



*Universidad Nacional
Autónoma de México.*

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Medidas para la prevención de la infección
por el V I H en la práctica odontológica

T E S I S A

Que para Obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

Adriana Olivos Flores

Sandra Luz Zamora de la Rosa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1994.





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.

217
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Facultad de Odontología.

MEDIDAS PARA LA PREVENCION DE LA INFECCION
POR EL VIH EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

TESINA

Que para obtener el titulo de

CIRUJANO DENTISTA

Presentan

ADRIANA OLIVOS FLORES
SANDRA LUZ ZAMORA DE LA ROSA

MEXICO, D.F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI MADRE:

SRA. ANA FLORES DE OLIVOS.

POR DARMÉ SU AMOR, APOYO Y COMPRENSION

EN TODO MOMENTO. TE QUIERO

A MI PADRE:

SR. PABLO OLIVOS RAMIREZ.

POR ENSEÑARME QUE EL TESÓN Y LA PERSEVERANCIA

SON LA CLAVE DEL EXITO. TE QUIERO

A MIS HERMANOS:

ELIZABETH, LUIS, JOSE, ESPERANZA, ALVARO.

POR ALENTARME SIEMPRE Y POR BRINDARME

SU CARINO Y APOYO INCONDICIONAL.

A MIS CUÑADOS:

MIREYA, MARIO Y JORGE.

POR ALENTARME Y BRINDARME SU CARINO.

A MI MADRE:

SRA. ANA FLORES DE OLIVOS.

POR DARMÉ SU AMOR, APOYO Y COMPRENSIOM
EN TODO MOMENTO. TE QUIERO

A MI PADRE:

SR. PABLO OLIVOS RAMIREZ.

POR ENSEÑARME QUE EL TESÓN Y LA PERSEVERANCIA
SON LA CLAVE DEL EXITO. TE QUIERO

A MIS HERMANOS:

ELIZABETH, LUIS, JOSE, ESPERANZA, ALVARO.

POR ALENTARME SIEMPRE Y POR BRINDARME
SU CARÍÑO Y APOYO INCONDICIONAL.

A MIS CUÑADOS:

MIREYA, MARIO Y JORGE.

POR ALENTARME Y BRINDARME SU CARÍÑO.

A MIS SOBRINOS:

ENRIQUE, ALEJANDRO, MARISOL, MICHEL

DIANA, CARLOS Y MARIO.

COM TODO MI CARIÑO.

A MIS AMIGOS:

HILDA, SYLVIE, ANGELES, MAX(+) Y

FRANCISCO. POR ESTAR CONMIGO EN TODOS LOS
MOMENTOS Y POR BRINDARME SU AMISTAD SIN -

PEDIR NADA A CAMBIO.

A LENZ:

COM TODO MI AMOR, CARIÑO Y RESPETO POR ESTAR

A MI LADO SIEMPRE Y BRINDARME SU CONFIANZA

Y APOYO. MVEN REMEU AMPIL.

A MIS PACIENTES.

AL DOCTOR VICTOR MANUEL BARRIOS.

AL HONORABLE JURADO.

A MI QUERIDA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

A DIOS:

POR HABERME DADO LA VIDA Y LA OPORTUNIDAD
DE ADQUIRIR CONOCIMIENTOS.

A MIS PADRES:

CON EL ETERNO CARÍÑO Y AGRADECIMIENTO POR EL
APOYO QUE ME BRINDARON, A FIN DE QUE LOGRARA LA
CULMINACION DE MIS ESTUDIOS.

A MI QUERIDO ESPOSO:

POR SU AMISTAD, AMOR, COMPRENSION Y POR EL
ESTIMULO QUE SIEMPRE ME HA BRINDADO.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE
HAN COLABORADO PARA MI FORMACION PROFESIONAL.

COM RESPETO Y AGRADECIMIENTO AL DOCTOR:
VICTOR MANUEL BARRIOS, POR COMPARTIR -
SUS CONOCIMIENTOS PARA CON SUS ALUMNOS.

AL HONORABLE JURADO.

UN RECUERDO ETERNO DE GRATITUD HONOR Y
RESPECTO A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA Y
A MI QUERIDA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

INTRODUCCION

Ningun padecimiento en la época moderna ha causado tan fuerte impacto en el mundo civilizado como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida hoy conocido como " infección por VIH " , es una enfermedad viral hasta el presente mortal , que ataca el sistema inmunológico ; especialmente a los -- linfocitos T4 (th cooperadores) y a los macrófagos , destruyendo la capacidad del individuo para combatir cualquier otro tipo de infección , sobre todo los llamados oportunistas . No tiene cura conocida y ha terminado en muerte en el 50% de los casos diagnósticados.

Nuestra inquietud al realizar ésta tesina es dar a conocer los riesgos a los cuales se enfrenta el odontólogo al brindar atención a pacientes infectados con el virus del VIH. Tomando en cuenta las -- medidas preventivas para evitar el riesgo de contraer el virus.

Sabemos que todo el personal de salud esta expuesto a la infección y en especial los cirujanos y los odontólogos por su estrecha relación con los pacientes. Debido a que en la practica odontológica manejamos fluidos bucales como saliva y sangre . Se ha considerado a la sangre como la fuente de exposición a la mayor parte de los líquidos corporales no sanguíneos es poco probable, éstos -- pueden contener otros virus o patogenos y deben considerarse como fuentes potenciales de infección cuando se planea un control o intervención de las infecciones.

Trataremos de dar una información más confiable en torno a éste tema y así eliminar los tabús y -- mitos que se han formado de éste en relación al SIDA.

Los profesionales de la salud se enfrentan a enfermedades que la ciencia sólo puede curar en parte y es la fortaleza social y espiritual de la sociedad que debe hacer el resto, el SIDA es una de esas enfermedades , por lo tanto nos espera a todos nosotros un gran trabajo juntos...

INDICE

MEDIDAS PARA LA PREVENCION DE LA INFECCION POR EL VIH EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

	pag
Introduccion	1
Capitulo I. Generalidades.-----	1
Capitulo II. Historia Clinica.-----	3
Capitulo III. Protección Personal.-----	18
Capitulo IV. Precauciones con instrumentos punzocortantes.-----	15
Capitulo V. Indicaciones para la esterilización o desinfección de alto nivel.-----	17
Capitulo VI. Metodos de esterilización o desinfección de alto nivel.-----	21
Capitulo VII. Manejo de especimenes de biopsia, citología y muestras de sangre y secreciones.-----	23
Capitulo VIII. Eliminación de materiales de desecho.-----	29
Capitulo IX. Procedimientos a seguir en caso de que el personal odontológico sufra inoculación accidental o contaminación de mucosas o piel lacerada con material potencialmente contaminante.-----	38
Capitulo X. Riesgo de adquirir el VIH durante el acto quirúrgico.-----	36
Conclusiones.-----	38
Bibliografía.-----	39

GENERALIDADES

Debido a la dificultad que existe para reconocer clínicamente a los individuos infectados por el VIH que se encuentran en la etapa asintomática, la manera más segura de evitar riesgos es considerar a todos los pacientes como potencialmente contaminantes. Esto será particularmente importante a medida que la prevalencia de la infección por el VIH aumente en la población que acude al odontólogo, incrementando con ello el riesgo de una potencial exposición ocupacional al VIH.

Es conveniente que durante la rutina todo el personal de odontología tome medidas destinadas a prevenir infecciones ocupacionales, incluida la infección por el VIH.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), apareció como de la nada en la primavera de 1981. Al parecer, se presentó por primera vez en 1979 y llamo la atención de la comunidad médica en 1981. El primer informe de SIDA provino del Center for Disease Control en Atlanta, Georgia, E.U.A.) describió los casos de cinco homosexuales jóvenes previamente sanos que se habían tratado en hospitales de los Angeles de una infección pulmonar rara: Neumonía por *Pneumocystis Carinii* (NPC). Al mismo tiempo, en 1981, llegaron informes de 26 homosexuales previamente sanos, en Nueva York y California, que habían desarrollado una forma grave de un cáncer maligno raro llamado Sarcoma de Kaposi, 8 de ellos murieron en el transcurso de 24 meses del diagnóstico.

El Sarcoma de Kaposi es relativamente común en Africa Ecuatorial; sin embargo en Europa y E.U.A., se restringe a varones de edad avanzada de ascendencia mediterránea o judía. En consecuencia, la ocurrencia de este tumor raro en varones entre los 20 y 40 años era muy extraño y causo gran preocupación.

La aparición de estos dos trastornos, Neumonía por *Pneumocystis Carinii* y Sarcoma de Kaposi, que afectaba a varones jóvenes previamente sanos, sugirió la ocurrencia de una nueva entidad patológica.

El factor comun de los nuevos casos era que todos incluían homosexuales . Al parecer , la NPC y el Sarcoma de Kaposi eran en realidad " marcadores " de un gran defecto subyacente en el sistema inmunologico . Como esta inmunodeficiencia era un defecto adquirido , se denomino Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida , SIDA .

HISTORIA CLINICA

Diariamente en el consultorio dental, el odontólogo practica semiología con sus pacientes. Es decir, en forma metódica y ordenada interpreta los signos y síntomas de cada patología consultada.

Cuando, por alguna circunstancia, se rompe el equilibrio que caracteriza al estado de salud de un individuo, el organismo manifiesta esa enfermedad a través de señales que pueden ser interpretadas por el odontólogo.

El conjunto de signos y síntomas que se manifiestan clínicamente en el transcurso de una enfermedad se denomina síndrome.

En el área de la patología bucal clínica, la mucosa oral se ve afectada por lesiones que le son propias y otras que pertenecen a enfermedades de orden general, pero que muchas veces hacen su primera y única aparición en la boca. Cada una de estas afecciones se manifiesta con signos y síntomas. Algunos son característicos y por lo tanto facilitan el diagnóstico. La clínica estudia la enfermedad de ese paciente en particular, pudiendo indicar un tratamiento y arriesgar un pronóstico, que será diferente del de otro individuo con la misma enfermedad, dependiendo éste de la edad, la tolerancia al tratamiento, el momento evolutivo en que fue diagnosticada, etc.

Los datos obtenidos en el examen, se deben volcar, en forma ordenada, en un registro que nos permita no sólo acceder a ellos durante la evolución de la enfermedad, sino también conservarlos pues pueden ser requeridos alguna vez por razones legales.

El odontólogo deberá elaborar la historia clínica de todos los pacientes, la cuál debe incluir en el interrogatorio el antecedente de actividades de alto riesgo así como enfermedades de transmisión sexual y pérdida de peso. La exploración física deberá incluir la búsqueda de linfadenopatía cervical, leucoplaquia oral vellosa y lesiones por herpes, candida, micobacterias y sarcoma de kaposi, fundamentalmente.

FICHA CLINICA

4

Ficha No _____

Apellido y nombre: _____ Tel: _____

Domicilio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nacionalidad: _____

Asistido por: _____

Enviado por: _____

Motivo de la consulta: _____

Antecedentes de importancia: _____

Enfermedad y estado actual: _____

Exámenes especiales: diagnóstico presuntivo: _____

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamiento: _____

Esta ficha clínica es la que realizamos a todos nuestros pacientes, pero cuando se sospecha de que nuestro paciente puede estar infectado con el virus del VIH se realizará una ficha clínica más completa, para así identificar a éste tipo de pacientes y tomar las medidas preventivas para evitar contagios.

Nuestra ficha clínica debe contener los siguientes datos:

Datos personales:

Debemos asentar en este documento, en primer lugar, los datos personales del paciente: sexo, edad, raza, -residencia actual y anterior, profesión u oficio y estado civil. Existen enfermedades que se producen casi

exclusivamente en determinadas edades y en uno de los sexos; por ejemplo el sarcoma de kaposi se presenta en varones de edad madura de Europa y E.U.A.

Antecedentes familiares y personales:

Los datos importantes relacionados con la patología por la cuál el paciente consulta, continúan obteniéndose a partir del interrogatorio o anamnesis acerca de sus antecedentes remotos.

Los antecedentes remotos se refieren a trastornos familiares o personales que puedan tener valor en la presunción diagnóstica. En el caso de los familiares se insistirá sobre la causa de muerte de los padres o hermanos. Se buscará información sobre hábitos como cigarrillo, alcohol, drogadicción y promiscuidad sexual.

Enfermedad actual:

A través de un correcto interrogatorio, el paciente nos dirá cuanto tiempo hace que tiene la lesión, si realizó o no algún tratamiento; si se automedicó: cómo le fue con los diferentes tratamientos, si alguna vez se eliminó por completo la lesión o por el contrario, aumento de volumen.

La enfermedad actual es relatada por el paciente por lo cual debemos poner mucha atención a lo que nos relata.

Estado actual:

En nuestro registro de información anotaremos todo lo que vemos relacionado con la afección. Describiremos la lesión con nuestras palabras para enviarlas junto con la muestra al histopatólogo.

Diagnóstico presuntivo y de certeza:

La mayoría de las veces necesitamos de los valiosos exámenes complementarios. Éstos son: análisis clínicos, radiografías, citología exfoliativa, biopsias, etc. El resultado de estos exámenes nos ayudara a llegar al diagnóstico de certeza.

En la historia clínica haremos una buena exploración de la cavidad bucal para así diagnosticar enfermedades como la candidiasis, la leucoplaquia vellosa, el sarcoma de kaposi, etc; las cuales están relaciona-

das con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida . La cavidad bucal es un escenario por el que desfilan a lo largo de la evolución de la enfermedad , desde el comienzo hasta la etapa final o SIDA, una variedad de lesiones . Estas , en muchas ocasiones , pueden ser las primeras manifestaciones clínicamente detectables que llevan al diagnóstico.

Mencionaremos a continuación las características clínicas de las lesiones asociadas al SIDA.

CANDIDOSIS.

Es la complicación micótica más frecuente del SIDA. Las especies del hongo de mayor prevalencia encontradas son la candida albicans , la más común y conocida. Dado que es una infección endógena , es muy difícil eliminar totalmente el hongo en estado saprofito.

Las principales formas clínicas de la candidosis oral en la infección por VIH son:

- 1) Pseudomembranosa.
- 2) Eritematosa.
- 3) Hiperplásica.
- 4) Queilitis angular.

Candidosis pseudomembranosa:

Se presenta clínicamente como semiadherida , blanco amarillenta, blanda , cremosa, con aspecto de gotas y áreas de pseudomembranas que confluyen . Pueden ser removidas con una gasa o un bajalengua , dejando una superficie roja sangrante.

- Puede involucrar cualquier área de la mucosa bucal , pero es más frecuente en la lengua , el paladar y blando, así como la mucosa del carrillo.

Existe mayor prevalencia en paladar duro y mucosa de carrillo , tanto en varones como en mujeres con SIDA.

Candidosis eritematosa:

El sitio afectado con más frecuencia es el paladar duro y el dorso de la lengua , acompañado de depilación . En la infección por VIH el tipo eritematoso procede a la variedad pseudomembranosa.

Candidosis hiperplásica:

Esta caracterizada por placas blancas que no pueden removerse con una gasa o un bajalenguas . La localización habitual es la mucosa de los labios y carrillos ; en forma de líneas. Se presenta en las comisuras y el área retrocomisural bilateral , coexistiendo con imágenes pseudomembranosas, eritematosas en la lengua y el paladar duro. El borde de la lengua puede ser asiento de candidosis hiperplásica y confundirse el diagnóstico con leucoplasia pilosa.

Queilitis angular:

Clínicamente puede verse como una fisura con ulceración o sin ella acompañada de síntomas subjetivos de leve sensibilidad, ardor o dolor o ambas cosas.

HERPES SIMPLE.

En los pacientes inmunosuprimidos (VIH), la localización oral, labial y cutánea se ve en aproximadamente el 10 % de los casos. Cuando afecta la cavidad bucal , sobre todo en el área labial puede extenderse por la piel a otras zonas de la cara.

La localización endobucal puede afectar el paladar duro y blando , la mucosa labial y la del carrillo y hasta el dorso de la lengua.

HERPES ZOSTER.

La infección por VZV asociada al SIDA suele aparecer en personas menores de 40 años. La VZV, lo mismo que la leucoplasia pilosa y la candidosis oral, pudo ser considerada como lesión predictora de SIDA.

El dolor, la aparición de vesículas y luego costras y la secuela de neuritis y pigmentaciones recuerdan a las formas que afectan a los inmunocompetentes, pero en los VIH positivos la expresión clínica es mucho mas severa.

LEUCOPLASIA PILOSA.

La lesión se presenta en la lengua, pero puede aparecer en otros sitios de la boca y en todos los grupos de riesgo para SIDA.

Se presenta como un engrosamiento blanquecino en los bordes de la lengua, a menudo bilateral, que no se desprende por raspado.

En el borde de la lengua se presenta como pliegues verticales paralelos y ondulantes. Pueden avanzar sobre la cara dorsal y aveces cubrirla totalmente.

El 33% de los pacientes con LP desarrollan el SIDA en 12 meses y el 66% a los 21 meses. La presencia de LP junto con herpes zoster en pacientes VIH positivos, incrementa la predicción de desarrollo de SIDA.

SARCOMA DE KAPOSI.

El SX clasico prevalece en adultos, especialmente de ascendencia Italiana o judía. La lesión afecta la piel y las mucosas, los miembros inferiores y puede localizarse en visceras.

La enfermedad se presenta como una lesión multicentrica, puede iniciarse con uno o varios elementos rosados, rojos, violetas o pardos en piel o mucosas o en ambas. Pueden ser planos o exofiticos y due-

Se ha visto en cuello , brazos , frente, en la región geniana y en la punta de la nariz. En cavidad oral se inicia habitualmente en un sector lateral del paladar . Puede ser la primera y única manifestación de la enfermedad ; por lo tanto , a través de ella el odontólogo puede hacer el primer diagnóstico de SIDA .

La localización que le sigue en frecuencia es la gingiva . Al comienzo las lesiones son planas, rojas y pueden confundirse con angionas , hematomas, extravasación por plaquetopenia, etc. Luego evolucionan formando lesiones elevadas, nodulares.

Las normas aceptadas de práctica dental requieren que los dentistas obtengan una completa historia médica antes de comenzar el tratamiento de cualquier persona. El objeto de obtener una historia médica completa es identificar cualquier condición que signifique un compromiso de la salud del paciente por el tratamiento dental. Más aún, en consistencia con la protección de la salud del paciente , nada en los principios de esta declaración impide a los odontólogos llevar a cabo los exámenes necesarios o si es preciso , remitir a los pacientes para mayores exámenes como determinar el estado VIH o cualquier otro examen que esta indicado antes o durante el tratamiento dental.

El estado VIH de los pacientes se puede requerir por varias razones pertinentes al tratamiento dental. Estas incluyen la entrega de información para el diagnóstico de lesiones orales, infecciones persistentes o antes de cirugía en que el estado inmunológico del paciente sea importante para el resultado del tratamiento.

PROTECCION PERSONAL

Actualmente ante el avance de la transición del VIH y las precauciones a tomar al tratar individuos seropositivos. Es indudable que estamos frente a la ineludible responsabilidad de adoptar todas las precauciones necesarias en relación a normas, conductas y procedimientos que se deben de tomar en cuenta al prestar atención odontológica.

La creencia de que los pacientes infectados con VIH no están presentes y además se pueden identificar y evitar, o que la transmisión es imposible, son ideas que a menudo siguen perpetuándose hasta que la realidad del riesgo laboral se hace patente.

Los trabajadores de la salud deben reconocer que en algún grado el riesgo es inevitable y se comparte con todos los que laboran en esa rama; por otra parte, deben asegurarse que la infección ocupacional sea menos probable de ocurrir cuando los procedimientos de control de la infección se cumplan.

No es irracional el temor de adquirir el VIH entre los odontólogos que reconocen su riesgo de exposición cuando el grado del miedo es congruente con la magnitud del peligro. La carencia de conocimientos acerca del riesgo o vías de transmisión, naturaleza epidémica de la enfermedad, alta tasa de mortalidad y falta de un tratamiento eficaz pueden amplificar el riesgo que se intuye y al respecto debe orientarse. Algunos profesionales de la salud encuentran fácil evitar a pacientes de SIDA y evaden enfrentarse a conflictos emocionales que se presentan mientras se proporciona algún cuidado; el temor al contagio proporciona una excusa conveniente y de pública adaptación.

Aun cuando se tomen en consideración todas las medidas de protección recomendadas en la práctica dental, debemos tener en cuenta que el riesgo de transmisión de la enfermedad no es nulo y si bien es cierto, es inferior al de otras enfermedades como por ejemplo Hepatitis B, las consecuencias del SIDA hasta el momento son mortales. Es por esto que en las recomendaciones se haga énfasis en su cumplimiento cabal y estricto.

El factor esencial para reducir el riesgo en los odontólogos es evitar el contacto con saliva y sangre — potencialmente infectados. Parece que prevenir lesiones en el momento de punciones con agujas u otras — exposiciones parenterales tiene el mayor impacto en reducir la transmisión de VIH en la mayor parte de los consultorios o centros de salud públicos.

El Centro de Control de Enfermedades (por sus siglas en inglés CDC) recomienda precauciones universales con todos los pacientes , a pesar de su diagnóstico , para evitar la transmisión de patógenos mediante la sangre . Las precauciones universales incluyen utilizar guantes para procedimientos en los que este en contacto con sangre , líquidos corporales y algunos otros fluidos (exudados inflamatorios) mascarillas o cubre bocas y protección de los ojos cuando se supone que tales líquidos pueden salpicar, así como usar batas y otros vestidos protectores cuando se presume que la ropa se puede ensuciar o contaminar .

GUANTES.

Una de las recomendaciones más elementales en el control de la infección es el uso de guantes desechables cada vez que un agente de salud entra en contacto con las secreciones orales del paciente. Es cierto que muchos guantes en el momento de su compra ya pueden tener microporosidades provocadas por fallas en la etapa de fusión del látex.

Los guantes de látex no estériles son perfectamente adecuados para la práctica odontológica general.

Si se va a realizar un acto quirúrgico , son preferibles los guantes estériles.

El deterioro que sufren los guantes de látex con el paso del tiempo hace recomendable cambiarlos en los tratamientos prolongados con el mismo paciente a intervalos de una hora como máximo. El lavado de los guantes con diferentes jabones , antisépticos o no , altera la naturaleza del látex , poniéndolo más po-

roso, pegajoso o rígido. Con el lavado no está asegurado el arrastre de bacterias o virus de su superficie; por lo tanto se recomienda, en lugar de lavarlos entre tratamientos, usar un par de guantes nuevos por cada paciente u cuando se observe que haya sido alterada su integridad. Hay algunos profesionales que aun sienten rechazo al uso de guantes durante todas las practicas odontologicas, pero olvidan que la principal razon de su uso es la accion de barrera protectora para el mismo profesional, ya que ha sido demostrado que las manos tienen un numero muy significativo de cortes y abrasiones, especialmente los dedos indice y pulgar derechos e izquierdos. Tambien se ha comprobado que el profesional que atiende sin guantes, retiene sangre oculta debajo de las unas hasta durante 5 dias despues del tratamiento, aun luego de haberse cepillado cuidadosamente esa zona.

De todas maneras, el uso rutinario de guantes no debe ser motivo para olvidar un cuidadoso lavado de manos.

CUBREBOCAS.

Es importante aclarar que el cubrebocas se usa especialmente para cubrir la mucosa nasal y evitar contaminación por aerosoles que genera el instrumental rotatorio del consultorio. La protección de la boca no es tan importante como la de la mucosa nasal, debido a que por via oral es mucho más difícil transmitir germenos patogenos.

Deben ajustarse bien sobre el puente de la nariz para evitar el empañamiento de los lentes y calzarse de modo que sea comodo para el operador.

Para evitar la contaminación cruzada se aconseja descartar los cubrebocas entre pacientes y en el caso del mismo, cambiarlo por lo menos cada hora durante un tratamiento prolongado, ya que la respiración del operador creara una superficie húmeda en la cara interna del cubrebocas favorable para el crecimiento microbia-

no inoculado por el spray provocado durante los procedimientos operativos.

PROTECTORES OCULARES.

Durante la práctica odontológica, los lentes no solo evitan las lesiones oculares causadas por partículas proyectadas hacia la cara del profesional sino también previenen las infecciones, ya que muchos de los gérmenes de la flora oral normal se pueden considerar como patógenos oportunistas.

Las lesiones de mayor consideración son las provocadas por el virus del herpes simple y por el staphylococcus aureus. Según algunos autores, las membranas oculares también son puerta de entrada para la hepatitis B.

Se pueden usar, indistintamente, máscaras faciales de plástico translúcido o protectores oculares con aletas laterales y superiores que ofrecen mejor protección. Actualmente se fabrican también con ajuste adaptado a los anteojos recetados comunes.

Ya que la esterilización es difícil, sino imposible para la mayoría de los protectores, hay que lavarlos entre pacientes con agua y jabón y si es posible desinfectarlos con un agente que no dañe su superficie.

NORMAS ESPECÍFICAS EN CIRUGÍA.

a) Vestimenta quirúrgica:

En clínica se necesita delantal clínico cerrado y abotonado en la espalda, gorro, mascarilla, guantes desechables.

El lavado quirúrgico preoperatorio se realiza con jabón líquido con desinfectante durante el tiempo recomendado por los fabricantes. Las manos se secan con compresas estériles.

Al finalizar el acto quirúrgico desecha guantes y lavar nuevamente las manos. Es recomendable que cuando el paciente es portador de alguna enfermedad transmisible vía sanguínea (o se sospecha de ello) se use doble guante.

b) Acto quirúrgico:

El sillón se cubra con sabanas limpias. Los cabezales deberán protegerse con plásticos o género — esteril, como así mismo saliveros y manija de la lanpara dental.

La mesa quirúrgica para el instrumental deberá limpiarse con un desinfectante y luego se cubra — con plástico grueso y estéril o estaño y sobre el se coloca paño clínico de mesa quirúrgica estéril.

Corresponde al auxiliar dental de colaboración directa, observar las mismas medidas de higiene y — precauciones que el personal profesional.

PRECAUCIONES CON INSTRUMENTOS PUNZOCORTANTES

Debido a que en cirugía se utiliza instrumental punzocortante como hojas de bisturi, agujas, tijeras, etc. Las precauciones que se mencionaran deberán ser tomadas en cuenta a la hora del acto quirúrgico, para así evitar contagios.

- 1) Debe manejarse con especial cuidado el instrumental punzocortante.
- 2) El instrumental punzo cortante se debe manejar con instrumental y no con las manos.
- 3) Evitar injurias con instrumental filoso y agujas.
- 4) Realizar con sumo cuidado todos los procedimientos y la manipulación de material potencialmente contaminante para reducir al mínimo la posibilidad de punciones, salpicaduras o la formación de aerosoles.
- 5) Utilizar jeringas y agujas desechables preferentemente, que se utilicen en una sola ocasión.
- 6) Guardar agujas, jeringas, hojas de bisturi y demás objetos punzo cortantes desechables en recipientes rígidos e irrompibles en el mismo sitio donde se utilicen o lo más cerca posible.
- 7) Retirar cuidadosamente las agujas desechables de las jeringas sin intentar doblarlas o colocarlas previamente su protector. Cuando sea necesario inyectar varias veces a un mismo paciente, es recomendable dejar la aguja sin su protector en un campo estéril entre inyecciones y no intentar colocarle su protector.

8. Tapar las agujas después de la anestesia con la técnica de una sola mano o un portaagujas para evitar el pinchazo accidental .

Así mismo colocar la hoja del bisturi en su funda mientras no es utilizado .

INDICACIONES PARA LA ESTERILIZACION O DESINFECCION DE ALTO NIVEL.

Para muchos profesionales decidir con que limpiar o desinfectar las superficies se ha transformado en un motivo de confusión, ya que los productos disponibles incluyen aerosoles, espumas, soluciones concentradas o prediluidas, compresas impregnadas con desinfectantes, etc.

A este respecto se aconseja :

1. Elegir un limpiador o desinfectante que sea aceptado por la FDA.
2. Si se usa un desinfectante que requiere dilución hacerla con agua en lugar de alcohol.
3. Utilizar preferentemente desinfectantes en soluciones acuosas, en envases provistos de rociador.

Una vez elegido el producto se preliapiara según la técnica del rociado-frotado-rociado.

Si se usa el envase con rociador se obtienen las siguientes ventajas:

1. Los agentes químicos penetraran mejor en los socavados de los equipos.
2. Se evitará que el germicida se inactive como sucede cuando se usan gasas, toallas de papel o esponjas.
3. Se minimizara el gasto por uso de gasas, papel o cualquier otro aplicador.

Luego de rociada la superficie , se frota con toallas de papel desechables o en algunos casos con cepillo seguido de un enjuague.

La desinfección propiamente dicha se logrará luego de haberse preparado las superficies según se ha descrito , rociandolas con el desinfectante apropiado y dejandolas en contacto con el durante el tiempo que indique el fabricante.

Si en el momento de sentar al paciente las superficies aún estuvieran húmedas se seca el exceso — con toallas de papel descartable.

Hay tres métodos de esterilización que son fácilmente controlables y verificables en el consultorio dental:

Autoclave a vapor.

Ventajas: Es fácil de operar, tiene buena capacidad de esterilización, es más económico y el único — por el cual se pueden esterilizar tanto líquidos como soluciones irritantes.

Las condiciones de esterilización en vapor son: 20 minutos a 120 grados centígrados con — una presión de 1.5 atm.

Desventajas: Si el autoclave no tiene ciclo de secado, el instrumental sale mojado y debemos secarlo en la estufa. No se pueden esterilizar cajas cerradas.

Estufa a vapor seco.

Ventajas: Permite esterilizar instrumental oxidable, usar materiales no porosos en los paquetes, colocar las cajas cerradas y sacar los instrumentos secos.

Desventajas: Ciclo prolongado de esterilización. La unidad se puede abrir con facilidad durante el ciclo interrumpiéndolo.

No se pueden esterilizar líquidos. Opera a una temperatura elevada que puede alterar instrumentos. Las condiciones de esterilización son: 2 horas a 160 grados centígrados o 1 hora a 180 grados centígrados.

Autoclave de vapor químico.

Ventajas: La unidad es más cara, genera un olor penetrante y tóxico que necesita ventilación apropiada y no se pueden esterilizar líquidos.

Las condiciones de esterilización son: 20 minutos a 132 grados o con una presión de Zeta.

Todo el instrumental utilizado se coloca en autoclave de vapor de agua 20 a 30 minutos, o en una solución limpia y fresca del glutaraldehído al 2% o agua de lavandina 1 en 10 partes de agua y luego se lava manualmente.

Se pueden completar su limpieza en lavadoras ultrasonicas que mejoran el lavado disminuyendo el contacto con las manos del operador.

Son muy importantes los pasos de secado y acondicionamiento, ya que permiten conservar la esterilización. Se deben utilizar los papeles adecuados para estufa o autoclave; por ejemplo, bolsas con indicadores químicos integrales de presión, tiempo y temperatura, papel cartón o papel sulfito doble. En este último caso las bolsas se deben armar de tamaños adecuados, ni muy apretadas por que impiden la entrada de calor o la presión de vapor, ni muy amplios porque se contaminan con facilidad durante el almacenamiento.

El instrumental se debe descontaminar obligatoriamente utilizando previo a su lavado y esterilización con glutaraldehído al 2% por 30 minutos o con hipoclorito de sodio al 0.5%. Durante 30 min, dicho instrumental debe ser sumergido en las soluciones antes mencionadas, en un recipiente plástico de boca ancha y con tapa. El instrumental de punta roma puede ser llevado directamente a esterilización sin descontaminarlo previamente. La saliviera debe ser taponada con algodón o gasa y luego debe eliminarse con hipoclorito de sodio al 0.5%, después de 30 min. proceder a su limpieza habitual.

El suelo, las paredes y los muebles tendrán su tratamiento habitual salvo que haya sido expuestos a derrame de sangre en cuyo caso se deberá lavar con hipoclorito de sodio al 0.5% en abundante cantidad.

El material reutilizable como por ejemplo forceps, elevadores, legros, etc. Se procederá a su descontaminación, limpieza y esterilización de manera habitual.

La forma correcta de controlar la esterilización requiere del cumplimiento de cuatro puntos:

1. Observación directa de los indicadores externos de tiempo temperatura y presión de la unidad mientras funciona .
2. Control químico interno de la unidad por medio de tiras colocadas en la parte exterior de las cajas - metálicas y paquetes.
3. Control químico en la parte interna de las cajas metálicas o paquetes que muestre que el agente esterilizante penetra.
4. El monitoreo biológico es el mejor y el más seguro de los métodos de control de esterilización.

El dentista debe elegir los métodos que más se adecuen a su consultorio, ya que ningún sistema por sí sólo es suficiente para satisfacer las necesidades de un consultorio, al cual concurren muchos pacientes.

Esterilización de fresas.

Las fresas deben cumplir con todas las etapas de esterilización del material no desechable.

La ADA clasifica al calor seco como el método indicado para la esterilización del instrumental oxidable. Varias esterilizaciones tienen un mínimo efecto sobre la duración de fresas y no hay ninguna razón para no esterilizar este tipo de instrumentos y disminuir así la transmisión de microorganismos patógenos.

Esterilizar la pieza de mano o turbina. Si la pieza de mano no puede ser esterilizada, rocíela o satúrela con el desinfectante recomendado por el fabricante. Protégala de la contaminación hasta el momento de su colocación en el equipo.

MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN O DESINFECCIÓN.

La esterilización es la etapa más importante en el control de la infección.

Para reducir el índice de transmisión de las enfermedades en la práctica dental se necesita utilizar instrumental estéril.

Es necesario aclarar los términos desinfección, esterilización, desinfectante, y antiséptico para evitar la confusión en la manipulación del instrumental.

Desinfección:

Es el método por el cual se matan o inhiben microorganismos patógenos y no patógenos según su concentración y temperatura, pero no mata esporas.

Esterilización:

Es el procedimiento por medio del cual se destruyen todas las formas microbianas, incluyendo virus — y esporas de la superficie o el interior de los objetos o sustancias.

Desinfectante:

Actúa sobre superficies inertes.

Antisépticos:

Son agentes que inhiben pero no necesariamente destruyen microorganismos.

Si los instrumentos no se desinfectan y limpian antes de esterilizar, la sangre, la saliva, la placa y los materiales dentales aíslan a los microorganismos y no dejan penetrar el calor y la presión a vapor, por eso se recomienda realizar primero la descontaminación que, no sólo protege a los que manipulan el instrumental, sino que permiten el necesario contacto del agente esterilizante sobre la superficie del material.

Pero por que limpiar las superficies en el consultorio?.

Esta es una buena pregunta y de suma importancia , ésta es la respuesta que tenemos para ella:

Si consideramos que en los últimos años la preocupación con respecto a la asepsia del consultorio ha aumentado, tenemos que reconocer que las medidas tendientes a evitar la infección cruzada no alcanzarán una eficacia proporcional a esa preocupación.

Sucede que en muchos profesionales y personal de salud no han llegado a comprender o a dimensionar en su justa medida todo el potencial de infección que representa esa dispersión de saliva o de sangre que se produce durante el acto quirúrgico u odontológico.

Quizas una de las razones sea que la mayoría de la materia orgánica tiene una naturaleza transparente o translúcida y que se deposita sobre las superficies como una película seca, clara que pasa totalmente inadvertida. Es probable que del mismo modo se pase por alto el peligro de infección y que se ponga en riesgo no sólo al personal de salud sino a todos aquellos que, como indefensos espectadores, participan directa o indirectamente del acto quirúrgico.

En cualquier técnica de desinfección hay un primer paso que no se puede olvidar: LA SIMPLE LIMPIEZA.

Esta consiste en eliminar por medios físicos toda la suciedad . Se logran así dos grandes efectos: remoción de materia orgánica (sangre, saliva, etc.) y reducción del número de microorganismos presentes en ella.

Si esa limpieza se realiza como paso preliminar , ya sea a la desinfección o a la esterilización , se llama : prelimpieza.

" La prelimpieza es un paso fundamental porque ni la desinfección , ni la esterilización son efectivas si antes no se ha limpiado ".

MANEJO DE ESPECIMENES DE BIOPSIA, CITOLOGIA, MUESTRAS DE SANGRE Y SECRECIONES.

La conducta terapéutica de un buen profesional debe basarse en un diagnóstico de certeza, logrado por el conocimiento clínico de las diversas afecciones y corroborado por el estudio histopatológico de estas.

La comunicación con el patólogo comienza con el envío del material y será continúa hasta el momento del diagnóstico final.

Para el estudio histopatológico de un tejido vivo debe tomarse una muestra por medios quirúrgicos. Este procedimiento recibe el nombre de biopsia. La toma biopsica debe ser procesada para ser estudiada microscópicamente y así confirmar o no el diagnóstico clínico (diagnóstico de certeza) y establecer histopatogenias sobre los distintos mecanismos que producen enfermedad.

Se debe emplear este método de diagnóstico para la mayoría de las afecciones de la cavidad bucal.

INDICACIONES DE BIOPSIA:

1. Cualquier lesión de aspecto clínico compatible con úlcera, ulceración, erosión, ampolla y que no muestre evidencia de curación en 8 o 10 días.
2. Cualquier tumefacción sospechosa de ser una neoplasia.
3. Cualquier lesión hiperqueratósica persistente.
4. Cualquier tejido eliminado quirúrgicamente.
5. Cualquier tejido eliminado espontáneamente.
6. Material de una fistula que drene constantemente y cuyo origen no puede ser bien identificado.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES :

1. Siempre debe obtenerse la autorización del paciente para realizar una biopsia .
2. Las lesiones pigmentadas que sugieren la presencia de melanina no deben ser incididas; deben eliminarse totalmente y con margen de seguridad .
3. En las lesiones de origen vascular , una incisión puede originar una intensa hemorragia . En consecuencia , esas lesiones no deben ser biopsiadas en consultorios no especializados . Cuando su tamaño lo permite , debe removerse totalmente la lesión .
4. Los anestésicos locales nunca deben inyectarse dentro de la lesión , para evitar la pérdida de los límites .
5. El lapso transcurrido entre la toma biopsica y el informe histopatológico debe ser lo más corto posible .

PASOS A SEGUIR PARA REALIZAR UNA BIOPSIA :

1. Seleccionar el material de corte : bisturí , punch , pinza sacabocado o aguja para punción .
2. El material biopsico debe conservar su morfología después de su extracción; por lo tanto , no debe ser traumatizado , ni comprimido con pinzas , ni secado con gasas .
3. La zona elegida debe ser la más representativa de la lesión .
4. Los anestésicos deben inyectarse preferentemente en zonas troncales , y si se hace en forma infiltrativa , colocarlos alejados de la zona a estudiar .
5. Fijar la pieza obtenida en líquido fijador (formol al 10%) , que mantendrá la morfología del tejido extraído .

6. El recipiente con el líquido fijador debe ser de boca ancha y tener un volumen en relación con la pieza , 7 veces mayor como mínimo .
7. Identificar el frasco .
8. Si se realizan varias tomas (biopsia seriada) se deben colocar en recipientes separados, debidamente identificados .
9. Realizar un protocolo con los datos del paciente , una breve descripción clínica , los antecedentes de importancia , el sitio preciso de la toma y el diagnóstico presuntivo .
10. Cuando la biopsia se realice en tejido óseo cercano a él , adjuntar el estudio radiológico junto con el protocolo .
11. Terminado el acto quirúrgico , bastara comprimir con gasa el lecho de la lesión para que se inicie la coagulación .

Todos los pasos para realizar una biopsia deben contemplan rigurosas normas de bioseguridad: uso de guantes , barbijos , anteojos , material esterilizado correctamente .

SELECCION DE LA MUESTRA BIOPSISTICA :

1. La muestra de tejido debe tomarse de manera que se de al patólogo una pieza representativa para su observación microscopica .
2. Si la lesión es una ulcera , se debe tomar la muestra del borde y no del centro .
3. Si la lesión es una vesícula , ampolla o erosión , elegir para extirpar , lesiones pequeñas recientes .

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

La citología exfoliativa es un método simple y razonable para la detección de algunas enfermedades bucales . La citología se basa en la posibilidad de diferenciar células alteradas , obtenidas de un -

tejido enfermo. Su estado es sencillo e incruento, pero necesita de un especialista para su interpretación.

Es indiscutible el valor de la citología en todas las lesiones donde existan erosiones, ulceraciones y úlceras.

Pasos de la citotécnica:

1. Utilizar un porta limpio y desengrasado, con número y clip que señala la cara donde se encuentra el material o extendido.
2. Espátula estéril para tomar el material con un movimiento de arrastre, tratando de no provocar hemorragia.
3. Si la lesión es costrosa o ampollar, se tomará material de la cara inferior, y del lecho de la lesión.
4. Para cada toma que se realice, debe limpiarse la espátula para evitar las inoculaciones accidentales.
5. Después de tomar el material, se realizará el extendido en porta, del lado que se ha convenido. La maniobra se realizará suavemente para no deformar células ni colgajos.
6. El frasco que contiene el fijador debe ser de boca ancha y con un alto que supere el portaobjeto.
7. Son necesarios: fijador, alcohol al 96o, alcohol éter sulfurico en partes iguales.
8. Tiempo mínimo de fijación: 30 min; máximo: una semana.
9. Se confecciona un protocolo con los datos personales del paciente, una breve descripción clínica, la indicación de cada extendido (No y lugar de toma) y diagnóstico presuntivo.
10. Los preparados serán remitidos al laboratorio en el frasco fijador.
11. Otro método de fijación consiste en utilizar fijadores de revestimiento (spray) después de la toma y, antes de su desecación, pulverizar a 28cm con una delgada capa; luego de 10 min puede enviarse al laboratorio.

Ventajas de la citología:

1. Requiere poco instrumental.
2. Se emplea poco y la técnica es fácil .
3. No origina ansiedad ni temor en el paciente, ya que necesita poco tiempo , y no se usa anestesia.
4. Pueden realizarse muchas tomas, y repetirse varias veces y en distintos momentos evolutivos de la enfermedad.

Desventajas:

1. El residuo material obtenido de las lesiones queratinizadas no permite siempre demostrar las características típicas de la lesión.
2. Aunque la técnica es simple, si se realiza inadecuadamente el material puede no resultar representativo.

Indicaciones:

1. Esta indicada para estudiar lesiones erosivas, ulceradas o rojas.
2. Orienta al diagnóstico de enfermedades vesicoanpolares, nicosis, cáncer bucal.
3. Sirve para controlar lesiones tratadas, permitiendo detectar recidivas precoces.

Los especímenes de biopsias y citológicos, así como las muestras de sangre y secreciones, deberán colocarse en un recipiente hermetico, debidamente etiquetado, el cual a su vez debe ser transportado al laboratorio en una bolsa de plástico cerrada que contenga un aviso indicando su contenido. En el caso de muestras de pacientes infectados o con alguna actividad de alto riesgo, se deberá indicar en la etiqueta " potencialmente contaminante ".

HISTORIA CLÍNICA

(F'B1-4)

FECHA: _____	EXPEDIENTE: _____
UNIDAD: _____	JURISDICCION: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	EDAD: _____ SEXO: _____
DIRECCION: _____	ORIXINTOLOGO: _____
TELÉFONO: _____	

LESIONES:
 MACULA
 PÁPULA
 NODULO
 TUMOR
 ULCERA
 ULCERACION
 ETC

DATOS DE LA LESION

LESION BASICA	FORMA	_____
COLOR	NUMERO	_____
CONSISTENCIA	TAMAÑO	_____
BASE	SUPERFICIE	_____
	O FONDO	_____

FORMA:
 ESFEROIDAL
 OVALADA
 MALFONADA
 ETC

SINTOMATOLOGIA ASOCIADA

LOCALIZACION (ES): _____

CONSISTENCIA:
 BLANDA
 FIRME
 DURA
 FLUCTUANTE
 ETC

IMAGEN RADIOGRAFICA _____

NATURALEZA PROBABLE DE LA LESION

INFLAMATORIA HIPERPLASICA NEOPLASIA (B) (M)
 QUISTE MALFORMACIONES PROC. REG. ()
 OTROS (ESPECIFIQUE) _____

MASE
 BLSIL
 PEDICULADA
 INHURADA
 INFILTRADA

VINCULACION SISTEMICA

ESPECIFIQUE _____

SI () NO ()

TIEMPO DE EVOLUCION () DIAS () SEMANA () MESES () AÑOS

SINTOMATOLOGO:
 DOLOR, PRURITO,
 PARFESTESIA, ETC

INFORMACION ADICIONAL

IMPRESION DIAGNÓSTICA

ELIMINACION DE MATERIALES DE DESECHO.

En consultorio dental se debe de contar con un recipiente que contenga una solución de hipoclorito de sodio al 10 % y agua , para que una vez que se ha terminado de intervenir , el instrumental se coloque en esta solución, antes de ser lavado.

También las agujas y hojas de bisturí se deben colocar en una solución de hipoclorito de sodio , para así desinfectarlas y después desecharlas .

La sangre y líquidos corporales de desperdicio deberán ser vertidos en el drenaje.

Otros desperdicios sólidos tales como gasa, algodón, sutura , cánulas o eyectores , contaminados con sangre , saliva o líquidos corporales deberán depositarse en bolsas impermeables perfectamente cerradas o botes de metal con tapa , se les colocará una etiqueta que señale " material potencialmente --- contaminante " ; ésto deberá realizarse especialmente con pacientes infectados o con actividades de alto riesgo . El material de desperdicio debere ser esterilizado o desinfectado antes de ser desechado o incinerado.

Se recomienda colocar los materiales de desecho en botes que cierren herméticamente, así como tener --- siempre colocados los guantes.

El instrumental se dejara por 10 minutos en la solución de hipoclorito de sodio al 10% ,para después ser lavado.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

PROCEDIMIENTO ASEGUR EN CASO DE QUE EL PERSONAL ODONTOLÓGICO SUFRA INOCULACION ACCIDENTAL O CONTAMINACION DE MUCOSAS O PIEL LACERADA CON MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINANTE.

Se ha establecido que la posibilidad de contagio del personal odontológico, auxiliares, técnicos de laboratorio, etc. sería a través de la inoculación accidental con material potencialmente contaminante principalmente por agujas y material cortante y se debería considerar también la contaminación de piel y mucosas por salpicadura de sangre y fluidos corporales de los pacientes atendidos.

Presentada esta circunstancia se deben establecer procedimientos normalizados y probados a través de simulaciones reales para que el personal este entrenado ante una eventual emergencia.

Es necesario que en las instituciones donde se imparta atención odontológica determine las personas responsables hacia las cuales el personal accidentado recurra y deberán tomar las medidas apropiadas ante el caso.

Las medidas a seguir en caso de producirse heridas accidentales son:

1. Lavar la zona de inmediato con agua corriente.
2. Aplicar antiséptico (povidona yodada o clorhexidina).
3. Comunicar inmediatamente al médico o tratante o encargado de salud del personal.
4. Se recomienda realizar exámenes para detección de enfermedades infecciosas.

ACCIDENTE

LAVAR ZONA CON AGUA CORRIENTE Y COLOCAR UN APOSITO CON UN DESINFECTANTE.

INFORMAR AL PROFESIONAL RESPONSABLE DESIGNADO ANTERIORMENTE.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

PACIENTE VIH (NEGATIVO)

SUSPENSION DEL PROCEDIMIENTO

YA ESTABA INFECTADO

PACIENTE VIH (NEGATIVO O NO -
IDENTIFICADO)

PRUEBA DE SEROLOGIA INMEDIATA AL
ACCIDENTADO

NO ESTABA INFECTADO, TOMAR MEDIDAS PREVEN-
TIVAS.

REPETIR PRUEBA SEROLOGICA A 3-6 Y 12 MESES

NO INFECTADO

INFECTADO

El CDC ha publicado lineamientos aseguir en los casos de trabajadores de la salud que se exponen de manera accidental al VIH.

Determinar si la exposición fue real y es muy complicado. Los trabajadores de la salud pueden no informar sus exposiciones por diversas razones o pueden subvalorar o supervalorar la gravedad de la exposición de manera general. La historia clínica cuidadosamente permite clasificar la vía de exposición en una de las siguientes:

1. Punción por aguja (resultado de una exposición transcutanea directa).
2. Inoculación de membranas mucosas.
3. Contaminación de herida de piel u otro tipo de lesión.
4. Contaminación de piel con solución de continuidad.

Las punciones por aguja y otros accidentes percutaneos deben individualizarse por el tamaño y tipo de la aguja o instrumento que ocasiono la lesión (sutura, bisturí, aguja); la profundidad aproximada de la penetración, el volumen de la transfusión de la sangre (si es que hubo), el sitio de la lesión, el aspecto de la herida, el volumen de la hemorragia que se produjo y el tiempo durante el cuál el líquido contaminante estuvo ex vivo antes de que ocurriera la exposición. El tipo, volumen y duración del contacto tambien debe evaluarse en los casos de mucosas y lesiones cutaneas.

Al odontólogo que estuvo expuesto se le debe guiar u orientar a someterse a una prueba VIH o que por lo menos de una muestra de suero para tenerla en el banco tan pronto como sea posible después de que ocurrió la exposición.

Los analisis subsecuentes de VIH realizados de manera general a las 6 semanas, tres meses y seis meses después de la exposición, son una línea de recomendación cuando el VIH esta potencialmente presente en la fuente de la exposición. Los analisis secuenciales son en extremos utiles para alejar el temor, documen-

tar la seronegatividad y, rara vez diagnosticar una infección por VIH .

Con los síntomas de infección aguda retroviral también se asocian con la mayor parte de las infecciones de trabajo notificadas, y personas expuestas deben aconsejarse que regresen a una nueva evaluación en caso de que ocurra alguna otra enfermedad compatible.

El valor de la tecnología y amplificación de genes para identificar la infección en trabajadores de la salud seronegativos todavía no está comprobado, por los estudios preliminares sugieren que las infecciones latentes diagnosticadas mediante PCR se detectan por exposición en los trabajadores de la salud seronegativos.

Es necesario el consejo posexposición de trabajadores de la salud con experiencia familiarizados con las necesidades médicas y psicológicas especiales de los trabajadores expuestos los consejos o sugerencias deben proporcionar información sobre el grado del riesgo presente, las opciones de seguimiento descripción de los procedimientos de confidencialidad que existan en el lugar y medidas de control de la infección para evitar accidentes similares.

Aquellas personas que ofrezcan los consejos o lineamientos deben estar alerta hacia las preocupaciones de los compañeros sexuales, compañeros de trabajo y amigos del trabajo expuesto. Es poco afortunado que este consejo produzca con frecuencia confusión y ansiedad en el individuo expuesto. Las personas que dan el consejo deben encarar también la difícil tarea de comunicar el mensaje correcto, tanto del riesgo como la infección: se da la seguridad de la transmisión ocupacional es poco probable desde el punto de vista estadístico y, sin embargo indican algunas modificaciones de conducta para evadir la infección.

En todos los centros médicos del mundo se ha efectuado una evaluación prospectiva de los riesgos de exposición profesional al VIH en series de trabajadores de la salud muy expuestos. Ya que se conocen tanto el numerador (número de infecciones) como el denominador (número de exposiciones), estos estudios calculan la tasa de transmisión después de diferentes tipos de exposición .

Se han registrado más de 4800 trabajadores de la salud de diferentes ocupaciones, abarcando más de 1200 con antecedentes de inoculación parenteral accidental por materiales infectados con VIH estudiando los de manera periódica en busca de anticuerpos VIH.

Durante cinco años de observación, el único mecanismo de transmisión en los sujetos en estudio fue la inoculación directa con materiales contaminados mediante la punsión con aguja o similares. La tasa de transmisión nosocomial después de exposiciones de aproximadamente 0.4% (cinco infecciones en menos de 1200 punsiones, incluyendo sangre contaminada por VIH).

Desde 1981 en la literatura medica mundial se documentan 19 casos de transmisión ocupacional de VIH. En la mayor parte de estos casos la transmisión ocupacional se estudio mediante la demostración temporal de conversión serológica relacionada con un accidente directo de exposición al VIH. Las exposiciones por punsiones de aguja o laceraciones contaminadas por sangre contaminada produjeron infeccion en 12 trabajadores de la salud sanos.

Por supuesto, estos informes anecdoticos no incluyen todos los casos de infeccion ocupacional dado que ésta no se informa mientras no se desarrolle el SIDA y el algunos casos puede que aun no se le haya reconocido o reportado.

Estan en desarrollo los esfuerzos para coordinar la vigilancia y el informe de infecciones laborales ocasionadas por el VIH, lo cuál permitira una valoración más completa de la frecuencia de dichos accidentes .

Existe una amplia variedad de factores que aun no bien definidos pueden influenciar el riesgo de transmisión. La mayor parte de las autoridades en la materia creen que el volumen de inoculante y la cantidad del virus en la exposición influyen en el grado de riesgo. Las penetraciones profundas (intransmascular, agujas de gran calibre e inyecciones son factores asociados con la mayor parte de accidentes informados debidos a punsión que ocasiona infecciones.

Los volúmenes grandes de sangre la prolongada duración del contacto y una puerta de entrada son los determinadores comunes en los casos notificados de contacto mucocutáneo . Los estadios de infección en el paciente también pueden asociarse con la probabilidad de transmisión.

RIESGO PARA EL PERSONAL ODONTOLÓGICO DE ADQUIRIR EL VIH DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO.

Diversos estudios encaminados a evaluar el riesgo que tiene el personal odontológico de adquirir una infección por VIH durante su trabajo ha revelado que esta es del 0% al 0.811%, porcentaje extraordinariamente bajo si se le compara con otros mecanismos de transmisión del virus. El riesgo de adquirir una infección por el virus de la hepatitis B después de haberse picado con una aguja contaminada es del 6% al 30%, mientras que en el caso del VIH es del 0.2% al 0.7%.

En la intervención quirúrgica en la cual, se está en contacto con sangre se está expuesto a la infección por VIH. Las vías de inoculación son a través de heridas o pinchazos en piel y mucosas y contactos cutáneos con sangre o líquidos contaminados. Existen varias causas que pueden influir sobre el riesgo de transmisión. El volumen de material inoculado, la cantidad de virus existente en ese material, si está libre o asociado a células, la profundidad de la inoculación, la duración prolongada del contacto con los líquidos y la etapa evolutiva que está cursando el paciente infectado son factores que parecen influir sobre la transmisión de la enfermedad.

La sangre es el elemento fundamental en la transmisión del VIH, es por eso que se tienen que tomar medidas preventivas al realizar la cirugía de un paciente con VIH.

Para evitar el contagio en el acto quirúrgico se recomienda que el odontólogo se coloque tela adhesiva en los dedos antes de ponerse los guantes para proteger los dedos de una posible cortadura, así como usar unos guantes gruesos.

Cuando los proveedores de servicios dentales sientan falta de destreza o tiempo suficiente para proporcionar un servicio específico a pacientes que lo soliciten, deberán referirlos a los lugares donde se les pueda proporcionar adecuadamente ese servicio. En el caso específico de individuos que padecen he-

patitis B, SIDA u otras enfermedades infecciosas graves, el odontólogo debiera tener un alto grado de conocimiento de los procesos infecciosos y de su responsabilidad profesional, para proveer los cuidados necesarios o, en su defecto, canalizar adecuadamente a estos pacientes.

Riesgo de transmisión del VIH por procedimientos invasivos:

La FDI reconoce que debido a la naturaleza de la transmisión del VIH a través de la sangre existe el riesgo de transmisión del VIH cuando se ejecutan procedimientos dentales invasivos.

Los procedimientos dentales invasivos son:

1. La manipulación, corte o remoción de cualquier tejido oral o perioral, incluyendo estructura del diente, durante el cual se produce sangrado o donde existe la posibilidad de sangrado.
2. La administración intravenosa de cualquier sustancia aparte de la establecida a través de un aparato de infusión o la obtención de una muestra de sangre para exámen, donde ésta sea obtenida de un vaso o por simple punción de la piel.

La ejecución de procedimientos propensos a exposición presentan un riesgo reconocido de heridas percutáneas al odontólogo, y si tal herida ocurre, la sangre del profesional puede entrar en contacto con una cavidad del cuerpo del paciente, tejidos subcutáneos o membranas mucosas o ambos.

los odontólogos que realizan cirugía por ejecutar procedimientos invasivos deben someterse regularmente a los exámenes apropiados para establecer su estado VIH.

CONCLUSIONES .

Los odontólogos deben proporcionar tratamiento dental a quienes sean VIH seropositivos, incluyendo aquellos donde la infección ha progresado a SIDA. No se debe rehusar tratamiento dental a personas con VIH , que pertenezcan a grupos reconocidos dentro de la comunidad de estar en riesgo de ser VIH -- seropositivos sólo por éstas razones. Los odontólogos tienen un rol importante en el control de pacientes VIH positivos al poder detectar los primeros signos de avance de la enfermedad al examinar -- cavidad oral.

Podemos brindarle atención a todos los pacientes con enfermedades como el SIDA pero tomando siempre medidas de prevención, así como también tratar a todos nuestros pacientes como potencialmente infectados, utilizando todos los elementos que nos brinda la bioseguridad , las medidas protectoras deben aplicarse rutinariamente , para lo cual hemos desarrollado esta tesina en la cual brindamos los pasos que se deben cumplir en la práctica odontológica en forma sencilla, ordenada y de fácil aplicación.

A pesar de que el VIH es potencialmente letal no es muy resistente al medio ambiente. Es un virus -- lábil que se inactiva fácilmente con agentes físicos y químicos como el blanqueador casero en una -- disolución de 1:10, alcohol, peróxido de hidrógeno y calor. El riesgo de contraer el VIH en la práctica odontológica es menor al 1% .

Los odontólogos que realizan cirugía deben tomar todas las medidas preventivas, para así evitar un -- pinchazo o desgarro accidental con el bisturí .

Aunque el riesgo de infección por VIH es muy bajo no es imposible la infección.

Tratemos a nuestros pacientes como nos gustaría que nos traten si estuvieramos en su lugar. La calidez, el afecto, el conversar con ellos , suelen potenciar los efectos de cualquier terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

1. Cassuto Patrice Jill, Pesce Alain.
Manual de SIDA e infección por VIH.
Editorial Masson S.A España.
Primera edición, mayo 1991.
2. Ceccotti Eduardo Luis.
Clínica estomatológica SIDA, cáncer y otras afecciones.
Editorial Medica Panamericana.
1ra edición 1993.
3. Conasida.
El odontólogo frente al SIDA.
Primera edición 1989.
4. Daniels G.Victor.
SIDA.
El manual moderno S.A de C.V.
Segunda edición 1988.
5. Del ojo Cordero D.
SIDA y piel.
Ediciones Dayno 1989.

6. Gatell Artigas Josep.
Guía práctica del SIDA.
Segunda edición 1994.

7. Greenspan Deborah, Pindborg Jens J.
El SIDA en la cavidad bucal.
Editorial Actualidades Médico Odontológicas.
Edición 1990.

8. Lobos Nelson.
SIDA y odontología
Ediciones Avances, 1992.

9. Miller David, Jonathan Weber.
Atención de pacientes de SIDA.
El Manual Moderno 1989.

10. Sande A. Merle, Paul A. Berdine.
Manejo médico del SIDA.
Editorial Interamericana McGraw Hill.
Segunda edición 1990.

11. S. Silverman Jr.
Las manifestaciones orales de SIDA.
Salvat Editores S.A.
1990.