

278
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMIOLOGIA DE LOS PROCESOS INFECCIOSOS VIRALES
EN ODONTOLOGIA MANEJO Y CONTROL

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:

CLAUDIA ELENA SOSA VAZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ARTURO SARACHO ALARCON

FALLA EN ORIGEN



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 está 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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A MI MAMA

Gracias por tu gran apoyo
y comprensión y por todo-
el amor que me das.

TE QUIERO.

ANA, LULU Y ALE

Nunca voy a olvidar todo aquel-
apoyo que recibí de cada una de
ustedes en muchos momentos im-
portantes en mi vida y sobre to-
do por su cariño y aquellas ora-
ciones dirigidas a mí.

LAS QUIERO.

NACHO, SANTI Y BILLY

Gracias por sus siempre-
buenos deseos para mí.

A MI PAPA

Muy a tu manera gracias -
por el apoyo y confianza-
en mí.

TE QUIERO.

BRENDA, DIEGO Y RENATA

A mis tres pequeños que
adoro.

DR. ARTURO SARACHO

Agradezco su ayuda y confianza en mí, al igual que su bonita amistad.

DR. ALBERTO NAVARRO

Gracias por su amistad, apoyo y ayuda brindada durante mi carrera.

DHS.CHARLY Y FELIPE

Gracias por aguantar tanta lata que les di.

GINA

Es muy importante en la --
vida saber que se cuenta -
con una valiosa amistad y
por eso es bueno haber en
contrado a una amiga como
tu.

ROCIO

Por toda una vida que nos-
conocemos, es valiosa esta
amistad y que sabemos que
contaremos por mucho tiem-
po más.

LEO

Apesar de que no es mucho-
el tiempo, te considero --
como si fueras desde siem-
pre una gran amiga.

MARTHA, ANA, MECHE,

SILVIA, HEIDI Y BLANCA

Por todos los momentos pa
dres que vivimos juntas -
durante la carrera, espe-
ro que siempre haya una -
oportunidad para recordar-
los.

VIC

Por tu amistad y tu pecu-
liar forma de ser.

I N D I C E

1.- INTRODUCCION

1

2.- CAPITULO I

3

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL CONSULTORIO DENTAL

- INTRODUCCION
- SARAMPION
- RUBEOLA
- HERPES SIMPLE
- VARICELA ZOSTER
- HEPATITIS
- INFECCION POR RETROVIRUS HUMANOS-SIDA
- CONCLUSIONES

3.- CAPITULO II

42

DESINFECCION Y ESTERILIZACION

- INTRODUCCION
- DESINFECCION (AGENTES QUIMICOS)
- ESTERILIZACION (AGENTES QUIMICOS Y FISICOS)
- METODOS DE ESTERILIZACION POR AREAS
- DESECHOS DEL CONSULTORIO
- CONCLUSIONES

<u>4.- CAPITULO III</u>	63
<u>CUESTIONARIO</u>	
- INTRODUCCION	
- METODO	
- CUESTIONARIO	
- RESULTADOS	
- CONCLUSIONES	
<u>5.- RECOMENDACIONES</u>	75
<u>6.- BIBLIOGRAFIA</u>	77

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

La finalidad de este trabajo es conocer las manifestaciones --orales de enfermedades infecciosas víricas que pueden transmitirse en el consultorio dental, así como reconocerlas al encontrarnos -- con alguna de las mismas; ya que estas traen consigo un gran riesgo para todos los que colaboramos en un consultorio dental, al -- igual se verá también la prevención de las mismas.

Para que esta prevención sea posible deberán conocerse los medios de esterilización y desinfección que deben usarse en el instrumental usado y en el consultorio, así como la asepsia y antisepsia que debe haber en los pacientes y en el mismo Cirujano Dentista.

Las enfermedades virales que interesan no solo a los dentistas sino también a los pacientes , se podrían citar como ejemplo: Herpes simple, Hepatitis B, sarampión y el más temido el SIDA.

Todo esto con el fin de controlar estas enfermedades y así poderles dar seguridad a nuestros pacientes y desde luego poder asegurar nuestra salud.

Esta finalidad se alcanzará realizando una investigación bibliográfica en libros, revista y artículos sobre la información más reciente de lo ya mencionado. También se realizará un cuestionario para así obtener porcentajes reales de los medios de esterilización y desinfección, cuidados del odontólogo, enfermedades más presentadas, el conocimiento de las mismas y sus manifestaciones orales, etc.

Todas las personas viven constantemente expuestas a enfermedades infecciosas por la invasión de virus, bacterias y hongos. Y todo esto creciendo en hospitales, clínicas y consultorios privados. - Por ello la gente se encarga de mantener su salud general y dental y conocen la importancia del control de infecciones.

No solo los dentistas sino también los pacientes se interesaron e informaron más de estas infecciones; la transmisión de pacientes al cirujano dentista, entre paciente y paciente, por medio de instrumental sucio, manos contaminadas, cubrebocas usados.

El dentista tiene una gran responsabilidad de conocer y realizar el proceso de control de infecciones, las nuevas regulaciones dentro de la odontología, y deben de tomarse en cuenta que tipo de transmisión de enfermedades es el más común para poderlo combatir.

C A P I T U L O

I

ENFERMEDADES

TRANSMISIBLES

EN

EL

CONSULTORIO

DENTAL

I N D I C E

1. INTRODUCCION

- ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- ENFERMEDADES VIRALES

2.- SARAMPION :

- EPIDEMIOLOGIA
- PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA
- CLINICA, DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- MANIFESTACIONES ORALES
- EVOLUCION, TRATAMIENTO, PRONOSTICO Y PROFILAXIS

3.- RUBEOLA :

- EPIDEMIOLOGIA
- PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA
- CLINICA, DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- MANIFESTACIONES ORALES
- TRATAMIENTO

4.- HERPES SIMPLE :

- EPIDEMIOLOGIA E INMUNOPATOGENIA
- MANIFESTACIONES CLINICAS
- MANIFESTACIONES ORALES
- A) GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA
- HERPES EN PIEL
- HERPES OCULAR
- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

5.- VARICELA ZOSTER

- EPIDEMIOLOGIA Y PATOGENIA
- MANIFESTACIONES CLINICAS
- MANIFESTACIONES ORALES
- DIAGNOSTICO
- TRATAMIENTO Y PROFILAXIS

6.- HEPATITIS :

- VIRUS DE LA HEPATITIS A
- VIRUS DE LA HEPATITIS B
- VIRUS DE LA HEPATITIS C
- VIRUS DE LA HEPATITIS D
- VIRUS DE LA HEPATITIS E

EPIDEMIOLOGIA DE LA HEPATITIS

- HEPATITIS A
- HEPATITIS B
- HEPATITIS C
- HEPATITIS D
- HEPATITIS E
- ANATOMIA PATOLOGICA
- CLINICA
- MANIFESTACIONES ESTRAHEPATICAS
- EVOLUCION Y PRONOSTICO
- TRATAMIENTO
- PROFILAXIS
- PREVENCIÓN DE LAHEPATITIS POR INOCULACION

- INMUNIZACION PASIVA Y ACTIVA
- MANIFESTACIONES ORALES

7.- INFECCIONES POR RETROVIRUS HUMANOS- S I D A :

- ETIOLOGIA
 - A) FASE PRECOZ O AGUDA
 - B) FASE INTERMEDIA O CRONICA
 - C) FASE FINAL O DE CRISIS
- EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCION POR VIH Y DEL SIDA
- CLINICA DE LA INFECCION POR VIH Y DEL SIDA
 - A) MANIFESTACIONES CLINICAS DEL VIH-1
 - B) TRASTORNOS NEUROLOGICOS ASOCIADOS A LA INFECCION POR VIH-1
 - C) INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON SIDA
- NEOPLASIAS ASOCIADAS A LA INFECCION POR VIH-1
 - A) SARCOMA DE KAPOSI
 - B) LINFOMA NO HODGINIANO
 - C) OTRAS NEOPLASIAS
- DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR VIH
- MANEJO DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH
 - TRATAMIENTO
 - A) TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS
 - B) TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS ASOCIADAS AL VIH -1 (SARCOMA DE KAPOSI)
 - PREVENCION DE LA INFECCION POR VIH-1
 - MANIFESTACIONES ORALES

8.- CONCLUSIONES

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

ENFERMEDADES INFECCIOSAS :

Las enfermedades infecciosas se pueden clasificar según el agente etiológico en :

- a) virales
- b) bacterianas
- c) espiroquéticas
- d) micóticas

Se han usado diferentes términos en la exposición de enfermedades infecciosas, las que serían :

- a) Periodo de incubación: Es el tiempo que transcurre entre el momento en el que el microorganismo infectante invade a los tejidos y la aparición de los síntomas.
- b) Periodo prodrómico: Es el tiempo en el que el paciente presenta síntomas característicos de la enfermedad antes del exantema.
- c) Fase exantématica: Es el tiempo en que se presentan cambios en la piel según la enfermedad, pudiendo ser manchas, prurito, eritema, vesículas, etc.
- d) Periodo de convalecencia: Inicia desapareciendo el exantema o enantema en caso que se de en mucosas y no en piel; hasta que el paciente quede totalmente recuperado.

En este capítulo únicamente se verán las enfermedades virales pues son las más fácilmente transmisibles en el consultorio dental.

ENFERMEDADES VIRALES :

Los virus son de los microorganismos que más afectan a la especie humana. Estos solo se multiplican en células vivas y tiene ácido nucleico para codificar desde 2 hasta 50 proteínas.

Algunos virus tienen la capacidad de permanecer latentes en las células del huésped después de la infección y así recaer; por ejemplo la varicela se presenta en la primera infancia como varicela y en la forma adulta como herpes zoster, el herpes labial recurrente y las lesiones genitales representan una infección latente con exacerbaciones del herpes simple. Aún no se conocen los mecanismos de iniciación y mantenimiento de la latencia vírica, pero se sabe que hay interacciones entre el virus, las células huésped-infectadas y el sistema inmunitario.

La transmisión de estas infecciones puede ocurrir por difusión de aerosoles, contacto directo, contaminación oro-fecal, alimentos agua y picadura de insectos o mordedura de animales. Una vez dentro los virus se extienden a diversos órganos por contigüidad, -- por diseminación a través de sangre o vasos linfáticos, o por tejido nervioso. El desenlace de la infección depende del tipo de virus, título de inóculo, experiencia inmunitaria del huésped, y calidad de la respuesta inmunitaria.

El sistema inmunitario es benéfico para acabar con las infecciones virales y prevenir reinfecciones.

Se han identificado unos 300 virus antigénicamente distintos -- que producen al menos 50 síndromes clínicos diferentes en humanos.

Los virus se pueden clasificar por sus características químicas y físicas o por las enfermedades que producen.

El diagnóstico específico vírico se hace de diferentes formas, desde el diagnóstico etiológico de una enfermedad aguda, hasta el diagnóstico retrospectivo a través de la serología. En casos el diagnóstico puede influir en el tratamiento del paciente, en otros solo es útil para el bien de la comunidad.

Las enfermedades virales que se van a ver en este capítulo presentan manifestaciones orales y gracias a esto podemos detectarlas a tiempo, remitirlas a un especialista y así evitar su contagio.

SARAMPION :

El sarampión es una viriasis exantemática producida por un mixovirus del género de los morbilivirus y de la familia paramyxoviridae, con un cuadro clínico de tres fases.

- a) Un periodo de incubación prácticamente siliente.
- b) Pródromos con exantema y gran catarro oculofaríngeal.
- c) Erupción del exantema maculopapuloso confluyente.

EPIDEMIOLOGIA :

El huésped natural es el ser humano. Hay mayor prevalencia de esta enfermedad en invierno y primavera. Sin diferencias de sexos. Con receptibilidad universal, excepto lactantes hasta los 9-12 meses que están protegidos por anticuerpos de la clase IgG recibidos de la madre por vía transplacentaria, el contagio es alto a partir de la fase prodrómica, la transmisión es por vía aérea.

PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA :

A través de la orofaringe o la conjuntiva, el virus llega al tejido linfoide local y las vías respiratorias altas, reproduciéndose y originando una viremia inicial asintomática durante los primeros cuatro días de contagio. Al décimo día se inicia una respuesta inmune del huésped y la producción del interferón, que disminuyen progresivamente la tasa de la viremia y aparece la erupción con el exantema y enantema característicos que definen el periodo exantemático.

CLINICA, DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL :

El periodo de incubación cuya duración es de unos 10 días, es asintomático, por lo que las primeras manifestaciones corresponden a la fase prodrómica, manifestándose con fiebre, en general elevada en los 2 primeros días descendiendo hasta el final para volver a ascender al inicio del exantema; el catarro oculonasal y de vías respiratorias altas es intenso y con fiebre, la conjuntivitis es llamativa, con fotofobia, lagrimeo, hiperemia conjuntival y en ocasiones secreciones purulentas. La tos es seca, irritativa y molesta.

Al inicio del periodo exantemático marca elevación de temperatura con más sintomatología catarral y postración intensa. El exantema maculopapuloso comienza en la cara, detras de las orejas, en alas de la nariz, alrededor de la boca y menton. Al día siguiente se extiende al tronco y al otro día ya invade las extremidades, respeta las palmas de las manos y plantas de los pies. Al segundo o tercer día las manchas son mayores y confluyen, la fiebre remite y el estado general mejora.

Al cuarto día el exantema se aclara con las lesiones cutáneas siguiendo las mismas regiones topográficas que durante su instauración y progresivamente se produce una descamación fina denominada "furfuracea", al tiempo que el exantema adquiere una tonalidad cobriza. Como diagnóstico diferencial es la ausencia de descamación en manos y pies.

Las consecuencias del sarampión a largo plazo pueden ser epilepsia, sordera, paraplejía y defectos neurogénicos parciales.

MANIFESTACIONES ORALES :

Durante la fase prodrómica el enantema es característico; en la zona adyacente al velo del paladar aparecen manchas rojas separadas por mucosa sana y que tiende a confluir. Lo más característico es el signo de Koplik apareciendo en la cara interna de los labios y de las mejillas a nivel de los molares, tiene aspecto de pequeños granitos de azúcar o sal que resaltan del enantema. Este signo aparece 48 hrs antes del brote exantemático, consistiendo en hallazgo patognomónico.

Puede faltar en la cuarta parte de los pacientes, y puede afectar otras áreas mucosas (vagina, conjuntiva), la duración de los prodrómicos se extiende como máximo durante 4 días.

EVOLUCION, TRATAMIENTO, PRONOSTICO Y PROFILAXIS :

Al no existir un tratamiento específico deben extremarse las medidas generales y sintomáticas por la asociación del sarampión con el síndrome de Reye. Se recomienda evitar el uso de ácido-acetilsalicílico como terapéutica antitérmica; para la tos molesta puede tratarse con un antitusígeno y también con humidificación ambiental; la conjuntivitis puede aliviarse con lavados de manzanilla.

El máximo contagio es en el periodo de incubación, durante el cual se desconoce la existencia de la enfermedad. La profilaxis pasiva es con gamaglobulina standar dando inmunidad durante un mes antes del contagio, con 0.25 ml/kg se da la seroprevención y con 0.06 ml/kg se da la seroatenuación. La profilaxis eficaz es la activa, con vacuna de virus atenuado, a los 15 meses de vida, en forma de vacuna triple vírica, y la revacunación a los 12 años.

RUBEOLA :

La rubeola es una viriasis exantemática importante por su frecuencia y sus implicaciones en la génesis de malformaciones congénitas cuando es contraída por una mujer embarazada no inmune. Por lo general se le considera una enfermedad benigna. El agente etiológico es un virus del género rubivirus y de la familia togaviridae. La enfermedad solo se presenta una vez en la vida.

EPIDEMIOLOGIA :

La rubeola no es tan contagiosa como el sarampión, la transmisión es por vía aérea, siendo el contacto más intenso y prolongado.

En invierno y primavera se dan los mayores casos, la contagiosidad se da 2 o 3 días antes de la aparición del exantema y es máxima cuando permanece y luego disminuye paulatinamente. La inmunidad es permanente.

PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA :

La patogenia es con los mismos pasos que el sarampión, pero hay gran reactividad hiperplásica del tejido linfoide.

Los anticuerpos IgM aparecen a los 14-18 días de la infección coincidiendo con el exantema y luego a los 8 semanas de aparición, se sustituyen por anticuerpos IgG.

CLINICA, DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL :

Son los mismos periodos que en el sarampión, el periodo de incubación es silente, durando de 2-3 semanas, con termino medio de 16 días. Los pródromos son breves e inexpressivos, como máximo duran

de 28 a 48 hrs., con febrícula, ligero catarro con estornudos, discreta conjuntivitis y en ocasiones diarrea.

El periodo exantemático tiene la triada de : fiebre(no más de - 39 grados), hipertrofia ganglionar y exantema maculopapuloso iniciandoce retroarticularmente, extendiendose rápido a tronco, desapareciendo en 23 dias.

Las complicaciones no son frecuentes, pero conviene recordar -- por su gravedad, la artritis y la encefalitis.

La rubéola congénita se destaca por su tetrada: cataratas, miocrocefálea, sordera y cardiopatía congénita. El diagnóstico diferencial debe establecerse con las entidades que cursan con exantemas maculopapulosos.

MANIFESTACIONES ORALES

En la fase prodrómica no hay enantema, pero se apresian pequeñas manchas rojas en el velo del paladar, llamadas manchas de "Fog cheir", que en ocasiones adquieren aspecto petequial y pueden confluir.

TRATAMIENTO :

Este es sintomático, si la artritis es dolorosa se puede utilizar ácido-acetil-salicílico. La profilaxis pasiva no es muy efectiva, y en tal caso debe recurrirse a la gamaglobulina hiperinmune.

La solución más adecuada es la vacuna triple vírica, administrandose a los 15 meses repitiendose a los 12 años. En caso de que no existan anticuerpos se dispone de un plazo de 72 hrs. tras el contacto con el enfermo para recibir la inmunoprofilaxis pasiva -- con gamaglobulina hiperinmune.

HERPES SIMPLE :

Los virus de la familia herpesviridae, constituidos por un grupo de virus DNA con características morfológica y biológicas comunes, con capacidad de persistir en estado latente. La transmisión es -- por inoculación directa de la piel o de las mucosas a partir de se creciones infectadas.

EPIDEMIOLOGIA E INMUNOTERAPIA :

El VHS (virus del herpes simple) se diferencia serológicamente en dos tipos: VHS-1 y VHS-2.

La infección primaria por VHS-1 se presenta en la edad de 1-4 años y se transmite por trato interpersonal por saliva infectada, - la gingivoestomatitis es la manifestación clínica más frecuente.

La infección primaria por VHS-2 es rara antes de la pubertad, - se transmite por contacto venéreo, homosexual y orogenital. los -- ataques recurrentes son en niños en edad escolar y en adulto apare cen espontáneamente o por otros factores, como otras enfermedades infecciosas.

La infección herpética puede ser más grave en quemados, en pacientes VIH positivos, en pacientes con neoplasias y en tratados - con inmunodepresores.

La lesión fundamental es de una vesícula de pared fina sobre -- una base eritematosa e inflamatoria, de localización intraepidérmi ca.

MANIFESTACIONES CLINICAS :

El periodo de incubación es entre 2-12 días, 6 de promedio. El espectro clínico de infección por VHS es amplio y varía desde la infección inaparente hasta la forma fulminante; dependiendo de factores como la edad, los órganos afectados y la naturaleza recurrente o primaria de la enfermedad.

MANIFESTACIONES ORALES :

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA :

Suele ser el comienzo agudo, con fiebre alta, malestar general, irritabilidad y dolor bucal intenso. Las lesiones inicialmente vesiculares, en preferencia en el velo de l paladar, encía, labios y la lengua. Evolucionan hacia la ulceración, la adenopatía submaxilar bilateral y el eritema faríngeo acompañante son frecuentes.

La odinofagia da lugar a salivación y a trastornos de la deglución siendo la deshidratación secundaria. Las lesiones evolucionan entre 7-10 días sin dejar secuelas.

HERPES EN PIEL :

Predomina en la población infantil, prepuberal y en los adultos jóvenes, las lesiones por encima de la cintura son causadas por la infección por VHS-1 y las que se localizan por abajo de ésta por el VHS-2.

Los profesionales en contacto con secreciones orales o áreas infectadas , estanexpuestos a la infección herpética de dedos.

HERPES OCULAR :

La infección primaria ocurre en el niño en forma de conjuntivitis folicular con edema de párpados donde es posible observar vesículas así como la presencia de adenopatía satélite preauricular.

Hay infección recurrente principalmente en el adulto, en el cual la lesión corneal es predominante y la conjuntivitis.

DIAGNOSTICO :

Es con el cuadro clínico característico y es suficiente con la localización y la morfología de las lesiones.

TRATAMIENTO :

No hay medicación efectiva para el herpes labial recurrente, en infecciones graves por VHS (esofagitis, neumonitis e infección diseminada), debe administrarse aciclovir por vía intravenosa, 10mg/kg cada 8 hrs. por 10-14 días.

En un estudio compara el cultivo viral, manchando el epitelio del alveolo para el diagnóstico de las infecciones orofaciales del herpes simple y herpes zoster, se estudiaron 21 pacientes, en la mayoría fueron positivos en el control viral con suma sensibilidad y especificidad del 100%, pero el resultado fue tomado 24 hrs. después, luego se comprobó que manchado el epitelio con HTC (anticuerpos HSV y HZV, había una sensibilidad del 82% y especificidad del 71 %. Con este diagnóstico de inmunofluorescencia (enjuagues bucales) se sabe que en un 80 % de los casos confirman infección herpética en menos de 1 hr. (Bagg J. 1989).

V A R I C E L A Z O S T E R :

La infección por el VVZ en el individuo no inmune, es causa de una enfermedad aguda febril, caracterizada por una erupción cutánea generalizada llamada varicela. Tras la cura de la primoinfección el virus permanecerá latente acantonado en los ganglios sensitivos, durante el resto de su vida. En ciertas circunstancias el virus puede reactivarse, dando lugar a una infección localizada en la piel, el herpes Zoster; esta infección en particular el del nervio trigémino presenta pérdida de la función con condiciones clínicas variables. El acyclovir es tratamiento de elección con acción clínica duradera, controla el dolor y puede proteger de una neuralgia postherpética. (Barret, 1990).

EPIDEMIOLOGIA Y PATOGENIA :

El humano es el único reservorio del virus, La varicela es extremadamente contagiosa. La transmisión es por gotitas de saliva o exudado vesicular con las mucosas respiratorias, conjuntival o la piel. El paciente es contagioso desde 1 día antes hasta 5 días después de la aparición del exantema, o hasta que las lesiones estén en estado de costra. La persona no inmune puede contraer varicela al estar expuesta con una persona con herpes zoster.

El virus llega por vía nerviosa hasta las células epiteliales del dermatoma correspondiente. En ocasiones la inflamación puede llegar a las neuronas del asta anterior, esto explica la afectación motora acompañante que presentan estos pacientes.

Las vesículas de la varicela, del herpes zoster y el herpes simple son histológicamente indistinguibles.

MANIFESTACIONES CLINICAS :

La incubación es de 15 días promedio (10 a 23 días), en el cuadro prodrómico hay postración, astenia, fiebre y mialgias. La erupción comieza apareciendo pequeñas máculas o pápulas que evolucionan en pocas horas.

Aparecen generalmente sin que haya un factor desencadenante. El 50 % presentan síntomas prodrómicos. El primer síntoma local es el dolor o la hiperalgesia en el dermatoma afectado, seguido 3-4 días después de la aparición de cúmulos vesiculares localizados a lo largo del dermatoma. Los segmentos torácicos son más afectados en un 50%.

MANIFESTACIONES ORALES :

El trigémino, en particular la rama oftálmica, es el más implicado. Las lesiones pueden acompañarse de quemosis y queratoconjuntivitis. Se asocia pérdida de gusto en los dos tercios anteriores de la lengua del mismo lado, cuando también se afecta el VII - par, conduce a parálisis.

DIAGNOSTICO :

La erupción vesicular en diferentes fases evolutivas y distribución son suficientes para establecer el diagnóstico clínico de varicela. En el herpes zoster, la distribución de los cúmulos vesiculares a lo largo del dermatoma afectado también ofrece pocas dudas diagnósticas.

TRATAMIENTO Y PROFILAXIS :

En la infancia el tratamiento es sintomático, dirigido a disminuir las molestias locales y evitar la sobreinfección bacteriana.- Se recomienda el baño diario, uso de antihistamínicos orales para evitar el prurito.

En el adulto inmunocopetente con herpes zoster, es benéfico el uso de aciclovir oral, pero si se inicia antes de las 48hrs. a dosis de 800 mg. 5 veces al día.

La administración de inmunoglobulina específica de zoster, puede prevenir la infección si se da dentro de los primeros 3 días de exposición; y está indicada en todos los pacientes menores de 15 años.

HEPATITIS :

La hepatitis vírica aguda es una enfermedad infecciosa del hígado causada por diferentes virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación.

Se conocen actualmente 5 tipos etiológicos de hepatitis :
a) hepatitis A b) hepatitis B c) hepatitis C d) hepatitis D e) hepatitis E.

VIRUS DE LA HEPATITIS A :

Es un enterovirus de la familia de los picornavirus, no tiene replicación intestinal y solo en el citoplasma de los hepatocitos.

El virus va estar presente en las heces de los pacientes infectados en los últimos días de incubación.

VIRUS DE LA HEPATITIS B :

Es Hepadnavirus, posee una envoltura lipoproteica una nucleocápside, tiene una doble cadena helicoidal de DNA y una DNA-polimerasa. El DNA va a poseer 4 genes, de los cuales cada uno codifica la síntesis de una proteína vírica distinta.

VIRUS DE LA HEPATITIS C :

Actualmente se denomina al virus de la hepatitis no-A no-B de transmisión parenteral. La infección por hepatitis es generalmente asintomática al inicio, aunque es una enfermedad crónica al hablar de hepatitis no-A y no-B.

VIRUS DE LA HEPATITIS D :

Es un virus efectivo que requiere de VHB para su expresión y replicación, sus características son similares a las del virus RNA - satélite de las plantas que no pueden multiplicarse sin la ayuda de un virus cooperador.

VIRUS DE LA HEPATITIS E :

Es el virus de la hepatitis no-A, no-B epidémica o de transmisión entérica; es diferente al virus A por sus propiedades físico-químicas. No tiene envoltura, su genoma tiene una cadena simple de RNA.

EPIDEMIOLOGIA DE LA HEPATITIS :

HEPATITIS A:

La transmisión del VHA es por vía fecal-oral, ya sea por contaminación de agua o alimentos, es común en niños y en personas de hábitos higiénicos insuficientes, en relación con el mal lavado de manos, esto es como primer mecanismo y en segundo es responsable de brotes epidémicos.

Su incubación es entre 3 y 12 días antes de la aparición de los síntomas.

HEPATITIS B:

La infección aguda por VHB, la viremia va a ser más prolongada que la hepatitis A, caracterizándose por gran cantidad de viriones en la sangre.

Se transmite por vía parenteral, aunque también por penetración de virus por mucosas, después de contactos íntimos, ya que se pre-

senta el VHB en fluidos biológicos distintos de sangre: saliva, lágrimas, semen, fluido vaginal, y no va a estar presente en heces - por lo que no hay transmisión oro-fecal.

Los pacientes con infección aguda son contagioso en los últimos días del periodo de incubación y generalmente en los primeros días de la enfermedad.

HEPATITIS C:

Se transmite a través de viaparenteral por transfusiones de sangre o hemoderivados y uso de perigias contaminadas. Es posible la transmisión sexual aunque menos posible que en la hepatitis B.

HEPATITIS D:

Cuando esta el VHD intimamente ligado al VHB, la transmisión -- son por los mismos mecanismos que la de este, percutáneo o permucoso. Esta infección probablemente se transmita consecuencia de la exposición a fluidos corporales. Y es incidence: en drogadictos.

HEPATITIS E:

Se transmite la infección por medio de epidemias transmitidas - por agua contaminada. La incubación es de unas 6 semanas. La forma icterica suele ocurrir en jóvenes y adultos, de 15-40 años.

ANATOMIA PATOLOGICA :

En la hepatitis aguda coexisten en el hígado alteraciones hepatocelulares en forma degenerativa, inflamación y fenómenos de regeneración celular.

En la hepatitis B los cambios degenerativos se distribuyen irregularmente en los lobulillos, evidenciando necrosis focales. 23

También se van a encontrar la presencia de linfocitos y macrófagos adosados a hepatocitos en fase de degeneración o necrosis.

CLINICA :

En la hepatitis vírica aguda su expresión va a ser variada, su curso consta comunmente de 4 periodos (incubación, prodromos, estado y convalecencia); la incubación es el intervalo entre la exposición del virus y la aparición de los primeros síntomas, que va a variar según el agente causante..

En el periodo prodrómico, van a ser los síntomas que se presenten antes de la ictericia, durando generalmente de 3-5 días.

El estado del paciente va a ser cansancio, inapetencia, intolerancia a la grasa y pérdida de la capacidad olfatoria, (en fumadores va a ver inapetencia al cigarro). Puede haber nauseas, vómitos puede haber dolor en el hipocondrio derecho, con sensación de distensión abdominal, y otros presentan diarrea. En ocasiones hay cefalea y frecuentemente hay fiebre con duración de 1-2 días.

El diagnóstico se sospecha hasta que no se observe cambio en la coloración de orina, que adquiere color oscuro como a la de la coca-cola, así como una decoloración en las heces.

La intensidad de la ictericia es variable, pudiendo ser leve - coloración amarillenta de las escleróticas a un fuerte color amarillo verdoso de piel y mucosas. Y la duración de esta oscila entre 2-6 semanas, durante este tiempo el paciente suele perder peso. Al disminuir la ictericia se comprueba la recuperación de bienestar y apetito, volviendo a la normalidad orina y heces.

La convalecencia se va a iniciar con la desaparición de la ictericia. El paciente se va a encontrar asténico, fatigándose a la -

escasa actividad física, y puede referir molestias en el hipocondrio derecho.

En la exploración física aparte de la ictericia se va a encontrar hepatomegalia moderada, blanda y ligeramente sensible en la mayoría y esplenomegalia en un 10-25 % de los casos.

OTRAS MANIFESTACIONES :

Aparte de las manifestaciones hepáticas puede haber artralgias y artritis y un exantema cutáneo. En menor frecuencias las complicaciones son glomerulonefritis extramembranosa, la panarteritis nucosa, la pleuritis exudativa y la acrodermatitis infantil. Y aún más rara complicación sería la anemia aplásica.

EVOLUCION Y PRONOSTICO :

Suele ser bueno el pronóstico de la hepatitis vírica y su curación en la mayoría de los casos. La convalecencia de la forma aguda y no complicada oscila entre 1-6 meses.

TRATAMIENTO :

No hay tratamiento específico para esta enfermedad, lo que se busca es mejorar la función hepatocelular. Es rara la hospitalización, y en el domicilio puede tratarse si están garantizadas las medidas higienicodietéticas aconsejables. El paciente debe contar con una habitación individual, usar pijamas que cubran todo el cuerpo para evitar la contaminación fecal de las sábanas. La ropa platos y cubiertos de uso se deben lavar por separado. Las jeringas y agujas deben ser desechadas y lo de uso personal debe ser exclusivo de cada paciente.

El reposo en cama son una de las medidas terapéuticas. En el -- inicio, cuando la anorexia,nauseas y vómitos, crean dificultades - en la alimentación, los zumos de frutas azucarados y las bebidas - gaseosas son más tolerados que los alimentos sólidos.

Suele recomendarse la abstinencia de alcohol, que debe persis-- tir 6 meses después de la curación clínica de la enfermedad.

En el periodo inicial se pueden administrar hipnóticos de elimiⁿación rápida del tipo fenobarbital, en caso de insomnio o inactividad diurna; antiemeticos^de tipo metoclopramida, si las náuseas y vómitos impiden una alimentación oral, así como laxantes suaves - si hay problema con estreñimiento.

Los glucocorticoides disminuyen la bilirrubinemia y favorecen la recuperación del apetito y desaparición de la astenia, no influyen en la extensión de la necrosis celular ni en la regeneración hepatocitaria, ni acortan la enfermedad, ni previenen la evolución de la cronicidad.

PROFILAXIS :

Para la prevención de la hepatitis vírica van a ser medidas encaminadas a interrumpir la cadena de transmisión de la infección y aplicación de inmunoprofilaxis, tanto pasiva como el empleo de gam^maglobulina como activa en la administración de vacunas.

Con normas higiénicas y sanitarias para la prevención de la -- hepatitis transmitida de persona a persona. En la hepatitis A nume^rosos casos se contrae por vía orofecal, por eso la necesidad de - extremar las medidas higiénicas en casas donde hay pacientes con - hepatitis. .

El la hepatitis B nose deben compartir los utiles de aseo personal del paciente como peine, cepillo de dientes, corta uñas, toallitas, etc, puesto que son vehiculo de difusión parenteral inaparente de sangre contaminada. La ropa y superficies manchadas por el paciente deben ser enérgicas e inmediatamente desinfectadas; al paciente debe recomendarse evitar contactos que puedan facilitar la difusión de fluido ya que el HBsAg se encuentra en saliva, semen y flujo menstrual.

PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS POR INOCULACION :

Se deben esterilizar todo el instrumental que erosiona o penetra en la piel o mucosas o que estuvo en contacto con sangre o fluidos orgánicos y así evitar la transmisión de la hepatitis de persona a persona. Esto se debe considerar a todo el material médico o quirúrgico no desechable. Es efectivo en la práctica la ebullición durante 20-30 minutos, el calor seco a 160 grados por 60 minutos y/o la autoclave a 150 grados durante 30 minutos.

El instrumental que puede dañarse por el calor debe esterilizarse con óxido de etileno 5-10 g/l durante 6-10 hrs a 60 grados con humedad del 20-30 %.

INMUNIZACION ACTIVA Y PASIVA :

La primera comprende el uso de preparados de gammaglobulina con anticuerpos protectores contra cada agente virico. Para personas susceptibles a contraer hepatitis a se usa gammaglobulina común.

La inmunoprofilaxis pasiva de la hepatitis B se efectua con preparados de gammaglobulina elaborados a partir de plasma de personas con titulos altos de anti-HBs (gammaglobulina antihepatitis B)

Debe administrarse en situaciones de posexposición, a las personas que carecen de marcadores serológicos del VHB después de la inoculación parenteral accidental con material contaminado, se debe -- aplicar antes de 12 hrs. del contacto. En adultos 5ml con un intervalo de 4 semanas y a recién nacidos con una dosis única de 0.5 ml- seguida de una pauta de vacuna antihepatitis B.

La inmunoprofilaxis activa consiste en la aplicación de vacuna. Actualmente hay vacunas contra la hepatitis B obtenidas mediante - ingeniería genética, se recomienda la vacuna a personas sucepti -- bles con alto riesgo de contraer la infección, se incluye al personal sanitario que está en contacto con sangre o derivados.

Tanto la hepatitis B y el virus del SIDA son las más serias en enfermedades que se pueden contraer en el consultorio dental.

En el centro de control de enfermedades se dice que 200.000 casos de hepatitis B ocurren al año en E.U., 5.000 de hepatitis cro- nica B son portadores; para sirosis de hígado o cancer de hígado. (Payne, 1990).

Para contraer esta enfermedad depende mucho del grado de expo- sición de sangre o secreciones contaminadas; hay estudios que di-- cen que los más afectados son los cirujanos bucales y parodonticis-- tas, y en 20% dentistas y médicos durante su ejercicio profesional.

La infección entre dentista-paciente paciente-dentista, se ha - comprobado que un dentista infectado crónicamente es altamente -- transmisor, pero puede aún seguir con el ejercicio de trabajo re- quiriendo cuidados y modificaciones en la manera de trabajar.

El peligro de transmisión dentista -paciente es según el grado- de traumatismo que implique la intervención.

Actualmente el material dental casi en su totalidad tiende a -- ser desechable, entonces las posibilidades de transmisión paciente -dentista existe pero son prácticamente nulas. Para cualquier peligro se han empleado diferentes medidas precautorias como el uso cada vez mayor de inmunización activa y pasiva para el personal odontológico.

MANIFESTACIONES ORALES :

En la fase ictérica, hay manifestaciones en la mucosa oral, la que aparece pálida y amarillentá, la intensidad depende de la etapa de la enfermedad.

Manejo estomatológico:

- a) Historia clínica-para orientar y determinar el manejo de pacientes con hepatitis viral.
- b) Interconsulta médica-para orientarnos al manejo de farmacos y - sus limitaciones.
- c) Exámenes específicos para determinar la actividad viral.
- d) Pruebas de tendencia hemorrágicas para evidenciar alteraciones en coagulación.

La hepatitis es un proceso infectocontagioso sistémico, caracterizado por fiebre, anorexia, fatiga, ictericia, oluria, hipocolia- o acolia transitoria, hepatomegalia, manifestaciones digestivas y- respiratorias.

Se ha llamado síndrome de hepatitis viral, con 2 entidades clí- nicas diferentes: Hepatitis infecciosa HI o tipo A y hepatitis sé- rica o tipo B. Las medidas preventivas en el consultorio dental ante pacientes con hepatitis deben ser extremas. (Lara. 1992).

I N F E C C I O N E S P O R R E T R O V I R U S H U M A N O S - S I D A :

En Nueva York y San Francisco en el año de 1981 se detecto un brote epidémico de una nueva infección, producto de un virus no conocido hasta 1983, donde se logró su aislamiento.

Es un nuevo retrovirus humano llamado virus de la inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1), no oncogénico.

Después de una primoinfección, generalmente asintomática, persiste latentemente, o proliferando a baja velocidad, durante varios años. Un porcentaje de los pacientes desarrolla después de infecciones oportunistas o algunos tipos de neoplasias (sarcomas de Kaposi o linfomas de gran malignidad) como consecuencia de inmunodepresión (predominando la inmunidad celular) profunda e irreversible, en esta última fase se denomina Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Con el SIDA la nación está alerta, al igual la comunidad sanitaria está al tanto del peligro que corre con la transmisión de la infección.

Se recalca el riesgo que llevan los trabajadores de la salud y las estrategias de prevención que tienen, programas de vacunación y protocolos de control de la infección.

Tanto en la universidad de San Francisco y California y en escuelas de Odontología han implementado estos programas para instruir e ilustrar a los alumnos; para la responsabilidad en el uso y control dental de infecciones. (Mc Cauley. 1988).

ETIOLOGIA :

Frecuentemente con datos se apoya la hipótesis de que el VIH-1 -prolifera continuamente desde el momento que infecta un paciente, -esto a diferentes velocidades según la evolución de la infección.

FASE PRECOZ O AGUDA :

Los diferentes mecanismos a través de los cuales se adquiere la infección por VIH-1 son materno-fetal, transfusión de sangre o derivados hemáticos, trasplantes de órganos, contacto directo con --sangre y las relaciones sexuales.

Ya infectado el paciente estará asintomático o tendrá un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósico. Paulatinamente aparecerá el antígeno p24 circulante (2-6 semanas) y posteriormente diferentes tipos de anticuerpos(1-3 semanas) coincidiendo --con la desaparición del antígeno p24.

En todo este proceso agudo puede haber una inmunodepresión transitoria pudiendo facilitar la aparición o reactivación de algunas-infecciones oportunistas, como candidiasis esofágicas o infeccio--nes sintomáticas por citomegalovirus.

FASE INTERMEDIA O CRONICA :

Generalmente dura varios años, con actividad proliferativa vírica aunque a nivel bajo. El paciente suele estar asintomático con -adenopatías o no, plaquetopenia, trastornos neurológicos mínimos Hay probabilidad del 50% de que la infección progrese a estadios -más avanzados a los 10 años de producida la infección.

FASE FINAL O DE CRISIS :

Con el incremento de la actividad replicativa del virus va a --coincidir clínicamente con la aparición de una intensa alteración-

del estado general de infecciones oportunistas, ciertas neoplasias o trastornos neurológicos. Aquí se considera al paciente que padece SIDA, el pronóstico desde este momento era malo.

La edad, el sexo, la actividad de riesgo a través de la cual se adquirió la infección por el VIH-1 y la forma de presentación influyen en el pronóstico.

Las alteraciones inmunológicas que acompañan a la infección por VIH-1, son exclusivas de esta, debiéndose a la destrucción o difusión de linfocitos T4 ya que son reguladores del sistema inmunitario.

EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCION POR VIH Y DEL SIDA :

La clasificación. La infección aguda por VIH-1 suele ser asintomática o síndrome mononucleósico. A partir de aquí puede continuar asintomático o con gran variedad de manifestaciones clínicas, desde linfadenopatías generalizadas hasta infecciones graves oportunistas o neoplasias.

En la clasificación de los Centers for Disease Control (CDC); dividen a los pacientes en 4 grupos representando progresión de la infección. Los pacientes del grupo IV con manifestaciones clínicas relacionadas con la infección por VIH-1, subclasificándose en grupos de A hasta E, pudiendo un paciente pertenecer simultáneamente a varios de ellos, los del subgrupo A es el tipo de pacientes que se denominaban complejo relacionado con el SIDA.

La clasificación de los niños infectados por VIH-1 es llamada clase PO (niños de madres infectadas sin la evidencia clara de que estén o no infectados) y dos clases más, mutuamente excluyentes P1 y P2 y es de los niños infectados sintomáticos y asintomáticos.

CLINICA DE LA INFECCION POR VIH Y EL SIDA :

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL VIH :

Probablemente asintomática la primoinfección por VIH-1. Uno de los primeros signos de la infección es la cándida y el diagnóstico puede tener graves implicaciones en el pronóstico, no queriendo decir que el paciente padezca de SIDA. (Samaranyake. 1989)

TRANSTORNOS NEUROLOGICOS ASOCIADOS A LA INFECCION POR VIH-1 :

Pueden presentar dos síndromes neurológicos, en ocasiones simultáneos: a) un cuadro de meningoencefalitis indistinguible de la -- causa por otros virus. b) síndromes neuropáticos.

En pacientes con SIDA puede aparecer una neuropatía distal sensitiva, caracterizada por severas disestesias que limitan la deambulaci3n, especialmente en fases terminales. La causa m3s comun de la afectaci3n del sistema nervioso es un s3ndrome llamado complejo demencial del SIDA (CDC), con clinica progresiva de demencia con - cambios conductuales y trastornos motores.

INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON SIDA :

Como esta infecci3n origina una inmunodepresi3n celular por depleci3n de linfocitos T4, las infecciones debiendose a la reactivaci3n de una infecci3n latente adquirida a3os antes.

Los posibles or3genes de las infecci3nes oportunistas :

- a)Reactivaci3n de la enfermedad latente adquirida a3os antes.
- b)Infecci3n ex3gena, adquiriendose por v3a digestiva las infecci3nes por Isospora Belli y Cryptosporidium y por v3a respiratoria la Criptococosis.
- c)Sobrecrecimiento de microorganismos sapr3fitos de la piel y mucos

La candidiasis oral y esofágica son las mas características de las infecciones por microorganismos saprófitos.

NEOPLASIAS ASOCIADAS A LA INFECCION POR VIH-1 :

SARCOMA DE KAPOSI :

Este proceso neoplasico era raro hasta la epidemia del SIDA, pero a partir de 1980 el sarcoma de Kaposi epidémico pasó a ser la neoplásia más frecuente de esta infección, con agresividad, afectación multisistémica y con mal pronóstico.

Este sarcoma en la mayoría de los pacientes se presenta con lesiones cutáneas características; consisten en máculas, placas o nódulos, en general palpables, de diferente tamaño de mm a cms., de formas alargadas semejando trayectos vasculares, con tendencia a la confluencia y asintomáticas. Típicamente se localizan en la mitad superior del cuerpo, cabeza, cuello y mitad superior del torax. En el 10-15% se presenta en forma ganglionar sin lesiones cutáneas. Un 5% con lesiones localizadas en la mucosa oral (característica afectación del paladar) o tracto intestinal. También pueden estar implicados el hígado, pulmón, corazón y el cerebro.

LINFOMA DE NO HODGKINIANO :

Es la segunda neoplasia más frecuente en la infección por VIH-1 incidiendo 40 veces más que la de la población general. Con localización más importante en el SNC, médula ósea, tuvo digestivo y el hígado.

OTRAS NEOPLASIAS :

Es relativamente frecuente el tumor de la enfermedad de Hodgkin aunque no hay un estudio que demuestre que hay prevalencia en pacientes infectados. Este tumor puede presentarse en cualquier fase evolutiva de la enfermedad, no es criterio diagnóstico de SIDA.

Diagnostico de la infeccion por VIH :

Este diagnóstico consiste en aislar el virus, identificar algunos de sus componentes (proteínas, DNA o RNA) o demostrando la presencia de anticuerpos.

El antígeno vírico circulante se detecta mediante una técnica - de ELIZA.

La presencia de anticuerpos se debe considerar como signo de infección activa. De hecho en casi el 100% de los individuos sintomáticos o asintomáticos, con anticuerpos se puede aislar el virus.

En las técnicas de Western-blot o la radioinmunoprecipitación - (RIPA) con detalle se analizan los anticuerpos presentes.

MANEJO EN EL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH :

Al ir el paciente a su primera consulta el médico se debe plantear preguntas:

- Esta el paciente infectado por VIH ?
- Siendo así, en que estadio se encuentra ?
- Cuál debe ser la frecuencia de los controles ?
- Cuales són las medidas preventivas y/o terapéuticas a instaurar?

Se deben indicar al paciente las medidas preventivas para evitar la transmisión de la infección y su adquisición. Si el paciente está infectado por VIH-1, presentando curso crónico y prolongado afectando al sistema inmunitario y nervioso.

Se debe realizar una anamnesis, exploración física y exámenes complementarios, para determinar: Estadio clínico, estado inmunitario, riesgo de progresión a SIDA, y si debe efectuarse profilaxis primaria frente a determinadas infecciones oportunistas y/o instaurarse tratamiento antirretrovírico.

Los trabajadores del área de la salud y salud dental que dan servicio a pacientes con VIH o SIDA llevan el riesgo de contraerlo entonces es importante un buen diagnóstico y tratamiento. Se debe tener mucha responsabilidad y protegerse de la transmisión de infecciones durante la práctica. (Gerbert. 1988).

TRATAMIENTO :

Este tratamiento de infección por VIH va a tener dos objetivos:

- a) Encontrar fármaco o fármacos con gran actividad antirretrovírica capaces de destruir el VIH-1.
- b) Mejorar el tratamiento de las diferentes complicaciones infecciosas o neoplásicas de los pacientes con SIDA. El descubrimiento de la eficacia de la ZIDOVUDINA en 1986 ha sido el principal avance para el tx del SIDA, aunque no lo cura, va a prolongar la supervivencia y a disminuir la frecuencia y gravedad de las distintas complicaciones que presentan.

Aunque hay fármacos prometedores, actualmente la ZIDOVUDINA (AZT) es el único autorizada para el tx de la infección por VIH-1 en fases avanzadas o para evitar la progresión de la infección en pacientes asintomáticos.

La ZIDOVUDINA se usa para el tratamiento del SIDA, estadio IV-A. En estos pacientes disminuyen el número de infecciones oportunistas y la mortalidad.

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS :

Es eficaz en algunas infecciones la administración profiláctica de antibióticos (profilaxis primaria), para evitar el desarrollo - en pacientes ya infectados (seropositivos); hay fármacos eficaces - para la mayoría de los microorganismos y la respuesta al tratamiento de la fase aguda es satisfactoria en la mayoría de los casos; - la recidiva de estas infecciones es muy alta, por lo que se debe - dar tratamiento de mantenimiento o supresivo de por vida al paciente, y por último indicar al paciente las medidas preventivas a seguir para evitar la adquisición de determinadas infecciones.

TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS ASOCIADAS AL VIH-1 :

SARCOMA DE KAPOSI :

La quimioterapia constituye el tratamiento clásico, aunque no - se conoce un esquema terapéutico totalmente satisfactoria.

Si en el paciente hay lesiones aisladas. accesibles, y si causan problemas estéticos se aconseja un tratamiento local con cirugía.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH-1 :

Al no haber una vacuna eficaz, la prevención del SIDA debe basarse en evitar su transmisión. Actualmente se podría afirmar que no existen otros mecanismos de transmisión que los ya aceptados -- (Administración de productos biológicos contaminados, sangre, derivados, trasplantes de órganos de donantes infectados, relaciones sexuales, compartir agujas y jeringas contaminadas, maternofetal y raravez perinatal.

El uso correcto de preservativos y espermaticidas pueden evitar la infección por VIH-1 y otras enfermedades de transmisión sexual. A los drogadictos se les debe aconsejar no compartir agujas y jeringas, a las mujeres infectadas se les debe aconsejar evitar el embarazo ya que es posible la transmisión al feto y la progresión de su proceso.

Para el personal sanitario el riesgo de infección es del 0.2 -- 0.5 % en caso de pinchazo o herida accidental con una aguja u objeto contaminado, y es prácticamente nulo si solo existe contacto accidental de sangre u otras secreciones contaminadas con la piel y las mucosas intactas. Por las consecuencias físicas, morales, sociales y económicas que causa el adquirir esta infección por VIH se deben tomar medidas universales (aplicables a todos los pacientes) al manipular sangre u otros productos biológicos peligrosos; (además de la sangre, los productos contaminados por esta, líquidos de pericardio, pleural, peritoneal, articular y cefalorraquídeo, así como semen, y secreciones vaginales) y al efectuar cualquier maniobra invasiva, salas de urgencias, necrópsias, de hemodiálisis y laboratorios clínicos. Por esto el personal sanitario debe usar guantes y , si es necesario mascarilla, protectores oculares y batas y adoptar precauciones para evitar heridas por agujas, bisturíes u otros instrumentos punsocortantes durante el empleo o limpieza. La esterilización habitual como autoclave y la desinfección como germicidas, lejía, jabones; son adecuados para la esterilización del instrumental y la desinfección ambiental. Por último deben emplearse métodos de aislamiento recomendados por la OMS para evitar la adquisición de otras infecciones.

Los cirujanos dentistas en la práctica profesional deben remitir a los pacientes con VIH o SIDA a centros médicos o a profesionales auxiliares después de su atención dental; ya que el rol del Cirujano dentista es importante por las manifestaciones orales que se presenten por la infección. (Smith. 1989).

Es importante el papel del cirujano dentista frente a los pacientes infectados con VIH, pues al existir los aspectos éticos y legales con respecto al dilema SIDA; por esto se está brindando mucha información sobre el control de infecciones, para atender a pacientes infectados con más seguridad. (Hardie. 1990).

MANIFESTACIONES ORALES :

Las más comunes van a ser:

- Candidiasis bucal: lesiones linguales, de la zona interna de las mejillas y velopalatinas, localizadas o difusas, de aspecto eritematoso, pseudomembranoso o crónico hiperplásico, capaces de invadir todo el tubo digestivo.
- Lesiones herpéticas: Agudas, con lesión de las mucosas digestivas y respiratorias, acompañando de la alteración del estado general. Y crónicas, en forma de úlcera de gran tamaño hemorrágicas y necróticas
- Leucopenia vellosa: aveces con extensión ventral o dorsal, raramente difusa, los tejidos lesionados con aspecto liso y de color blanco.
- Gingivitis de tipo ulceronecrotico agudo añadida a una parodontitis de progresión rápida.

- Enfermedad de kaposi, localizandose habitualmente en paladar, y-
aveces a nivel de la encía y de lengua, en forma de mácula o de le-
siones protruyentes, en placas o nódulos de diferentes tamaños, a-
veces ulceradas de color rojizo, violáceo o pardusco.
- Tumefacciones bucales de los órganos linfoides (amígdalas) co --
rrespondiendo a linfomas no Hodgkinianos.
- Carcinomas epidermoides.

Todas estas manifestaciones tienen valor diagnóstico y pronosti-
co, incluidas en un conjunto de argumentos inmunológicos, epidemio-
lógicos, clínicos y biológicos.

CONCLUSIONES.

Puede concluirse que la transmisión de estas enfermedades virales tanto de médico-paciente como de paciente a médico ocurre dentro del consultorio dental y el contagio en la mayoría de estas infecciones es muy fácil, ya sea por contacto directo, aerosoles, secreciones, etc.

Es importante el estado inmunológico del paciente para sobrellevar y/o atacar cualquiera de estas enfermedades virales y así poder realizar un tratamiento odontológico adecuado.

El cirujano dentista desempeña un papel muy importante para el diagnóstico y remisión a tiempo de muchas infecciones virales. Para lo cual el cirujano dentista debe conocer perfectamente las manifestaciones orales que pudiera presentar el paciente. Todo esto para el beneficio tanto del médico como del paciente.

C A P I T U L O

I I

D E S I N F E C C I O N

Y

E S T E R I L I Z A C I O N

I N D I C E

1.- INTRODUCCION

2.- DESINFECCION (AGENTES QUIMICOS)

- DESINFECCION

- ALCOHOLES:

A) ALCOHOL ETILICO

B) ALCOHOL ISOPROPILICO

- AGENTES ALQUILANTES:

A) FORMALDEHIDO

B) OXIDO DE ETILENO

- DESINFECTANTES FENOLICOS:

A) FENOL

B) CRESOLES

C) AGENTES OXIDANTES

- HALOGENOS:

A) CLORO

B) HIPOCLORITO DE CALCIO

C) HIPOCLORITO SODICO

D) COMPUESTOS ORGANICOS DEL CLORO

E) YODO

F) FLUOR

- JABON

- DETERGENTES Y DESINFECTANTES DE AMONIO CUATERNARIO

- COLORANTES

3.- ESTERILIZACION (AGENTES QUIMICOS Y FISICOS)

- ESTERILIZACION

- TEMPERATURA:

A) CALOR

B) CALOR SECO

C) CALOR HUMEDO (-AGUA HIRVIENDO, -VAPOR A PRESION, -ENERGIA DE ULTRASONIDO) --

D) INDICADORES

- ESTERILIZACION SIN CALOR:

A) CON RADIACIONES: 1. LUZ ULTRAVIOLETA 2. RAYOS CATODICOS

B) CON PRODUCTOS QUIMICOS: 1. OXIDO DE ETILENO

- ESTERILIZACION MAS USADA EN EL CONSULTORIO DENTAL:

A) ESTERILIZACION POR CALOR SECO

B) ESTERILIZACION CON AUTOCLAVE

C) ESTERILIZACION CON VAPOR QUIMICO (CHEMICLAVE)

D) ESTERILIZACION CON OXIDO DE ETILENO EN FORMA DE GAS

E) ESTERILIZACION CON GLUTARALDEHIDO

4.- METODOS DE ESTERILIZACION POR AREAS :

- INSTRUMENTAL

- AREAS DEL CONSULTORIO

- PACIENTES

- CIRUJANO DENTISTA Y PERSONAL AUXILIAR

5.- DESECHOS DEL CONSULTORIO

6.- CONCLUSIONES

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

Siempre ha existido la preocupación para el control microbiano, ya que siempre fueron asociados los microorganismos con las enfermedades infecciosas. En el consultorio dental y durante toda la -- práctica diaria del Cirujano dentista, van a existir numerosos sitios, medios y objetos que son potencialmente infecciosos, ya que se encuentran contaminados con microorganismos patógenos y son -- agentes de transmisión de enfermedades infecciosas. Se podrían nombrar como medios infectantes: saliva, manos, sangre, cabello, secreciones, batas, instrumental, y el demás superficies del consultorio dental.

Vamos a poder ver en este capítulo los tipos de desinfección y esterilización más comunes en el consultorio, al igual que métodos de esterilización por areas, todo esto para protección del paciente del personal auxiliar y del propio Cirujano Dentista.

DESINFECCION (AGENTES QUIMICOS)

DESINFECCION :

La desinfección es la destrucción o control de los microorganismos infecciosos patógenos; pero no necesariamente de gérmenes vegetativos termodúricos que resisten altas temperaturas, virus de hepatitis o endosporas bacterianas. Esta desinfección puede hacerse por exposición de medio acuosa temperaturas adecuadas altas, - pero generalmente este término se aplica un químico microbicida a un objeto inanimado. (Frobisher, 1981).

ALCOHOLES :

ALCOHOL ETILICO :

Con uso amplio para desinfección de piel, la esterilización -- fría de instrumentos y desinfectante de termómetros. Para su desinfección con agua la concentración eficaz de alcohol es 70%; el lavado con alcohol después del cepillado de manos antes de operar -- disminuye el número de microorganismos.

ALCOHOL ISOPROPILICO :

Se suele utilizar al 70% siendo tan eficaz como el etílico, para fines corrientes, especialmente enriquecido con yodo u otro.

AGENTES ALQUILANTES :

FORMALDEHIDO :

Es un gas que se encuentra en el comercio en solución acuosa al 37% (formol). En mucho tiempo esta se ha usado en concentraciones del 0.1 % para preparar vacunas, para esterilización o inactivación de toxinas o virus sin destruir su antigenicidad.

OXIDO DE ETILENO :

Ampliamente utilizado en la esterilización de objetos sensibles al calor; plásticos, equipos quirúrgicos, sábanas hospitalarias, - libros y otros utensilios usados por los pacientes.

DESINFECTANTES FENOLICOS :

FENOL :

Bactericida eficaz en solución al 1-2%, pero es corrosivo para los tejidos animales.

CRESOLES :

Más eficaces que el fenol para la mayor parte de empleos generales; la solución jabonosa del cresol se usa al 1-5%; es usado en heces, instrumentos contaminados, para limpieza y desinfección general.

AGENTES OXIDANTES :

Usado en solución al 3% para lavarse la boca o hacer gargaras (peróxido de hidrógeno).

HALOGENOS :

Estos con raíz griega (halos), significando sal, estos cuerpos forman rápido sales. Tres de los halógenos cloro, yodo y bromo se hallan entre los tres agentes bactericidas. Actúan formando compuestos proteínas-halógenos a modo de sales en las células vivas - matando rápidamente; el bromo se utiliza pocas veces por su costo y su toxicidad. En categoría especial está el más reactivo de los halógenos, el flúor usándose como aditivo en redes de distribución de agua para evitar caries dental. El ácido hipocloroso es oxidante poderoso, en concentraciones usadas de compuestos orgánicos o inorgánicos se libera cloro el cual destruye bacterias vegetativas

hongos y virus, pero no el bacilo tuberculoso ni las esporas bacterianas.

CLORO :

Es desinfectante seguro, de acción rápida para tratar materiales limpios, siendo menos satisfactorio en materiales que contienen materia orgánica.

HIPOCLORITO DE CALCIO :

Usandose en solución acuosa al 1-5%, es excelente desinfectante general; libera cloro en concentraciones apreciables, es tóxico para todos los seres vivos. (Frobisher, 1981).

HIPOCLORITO SODICO :

En solución al 5.25 % se halla como lejía limpiadora. Es irritante para la piel si no se diluye; se usa en lavandería, suelos y objetos laminados. Puede usarse para desinfectarse agua de beber, quitar olores y otros fines.

COMPUESTOS ORGANICOS DE CLORO :

La azocloramida y la cloramina-T son mejores que el hipoclorito de calcio o de sodio por su acción es más lenta.

YODO :

Bactericida muy útil y eficaz; el yodo en solución alcohólica suele usarse para cortaduras y abrasiones, desinfección de termómetros clínicos y preparación de la piel para cirugía (limpieza quirúrgica), jabón con betadine (yodo povidone pirralidona) seguida por la aplicación de betadina en solución.

Es muy tóxico el yodo, causa quemaduras en la piel o no si se usa adecuadamente. La solución alcohólica al 2% se aplica una sola capa dejando secar al aire y luego cubriendo con gasa esterilizada.

FLUOR :

En forma de fluoruro sódico, se usa para tratar las caries, también suele añadirse al agua potable que carece de él para evitar la caries dental en niños.

JABON :

El jabón de casa es buen detergente o limpiador para disminuir la tensión superficial, es emulsionante muy activo de grasas y aceites. Así facilita la supresión mecánica de bacterias. Además - el jabón es bastante bactericida, siendo eficaz para Treponema Pal.

DETERGENTES Y DESINFECTANTES DE AMONIO CUATERNARIO :

Estos productos cuaternarios se usan principalmente por vía externa como desinfectantes y agentes sanitarios, otras propiedades importantes serían la eficacia contra microorganismos en diluciones elevadas, son estables, sin olor, no corrosivos, disolviéndose rápido en agua; se obtienen fácil y a bajo precio.

COLORANTES :

Usados como bactericidas, su eficiencia depende de la concentración; la violeta de genciana o el verde malaquita generalmente inhiben la mayor parte de los gérmenes gram positivos pero no las negativas. La violeta también se utiliza como antimicótico y los colorantes de acridina tienen amplio espectro de acción bacteriana.

ESTERILIZACION (AGENTES QUIMICOS Y FISICOS .)

ESTERILIZACION :

La esterilización es el empleo de medios físicos o químicos para la eliminación total de microorganismos viables en un material-determinado, para protección del paciente y del doctor.

Son muy importantes las técnicas de esterilización para prevención y difusión de enfermedades infecciosas. Todo esto tiene una - esencial importancia en la práctica odontológica ya que en la cavidad oral se encuentran más microorganismos que en otras partes - del cuerpo.

La esterilización incluye un régimen de requerimientos:

- Prevenir la transmisión de microorganismos patógenos de un pa -- ciente a otro o doctor.
- Con un requerimiento mínimo de tiempo.
- La esterilización de una amplia clase de instrumentos.

ESTERILIZACION SIN CALOR :

ESTERILIZACION CON RADIACIONES :

Luz ultravioleta : Adecuada para esterilizar el aire en salas de - operaciones y en superficies lisas; las lámparas de vapor emiten 90 % de luz de 254 nm. usadas para disminuir infecciones aerógenas, - aunque la luz ultravioleta desafortunadamente casi no es penetrante; estas lamparas también se usan para suprimir mohos y otros microorganismos que crecen en superficies.

Rayos catódicos : (e-), Utilizandose principalmente para matar microorganismos en superficies. Al tener poca penetración los electrones se usa poco para la esterilización quirúrgica. Los productos médicos y farmacéuticos se esterilizan bien, tratados con una dosis de radiación de 2.5 m rad.

ESTERILIZACION CON PRODUCTOS QUIMICOS :

OXIDO DE ETILENO : Es un gas utilizado en autoclaves especiales y en condiciones cuidadosamente controladas de temperatura y humedad. Como oxido de etileno puro es explosivo e irritante, suele mezclarse con bióxido de carbono u otros diluyentes en diferentes proporciones:

- 10 % de oxido de etileno y 90 % de bióxido de carbono es el de Carboxide.
- 20 % de etileno y 80 % de bióxido de carbono es el Oxifume.
- 11 % de oxido de etileno y 89 % de hidrocarburos halogenados son el Cryocide y Benvidice.

Estos preparados resultan eficaces si se usan adecuadamente; el Oxifume con acción rápida, pero inflamable y más toxico que el Carboxide, sin embargo este requiere presión elevada. El Cryocide es más tóxico y más caro pero más cómodo y requiere menos presión. Estos procedimientos son más costosos y de más tiempo que el empleo de autoclave.

TEMPERATURA :

CALOR :

El calor es el método de elección para la esterilización de todos los materiales, a excepción de los que pueden ser dañados por él. (Davis, 1981).

Este proceso es rápido, y todos los microorganismos conocidos - resultan sensibles al calor, este alcanza zonas que podrían estar protegidas frente a la acción de desinfectantes químicos,

Los hongos y la mayoría de los virus y las células vegetativas- de diversas bacterias patógenas son destruidas al cabo de pocos minutos a una temperatura de 50-70 grados, mientras las esporas de - diversos microorganismos lo son a 100 grados centígrados. Así la esterilización de INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN CIRUGIA EN CIRUGIA -- menor mediante calor de 10-15 min. en agua hirviendo o en solución hirviente alcalina es un procedimiento muy utilizado; aunque esporas de ciertos organismos saprófitos sobreviven a la ebullición -- durante varias horas.

CALOR SECO :

Es un método excelente para material desechable, como apósitos- sucios, pañuelos de papel y basura; estos como artículos de alto - riesgo se enrollan cuidadosamente en papel estraza; en sacos de -- plástico para depósitos de basura los cuales se cierran de un extremo para evitar la dispersión del contenido (incineración).

Las bacterias y los virus, al igual que enzimas aisladas, precisan temperaturas más elevadas para lesionarse irreversiblemente. - Para la esterilización de esporas con calor seco debe ser de 160 - grados por 1-2 horas, el aire caliente penetra en poros mucho más lento que el vapor condensado, por lo que un horno a 160 grados -- con gasas en su interior no podrían ni tener 100 grados centígra-- dos; las estufas se usan para vidrio o material metálico.. Los hognos se usan para esterilizar material vidrio, gasas para apósitos- y polvos.

La esterilidad de los materiales en la estufa, para asegurarla deben de llegar a una temperatura de 165-170 grados centígrados, - conservandose esta temperatura de 90-120 min. ya que solo así se - destruyen todos los microorganismos incluyendo esporas.

TIPOS DE ESTERILIZACION MAS COMUNES EN EL CONSULTORIO DENTAL :

ESTERILIZACION POR CALOR SECO:

Al usarse adecuadamente este método de esterilización es eficaz el ciclo de esterilización dura 1-2 hrs. a 150-160 grados centígrados.

ESTERILIZACION POR AUTOCLAVE :

Cuando se utiliza vapor de agua a presión 121 grados a 15 psi - libras por pulgada cuadrada por 15 min.. En este método se obtiene la esterilización más efectiva.

ESTERILIZACION CON VAPOR QUIMICO (CHEMICLAVE) :

Se utilizan una mezcla de sustancias como el formaldehído, alcohol, agua, ketona y acetona, que bajo presión forman un gas que -- con el cual se esteriliza el instrumental a 132 grados centígrados a 20 psi por 20 min.

ESTERILIZACION CON OXIDO DE ETILENO EN FORMA DE GAS :

Es tóxico para todas las bacterias, hongos, virus y esporas; la esterilización a temperatura ambiente es de 12 hrs.

ESTERILIZACION CON GLUTARALDEHIDO :

Estas sustancias son esterilizadoras con pH alcalino, neutro y ácido. En donde se sumergen los instrumentos para su esterilización en un tiempo de 6 a 10 hrs. a temperatura ambiente.

M E T O D O S D E E S T E R I L I Z A C I O N P O R --
A R E A S

INSTRUMENTAL :

Los instrumentos que entran en contacto con sangre y saliva deberán llevar un método adecuado de esterilización; esto para la -- protección de pacientes y el cirujano dentista.

Antes de esterilizarse los instrumentos deben limpiarse de restos de saliva o sangre, lavandose con agua corriente y colocandose en sustancia desinfectante o directo al aparato de ultrasonido o - detergente. El enjuague reduce el grado de contaminación de sólidos antes de que los instrumentos se introduzcan al ultrasonido; si el material infectante no es removido, el tiempo para destruir los microorganismos puede incrementar. (Graff, R.J. 1991.)

El instrumental contaminado debe manejarse por el instrumentista, lavarse bajo el chorro de agua con jabón, secarse y ponerse en limpiador ultrasónico en 5 min. Los instrumentos deben ser limpiados del detergente a mano o pasados en solución de alcohol para remover residuo de agua. (Hastreiter , 1991).

El secado de los instrumentos antes de la esterilización es importante para evitar corrosión y para la adecuada esterilización.

Despues de la esterilización que se tenga en el consultorio; se deberá separar en bolsas o recipientes para guardarlo en las gaves. (Hastreiter, 1991).

En el cuadro 2.3 se realizó encuesta en el departamento de Higiene y Salud dental de la escuela de odontología en la Universidad de San Francisco en California, con los siguientes resultados:

Usan clave química en instrumentos de mano 91.2 %, usan clave química en piezas de mano 38.4 %, desinfectan superficies de consultorio 79.8 %, desinfectan la lámpara 58.2 %, tiran inmediatamente las agujas infectadas 91.2%, usan cloro al lavar batas y ropa del consultorio 41.8 %. (Gerbert, 1988).

AREAS DEL CONSULTORIO :

En los consultorios dentales siempre hay combinaciones de materiales colocados en las unidades, sillas, mostradores o mesas de trabajo; todas las cubiertas formica, piel, madera, vinil, cuero, -- acero inoxidable, porcelana, etc. se deben desinfectar; cada silla o unidad debe ser limpiada después de que fue usada por cada paciente.

En observaciones se ha visto que en las superficies horizontales cerca y por debajo del área de trabajo se contaminan más fácil que las superficies verticales, estas superficies no pueden -- ser esterilizadas pero si desinfectadas efectivamente, estas superficies incluyen; charola de la unidad, manijas de la lámpara, jeringas de agua y aire, aditamentos de eyectores, botones del control de la unidad, escupidera, respaldo, el descanso de brazos, ca bezal del sillón, etc. Esta desinfección es posible usando sustancias químicas capaces de destruir microorganismos patógenos en -- áreas u objetos inanimados. Para estas superficies hay tres tipos -- principales de sustancias.

- Iodoforos como Biocide (actualmente los desinfectantes más aceptados).

- Derivados de fenol como Fenil-fenol.
- Hipoclorito de sodio diluido 1:10 a 1:100, es el más recomendado para la desinfección contra el virus de la hepatitis B y el VIH, pero con cuidado en su manejo por ser corrosivo para ciertos metales como el aluminio.

En las superficies contaminadas pueden desinfectarse cubriéndose con gasas empapadas en solución de yodo y dejendolas hasta que la solución seque y para remover estos residuos se usan gasas con alcohol al 70 %. Para evitar la contaminación de superficies u objetos como los rayos X, se puede usar plástico o papel, cubriendolas para evitar que se salpiquen con saliva, agua o sangre.

PACIENTES :

El Cirujano Dentista debe tener claro que el evadir la esterilización de los objetos usados en la boca del paciente, pone en riesgo la vida de los demás pacientes y la suya propia. En diversos estudios resultó la importancia del conocimiento de los pacientes para la percepción de infecciones cruzadas en métodos preventivos -- usados en odontología; el 60 % contestó que el dentista tiene cuidado en usar guantes rutinariamente, diciendo la mayoría que era la protección del dentista. Todos respondieron que no habían pensado que el dentista usara guantes y cubrebocas durante el tratamiento, y la tercera parte respondió que ignoraban que existían métodos de esterilización en odontología; la mitad respondió que las enfermedades infecciosas pueden ser transmitidas por el dentista o por el instrumental. (Samaranayake, 1990).

Siempre el control de la enfermedad ha sido un problema de mucha prioridad en Odontología, pero en la década pasada las siguen

tes condiciones requirieron que los dentistas reexaminaran sus rutinas de consultorio y protocolos de tratamiento.

- Identificación de una causa viral para el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA.

- Importante aumento anual de portadores de hepatitis B y casos -- prodromales.

- Aumento en el conocimiento de Herper virus.

- Muchas infecciones orales son altamente contaminantes.

Entre las medidas higiénicas más importantes conserniente al -- tratamiento de pacientes incluye, identificar a pacientes infectados con alguna enfermedad viral en especial Hepatitis B y el VIH. (Graff, 1988).

Por esto la historia clínica juega un muy importante papel pára la salud del paciente, ya que se pueden reconocer signos y síntomas de algunas enfermedades y así proteger a todos, también con la historia clínica se sabe la tendencia que tiene el paciente a enfermedades hereditarias, alergias, cardiopatías, anemia, fiebre reumática, etc. al igual a las vacuna o inmunizaciones a las que han sido sometidos.

En medidas examinadas sobre el control de infecciones, el centro de Investigaciones de servicios de la salud de la Universidad de San Antonio Texas. Observandose lo siguiente:

De 379 pacientes, 272 eran de la escuela dental y 107 eran de - de práctica privada.

- Su doctor se protege para evitar la transmisión de infecciones - 95 %.

- Su doctor no tiene ningun cuidado sobre el control de infecciones 2 %. (Jones, 1991).

CIRUJANO DENTISTA Y PERSONAL AUXILIAR :

Tanto el Cirujano Dentista como el personal que ayuda son muy importantes eslabones en la cadena de infecciones cruzadas.

La medida higiénica más importante es el lavado de manos, y deberán ser lavadas entre cada paciente durante 1 minuto, con un jabón germicida y agua fría, además de ser talladas enérgicamente -- las manos y las uñas. Se deben tener uñas cortas y bien limpias, -- quitarse anillos, pulseras y reloj durante el tratamiento, ya que -- retienen altamente microbios en las manos. Los guantes son muy -- efectivos y se deben de cambiar entre cada paciente. El uso de -- guantes se debe seleccionar para una buena comodidad y que sean lo suficientemente resistentes.

Los guantes siempre se deben usar cuando hay contacto con sangre, saliva, membranas mucosa, fluidos corporales, secreciones, instrumentos contaminados y al explorar lesiones orales; todo esto para protección del personal y de los pacientes; no se recomienda -- el uso repetido de guantes.

Es importante saber sobre SIDA y Hepatitis B para control de infecciones, se debe incrementar el uso de guantes en medicina y -- odontología, esto para evitar el riesgo tanto al odontólogo como -- al paciente. El uso de guantes es útil y de grandes ventajas para -- evitar el riesgo de cualquier tipo de infección. (Neiburger, 1990)

El lavado de manos después del uso de guantes es por si los -- guantes se perforaron conocida o no durante el tratamiento. Al -- ser los guantes cortados o perforados se deben remover inmediata-- mente, lavando las manos nuevamente y reenguantado antes de termi-- nar el tratamiento.

Para protección del cirujano dentista debe usar mascarillas quirúrgicas y protectores de ojos (lentes) para evitar el contacto -- con saliva, sangre u otro fluido que pudiera salpicar. También tanto el cirujano como el ayudante deben usar ropa adecuada durante -- el tratamiento dental (filipina o bata) sobre la ropa de calle, -- evitando así la transmisión de contaminantes del consultorio a -- otro lado.

En odontología se han dado grandes pasos en el control de in-- fecciones en los últimos 10 años. Hay programas efectivos de asepsia efectivos que son parte de las normas de cuidado en la práctica actual dental. Varias áreas dentales han sufrido cambios gracias a esta nueva información. (Molinari, J.A. 1990).

Para la salud del Cirujano Dentista es importante que se vacune contra el virus de la Hepatitis B y así evitar el riesgo de contaminarse con algún paciente, ya que pueden ser portadores anónimos.

Muchos dentistas no entienden que la infección por Hepatitis B posee gran amenaza para la vida y salud así como la infección por VIH; se deben examinar actitudes, creencias y conocimientos que -- tienen los dentistas con respecto a la hepatitis B y su vacuna -- pues muchos dentistas nunca han sido vacunados. (Grace E.G, 1991).

El paciente es un observador profesional de las medidas higiénicas que se llavan a cabo durante su visita al consultorio dental. La diferencia entre lo que el dentista dice que hace y lo que en -- realidad hace para protección de infecciones y lo que el paciente ve durante su revisión refuerza la opinión de los estudios actuales, son viables las encuestas, pero estas pueden ser cambiadas -- por los encuestados, con respuestas a criterio y prejuicios, sin -- ser la verdad. (Hazelorn M.H. 1990).

En una encuesta realizada por el Centro de Investigación de Servicios de Salud en la Escuela Pública de la Universidad de Illinoi en Chicago dio los siguientes resultados sobre el control de técnicas de infección:

Realizaron historia clínica 42.8 %, esterilización de pieza de mano al fin del día 42.4 %, desinfectan los instrumentos después de usarlos 44.2 %, se cambian guantes entre pacientes 42.2 %, utilizan mascarilla quirurgica 41.5 %, utilizan lentes protectores 42.5 %, utilizan manga larga 40.5 %, utilizan un depósito resistente para agujas sucias 42.3 %, utilizan bata desechable por día 50.4% utilizan bata desechable por paciente 53.9 %, desinfectan las superficies del consultorio para cada paciente 42.6 %, trataron pacientes VIH positivos 27.3 %, trataron pacientes con SIDA asintomáticos 23.6 %, trataron pacientes con SIDA sintomáticos 19.3 %, -- trataron pacientes con Hepatitis B 48.8 %, trataron pacientes con Herpes 66.1 %.

DESECHOS DEL CONSULTORIO

Todo el material que se ha desechado debe manejarse cuidadosamente y ser transportado en bolsas de plástico para minimizar el contacto humano. A lo que se refiere a los objetos punsocortantes como hojas de bisturí, agujas, limas e instrumentos desechables deben ser considerados como infecciosos en potencia y deben manipularse con extremo cuidado y depositarse en contenedores resistentes a la punción antes de ser depositados en bolsas de plástico. Las personas encargadas en el aseo del consultorio deberán usar guantes resistentes para la prevención de algún accidente, como la punción de una aguja infectada.

Es importante que en un consultio se mantenga la basura afuera con cierta protección. El símbolo Biohazard desarrollado con el fin de que solo los autorizados pueden remover las bolsas de basura; este símbolo es un aviso para no tener o mover el contenido, este logotipo fluorescente y colores contrastantes es para evitar que cualquier persona pueda sufrir algún accidente con basura contaminada con algún pinchazo o cortada con instrumentos infectados.

CONCLUSIONES

Lo que se puede concluir y que además es de suma importancia es la exposición constante del cirujano dentista y de todo el personal que trabaja en el consultorio para contraer alguna infección por lo que es muy importante e indispensable practicarse adecuadamente y de forma rutinaria la esterilización y desinfección... dentro del consultorio dental. Y de esta manera se disminuirá cualquier riesgo a contraer alguna enfermedad infecciosa.

También tiene gran importancia usar los métodos del control de infecciones que existen como son: historia clínica, guantes, cubre bocas, lentes, y desinfección y esterilización del instrumental y de las áreas del consultorio. Todo esto para enfatizar la seguridad y evitar cualquier transmisión infecciosa.

C A P I T U L O

I I I

C U E S T I O N A R I O

I N D I C E

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- METODO
- 3.- CUESTIONARIO
- 4.- RESULTADOS
- 5.- CONCLUSIONES

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

La finalidad de este cuestionario es para obtener datos reales sobre las técnicas del control de infecciones en la práctica odontológica.

Es importante saber el conocimiento que se tiene acerca de las enfermedades infecciosas virales, (manifestaciones orales, transmisión y tratamiento), ya que se logre un control de las mismas.

Al igual se cuestiona sobre los métodos de esterilización y desinfección que más se utilizan.

En base a todo lo citado se hacen diferentes observaciones en las diferencias que se pueden presentar en los diferentes grupos de dentistas.

M E T O D O

El universo que se usó fue de 125 cirujanos dentistas, perteneciendo estos tanto de la Universidad Nacional Autónoma de México - como de escuelas particulares, siendo distribuidos de la siguiente forma:

- 15 de practica privada
- 15 C.D. de docencia de la UNAM
- 15 C.D. de docencia de escuelas particulares
- 20 alumnos de pregrado de la UNAM
- 20 alumnos de posgrado de la UNAM
- 20 alumnos de pregrado de escuelas particulares
- 20 alumnos de posgrado de escuelas particulares

El cuestionario se divide en dos partes:

1.- Desinfección y esterilización:

- Instrumental (métodos de esterilización)
- Consultorio (desinfección de paredes, pisos y muebles)
- Pacientes (evitar contagio)
- Cirujano dentista (protección en si mismo)

2.- Enfermedades infecciosas:

- Enfermedades infecciosas virales que se han presentado en la -- práctica.
- Conocimiento de manifestaciones orales de las mismas.

Elaborandose 16 preguntas de opción multiple y respuesta rápida basándose en estas dos partes. Cuestionario realizado (pag. 67) y resultados (pag. 69).

C U E S T I O N A R I O

1.- A que tipo de actividad profesional se dedica ;

- a) Practica privada
- b) Docencia UNAM
- c) Docencia escuela particular
- d) Alumno UNAM licenciatura
- e) Alumno UNAM posgrado
- f) Alumno escuela particular licenciatura
- g) Alumno escuela particular posgrado

2.- Cuales son los métodos de desinfección y esterilización usa :

- a) Calor seco b) Vapor químico (chemiclave) c) Autoclave
- d) Glutaraldehido e) Oxido de etileno (gas) f) Otro

3.- Cual es la frecuencia :

DESPUES DE a) Cada paciente b) Medio día c) Todo el día

4.- El instrumental lo separa en distintas áreas para su esterilización : SI NO

5.- Antes de esterilizar el instrumental lo lava con agua y jabón:

SI NO

a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca

6.- Utiliza métodos de ultrasonido para limpiar instrumental y aparatos protésicos : SI NO

7.- Esteriliza fresas y limas : SI NO Como?

8.- Desinfecta y/o esteriliza muebles, pisos y paredes del consultorio : SI NO Como?

9.- Les realiza historia clínica a sus pacientes :

- a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) nunca
- i) A todos ii) A casi todos iii) A algunos iiiii) A ninguno

10.- Utiliza: Siempre, de vez en cuando, nunca :

Guantes, cubrebocas, lentes, filipina, bata, eyectores desechables y agujas desechables.

11.- Cual es la frecuencia que se cambia ; entre paciente y paciente, a medio día, al fin del día:

Guantes, cubrebocas, lentes, filipina, bata, eyectores desechables y agujas desechables.

12.- Para atender a sus pacientes se quita anillos, reloj y pulseras : SI NO Porque?

13.- Marque de la A a la F las enfermedades que se han presentado en su consulta; A (más se han presentado) B (menos se han presentado): () Varicela () Sarampión () Rubeola () Sida () Hepatitis () Herpes simple

14.- Conoce las manifestaciones orales de estas?: SI NO
Nombre algunas :

15.- Ha recibido vacuna contra alguna enfermedad ultimamente ? :
SI NO Contra qué, cuando y posqué?

16.- A todos sus pacientes los trata como si fueran portadores de alguna enfermedad infecciosa virica ? SI NO PORQUE?

RESULTADOS

PREGUNTAS	PRACTICA PRIVADA	DOCENCIA UNAM	DOCENCIA PART.	ALUMNO PR. UNAM	ALUMNO PS. UNAM	ALUMNO PR. PART.	ALUMNO PS. PART.
METODOS DE ESTERILIZACION							
-Calor seco	90 %	95 %	15 %	100 %	100 %	0 %	5 %
-Autoclave	10 %	5 %	80 %	0 %	5 %	100 %	100 %
-Glutaraldehido	50 %	20 %	20 %	10 %	20 %	15 %	20 %
-Otros	15 %	15 %	20 %	10 %	30 %	15 %	30 %
FRECUENCIA							
Después deC/P	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
" de 1/2día	10 %	20 %	20 %	0 %	0 %	0 %	0 %
" todo "	90 %	80 %	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SEPARACION DEL INST. X AREAS							
- Si	70 %	80 %	80 %	20 %	30 %	60 %	60 %
- No	30 %	20 %	20 %	80 %	70 %	40 %	40 %
LAVADO DEL INST. ANTES DE ESTER.							
-Si y siempre	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ESTER. FRESAS							
- Si	80 %	60 %	60 %	50 %	80 %	50 %	80 %
- No	20 %	40 %	40 %	50 %	20 %	50 %	20 %

PREGUNTAS	PRACTICA		DOCENCIA		ALUMNO PR.		ALUMNO PS.	
	PRIVADA	UNAM	UNAM	PART.	UNAM	UNAM	PART.	PART.
CON QUE								
- Autoclave	20 %	15 %	15 %	0 %	0 %	0 %	0 %	
- Glutaralde- hido o benzal	80 %	85 %	85 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
ESTER. LIMAS								
- Si	70 %	80 %	80 %	95 %	95 %	95 %	95 %	
- desechan X paciente	30 %	20 %	20 %	5 %	5 %	5 %	5 %	
CON QUE								
- Cuarzo	70 %	60 %	60 %	0 %	20 %	0 %	20 %	
- Hipoclorito	30 %	40 %	40 %	100 %	80 %	100 %	80 %	
DESINFECCION DEL CONSULT. * En forma di- recta o ayudan- tes.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
HACEN HIS.CLIN.								
- Si y siempre	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
USO DE GUANTES	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
CAMBIO ENTRE PA- CIENTE Y PAC.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
USO DE CUBREBO- CAS SIEMPRE	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

PREGUNTAS	PRACTICA PRIVADA	DOCENCIA UNAM	DOCENCIA PART.	ALUMNO PR. UNAM	ALUMNO PS. UNAM	ALUMNO PR. PART.	ALUMNO PS. PART.
FRECUENCIA							
Entre P y P	80 %	80 %	80 %	30 %	70 %	40 %	70 %
A medio día	20 %	20 %	20 %	30 %	30 %	40 %	30 %
Final de día	0 %	0 %	0 %	40 %	0 %	20 %	0 %
USO DE FILIP.							
Final de día	98 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
A medio día	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Eyect. y Ag. desechables entre P y P	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SE QUITAN ANILLOS							
- Si	80 %	60 %	60 %	70 %	80 %	60 %	80 %
- No	20 %	40 %	40 %	30 %	20 %	40 %	20 %
CONSERVAN EL RELOJ							
- Si	90 %	90 %	90 %	98 %	98 %	98 %	98 %
- No	10 %	10 %	10 %	2 %	2 %	2 %	2 %
ENFERMEDADES MAS PRESENT.							
H. simple	80 %	90 %	90 %	10 %	40 %	10 %	40 %
Hepatitis	0 %	10 %	10 %	0 %	0 %	0 %	0 %
SIDA	0 %	5 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %

PREGUNTAS	PRACTICA	DOCENCIA	DOCENCIA	ALUMNO PR.	ALUMNO PS.	ALUMNO PR.	ALUMNO PS.
	PRIVADA	UNAM	OPART.	UNAM	UNAM	PART.	PART.
Varicela	0 %	10 %	10 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Sarampión	3 %	15 %	15 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Rubeola	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
CONOCIMIENTO DE MANIF. OR.							
H. simple	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Hepatitis	95 %	100 %	100 %	60 %	75 %	50 %	75 %
SIDA	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sarampión	100 %	100 %	100 %	90 %	100 %	80 %	100 %
Varicela	98 %	100 %	100 %	20 %	50 %	20 %	50 %
Rubeola	90 %	100 %	100 %	5 %	20 %	5 %	20 %
SE HA VACUNADO ULTIMAMENTE							
- Si	60 %	65 %	65 %	0 %	5 %	40 %	40 %
- No	40 %	35 %	35 %	100 %	95 %	60 %	60 %
TRATAN A TODOS LOS PACIENTES C MO PORTADORES DE ALGUNA ENF. INF.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos se pudo observar en el cuestionario lo siguiente :

- En los métodos de esterilización el más usado fue el calor seco, siguiendole el autoclave, aún muchos no conocen ni han usado otros métodos de esterilización; y la mayoría esteriliza su instrumental después de todo el día; en cuanto a la separación del instrumental por areas es hecha más por práctica privada y docentes.
- En el 100 % de los casos siempre se lava el instrumental con -- agua y jabón antes de esterilizarlo.
- En la esterilización de fresas la mayoría lo hace con algún producto químico y los demás solo las lava y las desinfecta.
- En cuanto a la esterilización de limas los que las usan siempre las esterilizan o son desechadas estas, siendo más común esto en -- docentes y práctica privada o siendo esterilizadas con cuarzo, con el resto no las desechan tanto, y la esterilización es más común -- con hipoclorito.
- En la desinfección del lugar de trabajo todos lo hacen, en el -- consultorio si no lo hacen ellos mismos lo hace un ayudante; y en las escuelas por lo regular esto es realizado por los trabajadores
- El 100 % siempre realiza historia clínica a sus pacientes.
- El uso de guantes es muy usual y de suma importancia haciendose con una frecuencia entre paciente y paciente, al igual es el uso -- de cubrebocas, aunque su frecuencia de cambio es menos constante.
- El uso de filipina o bata es siempre pero en la mayoría su cambio es al finalizar el día
- En el 100 % de los casos se usan eyectores y agujas desechables-- cambiandolas entre paciente y paciente.

- Poco más de la mitad se quitan anillos, y casi en su mayoría -- siempre conservan el reloj.
- Las enfermedades que más se han presentado han sido herpes simple, sarampión y varicela y un número muy reducido de SIDA.
- En el conocimiento de las manifestaciones orales de las mismas; quienes tienen más conocimiento de estas son los académicos y de práctica privada, sigriendoles los alumnos de posgrado y luego los de pregrado, aunque una gran minoría desconocen las manifestaciones orales de varicela y rubeola.
- La vacuna contra la enfermedad más aplicada fué la de hepatitis-B,, en académicos y práctica privada poco más de la mitad la han recibido, seguidos de alumnos de escuelas particulares; y los que no la han recibido han sido los alumnos de la UNAM, aunque solo un pequeño porcentaje los alumnos de posgrado.
- Por último el 100 % tratan a sus pacientes como si fueran portadores de alguna enfermedad infecciosa.

RECOMENDACIONES

Después de vistas todas aquellas enfermedades infecciosas virales que se pueden transmitir en el consultorio, al igual que los métodos de desinfección y esterilización más comunes para evitarlo se han reunido diferentes recomendaciones importantes y útiles a seguir para evitar la transmisión de cualquiera de estas enfermedades ó de alguna otra; así como la forma de prevención del Cirujano dentista, personal auxiliar y los pacientes :

- 1.- Usar siempre guantes entre paciente y paciente; usar lentes -- siempre para cualquier procedimiento dental; usar cubrebocas siempre para un único procedimiento y usar de preferncia bata larga ya que es más resistente y tiene mayor campo de protección.
- 2.- Utilizar lo más posible espejos abatelenguas, agujas, eyectos-- res, postaimpresiones, etc.
- 3.- Lavar todo el instrumental con agua y jabón antes de cualquier método de esterilización.
- 4.- Antes de la esterilización limpiar todos los instrumentos con un aparato de ultrasonido con solución especial de 3-5 minutos.
- 5.- Usar instrumental o equipo que pueda ser esterilizado eficazmente como con autoclave, aire caliente, oxido de etileno, incineración etc.
- 6.- El instrumental que no ser pueda esterilizar en autoclave por la pérdida de filo o corrosión se debera colocar en una solución - desinfectante como glutaraldehído por 7-10 hrs.
- 7.- Usar hipoclorito de sodio al 1:10 o 1:100 para desinfectar superficies de trabajo, la unidad y paredes y pisos del consultorio.
- 8.-Controlar la saliva y sangre del paciente mediante el sistema - de succión

- 9.- Se sugiere el uso de dique de hule
- 10.- Evitar el rasgado o la punción de los guante; si esto sucede cambiarlos inmediatamente.
- 11.- Eliminar cualquier objeto inanimado contaminado por microorganismos patógenos viables, ya que son transmisores de enfermedad infecciosa.
- 12.- Para la atención de los pacientes que se sepan infectados, -- hacerlo al final de la sección clínica del día, procurando que la cita dure lo más posible, evitando así el menor número de citas.
- 13.- Tratar a todo paciente como si fuera portador de algún virus.
- 14.- Todo dentista debe vacunarse contra hepatitis B.

Para que el lector sepa la forma de transmisión de las enfermedades infecciosas VIRALES ya vistas, se exponen a continuación, así como su agente infeccioso :

- SIDA (VIH) sangre, saliva, semen y fluidos corporales.
- ICTERICIA, HEPATITIS Y DAÑO AL HIGADO (VHB) saliva, sangre, semen y fluidos corporales.
- VESICULAS, HERPES (VHS) saliva y secreciones de la lesión.
- MACULAS, PAPULAS, VARICELA, VESICULAS, H.ZOSTER (VVZ) saliva y secreciones de la lesión.
- SARAMPION (V DEL SARAMPION) saliva y fluidos corporales.
- RUBEOLA (V DE LA RUBEOLA) saliva y fluidos corporales.

METODOS DE ESTERILIZACION MAS COMUNES Y ADECUADOS PARA EL INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO EN EL CONSULTORIO DENTAL

I N S T R U M E N T A L	M E T O D O
Espejos, pinzas, exploradores, etc. INTRUMENTAL QUE ENTRA EN CONTACTO-- CON SALIVA O EN OCASIONES CON SAN-- GRE.	Calor seco.
Instrumental de endodoncia, parodon- cia y cirugía. INSTRUMENTAL QUE EN- CONTACTO CON SANGRE.	Glutaraldehído y calor - seco.
Limas, feesas, piedras, cepillos de profilaxis. LO QUE NO PUEDA TENER - CONTACTO CON CALOR O PERDERSE POR - PEQUEÑO.	Glutaraldehído, limpia-- dor ultrasónico y/o este- rilizador de cuarzo.
Pieza de mano y jeringa triple. Superficies de trabajo, muebles, -- unidad, charola, etc.	Glutaraldehído y autocl- yodo, alcohol o hipoclo- rito de sodio.
Pisos y paredes del consultorio.	Agua y jabón, H. Cl.de S.
Bata y ropa del consultorio.	Agua y jabón, H. Cl.de S.

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

- 1.- Arango Alberto, Condiciones óptimas para la esterilización, -- México 1992, artículo no publicado.
- 2.- Bagg. J. Mannigs A., Munro J., Rapid diagnosis of oral herpes-simplex or zoster virus infections by inmunofloresence, British Dental Journal. 167 (7): 235-8, 1989 octubre.
- 3.-Barrett A.P., Herpes zoster virus infection a infectopathologic review and case report, Australian Dental Journal 35(4):328-32, 19-90 Agosto.
- 4.- Bernerd Davis M.D., tratado de microbiología, Salvat, Barcelona 1981, pag. 1475-91.
- 5.- Cash R.G., Sterilization and desinfection, consideration in office desing meh headings, Journal of clinical orthodontics, 22(3):-170-5, 1988 marzo.
- 6.- Cohen Lawrence, medicina para estudiantes de odontología, ma -- nual moderno, México 1980, pag 222.
- 7.- Cottone J.A., The global challenge of hepatitis B: implications for dentistry, international Dental Journal 41(3):131-41, 1991 julio
- 8.- Ciancio J.A., Hepatitis B curret atatus in dentistry, dental clinicsof north américa. 35)2): 269-82, 1991 abril.
- 9.- Crawford F.R., Instrument sterilization, Journal Dental Asistan 57(3): 199-201, 1991 Marzo.
- 10.- De Graff J., Van Amrogen W.E., Hygiene en dental practice, Journal of dentistri for children, 55(1): 56-63, 1988 enero.
- 11.- Fribisher y Fuerst, Microbiología D.E., interamericana, México 1981, pag 163-214.
- 12.- Gerbert B., Badner V, AIDS and dental practice, Journal of public Health Dentistry. 48(2): 68-73, 1988 abril.

- 13.- Greenspan D., Pindborg J., El SIDA en la cavidad oral, Venezuela 1990.
- 14.- Hamilton H.G., Diagnóstico clínico, editorial interamericana, México 1985, pag. 1149.
- 15.- Harrison, Principios de medicina interna, MC Graw Hill, 1983, pag. 1752.
- 16.-Hardie j., An updaters on the hiv and infection control, Journal of American dental asociation. 122(11): 51-6, 1991 octubre.
- 17.- Hastreiter R.J., Efectives of dental office instrument sterilizations procedures, Journal of American Dental Association. 56(5) 423-6 1990 Mayo.
- 18.- Hazelkorrn H.M., Do dentists have sufficint information about h eir patients to control infection, Journal of Dental Education, 54 (2): 149-52, 1990 Febrero.
- 19.-Hurst W.J., Medicina Interna, Médica panamericana, Buenos Aires 1984, pag.7250.
- 20.- Kelly W., Medicina Interna I y II, médica panamericana 1990, - pag 1598-3030.
- 21.- Lara A., El Cirujano Dentista frente a las infecciones en el consultorio (hepatitis B) Revista Dentista y paciente, vo. 1 número 1, 6-9, 1992.
- 22.-Mc Caule K.R., Hazards of occupational Transmission and strategies for prevention of infection, Journal of dental Education, 52 - (9):530-4, 1988 septiembre.
- 23.- Merchant V.A., Herpes Viruses and other microorganisms of concern in dentistry, Dental clinics of north America. 35(2):283-98, - 1991 Abril.
- 24.- Miller C.H., Sterilization VS Desinfection, Journal RDH. 10(3) 28-9, 1990 Marzo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

25.- Miller C.H., Sterilization, the first choice, Journal RDH 34--
36, 1990 Septiembre.

26.- Miller C.H. Instrument sterilization, Journal Dental Assistan
59(2):4-5.43 1990 Marzo.

27.- Miller D., Enfermedades transmisibles, Manual moderno, México-
1989, pag. 239.

28.- Molinari J.A. Merchant V.A., Controversies in infection con-
trol, Dental clinics of north America. 34 (1):55-69, 1990 Enero.

29.- Noble M.A., Mthias R.G., Hepatitis B and Hiv infections in den-
tal professionals, Canada Dental Association Journal. 55(8):91

30.- Payne G.S., The sterilization and desinfection by orthodontic,
American Journal Orthodontics. 90(3): 250-2, 1990 septiembre.

31.- Porter S.R., Non A, Non B Hepatitis and dentistry, British Jou
rnal Dental. 168(6): 257-61, 1990 Marzo.

32.- Robbins S.L., Patología estructural, interamericana, México 19
90, pag. 1433.

33.- Roitt I.M., Immunology of oral diseases, Oxford Blackwell 1980

34.- Rose F.L., Medicina interna en Odontología, Salvat, Barcelona-
1992.

35.- Rydman R.J., Yale S.M., Preventive control of Aids by the den-
tal profession, Journal of public heath Dentistry, 50(1):7-12 1990
invierno.

36.- Samaranyake L.F., Mc Donal K.C., Patient perception of cross
infection prevention in dentistry, Journal oral surgery, oral medi
cine, oral pathology, 69(4): 457-60, 1990 Abril.

37.- Samaranyake L.F., Oral candidiasis and human VIH, Journal cli
nical Pathologi and medicin. 18(10): 554-64, 1989.

38.- Scherer W.I. Kaim JM., Sterilization of operative dentistry -
instruments, Journal Clinical Preventive Dentitry. 11(2):17-9, 1989

- 39.- Shafer W.G., Tratado de Patología Oral, Interamericana, México 1988, pag. 918.
- 40.- Smith G.C., The Dental complications of VIH infection, British Dental Journal. 166(4): 136, 1989 Febrero.
- 41.- Trapell, Manifestaciones Orales en enfermedades sistémicas, -- bioediciones, México 1985, pag. 181.
- 42.- Verrusio A.C., Risk of transmission of VIH to halth carewords exposed to VIH, Journal of america dental association, 118(4): 553-62, 1989 Mayo.
- 43.- Verrusio A.C., The dentist and infections diseases, Journal of-american dental Association. 118(4):339-42, 1989 Marzo.
- 44.- Wood P.R., Marttin M.V., A study of the use of autoclave bag- sin non-vacun autoclave Journal of dentistry, 17(3): 148-9, 1989- junio.
- 45.- Wormser, AIDS and other manifestatons of VIH infections, -- Chapter 41.
- 46.- Young J. Handfiere sterilization skill now essential, Journal- Dentist. 67(8): 23, 1989 Octubre.