

Cooperación con el mantenimiento de un grupo de pacientes periodontales*

José J. Echeverría

Estomatólogo, Master en Periodoncia

Echeverría JJ: Cooperación con el mantenimiento de un grupo de pacientes periodontales. Archivos de Odonto-Estomatología 1989, 5: 559-563.

*Phillip Journal 4, 1989: 235-241.

Introducción

Las enfermedades periodontales se caracterizan por la inflamación y en algunos casos destrucción de los tejidos de soporte de los dientes como consecuencia de la respuesta del individuo susceptible frente a la presencia de bacterias orales, la mayor parte de las cuales son habitantes habituales de la boca.

El objetivo primario del tratamiento periodontal es la eliminación de las bacterias cuyo número y/o virulencia producen la enfermedad, de manera que puedan mantenerse los dientes en salud y función durante el máximo número de años.

Está bien establecido que sin bacterias no existen enfermedades periodontales. Sin embargo, la disminución de bacterias de modo permanente hasta niveles aceptables por la particular resistencia de cada individuo parece ser un objetivo difícil de cumplir en la práctica, si este control bacteriano depende únicamente de lo que el paciente sea capaz de hacer por sí mismo. En otras palabras, el mantenimiento de la salud periodontal gracias a maniobras preventivas llevadas a cabo sólo por el paciente se ha demostrado ineficaz si quieren conservarse niveles estables de soporte periodontal. Por el contrario, se acepta que el mantenimiento profesional periódico después del tratamiento periodontal es, cuando se complementa con la higiene oral casera, altamente eficaz si quiere evitarse la recidiva de la enfermedad.

En consecuencia, parece muy importante motivar al paciente para que acepte y cumpla un sistema de visitas periódicas a lo largo de su vida, después del tratamiento periodontal, si quieren mantenerse a medio y largo plazo, los objetivos de este tratamiento.

Desgraciadamente, hay muy pocos estudios que determinen qué porcentaje de pacientes se adhieren a estas recomendaciones. El presente trabajo tiene por objeto mostrar cuál es esta cooperación en un

grupo de pacientes que han recibido tratamiento periodontal.

Material y métodos

Los pacientes de este estudio fueron tratados entre enero de 1980 y diciembre de 1981 en una consulta privada periodontal por un único periodoncista (JJE). En total, en este período, se visitaron 510 pacientes, de los cuales 385 iniciaron el tratamiento periodontal. De estos 385 pacientes, 373 finalizaron el tratamiento propuesto y son los sujetos de este estudio.

La edad media de los pacientes era de 41,6 años, con los extremos entre 18 años y 70 años. La tabla I indica la distribución por sexos. La tabla II indica la división de los pacientes según la clasificación de la Academia Americana de Periodoncia (AAP) en cuatro categorías. Dentro de los casos IV, la tabla III señala aquellos casos considerados como periodontitis del adulto, y aquellos otros que en base a su edad y características clínicas pueden incluirse en el grupo de periodontitis de evolución rápida y periodontitis juveniles, teniendo en cuenta los criterios definidos por Schroeder y Listgarten.

La tabla IV señala la división por tipos de enfermedad y edades medias para cada uno de ellos.

El tratamiento periodontal consistió en enseñanza y motivación de la higiene oral, repetido en cada visita del tratamiento activo, raspaje y alisado radiculares, completado entre seis y ocho citas, y, cuando fue necesario, tratamiento quirúrgico, generalmente curetage abierto o colgado modificado de Widman, y sólo excepcionalmente cirugía ósea o colgajo de reposición apical.

Inmediatamente después de finalizar la fase activa del tratamiento periodontal, todos los pacientes que lo completaron, es decir 373, fueron incluidos en

Tabla I. Distribución por sexo.

	Número	%
Varones	141	37.8
Mujeres	232	62.2
Total	373	100

Tabla III. Distribución de los casos A.A.P. tipo IV.

	Número	%
Periodontitis del adulto	56	45.5
Periodontitis progresión rápida	67	54.5
Total casos	123	100

Tabla V.

	Número	%
Pacientes tratados 1980-1981	373	100.0
Pacientes cooperadores en Dic. 1987	232	61.9
Pacientes no cooperadores	142	38.1

terapia de mantenimiento, cuya importancia fue remarcada desde la primera visita. La primera cita de mantenimiento tenía lugar un mes después de la última cita de raspaje y alisado -en casos donde no fue necesaria cirugía- y tres semanas después de retiradas las suturas de la última cirugía, donde fueron necesarias. En todos los casos los pacientes utilizaban al finalizar la fase de raspado y alisado y enjuagues con clorhexidina al 0,2%, durante dos meses, o hasta cinco semanas después de la última cirugía.

La siguiente visita de mantenimiento tenía lugar dos meses después de la anterior, y la siguiente, tres meses después. Durante un año los controles de mantenimiento fueron cada tres meses, para modificarse después de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Al finalizar la visita de mantenimiento cada paciente recibe una nueva cita, y se supone que acudirá sin que sea necesario recordárselo nuevamente. En caso de que el paciente no acudiese de acuerdo con lo indicado, se le recuerda por teléfono. Un nuevo fallo significa la retirada de la ficha del paciente del fichero de pacientes activos. De acuerdo con esta política, los pacientes con comportamiento errático son incluidos en este estudio en el grupo de pacientes no cooperadores. En otras palabras, sólo los pacientes que acuden a mantenimiento de acuerdo con las recomendaciones del periodoncista se

Tabla II. Clasificación de acuerdo con el grado de afectación.

	Número	%
A.A.P. Tipo I	90	24
A.A.P. Tipo II	56	15
A.A.P. Tipo III	104	28
A.A.P. Tipo IV	123	33
Total Casos	373	100

Tabla IV. Distribución de acuerdo con la edad y el grado de afectación.

	Edad media
A.A.P. Caso Tipo I	33 años
A.A.P. Caso Tipo II	44 años
A.A.P. Caso Tipo III	47 años
A.A.P. Caso Tipo IV	
P. del adulto	52 años
P. Progresión rápida	32 años

incluyen en este estudio en el grupo de pacientes cooperadores.

Resultados

De los 373 pacientes que finalizaron el tratamiento periodontal propuesto, 231 siguen la terapia establecida de mantenimiento periodontal de una manera regular, y esto entre seis y siete años después de su inicio (Tabla V).

142 pacientes dejaron el mantenimiento en algún momento después de finalizar el tratamiento periodontal (Tabla V). La tabla VI muestra el período en que los pacientes abandonaron el mantenimiento, de acuerdo con su diagnóstico inicial. Se puede observar que la mayoría de pacientes que no están interesados en el mantenimiento dejan de acudir a la consulta muy poco tiempo después de finalizar el tratamiento periodontal activo.

Las tablas VII, VIII, IX sugieren que la severidad inicial del caso tiene que ver con la cooperación del paciente. Los pacientes con periodontitis moderadas y avanzadas mantienen las visitas de profilaxis significativamente mejor que el resto de pacientes periodontales.

Finalmente, en la tabla X se indica la frecuencia

Tabla VI. Número de pacientes no cooperadores y momento del abandono en relación con el grado de afectación.

A.A.P. caso tipo	Meses/años tras el final del tratamiento			
	Menos de seis meses	6-12 meses	1-2 años	2-6 años
I	44	4	5	4
II	13	4	12	5
III	18	7	7	5
IV	8	-	1	6
Total casos	82	15	25	20

Tabla VII. Número de pacientes cooperadores en relación con el grado de afectación.

A.A.P. caso tipo	Número	%
I	33	14.2
II	22	9.5
III	67	29.0
IV		
P. del adulto	49	47.3
P. progresión rápida -	60	
Total	231	100.0

media con que los pacientes llevan a cabo profilaxis de mantenimiento contado a partir del primer año después del tratamiento periodontal.

Discusión

Numerosos estudios demuestran que el tratamiento periodontal es efectivo en mantener niveles estables de soporte periodontal. Sin embargo, en todos estos estudios, los pacientes son sometidos, después del tratamiento periodontal, a un régimen de mantenimiento. Se ha demostrado que sin terapia de mantenimiento no parece posible conservar niveles estables de soporte periodontal en pacientes periodontales tratados, aunque en estas condiciones la pérdida de soporte parece ser menos que en pacientes con periodontitis no tratada.

Sin embargo, y a pesar de la importancia del mantenimiento periodontal, pocos estudios en la literatura tienden a demostrar el porcentaje de pacientes que, a lo largo del tiempo, siguen llevando a cabo

Tabla VIII. Número de pacientes no cooperadores de acuerdo con el grado de afectación.

A.A.P. caso tipo	Número	%
I	57	40.1
II	34	24
III	37	26.0
IV	14	10
Total	142	100

profilaxis periódicas. Llevar a cabo profilaxis periódicas implica obtener la cooperación del paciente a lo largo del tiempo, algo muy difícil incluso en casos de enfermedades que constituyen un riesgo para la vida del paciente.

Este estudio muestra, en primer lugar, que un 25% de pacientes que acudieron por primera vez a la consulta periodontal no iniciaron el tratamiento requerido. Teniendo en cuenta la necesaria colaboración del paciente periodontal durante y después del tratamiento, una política de "abogado del diablo" por parte del periodoncista tendente a disuadir al paciente de iniciar el tratamiento si no está realmente interesado en mantener su dentición, puede eliminar de la consulta pacientes malos cooperadores. El muy bajo porcentaje de pacientes que, una vez iniciado el tratamiento periodontal no lo terminan, tiende a confirmar esta idea. De entre aquellos pacientes que terminaron el tratamiento periodontal, el 61,9% mantienen de manera regular el régimen establecido de profilaxis periodontales periódicas, entre seis y siete años después de terminar el tratamiento activo. En consecuencia el drop-out es del 38,1 y se compara bien con los resultados señalados por otros autores, especialmente teniendo en cuenta que en todos estos

Tabla IX. Número de pacientes cooperadores en relación con el número total de pacientes tratados, en relación con el grado de afectación.

	Total	Cooperadores	%
A.A.P. caso tipo			
I	90	33	36
II	56	22	39
III	104	67	64
IV	123	109	88
Total	373	231	

casos se trataba de pacientes seleccionados y tratados y mantenidos en un medio universitario. En otro estudio con pacientes privados Becker señala un drop-out del 22,1%, pero no aparece claro cómo se extrae la muestra. Sus pacientes fueron estudiados entre 3 y 11 años después del tratamiento. Becker señala que "in the year following the completion of this study 21 of the 95 patients have dropped out of the maintenance therapy". Nada se dice en este estudio, sin embargo del resto de pacientes tratados en su consulta aparte de los 95 del estudio, por lo que, presumiblemente, el drop-out general de sus pacientes puede ser mucho más alto.

En otro estudio con pacientes privados, Wilson señala un porcentaje de cooperación del 16% entre casi 1.000 pacientes periodontales tratados y seguidos por ocho años, mientras que un 34% nunca volvieron a mantenimiento después del tratamiento. El resto lo hicieron de manera errática.

En el presente estudio es interesante el hallazgo de que el mayor porcentaje (68%) de pacientes que dejan mantenimiento lo hacen en el primer año después de terminar el tratamiento periodontal activo, y, de éstos, una gran mayoría lo hacen dentro de los primeros seis meses (82%). También es interesante observar cómo dentro de los pacientes que interrumpen el mantenimiento muy precozmente, la mayoría fueron tratados por gingivitis. Existen varias explicaciones para estos hechos. Podría ser que los pacientes que fallan pronto el mantenimiento hubiesen sido "forzados" a causa de la relación paciente-dentista, a llevar a cabo el tratamiento periodontal. Una vez terminado el tratamiento, el paciente consideró concluido el contrato que le ligaba con la clínica y dejó, en consecuencia, de acudir. Otra razón pudiera ser que, puesto que la mayoría de drop outs precoces corresponden a enfermedades periodontales sin destrucción, y con pocos síntomas más allá del sangrado, el paciente no viese la necesidad de seguir el mantenimiento. En otras palabras, cubierta la necesidad por

Tabla X. Intervalo medio entre visitas de mantenimiento en relación con el grado de afectación.

		Meses
A.A.P. caso tipo		
I		5.8
II		5.5
III		5.4
IV	P. del adulto	5.4
	P. Progresión rápida	5.1

la que el paciente fue al dentista, aquél no se ve motivado para continuar. Una tercera razón podría ser que el periodoncista, teniendo en cuenta la poca gravedad del caso, no haya insistido suficientemente en la importancia del mantenimiento periodontal.

En cambio, la mayoría de pacientes con periodontitis graves -que en esta muestra constituye el 55% del total estudiado- continuaron el mantenimiento previsto, lo que está en desacuerdo con el estudio de Wilson pero que podría explicarse, entre otras razones, porque en este grupo de pacientes con enfermedad periodontal avanzada, las visitas de mantenimiento durante los primeros seis meses después del tratamiento se incluyen en el presupuesto total, y, además el retratamiento de nuevas lesiones periodontales, si existen, no son tampoco cobradas al paciente si éste mantiene el régimen prescrito de visitas periódicas. Por otra parte, el periodoncista o la higienista dental procura hacer ver al paciente, de vez en cuando, la diferencia entre las condiciones actuales de salud oral y la experiencia previa vivida por el paciente durante muchos años.

En este estudio, la frecuencia media de mantenimiento periodontal es de 5,4 meses, similar a la encontrada en otros estudios. Aunque la frecuencia óptima recomendada de profilaxis periodontal post-tratamiento es de tres meses, y que una o dos visitas anuales no serían capaces de mantener niveles estables de soporte periodontal, otros estudios parecen ponerlo en duda, y, en todo caso, está todavía sujeto a debate. Podría ser que visitas menos frecuentes favorecieran la cooperación del paciente. Posiblemente la frecuencia de mantenimiento periodontal no debe establecerse rígidamente, si no en base a la particular susceptibilidad de cada paciente a la enfermedad periodontal, y a su higiene oral. En consecuencia, por ahora, sólo el buen juicio del periodoncista y los deseos de cooperación del paciente pueden ayudar a determinar esta frecuencia.

No aparecen en la literatura periodontal porcenta-

ges tan altos de tantos pacientes que cooperen bien con las indicaciones del periodoncista respecto al mantenimiento periodontal. Probablemente se ha dedicado poca atención a la cooperación del paciente periodontal tras el tratamiento. Muchos autores hablan de la necesidad del mantenimiento, y se sabe que el mantenimiento es efectivo, pero no parece preocupar mucho el conocer si lo que sabemos tan bien en teoría aplica igualmente en la realidad de la práctica periodontal. El autor se preocupa de manera extraordinaria del cuidado del paciente periodontal tras el tratamiento, especialmente el de los pacientes con más riesgo de perder piezas dentarias como consecuencia de enfermedades periodontales de evolución rápida. Los resultados son altamente favorables, y muestran la posibilidad de motivar adecuadamente a los pacientes periodontales.

Bibliografía

1. Attström, R.: Does supragingival plaque removal prevent further breakdown? In "Periodontology Today", ed. B. Guggenheim. S. Karger, Basel, 1988.
2. Axelsson, P.; Lindhe, J.: The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.*, 8: 281, 1981.
3. Badersten, A.; Nilveus, R.; Egelberg, J.: 4-year observation of basic periodontal therapy. *J. Clin. Periodontol.*, 14: 438, 1987.
4. Becker, W.; Berg, L.; Becker, B.: Untreated longitudinal disease: A longitudinal study. *J. Periodontol.* 50: 234, 1979.
5. Becker, W.; Berg, L.; Becker, B.: The long term evaluation of periodontal treatment and maintenance in 95 patients. *Int. J. Perio. Res. Dent.* 4: 55, 1984.
6. Becker, B.; Karp, C.; Becker, W.; Berg, L.: Personality differences and stressful life events. Differences between treated periodontal patients with and without maintenance. *J. Clin. Periodontol.* 15: 49, 1988.
7. DeVore, C.; Duckworth, J.; Beck, F.: Bone loss following periodontal therapy in subjects without frequent periodontal maintenance. *J. Periodontol.* 57: 354, 186.
8. Glavind, L.: The result of periodontal treatment in relationship to various background factors. *J. Clin. Periodontol.* 13: 789, 1986.
9. Hill, R.; Ramfjord, S.; Morrison, E., et al.: Four types of periodontal treatment compared over two years. *J. Periodontol.* 52: 655, 1981.
10. Johansson, L.; Oster, B.; Hamp, S.: Evaluation of cause related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. *J. Clin. Periodontol.* 11: 68, 184.
11. Knowles, J.: Oral hygiene related to long term effects of periodontal therapy. *J. Mich. Dent. Ass.* 55: 147, 1973.
12. Knowles, J.; Burgett, F.; Nissle, R., et al.: Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years. *J. Periodontol.* 50: 225, 179.
13. Knowles, J.; Burgett, F.; Morrison, E., et al.: Comparison of results following three modalities of periodontal therapy related to tooth type and initial pocket depth. *J. Clin. Periodontol.* 7: 32, 1980.
14. Lindhe, J.; Nyman, S.: Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.* 11: 504, 1984.
15. Lindhe, J.; Nyman, S.: The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. *J. Clin. Periodontol.* 2: 67, 1975.
16. Listgarten, M.: Pathogenesis of periodontitis. *J. Clin. Periodontol.* 13: 418, 1986.
17. Loe, H.; Anerud, A.; Boyden, H.; Morrison, E.: Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J. Clin. Periodontol.* 13: 431, 1986.
18. Lövdal, A.; Arno, A.; Schei, O.; Waerhaug, J.: Combined effect of subgingival scaling and controlled oral hygiene on the incidence of gingivitis. *Acta Odontol. Scand.* 1: 538, 1961.
19. Nyman, S.; Lindhe, J.; Rosling, B.: Periodontal surgery in plaque infected dentitions. *J. Clin. Periodontol.* 4: 240, 1977.
20. Page, R.; Schroeder, H.: "Periodontitis in man and other animals". S. Karger, Basel, 1982.
21. Philstrom, B.; Ortiz-Campos, C.; McHugh, R.: A randomized four-year study of periodontal therapy. *J. Periodontol.* 52: 227, 1981.
22. Ramfjord, S.: Maintenance care for treated periodontitis patients. *J. Clin. Periodontol.* 14: 433, 1987.
23. Ramfjord, S.; Morrison, E.; Burgett, F. et al.: Oral hygiene and maintenance of periodontal support. *J. Periodontol.* 53: 26, 1982.
24. Ramfjord, S.; Knowles, J.; Nissle, R.: Longitudinal study of periodontal therapy. *J. Periodontol.* 44: 66, 1973.
25. Ramfjord, S.; Knowles, J.; Nissle, R.: Results following three modalities of periodontal therapy. *J. Periodontol.* 46: 522, 1975.
26. Ramfjord, S.; Knowles, J.; Morrison, E.: Results of periodontal therapy related to tooth type. *J. Periodontol.* 51: 270, 1980.
27. Ramfjord, S.; Caffesse, R.; Morrison, E.: 4 modalities of periodontal treatment compared over 5 years. *J. Clin. Periodontol.* 14: 445, 1987.
28. Rosling, B.; Nyman, S.; Lindhe, J.: The effect of systematic plaque control on bone regeneration in infrabony pockets. *J. Clin. Periodontol.* 3: 38, 1976.
29. Socransky, S.: Microbiology of periodontal disease-present status and future considerations. *J. Periodontol.* 48: 497, 1977.
30. Suomi, J.; Greene, J.; Vermillion, J.: The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: results after third and final year. *J. Periodontol.* 42: 152, 1971.
31. Wasserman, B.; Hirschfeld, L.: The relationship of initial clinical parameters to the long-term response in 112 cases of periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.* 15: 38, 1988.
32. Wilson, R.: Compliance. A review of the Literature with possible applications to periodontics. *J. Periodontol.* 58: 706, 1987.
33. Wilson, T.; Glover, M.; Schoen, J., et al.: Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. *J. Periodontol.* 55: 468, 1984.

ges tan altos de tantos pacientes que cooperen bien con las indicaciones del periodoncista respecto al mantenimiento periodontal. Probablemente se ha dedicado poca atención a la cooperación del paciente periodontal tras el tratamiento. Muchos autores hablan de la necesidad del mantenimiento, y se sabe que el mantenimiento es efectivo, pero no parece preocupar mucho el conocer si lo que sabemos tan bien en teoría aplica igualmente en la realidad de la práctica periodontal. El autor se preocupa de manera extraordinaria del cuidado del paciente periodontal tras el tratamiento, especialmente el de los pacientes con más riesgo de perder piezas dentarias como consecuencia de enfermedades periodontales de evolución rápida. Los resultados son altamente favorables, y muestran la posibilidad de motivar adecuadamente a los pacientes periodontales.

Bibliografía

1. Attström, R.: Does supragingival plaque removal prevent further breakdown? In "Periodontology Today", ed. B. Guggenheim. S. Karger, Basel, 1988.
2. Axelsson, P.; Lindhe, J.: The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.*, 8: 281, 1981.
3. Badersten, A.; Nilveus, R.; Egelberg, J.: 4-year observation of basic periodontal therapy, *J. Clin. Periodontol.*, 14: 438, 1987.
4. Becker, W.; Berg, L.; Becker, B.: Untreated longitudinal disease: A longitudinal study. *J. Periodontol.* 50: 234, 1979.
5. Becker, W.; Berg, L.; Becker, B.: The long term evaluation of periodontal treatment and maintenance in 95 patients. *Int. J. Perio. Res. Dent.* 4: 55, 1984.
6. Becker, B.; Karp, C.; Becker, W.; Berg, L.: Personality differences and stressful life events. Differences between treated periodontal patients with and without maintenance. *J. Clin. Periodontol.* 15: 49, 1988.
7. DeVore, C.; Duckworth, J.; Beck, F.: Bone loss following periodontal therapy in subjects without frequent periodontal maintenance. *J. Periodontol.* 57: 354, 186.
8. Glavind, L.: The result of periodontal treatment in relationship to various background factors. *J. Clin. Periodontol.* 13: 789, 1986.
9. Hill, R.; Ramfjord, S.; Morrison, E., et al.: Four types of periodontal treatment compared over two years. *J. Periodontol.* 52: 655, 1981.
10. Johansson, L.; Oster, B.; Hamp, S.: Evaluation of cause related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. *J. Clin. Periodontol.* 11: 68, 184.
11. Knowles, J.: Oral hygiene related to long term effects of periodontal therapy. *J. Mich. Dent. Ass.* 55:147, 1973.
12. Knowles, J.; Burgett, F.; Nissle, R., et al.: Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years. *J. Periodontol.* 50: 225, 179.
13. Knowles, J.; Burgett, F.; Morrison, E., et al.: Comparison of results following three modalities of periodontal therapy related to tooth type and initial pocket depth. *J. Clin. Periodontol.* 7: 32, 1980.
14. Lindhe, J. Nywan, S.: Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.* 11: 504, 1984.
15. Lindhe, J. Nyman, S.: The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. *J. Clin. Periodontol.* 2: 67, 1975.
16. Listgarten, M.: Pathogenesis of periodontitis. *J. Clin. Periodontol.* 13: 418, 1986.
17. Løe, H.; Anerud, A.; Boyden, H.; Morrison, E.: Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J. Clin. Periodontol.* 13: 431, 1986.
18. Lövdal, A.; Arno, A.; Schei, O.; Waerhaug, J.: Combined effect of subgingival scaling and controlled oral hygiene on the incidence of gingivitis. *Acta Odontol. Scand.* 1: 538, 1961.
19. Nyman, S.; Lindhe, J.; Rosling, B.: Periodontal surgery in plaque infected dentitions. *J. Clin. Periodontol.* 4: 240, 1977.
20. Page, R.; Schroeder, H.: "Periodontitis in man and other animals". S. Karger, Basel, 1982.
21. Philstrom, B.; Ortiz-Campos, C.; McHugh, R.: A randomized four-year study of periodontal therapy. *J. Periodontol.* 52: 227, 1981.
22. Ramfjord, S.: Maintenance care for treated periodontitis patients. *J. Clin. Periodontol.* 14: 433, 1987.
23. Ramfjord, S.; Morrison, E.; Burgett, F. et al.: Oral hygiene and maintenance of periodontal support. *J. Periodontol.* 53: 26, 1982.
24. Ramfjord, S.; Knowles, J.; Nissle, R.: Longitudinal study of periodontal therapy. *J. Periodontol.* 44: 66, 1973.
25. Ramfjord, S.; Knowles, J.; Nissle, R.: Results following three modalities of periodontal therapy. *J. Periodontol.* 46: 522, 1975.
26. Ramfjord, S.; Knowles, J.; Morrison, E.: Results of periodontal therapy related to tooth type. *J. Periodontol.* 51: 270, 1980.
27. Ramfjord, S.; Caffesse, R.; Morrison, E.: 4 modalities of periodontal treatment compared over 5 years. *J. Clin. Periodontol.* 14: 445, 1987.
28. Rosling, B.; Nyman, S.; Lindhe: The effect of systematic plaque control on bone regeneration in infrabony pockets. *J. Clin. Periodontol.* 3: 38, 1976.
29. Socransky, S.: Microbiology of periodontal disease-present status and future considerations. *J. Periodontol.* 48: 497, 1977.
30. Suomi, J.; Greene, J.; Vermillion, J.: The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: results after third and final year. *J. Periodontol.* 42: 152, 1971.
31. Wasserman, B.; Hirschfeld, L.: The relationship of initial clinical parameters to the long-term response in 112 cases of periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.* 15: 38, 1988.
32. Wilson, R.: Compliance. A review of the Literature with possible applications to periodontics. *J. Periodontol.* 58: 706, 1987.
33. Wilson, T.; Glover, M.; Schoen, J., et al.: Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. *J. Periodontol.* 55: 468, 1984.