional demostrado por los docentes clínicos, en los problemas biológicos básicos. Es evidente la necesidad de un acercamiento de los docentes preclínicos con los docentes de las materias clínicas, y aún de los docentes clínicos entre sí. Se unificarán conceptos que capacitarán al docente para valorar y poder inculcar a los alumnos, el nuevo enfoque de asistencia odontológica integral. Con la aplicación de los principios biológicos y de ciencia médica en el tratamiento curativo y preventivo de las manifestaciones patológicas de la cavidad oral, la Odontología está dando un gran paso en su continuo progreso científico.

2º) PLAN ASISTENCIAL INTEGRAL

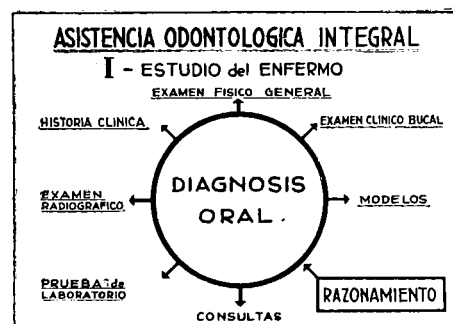
Basado en los conceptos precedentes hemos confeccionado un Plan de Asistencia Odontológica Integral, que se desarrolla en cuatro etapas (cuadro 1): I) Diagnóstico, II) Planeo del Tratamiento y Pronóstico, III) Rehabilitación oral (ejecución), y IV) Exámenes periódicos de Control y Prevención.



Cuadro 1.

I) Diagnóstico.

El estudio del enfermo tiene como primer objetivo, el diagnóstico de la o las enfermedades, base o cimiento de toda actividad asistencial. El proceso de Diagnóstico se inicia con la Semiotecnia, recopilación de todos los datos referentes a signos y síntomas de alteraciones de la salud oral. Los métodos, procedimientos y alcances de esta semiotecnia, serán regidos por el concepto de asistencia odontológica integral. Se realizará en todos los pacientes, después del alivio del dolor si existe, y después de una educación o instrucción que lo capacite para valorar el servicio de salud ofrecido, un completo examen de rutina que incluye (cuadro 2): His-



Cuadro 2.

toria clínica o anamnesis (datos patonímicos, antecedentes familiares, antecedentes personales, e historia actual bucal y general), Examen físico odontológico, Examen clínico bucal, y Examen radiográfico. Y cuando se consideren necesarios, ampliaciones del examen radiográfico, modelos de las arcadas dentarias, y pruebas de laboratorio. Si persisten dudas, se hará la consulta profesional correspondiente. La consulta científica no es signo de debilidad, sino de honestidad y conciencia.

La recopilación compleja y heterogénea de datos referentes a la salud bucal del paciente, sólo adquirirá significación cuando se le interprete científicamente, es decir, cuando se realice la Clínica Propedéutica. Por un proceso de razonamiento analítico regido por la Lógica, se irá madurando el diagnóstico. Primeramente la variada información recogida se agrupa en síndromes (conjunto de signos atribuibles a un mismo factor). Y luego estos síndromes, locales y generales, se estudian en su posible relación para establecer las causas y mecanismos de los procesos patológicos, es decir, para llegar a nuestro objetivo, el diagnóstico etiopatogénico.

II) Planeo de tratamiento y Pronóstico.

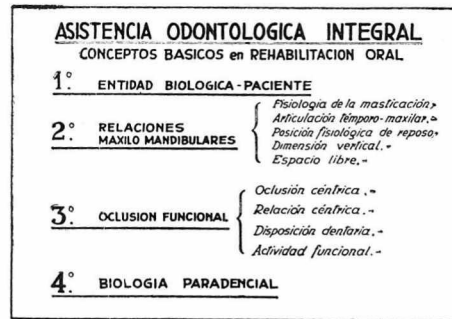
La segunda etapa del plan asistencial integral está constituida por el Planeo del Tratamiento y Pronóstico. Para iniciar el estudio de un plan de tratamiento odontológico integral, debemos establecer primeramente las posibilidades de curación del caso (concepto de gravedad). La gravedad de los procesos patológicos depende de condiciones referentes a la enfermedad diagnosticada, y de condiciones referentes al terreno donde esa enfermedad evoluciona, es decir, al enfermo (cuadro 3). Se estudiarán



Cuadro 3.

naturaleza, grado, localización, y evolución del proceso patológico; y edad, resistencias orgánicas (factores generales hereditario y constitucional), y estados psíquico, fisiológicos, y patológicos (factor general actual), del enfermo. Una vez perfectamente conocidos enfermedad y enfermo entramos al planeo del tratamiento.

El planeo del tratamiento en asistencia odontológica integral, tiene por objetivos la recuperación de la función y estética del aparato masticatorio y la recuperación del estado de salud de todos los tejidos orales (cuadro 4).



Cuadro 4.

Los conceptos básicos en Rehabilitación Oral Total, son:

1º) *Entidad biológica-paciente.* Tener siempre presente la relación que existe entre las alteraciones bucales y las alteraciones orgánicas generales como causa y efecto en ambos sentidos (problemas de infección focal, psicossomática, enfermedad periodontal, trastornos endocrinos, de nutrición, discracias sanguíneas, etc.).

2º) *Relaciones máxilomandibulares.*— Los conceptos sobre fisiología de la masticación, articulación temporomaxilar, posición fisiológica de reposo, dimensión vertical, y espacio libre, deben ser firmes para comprender sus alteraciones y planear sus correcciones.

3º) *Oclusión funcional.*—El concepto de oclusión funcional le confiere un nuevo valor, dinámico, a la oclusión centríca y a la relación centríca, interpreta fisiológicamente los problemas de disposición dentaria (entrecruzamiento incisivo, altura cuspea, curva de compensación o de Spee, ausencia de piezas dentarias, malposiciones, etc.), y analiza a la actividad funcional como productor o corrector de alteraciones.

4º) *Biología paradencial.*— La biología de los tejidos paradenciales será estudiada exhaustivamente

en todo proceso de rehabilitación oral, porque de ella depende en definitiva el éxito o fracaso final.

Lo importante es valorar estos factores, primero aisladamente, y luego, y fundamentalmente, analizando cómo se influyen, cómo se afectan unos a otros.

El tratamiento integral en una rehabilitación oral, será planeado estableciendo las medidas terapéuticas indicadas, y su ubicación en el tiempo. Se programarán las etapas evolutivas del proceso de curación, determinando qué medida terapéutica será la inicial, cuál será la respuesta a la terapia y cuáles serán las condiciones existentes al comienzo de la segunda etapa; y así sucesivamente hasta el término de la rehabilitación. Naturalmente este programa escalonado de un tratamiento odontológico no siempre podrá ser ejecutado fielmente como un proyecto arquitectónico; no debemos olvidar que estamos actuando en un terreno biológico donde tanto los procesos patológicos como las condiciones del enfermo pueden variar en el curso de una rehabilitación oral. Si en un momento dado las condiciones presentes no correspondieran a lo esperado en el plan, se variarán las etapas siguientes de acuerdo a las nuevas necesidades.

No existen normas o reglas para el establecimiento de las etapas de un tratamiento odontológico integral pues las combinaciones de condiciones de enfermedad y condiciones de enfermo son infinitas; prácticamente no hay dos casos iguales. En términos muy generales, podríamos decir que en primer término se tratarán las afecciones agudas, se prestará atención a las alteraciones sistémicas, se mejorarán las condiciones bucales (eliminación de infla-

maciones, ulceraciones, cálculos, restos dentarios, etc.), luego se atenderán los problemas articulares, la enfermedad paradencial, procesos de caries, terminándose con los trabajos protésicos.

Al estudiar la gravedad del caso y al instituir el plan de tratamiento, prácticamente hemos realizado el Pronóstico, pues hemos quedado en condiciones de predecir la futura evolución del proceso patológico, la respuesta a la terapia, y las condiciones en que se logrará la rehabilitación oral (recuperación funcional y estética y recuperación de la salud).

Planeado el tratamiento y establecido el pronóstico, el odontólogo realizará una entrevista formal con el paciente, poniéndolo en conocimiento de todos los datos aportados por la diagnosis, mostrando y explicando ficha clínica, modelos, radiografías, etc., y detallando el plan de tratamiento de modo que se forme una idea de qué es lo que puede esperar sobre permanencia, confort, estética y función. El aspecto económico recibirá la debida atención. Si el paciente ofrece dificultades o imposibilidad de solventar el tratamiento instituido, se buscarán soluciones sustitutivas que permitan brindar las medidas terapéuticas fundamentales. Estas modificaciones al plan inicial se anotarán en la ficha detallando sus razones. Lograda la aceptación del paciente, éste firmará su conformidad.

III) Rehabilitación oral. (Ejecución.)

La tercera etapa del plan asistencial integral está constituida por la realización práctica del plan de tratamiento instituido. El tratamiento será ejecutado lo más rápi-

damente posible, no olvidando que los procesos patológicos y aún las condiciones del enfermo como entidad biológica, pueden sufrir modificaciones en el transcurso del tiempo.

Completada la rehabilitación oral, el paciente es objeto de un Examen Final, con el objeto de controlar todos los trabajos realizados y comprobar la salud oral y eficiencia funcional y estética logradas. Se instruirá además al paciente sobre cuidados especiales que requieren las características particulares de los tratamientos realizados, y se insistirá sobre los procedimientos clásicos de higiene y prevención bucodental.

Se registrarán todos los datos de interés científico documental del caso. El paciente firmará en la ficha su conformidad con el trabajo realizado, y quedará citado para un semestre después.

IV) Exámenes periódicos de Control y Prevención.

La cuarta y última etapa del plan asistencial integral está representada por los Exámenes periódicos de Control y Prevención.

Los exámenes semestrales de los casos tratados, brindarán excelentes beneficios tanto al paciente como al odontólogo. El control sobre los trabajos realizados, radiografías, retoques, desgastes, etc. ayudará a la permanencia y confort de las restauraciones; los tejidos paradenciales tratados serán vigilados; los tratamientos endodóncicos o quirúrgicos observados, etc. Simultáneamente, el paciente recibirá un valioso servicio de asistencia odontológica preventiva integral.

Para el odontólogo estos exámenes periódicos de las rehabilitaciones orales son de gran valor. Se

extraerán informaciones de interés científico sobre factores que normalmente escapan a su valoración; éxito o fracaso en el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico instituidos, bondad de técnicas, propiedades de materiales, resistencias individuales, etc.

Naturalmente, todo el desarrollo del plan asistencial integral queda registrado, documentado, en las correspondientes fichas clínicas cuya importancia en múltiples aspectos es innecesario recalcar.

3º) RESUMEN Y CONCLUSIONES

La asistencia odontológica actual es responsable no sólo de la salud dentaria, sino de la salud de todos los órganos y tejidos de la cavidad oral. El odontólogo debe conocer los múltiples y variados problemas de la cavidad bucal, comprendiendo y valorando: a) la estrecha interrelación existente entre todos y cada uno de sus órganos y tejidos integrantes, y b) la condición no independiente de la entidad oral del organismo entero, es decir, el concepto de entidad biológica-paciente.

Los problemas de Diagnóstico y Planeo de Tratamiento en rehabilitación oral, involucrando factores de Cirugía, Periodoncia, Endodoncia, hacen imprescindible la evaluación y consideración del status de salud del paciente. Este estudio de la entidad-paciente no sólo permite un tratamiento científico de los problemas odontológicos, sino que confiere al odontólogo la calidad de miembro integrante de los servicios de salud pública.

El odontólogo o práctico general debe aplicar en los procesos de re-

habilitación oral, un plan asistencial integral constituido por: I) Estudio del enfermo y Diagnóstico, II) Planeo de Tratamiento y Pronóstico. III) Ejecución de la Rehabilitación Oral, y IV) Exámenes periódicos de Control y Prevención. El odontólogo debe ser capaz en todos los casos de realizar el diagnóstico y planeo del tratamiento integral, mientras que la ejecución de ese plan podrá ser realizada por el mismo profesional en su totalidad, o parcialmente enviándose al especialista correspondiente para su complementación, de acuerdo a una conciente y honesta autovaloración profesional en cada disciplina.

Naturalmente, este concepto de asistencia odontológica integral con punto de partida en un diagnóstico y planeo de tratamiento de todos los casos de complejas rehabilitaciones orales (restauración de la función y estética del aparato masticador y restauración de la salud de todos los órganos y tejidos orales), exige una amplia y completa capacitación del odontólogo o práctico general. Es necesidad urgente que las Facultades de Odontología den los pasos necesarios para brindar esa capacitación a los próximos profesionales, comenzando por la preparación de docentes habilitados para inculcar este nuevo y poderoso impulso en el progreso científico odontológico, la asistencia integral.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Present-day dental service is responsible not only for dental health but also for the welfare of all organs and tissues of the oral cavity. The dentist should be acquainted

with the manifold, varying problems connected with the buccal cavity, with a sound assessment of a) the close interrelationship between each and every one of the organs and tissues concerned and b) the non independent condition of the oral entity of the body as a whole, i. e., the concept of the biological-patient entity.

The problems of Diagnosis and Treatment Planning in oral rehabilitation, involving surgical, periodontal and endodontal factors turn the evaluation of the patient's health status mandatory. Such a study of the patient entity not only does enable a scientific treatment of dental problems but also confers the dentist the quality of an active participant of public health care.

The dentist or general practitioner should apply in the processes of oral rehabilitation an integral service plan made up of: I) Study of the patient and diagnosis. II) Planning of treatment and prognosis. III) Performance of oral rehabilitation. IV) Periodical check up.

The dentist should at all times be able to undertake diagnosis and planning of integral treatment while the execution of such a plan may be carried out by the practitioner himself either wholly or else partially, by referring the patient to the corresponding specialist, in a conscientious and honest self-appraisal of capabilities.

It goes without saying that this concept of integral dental service based on diagnosis and treatment planning in every single case of complex oral rehabilitation-restoration of function and esthetics of the masticating apparatus and restoration of the health of all oral

organs and tissues-calls for thorough training on the part of dentists and general practitioners. It is the urgent concern of Dental Schools to take the necessary steps toward such training of forthco-

ming graduates, starting with the preparation of teaching staff capable of fostering this new and powerful impulse in the realm of dental scientific advance as represented by integral planning.

Trabajo realizado en el Departamento de Asistencia Integral
por el Jefe del Departamento de Asistencia Integral: Dr. Vartan Behsnilian

Dr. Vartan Behsnilian: Yaguaneses 1349. Montevideo. Uruguay