

Ambiente en la clínica odontopediátrica

López Nicolás, M.; Romero Maroto, M.; García Ballesta, C.

Resumen

Realizamos una valoración de lo que debe ser el ambiente de una clínica dental destinada a odontopediatría, centrándonos principalmente en la infraestructura del local y en los elementos que formando parte de la obra del edificio nos va a permitir conseguir el ambiente más adecuado para que resulte agradable al niño y se traduzca en una mejor colaboración por su parte.

Se hace una revisión de los distintos tipos de suelo, techos, colores de paredes, etc. valorando sus ventajas e inconvenientes.

Palabras Clave: Odontopediatría; Ambiente; Diseño; Marketing.

Summary

We make a valuation about how the medium of a dental clinic destined to a pedodontics has to be, looking principally in the center structure and to try to get the most appropriate medium for the child to be comfortable and get in.

This way a better collaboration from a revision of floors, roofs, walls, colors, etc., knowing its ventages and problems.

Key Words: Pedodontics; Medium; Desing; Marketing.

Introducción

El presente trabajo trata fundamentalmente del ambiente y diseño de una clínica destinada al quehacer odontopediátrico. En nuestra exposición hacemos una valoración general de los distintos elementos que componen la infraestructura de un local, sin matizar las distintas áreas que componen la clínica, y que serán objeto de posteriores trabajos en los que profundizaremos en todas

las peculiaridades que afectan a cada área específica.

Nuestro objetivo es realizar una organización y distribución adecuada y pensada para nuestros pacientes infantiles, teniendo siempre presente que las necesidades ambientales del niño van a diferir de las del adulto. No debemos caer en el error de considerar al niño como un "hombre pequeño", sino como una persona que se encuentra en un período evolutivo muy concreto que se traduce, entre otras cosas, en unas características físicas y psicológicas muy concretas.

Es necesario crear un ambiente agradable y atractivo que guste al niño y redunde en una mejor colaboración y disminución de la ansiedad⁽¹⁾. Intentaremos compaginar un ambiente agradable y a la vez, seguro y saludable, para lo que comenzaremos analizando los elementos fundamentales que componen la estructura de la clínica. Damos por supuesto que se asumen y respetan las tendencias actuales de diseño funcional y ergonómico, así como las medidas de higiene y desinfección en lo que no vamos a reparar para no hacernos más extensos.

Pensamos que es importante hacer una ligera introducción a la evolución psicológica del niño en sus primeros 12 años de vida.

Para autores como Osterrieth⁽²⁾ se distinguen 4 períodos evolutivos:

• De 1 a 3 años: Es el período de expansión subjetiva. En estas edades destacamos:

- Aparecen grandes progresos motóricos. El niño comienza a andar y a coger objetos. Es muy importante que la clínica disponga de amplias salas de espera con diseño adecuado para evitar accidentes. El niño tiene que moverse con libertad pero seguro.

- Aparecen progresos en el lenguaje. Hacia los 3 años aparece el ¿por qué?, que tiene doble función, la informativa y la afectiva (ansiedad ante lo nuevo y solicita apoyo del adulto. Esto es muy importante a la hora de explicarle al niño lo que le vamos a hacer).

- Aparece la representación.

- Etapa egocéntrica. Todo lo que le rodea tiene los mismos sentimientos que él.

- Evolución afectiva, social. Aparece la ansiedad. Hay una afirmación del "yo" (quiere hacer las cosas solo. Muy importante para enseñarle hábitos de higiene).

En este intervalo de edades se aconseja tratar al niño con la presencia de los padres⁽³⁾, pues de no hacerlo puede tener consecuencias negativas para el tratamiento. Esto nos obliga a disponer de un gabinete de trabajo lo suficientemente amplio para que puedan permanecer los padres durante todo el tratamiento, sin obstaculizar.

• De 3 a 6 años: Es el período del descubrimiento de la realidad exterior. El niño se da cuenta de que hay una realidad exterior independiente de él. Destacamos:

- Surge la conciencia moral primitiva. El control del comportamiento se mantiene a pesar de que los padres estén ausentes. Las intervenciones médicas las interpretará siempre en un sentido agresivo y de punición, y en consecuencia provocarán su ansiedad. Sorprende ver el grado de colaboración que puede obtenerse del niño, con ocasión de los cuidados médicos, si nos hemos preocupado de darle las explicaciones que a su edad permite. Esta preparación contribuye a reducir la angustia en el niño y también a disminuir la ansiedad en los padres.

- Surge el complejo de Edipo.

- Surge la envidia. Esto nos obligará a tener juguetes repetidos.

- A partir de los 4 años aparece el juego de papeles, en el que cada niño representa un personaje, para ello debe aceptar las normas del juego. No aparece todavía el sentimiento de cooperación. En esta etapa y la siguiente el niño ya puede ser tratado sin la presencia de los padres.

• De 6 a 9 años: Es la etapa de la disgregación de la subjetividad primitiva. Se encuentra marcada por un gran desarrollo social e intelectual.

- Aparece una primera forma de responsabilidad (tiene que aceptar la igualdad de los demás).

- Aparece "la colaboración", "la realización de reglas del juego".

- Surge el pensamiento lógico (el niño estructura la realidad).

- Es una época de curiosidades e interés insaciable. Es muy importante tenerlo presente a la hora de realizar el tratamiento.

• De 9 a 12 años: Es la etapa de la madurez infantil. Destacamos:

- Perfeccionamiento de la inteligencia. Se llega al pensa-

miento abstracto.

- Adquiere mucha importancia el grupo de amigos, apareciendo un rechazo al adulto, pues es el que siempre le recuerda su infantilismo y lo desvaloriza. Este punto es muy importante para nosotros a la hora de diseñar la sala de espera, debiendo permitirle al niño expresar su individualidad.

Consideraciones generales sobre el ambiente en la clínica dental infantil

La construcción y diseño de una clínica dental dedicada a la práctica odontopediátrica es, en lo fundamental, igual a cualquier clínica dental. Se deben cumplir todas las normativas requeridas como establecimiento sanitario (luces de emergencia, extintores, etc.). Sin embargo al ser el principal usuario los niños, nos obliga a unas pequeñas diferencias o matizaciones destinadas a crear un ambiente agradable y adecuado al niño. En niños muy pequeños (inferiores a tres años) a veces se precisa la colaboración de los padres, circunstancia a tener en cuenta a la hora de diseñar la clínica⁽³⁾. Al hablar de ambiente, nos estamos refiriendo a todos los elementos y estructuras que rodean al paciente, valorando los pequeños detalles de infraestructura e interiorismo del local que entran en contacto con el niño y van a tener una repercusión física y psicosomática. Analizaremos los techos, paredes, suelos y medidas de control ambiental necesarias a la hora de diseñar una clínica odontopediátrica, valorando sus ventajas e inconvenientes.

1.- **TECHO:** El techo ideal es aquel que permite un aislamiento térmico, acústico y al flujo aéreo.

El acabado del techo puede realizarse fundamentalmente con los siguientes materiales: yeso proyectado, falso techo de escayola, paneles de escayolas sujetos con perfiles metálicos, paneles metálicos, de fibras vegetales, etc.

A la hora de escoger preferimos las formas modulares (placa cuadrada o rectangular) apoyadas sobre perfiles metálicos, que admiten muy bien la pintura y limpieza posterior. Todos los sistemas de techos colgantes en módulos tienen la ventaja de que evitan la aparición de grietas posteriores a su colocación por fenómenos de contracción-dilatación. Con ellas conseguimos un adecuado aislamiento del habitáculo y la facilidad de acceder a las conducciones que se encuentran en su interior, sin romper nada. Permiten una fácil instalación de los sistemas de iluminación y ventilación (Fig. 1).

El material de que pueden estar hechos los módulos es muy variado, escayola, madera, lana de roca, metálico, etc. Cualquiera de ellos es adecuado, aunque según nuestra experiencia debe ser de un tono de color claro y suave (gama de los ocres), para que permita una mejora en las condiciones de iluminación.

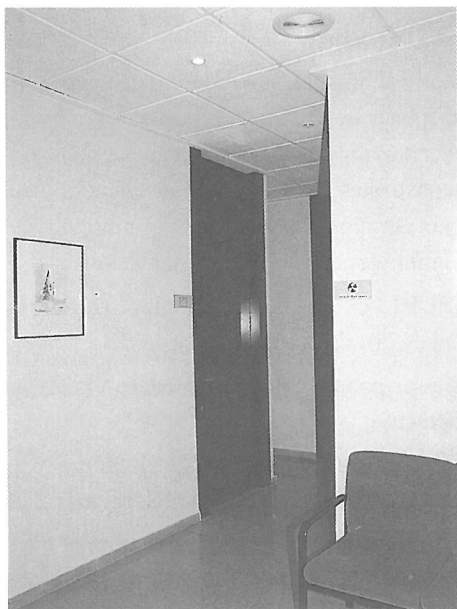


Fig. 1. Techo acabado con módulos termo-acústicos sobre perfilería metálica. Permite un fácil acceso a las conducciones internas.

Para la iluminación general de la clínica, con excepción de zonas específicas, tenemos que tener en cuenta la calidad de la luz exigida y el tipo de lámpara que puede proporcionarla. Podemos utilizar fundamentalmente dos tipos de iluminación, la natural y la artificial. Lo ideal es la iluminación mixta (natural y artificial) con la intención de conseguir el mayor confort visual posible, lo que implica la eliminación del deslumbramiento y de las sombras excesivas^(4, 5).

Además debemos buscar una distribución de la iluminación que evite las sombras por obstáculo y los accesorios que puedan producir reflejos molestos y deslumbramientos, fundamentalmente cuando el paciente se encuentra en posición horizontal y no puede apartar la mirada del techo.

En la iluminación artificial podemos recurrir a dos tipos fundamentales:

- **Iluminación directa:** El haz luminoso es enviado hacia una zona. Debe llevar incorporado una pantalla protectora y un difusor. Puede producir sombras y deslumbramientos. Se puede conseguir con: bombillas incandescentes, bombillas de bajo consumo, fluorescentes, halógenas, etc. La pantalla protectora es especialmente importante cuando los pacientes son niños, que pueden lanzar objetos y romper la fuente de iluminación. No debe alterar la composición de la luz.

- **Iluminación indirecta:** La luz se manda hacia el techo o paredes en donde va a producir un efecto de rebote. Se utiliza para conseguir una iluminación ambiental, siendo inadecuada para leer

o trabajar. La proporcionan lámparas con pantalla cerrada por debajo. Está indicada para recepciones, pasillos, salas de espera y aseos.

De todas las fuentes de iluminación que podemos emplear, vamos a hacer una breve descripción de las que con más frecuencia se usan:

- **Bombillas incandescentes:** Son de tungsteno. Emiten una luz amarilla y suave. Existen en múltiples formas y acabados. Tienen un alto consumo y poca duración. No se aconsejan por la distorsión que producen del color.

- **Lámparas de bajo consumo:** Están entre las incandescentes y las fluorescentes. Consumen menos y duran más (20 W equivalen a 100 W de las bombillas convencionales). Pueden ser electrónicas con lo que mejoran su rendimiento. No se pueden usar con regulador de intensidad. Su duración es de 8-10 veces superior a las corrientes. Están diseñadas para encenderse y permanecer encendidas a lo largo de la jornada y no para encender y apagar continuamente, lo que incrementaría mucho su consumo. Una vez encendida tarda de 3-4 minutos en obtener toda su intensidad de iluminación (Figs. 2 y 3).



Fig. 2. Iluminación del distribuidor con lámparas de bajo consumo. Bien colocadas pueden servir como elemento decorativo.

- **Tubos fluorescentes:** En la actualidad proporcionan una luz muy parecida a la de día. Son de larga duración y de bajo consumo (cinco veces menos). Consta de una placa difusora de la luz y una pantalla protectora que es imprescindible para evitar accidentes ante la rotura de algún tubo (Fig. 4). Con el paso del tiempo pueden producir zumbidos u oscilaciones en la iluminación que resultan muy molestos y obligan a sustituir alguno de sus componentes.

- **Halógenas:** Proporciona una luz blanca y brillante, muy parecida a la luz día. Dura el doble que una bombilla común.

Proporciona sensación de amplitud. Tiene el inconveniente de proyectar una luz demasiado blanca. Se recomienda utilizar siempre recubierta por una ampolla protectora exterior. Se recomienda incorporar un regulador de intensidad. Gran costo económico.

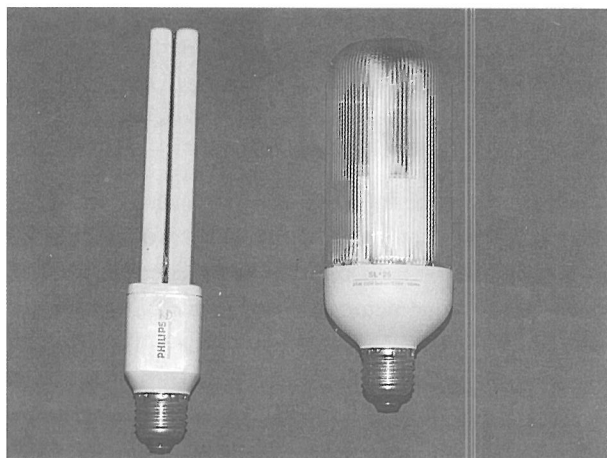


Fig. 3. Detalle de las lámparas de bajo consumo (electrónicas). Su utilización se impone por el gran ahorro de energía que suponen y la mejora en los niveles de iluminación que proporciona.

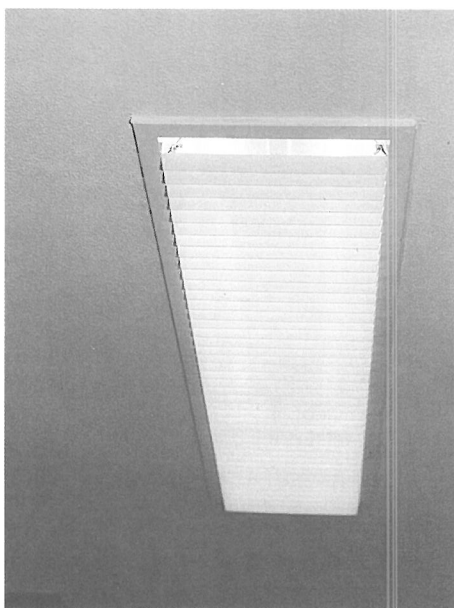


Fig. 4. Pantalla de tubos fluorescentes en donde apreciamos el protector imprescindible ante la posible rotura del tubo.

Fuera del área clínica vamos a tener unas necesidades de iluminación que oscilan entre los 250 y 500 lux⁽⁶⁾, pudiendo conseguirse con facilidad tras la colocación de tubos de neón (luz día) en una única pantalla de 3 tubos de 120 cm. y 40 W o en dos pantallas con 4 tubos de 60 cm. y 40 W. La mayor o menor

iluminación de una estancia dependerá de la actividad fundamental a que esté destinada.

Cuando el instrumental rotatorio dispone de fibra óptica, podemos disponer de una fuente adicional de iluminación que puede resultar muy útil pues llega directamente al campo operatorio y evita los contrastes y fatiga visual del operador. Puede resultar muy útil para disminuir la ansiedad del niño, enseñándole y haciendo similitudes con sus héroes de ficción.

2.- **SUELOS:** El suelo está limitado por el fin al que esta destinado, el de pisarlo, utilizarlo y ensuciarlo.

Debe ser práctico, bonito, duradero y tiene que poderse limpiar fácilmente.

Se prefiere un suelo claro y luminoso, pero siempre armonizado con el de las paredes. Los colores más claros resultan muy atractivos pero no son prácticos a la hora de limpiarlos.

Fundamentalmente los materiales de que disponemos son: piedras naturales (mármoles y granitos), gres, pavimento pulido (Porcelanatto) (Fig. 5), moqueta, granito flexible, parquets, pavimento de caucho, pavimento de vinilo-pvc, etc.⁽⁷⁾ (Fig. 6). De todos ellos preferimos acabar el suelo con un gres, terrazo vitrificado o piedra natural, procurando aumentar la calidez del ambiente cubriendo con moqueta o alfombra algunas zonas de las áreas no clínicas⁽⁸⁾. La moqueta se constituye en un valioso aliado a la hora de diseñar una clínica para niños, ya que, es el revestimiento más cálido de que disponemos. Debe ser fácil de limpiar, impermeable, resistente al desgaste y libre de cargas electrostáticas.



Fig. 5. Suelo de Porcelanatto. Existe una variedad sin brillo. Sus características de dureza y resistencia lo hacen especialmente adecuado para una clínica odontopediátrica.

Preferimos elegir un suelo uniforme para unir diferentes ambientes (zonas clínicas y no clínicas) y dar sensación de amplitud y continuidad.



Fig. 6. Los nuevos materiales a base de vinilo-pvc permiten obtener un suelo cálido, fácil de limpiar y resistente al desgaste.

Debemos evitar el clásico rodapié que sobresale en ángulo recto y que con frecuencia suele ser causa de heridas ante una caída fortuita. Puede sustituirse por un rodapié con canto romo, por un suelo de PVC que permita una unión suelo-pared en media caña (más limpio), por un zócalo que recubra el tercio inferior de la pared (además de proteger, decora acortando la distancia entre el techo y el suelo).

Ante la posibilidad de que el niño que acude a la consulta padezca un problema específico relacionado con parálisis, debilidad muscular, falta de coordinación, etc. que le impida la normal deambulación o precise algún instrumento mecánico para su desplazamiento, debemos distribuir la clínica y los accesos a ella desde el exterior de forma que no supongan una barrera o impedimento físico⁽⁹⁾, colocando, si es preciso, rampas auxiliares en las escaleras o elevadores mecánicos. Las rampas deben ser de materiales no resbaladizos y que no produzcan brillo. Las puertas tienen que poder abrirse con una sola mano y a ser posible, hacia afuera, siendo el marco de las puertas lo suficientemente ancho como para permitir el paso cómodo de un carrito de ruedas. Las puertas de doble hoja en la una de ellas permanece habitualmente fija y solo es abatida cuando se requiere más amplitud de paso, resultan muy útiles (Fig. 7). Si tenemos puertas de cristal transparente debemos colocar alguna señal para que el paciente se dé cuenta de su presencia.

El gabinete clínico debe ser lo suficientemente amplio para permitir que pueda entrar la silla de ruedas y pueda permanecer durante todo el tratamiento, realizando en ocasiones el tratamiento con el paciente sentado en su silla⁽¹⁰⁾.

3.- **PAREDES:** Al planificar la clínica debemos distribuir todas las áreas considerando el flujo del personal⁽¹¹⁾ y la adecuada separación entre las zonas clínicas y las no clínicas para que nos

permita una organización ergonómica.

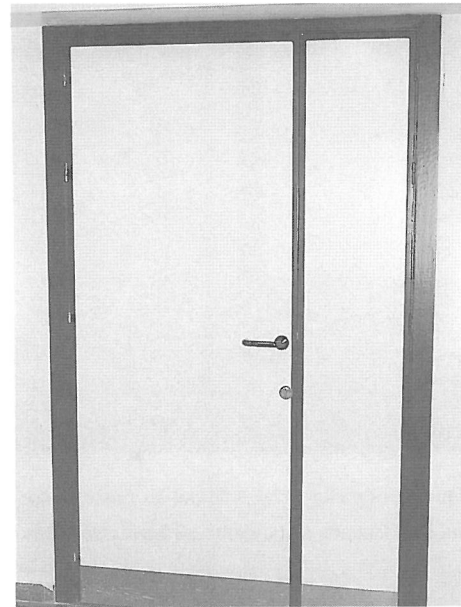


Fig. 7. Las puertas con una pequeña doble hoja, abatible sólo en casos necesarios donde se requiere mayor anchura de paso, son muy útiles.

La colocación de las paredes puede realizarse de obra o con tabiques desmontables o plegables (en madera o PVC). Como lo más frecuente es la tabicación en obra, vamos a revisar brevemente los acabados o revestimientos que podemos elegir:

- Paredes revestidas (sin pintura), paneles de madera o corcho
- Paneles de PVC
- Linoleum (base de yute con resinas, madera, etc.)
- Tejidos o moqueta
- Papel
- Pintura sobre el enlucido del tabique

En la mayoría de las ocasiones nos vamos a decidir por hacer una pintura directa del tabique, en cuyo caso preferiremos la pintura lisa, desaconsejando la pintura "a gota", pues es muy difícil de limpiar bien y retiene mucha suciedad en sus oquedades. La pintura debe ser lavable y en tonos mates para evitar destellos.

Las paredes de la clínica deben proporcionar además de una adecuada distribución del espacio, un aislamiento térmico y acústico (Fig. 8).

El aislamiento térmico suele proporcionarlo un forjado sobre cámara de aire con un panel de fibra de vidrio. Se utiliza en los cerramientos de fachadas y medianeras con otras viviendas. Los huecos de las persianas se aíslan mediante la denominada borra baquelizada (fibra de vidrio con aglomerante). Este tipo de aislamiento térmico junto con una adecuada climatización nos permite obtener un óptimo control de microclima de la clínica.



Fig. 8. Tabique prefabricado a base de dobles cristales que proporciona un adecuado aislamiento térmico y acústico.

El aislamiento sonoro se convierte en muy importante a nivel de la sala de máquinas (compresores, aspiración, etc.) y en la transmisión de ruidos entre los distintos gabinetes clínicos, así como en la sala de espera. Procuraremos impedir la propagación del sonido por medio de obstáculos reflectores, siendo el principal elemento la pared. Los tabiques deben ser suficientemente pesados y estancos al aire, así como débilmente rígidos. Los defectos en las juntas de albañilería, puertas y ventanas dan lugar a fugas acústicas que impiden un adecuado aislamiento.

El revestimiento de los tabiques tiene una gran importancia pues al colocar yeso o cemento se va a conseguir aumentar el grado de absorción del sonido. Las paredes revestidas de cemento presentan un mayor tiempo de reverberación del sonido lo que puede resultar muy desagradable.

La colocación de una pintura rugosa (a gota) aumenta el poder absorbente de esa pared, aunque la pintura lisa nos proporciona una mejor limpieza y reflexión de la luz. Siempre debemos utilizar pintura plástica que nos permita una adecuada limpieza, indistintamente del tipo de pintura que sea.

El mayor aislamiento acústico se obtiene realizando una pared de capas múltiples con interposición de fibra de vidrio. Si no queremos realizar obras de albañilería podemos conseguir un aislamiento térmico y acústico de forma rápida colocando paneles de fibra de vidrio con cartón yeso, proporcionándonos una superficie dispuesta para ser pintada, sustituyendo al enlucido de yeso convencional.

Todas las conducciones deben ir canalizadas por conductos huecos en el interior de la pared, dejando registros para un fácil acceso⁽¹²⁾.

Los enchufes deben estar protegidos con algún sistema de seguridad que garantice las manipulaciones del niño (Fig. 9).

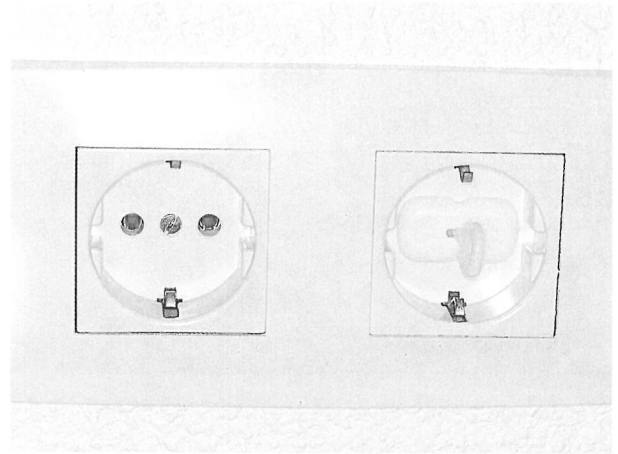


Fig. 9. Enchufes empotrados en donde se ha colocado un dispositivo externo de protección (lado derecho), que impide su manipulación por el niño.

El color de las paredes va a ser muy importante pues además del efecto psicossomático que va a tener sobre el comportamiento del niño, tiene una gran influencia sobre la manera de percibir los demás colores que nos rodean.

En la percepción visual casi nunca se ve un color cómo es en realidad, cómo es físicamente. Si se quiere utilizar con acierto, hay que tener presente que el color engaña continuamente. Hay que aprender que un mismo color puede evocar innumerables lecturas⁽¹³⁾. Resulta muy útil hacer un proceso previo de tanteo colocando determinadas muestras sobre la pared y luego colocamos el color elegido sobre todo un paño para comprobar el efecto real del mismo y poder modificarlo si es preciso (Fig. 10).

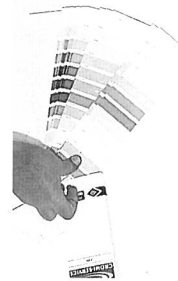


Fig. 10. Resulta muy útil realizar un tanteo previo del color antes de colocarlo.

Vamos a hacer una sucinta revisión de las propiedades psicológicas de los colores más importantes y su posible implicación en las reacciones anímicas del niño que acude a la consulta⁽¹⁴⁾.

AMARILLO: Es el color más claro el más luminoso y alegre. Se considera estimulante, pero no excitante.

ROJO: Es el color más cálido. Crea un ambiente elegante. Se considera excitante.

AZUL: Es un color frío. Da sensación de profundidad. Se considera sedante y tranquilizante.

VERDE: Es un color fresco. Se considera calmante y capaz de dar sensación de reposo.

NARANJA: Es un color luminoso y cálido. Se considera dinámico y alegre. Es un poco excitante.

VIOLETA: Es un color muy frío. Evoca soledad.

Beresniak cita trabajos de investigación que afirman que los colores considerados como más agradables por los niños son: **azul, rojo, blanco, verde y marrón.**

A la hora de aplicar un color tenemos que tener en cuenta la luz natural de que disponemos y la orientación de la estancia en la que lo vamos a colocar. Empleando un tono frío o cálido se puede corregir, en cierta medida, la orientación de la habitación. Los tonos fríos los emplearemos para las habitaciones orientadas al sol y los tonos cálidos para las orientadas al norte.

Los tonos fríos van a incitar al niño a que adopte una actitud más tranquila o de reposo, mientras que los tonos cálidos le van a incitar a la acción.

Debemos huir de los colores muy calientes (rojo), a la hora de decorar las paredes pues nos van a producir una excitación en el niño que puede dificultar su comportamiento durante el tratamiento, sin embargo los colores muy calientes o brillantes son muy útiles para los juguetes o pequeños detalles del mobiliario, que al llamar la atención del niño juega con ellos y se entretiene.

Aconsejamos colores cálidos y relajantes, pero que no produzcan excitación en el niño. Un color muy adecuado sería el amarillo suave o naranja suave (albarcoque), evitando siempre los brillos que puedan reflejar la luz.

4.- CONTROL AMBIENTAL: Las condiciones ambientales de la clínica van a tener una repercusión psicosomática sobre el paciente, profesional y ayudantes, debiendo atenderse a unos mínimos indispensables de seguridad e higiene en el trabajo principalmente en relación con el ruido, la iluminación, temperatura, etc., pues suponen un factor muy importante en el manejo del estrés laboral^(15, 16) teniendo una clara relación con los niveles de ansiedad que puede presentar el niño.

Los límites en que debe oscilar el microclima de la clínica

es para una temperatura de 17-22°C y una humedad relativa del ambiente de 40-60%⁽⁵⁾.

Actualmente estamos siendo bombardeados por distintas casas comerciales que pretenden vendernos aparatos capaces de purificar el aire y eliminar malos olores. Se trata de aparatos que generan ozono (O₃) que se incorpora al aire del interior de la clínica, ejerciendo una acción bactericida, fungicida y virucida, además de enriquecer el aire con oxígeno.

Pensamos que no está suficientemente probado el beneficio que supone esta teórica oxigenación artificial, por lo que estimamos que no es oportuno ni necesario colocar este tipo de artilugios en una clínica, y menos si va a estar destinada a niños, en cuyo caso lo que tenemos que pretender es conseguir un aire limpio mediante una ventilación adecuada. El ozono se encuentra incluido dentro de los antígenos atmosféricos capaces de desencadenar crisis asmáticas en niños.

La ventilación puede realizarse de forma natural (puertas y ventanas), por medios mecánicos (expulsión y aspiración) y mediante los sistemas de aire acondicionado. Se recomienda una ventilación de 0'3 m³/min. de aire fresco por m² de superficie⁽¹⁷⁾.

Además de controlar la humedad, temperatura y ventilación, debemos controlar las partículas de polvo en suspensión que en niños con especial sensibilidad pueden actuar como desencadenantes de cuadros de rinitis, conjuntivitis, broncoespasmo, etc. Debemos adoptar unas medidas que disminuyan la inhalación de polvo doméstico, partículas orgánicas y sustancias químicas que tienen una potente acción alérgica y que se utilizan a diario.

Como medidas generales proponemos:

- Prohibición absoluta de fumar.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.
- Limpieza periódica y correcta de los filtros del aire acondicionado.
- Limpiar sin levantar polvo. Utilizar la aspiradora.

Las ventanas deben garantizar un buen aislado térmico y acústico, siendo aconsejable utilizar dobles ventanas para que los ruidos de la calle no nos molesten, detalle muy importante cuando atendemos a niños y la zona es ruidosa.

En todas las clínicas se produce ruido, siendo la turbina y eyectores de saliva las más desagradables. Aunque los niveles de ruido, según nuestra experiencia, son sólo de 60 a 80 dB, lo que se traduce en un potencial bajo de peligro, suelen producir miedo en el niño que se va a traducir en una falta de colaboración para recibir el tratamiento. Para atenuar esto aconsejamos mantener las turbinas en perfecto estado engrasándolas adecuadamente y sustituyéndolas cuando se estropean los rodamientos.

Conclusiones

Tras la revisión realizada podemos concluir con los puntos más importantes a la hora de valorar la infraestructura que debe reunir una clínica odontopediátrica:

- Amplitud de espacio interior en las distintas salas, que facilite los juegos y libertad de movimientos del niño.
- Techos en paneles termo-acústicos que absorban bien el ruido y de color claro que facilite la adecuada iluminación.
- Iluminación directa a base de tubos fluorescentes de luz día o lámparas de bajo consumo.
- Suelos luminosos a base de gres, porcelanato o vinilo-pvc, recubiertos por moqueta o alfombra en la sala de juegos.
- Puertas amplias que permitan el paso de carritos.
- Paredes con aislamiento sonoro.
- Pinturas plásticas y de color cálido pero no excitantes.
- Disponer de un buen sistema de aire acondicionado y ventilación.

López Nicolás, M.: Profesor de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Murcia. Unidad Docente de Odontopediátrica, Odontología Preventiva y Ergonomía. Clínica Odontológica Universitaria. Hospital Morales Meseguer. Murcia; Romero Maroto, M.: Profesor de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Murcia. Unidad Docente de Odontopediátrica, Odontología Preventiva y Ergonomía. Clínica Odontológica Universitaria. Hospital Morales Meseguer. Murcia; García Ballesta, C.: Profesor de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Murcia. Unidad Docente de Odontopediátrica, Odontología Preventiva y Ergonomía. Clínica Odontológica Universitaria. Hospital Morales Meseguer. Murcia

Correspondencia: Manuel López Nicolás; C/. de la Ñora, nº 20; Edificio Dalia; 30009 - Murcia.

Bibliografía

- 1.- BRAHAM, R.L.; MORRIS, M.E.: Odontología Pediátrica. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1984.
- 2.- OSTERRIETH, P.A.: Psicología infantil. Ed. Morata, s.a. Madrid. 1984.
- 3.- McTIGUE, D.J.: Manejo del comportamiento del niño. En: Pedodoncia. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Interamericana. Madrid. 1984.
- 4.- MARTÍ MERCADAL, J.A.; DESOILLE, H.: Medicina del trabajo. Ed. Masson, s.a. Barcelona. 1993.
- 5.- JOUVENCEL, M.R.: Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo. Ed. Díaz de Santos, s.a. Madrid 1994.
- 6.- VILALTA, M.: Iluminación en la clínica. La Revista del Club de Marketing Dental. 1995. 1, 3: 50-53.
- 7.- TELLERÍA, A.: Nuevos materiales y tecnologías invaden el mundo de la construcción. Diseño Interior. 1994, 37: 4-6.
- 8.- BARBER, T.K.; LUKE, L.S.: Odontología Pediátrica. Ed. El Manual Moderno, s.a. México. 1985.
- 9.- NOVAK, A.J.: Odontología para el paciente impedido. Ed. Mundi. Buenos Aires. 1979.
- 10.- ROSEMBAUM, C.H.: Tratamiento de pacientes incapacitados en la práctica privada. En Pedodoncia. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Ed. Interamericana. Madrid. 1984.
- 11.- SPRINGER, T.J.: Office desing: of the people for the people. Today's office. 1984. 3: 43-46.
- 12.- LEWIS, K.J.: Gestión Profesional de la Consulta Dental. Salvat, s.a. Barcelona. 1991.
- 13.- ALBERS, J.: La interacción del color. Alianza Editorial, s.a. Madrid. 1994.
- 14.- BERESNIAK, D.: ABC de los colores. Tikal ediciones. Madrid. 1994.
- 15.- PEIRÓ, J.M.; SALVADOR, A.: Control del Estrés laboral. Eudema, s.a. Madrid. 1993.
- 16.- KATZ, C.A.: Factores de tensión que actúan en el ambiente del consultorio dental. En Tratamiento del estado de tensión en el dentista. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Interamericana. Madrid. 1986.
- 17.- RAMÍREZ CAVASSA, C.: Ergonomía y productividad. Editorial Limusa, s.a. México. 1991.