

1ej. 266

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales IZTACALA**



---

**TECNICA ODONTOLOGICA  
A CUATRO MANOS**

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

**MARIA DEL PILAR MARTIN RAMOS**

**MEXICO, D. F.**

**1982**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE.

PAG.

I	OBJETIVOS DE LA UTILIZACION DE LA TECNICA ODONTOLOGICA A CUATRO MANOS.	1
1)	ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA CUALQUIER SISTEMA DE ODONTOLOGIA A CUATRO MANOS.	3
2)	APTITUDES QUE DEBEN DESARROLLAR EL DENTISTA Y EL AUXILIAR.	7
3)	CONDICIONES QUE FAVORECEN LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA A CUATRO MANOS. FACTORES QUE LA DIFICULTAN O IMPOSIBILITAN.	8
II	DEBERES DE LA INSTRUMENTADORA JUNTO AL SILLON DENTAL.	11
1)	PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA EL ACTO DE TRABAJO.	13
2)	UBICANDO AL PACIENTE.	15
3)	ANESTESIA PSÍQUICA DEL PACIENTE.	16
4)	AFRONTAMIENTO DEL INSTRUMENTAL Y ELEMENTOS POR USAR.	17
5)	ELEMENTOS POR AFRONTAR PARA LOS DISTINTOS MATERIALES DENTALES.	18
6)	MONTAJE DE RADIOGRAFÍAS EN EL NEGATOSCOPIO.	18

	PAG.
7) ANESTESIA POR INYECCIÓN,	18
8) ILUMINACIÓN DEL ÁREA OPERATORIA,	19
9) ASISTENCIA EN EL AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO,	19
10) VISIBILIDAD Y ACCESO AL ÁREA OPERATORIA,	19
11) MONTAJE DEL INSTRUMENTAL CORTANTE ROTATORIO,	21
12) MANEJO DEL EYECTOR DE ALTA VELOCIDAD,	21
13) REMOCIÓN DE RESIDUOS DEL FRESADO,	21
14) VIGILANCIA DE LA COMODIDAD DEL PACIENTE,	23
15) RETIRO DEL AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO,	24
15) SALIDA DEL PACIENTE,	25
17) DESPEJE DE LA MESADA DE TRABAJO,	25
III ÁREAS FUNCIONALES DE DESARROLLO EN EL CONSULTORIO, SU ORGANIZACIÓN RACIONAL,	28
1) DEFINICIÓN DE LAS ÁREAS,	28

	PAG.	
2)	REQUISITOS QUE DEBEN LLENAR ÁREAS ORGANIZADAS.	29
3)	ESTUDIOS DE MÉTODOS.	30
4)	TRÁFICO CONFLICTUAL.	34
5)	TOMA DE DECISIONES.	34
6)	ZONA COMPARTIDA.	35
7)	GANANCIA DE TIEMPO SOBRE LA BASE DE LA RACIONALIZACIÓN DEL TRABAJO.	36
IV	LEYES DE TRASPASO DE INSTRUMENTOS.	38
1)	EL USO DE AMBAS MANOS.	38
2)	MANERA DE LEVANTAR LOS INSTRUMENTOS DE LA MESADA.	39
3)	CÓMO DEBEN ENTREGARSE LOS INSTRUMENTOS.	40
4)	CUÁNDO HAN DE ENTREGARSE.	42
5)	CÓMO RECIBIR DE VUELTA INSTRUMENTOS USADOS.	43
6)	REPOSICIÓN SOBRE LA MESADA.	43
V	APERTURA DEL CONSULTORIO PARA COMIENZO DE LA JORNADA, CIERRE AL TÉRMINO DE ELLA.	45

		PAG.
1.)	ATENCIÓN DE LA SALA DE RECEPCIÓN.	45
2.)	ATENCIÓN DEL CONSULTORIO.	46
3.)	CIERRE DEL CONSULTORIO AL TÉRMINO DEL DÍA.	47
VI	EQUIPO ODONTOLÓGICO, SU MANEJO, CUIDADOS.	50
1.)	EL SILLÓN DENTAL.	50
2.)	LA UNIDAD DENTAL.	57
VII	CODIFICACIÓN.	66
VIII	FICHADO CLÍNICO A CUATRO MANOS.	69
IX	ACTUACIÓN DE LA ASISTENTE DENTAL EN PROCEDIMIENTOS PARA ANESTESIA POR INYECCIÓN.	71
X	COLABORACIONES DE LA ASISTENTE DENTAL EN CIRUGÍA BUCAL.	72
1.)	COMO PREPARADORA.	72
2.)	COMO INSTRUMENTADORA.	74
	CONCLUSIONES.	
	BIBLIOGRAFÍA.	

## I OBJETIVOS DE LA UTILIZACION DE LA TECNICA ODONTOLOGICA A CUATRO MANOS.

El objetivo original de las investigaciones y realizadas en el campo de la odontología a cuatro manos fué determinar el efecto de la productividad del dentista con un par de manos adicional al lado del sillón dental todo el tiempo. Se ha demostrado en varios estudios que la productividad del dentista puede aumentarse desde un 33 hasta 78 por 100 utilizando plenamente las habilidades de un ayudante bien capacitado de tiempo completo al lado del sillón.

A principios de la década de los cuarentas, se reconoció que el dentista podría hacer más productivo su tiempo mediante el uso de un par de manos adicional que lo ayudarán en la realización de todos los procedimientos terapéuticos. La investigación realizada por Elein en 1943 demostró que un dentista utilizando una silla dental y un ayudante al lado del sillón, de tiempo completo, podría suministrar tratamiento a 33 por 100 más pacientes que el dentista trabajando solo.

También se demostró que utilizando dos sillones dentales y un ayudante de tiempo completo, el dentista era capaz de proporcionar hasta 63 por 100 más tratamiento y por la utilización de tres sillones dentales y un ayudante de tiempo completo al lado del sillón podría aumentar su capacidad para tratar a los pacientes en 75 por 100.

Los estudios adicionales realizados por Waterman en 1946 determinaron que el dentista podría dar tratamiento a aproximadamente 50 por 100 más pacientes con ayudante dental bien capacitado de tiempo completo a lado del sillón, y con dos ayudantes de tiempo completo a lado del sillón, el dentista podría proporcionar tratamiento a aproximadamente 75 por 100 más de pacientes.

La odontología a cuatro manos es la amalgamación de muchas ideas y conceptos diferentes. Es una forma de vida en la practica dental moderna.

El concepto de odontología a cuatro manos que ha evolucionado como resultado de los estudios mencionados, así como experimentos realizados actualmente en todas las escuelas de odontología de los Estados Unidos de Norteamérica, han demostrado que cuando el dentista utiliza las habilidades de un par de manos adicionales en todos sus procedimientos terapéuticos, aparecen muchos beneficios adicionales.

La odontología a cuatro manos es odontología que se realiza sentado, lo que constituye una forma más fácil de ejercer la odontología. Mediante la utilización de los servicios de un ayudante al lado del sillón bien capacitado y ampliando las técnicas básicas de simplificación del trabajo, el dentista podrá esperar menor fatiga, con mayor productividad y aumento de sus ingresos durante una vida más larga. Por lo tanto, la odontología a cua



tro manos implica más que la simple hábil transfe  
rencia de instrumentos.

Delegando a la asistente las acciones que le  
galmente se pueda, el odontólogo podrá emplear el  
tiempo y esfuerzo que ahorra en mejorar sus técni  
cas operatorias.

1) Elementos Indispensables Para Cualquier  
Sistema de Odontología a Cuatro Manos,

Existen elementos indispensables que necesi-  
tan formar parte de cualquier programa de odonto-  
logía a cuatro manos, Estos son:

A) Planeación de previas citas.

El dentista deberá hacer ciertos preparati-  
vos por anticipado para permitir que la auxiliar:

a) Determine el tiempo necesario para que el  
dentista proporcione tratamiento al paciente

b) Permitir el suficiente tiempo en el opera-  
torio para terminar el tratamiento.

c) Preparar el gabinete para el tratamiento  
previsto en cada cita.

La planeación previa combinada con un siste-  
ma eficaz de citas, constituye la piedra angular  
del sistema de odontología a cuatro manos. Este -  
factor se hace aún más crítico en una practica -  
con auxiliares de mayores responsabilidades, ya -  
que el sistema eficaz de citas controla el elemen

to más valioso de una práctica dental: el tiempo. La planeación previa también determina los patrones de delegación de responsabilidades, o sea, los procedimientos que puedan ser utilizados por cada integrante o integrantes del equipo, permitiendo a cada uno de los miembros del equipo emplear su tiempo con las mayores ventajas.

#### B) Simplificación de la Instrumentación.

El segundo factor fundamental de la odontología a cuatro manos es la simplificación de la instrumentación. Por esto se entiende el análisis cuidadoso de todos los instrumentos empleados, así como el análisis de todos los pasos individuales de un procedimiento determinado. La eliminación del campo operatorio de instrumentos que se usan poco o que no se suelen usar y la eliminación de pasos innecesarios del procedimiento simplifica evidentemente la operación misma.

Los únicos instrumentos o procedimientos conservados absolutamente indispensables para terminar felizmente el tratamiento, conservando, desde luego, la alta calidad acostumbrada.

Evidentemente, la utilización de este concepto básico de odontología a cuatro manos en una práctica de equipo reducirá drásticamente el número de instrumentos o pasos necesarios para la práctica en equipo mencionada, y a la vez reduce los

problemas potenciales encontrados al considerar la capacitación estandarizada de un gran número de miembros de personal del consultorio.

a) Estandarización de los procedimientos operatorios.

El tercer punto fundamental de la odontología a cuatro manos es la estandarización de los procedimientos operatorios. Aunque este elemento es muy importante para la utilización eficaz del ayudante al lado del sillón en el concepto de la odontología a cuatro manos es aún más importante cuando se considera la aplicación de los principios de la odontología a acuatro manos a una práctica con auxiliares de mayor responsabilidad.

La disposición de los instrumentos en un orden predeterminado, así como la utilización de estos instrumentos en un orden estandarizado, permite al auxiliar preveer las necesidades del operador.

Es evidente que los problemas encontrados debido a la falta de estandarización de los procedimientos operatorios se complican cuando se cambian los individuos que fungen como operadores dentro del concepto de una práctica en equipo. Como ejemplo, cuando el dentista haya terminado la parte irreversible de un procedimiento, y el auxiliar de mayor responsabilidad se convierta en operador, es indispensable que se siga un procedimiento operatorio estandarizado. La capacitación del ayudante al

lado del sillón puede entonces ser estandarizada para permitir que este auxiliar ayude al dentista o al auxiliar de mayor responsabilidad en una forma igualmente eficaz.

b) Utilización de bandejas preparadas anticipadamente.

La utilización de bandejas preparadas con instrumentos anticipadamente constituye otro aspecto fundamental de la odontología a cuatro manos. La utilización de bandejas preparadas previamente permite que la sala operatoria dental se convierta en una sala de tratamiento y no en una sala para almacenar los diversos instrumentos y objetos desechables que podrían utilizarse en un procedimiento terapéutico.

Mediante la utilización de bandejas preparadas anticipadamente, los instrumentos y materiales necesarios se disponen antes de la llegada del paciente. A continuación son llevados a la sala en el momento apropiado para permitir que la operación prosiga en forma eficaz. Esto reduce el tiempo perdido mientras la sala de tratamiento se prepara para el siguiente tratamiento.

Las bandejas preparadas anticipadamente proporcionan un medio sencillo y eficaz para la entrega de los instrumentos. El operador siempre tiene los instrumentos des-ados a la mano y el ayudante no se enfrenta a un laberinto sin fin de instrumentos almacenados en un laberinto sin fin

de cajones.

En la practica en equipo, la gran cantidad de personas que participan en los procedimientos terapéuticos hace aún más importante la utilización de bandejas preparadas anticipadamente y estandarizadas. La utilización de bandejas preparadas con anticipación no solamente reduce el número total de instrumentos necesarios para apoyar una operación dental, sino que permite también que individuos con menos capacitación realicen labores tales como lavado y esterilización de instrumentos, así como la colocación de las bandejas en un sitio central antes de ser empleadas en las salas de tratamiento dental. Esto permite mayor tiempo para el tratamiento del paciente en cada habitación disponible para la práctica en equipo.

## 2) Aptitudes que Deben Desarrollar el Dentista y el Auxiliar.

Es fundamental entrenarse psicológicamente para cultivar una actitud de autocrítica. Si se está mansamente conforme con lo que se hace, el medio como se lo hace y los resultados que se vienen logrando, poco camino queda para un perfeccionamiento.

El ayudante colaborará inteligentemente al respecto si, además de obedecer pasivamente las ordenes que recibe, aporta su experiencia sugiriendo cambios de ubicación de instrumentos, mue-

bles, materiales o poniendo medidas que signifiquen perfeccionamiento en el rendimiento laboral.

Hoffman expresa: " se requiera paciencia y perseverancia cuando se pretende un cambio radical ". La técnica odontológica a cuatro manos exige estas dos aptitudes, puesto que la integración de un equipo armónico demanda tiempo y dedicación no lográndose de la noche a la mañana.

El odontólogo debe definirle claramente a su colaborador sus normas y procedimientos . Es ideal que se redacte en un " Manual de Normas y Procedimientos de este Consultorio ", servirá de consulta también para futuros colaboradores que se pudiera tener. Y se dejaría en el manual suficiente espacio en blanco como para ir agregando indicaciones a medida que las dicten la experiencia y nuevos conocimientos adquiridos.

### 3) Condiciones que Favorecen La Aplicación de la Técnica a Cuatro Manos. Factores que la Dificultan o Imposibilitan.

Es tontería afirmar que para que sea posible en un consultorio aplicar a fondo la técnica a cuatro manos deben trabajar en él por lo menos 6 manos. Es que, para que las dos manos del ayudante trabajen simultánea y sincronizadamente con las del operador, el ayudante no deberá moverse de junto al sillón mientras el operador trabaje.

La recepción del proximo paciente o visitadores, etc., debe estar entonces a cargo de otra persona. Lo mismo sucede con la atención del teléfono o con el cúmulo de movimientos laborales que corresponden a la que se denomina actualmente "asistente preparadora": búsqueda de fichas, radiografías, trabajos protéticos, limpieza mecánica de instrumentos o implementos utilizados; manejo de la esterilización; procesado de radiografías durante un tratamiento; apertura de cajas nuevas de materiales que se requieran para uso inmediato, etc.

La "asistente volante" o "asistente de la asistente" es, entonces, la que, trabajando alrededor del sillón o pudiendo alejarse de éste, posibilita a la asistente el logro del ideal: que luego de haber colaborado activamente en cada fase del tratamiento se levante, si dispone de su propio banquillo, o se retire de junto al sillón al tiempo que lo hace el operador al término de la sesión.

No contando con esta organización de trabajo y disponiendo de una sola asistente que "a veces" puede hacerle de instrumentadora, todavía puede el odontólogo recuperar parte de la posibilidad si:

A) Trabaja por el sistema de horas convenidas y asigna juiciosamente sesiones largas de media duración citando pocos pacientes para que el ritmo de concurrencia o tráfico de pacientes disminuya razonablemente la obligación de atender la puerta de entrada al consultorio.

B) Así mismo será racional adoptar una norma en la atención al teléfono, acostumbrando a los pa

cientes a comunicarse al consultorio dentro de -  
cierto horario, salvo emergencias claro está; así  
se aminora la cantidad de veces que la instrumen-  
tadora deba abandonar su puesto para ir a atender  
el teléfono.



## II DEBERES DE LA INSTRUMENTADORA JUNTO AL SILLON DENTAL.

Sus principales deberes son:

Preparar al paciente para el acto de trabajo.

Ubicarlo de acuerdo con sus características (edad, estatura, etc.) y la zona por intervenir.

Contribuir en todo momento oportuno a la "anestesia spiquica" del paciente.

Disponer sobre la mesa operatoria los instrumentos y elementos que usará el operador, según el acto operatorio que se llevará a cabo.

Hacer eso mismo en su propia mesa operatoria con los elementos que deberá manipular para asistir al dentista.

Hacer cercar todo el material para usar sin que falte ningún elemento.

Debe ser necesario montar las radiografías del caso en el negatoscopio y lo pondrá en funcionamiento .

Colaborará en las maniobras para la anestesia por inyección.

Iluminará el área bucal con la lámpara y lo

reenfocará tantas veces como sea necesario.

Asistirá en el aislamiento relativo o absoluto del campo operatorio.

Ayudará para que el operador tenga buena visibilidad y acceso al área de trabajo.

Montará y desmontará la pieza de mano y contrángulo, fresas, piedras, mandriles y discos en el torno convencional y las turbinas.

Manejará el eyector de alta velocidad si se dispone de él.

Asistirá en la eliminación de los dendritos del fresado mediante la proyección de aire con la jeringa triple de la unidad.

Tendrá a su cargo el paso y traspaso de instrumentos.

Preparará los materiales que le indique el operador.

Vigilará y proveerá a la comodidad del pa---ciente durante su atención.

Colaborará en el retiro de los elementos utilizados para el aislamiento del campo.

Facilitará, al término de la sesión, la desocupación del sillón y la salida del paciente.

Despejará la mesa operatoria retirando los - instrumentos usados, materiales y huellas dejadas por los mismos.

Ahora expondré por separado los diferentes - quehaceres que caracterizan la labor de una ins-- trumentadora eficiente.

1) Preparación del Paciente Para el Acto de Trabajo.

Primero veremos el caso de un paciente que - concurre por primera vez al consultorio. Por con-- siguiente, ignora las normas usuales en éste, to-- cándole así a las asistentes dentales, familiari-- zarle con las mismas. En este caso:

A) Le invitará a entrar en el consultorio in dicándole donde dejar sus efectos personales, pre ferentemente sobre una silla o mesita al alcance de su mirada. A los ancianos, criaturas o gente - con algún impedimento físico, les ayudará en este sentido al entrar en el consultorio, así como también al despedirse.

B) Le indicará el recorrido para que tome a-- siento (habitualmente por la izquierda del sillón), apartándole del camino posibles obstáculos, como - puede ser la mesa auxiliar, pieza de mano y brazo flexible del torno, lámpara, etc.

C) Una vez sentado el paciente pondrá esos - mismos elementos en posición de trabajo y lo ubi-- cará en el sillón según corresponda.

D) Con rápidos movimientos efectuará la anti-sepsia del área de trabajo mediante gasa o algodón embebidos en alcohol, repa-ando la cara superior y bordes de la mesa auxiliar, los picos de las jerin gas para aire y agua y de los frascos atomizadores con sus respectivas palancas atomizadoras, así como las vainas de la pieza o piezas de mano y con--trángulo.

E) Colocará al paciente un babero y, si se trata de una dama se le proporcionará un pañuelo -desechable invitandola amablemente a retirarse el rubor y, en caso necesario,, insistiéndole suave pero firmemente para que sea todo el rubor.

F) Cambiará el vaso utilizado en el portava--sos por uno nuevo. Es conveniente que el paciente observe que se desecha el vaso utilizado, y que se le cambie por uno nuevo para él, cargándolo con -agua adicionada con unas gotas de un agradable en--juague bucal.

G) Si se trata de un portador de prótesis re-movible le indicará retirársela, dándole un reci--piente con agua aromatizada para dejarla sumergida ahí durante la sesión, recogiéndola, con agradable sabor al termino de la misma.

H) Sobre la platina de la mesa auxiliar ubica rá en orden de uso, estéticamente, el instrumental o implementos que, en el caso de el paciente, servirán para su examen clínico: espejo bucal, pinza algodонера, exploradores de varias formas en su -

parte activa, rollos de algodón, hilo de seda dental y montará una boquilla en el eyctor para saliva.

Todos los movimientos que acabo de enumerar deben efectuarse con rapidéz y seguridad. La experiencia y aptitudes personales irán confi---riendo velocidad de procedimientos.

Es ideal sincronizar todos estos movimientos de manera tal que, al terminar el operador de lavar y secar sus manos, su colaboradora haya terminado todos los preliminares y se encuentre lista junto al sillón para continuar asistiendo-lo.

1) Tratándose de un examen clínico, el profesional dictará sus hallazgos y su colaboradora irá anotandolos en la ficha individual abierta para ese paciente.

## 2) Ubicando al Paciente.

El adiestramiento técnico de una asistente dental la lleva a dominar todos los movimientos que puede rendir un sillón dental. Sobre la base de éstos es que va a ubicar al paciente de acuerdo con su edad, estatura, características anatómicas o patológicas (cifosis, etc.) y según la zona donde se va a intervenir.

### 3) Anestesia Psíquica del Paciente.

Tranquilizar al paciente de tipo aprehensivo es un objetivo permanente, tanto para el operador como para su ayudante. Nadie mejor que el ayudante, para sedar al paciente.

Una sonrisa y gesto animadores, una palabra calmosa, una mano cálida que se apoya sobre su hombro de un paciente afectado de dentofobia comunicándole la seguridad que no tiene, son ayudas invalorable en este sentido. Aquí cuenta el coeficiente natural del ayudante, pero hay que destacar que el cultivo que haga voluntariamente perfeccionará notablemente su empleo de las formas sedantes del lenguaje. Las palabras logran a veces resultados espectaculares. La ayudante evitará la mención de palabras como son: dolor, inyección, etc.

Forma parte del mencionado adiestramiento técnico acostumbrarse a no provocar ruidos de instrumentos cayendo o entrechocándose o no tacalear al caminar (será preferible usar zapatos -- con tacones de goma), o no cerrar con fuerza la puerta o cajones del mueble auxiliar.

Música funcional suave y adecuada a los posibles gustos del paciente contribuyen también a la creación de un clima psicológico conveniente.

#### 4) Afrontamiento del Instrumental y Elementos por Usar.

Para una colaboración precisa y ágil, la instrumentadora debe familiarizarse con los instrumentos, implementos y materiales que el dentista utiliza para cada tipo de tratamiento. Le bastará entonces al dentista decir, por ejemplo, amalgama una porción; impresión con anillo de cobre; cepillado dental; etc., para que sin más trámites la ayudante disponga sobre la charola de trabajo todo lo requerido para ese acto odontológico.

Dichos elementos los alineará preferentemente siempre del mismo modo, lo que favorece su búsqueda por automatización de movimientos. Y cada vez que el operador utilice un instrumento y lo abandone luego sobre la charola, la instrumentadora lo reubicará estéticamente en su sitio.

Los instrumentos por usar en primer término figurarán a la izquierda; los últimos, a la derecha.

Conviene que el dentista anote en su "Manual de Normas para el Consultorio", como quiere que su asistente seleccione y disponga el instrumental y demás elementos de trabajo.

Pero no es solamente el odontólogo quien maneja instrumentos y elementos; hay algunos que corresponde a la asistente dental y los debe ubicar en su propia charola y en el mismo orden ya men-

cionado.

5) Elementos por Afrontar para los Distintos Materiales Dentales.

Una ayudante eficaz memoriza perfectamente todos los elementos e instrumentos requeridos para cada material que deba usarse. También conviene que esto figure escrito en el manual, para su mejor referencia y para rápida consulta por nuevos asistentes que algún día trabajen en el consultorio.

6) Montaje de Radiografías en el Negatoscopio.

Adiestrada en el reconocimiento del maxilar y lado al que pertenece una radiografía, la asistente dental la montará orientada como corresponde. Conectará el aparato cuando lo necesite el odontólogo.

7) Anestesia por Inyección.

Una conquista del trabajo moderno en consultorios dentales es la adopción mayor cada vez del uso intensivo de la anestesia por inyección. La importancia de este punto me obliga a tratarla más a fondo por separado.



#### 8) Iluminación del Area Operatoria.

El encendido de la lámpara y su ubicación a modo de iluminar correctamente el área operatoria estará a cargo de la asistente dental. El operador le indicará el diente que deba enfocar. Y en casos de movimientos del paciente la asistente reenfocará la luz. O a veces aportará luz adicional con una linterna de bolsillo o, si se cuenta con ello, recurrirá a los dispositivos que actualmente se fabrican para llevar la luz hasta el interior de la boca por medio de fibra óptica o material similar.

#### 9) Asistencia en el Aislamiento del Campo Operatorio.

Hay tendencia en la odontología moderna a -- realizar las intervenciones en operatoria dental, en procedimientos endodónticos, haciendo aisla--- miento absoluto del campo operatorio. En dicha - técnica, así como también en el aislamiento relativo, colabora la asistente

#### 10) Visibilidad y Acceso al Area Operatoria.

La lengua, por un lado, y la musculatura de los labios, comisuras y carrillos del paciente por otro, dificultan la labor del dentista, especialmente en el paciente temeroso estos elementos

anatómicos representan armas de defensa que en definitiva dificultan u obstaculizan la visibilidad y el acceso al área operatoria. La premedicación con tranquilizantes y el uso intensivo de la anestesia por inyección suelen ser suficientemente relajantes, obviando en buena proporción estos inconvenientes.

Pero es básica la colaboración de la asistente dental, separando el área de esos elementos anatómicos mediante un espejo bucal, los dedos perfectamente limpios o un separador de Farabeuf e instrumentos similares maniobrándolos con firmeza aunque suavemente a fin de no lastimar o provocar reflejos; en tal sentido es preciso observar lo que se hace, donde se hace y controlar la fuerza muscular en acción.

El instrumento que se use con este fin no deberá interponerse con la visión del operador. Si éste trabaja en la zona inferior izquierda del paciente, el asistente separará la comisura o el carrillo, mientras el operador aparta con su mano izquierda la lengua en sentido opuesto mediante el espejo bucal, manejando la pieza de mano u otro instrumento con la derecha.

Si se tratara de la zona inferior derecha del paciente, el operador separará la comisura o carrillo, mientras la asistente aparta en sentido opuesto la lengua.

11) Montaje del Instrumental Cortante Rotatorio.

Ahorra considerablemente tiempo y movimientos delegar a la asistente el montaje y desmontaje de pieza de mano, contrángulo, fresas, piedras. etc., la importancia de su quehacer en este sentido es básica para el buen funcionamiento del consultorio.

12) Manejo del Eyector de Alta Velocidad.

Trabajando con superalta velocidad se hace indispensable una abundante refrigeración acuosa que converja sobre el extremo activo del instrumento rotatorio.

El eyector de lasiva carece de fuerza aspiradora como para la rápida evacuación del agua y aire que así se acumula en la boca, lo que obligaría a frecuentes interrupciones del trabajo para permitir que aquél dé abasto o para actos de salivación y enjuagues que representan tiempos de demora improductivos.

No se trata de evacuar agua y saliva solamente; sangre, detritos de los tejidos duros fresados y a veces partículas sólidas proyectadas por la fresa al girar, como los que pueden ser provenientes de una amalgama que se debe remover; hacen necesario contar con un equipo para evacuación energética de todo este material que, de otro modo, que-

dá flotando en el ambiente contaminándolo y causando inconvenientes para la salud del operador e instrumentista, que pasan tantas horas en el consultorio.

Si el diente donde se trabaje es aislado con dique de goma, se disminuye el riesgo de salpicaduras como las antes mencionadas.

El manejo continuo de la cánula del eyector arrimada por la instrumentista junto al lugar donde se origina el rocío refrigerante es una muy importante contribución de la instrumentadora para la comodidad operatoria del odontólogo y para el logro de un buen ritmo de trabajo ahorrando innecesarias demoras.

La instrumentista pondrá cuidado por supuesto, durante esta maniobra, de no estorbar la visibilidad que el operador debe tener del área operatoria.

### 13) Remoción de Residuos del Fresado.

El fresado del diente cuando se trabaja con la pieza de mano convencional origina residuos - que perjudican el corte de los tejidos, aumentando el calor por fricción y disminuyendo la visibilidad del campo operatorio.

La asistente colaborará en la remoción de di

chos residuos, apelando a proyecciones de aire provenientes de la jeringa triple de la unidad dental o de la pera de goma. Cuidará de no hacerlo brúscamente, para no traumatizar al paciente.

Es preferible varias proyecciones suaves intermitentemente. Y si por alguna razón se está trabajando sin anestesia previa, se cuidará de entibiarse el aire proyectado sobre el diente sensible, recogiénolo a través de una lamparilla de alcohol o un Bunsen; de esta manera no se provocará dolor,

#### 14) Vigilancia de la Comodidad del Paciente.

Pequeñas correcciones del cabezal o el respaldo suelen lograr que el paciente se encuentre más cómodo en el sillón dental, objetivo de importancia sobre todo tratándose de sesiones largas o laboriosas; la ayudante lo tomará en cuenta y sugerirá al operador el cambio, procediendo a efectuarlo si éste da su consentimiento.

Vigilará que la luz de la lámpara no encandile al paciente, desconectándola en momentos en que el operador no la necesite.

Centrará el babero si al enjuagarse la boca el paciente se hubiera descolocado. En época de frío cuidará de que la cadenita del sostenedor de baberos no moleste en el cuello del paciente.

Durante los minutos de espera obligada por -  
fraguado de un cemento o la gelificación de un si-  
licato, etc., la ayudante ofrecerá una revista al  
paciente para que se entretenga.

Antes de una impresión con alginato, pasta -  
zinquenólica, etc., la asistente untará delicada-  
mente labios y comisuras del paciente con alguna  
crema de base emoliente que proteja su mucosa y -  
piel. Esto es muy importante que se haga sobre to-  
do cuando se colocará el dique de hule.

Y así sucesivamente hay muchas atenciones pe-  
queñas que en conjunto generan comodidad para el  
paciente, ganando amigos para el consultorio; una  
asistente dental experta y humanitaria en el de--  
sempeño de sus funciones tiene aquí abierto un -  
campo prácticamente ilimitado para su mejor desen-  
volvimiento.

#### 15) Retiro del Aislamiento del Campo Operato- rio.

El operador indicará "retiro del aislamiento":  
la asistente arrimará el vaso para desperdicios -  
para que con el menor desplazamiento posible vier-  
ta allí los rollos de algodón que retira de la bo-  
ca del paciente.

Terminado ésto, la asistente retira suavemen-  
te de la boca la boquilla del eyector rompiendo el

hilo de saliva que suele adherirsele, con un movimiento rnido, o con un instrumento para que no caiga sobre la cara del paciente o sobre su ropa.

Si se empleó aislamiento absoluto, la asistente dental alcanza una tijerita para corte de la ligadura con hilo dental (si se us), y tras la remoción del hilo, le alcanza el portagrapas para retiro de la grapa a la que recoge en una bandeja, así como también la goma dique desprendida. Sigue luego el retiro del evector como se indicó, e invita al paciente a enjuagarse la boca.

#### 16) Salida del Paciente.

Terminada la sesión y para facilitar la desocupación del sillón, la asistente dental separará la mesa auxiliar, lámpara bucal y brazo del torno abriéndole camino al paciente. El retiro del habec conviene dejarlo para el final, pudiendo secarse los labios. No se dejará salir al paciente con huellas de trabajo sobre su cara (sangre, alginate etc.).

#### 17) Despeje de la Mesada de Trabajo.

El paciente proximo no debe ver señales de trabajos efectuados antes: la fresa, piedra, mandril. deberán ser desmontados. El instrumental utilizado se habrá retirado totalmente, la boqui-

lla del eyector habrá sido purgada absorbiendo agua para arrastrar la mucina de la saliva, antes de ir a limpieza y esterilización. Si se usan vasos desechables conviene dejar el usado; cuando entra el proximo paciente, entonces la asistente lo desecha, cambiandolo por uno nuevo a la vista del siguiente paciente.

Es práctico para el despeje disponer de una bandeja suficientemente amplia y profunda forrada en su fondo a fin de atenuar ruidos, donde se ubicarán los instrumentos o implementos usados. Algunos autores sugieren disponer de dos opalinas para la mesa auxiliar, de modo que, al término de la sesión, con un solo movimiento se retira la opalina con todo su contenido, reemplazándola con la otra; alegan que se trata del sistema más rápido para el cambio.

Algo similar a lo que se origina cuando se trabaja con el sistema de bandejas preparadas, cada una de las cuales contiene todo lo necesario para el acto para el cual está destinada. Al término de la sesión, la asistente retira la bandeja.

Es importante retirar los residuos que puedan haber caído al suelo, y por supuesto con más razón si se tratara de manchas de sangre. Así mismo se retirarán todas las huellas que queden en la escupidera, sillón, etc.



Al término de la sesión de trabajo, la asistente no debe quedarse escuchando lo que el paciente desee en ese momento decir. No ha de estimular la parlería del paciente y menos aún la propia. Actitudes o gestos que propicien la labia de ciertas gentes resultan antieconómicas. Es importante que el tránsito de pacientes sea todo lo ágil posible, sin caer tampoco en la descortesía.

Siempre se asentará en la ficha lo efectuado en cada sesión, lo que el paciente adeuda y el importe que deja a cuenta o el pago del saldo; de haber una secretaria o escritorio anexo, es buena medida conducir allí al paciente para tales anotaciones.

### III AREAS FUNCIONALES DE DESENVOLVIMIENTO EN EL CONSULTORIO. SU ORGANIZACION RACIONAL.

Desde un punto de vista funcional, se diferencian 4 áreas de desenvolvimiento de tareas en el consultorio:

- 1) Area o zona del operador.
- 2) Area o zona de la instrumentadora.
- 3) Area compartida.
- 4) Area de la preparadora.

Organizarlas es una de las claves para racionalizar el trabajo profesional. Para lograr este objetivo hay que combatir la acentuada tendencia a adquirir rutinas laborales, incluso agudamente ilógicas, pero que persisten por no encarar auto-críticas y esfuerzo conscientes que lleven a reemplazarlas.

#### 1) Definición de las Areas.

##### A) Area o zona de influencia del operador.

Es el espacio funcional donde se desplaza el odontólogo al trabajar junto al sillón. Zona amplia, antiguamente, cuando se estilaban salas de considerables dimensiones para instalar el consultorio, obligando al profesional a grandes desplazamientos; en la actualidad se le reduce, no solamente porque se eligen las habitaciones menores, sino porque se considera racional que todo esté al alcance de modo que sean los elementos de trabajo quienes "viajen" hacia el operador en vez de tener que ir éste hacia

aquéllos.

B) Area o zona de influencia de la instrumentadora.

Es el espacio al alcance de sus manos mientras ocupa su lugar permanente de trabajo a la izquierda del sillón.

C) Area compartida.

Es la zona limítrofe entre las dos anteriores, habiendo una faja de territorio funcional que ambos pueden compartir.

D) Area de la preparadora.

La aplicación del 100% de la técnica de cuatro manos exige que una "asistente volante" libere a la instrumentadora de las tareas que le demanden aljarse del sillón mientras el operador trabaja.

El terreno donde se desplaza esa asistente dental para ir hacia ficheros, puerta de calle, atención del teléfono, procesado en el cuarto oscuro, etc., es el área de la preparadora.

2) Requisitos que deben llenar Areas Organizadas.

A) Permitirán la ubicación racional de muebles, aparatos, instrumentos, materiales, medicamentos, etc., con una disposición tal que su manipulación demande el menor tiempo, movimiento y esfuerzo.

B) No estarán apiñados en modo que causen sensación de encierro considerablemente fatigante y- que psicológicamente impresione en forma desfavorable.

C) Evitarán interferencias conflictivas entre operador e instrumentista por tener que invadir el una la zona jurisdiccional del otro.

D) Permitirán la circulación cómoda dentro - del consultorio.

E) Eliminarán la exhibición ofensiva de aparatos, instrumentos, etc., al permitir el despeje de los mismos en moemntos en que no se les use.

### 3) Estudios de Métodos.

La organización racional de las áreas funcionales de desenvolvimiento en el consultorio requiere una permanente actitud investigadora. Una contribución valiosa en este sentido la brinda el estudio de métodos. "El estudio de métodos es el - registro, análisis y examen crítico, sistemáticos de los modos existentes y propuestos de llevar a cabo un trabajo, así como el desarrollo y aplicación de métodos más sencillos y eficaces".

Este estudio de métodos aporta un sistema apropiado de interrogantes como ayuda básica para que el organizador de un trabajo pueda analizar - con precisión sus fundamentos lógicos a fin de - perfeccionarlo.

La O.I.T. propone cinco series de interrogantes didácticos referidos a estos cinco puntos:

- El propósito que se persigue.
- El lugar.
- La sucesión o secuencia.
- La persona a cargo de la tarea.
- Los medios arbitrados para cumplirla.

A continuación describiré cada uno de los puntos citados.

- Examen del propósito:
  - ¿Qué se hace?
  - ¿Por qué se hace,
  - ¿Qué otra cosa podría hacerse?
  - ¿Qué debería hacerse?
  
- Para cuestionar el lugar:
  - ¿Dónde se hace?
  - ¿Por qué se hace allí?
  - ¿En qué otro lugar podría hacerse?
  - ¿Dónde debería hacerse?
  
- Para examen de la sucesión o secuencia.
  - ¿Cuándo se hace?
  - ¿Por qué se hace entonces?
  - ¿Cuándo podría hacerse?
  - ¿Cuándo debería hacerse?
  
- Para investigar la persona a cargo de la tarea.

¿Quién lo hace?

¿Por qué lo hace esa persona?

¿Qué otra persona podría hacerlo?

¿Quién debería hacerlo?

- Para examen de los medios arbitrarios.

¿Cómo se hace?

¿Por qué se hace de ese modo?

¿De qué otro modo podría hacerse?

¿Cómo debería hacerse?

La aplicación de este sistema de preguntas - al modo cómo se desenvuelven los movimientos laborales, la recepción de pacientes, los aspectos administrativos-económicos, el sitio de cada cosa, - etc., permitirá evadirse de la conducta automáti-ca, rutinaria, reemplazándola por la actitud autocrítica de cada uno de los miembros de un equipo-separadamente y como conjunto.

Cambios, grandes y pequeños, surgen tras in-teligentes estudios de métodos para el trabajo. - Odontólogos que el término de una sesión de restau-raciones acostumbraron por años a retirar de la - boca la boquilla del eyector personalmente a pe - sar de contar con una asistente dental, aplicando el "quién lo hace" y el "cómo se hace", llegaron a esta decisión: ese movimiento debe delegarlo. -

Este sencillo ejemplo, multiplicado por la - cantidad de aspectos en que el crítico de su pro-pio modo de trabajar quiera desarrollar la técni-ca, origina innumerable cantidad de cambios.

Gradualmente, todo el modo de ejercer entra en el estudio. La manera de esterilizar; la ubicación de instrumentos, medicamentos, ficheros, teléfono, materiales; la preparación del paciente para la sesión de trabajo; el lugar para negatoscopio; el sitio ideal para el receptáculo de las gasas usadas durante una intervención quirúrgica; el lugar más indicado para los elementos para restauración con amalgamas; la simplificación de las maniobras para procesado de las películas radiográficas; cómo tener proporcionada la aleación de modo de no perder tiempo durante la sesión. Todo cuanto se realiza y se vive diariamente en el consultorio deberá ser objeto del análisis conjunto del equipo operatorio en la búsqueda de mejores modos de llevarlo a cabo.

Planteos de esta naturaleza han dado lugar a cambios profundos rompiendo tradiciones o hábitos de vieja data. Por ejemplo, la columna de la unidad dental, que siempre fué algo infaltable, hoy se tiende a suprimirla, ganándose valioso espacio simplificando el equipo que el paciente ve al entrar al consultorio. Otro: en la búsqueda de maneras para simplificar el mobiliario del consultorio, un día surgió la idea de aprovechar el cielo raso como soporte para el eyector bucal, pudiendo así tenerlo más al alcance del operador y la instrumentadora.

Un autor aconseja incluso señalar en la agenda, de tanto en tanto, horas en blanco en cuyo

lapso no se atenderá pasientes, sirviendo en cambio para el equipo [odontólogo, asistente, mecánico dental] intercambien comentarios sobre el modo como se desvuelven las labores; califica de "horas altamente productivas" a este tiempo dedicado a autocrítica y toma de decisiones para el cambio.

#### 4) Tráfico Conflictual.

Cuando al moverse operador, instrumentadora y asistente de tal, invade uno el area de los demás, se dice que hay " tráfico conflictual", por lo que se traduce por tiempos de demora, perjudicándose la actividad del trabajo. Es entonces un objetivo importante detectar el tráfico conflictual, reemplazándolo por un tráfico racional.

Un solo ejemplo traducirá el concepto: fué clásico que en el consultorio hubiera una sola pileta como lavamanos, y durante muchos años no se mencionó otra posibilidad. En la actualidad, para evitar que el asistente dental tenga que esperar a que el operador termine de lavarse sus manos para sólo entonces utilizar el lavamanos, o viceversa, se propugna la existencia de dos lavamanos ubicados cada uno en la zona respectiva del operador y la asistente.

#### 5) Toma de Decisiones.

Las que se toman ayudan a completar cambios superando tránsitos de tipo conflictivo. Tal es -



el caso del odontólogo que acostumbró durante mucho años ir hasta el teléfono respondiendo a requerimientos de pacientes u otras personas que le llamaran durante la consulta, teniendo naturalmente que salir de su lugar de trabajo, invadir áreas ajenas, repitiendo lavado de manos, etc. Un día decidió organizarse en este sentido y volver a ser dueño de sus acciones: estableció como norma inamovible que solamente en casos excepcionales abandonaría su lugar de trabajo mientras atendía.

Informó a sus pacientes que los pedidos de cambios de hora, etc., podían hacerlos durante determinadas horas. Y a quienes llamaban durante la jornada, se les tomaba su número telefónico, para que fuera el profesional quien los llamara en el momento oportuno, siempre al término de la sesión y no a mitad de la misma.

El profesional inteligente instará a su colaboradora para que se adopte una sana actitud crítica de cuanto se hace proponiendo cambios cuando sea visible un espacio de perfeccionamiento. Para concretarlos será útil recordar el consejo de --- Kilpatrick: "evolución, no revolución."

#### 6) Zona Compartida.

También fué clásico durante muchos años ubicar el mueble auxiliar contra la pared derecha del consultorio, a espaldas del operador, obligándolo a torcerse, y girar innumerables veces al día, con el agravante de que el asistente dental debía in

vadir francamente la zona del operador para retirar de ese mueble o recolocar en él instrumentos o materiales.

Posteriormente se llegó a la etapa del "mueble compartido", colocandose en modo que una parte estuviera dentro del área del operador y otra dentro de la zona de la instrumentadora, repartiéndose en cada una los elementos que cada cual manipulará. Evidentemente, una concepción mucho más racional.

En la actualidad se tiende a que cada uno posea su propio mueble, pequeño, rodante, tipo consola, funcional, que al término de la atención del paciente regresan a su sitio contra la pared, agilizando el tránsito circulatorio. En ellos se montan elementos que estuvieron clásicamente fijados a la unidad dental: torno dental, turbina neumática, reflector bucal, jeringas triple o para aire y agua, aspirador de alto vacío, etc.

Se busca activamente la simplificación del mobiliaje en el consultorio suprimiendo la columna fija de la unidad dental. Todo esto ha sido resultado del creciente desarrollo de la conciencia crítica por oposición al trabajo automático, rutinario, siempre igual a sí mismo, rémora indudable para el progreso.

7) Ganancias de Tiempo sobre la Base de la Racionalización del Trabajo.

A) Delegar a la asistente dental la preparación del paciente para un acto de trabajo le ahorra al operador un promedio de 60 segundos (colocarle babero, vaso para enjuagarse, búsqueda de ficha, etc.).

B) Tener las jeringas cargadas con anestésico y utilizar agujas desechables ahorra unos 20 segundos.

C) Que el cambio de freses o piedras lo haga la instrumentadora ahorra unos 20 segundos por cada cambio. Y que ella proyecte aire con la jeringa, limpiando los residuos del fresado, ahorra --nos 20 segundos por cada vez que lo hubiera hecho el operador.

D) Utilizar instrumental de doble extremo que provea con cada uno una doble posibilidad de empleo (condensadore, exploradores, talladores, cucharillas, etc.), representa, en su conjunto, alrededor de 30 segundos de ahorro total en una sesión de operatoria.

E) Cuando se toman impresiones con alginato-el apronte de todos los elementos que se requieren limpiándolos luego para volverlos a su lugar, son maniobras que insumen de 3 a 4 minutos si las hace el profesional solo. Con mercaptano o silicona, el cálculo es de unos 4 minutos.

## IV LEYES DE TRASPASO DE INSTRUMENTOS

### Concepto:

Una instrumentador experta dominará lo que - Jorge French llamó "Leyes de Traspaso de Instrumentos". Ellas enuncian los postulados racionales de la transferencia de instrumentos junto al sillón. Dichos postulados se refieren:

- Al modo como la instrumentadora levanta de la mesa operatoria los diferentes tipos de instrumentos.
- Cómo los debe entregar.
- Cuándo entregarlos.
- Cómo ha de recibirlos de vuelta.
- La manera de reponerlos en la mesada.

### 1) El Uso de Ambas Manos.

Aquí, más aún que en las demás áreas de la asistencia que brinda el profesional, se pone de manifiesto la importancia de que nuestra colaboradora sea ambidiestra. Que esté adiestrada en el uso coordinado y simultáneo de sus dos manos.

Este entrenamiento abarcará especialmente la búsqueda de capacitación de la mano izquierda, habitualmente la menos apta para asir y manejar los instrumentos. Requiere ejercicios de adiestramiento independientemente de los dedos de cada mano, especialmente el cuarto y quinto dedos, por ser los naturalmente más débiles.

Puede decirse que el objetivo es similar al del aspirante a convertirse en un excelente pianista, para lo cual debe ejercitarse para adquirir igual destreza en sus diez dedos. El traspaso de instrumentos exige que dos dedos de la mano derecha de la instrumentadora entreguen un instrumento mientras otros dos dedos de esa misma mano recogen el que el operador devuelve para su reemplazo.

Tal entrenamiento debe realizarlo la instrumentadora. Obviamente fuera del horario de trabajo.

## 2) Manera de Levantar Instrumentos de la Mesa da.

A menos que la instrumentadora sea zurda, los levantará con su mano derecha, firmemente, con seguridad.

Los instrumentos o elementos que deben montarse o armarse para ser manejados, los levantará para entregarlos ya en condiciones para uso inmediato. Ejemplos: preguntará al operador qué grapas usará para aislamiento absoluto y las montará en el portagrapas. Si el operador utilizará un portamatriz de Ivory, montará la matriz que corresponda, en la dirección que corresponda según que la cavidad por restaurar sea mesioclusal o distoclusal. La aguja para cosido quirúrgico la montará en la pinza portaguja. La punta Morse la montará en el mango Morse, luego de preguntarle al operador si u

sará la No. 0, 00 u otro número. El papel para articular lo colocará en algún "clip" o pinza portadora para evitar que el operador ensucie con él - sus manos; y así sucesivamente.

### 3) Cómo deben Entregarse los Instrumentos.

La instrumentadora entregará instrumentos - con su mano derecha ubicándolos en la mano del cirujano de modo que éste no necesite recolocarlos para su uso.

Aquellos instrumentos cuya observación pueda generar acufobia como, por ejemplo, un bisturf, - explorador, aguja montada en jeringa para inyecciones, etc., serán entregados de modo que el paciente no los vea.

Es ideal que el operador no aparte su vista - del campo operatorio para seleccionar un instrumento en la mesada o para verificar qué le entrega - su colaboradora; ésta debe colocárselo en su mano, no soltandolo hasta sentir que lo aprehendió con seguridad.

La manera de entregárselo varfa según el tipo de instrumento, por élllo la instrumentadora debe - diferenciar:

- Los instrumentos que se entregan para ser tomados como bolígrafo (pieza de mano al fresar un diente, explorador, cucharilla de Black, - bisturf, atacadores, etc.).

- Los que se entregan para toma palmar -

( pinzas para extracciones, jeringas tipo Carpule, cubetas para impresiones, cuchillo para recortar yeso, pinza gubia, etc.).

Si le ordenan entregar una torunda de algodón, la instrumentadora la cederá manteniéndola tomada cerrada hasta el operador para que pueda estirla apretando sus manos de modo que no se zafe la torunda. Los mordientes de la pinza deben apuntar en la dirección que corresponda según que la zona de trabajo esté en el maxilar superior o inferior.

Si de lo que se trata es de presentar un medicamento que pidió el operador (eugenol, creosota, -neogrove, mertiolate, etc.), ha de entregárselo de modo particular como lo requiere cada uno: goteándolo sobre una torunda de algodón que le presente el operador; vertiendo unas gotas en un vaso Dappen; invirtiendo sucesivas veces el frasco con tapa de vidrio esmerilado, para finalmente ofrecer el tapón humedecido, etc.

Al ubicar en la mano del operador el instrumento ordenado por éste, lo hará con el extremo activo orientado hacia el diente en cuestión. Además, con una suave presión transmitida con el instrumento avisará al operador que va a soltarlo.

Los instrumentos con ojales para ser manipulados con los dedos índice y pulgar (tijeras para metales y quirúrgicas, pinzas de Péan, Kocher, portaguas, etc.), serán entregados de modo que alcancen

a ellos los dedos del operador, no soltándolos hasta sentir que éste los asió con seguridad. Se entiende que para entregar instrumental manipulado durante intervenciones quirúrgicas efectuadas con rigurosas condiciones de asepsia, las manos de la instrumentadora estarán protegidas con guantes esterilizados, eliminando así riesgos de contaminación.

La jeringa tipo Carpule será entregada dejando espacio suficiente como para que los dedos índice y medio del operador calcen en sus aletas laterales y el pulgar asiente adecuadamente sobre el pulsor de su émbolo, tras lo cual la instrumentadora retirará el canuto de gasa que recubre su aguja.

Como regla general digamos finalmente que al entregar un instrumento, la instrumentadora lo asirá cerca del cuello del mismo, dejando así libre una amplia superficie del mango para que el operador lo tome y asegure con comodidad.

#### 4) Cuándo han de Entregarse.

Si bien la práctica, gran maestra siempre, va aleccionando paulatinamente a la instrumentadora sobre la secuencia con que el profesional ordena sus procedimientos habituales de trabajo y siendo además bueno y deseable que aprenda a anticiparse discretamente a las órdenes, hay que señalar empero que no ha de ser tan rápida para anticiparse -



que entregue algo que no es lo que el operador le pidió o necesita. Podría decirse similitud que aquí - como sucede en una pareja que está danzando, es - el hombre quien debe marcar el paso y no su compañera: ésta se limitará a seguirlo.

En técnica quirúrgica es habitual que el cirujano indique, por la posición de sus dedos o manos, el instrumento que necesita en cada momento. En la tarea odontológica puede también aspirarse a un perfeccionamiento en este campo de la racionalización si se cuenta con una instrumentadora apta y el equipo cultiva el mutuo entrenamiento.

#### 5) Cómo Recibir de Vuelta Instrumentos Usados

La instrumentadora los recogerá con su mano izquierda. Pero si se trata de un reemplazo por medio del cual el operador le devuelve un instrumento para al mismo tiempo recoger uno nuevo, entonces su instrumentadora recogerá con sus dedos cuarto y quinto de su mano derecha el instrumento utilizado al tiempo que sus dedos uno y dos le entregan el nuevo.

Instrumentos del tipo de un forceps, pinza, gubia, portagrapas, etc., los recibirá en la palma de su mano.

#### 6) Reposición sobre la Mesada.

La vigilancia del orden de la mesa operatoria es función estrictamente a cargo de la asistente dental. Unamesa revuelta origina demora, fatiga visual, disgusto, etc. Es ideal que la instrumentadora y eventualmente, el operador si llegare el caso, puedan hallar "a ciegas" el elemento que buscan en la mesa.

V APERTURA DEL CONSULTORIO PARA COMIENZO DE  
LA JORNADA. CIERRE AL TERMINO DE ELLA.

Dado que el primer visitante entrará en la recepción antes que en el consultorio, se aconseja - que la primera atención sea brindada a la sala de recepción, colocándola en condiciones...

1) Atención de la Sala de Recepción.

Comprende la sala en sí y el tocador. Entre - los movimientos por tener en cuenta figuran:

- Levantar las persianas, cortinas de enrollar, puerta o lo que se tenga de entrada. Ven-tilar. Hacer lo mismo en el consultorio.

- Tener en cuenta quién es el primer pa-ciente citado y preveer los pasos para su atención.

- Abrir las llaves generales de electri-cidad, gas, agua.

- Verificar que los ceniceros estén va-cfos.

- Revisar que el revistero se halle en - orden y que su contenido sea de actualidad.

- Alinear las sillas, cuadros, alfombra.

- Aplicar una pequeña porción de desodorante de ambientes de olor agradable.

- Ubicar en un lugar adecuado unas flores que alegrarán la vista de quienes concurren.

## 2) Atención del Consultorio.

- Conectar el compresor, luego de haber vaciado su contenido para que la carga sea de aire fresco. Conectar la llave general de la unidad dental.

- Poner en acción unos pocos segundos las jeringas para aire y agua fría o templada a fin de renovar el contenido de sus respectivas mangueras.

- Verificar que las cargas de los frascos atomizadores sea suficiente. Calentarlos según la temperatura ambiente.

- Buscar en el fichero las fichas y radiografías de los pacientes citados para ese día. Aprontar así mismo los trabajos protésicos por probar o instalar.

- Controlar que haya provisión suficiente de algodón en las algodonerías; vasitos intercambiables para buches; rollos y torundas de algodón; toallas; baberos; jabón; fichas en blanco pa

ra anotaciones en consultantes; películas radio--gráficas; revelador y fijador frescos; yeso para positivos de impresiones.

- Verificar el funcionamiento general - del equipo. Que el eyector aspire adecuadamente.

- Lubricar la pieza de mano y contrángulo.

- Verificar que los freseros estén completos y ordenados, lo mismo que los portapiedras.

- Verificar que los recipientes para residuos estén libres y forrados.

- Estudiar la agenda de citas para saber qué pacientes están citados, a qué hora y para qué. Verificar que estén las prótesis por probar o instalar.

- Actualizar en el calendario el día de la fecha.

Finalizados todos los preparativos para colocar el consultorio en condiciones, vestirse con su uniforme para atención de pacientes, examinar críticamente su presentación personal frente al espejo, y condicionar su psique para una recepción sonriente y una jornada propicia.

### 3) Cierre del Consultorio al Término del Día.

- Limpieza. Despeje de elementos utilizada

dos. El profesional puede verse obligado a atender imprevistamente fuera de las horas de consulta; el consultorio debe estar en condiciones para recibir pacientes a cualquier hora. Antes de retirarse del consultorio, la asistente dental lo dejará en impe cables condiciones, despejando todo instrumental y elementos usados en el último paciente que se aten dió.

- Las flores que se encuentren marchitas hay que retirarlas del florero, enjuagarlo, secarlo y dejarlo listo para recibir flores nuevas.

- Restos en los ceniceros nunca deben que dar, para que su penetrante olor no deje una sensa ción desagradable al quedar todo el tiempo que el consultorio está vacío.

- Los recipientes para residuos, serán desocupados y protegidos con forro nuevo.

- No irse del consultorio sin realizar la obtención de positivos de modelos. Aunque la téc nica exige el llenado inmediato de las impresiones tomadas, hay ocasiones en que se posterga el hacer lo.

- Las toallas, compresas, baberos utili zados, serán enviados a la lavandería, no agotando las reservas existentes.

- Se verificará que cada trabajo de prótesis que se envía al laboratorio quede documentado a quién pertenece, qué se pide, para cuándo, - etc.

- Se abrirá la espita de salida al compresor para que, vaciando el contenido del tanque, se cargue con aire fresco la próxima jornada. - Cuando corresponda se purgará el agua condensada en el tanque.

- Antes de irse, la asistente dental, - realineará sillas, sillones, ceniceros, revisteros, etc. Los útiles de escritorio serán ordenados sobre éste. En ffn, se harán los movimientos necesarios como para que un visitante imprevisto encuentre todo presentable.

- Se cerrará el paso del agua, salivadera, eyector, etc.

- Compresor, esterilizador, termostato, aparato de rayos X, negatoscopio, ventiladores, - etc. Todo lo que esté conectado a la corriente eléctrica, hay que desconectarlo.

- Freseros y portapiedras con tapa no serán dejados sin cubrir. Loetas sobre mesadas serán guardadas. En general serán despejados todos los pequeños utensilios de trabajo, frascos con medicamentos, fichas, radiografías, etc., guardándolos en sus correspondientes lugares.

## VI EQUIPO ODONTOLÓGICO, SU MANEJO, CUIDADOS.

### Introducción.

El entrenamiento técnico de una instrumentadora. incluye el amplio dominio del manejo y los cuidados por brindarle al equipo del consultorio. A de conocer sus diferentes partes y accesorios, siendo conveniente cada vez que concorra un mecánico para hacerle un servicio o repararle algún defecto, ella observe su labor y aprenda ciertos detalles prácticos cuyo conocimiento pueda sacar de apuros en algunas ocasiones. Tal, por ejemplo, cómo se destapa el eyector de saliva obstruido. - Cómo se cambian los carbones gastados en el motor del torno dental y cómo se limpia el colector. Y así sucesivamente. se irá familiarizando con detalles relacionados con cuidados a darle al equipo que lo mantiene en óptimas condiciones, ahorrando tiempo de demora e innecesarios gastos.

#### 1) El sillón Dental.

Es fundamental que la ayudante dental, conozca su manejo a fin de adecuar sus diferentes partes al físico de cada paciente, las necesidades del tratamiento en cada sesión y la comodidad profesional. Una asistente dental nueva en un consultorio, que no conoce las características del modelo del sillón que hay en éste, hará bien enterarse para su manejo, fuera del horario de consulta



o por lo menos no delante del paciente. En dicho momento practicará el manejo suave de las palancas o mecanismos que permitan subirlo, bajarlo, girarlo y que liberen o por lo contrario fijen los movimientos del cabezal, respaldo, apoyabrazos. Ese entrenamiento lo completará luego con alguien sentado en el sillón.

Este adiestramiento comprende paralelamente la búsqueda de frases corteses (modales profesionales) que necesariamente a de usar para obtener la colaboración de cada paciente al posicionarles en el sillón. Por ejemplo: le voy a acomodar mejor el cabezal, porfavor separe un poco la cabeza (ubica correctamente el cabezal), bién apóyela nuevamente, ¿está cómodo así?, muy bién gracias. O puede darse el caso de que, en un sillón de modelo clásico o convencional, el operador necesite llevar más hacia atrás estando el paciente sentado. Una posible fórmula podría ser: señor, tengo que llevar el respaldo más atrás ¿podría separar su espalda un momento? (aprovecha ésto para llevar el respaldo más atrás), bién ahora apóye nuevamente su espalda. Eventualmente lo gafa por los hombros para que se ubique),

Estas fórmulas verbales así como muchas similares que la asistente debe manejar diariamente en su trato con los pacientes, son verdaderas herramientas de trabajo. Una asistente que tenga como objetivo perfeccionar sus aptitudes personales y dedicar gran atención al constante pulido de su

lenguaje profesional.

#### A) Descripción del Sillón.

Las partes principales del sillón dental son:

- El cabezal, donde el paciente apoya su nuca. Algunos practicos lo hacen recubrir con fundas intercambiables como modo de dar cumplimiento a requisitos de higiene. Suele estar provisto de un mecanismo automático para facilitar que cada paciente acomode mejor su cabeza.

- El respaldo, con forma anatómica para albergar mejor la espalda del paciente.

- El asiento.

- Los brazales o apoyabrazos.

- El apoyapiés.

#### B) Movimientos que se pueden lograr con un Sillón Dental.

Los podemos clasificar en dos grandes grupos:

a) Movimientos totales.

En ellos es todo el sillón el que se mueve, y son:

- Ascenso y descenso. Variando según las

diferentes marcas comerciales de sillones dentales, es posible elevarlos hasta un nivel máximo de aproximadamente 90 cm. del suelo o descenderlos hasta una posición baja, a unos 40 cm. del piso. En el modelo del sillón hidráulico, de bomba, el ascenso se obtiene pedaleando repetidas veces la palanca que se encuentra en la porción superior de la base del sillón. En esta forma, la bomba con aceite se halla encerrada dentro de la base y pone en movimiento - primeramente a uno de los cilindros telescópicos - que levantan el sillón, y si se prosigue pedaleando finalmente al segundo cilindro telescópico hasta alcanzar el sillón su máxima altura más allá de la cual ya no puede ir.

Para descenderlo, suprime el pié del pedal ubicado también en la base, pudiendo frenar el descenso en el nivel que se quiera con solamente soltar el pedal.

En el modelo del sillón motorizado, el ascenso se consigue mediante el trabajo de un motor eléctrico anexado dentro de la base y que se acciona apretando con el pié una palanca ubicada sobre la base o que el fabricante situó al costado del respaldo o detrás de éste.

- Movimiento total hacia atrás y regreso. Accionando con un pié la palanca y empujando simultáneamente con una mano el cabezal y opuestamente - hacia arriba con la otra mano el brazal derecho, se logra volcar todo el sillón hacia atrás quedando en

la inclinación que se desee sólo con soltar la palanca. Para regresar todo el sillón a su posición normal, se vuelve a pulsar con el pié la misma palanca, al par que se realizan los mismos esfuer--zos, pero en sentido contrario; hasta arriba el -cabezal y hacia abajo el brazal.

La asistente dental tendrá cuidado de efec--tuar estos movimientos con toda suavidad, conte--niendo con las manos el peso del sillón más el de su ocupante, regla ésta que vale para cualquier -movimiento que se haga.

- Movimiento de giro. Accionando la pa--lanca que en el modelo de sillón Ritter se halla en la parte superior izquierda de su base, se de--ja la columna en libertad como para poder girar -el sillón hacia la derecha o la izquierda, según lo dirijan las manos del profesional o de su auxi--liar. La misma palanca, movida en sentido contra--rio, fija el sillón en el ángulo deseado. Lo habi--tual es que mire hacia el frente de la habitación.

b) Movimientos parciales. De solamente par--tes del sillón.

- Movimientos del cabezal. El cabezal -debe tener la libertad de ser llevado hacia ade--lante o hacia atrás, hacia arriba o hacia abajo, pudiendo fijarlo en cualquiera de estas posicio--nos al ajustarlo.

El respaldo del sillón, ofrece en su parte posterior un soporte que sostiene el cabezal y que - puede deslizarse hacia arriba o abajo dentro de la corredera que le ofrece el respaldo. La combinación de los movimientos permite regular la altura del acbezal conforme al paciente también según las necesidades de la atención que deba brindársele.

- Movimientos de solamente el respaldo. - Se puede llevar el respaldo hacia atrás o hacia adelante. La asistente dental tendrá el cuidado de no dejar caer bruscamente el respaldo para no molestar con ésto al paciente. Además de los movimientos de adelante y atrás, el respaldo desciende y asciende, acomodándose a la altura, estatura o - eventualidades, como anomalías del paciente, (cifosis, etc.).

- Movimientos de los brazales. No - todos los modelos de los sillones dentales los pueden efectuar. En el modelo Ritter cada brazal puede moverse hacia un costado u otro, independientemente, mediante palancas, llevandolas hacia adelante para permitir el movimiento y hacia atrás para fijarlo en el nivel deseado.

Es excepcional que se necesiten esos movimientos, pero en caso de un paciente muy obeso, o un niño o para sostener el brazo izquierdo de un paciente al que se deba intervenir con anestesia -

general con pentothal, puede ser requerido.

- Movimientos de posapiés. Hay sillones - que permiten ajustar o no el apoyapiés para mayor - comodidad del paciente.

Se puede comprender que cada modelo de sillón dental que existe en el mercado tienen sus propias palancas o botones para hacer los movimientos del - sillón dental. Los anteriormente mencionados, son - indicaciones generales.

- Movimientos y manejo del sillón dental para ubicar al paciente en posición de Trendelenburg. Cuando el paciente experimenta síntomas de lipotimia y siente que va a desmayarse, uno de los re cursos para reanimarlo consiste en ubicarlo en el - sillón en posición de Trendelenburg. La cabeza del afectado debe quedar en nivel más bajo que sus piés. Para ésto la asistente dental procederá así:

Elevará un poco todo el sillón, lo que fa cilitará las maniobras que siguen.

Sosteniendo con una mano el peso del respaldo y del paciente, suavemente llevará el respaldo hacia abajo hasta su máximo nivel.

El cabezal será bajado lo máximo posible.

El sillón también deberá ser llevado lo - más posible hacia atrás.

Ubicado el paciente en Trendelenburg, se sigue con los demás procedimientos para que el paciente se recupere.

## B) La Unidad Dental.

Según el modelo existente en el consultorio, la unidad estará dotada de un número mayor o menor de accesorios. La asistente dental deberá interiorizarse de su respectivo funcionamiento y manejo.

Como es imposible hacerlo con cada uno de los diferentes modelos existentes en el mercado, procuraré efectuarlo genéricamente, describiendo algunas nociones prácticas.

- El torno convencional. Nos permite transmitir a los instrumentos cortantes que montamos en él, velocidades rotatorias que varían habitualmente entre cuatro mil y doce mil revoluciones por minuto.

Es fundamental que la asistente dental conozca a la perfección su manejo.

Hay ciertos cuidados fundamentales que se deben realizar. Por ejemplo, contar con varios carbones de repuesto (se rompen a veces durante las maniobras del cambio) para reemplazar al que, excesivamente gastado, ya no conduce corriente eléctrica y por tanto el torno se detiene. También es aconsejable tener varias unidades de repuesto de los diferentes engranajes de las piezas de mano y contrángulo, arandelas, etc., teniendo en cuenta que en ocasiones pueden escasear en los depósitos denta

les y sobre todo cuando se trate de consultorios - instalados donde el mecánico para equipos pueda demorar en llegar.

La asistente deberá ser la encargada de mantener perfectamente lubricadas todas las partes con anterioridad fué comunicado por el fabricante o - distribuidor de unidades dentales, el modo en que lo hará dependerá de éstas, ya que cada unidad dental requiere un cuidado en este respecto distinto.

- Limpieza y lubricación de las piezas de mano y contrángulo. La vida útil de la precisión - de éstos tan vitales elementos de trabajo dependen de su limpieza y lubricación.

Una buena asistente se encarga de ésto diariamente. Cuando chirrían o se recalientan, éllo habla imperantemente de la importancia o negligencia con que se los maneja, lo que determina un desgaste prematuro de las delicadas partes que lo integran.

Una fresa piedra o mandril montadas en instrumentos así, tienen un juego excéntrico añadiendo vibraciones secundarias contra el diente, sumamente molestas, que ciertos pacientes evidencian hablando mal del torno, cuando en realidad buena parte de - responsabilidad cabe por ésto a quienes no saben - cuidarlo.



La limpieza de la pieza de mano y contrángulo tiene por objeto remover de su interior residuos de lubricante, saliva, así como restos de tejidos dentales. Un pequeño recipiente de vidrio de boca angosta conteniendo un removedor del tipo de la bencina, permitirá sumergir en ésta al contrángulo. - Haciendo funcionar al torno, la bencina penetra por los minúsculos orificios, disolviendo y arrastrando los residuos formados. Luego se retira el instrumento, se le hace girar en marcha y contramarcha algunos segundos en el aire, secándolo luego con un lienzo. Posteriormente se le lubrica.

Para la pieza de mano se procede así:

Si no está contraindicado por su fabricante, - la pieza de mano se puede sumergir en alcohol al 96% durante 10 a 15 minutos, ésto desprenderá los residuos que quedan pegados en los conductillos interiores de la pieza. Hecho ésto se procede a lubricarla perfectamente para la jornada siguiente.

Para lubricar ambos instrumentos se utiliza un aceite liviano del tipo empleado para las máquinas de coser (salvo las marcas que utilicen su propio aceite o para las que el fabricante indique que no se pueda usar). El procedimiento es:

Una sola gota en el orificio, pero cada día, y no, olvidar durante seis días hacerlo y pretender el séptimo recuperar terreno inudándolo de aceite. En síntesis; la lubricación se hará diariamente y la limpieza y desarme de la pieza de mano -

y contrángulo para luego lubricarlos, semanalmente.

- Jeringa para aire térmico y agua. Jeringa triple. Deben ser manejadas suavemente por la asistente dental cuando el profesional le indique que le ayude al efecto. Hay que pensar que, al no funcionar durante la noche o en días en que no se atendió el consultorio, el agua o aire retenidos en las mangueras de éstos pueden adquirir mal sabor u olor.

Al iniciar cada día la consulta, la asistente los hará funcionar expulsando ese contenido, renovándolo con otro fresco.

La jeringa triple es un ejemplo típico de la preocupación del odontólogo e industrial en relación con la simplificación del trabajo. Se busca con éllo evitar el exceso de movimientos de ida hacia la unidad para tomar uno de esos elementos y los que exigen el regreso de éstos hacia su sitio en la unidad dental. La jeringa triple provee indistintamente aire, agua o rocío, seleccionando uno u otro con un pequeño movimiento de dedo pulsando los correspondientes botones de la jeringa.

- Instrumental accesorio de la unidad dental. Algunos modelos de unidad dental vienen provistos de instrumentos accesorios que funcionan con corriente de bajo voltaje (6 voltios, por acción de un transformador). Son, el galvanocauterio, el pro-

bador pulpar y la lámpara de transiluminación. Muy delicados, de costo elevado y siendo muy difícil a veces obtener sus repuestos. Deben extremarse con ellos las precauciones, no dejándolos permanentemente montados en la unidad, evitando así su ruptura.

- Compresor. Es un aparato que funciona con un motor eléctrico. Recoge el aire del ambiente y lo almacena enviándolo por medio de cañerías hasta las jeringas térmicas y piezas de mano.

Hay modelos en que este mecanismo se produce solo cuando dichas jeringas son retiradas de su soporte para hacercarlas hacia el paciente; pero lo habitual es que el aire sea almacenado a presión en un tanque quedando comprimido dentro de éste.

Naturalmente que a medida que se usen aquellos elementos, la carga y presión del aire dentro del tanque disminuirá, al llegar a cierto nivel, un mecanismo regulador hace que funcione nuevamente el motor volviendo a cargar el tanque, parándolo automáticamente al recuperar su carga útil.

Buscando simplificación y economía actualmente se apela a un solo compresor, pero más potente, para proveer de aire comprimido a los elementos ya mencionados y también a la turbina neumática, para lo cual es preciso que genere una corriente constante de aire comprimido que oscila entre 30 y 50 lb.

de presión señalada por un manómetro indicador.

Como el aire ambiente tiene cierta proporción de humedad, la condensación de ésta forma con el tiempo agua que se acumula en el fondo del tanque. Para desalojarla, en la parte inferior del tanque hay una llave o espita que, una vez desagotada la carga del tanque, se abre, dando así salida al agua terminando por inclinar un poco el compresor para favorecer un poco su expulsión total. Se aconseja repetir esta purga cada 30 días. La asistente dental deberá hacerse cargo de esto con previo entrenamiento. Cuando un mecánico para equipos dentales efectúe un servicio de mantenimiento, lo deberá observar como trabaja; aprenderá así nociones útiles.

- Salivadera. Eyector para saliva. Los fabricantes de muchos equipos modernos, concretando inquietudes de racionalización de la odontología, proveen en modelos actuales un embudo con vaso intercambiable a modo de pequeña salivadera, comunicado mediante un cable de goma flexible a cañerías de desagüe. Esto permite trabajar con el paciente reclinado ubicándolo en el sillón tipo "relax" en lo que se denomina "posición de piés arriba", no teniendo que incorporarse para ir hacia la salivadera que ya es ésta la que se aproxima en caso indispensable hasta su boca para salivar.

Con esto se consigue:

- Suprimir la salivadera en el consultorio con obvia ganancia de espacio que la ayudante dental aprovecha para ubicarse más cerca para asistir mejor al profesional.
- Ganancias de tiempo consumido de otra forma por buches, gárgaras y otros movimientos que demoran el tiempo de la consulta.

Pero, en consultorios clásicos, la asistente dental encontrará la salivadera con recipiente de opalina provisto de circulación de agua. Abriendo la llave general de paso del agua y accionando luego la que alimenta la salida de éste, circulará el agua dentro de la salivadera. Hay, además, otra llave que, movida en un sentido pone en marcha el eyector de saliva.

La salivadera tiene además un filtro para que cuerpos extraños caídos en su interior al salivar el paciente no se vayan acumulando hasta tapar una cañería o afectar la capacidad de absorción del eyector; dicho filtro debe ser retirado por la asistente dental, limpiándolo con cepillo y jabón líquido cada 30 días. Cuando se tapa este filtro, el agua de circulación comienza a amontonarse en la palangana de la salivadera pues su caída en el de-

sague de ésta queda interrumpido. Tal caso no debería ocurrir en un consultorio y no sucede cuando - la asistente dental que ahí trabaja es cuidadosa.

- Turbina neumática. La rotación de los instrumentos cortantes que se montan en la pieza de mano angulada se alimenta con aire a presión proveniente de un compresor potente capaz de albergarlo en un tanque a presión, indicado por el manómetro, o dispositivo de ad hoc que la indica.

El compresor puede estar dentro del consultorio o también fuera, llegando el aire por medio de cañería bajo o sobre el piso, con lo que se eliminan los ruidos del motor y se ahorra en espacio.

El aparato tiene una caja con botones para comando que lo conecta o desconecta y que determina el tipo e intensidad de la refrigeración proyectada sobre el instrumento cortante y el diente, la que puede consistir en aire solamente o un rocío acuoso constante que es lo que habitualmente se utiliza. Este último, se alimenta con agua proveniente de un depósito.

Los instrumentos se montan o se desmontan con un dispositivo cuyo diseño varía según las marcas comerciales. En algunos modelos se requiere la interposición de un mandríl, que con el uso se desgasta obligando a renovarlo periódicamente.

Algunos modelos traen un depósito para el a-

ceite especial que lubrica a los diminutos rodamientos de la turbina. Traen, así mismo, un visor para observar el deslizamiento de las gotas de ese aceite dirigiéndose hacia aquélla. La asistente ve rificará periódicamente que el nivel del aceite y dicho deslizamiento sean normales.

## VII CODIFICACION.

### Introducción.

Codificación es el conjunto de procedimientos con los cuales distinguimos mediante señales grabadas o estampadas, bandas o hilos de plástico de colores diferentes, mangos especiales, u otras señales. Los instrumentos, cajones, muebles auxiliares, armarios, cajas metálicas con tapa, tambores para cirujía o los distintos gabinetes en una misma planta de consultorio o clínica o servicios asistenciales.

### Objeto.

Gracias a la codificación se pretende:

- La rápida identificación de determinados instrumentos, por ejemplo, la serie de los instrumentos cortantes de mano.

- El regreso de cada instrumento utilizado una vez esterilizado al preciso lugar que le corresponde.

- La rápida identificación de instrumentos pares, por ejemplo, el forceps para extraer molares superiores del lado derecho.

### Código.



Es el profesional quien, luego de estudiarlo, elige las formas de señalar lo que desea. Lo comunica a la asistente dental y ambos ensayan durante un lapso prudencial la efectividad del código. Si la experiencia es favorable, se adopta definitivamente.

#### A) Materiales Aconsejables.

En casas comerciales proveedoras de artículos para electricidad se expende con la denominación "spaguetti" unos capuchones de forma cilíndrica que vienen en varios colores para envolver y proteger cables. Recortándolos con tijera se confeccionan así anillos calzables en los mangos de los instrumentos, ajustándose a éstos. Se puede forrar un cajón del color de éstos "spaguetti"; los instrumentos marcados con el mismo color deberán ir en este cajón.

También se adquieren en el comercio carretes de cintas adhesivas de varios colores; recortando una banda, se le da dos o tres vueltas alrededor del mango de los instrumentos. Por cualquiera de ambos procedimientos es posible, por ejemplo, identificar la serie de instrumentos cortantes de mano, o los atacadores de amalgama, etc.

Con anillos de colores diferentes se puede conseguir crecida cantidad de combinaciones identificatorias. Además, dentro del mismo color de anillo se los puede ubicar a distintas alturas del mango; cerca de la parte activa, en la mitad o más cerca del extremo final del mango simbolizando así distintas

variedades de instrumentos o distinguiendo dentro - de instrumentos pares cuál es el derecho.

También se acostumbra actualmente codificar la correspondencia de los instrumentos con el cajón - del mueble en que se los aloja; con bandas o anillos plásticos del mismo color. O, en un mismo cajón, habrá una sección para determinados instrumentos identificando una y otros mediante el mismo código.

Un aparato sumamente útil para codificar es la rotuladora; en instantes proveé un rápido adhesivo de variados colores para distinguir cajones de un - mueble, o para diferenciar el mueble del operador y el de la asistente dental, o para señalar cajas que contienen determinados materiales dentales.

Se entiende que rótulos o bandas plásticas que se utilizan en instrumentos deberán resistir las - temperaturas de esterilización o en caso contrario se apelará a procedimientos químicos.

## VIII FICHADO CLINICO A CUATRO MANOS.

### A) Importancia de la Colaboración de la Asistente Dental en el Fichado.

En funciones de preparadora, la asistente dental, habrá llenado en la sala de recibo los datos personales en la ficha del consultorio de modo que al entrar al consultorio ya estarán asentados ganando con éllo un paso.

Se dilapida un tiempo valioso y se consumen muchos movimientos de más para abandonar el instrumental de examen, tomar ficha y lápiz y anotar, dejarlos para retomar el instrumental, y así sucesivamente, cuando el profesional tiene a su exclusivo cargo todo.

Se afectan así mismo los aspectos psicológicos, puesto que al efectuarse todo esto silenciosamente, el consultante se entera solo al final sobre la realidad de su estado bucal.

En cambio, al efectuar el fichado a cuatro manos, el operador dicta los datos clínicos a su asistente y ésta los asienta en el diagrama dental, sin abandonar él su instrumental para examen ni su colaboradora la ficha y el lápiz. Mientras, el paciente escucha y suele reaccionar, puntualizando sus deseos, pretensiones, temores, dudas y otros estados de ánimo en relación con lo que escucha, información valiosa para investigación de la personalidad del individuo.

## B) Modelos de Fichas Dentales.

Cada profesional utiliza modelos diferentes de fichas y también abreviaturas y signos propios, lo que hace imposible aclarar todos los sistemas habidos. Pero hay que saber que es conveniente, más bien preciso que la asistente dental deberá familiarizarse con el que use el profesional, y lo utilizará como propio.

## C) Algunos consejos.

Anotar en la ficha de examen con lápiz. Escribir con letra pequeña y absolutamente legible las abreviaturas, aprovechando los espacios en blanco - que provea el diagrama dental.

Utilizar el mismo signo aprovechandolo para representar accidentes similares en varios dientes del mismo hemiarco; esta economía de anotaciones da estética al conjunto y hace más fácil y rápida la lectura.

## IX ACTUACION DE LA ASISTENTE DENTAL EN PROCEDIMIENTOS PARA ANESTESIA POR INYECCION.

Evitará cuidadosamente la exhibición ofensiva de instrumentos que (como la aguja de la jeringa) son tan temidos por muchos pacientes. Es aconsejable esterilizarlas en la estufa seca ocultando su aguja dentro de un canuto de algodón (si se usan agujas no desechables) o gasa que será removida justo en el instante de la punción. Esto es de rigor tratándose de niños en atención, pero es preferible adoptarlo como técnica para todos los casos. Con ademanes naturales (obviamente el paciente no debe recibir la impresión de que algo está tramándose a sus espaldas) la asistente maniobrará pasando y traspasando los instrumentos por detrás del sillón.

La jeringa no se retira de la mesa sino al término de la sesión. Los motivos son:

- La sesión puede alargarse imprevistamente y ser necesario en determinado momento volver a inyectar porque la acción anestésica se está acabando.

- Puede en apariencia surtir efecto la anestesia y sin embargo la insensibilidad lograda resultar insuficiente, siendo indispensable profundizarla. Por ésto es necesario disponer de varias jeringas y no tener que depender de una sola provocando apuro de esterilizarla para próximos pacientes.

X COLABORACIONES DE LA ASISTENTE DENTAL EN CI  
RUJIA BUCAL.

A) Como Preparadora.

- Ordenará dentro de cajas forradas con compresa, los instrumentos que requerirán las intervenciones programadas de ese día.

- Ordenará la lencería quirúrgica dentro de los tambores para cirugía.

- Preparará surtido suficiente de tapones de gasa de variadas formas y tamaños.

- Esterilizará a tiempo todo lo que se necesite para las operaciones programadas.

- Procesará las radiografías preoperatorias. Una vez clasificadas, montará la que corresponda en el negatoscopio del quirófano.

- Forrará con lienzo o bolsa plástica el o los baldes para desperdicio.

- Ubicará al alcance de la mirada del cirujano la historia clínica y análisis de laboratorio del enfermo.

- Conectará el hemoaspirador.

- Lavará la mesada de la mesa de Mayo.

- Llenará los frascos conteniendo merthiolate, alcohol, solución fisiológica esterilizada, - alcohol yodado y demás medicamentos.

- Colaborará en la preanestesia dando a - tomar al enfermo la medicación ordenada por el cirujano.

- Vigilará que la temperatura del quirófa no sea la adecuada, así como que haya sido previa- mente ventilado.

- Invitará al enfermo a aflojar sus ropas o elementos que le ciñan. Le indicará oportunamente la conveniencia de vaciar sus emuntorios, en caso - de intervenciones largas.

- Cuidará que la provisión de cepillos esterilizados para el lavado de manos alcance para el cirujano y su ayudante.

- Si en el quirófano hay un balde para alcohol para la terminación del lavado de manos, verificará que su carga sea suficiente.

- Instantes previos a la intervención a- brirá la charnela de cierre de los tambores de ciru- jfa (sin abrirles la tapa) fijándola con un trozo - de tela adhesiva: se evita así el riesgo de que, en la apertura y cierre del tambor durante la intervención, la charnela puede caer quedando dentro del - tambor pudiendo así contaminar su contenido.

- Esterilizará por medios químicos algunas películas radiográficas por si imprevistamente hubiera necesidad de tomar una radiografía durante la intervención.

- Enhebrará un surtido de agujas para su tura, en exceso por si se rompiera alguna o cayera accidentalmente al suelo.

#### B) Como Instrumentadora.

- En el momento indicado por el cirujano hará entrar al paciente dentro del quirófano o con sultorio.

- Lo ubicará en el sillón. Le invitará a retirarse sus prótesis removibles si las hubiera. - Lo cubrirá con un babero amplio y limpio. Le proyectará antiséptico mediante el frasco pulverizador. Le limpiará la cara y alrededores de la boca con gasa embebida en jabón líquido y finalmente - con alcohol.

- Colaborará en los movimientos para que el cirujano vista su filipina quirúrgica, atándose la con estricto respeto de la cadena aséptica.

- Le ayudará a calzarse los guantes de goma. Le verterá sobre una gasa alcohol para repa- sarse las manos enguantadas.



- Retirará del tambor con pinza portainstrumentos una compresa para cubrir la mesa quirúrgica. Con la pinza la extenderá hasta cubrir aquella con un exceso que caiga por los lados.

- Dispondrá sobre la mesa los instrumentos que corresponda a la operación programada.

- Colaborará en el armado de las compresas con las que se aísla el campo quirúrgico.

- Acercará la boquilla esterilizada para el eyector (que quedará por debajo de las compresas de campo). Conectará la bomba de saliva.

- Cargará las jeringas para inyección que el cirujano le indique que usará.

- Sostendrá los separadores (si no hubiese ayudante).

- Manejará la cánula del hemoaspirador, - colaborando en la hemostasia.

- Forrará con lienzo esterilizado la pieza de mano si se usare fresas quirúrgicas o el impactador si lo ubiere.

- Entregará al cirujano los instrumentos que le pida. Recibirá aquéllos cuyo uso descarta y los ubicará nuevamente en su sitio y orientación -

correctos en la mesa.

- Cortará el excedente del hilo después de cada punto de sutura.

- Proyectará solución fisiológica esterilizada mediante una pera con bulbo de goma esterilizada, si el cirujano se prepara para fresado quirúrgico.

- Animará al enfermo, reconfortándolo con alguna palabra adecuada y en momentos oportunos.

- Colaborará en la mejor interpretación que el enfermo o su acompañante hagan de las instrucciones al término de la operación.

- Atenderá en sala de recuperación, al paciente operado con anestesia general.

- Antes que el paciente se levante del sillón, vigilará que su rostro no tenga huellas de sangre, cemento quirúrgico, etc.

- Al término de la operación examinará el visel de las agujas para inyección utilizadas. En caso necesario corregirá su melladura y si estuviera deteriorada la arrojará al lebrillo. (Esto será en caso de que no se usen agujas desechables).

- Durante la intervención vigilará que el enfermo no intente accionar con sus manos, me--

nos tocarse el rostro.

- Destapará la cánula del hemoaspirador si durante la operación se obstruyera con algún coágulo.

- Acompañará al enfermo, al levantarse del sillón una vez terminada la operación, sosteniéndolo, especialmente después de intervenciones laboriosas o si hubiera experimentado lipotimia u otra evidencia de no hallarse en pleno dominio de sus medios.

## C O N C L U S I O N E S

- 1.- AL EMPLEAR LA TÉCNICA ODONTOLÓGICA A CUATRO MANOS, EL ODONTÓLOGO PODRÁ ATENDER A MÁS PACIENTES EN EL MISMO TIEMPO QUE SE EMPLEA SIN LA ASISTENTE, ESTO DARÁ LA POSIBILIDAD DE BAJAR LOS COSTOS DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y ASÍ TENDRÁN ACCESO A LA ATENCIÓN PRIVADA LAS CLASES DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS, CON LA MISMA EFICIENCIA.
  
- 2.- SE INCREMENTA EL RENDIMIENTO LABORAL DEL CIRUJANO DENTISTA; Y PODRÁ LOGRAR ASPIRACIONES SUPERIORES EN SU PRÁCTICA PROFESIONAL, MEJORANDO SUS TÉCNICAS Y CONOCIMIENTOS.
  
- 3.- SE LOGRA UN MAYOR RENDIMIENTO CON MENOS GASTO DE ENERGÍA, GANÁNDOSE MEJOR SALUD FÍSICA Y MENTAL, YA QUE LO QUE SE PRETENDE CON EL USO DE ESTA TÉCNICA ES TRABAJAR MÁS SENSATAMENTE, NO MÁS ARDUAMENTE.
  
- 4.- FUNDAMENTA LA FORMACIÓN DE ESCUELAS TÉCNICAS PARA ADIESTRAR A LOS ASISTENTES DENTALES, CON CONOCIMIENTOS SUFICIENTES PARA AHORRAR AL ODONTÓLOGO SU PREPARACIÓN.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- CASTANO FRANCIS A., ALDEN BETSEY A.  
"HANDBOOK OF EXPANDED DENTAL AUXILIARY PRACTICE".  
EDIT. J. B. LIPPINCOTT COMPANY.  
U.S.A., 1973.
  
- 2.- FRIEDENTAL MARCELO.  
" LA ASISTENTE DENTAL EN LA TECNICA A CUATRO MA\_  
NOS "  
EDIT. PANAMERICANA.  
1975.
  
- 3.- GREEN EDWARD J., KOHN NATHAN JR.  
"SELECTION, HIRING AND TRAINING OF DENTAL AUXI-  
LIARIES".  
EDIT. W. B. SAUNDERS COMPANY.  
U.S.A., 1970.
  
- 4.- JORGE CHARLES R., MARSHAL WILLIAM E., SCHOEN MAX,  
INEDMAN JAY W.  
"GROUP PRACTICE AND THE FUTURE OF DENTAL CARE".  
U.S.A., 1975.
  
- 5.- PETERSON SMILER,  
"THE DENTIST AND HIS ASISTANT".  
THIRD EDITION, EDIT. THE C.U. MOSBY COMPANY.  
U.S.A., 1972.

- 6.- REAP CHARLES A. JR.  
"COMPLETE DENTAL ASSISTEN'S AND HIGIENIST'S  
HANDBOOK".  
EDIT. PARKER PUBLISHING COMPANY, INC.  
U.S.A., 1973.
- 7.- ROBINSON GLEN E., McDEVITT EDWARD J., SINNETT  
GERTRUDE M., WUERHMANN ARTHUER H.  
"MANUAL DE ODONTOLOGIA A CUATRO MANOS".  
SEGUNDA EDICION, EDIT. FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DE LA UNIVERSIDAD DE ALABAMA.  
1971.
- 8.- TOTHSTEIN ROBERT J.  
"THE DENTAL HEALTH TEAM".  
EDIT. J. B. LIPPINCOTT COMPANY INC.  
U.S.A., 1970.
- 9.- PROGRAMA PARA LA FORMACION DE TECNICOS A NIVEL  
MEDIO DE ESTOMATOLOGIA.  
CUBA, 1971.
- 10.- THE DENTAL ASSISTANT.  
EDIT. DELMAR PUBLISHERS INC.  
1976.
- 11.- APUNTES DE ODONTOLOGIA A CUATRO MANOS DE LA O.M.S.