

TRABAJAR SENTADO

Por CH. BONSACK

(de la «Revue Franç. de Odonto.», octubre, 1962)

Ya se ha avanzado bastante en los estudios sobre deformaciones de la columna vertebral, afecciones de los pies, varices, fatiga de los músculos abdominales y dorsales, afecciones coronarias, etc., como para llegar a la conclusión firme y definida de que el trabajar sentado es mucho más beneficioso para el organismo humano y al cabo del tiempo significa una apreciable prolongación de la vida profesional.

Algunos autores preconizan el trabajo mixto, es decir, pararse y sentarse alternativamente, pero nosotros no lo recomendamos, porque, invariablemente, el dentista tiende a quedarse parado más tiempo de lo conveniente. Es posible trabajar sentado en un 100 por 100 de los casos, con excepciones mínimas, como la anestesia en el agujero mentoniano y algunas extracciones laboriosas de molares inferiores. Nuestros colaboradores se habitúan rápidamente a trabajar sentados y, luego de algunos tanteos y prácticas sobre inclinación y altura del sillón, al cabo de dos semanas llegan a la misma proporción que nosotros.

Cuando uno lee todo lo que puede aquejar al profesional que trabaja de pie, no se puede menos que bendecir la aparición del taburete dental.

El problema de las posiciones de trabajo y la conveniencia de trabajar sentado ha hecho muchos progresos en los últimos años. Los jóvenes colegas lo adoptan cada vez más, pero el resto de los profesionales carece de nociones básicas que les permitan adquirir la banqueta más adecuada y adoptar las posiciones de trabajo más convenientes.

Es importante conocer el papel que juega la banqueta y el sillón en el consultorio dental. Existe la posibilidad de deformar la columna vertebral, de comprimir los músculos, provocando isquemia o impidiendo el retorno sanguíneo, aun cuando se trabaje sentado. El dentista debe entrenarse, conocer todos los detalles de la técnica, aprender de otro más experimentado, corregir las posiciones viciosas.

Antes que nada es necesario expresar los principios generales, a saber:

1.—Evitar todo movimiento portante «en falso», especialmente con los brazos.

2.—Poseer una banqueta con un buen asiento y que evite todo riesgo de desequilibrio.

3.—Para disminuir la altura de la columna sanguínea, la banqueta debe disponer de una barra de apoyo para los pies.

4.—La banqueta debe poseer una movilidad suficiente, pero sin exceso. Debe permitir un fácil acceso y salida.

5.—Debe ser accesible a los dentistas de baja estatura.

6.—Las posibilidades de maniobra del sillón dental deben ser utilizadas al máximo.

7.—Las vértebras cervicales del paciente deben prestar su colaboración.

8.—La instalación debe ser adaptada exactamente a las condiciones de trabajo sentado.

9.—La asistente deberá ser entrenada para brindar una ayuda eficaz basada en una formación y un esquema precisos.

10.—Uno debe sentirse atado a la banqueta para volver a estudiar con perseverancia y con la firme intención de triunfar todas las maniobras que conduzcan al dominio del trabajo sentado.

Estos postulados son eslabones de una cadena y no pueden separarse uno del otro.

La banqueta del operador

Antiguamente, cuando las banquetas eran de madera, era necesario que absorbieran una gran superficie del cuerpo.

Debía ser bastante grande para sostener las nalgas, sin presionar los nervios de las piernas. Pero las banquetas actuales, tapizadas en espuma de goma, no necesitan ser tan grandes y son igualmente cómodas. El asiento redondo es el más eficaz, porque no hay que darle la vuelta. El diámetro debe ser, como mínimo, de 33 ó 35 cm. El apoyo para la espalda no es indispensable y, salvo que tenga un resorte muy fuerte, de lo contrario no apoya. Algunas usan un apoyo para el pecho, pero puede dificultar la respiración.

La base del taburete tiene una importancia fundamental y de ella depende el éxito del mismo.

Schreier, de Viena, emplea un taburete tipo de bar, fijo, y efectúa los movimientos de trabajo elevando o bajando el sillón. Los taburetes con ruedas poseen una movilidad demasiado grande, aunque poseen a veces un freno. Uno de los mejores taburetes actuales es el Rote-seat, que va fijado a la base del sillón y gira siguiendo un arco de círculo a su alrededor.

En resumen, buscar un taburete cómodo y adoptarlo, estudiando luego todas las posiciones de trabajo para no levantarse durante la sesión y utilizar al máximo los movimientos del sillón y del paciente para comodidad nuestra.

(Per «Rev. Dent.».)

FLUORUROS EN LA SAL DEL AGUA DE MAR

—Se me ha dicho que la gente en el Medio Oriente atribuye su buena dentadura al hecho de ingerir la sal de su dieta en forma de sal de agua de mar evaporada. ¿Es posible que la sal del agua de mar contenga suficiente fluoruro como para prevenir las caries dentales?

—En general, se concuerda en que una ingestión diaria de algo más de 1 mg. de fluoruro, suplementario al contenido en los alimentos de una dieta típica del Oeste europeo o de Norteamérica, es óptima para prevenir las caries. Esta cantidad puede proveerse mediante la fluoración artificial de las provisiones de agua a una concentración de 1 p.p.m.

Es improbable que el consumo de sal en este país contribuya materialmente a la ingestión diaria de fluoruros. El análisis químico de cuatro muestras tomadas al azar de sal vendida en nuestro país en forma de sal de mesa envasada, de sal gruesa de cocina, de sal suelta común y de cloruro de sodio para reactivo, efectuado gentilmente por el Dr. H. L. Bolton, del Laboratorio del «Government Chemist», en Londres, demostró (1) que contenían menos de 4 p.p.m. de fluoruro.

La composición del agua de mar sugiere que la sal obtenida por evaporación del agua marina contiene cerca de 40 p.p.m. de fluoruro. Por lo tanto, sería dable esperar que deban consumirse, por lo menos, 30 g. de sal de agua de mar evaporada por día para proveer un suplemento óptimo de fluoruros a los adultos, suponiendo cierta pérdida durante la cocción. Las estadísticas suizas (2) sugieren que la ingestión media de sal común de cocina, sin incluir la sal en el pan, en sopas preparadas, etc., es de cerca de 5 g. por día para los adultos. Teniendo en cuenta el clima seco y cálido de gran parte del Medio Oriente y el menor uso de alimentos preparados comparado con Europa, la ingestión de fluoruros con la sal puede constituir una adición pequeña, aunque no necesariamente insignificante, a la ingestión óptima de fluoruros, especialmente si se come mucho pescado. Sin embargo, es probable que la falta relativa de alimentos refinados y el hecho de comer menos entre las comidas en el Medio Oriente sean ampliamente responsables de la baja incidencia de caries.

La incorporación controlada de fluoruros a una concentración de 100 partes por millón en la sal de cocina ha sido preconizada (3) en Suecia y es usada ahora en algunas partes de Suiza (2), pero corrientemente sólo provee cerca de un tercio del suplemento óptimo de fluoruros. (B. M. J. pr. S. M.)

Bibliografía: (1) Bolton, H. L.: «Comunicación personal», 1961. (2) Aeppli, H.: «Gynaecologia» (Basilea), 1959, 148, 111. (3) Santesson, G.: «Odont. Ervy», 1958, 8, 345.

LA DOSIFICACION DEL FLUOR EN LOS DISTINTOS METODOS PARA COMBATIR LA CARIES DENTAL

De una forma empírica se ha confirmado que el agua potable con un contenido de 1 mg. de flúor por litro (1 p.p.m.) confiere a los niños que desde su nacimiento sólo han bebido de esta agua una marcada protección contra la caries dental; esta protección, sin embargo, no resulta incrementada si se aumenta la concentración del flúor. Al sobrepasar la concentración de 1,5 p.p.m., una parte de los niños acusa un efecto nocivo, en tanto que, rebasado el año de vida, pueden tolerarse sin ninguna manifestación tóxica (fluorosis) concentraciones mucho más elevadas. Hace pocos años en Aigle (Suiza), y más recientemente en Basilea, se puso en práctica la fluorificación del agua suministrada a estas ciudades (0,8 p.p.m. durante los tres meses de más calor y 1 p.p.m. en los restantes). Esta medida desencadenó inmediatamente reacciones por parte de algunas personalidades disconformes. Gordonoff manifestó: «Un elemento que puede ser beneficioso hasta la dosis de 1 mg. y que, al alcanzar 1,5 mg pudiera ser tóxico, sólo puede administrarse mediante dosificación individual y nunca distribuirse a través de la red comunal de suministro de agua.» A raíz de unos ensayos de más modesta envergadura, que se llevaron a cabo en Winterthur en torno al consumo de agua potable por parte de los niños suizos, se llegó a la conclusión de que éste sólo alcanzaba los 2/3 del promedio determinado en los Estados Unidos en lo que se refiere a la época de invierno; en lo que respecta a los meses de calor, este consumo era, aproximadamente, idéntico. Con lo cual no sería de esperar una sobredosificación peligrosa, sino más bien una escasez en la dosis, tomando como base las curvas de Dean; pero, a pesar de todo, se abrigaban esperanzas de un marcado éxito. Confrontando las distintas formas de aplicación del flúor (leche, agua, sal, comprimidos) se dio la preferencia a la fluorificación del agua y de la leche, dado que de este modo podía tal medida alcanzar al niño como consecuencia de su elevado consumo de agua y que, por otra parte, la sal no entra en consideración a causa de que su utilización está sujeta a grandes oscilaciones y es muy reducida en lo que respecta a la infancia. Por lo demás, todavía no ha podido comprobarse que el aporte de flúor opere un efecto protector contra la caries en lo tocante a los adultos.—M. Pfeifer, Pforzheim.

(Per «Schweiz. med. Wschr. 92 [1962], 943.)

(«Med. Klin.» 24, 1963.)