

Dificultades en el trabajo diario

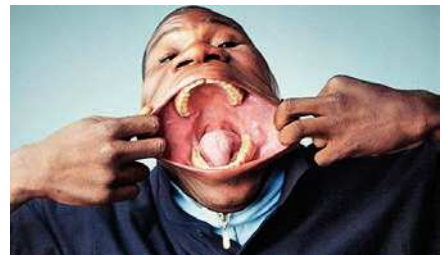
Brigitte Strauß, Peter Eickholz y Katrin Nickles

(*Quintessenz Team-Journal*. 2011;41:651-9)

La profesión de la higienista dental (HD), de la asistente especializada en odontología (AEO) y de la asistente de profilaxis se caracteriza –además de por la asistencia– principalmente por el trabajo autónomo en el paciente. Durante la formación o la formación permanente imparte un adiestramiento intensivo en estas tareas y se completa con numerosas prácticas en el paciente. Sobre todo este trabajo individual es muy polifacético y convierte a nuestra profesión en sumamente interesante. Son evidentes los grandes éxitos alcanzados, particularmente en la prevención de la caries en niños y adultos jóvenes y en la profilaxis periodontal en adultos y personas mayores (König et al., 2010). Dichos éxitos revelan de modo concluyente la importancia de nuestro trabajo en el día a día de la consulta.

Ejercemos nuestra profesión con alegría. Nos vemos exigidas a diario y tenemos la oportunidad de aplicar se-

lectivamente nuestros conocimientos especializados fundamentados. Una buena salud oral se basa necesariamente



en la garantía de una higiene oral doméstica eficiente, controles odontológicos regulares y las sesiones de profilaxis necesarias.

En el caso ideal, tratamos a pacientes que se muestran cooperativos e interesados, que abren ampliamente la boca durante el tratamiento y la mantienen abierta durante el tiempo necesario. Nos alegramos cuando el paciente se muestra satisfecho tras el tratamiento e intercambia con nosotras unas palabras amables. Por desgracia, nuestra labor cotidiana no se limita a los casos ideales.

A menudo debemos enfrentarnos a situaciones y circunstancias extraordinarias que en algunos casos pueden dificultar en gran medida nuestro trabajo.

El propósito de este artículo es describir situaciones difíciles que pueden aparecer a diario y ofrecer propuestas para su solución.

Entre las situaciones que dificultan el trabajo se cuentan:

1. fuerte presión con la lengua, las mejillas o los labios,
2. reflejo nauseoso,
3. salivación abundante,
4. apertura de la boca limitada,
5. suelo de la boca plano,
6. hipersensibilidad acusada,
7. peculiaridades anatómicas en la dentición natural,
8. colaboración deficiente,
9. pacientes nerviosos y temerosos.

Poliklinik für Parodontologie Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum). Johann Wolfgang Goethe-Universität. Frankfurt, Alemania.

Correspondencia: B. Strauß.
Theodor-Stern-Kai 7. 60596 Frankfurt, Alemania.
Correo electrónico: strauss@med.uni-frankfurt.de



Figura 1. Fuerte presión con la lengua.



Figura 2a. Retractor de mejillas OptraGate®.



Figura 2b. Retractor de mejillas Orringer®.

En estos pacientes resulta difícil trabajar de manera relajada. En principio, estamos capacitadas para trabajar en el paciente incluso sin asistencia. Sin embargo, trabajar concentradamente en las condiciones anteriormente mencionadas puede llevarnos a nuestros límites (físicos y psicológicos) y situarnos ante grandes desafíos.

1. Fuerte presión con la lengua, las mejillas o los labios

Situación problemática

El paciente se sienta en el sillón de tratamiento en una postura correcta. Usted ha completado la formación en higiene dental y le gustaría concluir la sesión de profilaxis con la limpieza dental profesional.

Con el aspirador grande en la mano izquierda, intenta apartar la mejilla y al mismo tiempo aspirar la saliva y el agua. Con la mano derecha debe manejarse el aparato de ultrasonidos, a fin de realizar una depuración basta en las superficies dentales linguales. En este momento, el paciente tensa el músculo de la mejilla (músculo buccinador) y al mismo tiempo el músculo de los labios (músculo orbicular de la boca) tan fuertemente que dificulta mantener apartados la mejilla o el labio y también la lengua (fig. 1). Si, en un caso extremo, el paciente además apretara fuertemente contra

los dientes del maxilar inferior, queda excluido el uso del aparato de ultrasonidos o de un instrumento de mano (raspador, cureta). En esta situación resulta imposible apartar en la medida suficiente la mejilla y la lengua y aspirar la saliva, y tampoco puede llevarse a cabo una limpieza dental profesional mecánica y manual exhaustiva sin peligro de causar lesiones al paciente.

Propuesta de solución

Existen varias posibilidades para poder tratar sin dificultades en el futuro a pacientes que ejerzan una fuerte presión con la lengua, la mejilla o los labios:

a) Antes de un tratamiento, por ej. una limpieza dental profesional, se practica con el paciente la relajación de la musculatura de la lengua, de las mejillas y de los labios, y se le recuerda continuamente la necesidad de mantener suelta y relajada la musculatura de la boca.

b) Para llevar a cabo un tratamiento adecuado se puede utilizar un retractor de mejilla adecuado, por ej. OptraGate® (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) (fig. 2a), el retractor de mejilla Orringer® (Hu Friedy, Leimen, Alemania) (fig. 2b) u OptiView® (Kerr, Rastatt, Alemania).

c) Deberá contar con asistencia para realizar un tratamiento, por ej. una limpieza dental profesional.

2. Reflejo nauseoso

Situación problemática

El reflejo nauseoso natural se desencadena al tocar el borde dorsal de la lengua y el paladar blando. En pacientes que padecen de un reflejo nauseoso aumentado, este se verá desencadenado ya por un contacto intraoral mínimo, especialmente en la lengua.

El reflejo nauseoso es provocado (casi siempre) por la manipulación externa, y no se desencadena (casi nunca) durante la realización de la higiene oral propia. En caso de que exista reflejo nauseoso, puede que la higiene oral doméstica esté limitada, y puede llegarse a una mayor acumulación de placa, sobre todo en las superficies linguales de los dientes del maxilar inferior. En este caso, podemos recurrir a diversos trucos y ejercicios de concentración para llevar a cabo un tratamiento, por ejemplo una limpieza dental profesional.

Propuesta de solución

a) Para la realización de la limpieza dental individual doméstica, recomendamos inclinar fuertemente la cabeza sobre el lavabo y llevar a cabo la limpieza con toda tranquilidad y sin presión psicológica.

b) En el marco de nuestro trabajo existe –después de haber verificado la anamnesis del paciente (precaución: ¡posibilidad de reacciones alérgicas!)– la posibilidad de aplicar una anestesia superficial del paladar blando, por ejemplo mediante Xylo-Cain® Pumpspray (Astra Zeneca GmbH, Wedel, Alemania). ¡Esta medida debe ser adoptada por el odontólogo!

c) También resulta útil el contacto visual directo entre el paciente y la persona responsable del tratamiento o la asistencia. La experiencia demuestra que el reflejo nauseoso se desencadena casi siempre tan solo con los ojos cerrados, de modo que el paciente debería mantener los ojos abiertos en todo momento y mirarnos deliberadamente.

d) También puede ayudar una distracción, por ejemplo mover los pies en círculo o levantarlos alternadamente.

e) Recordar continuamente al paciente que se concentre en respirar por la nariz puede ayudar a suprimir eficazmente el reflejo nauseoso.

f) Si se da la posibilidad, debería llevarse a cabo el tratamiento en una posición no excesivamente inclinada



Figura 3a. Parotisroll anatomic® (bucal).

hacia atrás. El cuello del paciente no debe quedar sobreextendido.

En síntesis, es importante que los ejercicios de concentración y las maniobras de distracción en el caso de pacientes con reflejo nauseoso se concentren en una zona situada fuera de la cavidad oral.

3. Salivación abundante

Situación problemática

Una salivación abundante durante el tratamiento está básicamente fuera del control del paciente. Para nosotras, esta circunstancia constituye a menudo un problema. La salivación incrementada puede obstaculizar en gran medida el desempeño de nuestras tareas, dado que con frecuencia el paciente trata de tragar la saliva que segrega constantemente. Resulta muy difícil llevar a cabo una limpieza dental profesional exhaustiva, especialmente de los dientes del maxilar inferior, en presencia de una salivación abundante.

Propuesta de solución

a) Siempre que sea posible, se puede utilizar un retractor de mejilla adecuado. La cabeza del paciente debería estar ligeramente ladeada, para permitir que la saliva y el agua utilizada fluyan hacia la mejilla ensanchada por el retractor. En esta mejilla ensanchada puede colocarse el aspirador de saliva pequeño. Mediante el aspirador grande se aparta la lengua y se aspira saliva adicional. Durante el trabajo subsiguiente, por ejemplo realización de una limpieza dental profesional, debería



Figura 3b. Parotisroll anatomic® (lingual).



Figura 3c. Dry Tip Absorber®.

evitarse una estimulación accidental de las glándulas parótidas, de las glándulas sublinguales y de las glándulas submandibulares), a fin de prevenir la segregación adicional de saliva.

b) Mediante la colocación de un rollo de algodón con varilla elástica incorporada, roeko Parotisroll anatomic® (Coltene Whaledent GmbH + Co. Kg, Langenau, Alemania) (fig. 3a), al insertarlo por bucal se empuja la mejilla hacia el lado, y la acción de resorte mantiene la boca abierta. Al insertarlo por lingual (fig. 3b), el rollo de algodón queda aprisionado detrás de la arcada dentaria inferior debido a la acción de resorte, y de este modo empuja suavemente la lengua hacia abajo.

c) Otra posibilidad es la utilización de un absorbedor de saliva. Este absorbedor multicapa de carboximetilcelulosa, Dry Tips Absorber® (Mölnlycke Health Care, Göttemburgo, Suecia) (fig. 3c) se aplica directamente sobre el conducto de salida de la glándula parótida y de este

modo impide que llegue a la cavidad oral una cantidad excesiva de saliva.

4. Apertura de la boca limitada

Situación problemática

El trabajo intraoral en caso de apertura escasa o limitada de la boca (fig. 4) nos plantea grandes dificultades. También procesos patológicos como por ej. esclerodermia o disfunciones craneomandibulares pueden suponer un impedimento para la apertura de la boca. En este caso deberemos recurrir, en el marco del tratamiento, a nuestra habilidad y destreza manual adquiridas.

Propuesta de solución

- a) En caso de que la apertura limitada de la boca lo permita, puede utilizarse un retractor de mejilla pequeño.
- b) Mediante ejercicios de estiramiento puede intentarse agrandar la apertura pequeña de la boca.
- c) El uso de un bloque o una cuña de mordida adecuados permite trabajar de manera más relajada.

La iluminación exacta de la cavidad oral, un posicionamiento y una postura adecuados del paciente así como un «trabajo manual tranquilo» facilitan nuestra tarea.

5. Suelo de la boca plano

Situación problemática

Una variación anatómica no patológica se presenta en forma de un suelo de la boca plano (fig. 5). Se caracteriza por el hecho de que el músculo del suelo de la boca se inserta en una posición relativamente elevada en el lado interno del maxilar inferior. Por lingual de los dientes del maxilar inferior se observan poca encía insertada y una transición inmediata a la mucosa del suelo de la boca. Esta situación dificulta notablemente nuestro trabajo. Durante el trabajo, hay que tener cuidado de no presionar demasiado profundamente contra el suelo de la boca el espéculo oral y los aspiradores tanto grande como pequeño. A menudo, los pacientes sensibles reaccionan con la aparición de aftas a esta forma de irritación mecánica.

Propuesta de solución

- a) Dado que existe un mayor riesgo de lesionar el suelo de la boca, por ejemplo mediante la realización de



Figura 4. Apertura pequeña de la boca.



Figura 5. Suelo de la boca plano.

una limpieza dental profesional, se recomienda contar con asistencia.

b) En caso de trabajar en solitario, es aconsejable el uso de un retractor de mejilla, puesto que en pacientes con suelo de la boca plano resulta difícil aspirar correctamente, apartar la lengua y la mejilla y al mismo tiempo realizar el trabajo.

6. Hipersensibilidad acusada

En caso de dientes sensibles al dolor, es preciso distinguir entre la dentina expuesta de los cuellos dentales y la superficie radicular expuesta, sobre todo después de por ejemplo una intervención periodontal.

Situación problemática a

En este caso, la causa son los túbulos dentinarios abiertos de la dentina expuesta. A menudo se observan cuellos dentales expuestos en pacientes con buena higiene bucal, pero que aplican una técnica de limpieza incorrecta y materiales de limpieza inadecuados. La problemática anteriormente mencionada también puede darse en caso de recesiones gingivales, carga incorrecta o sobrecarga oclusal y erosiones a causa de alimentos con contenido en ácido exógeno.

Situación problemática b

En el marco de un tratamiento periodontal y en caso de tratamiento repetido de las superficies radiculares durante las sesiones de revisión, también se elimina una cierta cantidad de cemento radicular. Dado que esto puede conducir a la exposición de la superficie de dentina

con apertura de los túbulos dentinarios y esto puede resultar a su vez en una hipersensibilidad, es importante informar con detalle al paciente a este respecto (¡antes del tratamiento periodontal!).

En ambos cuadros clínicos, los pacientes padecen con mayor frecuencia de una hipersensibilidad acusada y variable ante estímulos físicos y químicos.

En el marco de las sesiones de profilaxis deberían adoptarse medidas protectoras contra la caries (peligro de caries radicular) y debería prescindirse del uso de ultrasonidos o chorro de aire. En estos casos está indicado un tratamiento cuidadoso de la superficie radicular empleando instrumentos manuales.

En caso de llevarse a cabo, por ejemplo, una limpieza dental profesional, a fin de proteger los dientes se presionan fuertemente el labio y la lengua contra las superficies dentales recién tratadas. Mediante la comprensión y continuando el trabajo en otra superficie dental menos sensible puede completarse con éxito –con fluoración subsiguiente– la limpieza dental profesional iniciada.

Propuesta de solución para a

Para la higiene oral doméstica debería utilizarse un cepillo dental con un grado de dureza blando a medio, en combinación con una pasta dentífrica con un índice RDA bajo.

La clave reside en la utilización regular de preparados de fluoruro, así como de compuestos especiales (véase abajo) que posibiliten el sellado de los túbulos dentinarios abiertos o provoquen la interrupción de la transmisión del estímulo.

El aminofluoruro forma una capa de recubrimiento de fluoruro de calcio. Esta capa sirve como reserva de



Figura 6. Paciente de 33 años con apiñamiento de los dientes.

- a Dientes anteriores inferiores.
- b Vista lingual de los dientes del maxilar inferior.
- c Dientes anteriores superiores.
- d Vista palatina de los dientes anteriores del maxilar superior.

fluoruro, mientras que las sales de estroncio o de potasio sellan los túbulos dentinarios.

Se ofrecen nuevos productos con nuevas combinaciones de agentes activos, por ej. Pro-Argin o nanocristales, si bien todavía no existen estudios clínicos controlados que corroboren la eficacia de dichos productos.

Debería llevarse a cabo una guía y asesoramiento nutricional en relación con los alimentos y las bebidas con contenido en ácidos, dado que la ingesta de estos alimentos puede impedir el sellado duradero de los túbulos. Es especialmente importante esperar un tiempo suficiente entre el consumo de bebidas y alimentos con contenido en ácido (refrescos, zumos de frutas, fruta) y la limpieza dental.

Propuesta de solución para b

Las enfermedades periodontales, la pérdida de inserción y las superficies radiculares expuestas incrementan sensiblemente el riesgo de caries radicular. Dado que las superficies radiculares expuestas son sumamente propensas a la acumulación de placa, debería indicarse al paciente la conveniencia de someterse regularmente a limpiezas dentales profesionales. Para la higiene oral doméstica están indicados los cepillos dentales eléctricos

cos con sensor de presión y los cepillos adaptados para espacios interdentes. En paralelo a la propuesta de solución a pueden recomendarse pastas dentífricas con contenido en fluoruro de estaño para la profilaxis de la caries.

7. Peculiaridades morfológicas e iatrógenas en la dentición natural

Situación problemática

Diversas peculiaridades morfológicas pueden dificultar considerablemente la realización de nuestro trabajo. Entre estas se cuenta, sobre todo: perlas de esmalte, rugosidades y defectos de las superficies del esmalte, así como fisuras, escotaduras y surcos en la superficie radicular.

Las particularidades anatómicas, las inclinaciones y el apiñamiento de los dientes (figs. 6a a 6d) dificultan a menudo la realización de una terapia adecuada. Los problemas mucogingivales, por ejemplo frenillos labiales, linguales y bucales con inserción marginal

(fig. 7), plantean igualmente una situación difícil, ya que la experiencia demuestra que resulta complicado limpiar los dientes o las áreas afectados.

Entre las peculiaridades iatrógenas en la dentición natural se cuentan por ejemplo márgenes de coronas y obturaciones separados, así como las fisuras marginales y los salientes de restauraciones. En el ámbito protésico, con cierta frecuencia pueden observarse pónicos con base de apoyo ancha, coronas ferulizadas hasta la encía y restauraciones dentales insuficientes, por ejemplo elementos de retención, conectores y piezas de unión con una configuración desfavorable.

En el área de la ortodoncia, los aparatos, brackets y todas las variantes de embandado de los dientes dificultan la situación tanto para el paciente como para quien realiza el tratamiento. En trabajos sin asistencia, por ej. la realización de una limpieza dental profesional, en los casos mencionados puede alcanzarse pese a ello un resultado óptimo utilizando todos los medios auxiliares y de limpieza disponibles.

Propuesta de solución

a) Para una mejor visibilidad en la cavidad oral puede recomendarse el uso de un retractor de mejillas.

b) Los separadores linguales especiales (por ejemplo, separador de mejilla y lengua modelo Minnesota, Hu-Friedy, Leimen, Alemania) (figs. 8a y 8b) facilitan el trabajo por lingual, especialmente en caso de dientes embandados y prótesis fija con elementos de anclaje, por ejemplo conectores.

c) Para la limpieza y el pulido de los espacios interdenciales pueden utilizarse tiras de pulido de resina y también de metal estrechas (precaución: peligro de lesiones). Para ello se introduce la tira interdentalmente por debajo del arco de alambre.

d) La azada y el cincel facilitan la eliminación del sarro en zonas de difícil acceso.

e) En caso de prótesis implantosoportadas se utilizan raspadores especiales y curetas para la limpieza supragingival y subgingival (por ejemplo, Implant Deplaquer, Kerr, Hawe, Rastatt, Alemania o instrumentos Implacare, Hu-Friedy, Leimen, Alemania).

f) Los dientes ferulizados, piezas de puente y otras áreas de difícil acceso (aparatos ortodóncicos) pueden tratarse adecuadamente con Superfloss/cepillos interdenciales con pasta de pulido.

g) En todas las situaciones anteriormente mencionadas, para la eliminación a fondo subgingival y supragingival de la placa está indicada la utilización de aparatos de chorro de polvo y agua, por ej. con un polvo mínimamente abrasivo a base de glicina (por ejemplo, Clinpro® Pro-phy Powder, 3M Espe AG, Seefeld, Alemania) (fig. 9).

8. Colaboración deficiente

Situación problemática

El éxito de un tratamiento periodontal depende en gran medida de un seguimiento individualizado consecuente en el sistema de revisión. Uno de nuestros principales ámbitos de trabajo lo constituye la atención a los pacientes de periodontitis en el seguimiento. Aunque el equipo odontológico y el paciente hayan discutido a fondo el tratamiento periodontal y este se haya llevado a cabo con buenos resultados, ello no significa necesariamente que el paciente acuda a las importantes sesiones regulares de revisión. Ya una actitud crítica hacia el tratamiento periodontal o una postura negativa en la fase inicial pueden ser un indicio de que probablemente el paciente no acudirá con la regularidad suficiente a las visitas de revisión durante la fase de seguimiento. Una falta de cooperación puede manifestarse también en una higiene oral ineficaz, la omisión de visitas o una escasa colaboración durante el tratamiento. A fin de evitar desde el principio malentendidos entre el responsable del tra-



Figura 7. Inserción marginal del frenillo lingual.



Figura 8a. Separador de mejilla y lengua modelo Minnesota.



Figura 8b. Utilización del separador de mejilla y lengua modelo Minnesota.



Figura 9. Utilización del polvo de glicina Clinpro®.

tamiento y el paciente, se recomienda encarecidamente recalcar la importancia de un seguimiento permanente antes de iniciar un tratamiento de periodontitis sistemático. Es preciso explicar claramente al paciente que un paciente de periodontitis tratado con éxito continúa siendo un paciente de periodontitis que debe recibir atención de por vida.

Otro factor lo constituye la negativa dejar de fumar. Desde hace muchos años se conoce que el consumo de tabaco es corresponsable, como factor de riesgo, del progreso acelerado de una enfermedad periodontal. El alcance de las lesiones es tanto mayor cuanto más tabaco se consume. Además, la cicatrización de las heridas en fumadores se ve perjudicada, lo cual reduce o compromete el éxito del tratamiento.

Propuesta de solución

a) Es imprescindible la motivación y la reinstrucción de estos pacientes en cada sesión de higiene oral. Para ello se requiere una labor de convicción: El paciente debe ser consciente de la importancia de una higiene oral individual óptima para su salud tanto oral como general.

b) El asesoramiento recurrente acerca de todos los riesgos y peligros puede conducir a un fumador a reflexionar sobre su hábito y a dejar de fumar.

Debería implicarse todo el equipo odontológico, a fin de motivar a los fumadores a dejar de fumar y ofrecerles apoyo y asistencia.

En este sentido está indicada, por ejemplo, la conducción de conversaciones conforme al método de la «entrevista motivacional breve», descrito por el Prof. Dr. Christoph A. Ramseier (Ramseier, 2008). En esta forma nueva y modificada de conducción de conversaciones, identificó las posibilidades para lograr su propósito de inducir cambios en el tabaquismo. Los fundamentos de la terapia del comportamiento conforme al método de la «entrevista motivacional» son los siguientes:

1. Si el paciente se siente comprendido y tomado en serio, acepta más fácilmente las propuestas terapéuticas.

2. Los pacientes que desean cambiar conducta suelen entrar en un estado ambivalente y empiezan a dudar de si su comportamiento es correcto (por ejemplo, «ahora mismo no voy a conseguir dejar de fumar» o «si dejo de fumar, seguro que engordaré»).

Estas dudas pueden aprovecharse: el tema deberían ser las ventajas de no fumar.

Deberían plantearse preguntas abiertas, a fin de reforzar a los pacientes en sus esfuerzos para abandonar el hábito y demostrarles empatía.

Es importante motivar a los pacientes a considerar las ventajas y los inconvenientes que podría conllevar una modificación en su hábito de fumar.

9. Pacientes nerviosos y temerosos

Situación problemática

Ya la simple entrada del paciente en la sala de tratamiento puede revelarnos si nos hallamos ante un paciente nervioso y temeroso. A menudo, estos pacientes plantean de inmediato preguntas sobre la duración o el desarrollo del tratamiento, el método de tratamiento, alternativas terapéuticas, los dolores y las complicaciones que podrían surgir, o incluso el sentido y la finalidad del tratamiento que ya se había discutido en profundidad. Estas preguntas van acompañadas de una mirada a la puerta o al reloj. No todos los pacientes reconocen estar nerviosos o temerosos, pero quien observe atentamente a sus pacientes podrá percibirlo de todos modos.

Es imprescindible tratar a estos pacientes en un entorno tranquilo y asignando un margen de tiempo suficiente. Durante el tratamiento, ya sea como asistencia o trabajando sin asistencia, deberíamos irradiar calma, no mostrar impaciencia y evitar movimientos bruscos. Es importante aplicar nuestra empatía psicológica aprendida y trabajar de manera tranquila y comprensiva. El modo en el que trabajamos y nuestra apariencia constituyen la garantía del éxito del tratamiento.

Propuesta de solución

a) Si la situación de tratamiento lo permite, el paciente puede distraerse con música o un audiolibro, por ejemplo mediante auriculares y un reproductor de MP3.

b) La puerta de la sala de tratamiento debería permanecer cerrada para evitar que se oigan ruidos del exterior.

c) Desde el punto de vista psicológico, es conveniente que los pacientes tengan la puerta a la vista durante el tratamiento. El motivo es que los pacientes nerviosos y temerosos pueden inquietarse aún más si a sus espaldas se desarrollan trabajos o actividades que no pueden clasificar.

Desde nuestra perspectiva –naturalmente subjetiva– se trata diariamente a pacientes difíciles, llamativos e incluso excéntricos. Nos esforzamos para que cada paciente, sea cual sea su edad, reciba el mejor tratamiento

y la mejor atención posibles. Nuestro tratamiento es solitario y nuestra asistencia junto al sillón de tratamiento, nuestros conocimientos especializados fundamentados en combinación con nuestra autoconfianza y un alto grado de empatía y comprensión nos aseguran una elevada consideración por parte de todos nuestros pacientes. Cada nuevo tratamiento o cambio de la situación de tratamiento requiere una nueva preparación y un reajuste por parte del paciente. Esto es algo que debemos tener en cuenta. Nuestra formación contempla el trato con todo tipo de pacientes y celebramos su «colaboración».

De lo contrario no ejerceríamos esta profesión, que a fin de cuentas amamos.

Bibliografía

1. König J, Holtfreter B, Kocher T. Periodontal health in Europe: future trends based on treatment needs and the provision of periodontal services—position paper 1. *Eur J Dent Educ.* 2010; 14: 4-24.
2. Ramseier CA, Delwyn C, Krigel S, Bagramian R. Motivational Interviewing. In: *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*, eds. J. Lindhe, T. Karring, N.P. Lang. 5th edition, pp. 695-704. Copenhagen: Blackwell/Munksgaard 2008.