

Diseño de un consultorio dental infantil

López Nicolás, M.; Romero Maroto, M.; García Ballesta, C.; Pérez Lajarín, L.

Resúmen

Se analizan los distintos elementos que deben ser valorados a la hora de diseñar una clínica dental infantil, estudiando las distintas áreas que la componen y su adecuación al niño para que le resulte cómoda y agradable.

Se hace una revisión de la decoración de la sala de espera, recepción, área clínica, sillón dental, etc., vinculándola a la repercusión física y psíquica que puede tener en el niño y su posible relación con los niveles de ansiedad.

Palabras clave: Odontopediatría; Ambiente; Diseño; Marketing.

Summary

The several elements which must be valued in the design a child's dental clinic are analyzed, thinking about the several ways which it consists and its adaptation to the child so he can find it comfortable and pleasant.

The decoration of the waiting-room, the reception, the clinical area, the dental chair, etc., is revised, because it is linked to the psychical repercussions that it can have on the child and its possible relationship with the anxiety levels.

Key words: Pedodontics; Medium; Design; Marketing.

Introducción

Con el paso de los años, se han ido modificando muchas cosas en el campo de la odontología. Han aparecido nuevos materiales nuevos y sofisticados equipos, pero sobre todo han aparecido nuevos conceptos en diseño y marketing, que están obligando a cambios sustanciales en la organización y gestión de todas las clínicas dentales.

Hoy en día nos encontramos inmersos en una sociedad de consumo y servicio que evoluciona de forma vertiginosa, y nos obliga a que nuestra actividad se desarrolle dentro de un marco que satisfaga todos los requerimientos de nuestros pacientes. Tenemos que analizar las necesidades de nuestro entorno de trabajo y crear el ambiente y diseño más adecuado, así como la estrategia de marketing y gestión que nos permita mantener y aumentar nuestro número de pacientes.

La realidad de los trabajos realizados en la clínica deben ser mostrados a los padres, pero también debemos procurar que perciban el ambiente, diseño, organización, etc., siendo a veces necesario realizar explicaciones concretas.

Con el presente trabajo tratamos de aportar una visión diferente de las características que en infraestructura debe reunir una clínica dental para niños, así como la más adecuada distribución y utilización del espacio físico, en base a nuestra experiencia

clínica personal. Debido a que las particularidades físicas y psíquicas del niño van a diferir sustancialmente de las del adulto, abordamos el diseño de la clínica con un principal objetivo, obtener una mejor colaboración y disminución de la ansiedad en el niño⁽¹⁾. En un trabajo previo "ambiente en la clínica odontopediátrica" hacíamos una valoración general de los distintos elementos que componen la infraestructura de un local, intentando que fuera lo más adecuado y adaptado a las características psicossomáticas del niño. Este trabajo debe ser considerado complemento del anteriormente citado, por lo que no repararemos en más introducciones.

Analizaremos cómo deben estar diseñadas las distintas áreas de una clínica dental infantil dividiéndolo en dos grandes bloques, zonas clínicas y no clínicas. Dentro de cada una de ellas analizaremos las áreas de mayor relevancia en odontopediatría.

Zonas no clínicas

1.- RECEPCIÓN.

La primera impresión es decisiva, debiendo prestarle mucha atención a esta zona de la clínica, pues va a ser un elemento clave en la decoración de la misma y en la creación de un ambiente propicio y adecuado al niño.

A veces puede ser muy útil adoptar un tema definido como principal elemento decorativo (campo, oeste, circo, etc.) y empezar a aplicarlo desde la recepción hasta el resto de la clínica.

La recepción debe diseñarse como un área separada del tráfico de pacientes y personal, con una zona auxiliar de apoyo para poder dar las explicaciones oportunas al niño y a sus familiares sin obstaculizar el normal desenvolvimiento de esta zona.

Debe disponer de la suficiente amplitud (superior a los 10 m²) para que el niño se sienta cómodo y distraído desde el primer momento que tiene acceso a la clínica. El color de las paredes y la decoración que apliquemos a la clínica va a transmitir la forma en que queremos que los demás nos vean, haciéndose una idea muy concreta del tipo de persona que somos y temperamento que tenemos.

Para aumentar la sensación de amplitud, luminosidad y limpieza en la recepción, que generalmente suele encontrarse en una habitación interior y sin suficiente luz natural, podemos utilizar un tono amarillo, que al mezclarlo con tonos azules nos va a dar una sensación de frescor y profundidad. Si mezclamos el amarillo con el rojo nos va a transmitir un ambiente luminoso y cálido. De ahí la importancia de la adecuada combinación y elección de los colores para que el niño se encuentre en un ambiente propicio. El color del techo debe ser algo más claro que las paredes para que la sala parezca más espaciosa.

Las paredes deben estar decoradas con dibujos (Fig. 1) y objetos que despierten la curiosidad y desencadenen un sentimiento de familiaridad y comodidad en el niño. Siendo éste uno de los elementos fundamentales para disminuir la ansiedad del niño.

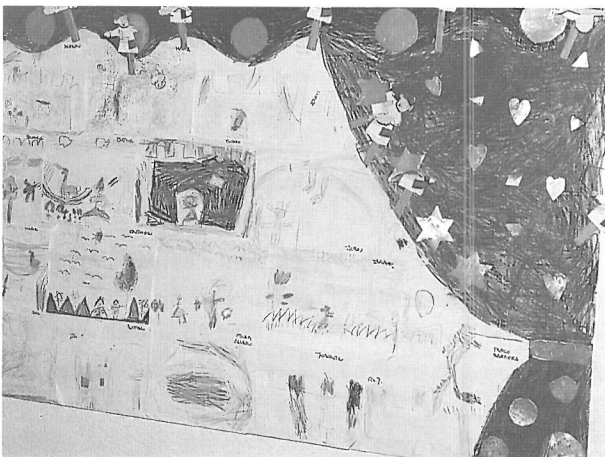


Fig. 1. Pared de la recepción con dibujos realizados por los pacientes.

El mostrador de la recepción debe permitir que el niño participe de la conversación con la recepcionista, estando el resto de mobiliario adaptado a sus peculiaridades físicas.

Es aconsejable disponer en la recepción de unos esquemas o pequeños muestrarios que permitan explicar al niño y a sus padres las peculiaridades del tratamiento. También es conveniente disponer de juguetes, pegatinas, globos, cepillos de dientes, etc., para regalárselos al niño y potenciar nuestros sentimientos de afectividad y amistad.

Hay que vigilar que las condiciones de temperatura y humedad sean adecuadas, y es muy importante que la clínica no huelga a "clínica dental", pues generalmente hay olores muy desagradables, sobre todo los de "eugenol" que deben evitarse en lo posible. Vigilaremos que la insonorización sea adecuada para que el niño no pueda percibir ruidos que puedan atemorizarle nada más entrar.

Toda la clínica, pero especialmente el área de recepción deben decir a los padres que el profesional es limpio, agradable, preciso y metódico, en un medio acogedor, amable y comprensivo⁽²⁾.

2.- LA SALA DE ESPERA.

Aunque el término "sala de espera" no lo vemos adecuado por el valor connotativo que lleva, lo utilizamos por la amplia difusión que del mismo se hace en la práctica diaria.

Al igual que el resto de la clínica debe infundir confianza en el niño y resultar atractiva, hasta el punto que le permita permanecer distraído con los juegos y decoración de la misma, lo que disminuirá al máximo los niveles de ansiedad⁽¹⁾.

Deberemos disponer de una zona para adultos y otra para niños, teniendo una sala de juegos anexa, lo que permitirá que los padres o acompañantes puedan estar cómodamente sentados con revistas y decoración acordes con sus intereses, mientras los niños permanecerán distraídos en la zona específica para ellos, en donde deberemos tener fundamentalmente:

- Mobiliario adecuado al niño (sillas, mesas, etc.) (Fig. 2).
- Juegos (muñecos, desmontables, puzles, material de dibujo, juegos electrónicos, etc.). Si se dispone de espacio suficiente puede colocarse una rampa para deslizamientos.
- Pizarra.
- Cojines llamativos.
- Televisión y sistemas audiovisuales.
- Música ambiental suave. Es muy buen relajante⁽³⁾.
- Decoración en las paredes con dibujos realizados por ellos (siempre niños riendo, nunca llorando).
- Alfombra, moqueta o estera donde puedan jugar en el suelo⁽⁴⁾ (Fig. 3).
- Lecturas adecuadas al niño, según sus edades.
- Si hay columnas deben de estar forradas con un material que absorba impactos y de cantos redondeados.



Fig. 2. Mobiliario adecuado a las necesidades antropométricas del niño.

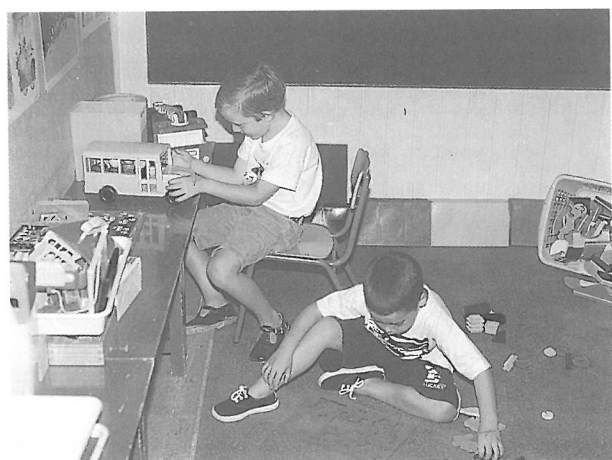


Fig. 3. Dentro de la sala de espera disponemos de una zona enmoquetada y pizarra en la pared.

No es conveniente crear una atmósfera excesivamente estimulante y excitante, por lo que evitaremos emplear los colores llamativos (rojo, amarillo intenso, etc.) y brillantes. Intentaremos emplear colores claros y suaves, con acabados en mate para que no reflejen la luz, siendo el tono *albaricoque* muy luminoso y cálido por lo que creemos adecuada su utilización en esta sala, así como los beige, grises, azules y algunos verdes.

No debe haber rodapié que sobresalga de la pared, siendo preferible colocar en esta sala un zócalo de un metro de altura, aproximadamente, lo que evitará posibles accidentes por caídas, además de facilitar la limpieza y evitar las manchas en las paredes. Esto no es necesario si las paredes ya se encuentran con algún tipo de recubrimiento sintético o de madera.

Las ventanas deben estar lo suficientemente protegidas

para que el niño no tenga posibilidad de abrirlas en ningún caso.

El mobiliario debe carecer de aristas y picos, teniendo todos sus bordes redondeados, para que el niño no pueda dañarse ante una caída accidental. Debemos huir de las mesas o sillas que pueden plegarse, frecuente fuente de accidentes. Los interruptores de luz deben de estar protegidos para evitar manipulaciones.

Los tapizados de esta sala (sofás, cojines, etc.) deben ser de materiales impermeables y fáciles de limpiar, igual que el resto del mobiliario.

En esta sala podemos utilizar la iluminación de forma directa o indirecta, prefiriendo siempre las lámparas de pared o de techo^(5,6) con pantallas protectoras, evitando las lámparas de pie.

Las puertas deben de carecer de bloqueos en su interior para evitar cierres involuntarios.

Por su efecto relajante, dinámico y colorista es muy aconsejable instalar un acuario.

Nunca debemos mezclar en la misma sala a niños con otros pacientes que por la gravedad del caso o por sus peculiaridades puedan asemejar dolor (accidentes, urgencias, extracciones, etc.). La sala de espera no debe recordar en nada al área clínica.

Debería escogerse para sala de espera una habitación orientada al suroeste o mediodía, para poder disponer durante el mayor tiempo posible de luz natural.

Es conveniente dejar a la vista de los padres la sala de esterilización y almacenado de instrumental, mediante algún tipo de mampara en cristal que permita mantener el aislamiento de la misma y el seguimiento desde el exterior de todo el proceso de desinfección que se realiza en la clínica. Esto aumentará la confianza y tranquilidad de los padres.

3.- SALA DE EDUCACIÓN.

En toda clínica odontopediátrica debe destinarse un espacio en donde el niño (solo o acompañado por sus padres) pueda recibir instrucciones prácticas sobre las medidas de higiene y prevención necesarias para su salud bucal.

Crearemos el ambiente propicio para que el niño lo viva como una diversión, para ello haremos una decoración vistosa, utilizando colores llamativos. (El niño ya ha recibido el tratamiento y los niveles de ansiedad que se pueden ver influenciados por la decoración ya no son significativos). El material que emplearemos (cepillos, tubos de pasta, etc.) serán de un diseño y colorido atractivo.

Los lavabos y espejos deben estar a su altura (teniendo en cuenta las distintas edades de los niños que puedan acudir) (Fig. 4). Dispondremos de un muñeco con el que podremos explicar lo que pretendemos y realizar ejemplos.



Fig. 4. En la sala de educación, los lavabos y espejos deben estar a la altura del niño.

Es aconsejable tener una puerta de cristal en esta sala (resistente a impactos) para que otros niños puedan ver lo divertido que resulta este tipo de prácticas de cepillado.

4.- PASILLOS, DISTRIBUIDORES Y ASEOS.

El ambiente del pasillo debe ser una continuación del diseñado para la recepción, debiendo ser cálido y bien iluminado. Debe ser lo suficientemente amplio para permitir que se crucen varias personas sin obstaculizarse. Es muy apropiado colocar en la decoración algún dibujo realizado por los niños.

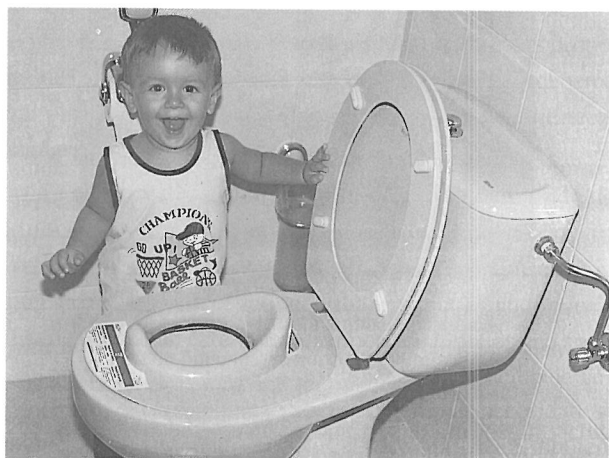


Fig. 5. Si no disponemos de inodoro adecuado al niño, se puede adaptar mediante este tipo de soportes específicos.

En el aseo, los lavabos, inodoros y espejos deben de estar adecuados al niño. Si no se dispone de inodoros adecuados, se pueden adaptar mediante unos soportes para colocar en la taza y que el niño pueda sentarse cómodamente y sin riesgos de caerse (Fig. 5.).

Zonas clínicas

Gabinete

En el gabinete de trabajo nos encontramos con tres elementos fundamentales que requieren una valoración por separado: infraestructura, sillón y equipo de trabajo y mobiliario y aparatología accesoria.

El diseño adecuado tiene un efecto directo sobre el estrés del paciente y el estrés y rendimiento del profesional.

Las tuberías de aire y agua deben circular por conductos huecos debajo del suelo, dejando zonas de fácil acceso para posibles averías⁽⁶⁾. Deben tener un trazado en pendiente o totalmente perpendicular cuando son para el desagüe (evitamos estancamientos y/u obstrucciones y malos olores).

Para la zona de trabajo preferimos un suelo vitrificado de color claro y luminoso, pero siempre armonizado con el de las paredes, que también debe ser claro y relajante⁽⁷⁾. Esto nos ayudará a conseguir al aspecto de limpieza y mayor amplitud. Debe evitarse utilizar el mismo tono para el techo y el suelo, pues quedaría una habitación comprimida y asfixiante.

El compresor y el módulo de aspiración deben de estar separados del gabinete, en una sala independiente e insonorizados (hay que evitar al máximo los ruidos, ya que son una fuente muy importante de ansiedad e irritabilidad).

La sala debe ser atractiva para el niño, reduciendo al máximo los estímulos visuales potencialmente negativos (instrumentos cortantes o punzantes, turbina, agujas, etc.), no debiendo ver sangre ni personas que muestren dolor.

Decoraremos el gabinete de forma que difiera en lo menos posible de la sala de espera, respetando siempre las condiciones de higiene y ergonomía pertinentes. Para ello pondremos chistes en las paredes, fotos de sus héroes preferidos, dibujos de niños jugando (siempre riendo). Creemos que no es oportuno decorar el gabinete con las titulaciones y acreditaciones académicas del profesional. El niño debe poder manipular juguetes mientras recibe el tratamiento. El entorno inmediato del niño en el sillón debe resultar familiar, por eso aconsejamos que el caso, servilletas, aspiradores, paños, etc. sean de colores vistosos o con dibujos de comics, etc. (Fig. 6), lo que sin duda le hará sentirse más a gusto.

Recomendamos tener un mínimo de 2-3 gabinetes en conexión, que permitan la circulación interna entre ellos y dejen

una vía de acceso para los pacientes desde la sala de espera. Estas puertas deben ser del tipo corredera o de abertura en un único sentido, pues los niños suelen bajarse del sillón y se pueden ocasionar accidentes si son del tipo batientes. Los gabinetes deberán ser idénticos en todos sus detalles, lo que permitirá que el profesional trabaje con igual comodidad en cualquiera de ellos y que el paciente no tenga diferencias ni preferencias entre ellos. El espacio del gabinete y la puerta de los pacientes debe ser suficiente para permitir la entrada de un carrito de ruedas⁽⁸⁾.



Fig. 6. Paños, aspiradores, vasos, servilletas, etc., deben ser de colores vistosos o con dibujos que llamen la atención del niño.

Hace unos años se aconsejaba el tratamiento simultáneo de varios niños, cada uno en un sillón pero dentro de la misma área clínica. Creemos que hoy día no es admisible esta opción, pues no podemos garantizar el mínimo exigible de diseño ergonómico en el trabajo ni las condiciones de higiene y desinfección requeridas.

En casos de niños con una gran fobia al tratamiento dental, se puede recurrir a trabajar en gabinetes con paredes acristaladas que permitan observar el comportamiento de otro niño, lo que actuaría como modelado conductual y permitiría la aceptación del tratamiento por el paciente⁽⁹⁾.

La iluminación ambiental debe ser mayor que en ninguna otra estancia, estando aconsejados niveles de 500-2.000 lux, para evitar los problemas visuales de acomodación^(10, 11, 12). Preferimos una fuente de iluminación con tubos fluorescentes de luz-día, con pantalla difusora y protectora. Estos niveles se pueden conseguir con tres tubos de 120 cm. y 40 vatios.

Distinguimos dos clases fundamentales de sillones, los que no están articulados (no se utilizan en la actualidad) y los articulados (que pueden tener entre tres y cinco segmentos)⁽¹³⁾. Preferimos un sillón lo más articulado posible, pues permite colocar al paciente en posiciones más agradables y ergonómicas.

Los fabricantes de sillones no han puesto a nuestra disposición un modelo para la práctica pediátrica, al que podamos tener fácil acceso en Europa. Resulta evidente que nada sería más adecuado para poder tratar de forma óptima a los niños que poder disponer de un modelo exclusivo. En una revisión histórica realizada por Glenner⁽¹⁴⁾ se cita que la Dra. Jordon en 1912 afirmaba que la odontología infantil debería hacerse con un equipo especial.

La gran mayoría de odontopediatras nos vemos obligados a utilizar sillones pensados para adultos y esto supone que el niño se tiene que acomodar, la mayoría de las veces, sobre un sillón muy diferente de sus necesidades antropométricas, lo que se traduce en una mala adaptación, apareciendo como problemas más frecuentes:

- Cabezal demasiado alto: no hay apoyo cervical y produce una inclinación excesiva hacia delante de la cabeza (Fig. 7).

- El respaldo suele ser muy ancho: el niño queda muy alejado del operador, dificultando algunas maniobras (sobre todo si se trabaja a dos manos).

- Apoyo inadecuado a nivel lumbar: se traduce en una pérdida de la lordosis lumbar fisiológica.

- El diseño de la escupidera hace que a veces el niño tenga que ponerse de pie para poder escupir o enjuagarse, pudiendo resbalar.



Fig. 7. Los sillones convencionales suelen tener el reposacabezas demasiado alto para poder tratar adecuadamente a un niño, produciendo una inclinación excesiva de la cabeza.

Estos inconvenientes pueden solucionarse colocando un cabezal de doble articulación que nos permita adaptarlo al niño (Fig. 8). Algunas casas comerciales fabrican unos supletorios pediátricos para sus reposacabezas.

También podemos utilizar cojines o almohadillas hinchables que permiten al niño sentarse sobre ellas o conseguir un

buen apoyo cervical y lumbar (Fig. 9). Estos inconvenientes surgen cuando se trabaja principalmente con el niño sentado (a dos manos). Cuando trabajamos a cuatro manos sólo suele presentar problemas el apoyo lumbar, puesto que al estar el niño en horizontal podemos desplazarlo fácilmente para acomodar la cabeza.

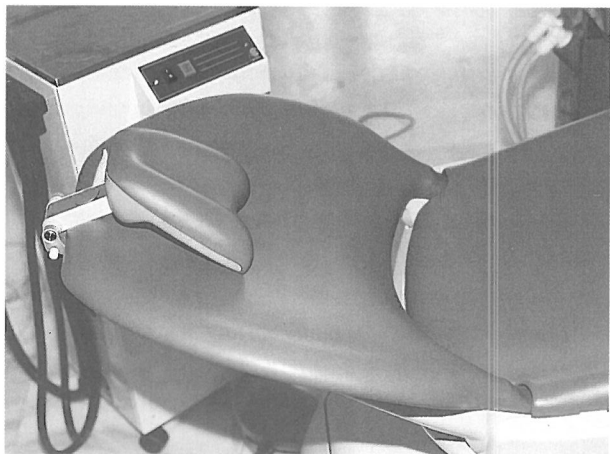


Fig. 8. Cabecial de doble articulación que permite descenderlo por el respaldo y colocarlo a la altura de la cabeza del niño.



Fig. 9. Utilizaremos cojines o almohadillas hinchables para conseguir un buen apoyo cervical y lumbar.

El sillón debe estar diseñado sin cantos ni costuras, con los bordes redondeados y en materiales fácilmente desfundables y lavables. Debe llevar unas desconexiones de seguridad o paradas de emergencia situadas en la base del sillón, respaldo, asiento,

escupidera, etc., lo que nos garantiza que en una maniobra incontrolada del niño no pueda quedar atrapado al moverse el sillón.

Debemos llevar cuidado de no realizar movimientos bruscos con el sillón, especialmente a la hora de activar las posiciones programadas de forma automática, pues al producir un movimiento rápido pueden asustar al niño y generar temor y desconfianza hacia los aparatos.

El equipo de trabajo va a presentar una gran cantidad de elementos que puede asustar al niño con su sola visión, (turbina, jeringa, etc.). Para evitarlo podemos recurrir a los equipos móviles que se pueden situar detrás del paciente o el equipo oculto dentro de un módulo del mobiliario (modelo garaje de kavo). Según la colaboración del niño a veces es conveniente optar por enseñar el instrumental y dejarle que lo manipule y haga comparaciones con juguetes u objetos de la vida cotidiana del niño⁽¹⁵⁾ (Fig. 10).



Fig. 10. Es conveniente enseñar al niño el instrumental y dejar que lo manipulen, como lo hace el paciente de la foto.

La aplicación de anestesia local es quizá el mayor motivo de ansiedad en el niño que va a recibir un tratamiento dental. Lo mejor es procurar que el niño no vea directamente la aguja, con lo que va a disminuir la ansiedad que genera la simple visión. Para esto podemos utilizar jeringas sin aguja, del tipo Syrijet⁽¹⁶⁾, o las nuevas agujas catalogadas como indoloras, de reciente aparición, que debido al diseño de su bisel produce una inyección menos dolorosa.

Aconsejamos un espacio mínimo para el gabinete de 9 m² en disposición rectangular, con suficiente espacio libre detrás del reposacabezas para permitir trabajar a las 12 h. Debe primar en

todo momento el diseño ergonómico, en base a las necesidades antropométricas del operador, ayudante y paciente. Debiendo procurar una zona de trabajo para el operador con una holgura de 45 a 60 cm. El ayudante debe tener espacio suficiente, pues su colaboración es muy necesaria en odontopediatría.

En el mobiliario debemos disponer de un módulo de fácil acceso dedicado al equipo de reanimación y urgencias. Si utilizamos equipos de sedación debemos de procurar que las conducciones de oxígeno y de óxido nitroso se encuentren empotradas y junto al cabezal del sillón.

Entre la aparatología accesoria destacamos la radiografía, que puede motivar al niño un poquito mayor para entender el tratamiento que se le está practicando. Está demostrado que si le permitimos al niño distracción durante el tratamiento puede mejorar sustancialmente su colaboración. La presencia de una pantalla de televisión en el techo puede ser muy útil para proyectar una película mientras se realiza el tratamiento y distraer al paciente, igual que si se utiliza un walk-man para oír su música preferida durante el tratamiento (está demostrado que disminuye la ansiedad). En ocasiones puede ser útil la colocación de vídeos de niños recibiendo tratamiento, que tendría un efecto modelante de la conducta del niño⁽¹⁷⁾.

Debido a la intensidad de la lámpara del equipo, 5.000 - 25.000 lux, a veces es necesario disponer de protectores oculares para evitar daños en los ojos del paciente.

Los gabinetes deben de estar preparados con circuitos cerrados de electricidad que permitan el aislamiento de una sola sala sin afectar al resto.

La indumentaria del profesional y del equipo tiene una participación marcada en lograr el ambiente adecuado al niño. La repercusión psicológica que el color blanco puede tener en el niño, se debe a que suele asociarse con situaciones previas dolorosas (vacunaciones, enfermedades generales, etc.), siendo éste el motivo por el que desaconsejamos utilizar la clásica bata blanca. Preferimos usar uniformes de dos elementos o del tipo "pijama" en tonos claros pastel (azul claro, verde, etc.) o si predomina el color blanco, debe llevar algún tipo de dibujo o un diseño informal que recuerde a la ropa de calle.

Indistintamente de la indumentaria que utilicemos más importante que la primera visita serán las visitas sucesivas, pues el niño "que no es tonto" se va a comportar según la primera experiencia vivida y si el primer día se le hizo daño, él reaccionará en las siguientes visitas.

Conclusiones

Tras valorar, muy sucintamente, el diseño que debe predominar en una clínica odontopediátrica podemos terminar resumiendo a modo de conclusiones, las peculiaridades más relevan-

tes:

- Es primordial que en nuestro diseño predomine la idea de infundir confianza en el niño y de crear un ambiente atractivo que lo mantenga distraído y sin ansiedad.

- Intentaremos coordinar las necesidades de infraestructura con los requerimientos de seguridad necesarios.

- Procuraremos que el sillón dental tenga un diseño que se ajuste o pueda adaptarse con facilidad a las peculiaridades antropométricas del niño.

- En todo momento se deben cumplir las normas de higiene y desinfección requeridas.

- Procuraremos que el diseño se ajuste en todo momento a los preceptos ergonómicos vigentes.

López Nicolás, M.: Profesor de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Murcia. Unidad Docente de Odontopediatría, 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 Odontopediatría, 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 Odontopediatría, Odontología Preventiva y Ergonomía. Clínica Odontológica Universitaria. Hospital Morales Meseguer. Murcia; Pérez Lajarín L.: Profesora de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Murcia. Unidad Docente de Odontopediatría, 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. E. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1984.
- 2.- KELLY, J.R.: Marketing profesional para la práctica de odontopediatría. En Pedodoncia. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Interamericana. Madrid 1984.
- 3.- BARBER, T.K.; LUKE, L.S.: Odontología Pediátrica. El Manual Moderno, s.a. México. 1985.
- 4.- CASTILLO CEBRIÁN, C.; FLORES ZAPATA, M.; RODAO YUBERO, F.; LUISA MÚÑIZ, M.; RODRÍGUEZ, J.Y.; UNTURBE, J.: Educación Preescolar. Métodos, técnicas y organiza-

ción. Ed. Ceac. Barcelona. 1978.

5.- MACDONAL, R.E.; AVERY, D.R.: Odontología pediátrica y del adolescente. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1990.

6.- LEWIS, K.J.: Gestión Profesional de la Consulta Dental. Salvat, s.a. Barcelona. 1991.

7.- ÁGUILA RAMOS, F.J.; TEGIACCHI, M.: Ergonomía en odontología. Un enfoque preventivo. Ed. Jims. Barcelona. 1991.

8.- ETTINGER, R.L.; BECK, J.D.; GLENN, R.E.: Eliminating architectural barriers to dental care of the elderly and handicapped. J. Am. Dent. Assoc. 1979, 98: 398.

9.- WHITE, W.C.; AKERS, J.G.; GREEN, J.; YATES, D.: Use of imitation in the treatment of dental phobia in early childhood. A preliminary report. Journal of Dentistry for children. 1974; 41: 106-110.

10.- JOHNS, R.B.; EGCA, B.: An investigation into lighting requirements for operative dentistry. J. Prost Dent 1973; 29: 195-203.

11.- HILBORN, L.B.; CAMPBELL, E.M.; HALL, W.R.: Facility desing and equipment considerations for the team practice dentistry.

Dent. Clin. N. Am. 1974; 18: 873-892.

12.- PRESTON, J.D.; WARD, L.C.; BOBRICK, M.: Light and lighting in the dental office. Dent. Clin N Am 1978; 22: 431-451.

13.- FORTIER, J.P.; DEMARS, CH.: Manual de odontopediatría. Masson. Barcelona. 1988.

14.- GLENNER, R.A.: Dental offices designed specifically for pediatric dentistry. Bulletin of the history of dentistry. 1994; 42, 3: 105-108.

15.- EGOZCUE, M.I.; MANFREDI, C.; BASSO, M.L.: Odontopediatría y psicología. Ed. Kargieman. Buenos Aires. 1988.

16.- BOJ QUESADA, J.R.: La jeringa sin aguja Syrijet y su utilidad en pacientes infantiles. Odontología Pediátrica 1992, 1 (2), 85-88.

17.- MACTINGUE, D.J.: Manejo del comportamiento del niño. En Pedodoncia de Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Interamericana. Madrid. 1984.

Los problemas dentales más comunes

Una encuesta a nivel nacional en los EE.UU. en dentistas demostró que la caries es aún el problema más frecuente de sus pacientes.

La encuesta también revela que casi los dos tercios de los dentistas (64%), considera la Enfermedad Periodontal será el mayor problema al menos del inicio del tercer milenio, junto con la educación preventiva (34%) y los tratamientos cosméticos (20%).

De acuerdo con esta encuesta casi la mitad de los dentistas (48%) considera que el coste del cuidado dental debería modificarse de acuerdo con la tasa de inflación. Los dentistas también refieren que más de la mitad de sus pacientes (62%) están cubiertos por alguna forma de seguro.