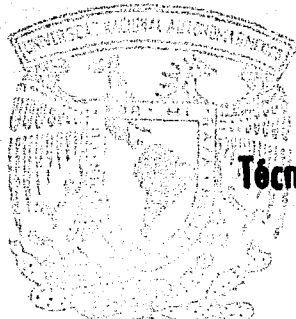


1 E
1072

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



Técnica a Cuatro Manos en el Consultorio Dental

T E S I S

Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

IVONNE ZETINA DECHAUX

15449



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E .

- I. INTRODUCCION.
- II. GENERALIDADES.
- III. TECNICA A CUATRO MANOS Y EMPLEO DE LA ASISTENTE DENTAL.
 - a) Empleo de la asistente dental.
 - b) Principios de la Odontología a cuatro manos.
 - c) Selección del Equipo dental.
 - d) Ubicación para Odontología a cuatro manos.
 - e) Manipulación de instrumentos.
 - f) Preparación de la boca.
 - g) Preparación y limpieza del cuarto operatorio.
 - h) Procedimientos paso por paso.
- IV. PROBLEMAS DE INTEGRACION DE GRUPO.
- V. CASUISTICA.
- VI. CONCLUSIONES Y OBJETIVOS.
- VII. BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I.

I N T R O D U C C I O N .

La gran magnitud de los problemas que las ciencias médico-sociales tienen que enfrentar para resolver padecimientos de la población mundial es reconocida en todas las latitudes del -- globo.

La salud pública y la seguridad social está avanzando -- por muchos caminos. En la literatura hay Innumerables estudios - que ofrecen sugerencias para llegar a ese Ideal que buscamos en nuestra profesión, proporcionar tratamiento odontológico adecuado y prevenir incidencia de enfermedades orales a la población - actual y a las generaciones futuras.

La población de nuestros días en nuestro país, tiene --- gran necesidad de recibir servicios dentales adecuados. Esta necesidad y cómo proporcionarla es objeto de preocupación, no solo para el gobierno, sino también para el sector privado de la profesión.

Con la tremenda explosión demográfica que actualmente -- nos afecta, las necesidades de atención dental de nuestro pueblo

aumentarán, mientras que desafortunadamente al mismo tiempo el número de cirujanos dentistas es insuficiente para proporcionar adecuada atención odontológica a la población actual.

La expansión de los planteles educativos, de las escuelas de odontología, la capacitación del profesorado en las técnicas pedagógicas modernas, la creación de nuevas escuelas, serán todas las medidas que tratarán de cumplir con la demanda de obtener y la necesidad de proveer servicios odontológicos. Por lo tanto debemos seguir buscando tenazmente innovaciones en la atención dental para la población de nuestro país.

Otros países del mundo están también afectados por la escasez de un número adecuado de cirujanos dentistas, algunos están afectados con problemas aún más críticos que los que afectan a nuestro país.

En Nueva Zelanda y Gran Bretaña, se ha aumentado la proporción de atención odontológica a través de la creación uso y aceptación de nuevos tipos de personal auxiliar en la odontología, entrenando para asumir funciones adicionales o de extensión. Desde 1921 Nueva Zelanda ha estado empleando "enfermeras dentales" que siendo entrenadas y empleadas por el gobierno Neozelandés, proporcionan atención dental a niños en las clínicas dentales de las escuelas. Un programa similar pero más reducido, fué instituido en Inglaterra, en 1960, programas similares han sido recomendados en Europa, en los Estados Unidos de Norteamérica y

en Canadá. Más recientemente cuatro provincias Australianas y --
Tailandia han aprobado legislación, permitiendo la utilización -
de personal, comparable a la enfermera dental de Nueva Zelanda.-
El soporte de la organización mundial de la salud ha sido respon-
sable por la introducción de programas similares en Shri Lanka,-
Singapur, Indonesia, Malaya, Ghana, y Nueva Guinea. Y todas han-
reportado excelentes resultados.

CAPITULO II.

GENERALIDADES.

La historia, filosofía, evolución y estado actual del nuevo programa para el entrenamiento del personal auxiliar odontológico se incluyen en este estudio. Este programa experimental, encargado por la Universidad de Guam, fué creado, debido a la imperiosa necesidad de ayuda odontológica para la población del territorio de Guam. El programa aprobado por la legislatura local, fué puesto en manos de la Dirección Odontológica del Departamento de Salud Pública y Servicios Sociales de la Universidad de Guam para su implementación, actualmente la Universidad ha completado su responsabilidad respecto al programa.

La filosofía del programa está basada en la odontología preventiva y en el entrenamiento del personal odontológico auxiliar en las modernas técnicas y especialmente en el entrenamiento para la mayor expansión de funciones.

En un principio el programa fué considerado en exclusiva para el Departamento de Salud Pública, sin embargo, sólo la mitad de los graduados trabajaban para esa dependencia, la otra mitad-

ya trabajaba en forma particular

El programa de entrenamiento para auxiliares dentales está ubicado en un edificio nuevo, acondicionado con el equipo dental más nuevo, una gran variedad de instrumentos, materiales y otras formas de equipamiento.

El departamento de entrenamiento para auxiliares odontológicos, preparó auxiliares dentales para cumplir bajo la supervisión del dentista, algunas de las funciones habituales de los asistentes odontológicos, algunos de los higienistas, y también son entrenados para cumplir con lo que ahora se conoce como expansión de actividades.

Aunque era conocido el éxito del programa de Nueva Zelanda, la filosofía del programa de Guam fué considerado radical en 1969, después del primer año de aplicación y después que la comunidad profesional comprobó los resultados obtenidos, el escepticismo del comienzo desapareció. Actualmente es posible decir que un buen número de dentistas particulares han sido convencidos de la alta calidad del trabajo de las asistentes dentales.

Ahora bien, debemos reconocer que los procedimientos, diagnósticos y las técnicas odontológicas han progresado mucho en estos últimos años, pero el alcance de estos adelantos siguen siendo ignorados por el público en general. Hoy se dispone de excelentes métodos para eliminar molestias y dolores durante el tratamiento dental, sin embargo, la idea de muchos profanos al

respecto es de suponer gran incomodidad y dolor angustioso.

Además, algunos de los principales progresos han surgido en el campo de la profilaxia y prevención, podemos también abordar la rehabilitación y preservación de las funciones naturales de las estructuras de la boca.

PROBLEMAS CORRIENTES DE LA PRACTICA ODONTOLÓGICA.

Los problemas que preocupan a los dentistas en casi todos los lugares son similares:

1. Falta de tiempo para practicar un buen trabajo.
2. El excesivo agobio que produce la aglomeración de pacientes.
3. El hecho de que los pacientes sean más bien pobres.
4. Las excesivas horas de práctica profesional.
5. El deseo de algunos de los pacientes de discutir sólo cuestiones de materiales y precios y no los motivos del tratamiento.
5. La oposición de algunos pacientes para aceptar honorarios razonables y,
7. La irregularidad de algunos de los pacientes a la asistencia del consultorio.

Ante todos estos problemas y muchos otros que podrían ustedes apuntar y sería inútil enumerar, debemos prestar atención en encontrar la forma de como solucionarlos, cabe mencionar que simplificando nuestro trabajo, delegando responsabilidades y ex-

pandiendo actividades el profesionalista encontrará solución en -- gran parte a sus problemas corrientes de la práctica diaria.

Simplificación del trabajo.

El campo general de la simplificación del trabajo abarca minuciosos estudios sobre el modo de prestar servicios dentales-- necesarios con mayor eficacia y utilidad. El tiempo y la acción-- se han analizado detenidamente, y se han ideado métodos y técnicas para hacer del paciente, sin malgastar los esfuerzos del dentista y sus auxiliares.

Los estudios de tiempo y acción suelen interpretarse mal no se trata de que el dentista trabaje más y con mayor rapidez,-- sino que consiga más trabajo con menos agobio.

El dentista tiene que ser eficiente y saber como conse-- guir resultados de un modo práctico. Debe estar familiarizado -- con las novedades relativas a simplificación de trabajo dentro -- de la profesión y aplicar estos conocimientos. Ha de saber reali-- zar con rapidez sus tratamientos dentales, (lo cual no significa descuido ni mala calidad) sin dolor ni incomodidades para sus pacientes, esta habilidad tarda tiempo en adquirirse y requiere -- constancia, así como una considerable inversión en buen instrumen-- tal.

La técnica de cuatro manos en odontología es la adecuada para lograr los mejores resultados tanto en la práctica como en lo económico. Es una solución para la simplificación del trabajo diario.

CAPITULO III.

TECNICA DE CUATRO MANOS Y EMPLEO DE LA ASISTENCIA DENTAL.

Reseña histórica.

El empleo de la asistente en el consultorio dental, no es nuevo, las asistentes han sido empleadas por dentistas, por casi tanto tiempo como la odontología ha sido practicada. El doctor Edmund Kell fué el primer dentista que empleo una asistente en 1884 en Nueva Orleans.

Los pasados treinta años han visto un disparejo desarrollo entre el número de dentistas y el número de personas necesarias de un tratamiento dental. El número de dentistas para cien mil personas ha bajado de 58 en 1930 a 45 en 1965, un descenso de 22%.

El constante incremento de la población de los 15 años pasados ha producido un incremento de 35% de pacientes vínculados en la profesión.

El servicio de salud pública de los Estados Unidos estimó que la efectividad de la mano de obra dental disponible, sería

Incrementada enseñando a los futuros dentistas del uso correcto de los auxiliares dentales.

El personal dental existente podría de esa manera ser capaz de prestar servicio a un mayor número de pacientes.

Hay que poner énfasis en la cantidad de servicios prestados por cada dentista sin sacrificar la calidad de ese servicio.

Para las escuelas que empiezan programas de empleo de -- auxiliares dentales se dieron fondos.

Se ha reconocido que durante mucho tiempo los dentistas-estuvieron operando la mayoría de las veces bajo una gran tensión. La mayoría de los tratamientos eran desarrollados con el paciente sentado recto en el sillón, y el dentista de pie todo el día. Para la mayoría eran inevitables el dolor de cuello y espalda y no nos sorprende que el 75% de las muertes entre dentistas fueran directamente atribuidos a trastornos circulatorios.

Era evidente que la productividad de un dentista podría ser efectivamente incrementada si la fatiga y la tensión fueran minimizados, dando al dentista mejores métodos de trabajo y proveyéndolo de más rápidas y nuevas maneras de desarrollo en procedimientos dentales.

Las pasadas tres décadas, trajeron un cambio radical en la práctica odontológica con la innovación de materiales y equipos.

Quizá la más significativa innovación ha sido el desarrollo de la pieza de mano de ultravelocidad.

Una de las ramificaciones de la cirugía dentaria de alta velocidad fué la necesidad de usar enfriadores de agua en spray para proteger la pulpa dental. Se demostró que el calor generado por una fresa de alta velocidad, era tan intensa que se requería un constante spray de agua para prevenir traumas pulpares. Esto a su vez necesitó el desarrollo y uso de eyector por succión eliminando así la necesidad de los pacientes; de levantarse y escupir.

Una vez que se realizó esto, se tuvo un paso para desarrollar el moderno equipo dental y adaptarlo a los conceptos de odontología a cuatro manos. Las modernas sillas dentales hacen posible para el paciente una confortable posición reclinada. Esto no sólo dió comodidad al paciente, sino que ahorró el tiempo que anteriormente tomaba al paciente levantarse a escupir.

El dentista sentado confortablemente puede ver ahora casi toda la cavidad oral sin tensar los músculos de su espalda y cuello.

El papel de la asistente dental se definió más y benefició al dentista.

Las piezas de mano de alta velocidad, hicieron posible para el dentista operar más rápido y eficientemente.

Estas innovaciones en equipo e ideas revolucionaron la práctica dental, haciéndola hoy en día más productiva para el dentista que sirve a un mayor número de pacientes y no trabaja bajo una gran tensión.

A) PROPOSITOS DEL PROGRAMA DE UTILIZACION DE AUXILIARES DENTALES.

El programa de empleo de auxiliares dentales persigue los siguientes propósitos:

1. Enseñar al estudiante los principios de odontología a cuatro manos.
2. Enseñar al estudiante la selección y efectiva utilización del moderno equipo dental.
3. Enseñar al estudiante cómo seleccionar y entrenar su asistente dental y otros auxiliares.
4. Enseñar al estudiante las técnicas de transferencia paralela de instrumentos, el uso de charolas previamente preparadas y la efectiva utilización de la asistencia dental y los otros auxiliares del personal.

Siguiendo sus experiencias, el estudiante dental, debe ser capaz de:

1. Describir y demostrar los conceptos de odontología a cuatro manos y la utilización del moderno equipo dental, técnicas como la de charolas, transferencias de instrumentos, etc.
2. Describir el valor de bien adestrados auxiliares y el

equipo adecuado para odontología a cuatro manos en la práctica moderna, como incrementar la cantidad de trabajos desarrollados sin sacrificar la calidad.

3. Desarrollar procedimientos dentales, utilizando auxiliar dental y el equipo más adecuado para odontología a cuatro manos.

4. Seleccionar auxiliar para el consultorio, basando sus decisiones en la práctica con diferentes personalidades y cualidades manuales.

5. Emplear, adiestrar y alargar las responsabilidades de la asistente dental, usando los principios mencionados arriba.

PROCEDIMIENTOS CLINICOS.

1. La unidad dental debe ser limpiada y el juego de charolas debe estar listo antes de que el paciente sea llevado al sillón por la asistente.

2. El tratamiento dental no debe dar comienzo hasta que la asistente esté lista para auxiliar al dentista.

3. No se permite la presencia de personas extrañas en la clínica sin el permiso del instructor, excepto en el caso de presentación.

4. El cuidado de pacientes niños es responsabilidad del doctor, con la ayuda de un asistente.

5. Es una obligación tanto como del dentista, como para la asistente estar con el paciente hasta que el tratamiento haya terminado.

PROCEDIMIENTOS TECNICOS.

1. Una historia clínica común debe hacerse en cada tratamiento, aún en caso de pacientes que se presentaban con emergencias dentales.

2. Cuando esté indicado, debe usarse el dique de goma y sólo el doctor puede decidir si se trabaja sin este.

3. Los padres deben ser notificados si un procedimiento restaurativo es cambiado a una extracción.

4. La asistente debe informar al paciente o a sus padres del desarrollo del tratamiento y notificar en caso de que haya necesidad de una próxima sesión.

El dentista generalmente espera que la asistente sea capaz de asumir las siguientes responsabilidades:

1. Recibir al paciente en la sala de espera y cobrar los honorarios.

2. Tener preparado al paciente en el sillón y a la hora de la cita.

3. Tener preparado el gabinete móvil y verificar si ambos banquitos están al lado del sillón.

4. Enseñar al estudiante y ayudarlo a practicar con propiedad la odontología a cuatro manos.

5. Ayudar a mantener un campo operatorio limpio y seco con la oportuna instalación del eyector y la retracción de la lengua y los carrillos.

6. Mezclar todas las bases, materiales de restauración e

Impresión, cuando se necesiten.

7. Colocar en la cavidad preparada la amalgama (en áreas accesibles).

8. Mantener los instrumentos limpios y esterilizados; unidad lámpara, sillón, banquitos, etc.

9. Escortar a los padres dentro de la clínica para casos de presentación.

Como maestros, las asistentes podrán también hacer sugestiones a los estudiantes para la práctica de odontología a cuatro manos y los procedimientos de simplificación de trabajo.

DEBERES DE LA ASISTENTE DENTAL.

Definición: La asistente dental es una persona empleada y trabajadora para el consultorio de un dentista recibido y registrado y en práctica, y desarrolla uno o más de los siguientes servicios para dicho dentista, bajo su general supervisión, dirección y responsabilidad:

- a) Sirve como asistente al lado del sillón (transferencia de instrumental, etc.).
- b) Toma y revela radiografías dentales.
- c) Toma y apunta el pulso, presión arterial y temperatura.
- d) Hace aplicaciones tópicas de drogas prescritas por el dentista, excepto fluoruros.
- e) Checa la boca del paciente, hace la primera inspección

sin uso de espejo y limpia y checa los espacios interproximales con seda dental.

f) Recibe las prótesis removibles para preparación o limpieza.

g) Colocar o quitar bandas de celuloide o plástico para la colocación de materiales obturantes por el dentista.

h) Quitar suturas.

i) Quitar cementos de las restauraciones dentales, usando solamente instrumentos de mano.

j) Colocar y remover el dique de goma.

k) Quitar curaciones temporales, usando solamente instrumentos de mano, bajo las órdenes del dentista.

l) Quitar medicamentos del alveolo bajo las órdenes del dentista.

m) Remover el contenido de las bolsas parodontales, bajo la dirección del dentista.

n) Hacer la revisión de la placa bacteriana.

LA ASISTENTE DENTAL EN EL MANEJO DEL NIÑO.

La presencia de la asistente dental en la práctica pedodontológica es de gran importancia. pues, además de contribuir en forma eficaz y agradable el tratamiento, básicamente acorta el tiempo de trabajo.

Es indispensable que la asistente tenga conciencia en las limitaciones del niño, de que los periodos de atención deben ser breves y de su incapacidad para comunicar sus sentimientos.

tos.

La preparación del instrumental por adelantado y la manipulación eficiente de los materiales, permite la realización de un tratamiento rápido, eficaz y positivo para el paciente. Para que los Instrumentos puedan ser preestablecidos, se requiere la formación del plan de tratamiento.

La asistente puede ayudar a crear un clima de naturalidad y amistas hacia el niño, pudiendo prepararlo y ahorrar tiempo del Odontólogo, explicándole el uso del dique de goma, y la sensación esperada después de aplicada la anestesia local. La Asistente deberá evitar la conversación con el niño, durante las instrucciones del Odontólogo al paciente. En ausencia del Odontólogo, la asistente continua su conversación amistosa con el pequeño; puede prevenir angustias y proporcionar una oportunidad de respaldar al profesionalista en cualquier momento, en que se altere la conducta del paciente niño.

SISTEMA A CUATRO MANOS EN PAIDODONCIA.

El sistema a cuatro manos, no solamente nos ayuda a efectuar el tratamiento dental en un tiempo de trabajo sumamente corto, sino que también tiene la función de evitarle al niño estímulos desagradables con respecto a la experiencia odontológica.

Por otra parte, podemos tener un mejor control del paciente, evitando accidentes durante el tratamiento dental.



POSICION DEL OPERADOR PARA EL CONTROL DEL PACIENTE

NINO.

Observese el brazo sosteniendo la cabeza del niño, apoyándose con el cuerpo del odontólogo. Así mismo, el apoyo de los dedos en la arcada. Esta posición nos permite el control del paciente en caso de que este realice algún movimiento repentino.

A continuación se mostrarán las técnicas a 4 manos más u suales en Odontopediatría.

Antes de ubicarse el Odontólogo junto al sillón, la asis-
tente efectuará la adaptación correcta de la luz dental sin des-
lumbrar al paciente.

MOMENTO DE LA ANESTESIA.

En lo que se refiere al tratamiento de la caries dental-
en Páidodoncia, es base fundamental el empleo de la anestesia -
local o regional.

La coordinación precisa del momento en que la asistente-
pasa la jeringa al Odontólogo, puede reforzar la presentación -
psicológica de la Inyección. Para esto, la asistente dental en-
tregará en forma discreta la jeringa.

DIQUE DE GOMA.

Tomando en cuenta la dificultad de los pequeños pacien-
tes para inmovilizar la lengua en una pequeña boca, es impor-
tante el empleo del dique de goma. Además para la protección de
los tejidos blandos, evitando así accidentes.



La asistente dental tiene listo el dique de goma, con su grapa correspondiente y el portagrapas.

B) PRINCIPIOS DE ODONTOLOGIA A CUATRO MANOS.

Definición: La odontología a cuatro manos es el método de aprendizaje para desarrollar procedimientos dentales más rápidos y eficientemente con menos fatiga, utilizando la asistencia de "manos extras", las de la asistente dental. Esto en la práctica da como resultado un trabajo más confortable para una mayor productividad.

Los conceptos de la odontología a cuatro manos son:

1. No se usa escupidera.
2. Casi todos los procedimientos son hechos con el paciente en posición supina y el doctor y la asistente sentados.
3. La asistente pasa y recoge solamente con la mano izquierda.
4. La unidad colocada en el lado de la asistente junto al sillón.

Los objetivos de la odontología a cuatro manos son:

- a) Efectuar el trabajo más rápido y eficientemente con menos fatiga y tensión.
- b) La asistente puede asumir responsabilidades que legalmente pueda desarrollar, permitiendo así al dentista concentrarse en su paciente.
- c) Cada operación puede ser planeada y efectuada por el dentista y su asistente sentados.
- d) Proveer al estudiante del entrenamiento del uso del -

personal, espacio y equipo.

Clasificación de movimientos:

Los movimientos tienen que ser atendidos.

Mientras menos tensos sean éstos, menos fatiga física se obtiene al finalizar el trabajo. Muchos procedimientos pueden ser efectuados con movimientos de clase I, II, III, utilizando una eficiente asistente dental y el equipo adecuado. Los movimientos de clase IV y V deben de emplearse el mínimo, pues consumen más tiempo y fatigan más debido a la actividad requerida de cuerpo y vista

Clase I Movimientos con los dedos solamente.

Clase II. Movimientos de dedos y muñecas.

Clase III. Movimientos de dedos, muñecas y codos.

Clase IV. Movimientos del brazo desde el hombro.

Clase V. Movimientos del brazo y rotación de todo el cuerpo (tronco).

Areas de actividad: Posiciones por cuadrantes del dentista y asistente.

Relación de posiciones: Doctor - paciente - Asistente.

Anteriormente la técnica de "campo lavado", pero con el advenimiento del eyector de alta velocidad es ahora posible, -- tanto por el dentista como para su asistente, asumir una posición cómoda, sentados y cerca, detrás del paciente reclinado.

Con esta idea, es importante apuntar que cada hemiarcada de la boca necesita una definida posición relativa a doctor y paciente.

La posición relativa es designada conforme a las horas de un reloj. Un reloj colocado en el regazo del paciente, pondría la cabeza de este a las 12 en punto y los pies a las 6. El doctor a la derecha del paciente tomará la posición de las 9.

Las próximas páginas ilustrarán las correctas posiciones del operador y su asistente y la posición correcta del sillón dental, cuando se opere en cada una de las hemiarcadas de la boca.

Areas de actividad.

El punto focal en la operatoria es la boca del paciente. El área alrededor de la boca se divide en zonas de actividad -- descritas en términos de la carátula de un reloj sobrepuesto en la cara del paciente.

Area del operador: 8.00 a 11.00

Area del asistente. 2.00 a 5.00
También los instrumentos empleados más frecuentemente se sitúan en esta área.

Zona estática: 11.00 a 5.00

Zona transferencia: 5.00 a 8.00
Toma lugar en la boca del paciente. Deben tomarse precauciones en la transferencia de instrumentos de mano, y piezas de alta velocidad para que el paciente no sufra lesiones de los objetos agudos.

(Ver ilustraciones en las páginas siguientes).



CUADRANTE INFERIOR DERECHO.

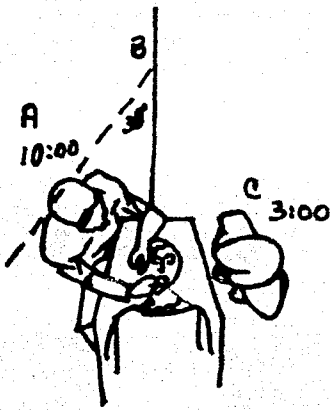


Figura 1. Demuestra lo siguiente con respecto a la posición del operador.

- a) Posición relativa a las 10 en punto.
- b) Posición angular de 30 grados-
- c) La asistente en la posición relativa de las 3 en punto.



Figura 2. Demuestra al operador - la rodilla izquierda y muslo, des cansando confortablemente debajo del respaldo.

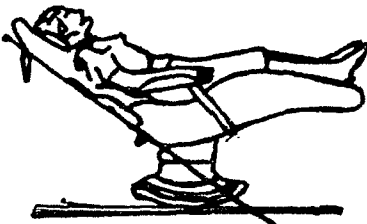


Figura 3. Ilustramos la Inclina-- ción horizontal apropiada del si-- llón. Que está a 40 grados desde el horizontal.

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.

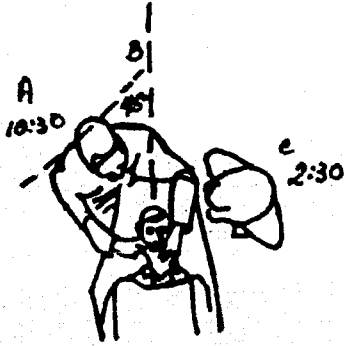


Figura 4. Manifiesta lo siguiente con respecto a las posiciones de los operadores.

- a) Posición relativa 10.30
- b) Posición angular 45 grados.
- c) Asistente en la posición relativa de 2.30.



Figura 5. Demuestran los operadores ambas rodillas, descansando confortablemente debajo del respaldo.

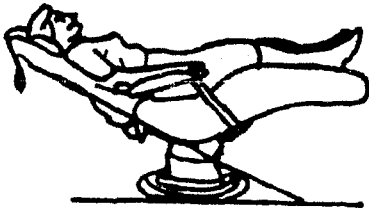


Figura 6. Demuestra la posición horizontal apropiada del sillón dental. Que está a 30 grados desde el horizontal.

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.

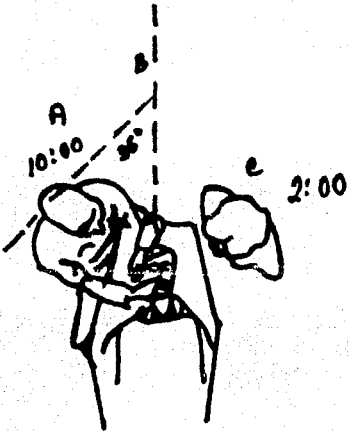


Figura 7. Manifiesta lo siguiente con respecto a la posición del operador.

- a) Posición relativa a las 10.00
- b) Posición angular de 35 grados.
- c) Asistente dental en la posición relativa de 2.00.



Figura 8. Muestra el operador la rodilla izquierda y muslo descansando confortablemente debajo del respaldo.

También muestra el movimiento ligero de las caderas hacia el frente, lo suficiente para observar el panorama oclusal del maxilar y dentadura.

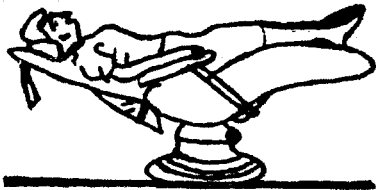


Figura 9. Demuestra la inclinación apropiada del sillón, que está completamente horizontal.

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.

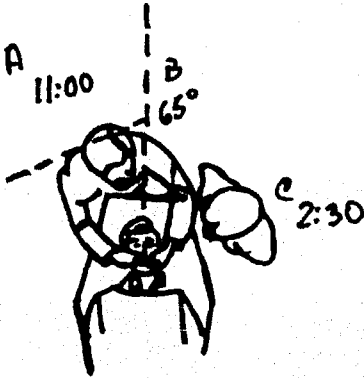


Figura 10. Manifiesta lo siguiente con respecto a la posición de los operadores.

- a) Posición relativa de las 11.00
- b) Posición angular de 65 grados.
- c) Asistente dental en la posición relativa de 2.30.



Figura 11. Demuestra además las rodillas y muslos de los operadores descansando confortablemente debajo del respaldo.

También muestra el movimiento ligero de las caderas de frente, lo suficientemente para ver el panorama oclusal, de la superficie del maxilar y dentadura.

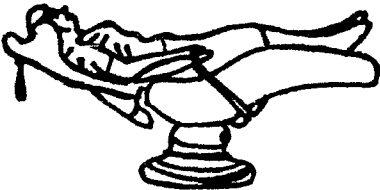


Figura 12. Demuestra la inclinación horizontal apropiada del sillón, que está completamente horizontal.

Figura 13.

Dentro de las posiciones (angular y relativas) previamente descritas.

El operador asume sentado la postura apropiada, que es: pies planos sobre el piso, bajar perpendicularmente las piernas y muslos al piso, hacia atrás y cuello, estar ligeramente inclinado.

La asistente dental, la posición de ella misma es estar medio de frente más elevada que el operador, y usa el resto de su cuerpo como soporte, al estar ligeramente inclinada dentro del campo de operación.



Manipulación de materiales: PRINCIPIOS.

Almacenaje.

1. Una pequeña cantidad de los materiales utilizados más frecuentemente se guardan en el gabinete móvil de la asistente.

2. Todos los materiales que puedan premedirse (como el alginato) se guardan en porciones en el gabinete de la asistente, también las cápsulas de amalgama pre-empacadas.

3. Los materiales usados frecuentemente se colocan en la parte trasera del gabinete. Los que no se usan tanto, pero se necesitan al empezar la operación, deben guardarse en la sección anterior, ejemplo: dique de goma, anestesia, etc.

Manipulación.

La asistente debe anticiparse a la necesidad de materiales que requieren ser mezclados y amalgamados y tenerlos listos poco antes de su uso, cuando el doctor pregunte por ellos, ejemplo: óxido de zinc, y eugenol, medido en un papel para mezclar (o loseta de vidrio).

Los materiales se preparan justo antes de usarlos. Serán mezclados en la esquina izquierda del gabinete después de mover la charola de instrumentos hacia la derecha, para dejar libre el área de mezclado.

Distribución.

Después que se ha preparado la mezcla, ésta se coloca en

la esquina de la loseta cercana a la boca del paciente. Entrega al doctor con la mano derecha, dejando su mano izquierda libre para la transferencia de instrumentos y limpieza de los ya usados, que se colocan de nuevo en la charola.

La asistente usa su mano izquierda para colocar materiales en la preparación: ejemplo: la inserción de amalgama, o para retraer los carrillos de la lengua.

Limpieza.

1. Los materiales sobrantes se arrojan al cesto de basura, lo mismo que los instrumentos desechables.

2. Las espátulas y demás instrumentos se lavan.

3. La superficie superior del gabinete y la charola de instrumentos se mantienen limpios durante la operación. Todos los instrumentos se acomodan en su lugar de origen dentro de la charola después de su uso.

C) Selección del equipo dental.

Sillón dental:

1. Proporcionar apoyo completo para el cuerpo, cabeza -- brazo y piernas del paciente en posición supina.

2. Permitir sentar y despedir al paciente de cualquier lado.

3. Tener un respaldo angosto (máximo 20 cm).

4. Tener un respaldo delgado (máximo de 5 cm).

5. Tener un respaldo de una sola pieza (no partido por la mitad).

6. Tener controles empotrados a ambos lados del respaldo cerca de la porción superior.

7. Tener controles de pie para subir y bajar.

8. Tener base giratoria.

9. El sillón debe estar a 35 cm. del piso o menos.

Banco del operador:

1. Debe ser completamente móvil (independiente del sillón dental).

2. Debe tener base estable, con cuatro patas con sus ruedas.

3. Silla acojinada con leve contorno.

4. Tener barra de soporte para la espalda con ajustes vertical y horizontales.

5. Ajuste vertical de la silla a un mínimo de 35 cm.

Banco de la asistente:

1. Debe ser completamente móvil (independiente del sillón dental).

2. Tener base amplia y estable con cinco ruedas.

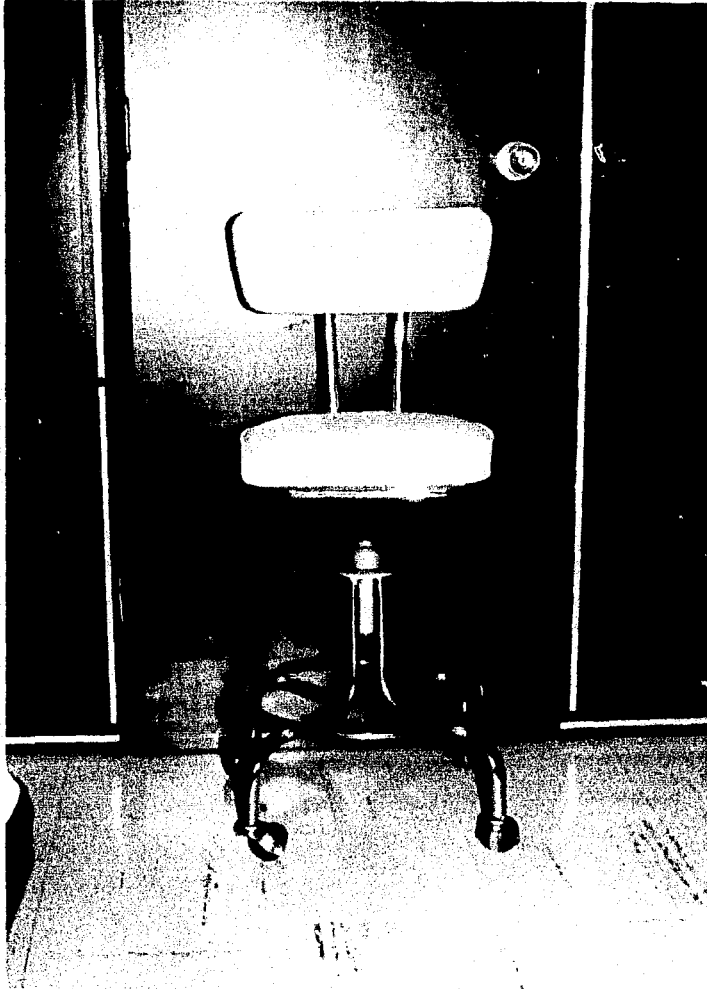
3. Silla acojinada.

4. Debe ser fácil de ajuste en altura desde un mínimo de 43 cm. hasta un máximo de 54.

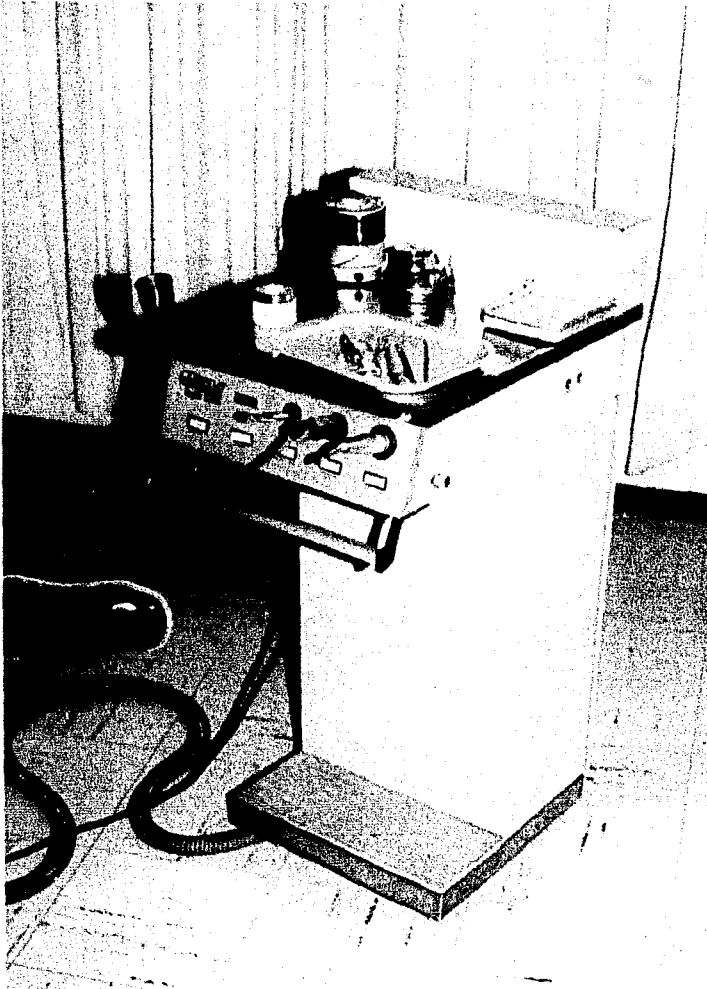
5. Soporte para el cuerpo con ajustes verticales y horizontales.



A) BANCO DEL OPERADOR.

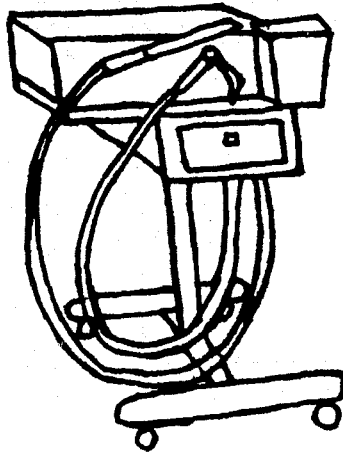


B) BANCO DE LA ASISTENTE.



Unidad del Operador.

1. No deberá interferir en los patrones deseables. 2. Debe ser flexible para operación individual o combinada. 3. Debe ser flexible para operar con la mano derecha o la izquierda. -- 4. Debe ser fácilmente reparada o reemplazada. 5. Debe proporcionar una superficie de trabajo para el operador. 6. Debe proporcionar contactos eléctricos. 7. Debe poder apoyar un negatoscopio. 8. Debe tener múltiples piezas de mano bajo la superficie de trabajo (mínimo dos alta velocidad, una de baja velocidad). 9. Debe tener un solo control de pie para las piezas de mano. 10. Debe tener una jeringa combinada para aire y agua.



Unidad de la asistente:

1. No interferir en patrones de trabajo deseables. 2. Ser flexible para operar sólo o en combinación. 3. Ser flexible para operar del lado derecho o del lado izquierdo. 4. Ser de mantenimiento, reparación o reemplazo fácil. 5. Poseer aspiración de alta velocidad, con punta ligera, flexible, con manguera que no pueda ser aplastada (montada del lado derecho del operador-diestro). 7. Tener una conexión para aspiración de alta velocidad, así como una salida para corriente eléctrica auxiliar. 8.- Tener un receptáculo conveniente para desperdicios. 9. Contener un amalgamador. 10. Proporcionar una superficie de trabajo sobre las piernas de la asistente. 11. Proporcionar sitio accesible para almacenamiento (materiales de restauración y de apoyo. 12. Poder ajustar su altura.



SILLON DENTAL.

Para asegurar la duración de los cables y mangueras y su flexibilidad y retracción, la asistente tendrá especial cuidado para evitar doblar y enredar las mangueras y cables al usarlos.

Entre cada paciente, las piezas de mano, jeringa tripe y manguera del eyector deben ser limpiados con una esponja con alcohol.

Si hay escupidera se le quitarán los restos de amalgama, sangre, pasta profiláctica, etc., y se limpiará con alcohol. Lo mismo en los descansabrazos y cabecera del sillón.

Lámpara dental.

1. Deberá iluminar adecuadamente la cavidad oral en todas las posiciones del sillón.

2. Debe ser fácilmente ajustable por el operador y la asistente.

3. Debe tener un mínimo de 1,200 lúmenes de luz en la boca del paciente.

4. No proyectar sombras definidas.

5. Permitir cambios de foco con facilidad.

6. Proporcionar suficiente iluminación sin molestias para el paciente.

Cuando no se usa, la asistente debe apagar la lámpara. La pantalla de la lámpara se limpiará con alcohol de gotas de sangre, y otros desechos con una franela, y con alcohol se limpiarán las manijas y switches.

Eyector de alta:

1. Debe drenar directamente al drenaje y no ocupar espacio provechoso del piso o liberar aire directamente hacia el sillón dental o unidad.
2. Debe tener alta velocidad de aire a baja presión
3. Fácil de desarmar para limpieza.
4. Tener controles convenientemente colocados para el -- operador y la asistente.
5. Debe tener una manguera flexionable y que no se colapse, de adecuada longitud.
6. Deberá de usarse en lugar de la escupidera.

La terminal de la manguera del eyector debe ser colocada en una posición cercana a la asistente. Ella debe limpiar -- y esterilizar la parte metálica del eyector (o usar un eyector-desechable) entre cada paciente. Los desechos sólidos del sistema se limpian con un chorro de solución germicida, periódicamente.

Gabinete del lavabo:

1. Deberá estar en el lado en que se encuentran el operador y la ayudante.
2. Deberá alojar cajas de conexiones con los elementos necesarios para las unidades del operador y de la ayudante. (Aire, agua, electricidad y vacío).
3. Deberá ser suficiente bajo para poder utilizarse sentado. (65 cm. por encima del piso.)

4. Deberá proporcionar operación de manos libres.
5. Deberá tener un control de temperatura fácilmente ajustable.
6. Deberá tener un pozo profundo fácilmente limpiable. - (15 cm.).
7. Deberá tener un receptáculo para desperdicios convenientes y accesible.
8. Estar equipados con una jabonera y un receptáculo para toallas convenientemente colocadas.

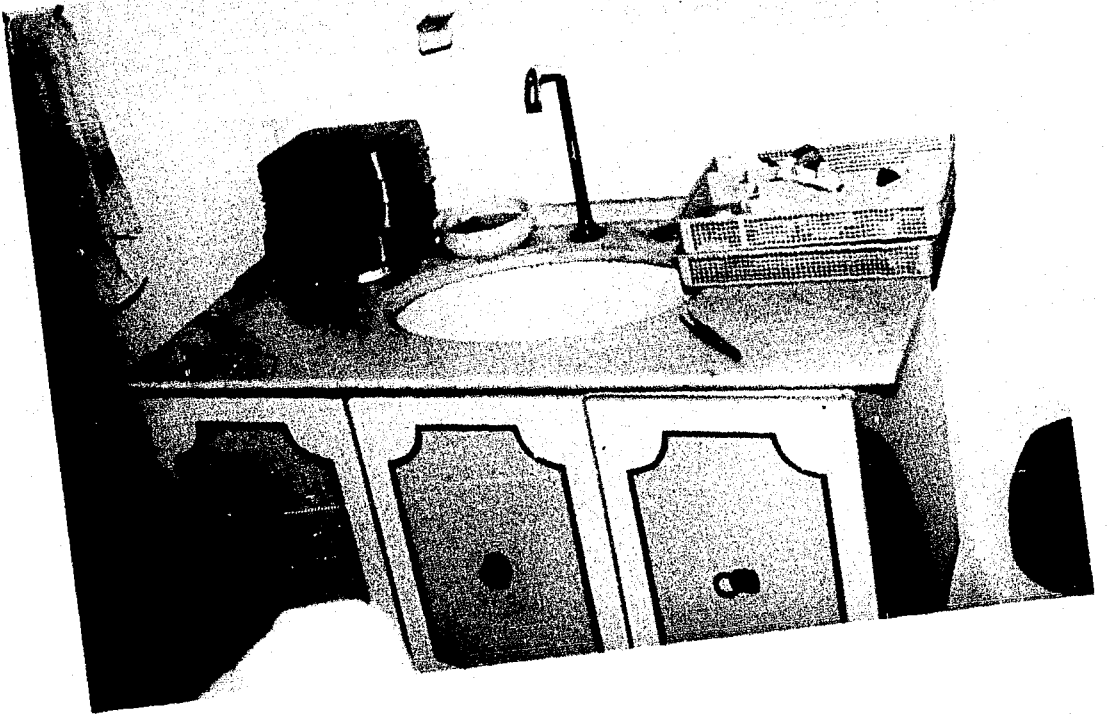
Iluminación de la habitación:

1. Proporcionará suficiente iluminación.
2. Eliminará sombras de la habitación.
3. No provocará molestias al paciente.

D) Ubicación para Odontología a cuatro Manos.

Antes de recibir al paciente, la asistente debe tener listo el consultorio como sigue:

1. El sillón dental completamente bajo para confort del paciente. El brazo del sillón levantado para permitir la entrada al sillón.
2. Todas las cuerdas y mangueras de la pieza de mano, e- yector y jeringas de agua y aire, recogidas para evitar obstrucciones al paciente.
3. Tener en su lugar una cubierta para apoya-cabeza o limpiar ésta con alcohol entre cada paciente.



GABIENETE DEL LAVABO.



ILUMINACION DE LA HABITACION.

4. Tener sobre el sillón dental una cubierta de tela para las pacientes femeninas.

POSICIONES DE TRABAJOS EN EL SISTEMA A CUATRO MANOS.

Para una mejor visibilidad de la asistente dental, suele estar en una posición más alta que la del operador.

La altura de la boca del paciente debe estar a nivel de los codos del operador.

Los movimientos de trabajo deben efectuarse con naturalidad y con el menor esfuerzo posible, para evitar dar al paciente estímulos negativos.

El campo de trabajo de la asistente dental y del operador debe estar bien definidos.

Acomodando al paciente:

1. La asistente acompaña al paciente al cuarto de operatoria y le señala el sitio donde debe sentarse, quitando la pieza de tela que sirve de cubierta.

2. Si el paciente es mujer, la pieza de tela se usa pasándola bajo sus piernas, y doblándola para cubrirlas. Se le pide que quite su pintura de labios.

3. Se baja el brazo del sillón.

4. Se coloca sobre el cuello y pecho una servilleta sujetándola con una cadenita y se acomoda el cabezal del sillón.

5. Se le informa al paciente que el respaldo del sillón-

se va a bajar hasta su posición más horizontal. Hasta que las rodillas y nariz queden a la misma altura.

6. La asistente eleva el sillón dental y pide al paciente se coloque lo más atrás posible de manera que su cabeza quede en el extremo del respaldo.

7. La unidad se acerca y se coloca dentro de la área operatoria y la lámpara se baja hasta el lugar donde puede ser operada por la asistente sentada en su banco.

Posición del operador:

Es correcta cuando:

1. Sus piernas están paralelas al piso y sus pantorrillas perpendiculares a éste. Su espalda debe estar soportada por el respaldo de su banco.

2. La posición de su banco depende de la zona en que se va a operar en la boca. Va de las 8 a las 11.00

3. Mantiene los codos contra los costados.

4. Sus hombros permanecen paralelos al piso.

5. Su espalda derecha y la vista baja, directa hacia el campo operatorio.

Posición de la asistente:

El banco de la asistente se coloca lo más cercano del paciente, cuando lo permita el sillón dental, acercando antes el gabinete, hasta tenerlo al alcance.



POSICION DEL OPERADOR.



POSICION DE LA ASISTENTE.

Se sienta de lado viendo al paciente, se ajusta el soporte del banco de manera que ajuste en la espalda. Esta se mantiene derecha y la cabeza levantada.

Sus rodillas se colocan hacia la cabeza del paciente, -- con los pies descansando en la base del banco.

La altura de sus ojos varía de 4" a 6" arriba de la cabeza del dentista, dependiendo en la zona que se opere. (4" si se opera en el maxilar, 6" si se hace sobre la mandíbula).

Despidiendo al paciente:

Al despedir al paciente se sigue en orden inverso, los pasos que se hicieron al recibirlo.

1. La lámpara dental se mueve hacia un lado.
2. Se coloca la unidad lejos de la zona operatoria.
3. El sillón dental es bajado y el respaldo se hace hacia adelante.
4. El brazo derecho del sillón se eleva.
5. Si el paciente es mujer se le retira la tela que cubre las piernas.

E) MANIPULACION DE INSTRUMENTOS.

Charolas pre-preparadas.

Ventajas:

1. Organización de un plan ordenado para el arreglo del-



MANIPULACION DE INSTRUMENTOS.

Instrumental.

2. Ahorro de tiempo: ni el doctor ni la asistente tienen que levantarse de su lugar para buscar instrumentos y materiales.

3. Se evita la contaminación de otros instrumentos y materiales colocándolos en cajones.

4. Ayudan en el adiestramiento de la asistente y le ayuda en aprendizaje de los instrumentos correctos para cada operación.

5. Elimina el uso de instrumentos inadecuados e innecesarios.

6. Pueden ser guardados en gabinetes hasta su uso.

Selección de charolas por colores:

Usando diferentes cintas de colores para cada operación: ejemplo: azul para amalgama, rojo para silicato, amarillo para preparaciones de oro; y poniendo una banda de color correspondiente alrededor de cada instrumento y en la charola para la que están destinados, será más fácil la selección de instrumentos. Si se desea se coloca la banda de diferente manera o un número de ella, conforme los instrumentos vayan a ser utilizados y en ese orden se acomodan en la charola.

La cinta deberá resistir la temperatura del autoclave y se substituirá por una nueva periódicamente.

En la práctica privada cuando se cuenta con dos equipos-

(sillones, unidades, etc.) o más y se usa instrumental y material independiente para cada equipo, las bandas de colores ayudan a distinguir los instrumentos de cada equipo.

Puede hacerse poniendo una banda en el instrumental del equipo No. 1 y dos en los instrumentos de equipo No. 2. O hacer una combinación de colores usando dos cintas. Ejemplo: cintas azules en todos los instrumentos para amalgama del equipo número 1; bandas azul y amarilla en todos los instrumentos para amalgama del equipo No. 2

De una mirada esto dice a la asistente como preparar rápidamente los instrumentos cuando limpia y reacomoda las charolas salvando tiempo y movimientos.

Charolas:

En la selección del tipo de charolas, debe tomarse en cuenta el material de que están hechas:

Fibra de vidrio: No se puede esterilizar en el autoclave.

Acero inoxidable: Puede esterilizarse en el autoclave.

Aluminio: Puede esterilizarse en el autoclave.

Plástico: Usualmente no puede ser esterilizado en el autoclave.

La charola con todo e instrumentos debe poderse esterilizar en el autoclave. Después de que termine la esterilización, las charolas deben ser guardadas en un gabinete cercano al autoclave.

Transferencia de Instrumentos a cuatro manos:

Pasos Básicos:

1. Toma del instrumento.
2. Colocación en la charola.
3. Entrega en la mano del operador.
4. El cambio.

Formas de tomar el instrumento.

1.- Forma de pluma.- la parte activa del instrumento está hacia la asistente.

2.- Forma de pluma invertida.- el doctor recibe con los dedos solamente.

3.- En la palma.- También aquí la parte activa del instrumento está hacia la asistente.

4.- Forma palmo-pulgar.- el doctor recibe el instrumento con la palma en movimiento de la clase II.

Ejemplos:

Forma de pluma

Espejo.

Explorador.

Excavador.

Condensador de amalgama.

Cucharilla para amalgama o bruñidor.

Pieza de mano

Curetas

Instrumentos plásticos.

En la palma.

Jeringa Carpul.

Pinzas de curación.

Tijeras.

Jeringa triple.

Fórceps.

Cucharillas para la impresión.

Azada recta.

TRANSFERENCIA DE INSTRUMENTOS DE MANO.

Tiempo de trabajo No. 1.



Secuencia de movimientos:

El operador usa un explorador con su mano derecha, mientras sostiene con la izquierda el espejo, para visión indirecta.

La asistente detiene en posición, la punta del eyector - con su mano derecha mientras con la izquierda sostiene el instrumento siguiente.

Entre la punta de los dedos pulgar, índice y medio.

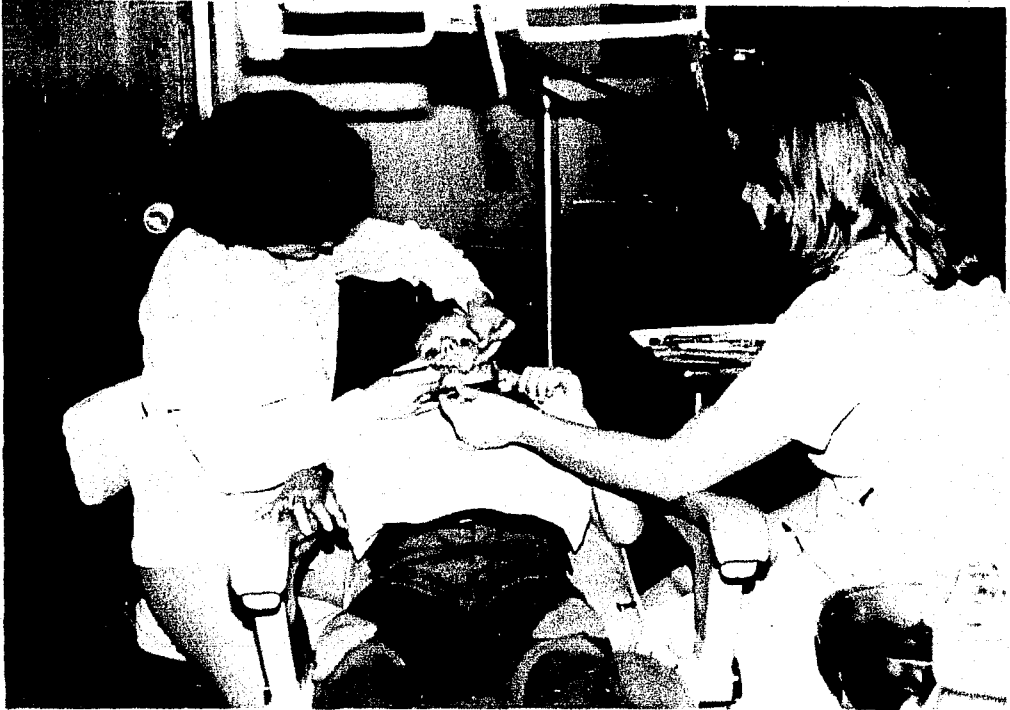
Por el lado opuesto del que se colocará en la mano del

operador.

Junto al campo de operación.

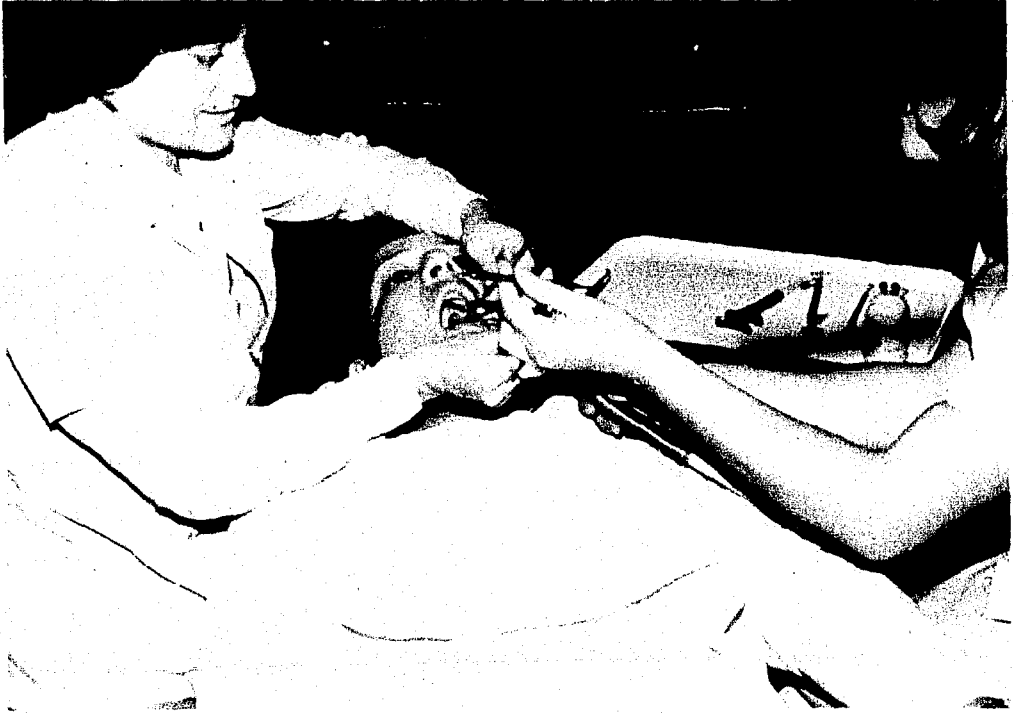
Con el mango paralelo al del instrumento usado por el --
dentista.

El dedo anular y meñique de la mano izquierda están ex--
tendidos y listos para recibir el instrumento que está usando -
el dentista.



La señal de cambio:

La posición de la asistente no ha cambiado. El operador señala que está listo para el próximo instrumento levantando el que está usando, de los dientes donde opera o haciendo un movimiento con los dedos, retirando el dedo en que se apoyó.



Estado de pre-transferencia.

La asistente toma el instrumento ya usado, cogiéndolo --
firmemente con los dedos anular y meñique de su mano izquierda.

Paso de transferencia terminada.

Note que el paso es hecho de manera que la parte activa del instrumento apunta en dirección del lugar en que se usará-- en la boca.

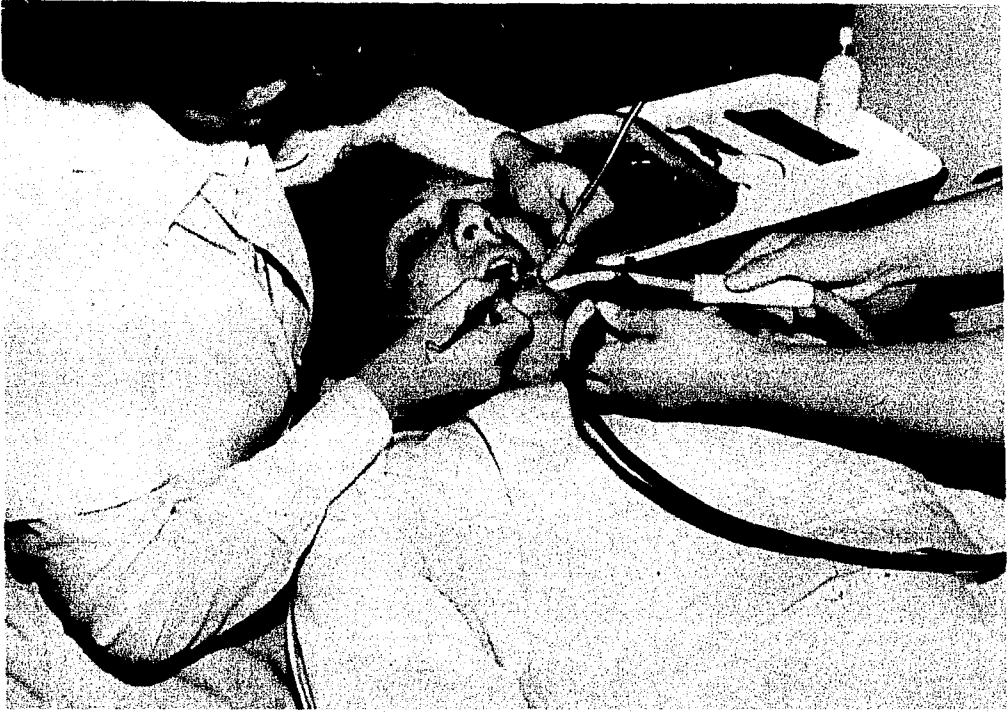
Tiempo de trabajo No. 2.

Otro movimiento de clase I de la mano derecha del operador coloca el instrumento sobre el diente y en función.

Si el instrumento que dió el dentista va a ser reusado, la asistente lo lleva de los dedos anular y meñique, donde lo recibió, a la punta de los dedos índice y medio con ayuda del pulgar.

Y lo regresa a la posición entre sus dedos: pulgar, índice y medio para regresarlo al operador.

TRANSFERENCIA DE LA PIEZA DE MANO.



Paso de trabajo No. 1.

La asistente sostiene la pieza de mano.

Entre las puntas de los dedos pulgar, índice y medio de la mano izquierda.

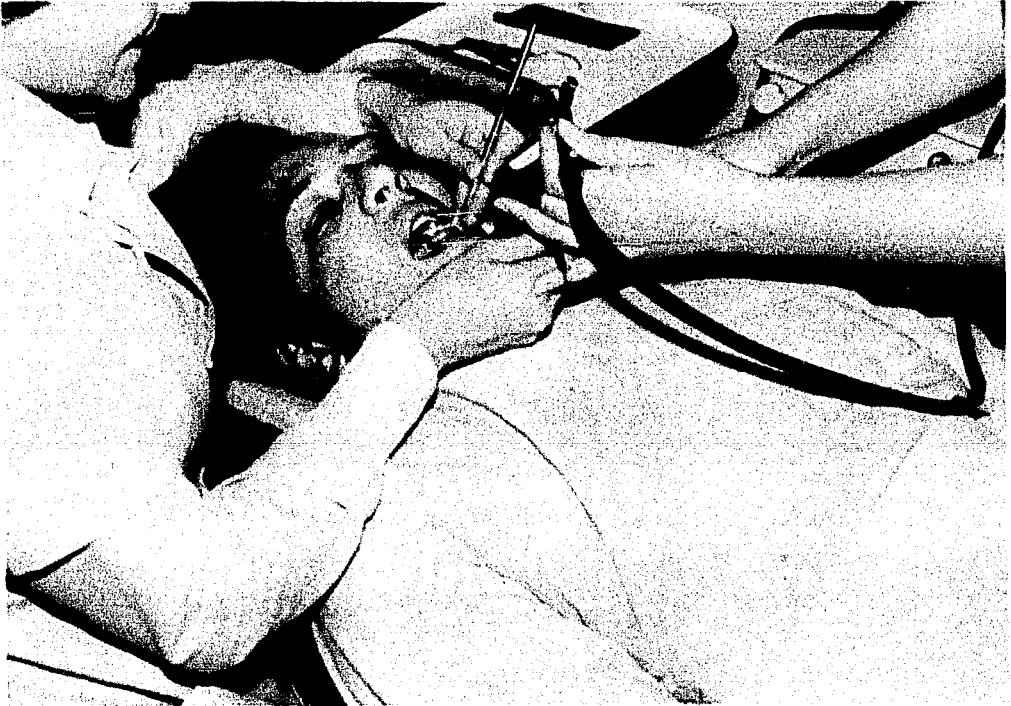
De manera que esté paralela al instrumento que se está usando en el paciente.

En posición tal que la fresa apunte al sitio en que se usará.

Y extiende los dedos anular y meñique de la misma mano, listas para recibir el instrumento usado.

Señal de transferencia.

Sin quitar el dedo anular del lugar de apoyo, el dentista retira de la boca del paciente el instrumento usado con un movimiento de clase I.

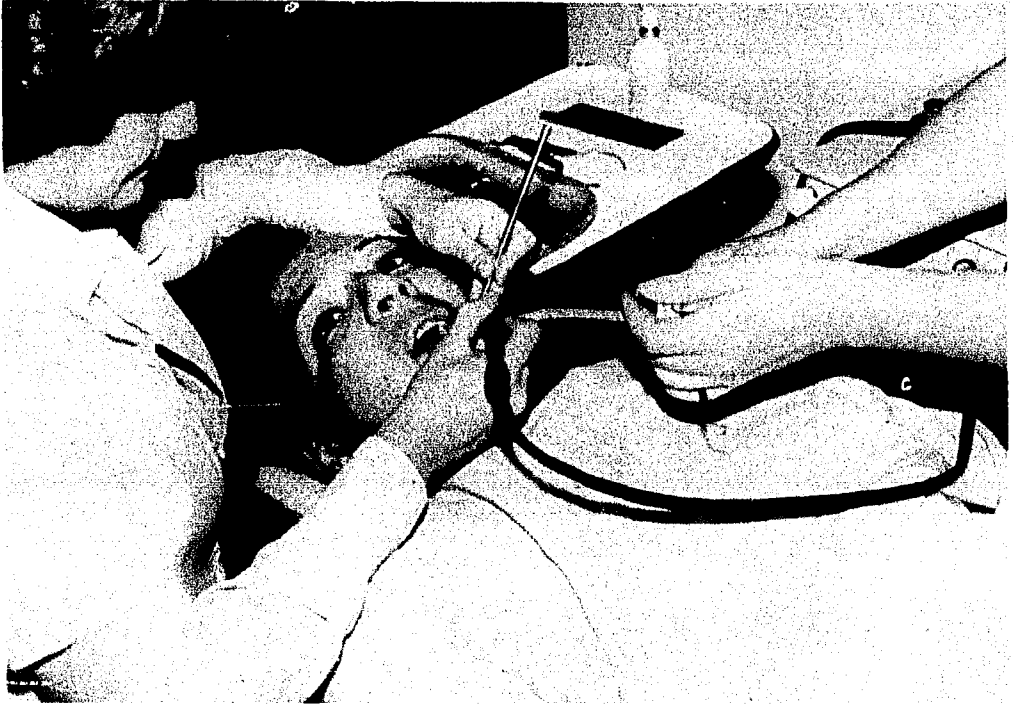


Estado de Pre-transferencia.

La asistente recibe sosteniendo firmemente el instrumento usado con los dedos anular y meñique.

Estado medio de la transferencia.

La pieza de mano se coloca en la mano del operador en la posición que ha de ser llevada a la boca.



Complementada la transferencia:

El operador ha recibido la pieza de mano y la mano de la asistente queda libre.

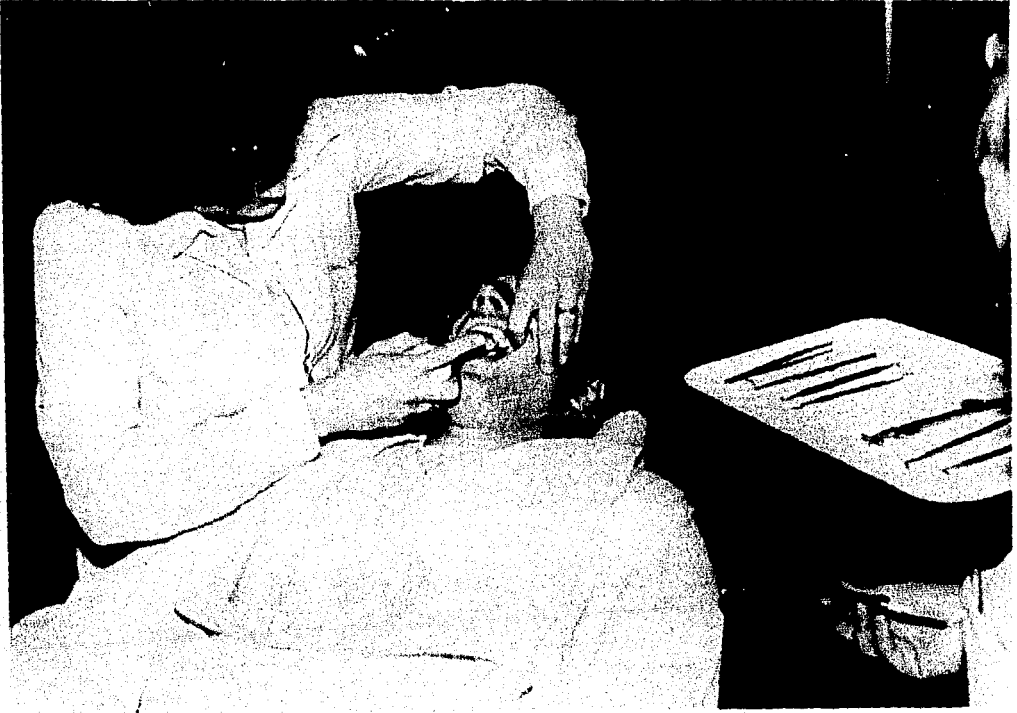
Tiempo de trabajo No. 2



Con otro movimiento de clase I, el operador coloca la --
fresa en posición.

F) PREPARACION DE LA BOCA.

Tranferencia de la jeringa Carpule.



Inyección:

La asistente sostiene la jeringa por el barril con su mano derecha justo al lado izquierdo del paciente y se prepara para recibir el aplicador de anestesia tópica con su mano izquierda.

El operador mientras administra el anestésico tópico, extiende los dedos de su mano izquierda sobre los ojos del paciente para cubrir la jeringa a su vista.

Señal:

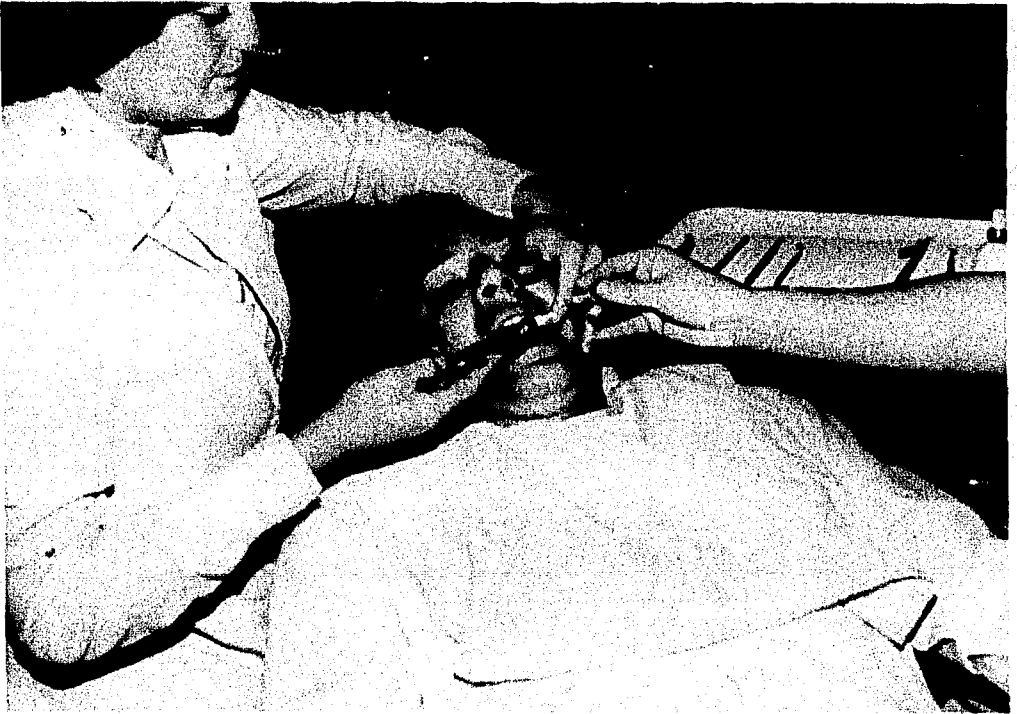
El operador retira el aplicador de anestésico tópico del sitio de la inyección; así señala a la asistente que lo tome -- con su mano izquierda.

**Estado de pre-transferencia.**

El operador coloca su mano derecha con la palma hacia arriba a la izquierda de la cabeza del paciente. La asistente retira el aplicador y lo deja sobre la charola y enseguida recoloca la jeringa en la palma del operador, ya en posición. Si lo posee asegura el anillo de la jeringa en el pulgar del operador.'

Estado medio de transferencia:

La asistente quita la cubierta de la aguja con los dedos pulgar e índice de su mano derecha.



Estado final de la transferencia.

La asistente toma la cubierta de la jeringa entre la palma y los dedos anular y meñique de la mano derecha y da vuelta al barril de la jeringa, para poner en posición el bisel de la aguja hacia el hueso.

Tiempo de trabajo No. 2.



El operador comienza la inyección y la asistente regresa y coloca la cubierta de la aguja en la charola así como el aplicador.

Lavando el sitio de la inyección.

La asistente toma la jeringa triple con el dedo índice y medio de su mano izquierda agarrándola por el extremo activo. - Sostiene con los dedos anular y meñique de la misma mano el eyector de saliva y coloca su mano derecha a la izquierda de la cabeza del paciente lista para recibir la jeringa.



Estado de pre-transferencia.

La asistente coloca la jeringa triple en la mano derecha del operador



El operador lava el sitio de la inyección con la jeringa triple, mientras que la asistente coloca el eyector en el área retromolar, donde se acumulan los flúidos. Su mano derecha está en posición para recibir la jeringa triple, antes de que el lavado se complete.

G) PREPARACION Y LIMPIEZA DEL CUARTO DE OPERATORIA.

Preparación.

Cuando la asistente empieza a preparar el cuarto de operatoria para un paciente, ella saca la charola para una operación particular y pone en ella la jeringa para anestesia y la punta del eyector. Pone la charola en el gabinete móvil en la esquina más a su alcance. Después de que ha sentado al paciente abre la charola y coloca la tapa a un lado. Esta etapa sirve para colocar instrumentos de uso poco frecuente, así como ejemplo: porta clams, arco de young, tijeras, hemostático y la jeringa de anestesia. La asistente también saca del gabinete todas las cosas ocupadas en la operación como vasos Dappen, cartuchos de anestesia, seda dental, y las coloca en la tapa de la charola.

Entonces la asistente elabora la historia clínica y coloca las radiografías en el epidoscopio. Checa la historia clínica para ver cual diente va a ser restaurado. Entonces se colocan las fresas que van a ser usadas en las piezas de mano.

Limpieza:

Después de completada la operación y despedido el paciente, la asistente quita la punta del eyector y la basura y los coloca en el basurero.

La asistente usará una esponja con alcohol para limpiar las piezas de mano, la manguera del eyector, las manijas de la lámpara los switches del sillón dental, las superficies superio

res del gabinete y las manijas de los cajones.

Instruyendo a la asistente al lado del sillón.

Para la asistente inexperta, la instrucción del doctor -
deberá incluir:

1. Pre-planeación del tratamiento del paciente.
2. Posiciones del paciente, operador y asistente, con --
respecto al sillón dental.
3. Uso de charloas.
4. Métodos de intercambio de instrumentos.
5. Uso de jeringa triple y eyector.
6. Preparación y entrega de los materiales de restaura--
ción.

H) PROCEDIMIENTOS PASO POR PASO, ODONTOLOGIA A CUATRO MA NOS.

Charola para la aplicación de anestesia local.

- 1) Anestesia tópica (pantocaina).
- 2) Merthiolate.
- 3) Aguja desechable.
- 4) Paquete estéril de la jeringa, contenido:
jeringa carpule. Torundas de algodón. gasas 2 x 2.
5. Cartuchos de anestesia.

ANESTESIA PROCEDIMIENTOS.

ASISTENTE	OPERADOR
<p>Preliminarmente, antes de la llegada del paciente, abre el paquete de anestesia e <u>in</u>serta la aguja en la jeringa y ensarta el arpón, los cubre para tenerlos limpios y fuera de la vista del <u>pacien</u>te.</p>	
<p>Pasa la gasa 2 x 2</p>	<p>Limpia la saliva y seca el -- área de la inyección.</p>
<p>Pasa merthiolate en un aplicador de algodón.</p>	<p>Limpia el área de la inyec--- ción con merthiolate.</p>
<p>Recibe el aplicador usado, y pasa la anestesia tópica en una torunda de algodón.</p>	<p>Coloca el anestésico tópico - en el área de la inyección, - dejándolo de 2 a 3 minutos.</p>
<p>Pasa la jeringa colocándola en la mano del operador, bajo el nivel de la barbilla del paciente. Asegura el anillo en el <u>pul</u>gar del operador. Quita la <u>cubierta</u> y da vuelta a la <u>a</u>guja, dejando el bisel en <u>dirección</u> al hueso.</p>	
<p>Toma la jeringa triple y el eyector con la mano derecha.</p>	
<p>Recibe la jeringa carpule - con la mano izquierda.</p>	<p>Toma la jeringa triple y le-- da spray a la boca del <u>pacien</u>te.</p>
<p>Le pone el eyector en la <u>bo</u>ca del paciente.</p>	
<p>Pone la cubierta de la aguja y coloca la jeringa en la charola.</p>	

Procedimiento - Impresión con alginato.

ASISTENTE	OPERADOR
Enjuaga con agua las cucharillas.	Prueba la medida de las cucharillas.
Enjuaga y seca la boca del paciente.	Coloca la cucharilla inferior en posición, espera 3 minutos.
<p>Deposita la medida de agua en la taza y añade el polvo y mezcla.</p> <p>Pone el alginato en la cucharilla inferior y la pasa al doctor. Seca los dientes con aire. Limpia los pedazos de alginato permitiendo al paciente enjuagarse con agua.</p>	Coloca la cucharilla.
Enjuaga suavemente la impresión para quitar la saliva y la envuelve en toallas mojadas (vaciar en 15 min.).	
Empieza la segunda mezcla.	
Deposita la medida de agua en la taza, añade el polvo y mezcla.	
Deposita el alginato en la cucharilla superior y la pasa al doctor. Seca los dientes con aire.	Coloca en posición la cucharilla superior.
Limpia y seca la boca del paciente.	Quita la cucharilla superior.

Charola para amalgama.

1. Pieza de mano de alta velocidad.
2. Pieza de mano recta.
3. Contraángulo.
4. Instrumental para dique de goma.
5. Instrumental para anestesia.
6. Equipo No. 1 (pinzas, explorados y espejo).
7. Cucharillas de dentina pequeña y grande.
8. Hachuelas para esmalte (media y grande).
9. Cinceles biángulados (pequeño y grande).
10. Condensador de amalgama (liso y estriado).
11. Recortador de amalgama.
12. Recortador.
13. Mandril y discos.
14. Matriz y porta matriz.
15. Tijeras para coronas.
16. Hemostato de punta curva.
17. Separadores.
18. Porta papel y papel articulador.
19. Seda dental.
20. Rollos de algodón.
21. Sostenedor magnético de fresas.
22. Eyector de saliva.
23. Punta aspiradora.
24. Mantequilla de cocoa (vaselina).
25. Fresas.

Procedimiento amalgama Clase II.

ASISTENTE	OPERADOR.
Pasa la pieza de mano con fresa de cono Invertido No. 35	Hace la apertura inicial.
Pasa la pieza de alta con fresa No. 245.	Prepara la forma del contorno oclusal y expone el limitante amelodentinario.
Pasa el cincel biángulado o la hachuela para esmalte, dependiendo de la operación que se vaya a efectuar.	Hace un descanso vertical para formar el escalón proximal.
Pasa el excavador si la lesión cariosa lo pide, o pasa el contraángulo con fresa redonda No. 4	Remueve cualquier caries remanente.
Pasa fresa de fisura No. 245. Lava el campo y seca la preparación.	Establece ángulo de 90°, el piso y las paredes.
Pasa las pinzas con algodón y su punta mojada con copalite (Base CAOII)	Aplica el copalite.
Pasa el portamatriz y la matriz.	Pone la matriz.
Aproxima el separador al campo de operación con hemostato curvo.	Lleva el separador y lo asegura.
Pasa un condensador largo.	Checa el margen gingival.
Pasa espejo y explorador.	Checa el margen gingival.
Pasa un condensador corto (chico). Carga el porta amalgama y coloca amalgama en la preparación.	Condensa la amalgama.
Pasa condensador grande.	Condensa la amalgama.

continuación.

ASISTENTE	OPERADOR
Sobreobtura con amalgama la cavidad.	
Pasa el explorador.	Remueve el exceso de amalgama - contorneándola respecto a la - banda.
Aproxima el hemostato curvo.	Quita el separador de madera - y el portamatriz.
Pasa pinzas de algodón con - torunditas de algodón mojado.	Quita la matriz - alisa la su- perficie de la restauración.
Lava y seca la boca del pa- ciente.	Revisa la oclusión.
Pasa porta papel con papel- articulador.	
Pasa disco si es necesario.	Quita puntos altos.
Sostiene el papel articula- dor en posición correcta.	Vuelve a revisar la oclusión.
Pasa seda dental.	Revisa contacto.

Preparación de equipo para restauración con composite.

1. Pieza de mano de alta.
2. Pieza de mano de contraángulo.
3. Fresas.
4. Fresas de diamante para terminados.
5. Equipo de anestesia.
6. Equipo No. 1 (pinza, explorador, espejo)
7. Cucharilla de dentina.
8. Hachita chica.
9. Cíncel chico.
10. Formador de ángulo mediano.
11. Instrumento plástico.
12. Bisturfs.
13. Mandril y contraángulo.
14. Matriz de celuloide.
15. Barniz cavitario.
16. Separador de madera.
17. Bandas de lija.
18. Discos de Garnet y Cuttle.
19. Material de restauración.
20. Espátula y papel para mezclar.
21. Vaselina.
22. Punta de aspirador.
23. Seda dental.
24. Rollos de algodón.
25. Sostenedor magnético de fresas.
26. Eyector de saliva.

Procedimiento composite.

ASISTENTE	OPERADOR
Pasa pieza de alta con fresa No. 321/2.	Hace la apertura por lingual y la forma de la cavidad.
Aspirar para mantener limpio el campo.	
Pasa pieza contraángulo con fresa No. 1/2 ó 4.	Quita el tejido carioso y hace la retención.
Pasa cucharilla de dentina y aplica aire.	Quita cualquier tejido carioso remanente.
	Hace el bisel en el margen de la cavidad.
Da spray aspiración y secado de la preparación. Pone rollos de algodón.	
Pasa pinzas de algodón con torrunda con copalite y seca otra vez.	Aplica el sellador de cavidad (copalite).
Pasa la banda de celuloide,	Coloca la banda de celuloide en proximal.
Pasa separador de madera con las pinzas de curación.	
Mezcla el material (según las instrucciones).	
Pasa el instrumento plástico y mantiene el material mezclado frente a la barbilla del paciente.	Coloca el material en la cavidad.
Guarda el exceso de material para checar el fraguado. Dice al doctor cuando el material está listo.	

Continuación.

Pulido del composite.

ASISTENTE	OPERADOR
Pasa el bisturf.	Quita el exceso de sobreobturgación.
Pasa la fresa de diamante - para terminados.	
Pasa la banda de lija (fina).	Pule las áreas proximales.
Pasa piedra verde o fresa de diamante redonda.	Pule cingulo si la oclusión es alta.
Pasa disco de lija.	Pulido final.

Charola para corona completa de oro.

1. Instrumental para anestesia.
2. Sostenedor para fresas (cambiador).
3. Eyector.
4. Punta del eyector.
5. Equipo No. 1.
6. Probador parodontal.
7. Cucharilla de dentina.
8. Cíncel biangulado. (largo).
9. Hachuela para esmalte (largo).
10. Tijeras para corona.
11. Instrumento plástico.
12. Retractor gingival.
13. Formas temporales.
14. Cucharilla individual de acrílico.
15. Adhesivo para hule.
16. Mercaptano.
17. Loseta de vidrio y espátula.
18. Inst. diamante. Rueda-fresa flama y flama larga.
19. Hoja de cera rosa.
20. Hemodent.

Preparación de la corona completa.

ASISTENTE	OPERADOR
Toma impresiones para articular.	
Toma impresión con alginato-- antes de empezar la operación si es que se va a usar una -- corona temporaria de acrílico.	
Pasa pieza de mano con rueda da diamante.	Reduce oclusal.
Limpia y seca mientras se usa la pieza de mano.	
Pasa pieza de mano de alta -- con fresa de dedo de diamante.	Obtiene la reducción axial.
Pasa pieza de mano de alta -- con fresa de flama de diamante.	Obtiene la reducción proximal.
Pasa espejo y explorador.	Checa el margen gingival.
Coloca rollos de algodón y se ca el área. Prepara el algina to para la impresión y hacer la corona temporaria.	
Mezcla el acrílico y lo coloca en la impresión de la pieza que ha sido preparada; dejarlo hasta punto de migajón.	
Lubrica la pieza preparada.	Coloca la impresión del alginato, conteniendo acrílico.
Guarda un poco de acrílico - cuando empiece a liberar calor, avisa al operador.	Quita la impresión. Checa - la consistencia del acrílico. Quita el molde del diente antes de que frague completamente.

continuación.

ASISTENTE	OPERADOR
Coloca la impresión contenido acrílico en agua caliente hasta que frague completamente.	Remueve de la Impresión la corona temporaria y quita las rebabas, y prueba la corona.
Pasa las tijeras para la corona.	Checa la oclusión.
Pasa papel articulador con el sostenedor.	Hace los ajustes finales; quita la corona temporaria y se pule en el laboratorio.
Pasa fresa No. 8 para contraángulo.	

Procedimiento para cementar la corona completa.

ASISTENTE	OPERADOR
Pasa excavador de doble punta o explorador.	Remueve la corona temporaria.
Pasa espejo y explorador.	Quita el cemento que haya quedado.
Enjuaga la boca con agua tibia y evacua.	
Coloca rollos de algodón y seca el área con torunditas de algodón.	
Pasa la corona.	Prueba la corona.
Pasa rollos de algodón.	Pide al paciente que muerda suavemente un rollo de algodón para asentar la corona.
Pasa seda dental.	Prueba los contactos y hace ajustes.
Pasa rueda verde con pieza de mano.	Pule áreas rugosas.
Pasa espejo y explorador.	Checa el margen gingival.
Pasa papel articulador y porta papel.	Prueba la oclusión.
Pasa piedras y discos con contraángulo.	Ajusta margen y oclusión.
Quita los rollos de algodón.	
Revisión Final.	
Lava y enjuaga la boca.	
Pasa rollos de algodón, y seca el área.	
Aplica copalite y seca otra vez.	Hace el pulido final en el laboratorio, si es que se hicieron ajustes.

continuación.

ASISTENTE	OPERADOR.
Mezcla el cemento y lo pone en la corona.	
Pasa la corona.	Coloca y asienta la corona.
Pasa rollos de algodón, palillo de madera de naranjo.	Pide al paciente que aplique presión varias veces y siga mordiendo por 5 minutos sobre el rollo de algodón.
Pasa el explorador.	Quita el exceso de cemento.
Pasa seda dental.	Quita el exceso de cemento interproximal.
Enjuaga y checa la boca.	Checa la oclusión.

Procedimiento para Mercaptanos.

Pinta la cucharilla indicada con adhesivo 10 min. antes de usarla.

Lubrica los labios del paciente y pasa las pinzas para algodón.

Mezcla el material usando partes iguales.

Carga la jeringa y la cucharilla.

Pasa la cucharilla con el material de impresión.

Quita los rollos de algodón.

Toma tiempo 10 min.

Quita el material de impresión que haya quedado.

Lava y seca la boca del paciente.

Quita el hilo de retracción y seca la pieza preparada.

Inyecta el material de impresión alrededor del diente.

Coloca la cucharilla.

Sostiene la cucharilla.

Retira la cucharilla.

continuación.

ASISTENTE	OPERADOR
Procedimiento para cementar la corona provisional.	
Mezcla el cemento temporario y lo inserta en la corona.	Coloca la corona provisional.
Pasa espejo y explorador.	Quita exceso de cemento.
Pasa seda dental.	
Lava y enjuaga la boca del - paciente.	
Revisión final.	
Pasa la pieza de mano con un disco de hule.	Pule donde se hayan hecho a- justes.
Enjuaga y evacua.	

Trabajo de la asistente en colaboración con el C. Den
tista.

1. Cuando el doctor hace una extracción de la mandí-
bula, la asistente puede sostener el mentón con su mano.

2. Cuando el doctor ha trabajado por un largo perio-
do de tiempo en la región posterior y el paciente se está --
cansando, la asistente puede empujar la articulación temporo-
mandibular del lado opuesto.

3. Cuando el paciente está cansado de tener la boca-
abierta, la asistente puede sostener la boca abierta con sus
dedos.

4. Cuando se extrae una pieza del maxilar, la asisten-
te puede poner su mano sobre la frente del paciente y soste-
nerla.

5. Durante una operación con visión indirecta y uso-
de mucha agua, la asistente puede mejorar la visión del doc-
tor, dando spray al espejo empapando un rollo de algodón en
un antiempañante y acercarlo al espejo y pasarlo repetidamen-
te. (si la asistente es cuidadosa puede hacer esto sin que -
el doctor saque el espejo de la boca del paciente, pudiendo-
así seguir el tratamiento sin interrupción.)

6. Cuando el doctor prepara un Central o Lateral Infe-
rior, ya sea por labial o lingual, la asistente puede levanta-
r el labio inf. con su pulgar para evitar cuando se use --

spray, que el agua moje la barbilla y resbale hasta su ropa.

7. Cuando se pule una restauración de silicato por proximal con bandas de lija, la asistente puede colocar su dedo índice a lo largo de la enca para proteger los labios de una posible herida o raspada.

8. Cuando el doctor hace una incisión con el bisturí eléctrico o cauteriza un área hemorrágica con el cauterizador, la asistente puede usar el eyector colocándolo por debajo de la nariz para aspirar el aroma y no dejar que el paciente lo aspire.

9. Durante la toma de impresión, especialmente con hidrocólido, la asistente puede periódicamente ver si hay necesidad de remover la saliva con el eyector.

10. Cuando la asistente prepara un paciente (niño), al elevar el sillón, ella puede decirle que van en un elevador para evitarle el miedo a la altura. También soplar aire en la mano del niño con la jeringa y dejarlo que toque las piezas de mano.

11. Cuando el doctor efectúa una profilaxis y saca un instrumento sucio, la asistente deberá tener un algodón en su mano, lista limpiando el instrumento de sarro y detritus.

12. La asistente debe ver que pasa dentro de la boca y mirar al paciente en busca de cualquier signo para notificarlo al doctor.

13. Por ejemplo: ella puede ver si las piezas de amalgama van hacia la garganta del paciente, y el Dr. no puede verlas desde su sitio.

CAPITULO IV.

PROBLEMAS DE INTEGRACION DE GRUPO.

(Problemas paciente - profesional - personal auxiliar)

PROCESO DE COMUNICACION.

La educación del paciente depende de que la comunicación entre el odontólogo (o su personal) y aquel sea tan efectivo como sea factible sin comunicación no puede haber integración. El proceso de comunicación, está sujeto a la influencia de una serie de factores que, por referirse al ambiente que se produce la integración del grupo, son conocidos con el nombre de factores ambientales.

EL PACIENTE.

Entre los factores ambientales inherentes al paciente pueden mencionarse su edad, niveles de desarrollo físico, mental, emocional y social, creencias, cultura y capacidad de aprender, etc. estos factores influyen en el grado de cultura y formación individual. Ya que las personas por lo general reaccionan de acuerdo con su cultura y su formación.

Los individuos pertenecientes a los estratos socioeconómicos inferiores tienden a abandonar el cuidado de sus dientes, en parte a causa de la pauperización de sus ingresos, pero quizá más aún porque la idea de cuidados preventivos es foránea a su cultura. Para pacientes de ciertos estratos culturales el mantenimiento de sus dientes naturales tiene poca importancia o ninguna; en realidad muchos de ellos prefieren las dentaduras artificiales. Y por el contrario los componentes de grupos culturales que valoran la óptima salud y la buena apariencia tendrán a tener una actitud más favorable con respecto a la salud bucal.

COMUNICACION ENTRE DENTISTA Y PACIENTE.

El dentista tiene que aprender a comunicarse con sus pacientes, a comprender bien a la gente y sus problemas, tanto físicos como afectivos. Si el paciente no tiene confianza en su dentista, el tratamiento no suele ser satisfactorio.

Es obligado pues, que el dentista aprenda a abordar a sus pacientes con cuidado y a la vez sea oyente y asesor. Para conseguir los resultados perseguidos, el dentista debe empezar a comprender al paciente en su totalidad y en la parte que como profesional, le toca desempeñar en la vida de aquel. No hay razón para que el dentista no comprenda a su paciente como un todo, y no sólo en lo que se limita a su enfermedad dental. Esta comprensión o la ausencia de ella tiene, una gran influencia sobre el diagnóstico y plan de tratamiento.

La relación entre el doctor y su paciente es de suma importancia para comprender lo que sucede durante el tratamiento y -- después de él; sólo una buena relación paciente-doctor promete perfecta salud dental para el paciente, satisfacción y éxito económico para el doctor.

Es esencial que el dentista práctico y moderno sepa - reconocer la variación continua de las situaciones psicológicas y evaluar a cada persona por separado; para ello tiene que comprender lo que hay detrás de los sentimientos de un paciente.

En una situación práctica podemos ver fácilmente que los tratamientos periodónticos, amplos están condenados al fracaso si el paciente no puede observar buenos cuidados en casa, como una buena higiene bucal adecuada. Hay que explicar al paciente que si el trabajo falla, la culpa será de su falta de higiene y no del dentista ni de su plan de tratamiento y así se evitarán muchas desavenencias en la práctica odológica.

COMUNICACION COMO PARTE DEL DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

A la larga, solo una buena comunicación entre el dentista y su paciente puede proporcionar a este una salud dental lo más perfecta posible, única base sólida para la satisfacción y el éxito del dentista. Es interesante y puede demos

trarse que el dentista dedicado por encima de todo, a proporcionar bienestar a su paciente, es el que a la postre consigue mayores beneficios financieros. No sucede casi nunca lo mismo a quien pospone estos beneficios el cuidado de la salud dental.

El cuidado dental debe ser siempre la meta del dentista, pero también debe tomar en cuenta hasta donde está dispuesto a aceptarlo el paciente. En la práctica odontológica - hay casi siempre la ocasión de elegir lo que puede hacerse y el modo de hacerlo. Estas disyuntivas Incrustación o amalgama, - puente fijo o removible suelen llevar consigo diversas implicaciones económicas. Además el adiestramiento y la habilidad de cada dentista influyen mucho en la forma del tratamiento dental que se instituya.

La boca y sus componentes desempeñan un papel vital - en el cuerpo y repercuten sensiblemente en todas sus actividades. Las relaciones mutuas de los elementos bucales y el funcionamiento de otros órganos del cuerpo se han estudiado mucho, igual que las existentes entre las emociones humanas y - las estructuras de la boca. Ya no podemos seguir separando - el Psiqué (la mente del soma (el cuerpo) ni tratandolos como elementos aislados, el dentista no puede imponer simplemente su tratamiento al enfermo sin tener en cuenta sus sentimientos respecto al caso.

Los dentistas han sido adiestrados en técnicas pura--

mente físicas hasta el punto de olvidar con frecuencia que -- también trabajan con emociones de sus pacientes. A veces se encuentra difícil comprender porque son rechazadas sus proposiciones de tratamiento.

Lo primero que el dentista debe comprender respecto a su relación con el paciente, es que éste no está obligado a hacer nada. Nadie puede ni debe dictar a un paciente lo que deba o no hacer, ni siquiera en lo referente a su salud. Es el propio paciente el que debe manifestar sus deseos de ser tratado. Si por cualquier razón una persona descuida su salud lo único que el profesional puede hacer para ayudarle a derribar las barreras psicológicas que le mueven a rechazar el tratamiento necesario. El dentista no sólo trata las estructuras bucales, sino la persona en conjunto, trata al enfermo y no sólo sus dientes.

Sin embargo, los dentistas no son psiquiatras, la mayoría no creen práctico analizar a cada paciente para determinar porque acepta o rechaza un plan de tratamiento dental. No puede esperarse que el dentista comprenda plenamente las necesidades e impulsos de cada enfermo y aunque alguno esté bien preparado en este terreno tales análisis detallados resultarían poco prácticos y nada económicos.

Pero los dentistas tratan a personas de diversa índole y la mayoría de ellas se mueven de un modo normal en el terreno emotivo. Por eso sólo deben entrar en lo que se re---

fiere a lo emotivo o afectivo normal.

EL ODONTOLOGO Y SU PERSONAL.

Otro grupo de factores que se debe tener en cuenta es el del odontólogo y su personal, con respecto al odontólogo se espera que trate de aplicar los mismos métodos que fueron usados para su enseñanza, siempre que las considere satisfactorias y adecuadas. Otro punto importante es el dominio que el profesional y su personal tengan sobre los temas de prevención y profilaxis que es otro paso para un buen trabajo dental.

Los profesionales son considerados como una fuente de información y, por lo tanto, deben estar actualizados respecto a los avances de la odontología moderna. El planeamiento de las actividades es fundamental; los programas conducidos a la aventura pueden tener tiempo y esfuerzo. Tan importante es como la actitud el interés y cordialidad del profesional y su personal tan esenciales para ganar la confianza y atención del paciente. Por el contrario, humillarlo mediante bromas consideradas, observaciones ofensivas sobre su ignorancia de los temas odontológicos, o comparaciones desfavorables con terceros sólo sirve para anular su interés y perder su atención.

A veces los odontopediatras hacen comparaciones desfavorables entre hermanos cuando el mayor de ellos, por ejemplo :No es una vergüenza que los dientes de tu hermano menor estén más-

limpios que los tuyos"?. La implicación de este comentario es-- que en lo que respecta al crecimiento y desarrollo (pericia y -madurez), el hermano menor está más adelantado que el mayor, y-- aunque la intención es la de estimular a este último a practi-- car una buena higiene bucal, más conciencizados, esto suele traer apareados frustraciones y negativismo.

Siempre debe tenerse presente que el niño es un ser integral y no un mero conjunto de dientes. En un caso de este tipo, lo mejor hubiera sido decirle al niño y a su madre, que su boca es más difícil de limpiar que la de su hermano, y que si todos-- los factores hubieran sido considerados, la conclusión sería -- que su tarea de limpieza fue por lo menos tan bien ejecutada -- como la de su hermano menor, y además lo felicitamos por el progreso alcanzado y veremos como la estimulación positiva nunca -falla.

En los casos en que sea indispensable transmitir información de tipo negativo, o que pueda causar ansiedad o aprensión, es conveniente reasegurar al paciente, precediendo esta información con otra de tipo positivo o alentador.

Veamos un ejemplo de como aplicar esta regla:

a) Supongamos se presenta un paciente con un diente en -tal estado que requiera ser tratado inmediatamente so pena de -perderlo una manera de presentar el problema (un trato brutal -serfa).

"Sra. Pérez, este diente tendrá que ser extraído a menos que lo tratemos enseguida". Otra manera más adecuada sería: "Sra. Pérez, por suerte usted ha venido a tiempo y nos ha sido posible diagnosticar su problema. Esto nos permitirá tratarlo y evitar consecuencias ulteriores".

b) El Sr. Romero tiene gingivitis relativamente generalizada y periodontitis en su sector anterior inferior. En lugar de hacerle saber su diagnóstico desde un principio podríamos decirle: "Sr. Romero, usted ha sido muy prudente en no esperar para venir a vernos de tal modo que podemos enseñarle como corregir algunos de sus problemas y prevenir su reparación antes de que sea tarde, etc.

ATMOSFERA EMOCIONAL.

Otro de los factores ambientales que se debe considerar es la atmósfera emocional en que se desarrolla la tarea. Esta es una condición relativa intangible, pero de la cual depende en buena medida que la comunicación interpersonal operador-paciente pueda realizarse. La atmosfera emocional está creada, en parte, por el profesional, su personal y el paciente, que aportan aquella sus características personales y formación, sus experiencias pasadas y sus actitudes hacia sí mismos y sus terceros.

De todos ellos el odontólogo es quien ejerce la mayor influencia, puesto que en última instancia es a él a quien le corresponde producir o facilitar la creación de una atmosfera emo

cional dentro de la cual todos los principiantes del proceso -- puedan comunicarse entre sí con libertad y sin inhibiciones.

El paciente no estará en condiciones de aceptar información, ni de desarrollar conductas nuevas, si su atención está -- centrada en sus propios temores y ansiedades, o las del odontólogo o su personal.

Si el dentista cree que no vale la pena escuchar a sus -- pacientes, y para callarlos les "encaja" algo en la boca que -- les impida hablar, o si es de los que no piensan gastar su tiempo explicando a los enfermos cosas que de cualquier manera no van a entender. El odontólogo que exprese un interés sincero en sus pacientes y no trate de convertirse en juez fiscalizador de su comportamiento, que tome en cuenta la diferencia entre los -- distintos individuos, trate de aliviar miedos y ansiedades, y -- que esté dispuesto a escuchar tanto aún más que hablar, habrá-- dado un gran paso hacia la creación de la atmosfera emocional -- de libertad, confianza y franqueza que son fundamentales para -- que el proceso de comunicación entre sí mismo y sus pacientes -- se realice con la mayor efectividad posible.

MEDIOS DE COMUNICACION.

Es importante que cuando se dan explicaciones a los pa-- cientes se use un vocabulario que esté al alcance de la compren-- sión del individuo. Cuando se explica un proceso bucal, cual-- quiera que sea, no es preciso dar una conferencia magistral, si

no hacerle lo más breve posible y en forma concreta, por ejemplo, para explicar la caries dental es suficiente decir lo siguiente: La caries dental es la destrucción de los dientes que ocurre como consecuencia de la retención de alimentos alrededor de aquellos. Los microbios de la boca utilizan esos alimentos y forman ácidos con ellos, disuelven los dientes y constituyen la caries.

Las imágenes visuales es otro medio de comunicación más utilizado. Una figura vale mil palabras, dice el refrán, y sin duda puede contribuir acentuadamente a aclarar el significado de una explicación verbal y a facilitar su aprendizaje y retención.

Existe en los casos comerciales, asociaciones odontológicas y reportaciones gubernamentales, gran cantidad de material audiovisual listo para usar. Ahora bien el odontólogo puede preparar su propio material audiovisual, ya sea con casos y experiencias pasadas como con buenos libros, revistas, etc.

Los psicólogos de la educación sostiene que el uso de dos elementos al mismo tiempo incrementan el aprendizaje y la excelente recepción y retención por parte del paciente, en esta forma estamos ayudando al enfermo y sobre todo motivándolo a que empiece a usar métodos de higiene bucal adecuados y mostrar interés por su salud. Por ejemplo, se comenta a un paciente el uso de la seda dental y se le brinda una demostración visual antes de solicitarle que practique por sí mismo, las posibilida-

des de que aprenda rápidamente y retenga por más tiempo, son mucho mayores que si sólo se le hubiera dado una explicación verbal.

Sin embargo, las figuras e ilustraciones no son sustitutos de las explicaciones y la atención personal. El empleo indiscriminado de artefactos audiovisuales, previa a la tarea educativa del carácter interpersonal que es tan trascendente, y puede llegar a originar fatiga y pérdida de atención de parte del paciente.

De esto se pueden desprender dos conclusiones:

1. Que el odontólogo debe elegir ilustraciones cuidadosamente y usarlas en forma moderada y no como sustituto de su actuación personal, y

2. Que los dentistas que no puedan conseguir material audiovisual, no deben sentirse incapacitados para educar con éxito a sus pacientes, pues el componente principal de todo programa es la persona que lo conduce y no los artefactos que se incorporan para facilitar su tarea.

A continuación pasaremos revista a los factores que afectan a la comunicación entre profesional, paciente y personal auxiliar, como lo perciben Weiss y Swearingen.

1. Atmósfera emocional, la que está bajo influencia de:

a) Los sentimientos de profesionales y pacientes sobre *

si mismos.

b) Los de estos respecto a terceros.

c) El tipo de relación odontólogo y personal con sus pacientes, y

d) El ambiente físico del consultorio.

2. El vocabulario utilizado:

a) Los profesionales deben de usar un vocabulario al alcance de sus pacientes y asegurarse de que estos entiendan sus explicaciones.

b) Es también importante que el profesional entienda --- las preguntas y comentarios del paciente.

3. El uso de materiales audiovisuales:

a) Existe una gran variedad de materiales que pueden facilitar y mejorar la calidad de la enseñanza, como fotografías, folletos, dibujos, modelos, diapositivas, etc.

b) Si se les emplea con discreción, nos puede ayudar en gran parte para facilitar nuestra faena diaria. Y por el contrario, si se les utiliza abusivamente la relación paciente-profesional de despersonaliza y el aprendizaje se deteriora.

Para mejorar la relación con el paciente, debemos tener presente los siguientes principios:

1. Tratar de escuchar y entender a los pacientes.

2. El paciente busca y necesita información profesional, y nosotros se la podemos dar.

3. Tratar de edificar confianza en los pacientes mediante expresiones de aprobación y reconocimiento, con ello creará un sentimiento de seguridad que a su vez promoverá la aceptación del tratamiento suministrado.

4. Invite a los padres de sus pacientes infantiles a acompañarlos al consultorio a las sesiones de educación, quizá no haya mejor manera de educar a los progenitores que por medio de la demostración directa de los problemas de los hijos.

5. Informe a los pacientes de los distintos pasos del tratamiento. Hay que informar antes que ejecutar.

6. Utilice ilustraciones simples o modelos para ilustrar sus conceptos.

7. Evite humillar al paciente mediante bromas, alusiones a su ignorancia y/o comparaciones desfavorables. Un error en este sentido pone fuera del círculo al profesional y deja de ser uno de los consejeros en quien el paciente pueda confiar.

EDUCACION INDIRECTA.

La educación indirecta se realiza por medio de un equipo audiovisual sin la presencia del odontólogo o su personal. La educación indirecta deberá reservarse para reforzar la educación directa (paciente, odontólogo y/o personal).

Entre los dispositivos más comunes podemos mencionar:

1. Proyectos audiovisuales que emplea diapositivas.

2. Grabadoras de cintas.
3. Proyectores cinematográficos.
4. Monitores de televisión con programas grabados en videotape.
5. Folletos.

En general este material puede ser de dos tipos:

- a) El comercial y,
- b) El preparado por el profesional.

Este último refleja las ideas, métodos, personalidad, -- voz y figura del odontólogo. Y aunque no es difícil de producir requiere equipo y tiempo para su preparación. En cuanto al comercial su variedad depende del mercado, y debe ser seleccionado de tal modo que refleje los conceptos educacionales y técnicas de cada profesional.

CAPITULO V.

C A S U I S T I C A .

Sr. Juan Ramírez Huerta.

Sexo: M Edad: 26 años, Empleado.

2 obturaciones de amalgama de plata en el 2° molar inferior izquierdo y en el 2° molar inferior derecho, en ambos se hicieron preparaciones de 1a. clase, poniendo primero copalite (barñiz) y un poco de dycal (hidróxido de calcio) por si algún cuerpo pulpar había sido tocado.

3 obturaciones exact (resina autopolimerizable) en los dos incisivos superiores y en el primer premolar superior derecho. En los tres se hicieron preparación de 5a. clase, la caries había atacado a nivel de los cuellos por labial y vestibular respectivamente.

Se antepuso a todo esto una profilaxis en todos los cuadrantes debido a la presencia de sarro dentario.

Sra. Consuelo Ayala Pérez.

Sexo: F Edad: 36 años.

9 obturaciones de amalgama de plata, localizadas en toda la arcada dentaria, 1 tratamiento de endodoncia de tres conductos en el 2o. molar inferior izquierdo, habiendo diagnosticado una pulpitis serosa y por lo tanto el pronóstico, favorable para el diente y desfavorable para la pulpa. Pulpectomía total.

Las caries encontradas fueron en las siguientes piezas:

1o. y 2o. premolar, 1o y 2o. molar inferior derecho.

1o. y 2o. molar superior derecho. 1o. y 2o. molar superior izquierdo. 2o. molar inferior izquierdo. En esta pieza había caries de 4o. grado, alcanzando a la pulpa en toda su integridad y por lo tanto la terapéutica a emplear fué pulpectomía total. Además esta pieza presentó movilidad debido al problema periodontal en ella existente, se le practicó detractaje y coretaje en dos bolsas periodontales de 5 mm c/u. En este tratamiento se le tomaron 4 radiografías periapicales. La primera para conocer el caso, la segunda para la conductometría, la tercera para la conometría con gutapercha y la cuarta obturación de los conductos, dos mesiales y uno distal.

Sr. Joaquín Martín del Campo Quezada.

Sexo : M Edad: 26 años Estudiante.

10 obturaciones de amalgama de plata, una profilaxis dental 1 endodoncia total.

Para empezar el tratamiento, lo iniciamos con la profilaxia dental por cuadrante, la primer sesión fue de destraje de dos cuadrantes; el superior derecho y el inferior del mismo lado, la segunda sesión se continuó con los cuadrantes faltantes y pulido total. Pasamos a las obturaciones de amalgama de plata. Las caries encontradas fueron en las siguientes piezas:

1er. premolar, 1o, 2o. y 3o. molares superiores derechos, 2o. molar inferior derecho 1o, y 2o. premolar, 2o y 3o. molar superior izquierdo, 2o. molar inferior izquierdo.

Las caries las pudimos catalogar como de primera clase, sólo que abarcaban surcos y fisuras, algunas tenían caries profundas por lo tanto pusimos hidróxido de calcio, base de óxido de zinc. y eugenol y al final la amalgama de plata.

La endodoncia practicada fué el primer premolar inferior derecho, el diagnóstico se hizo por anamnesis y prueba de vitalidad mediante frío y calor, encontrando vitalidad residual y por conclusión sacamos que era un caso de pulpitis crónica ulcerosa, el dolor casi no existe en estos casos, solo al masticar los alimentos sobre el diente dañado. La pieza se encontraba muy dañada en su porción coronaria, teniendo como única opción hacer una restauración con corona interradicular. Para este tratamiento de Endodoncia de un solo conducto, empleamos 4 radiografías; la del caso, la conductometría, la prueba del cono principal de gutapercha, y la cuarta y última que es la de la obturación del conducto propiamente dicho.

Srita. Teresa Artal García.

Sexo: F Edad: 23 años. Secretaria.

8 Obturaciones de amalgama de plata, 1 tratamiento parodontal y 4 radiografías.

Hicimos primero el tratamiento parodontal ya que la paciente el día que se presentó a consulta presentaba hemorragia gingival, la encía en general presentaba un color rojo púrpura demasiado oscuro, se practicó parte de curetaje a la vez que se midieron las bolsas periodontales existentes en todo el tratamiento, lo efectuamos por cuadrantes; primero los derechos y después los izquierdos, en el lado derecho había dos bolsas a nivel del segundo molar inferior y otra en el primer premolar superior del mismo lado. Se le hizo el curetaje adecuado, tanto de las bolsas como la de la encía regional, la siguiente sesión, proseguimos con el lado opuesto, tanto superior como inferior y notamos bastante mejoría en las bolsas periodontales, la hemorragia gingival había cedido.

Las obturaciones de amalgama de plata se hicieron en las siguientes piezas: 1er. premolar, 1o. y 2o. molares superiores derechos y en 1o y 2o. molar inferior derecho y primer premolar, 2o. molar superior izquierdo y 2o. molar inferior izquierdo.

Todas estas piezas fueron obturadas y consideradas como caries de primer grado, con preparaciones de primera clase, ya que sólo interesaban los surcos y fisuras en las piezas.

Durante el tratamiento parodontal fué necesario tomar 4-radiograffas para ver el alcance logrado en el tratamiento, resultó satisfactorio.

Sr. Antoni Ramirez López.

Sexo: M Edad 33 años. Ingeniero Agrónomo.

1 profilaxis, 6 obturaciones de amalgama de plata, 4 radiograffas, 1 incrustación y dos puentes removibles, superior-e inferior.

Al principio de cualquier tratamiento que se vaya a efectuar, siempre lo iniciamos con la limpieza total de las dos arcadadas dentarias, enseguida se procede a retirar la caries existentes que en este caso fueron: 1o. y 2o. premolar superior de rechos, en 1o. y 2o. premolar superior izquierdo y en 1o. y 2o. molares inferiores izquierdos. Todos se obturaron con amalgama de plata, con preparaciones consideradas de primera clase, --- pues solo abarcan surcos y fisuras de las piezas dañadas.

Se tomaron cuatro radiograffas de control exclusivamente. Se le preparó una incrustación en el 2o. molar inferior dere--cho, ya que su porción coronaria estaba dañada casi en su totalidad, le tomamos impresiones para puentes removibles, uno su--perior reponiendo el primer molar superior derecho, antes preparamos las brechas para los puntos de apoyo en ambos puentes.

CAPITULO IV.

CONCLUSIONES Y OBJETIVOS.

En este estudio nos hemos dado cuenta que si hay una relación psico-odontológica y que si tratamos de aplicarla en -- forma adecuada en nuestros pacientes, ellos notarán que mostramos un verdadero interés por sus problemas y ellos a su vez -- tratarán de cooperar para satisfacer mejor sus necesidades.

Para poder inducir dichos cambios, el dentista y su personal auxiliar deben entender las bases psicológicas y de esta forma poder participar con los pacientes en sus actividades hacia los tratamientos dentales.

Haciendo una observación de lo que hay en el capítulo IV, mencionamos sobre las motivaciones objetivas, positivas y la comunicación paciente-operador-personal auxiliar es una de las mejores formas de que nos valdremos para realizar una mejor -- práctica dental diaria; también se analizan el ambiente físico, el lenguaje a emplear que deberá ser sencillo y entendible para el paciente, el material audiovisual bien seleccionado.

Destaca el papel tan importante del que es el alma del consultorio. El dentista, que deberá estar siempre actualizado, tanto en innovaciones de material y equipo, como de información y métodos psicoprácticos, pero sobre todo deberá saber aplicar los en forma adecuada, y vemos al final que siguiendo una receta en trabajo y buena orientación profesional, podremos solucionar muchos problemas que suelen presentarse, tanto en la práctica diaria como en la integración de grupo.

OBJETIVOS.- Podemos enumerar los siguientes:

1.- Convencer al dentista de que puede lograr sus objetivos personales, profesionales, financieros, siguiendo los más altos ideales de conducta profesional y desarrollando una sana filosofía de la práctica dental.

2.- Describir técnicas de examen, modos de llegar a una conclusión diagnóstica, establecer programas óptimos de tratamiento y desarrollar modificaciones adecuadas para casos individuales.

3.- Exponer al paciente en forma clara y eficaz los resultados de exámenes, a fin de que comprendan y puedan aceptar el tratamiento recomendado, y

4.- Convencerse así mismos que la simplificación del trabajo y desarrollar la técnica a cuatro manos es la única forma de trabajar más en menos tiempo, con menos fatiga, logrando con esto, prolongar la longevidad profesional.

B I B L I O G R A F I A .

- ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION.
Simon Katz,
James L. Mc Donald Jr.
George K. Soockey.
- REVISTA ODONTOLOGICA.
U.A.G. No. 1.
Marzo, 1975.
- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.
Dr. Ronald L. Occhionero,
Octubre, 1974.
- PRACTICA DENTAL MODERNA.
Lloyd N. Hollander,
Editorial Labor.
- DENTAL SURVEY
Volúmen 50, No. 8
1974.
- DENTAL AUXILIARY UTILIZATION MANUAL.
Larry J. Crabb, Billy E. Rgsby,
Universidad de Texas.
- NUCLEO DE ODONTOLOGIA INFANTIL I
Sistema de Universidad Abierta,
Facultad de Odontología.