

344
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN
DE VIH EN LA
PRÁCTICA DENTAL PRIVADA**



TESINA

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

**ALEJANDRA RAMÍREZ GARCÍA
JOSUE DAVID FALCÓN ANDRADE**

Asesor:

C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS E.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MÉXICO, D.F.

JUNIO 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AGRADEZCO A DIOS .

*Por la oportunidad de vivir y ayudarnos a realizar nuestra máxima ilusión
así como habernos unido.*

A LA UNIVERSIDAD

*Por la gran oportunidad que nos brindó para formarnos profesionalmente y
prepararnos en la vida con responsabilidad.*

AL ASÉSOR.

DR.VICTOR MANUEL BARRIOS E.

*Por brindarnos todo su conocimiento así como su tiempo , además de
otorgarnos cariño y confianza en la faceta final de nuestros estudios .*

FAMILIA RAMIREZ

A MIS PADRES

JULIETA GUADALUPE

SERGIO

Por darme la vida y ayudar a guiarme por ella con valor ,además de brindarme todo el amor ,apoyo y comprensión para cumplir este anhelo,a ellos más que a nadie se los dedico por ser personas de mi más grande admiración. GRACIAS.

A MIS HERMANOS

ESTELA

SERGIO

FERNANDO

MARTIN

Que los quiero con todo el amor del mundo, les dedico mi tesina también ya que conté con todo el apoyo que sólo ustedes me brindaron.

A JOSÚE DAVID

Quién entró a mi vida y su gran amor hacia a mí me brindo la confianza para seguir adelante y luchar por lo que quiero.Dios te bendiga

FAMILIA ANDRADE

A MIS MADRES.:

SARA, MARINA, RAFAELA, GUADALUPE

Por su amor, y sus lágrimas y por todas las veces que las necesite y ahí estuvieron y por la fe que me inculcaron y por enseñarme un buen camino, dedico mi tesina como símbolo de mi admiración .

A MIS HERMANOS.

VENANCIO, PLÁCIDO, JORGE, DELFINO, RENE , JOSÉ

Por haberme recibido y considerado su hermano y por la confianza que depositaron en mí y por sus cuidados y regaños he logrado algo importante para mí por tal motivo dedico ésta tesina .

A MI PADRE.

EPIGMENIO ANDRADE ESCAMILLA

Que es el gran ausente de mi vida, pero donde quiera que esté se sienta orgulloso de mí. Ya que él siempre vivirá en mi corazón dedico especialmente este trabajo.

A ALEJANDRA

Por brindarme confianza y un amor sincero y sin limitaciones que podría decir que llega hasta las nubes .Dios te bendiga.

DIAGNOSTICO Y PREVENCIÓN DEL VIH EN LA PRACTICA DENTAL PRIVADA

CONTENIDO

	pág
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I HISTORIA CLÍNICA	
1.1. <i>GENERALIDADES</i>	5.
1.2. <i>HISTORIA CLÍNICA</i>	5
1.3. <i>LESIONES BUCALES INESPECIFICAS</i>	10
1.4. <i>LESIONES BUCALES ESPECIFICAS</i>	14
CAPITULO II PRUEBAS DE LABORATORIO	
2.1 <i>¿QUIENES SE HARÁN LAS PRUEBAS?</i>	17
2.2 <i>TIPOS DE EXÁMENES</i>	18
2.3 <i>¿CUANDO SE DICE QUE LA PERSONA ES SEROPOSITIVA?</i>	24
2.4 <i>¿QUE SIGNIFICA SER SEROPOSITIVO?</i>	24
2.5 <i>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</i>	25
CAPITULO III MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA	
3.1 <i>GENERALIDADES</i>	27
3.2 <i>USO DE VESTIMENTA Y TÉCNICA DE BARRERAS</i>	27
3.3 <i>LAVADO Y CUIDADO DE LAS MANOS</i>	29
3.4 <i>USO Y CUIDADO DE INSTRUMENTOS AFILADOS Y AGUJAS.</i>	30

**CAPITULO IV INDICACIONES PARA LA DESINFECCIÓN Y
ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL**

<i>4.1</i>	<i>MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN</i>	<i>33</i>
<i>4.2</i>	<i>CUIDADOS DE PIEZA DE MANO Y UNIDAD DENTAL</i>	<i>33</i>
<i>4.3</i>	<i>MATERIAL ENVIADO AL LABORATORIO DENTAL</i>	<i>34</i>
<i>4.4</i>	<i>DESCONTAMINACIÓN DE LAS SUPERFICIES DEL MEDIO AMBIENTE</i>	<i>35</i>
<i>4.5</i>	<i>MANEJO DE BIOPSIA Y MUESTRA DE SANGRE</i>	<i>36</i>
<i>4.6</i>	<i>ELIMINACIÓN DEL MATERIAL DE DESECHO</i>	<i>36</i>

**CAPITULO V PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN CASO
DE QUE EL PERSONAL ODONTOLÓGICO SUFRA
INOCULACIÓN ACCIDENTAL, CONTAMINACIÓN DE MUCOSAS
Y PIEL LESIONADA CON MATERIAL CONTAMINANTE.**

<i>5.1</i>	<i>RIESGO PARA EL PERSONAL ODONTOLÓGICO DE ADQUIRIR VIH DURANTE EL TRABAJO</i>	<i>40</i>
<i>5.2</i>	<i>RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS</i>	<i>41</i>
<i>5.3</i>	<i>ASPECTOS BIOSICOLÓGICOSOCIALES DEL SIDA</i>	<i>43</i>
	<i>RESULTADOS</i>	<i>45</i>
	<i>CONCLUSIONES</i>	<i>47</i>
	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>49</i>
	<i>ANEXOS</i>	

INTRODUCCIÓN

El impacto de la infección por VIH y sus consecuencias en nuestro medio es ya considerable y sobre todo motivo de gran temor ,de poder contraer el virus, por pacientes seropositivos, o bien nosotros ser la fuente de contagio del virus hacia nuestros pacientes, a causa de falta de correctas medidas higiénicas y preventivas.

Por tal motivo, nosotros como personal de la salud que atendemos a diario pacientes debemos poseer conocimientos médicos de la infección con ello saber como se detiene su diseminación en el consultorio

El objetivo de este trabajo es ayudar en algo a diagnosticar un paciente seropositivo y saber que medidas podemos tomar para atenderlo , se pretende que sea más bien una guía para afrontar algunos problemas que se nos presenten, ya que como todos sabemos es difícil a veces diagnosticarlo a primera vista.

La variedad de temas y capítulos reflejan lo que el odontólogo podría hacer ante el resultado seropositivo de un paciente y que papel tomar .

Como siempre debemos obtener una cuidadosa historia médica del paciente odontológico, deben incluirse en dicho documento preguntas específicas que más adelante veremos , si se descubre después de haber realizado distintas pruebas de anticuerpos que el paciente seropositivo no

debemos de comportarnos como algo a que deba temerse sino enfrentarse a el y aprender a comunicarlo con valor , porque sabemos que el conocimiento personal de la infección , o enfermedad es triste y desagradable y los pacientes tienden a la desesperación y temor . Por lo que aquí hacemos hincapié al decir que en la mayoría de las veces nosotros no vamos a comentar el resultado, no porque nosotros seamos incapaces sino que es nuestro deber remitirlo a una institución especializada donde le brindan todo el apoyo psicológico además de muchos otros beneficios.

Por último es importante mencionar que la detección a tiempo de ésta infección no se vea nublada por la ignorancia, prejuicio o temor.

CAPITULO I

HISTORIA CLÍNICA

1.1 GENERALIDADES

Ya que en la actualidad no hay curación alguna para el SIDA o la infección por virus VIH, la prevención es una preocupación vital, por ello depende gran parte de la educación y conocimiento de la salud. Es esencial que los afectados con el virus no lo transmitan y los que se encuentren en un riesgo alto de adquirirlo deben conocer las formas en que es posible que se reduzca su grado de riesgo, los capítulos que a continuación trataremos, tienen como fin proporcionar información al personal de salud, lo que debe de saber al respecto de su paciente a tratar (historia clínica).

1.2 HISTORIA MÉDICA

El cirujano dentista se ve especialmente afectado por el SIDA; el 95y% de los pacientes portadores de VIH presentan signos clínicos a nivel de la cara y de la cavidad bucal, lesiones que el odontólogo debe de identificar a tiempo. Por tal razón, de manera oportuna es de carácter obligatorio la elaboración de una historia clínica cuidadosa, dicho

documento debe de contar, con una anamnesis que nos refleje todos los datos personales sean patológicos o no precisos.

En la actualidad el diagnóstico de infección por VIH y el diagnóstico de SIDA se establece sobre la base de los datos clínicos del paciente y de los estudios del laboratorio y gabinete que permiten confirmar la infección por VIH como valorar el estado inmunológico del paciente y establecer la existencia de infecciones o neoplasias secundarias. Con los datos epidemiológicos clínicos, y de laboratorio y gabinete, se integra el diagnóstico y se clasifica el grado de avance del padecimiento por etapas. A continuación mencionaremos por orden como esta constituida la historia clínica

A) FECHA

B) FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nom. del paciente, Edad, Domicilio, Ocupación, Sexo, Edo. civil, Tel. Lugar de nacimiento, Grado de escolaridad, Interrogatorio directo o indirecto.

C) ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Parentesco, (padre, madre, hermanos, hijos, etc.). Que edad tienen, así como si padecen de alguna enfermedad o en dado caso causa de defunción.

D) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tipo de habitación, Higiene personal, Grupo sanguíneo, Inmunizaciones, Alimentación, Deportes, Tabaquismo, Alcoholismo, Drogas, Preferencias

sexuales, en este aspecto el paciente deberá de responder lo mas honesto posible si es hetero.bi.u homosexual, asi como responder si ha padecido alguna enfermedad de transmision sexual .

Esto se llevará a cabo de manera que el paciente no se sienta incomodo ni mucho menos ofendido y por lo tanto nos proporcione datos falsos

E) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

En este aspecto se cuestionará al paciente sobre enfermedades de la infancia, antecedentes traumáticos,quirúrgicos, alérgicos, y transfusionales, asi como experiencias al uso de anestésico.

F) PADECIMIENTO ACTUAL (MOTIVO DE CONSULTA)

G) INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

* *Respiratorio:* Disnea, Apnea, Sinusitis, Tos. Cerca del 75% de los pacientes infectados por el VIH cursan con sintomatología respiratoria, la manifestación mas común es tos seca o productiva de disnea aguda, subaguda o crónica; en el caso de que la tos sea persistente por la disnea se debe practicar una Rx de tórax y broncoscopia si la Rx refiere imágenes nodulares o lineales debe pensarse en una micosis o sarcoma de kaposi, si la imagen es difusa sugiere una neumonía por P.carinii o citomegalovirus.

**Cardiovascular*: Cefaleas, Mareos, Dolor precordial, Palpitaciones, Edema, Otros.

**Digestivo*: Disfagia, Náuseas, Vómito, Meteorismo, Melena.

Estreñimiento, Diarrea. De 75 a 90% de los pacientes infectados por VIH desarrollan alguna manifestación digestiva como problema clínico inicial, en algunos casos se identifica el agente causal en el resto no se identifica ningún microorganismo o neoplasia. La presencia de disfagia y odinofagia nos sugiere esofagitis por *Candida albicans*, citomegalovirus o virus herpes simple. El síndrome entérico tiene como principal problema desnutrición, deshidratación. La diarrea puede ser continua e intermitente de más de un mes de evolución y su intensidad puede variar de todas formas debe investigarse la presencia de amibiasis o alguna otra infección intestinal.

**Genitourinario*: Número de micciones, Piuria, Disuria, Incontinencia, Hematuria, En caso de tratarse de un paciente femenino se preguntara sobre su menarca, ciclo menstrual amenorrea, dismenorrea, aborto, embarazo.

**Endócrino*: Poliuria, Polidipsia, Polifagia, Pérdida o aumento de peso sin razón aparente calos fríos.

**Hematopoyético*: Hemorragia, Epistaxis, Hematemesis, Petequias, Equimosis.

**Nervioso*: Cefaleas, Lipotimia, Vértigo, Temblor, Convulsiones, Parestesia. Los trastornos neurológicos afectan de un 20 al 30% a pacientes infectados con VIH lo cual constituye la sintomatología inicial, que es

debido a infecciones secundarias y neoplásicas como meningitis, demencia, retinopatía, mielopatía etc. En todo caso para confirmar un Dx se realizará un electroencefalograma y una tomografía axial.

**Tegumentario:* Cambio de color en piel, erupciones prurito, pérdida de pelo o vello, sequedad cutánea. El paciente con infección por el VIH puede presentar en sus etapas de linfadenopatía infecciones virales más comunes en piel debidas a herpes simplex, zoster, condiloma. Las infecciones micóticas más comunes en piel son la candidiasis, criptocosis y la histoplasmosis. Las infecciones bacterianas más comunes son foliculitis, celulitis, erisipela, forunculosis y abscesos. Los microorganismos más comunes son el estafilococo y el estreptococos. El sarcoma de kaposi constituye la neoplasia más común en la piel y las mucosas de los pacientes infectados por el VIH. Las lesiones iniciales consisten en pápulas muy pequeñas de color rojo violáceo que evolucionan a nódulos y lesiones que siguen las líneas de tensión de la piel. Su Dx es clínico y debe confirmarse con una biopsia excisional.

H) EXPLORACIÓN FÍSICA

1, *Datos generales* (peso y estatura). Signos vitales(temperatura, pulso, T/A, F/A)

2. *Inspección general:* Únicamente patologías de ; cabeza, ojos, nariz, oídos, cuello, tronco, extremidades.

3. *Exploración bucal*: Únicamente patologías de: Labios, carrillos, lengua, piso de boca, paladar duro y blando ATM, dientes, otros. En cuanto a la exploración física bucal deberá incluir la búsqueda de manifestaciones bucales que para mejor comprensión se han dividido en objetivos específicos más adelante.

I) AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Radiografías, Química sanguínea, General de orina, Prueba de ELISA-VIH, Biometría hemática, Coprocultivo, Citología exfoliativa, VDRL, Glucosa sanguínea y otros.

J) DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN

Observaciones

K) Es importante que al fin de nuestra historia clínica vaya especificado el nombre y la firma de conformidad de veracidad de lo datos aportados; a demas de nombre y firma del cirujano dentista

1.3 LESIONES BUCALES INESPECIFICAS.

Estas lesiones pueden aparecer en cualquier paciente fuera de una contaminación por VIH; ahora bien, en un seropositivo existen varias características que las convierten en sospechosas:

- A) Aparición repentina sin razón aparente
- B) Extensión y localizaciones múltiples

C) Recidiva resistencial al Tx clasico.

Adenopatía cervicofacial única o múltiple, que por lo regular son bilaterales.

D) Una zona bucal muy dolorosa

E) Lesiones aftoides difusas

La mucosa bucal con frecuencia presenta ulceraciones, las cuales a pesar de presentar un aspecto similar tienen una etiología diversa que varía desde una lesión traumática hasta una manifestación bucal infecciosa, dermatológica o neoplásica. La apariencia clínica varía en tamaño y frecuencia, como en duración y dolor, se presentan como úlceras recurrentes dolorosas y no se observan vesículas, lo que ayuda a diferenciarlas de las herpéticas, las menores son úlceras circunscritas menores de 10mm con un halo eritematoso. Las mayores tienen diámetro de más de 10mm de apariencia necrótica extremadamente dolorosa, se localizan en mucosa labial o bucal, lengua, paladar blando y orofaringe. Para el Dx de úlcera recurrentes se debe tomar frotis citológico, biopsia, y de ser posible el cultivo del virus para descartar una etiología infecciosa o neoplásica así como la presencia de VIH.

F) Candidiasis bucal

Se puede presentar clínicamente en diferentes formas: Pseudomembranosas, en forma eritematosa, en hiperplásica y como queilitis angular. La candidiasis eritematosa se observa como manchas rojas homogéneas o de apariencia puntiforme, encontrándose en paladar dorso de

la lengua y en la mucosa bucal, ésta puede ser la manifestación mas temprana de la infección por VIH así como el tipo mas frecuente de candida. La candida pseudomembranosa ocurre con mayor frecuencia en pacientes con SIDA, son depósitos de aspecto cremoso de color blanco amarillento sobre mucosa bucal, los cuales se despegan al rasparse quedando una superficie eritematosa o sangrante.

La variedad hiperplásica se localiza bilateralmente sobre la mucosa yugal es una placa blanca asintomatica que no se desprende al raspado. las queilitis angular es una lesión bilateral a nivel del angulo de la boca y comisura caracterizadas por un color rojo brillante acompañada de fisuras y ulceraciones que suelen ser dolorosas. el Dx clinico de la candidosis se debe confirmar con frotis citologicos.

G) Lesiones herpéticas

Agudas y recurrentes estas se presentan en el borde bermellon de los labios, como vesículas que se unen para formar lesiones más grandes. fácilmente las vesículas se rompen quedando úlceras en ocasiones de más de 3cm que pueden adquirir una apariencia irregular o crateriforme de bordes elevados. algunas pueden estar cubiertas por una pseudomembrana blanco grisácea y otras se observan con un área central roja, denudada y muy dolorosa. Se localizan especialmente en paladar mucosa labial y lengua. El método sencillo y confiable para confirmar el Dx clinico de éstas lesiones es el frotis citologico.

H) Chanero sífilítico

Es una pápula única de 0.5 a 2cm, de base indura, indolora y que rápidamente se erosiona. a la semana los ganglios linfáticos regionales aumentan de volumen son duros y móviles sobre los planos profundos. Este debe de diferenciarse del liquen plano pruriginoso y eritema polimorfo antes de nuestro diagnóstico presuntivo.

I) Inflamación de las glándulas salivales(parotiditis)

El aumento de volumen parotideo en pacientes seropositivos puede ser un signo clínico de diferentes procesos patológicos tales como el linfoma no-Hodgkin, el sarcoma de Kaposi, los tumores de glándulas salivales, los tumores metastásicos, la tuberculosis, así como la lipadenopatía asociada a VIH. Por lo tanto es necesario realizar una biopsia por aspiración y abierta, para confirmar el Diagnóstico.

J) Hemorragias buco gingivales espontáneas, púrpura y bullas hemorrágicas cuando existe trombopenia; éstas son características orales que han sido vistas en pocos casos, se describen como primer signo de una manifestación asociada con síntomas de VIH.

K). Caries generalizadas, que producen la rápida destrucción del conjunto de coronas dentales, y que se presentan principalmente en personas adictas a la heroína.

1.4 LESIONES BUCALES ESPECIFICAS

Este término agrupa todas aquellas manifestaciones bucales que parecen estar muy estrechamente relacionadas con la infección de VIH:

A) Leucoplasia pilosa

Generalmente se presenta en los bordes laterales de la lengua, el 70% de manera bilateral en forma de placa blanca que no se desprende al rasparse es de apariencia corrugada con pliegues finos, puede ser lisa y homogénea ocasionalmente se extiende a la parte ventral.

Para el diagnóstico diferencial de esta lesión se debe considerar otras manchas blancas bucales como el líquen plano, el nevo blanco esponjoso, la leucoplasia ideopática o relacionada con el tabaco, la queratosis friccional y sobre todo la candidiasis crónica hiperplásica, ya que éstas pueden adquirir una apariencia clínica e histológica similar a la de la leucoplasia vellosa.

Por lo tanto es recomendable indicar un antimicótico local para descartar la candidiasis hiperplásica. En caso de que la lesión persista se debe tomar una biopsia y enviar la muestra a un laboratorio de patología para la confirmación del diagnóstico ya que es importante porque se han reportado lesiones de leucoplasia vellosa en individuos no infectados por VIH.

B) Gingivitis ulceronecrosante aguda

El inicio es bien repentino e insidioso con sangramiento al cepillado, dolor y halitosis. Los síntomas pueden desaparecer gradualmente en tres o cuatro semanas pero la condición frecuentemente recurre. La encía aparece fuertemente roja e inflamada, y tanto el margen de la encía como el de las puntas de las papilas interdentes son el asiento de una necrosis amarilla grisácea que sangra fácilmente. La encía anterior es la más frecuentemente afectada. Parece que la GUNA en algunos pacientes con VIH, tiene un curso más bien destructivo llevando a una pérdida de tejido blando y duro así como, a la formación de sequestros, una vez instalada la infección en pacientes con VIH los tratamientos no presentan el resultado esperado y por lo tanto las recaídas son comunes.

C) Sarcoma de Kaposi.

Las lesiones bucales pueden ser solitarias o múltiples con una apariencia de mácula, pápula o nódulo, con o sin ulceración de color rojo azulado, violáceo o café pardusco, pueden ser únicas o en asociación con lesiones extraorales, ocasionalmente se presentan del mismo color de la mucosa bucal. La localización más frecuente es en el paladar, a nivel del primer molar superior. El segundo sitio es la encía, pudiendo aparecer también en la lengua y en la mucosa bucal, eventualmente puede localizarse en las glándulas salivales mayores. Es necesario el estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico clínico. En el diagnóstico diferencial deben considerarse las lesiones de tipo vascular como hematomas, equimosis,

hemangioma, linfangioma, tumores vasculares, y el granuloma periférico de células gigantes. Es importante descartar a la angiomatosis epitelial.

D) Tumefacciones de las amígdalas.

E) Carcinoma epidermoide.

O también llamado epiteloma espinocelular; el 50% de estas lesiones se observan en cara, el cual predomina en labio inferior, mejillas, pabellones y dorso de manos, aparece sobre una piel sana o sobre una piel dañada por luz solar con queratosis. Las lesiones clínicas son : Ulcerada, tumoral, vegetante o verrugosa y nodular queratósica, la biopsia excisional es definitiva.

* Todas estas manifestaciones sólo tienen un valor para nuestro diagnóstico presuntivo

CAPITULO II

PRUEBAS DE LABORATORIO

2.1 ¿QUIEN SE LAS DEBE HACER?

La prevención de la transmisión del VIH ya sea por sangre y sus productos, donaciones de tejidos y órganos y por riesgo ocupacional, se apoya en gran parte en la comunidad médica y científica para proporcionar la más moderna serie de pruebas de laboratorio y medidas de seguridad al dar atención a la salud. Los odontólogos estaremos a ser habituados para ser consejeros preventivos en decisiones de salud por tal motivo, recomendamos a nuestros pacientes del siguiente grupo de riesgo que se realicen las pruebas de detección de VIH.

De acuerdo con los centros de control de infección existen tres niveles de pruebas de diagnóstico de la infección por VIH, según el grado de voluntariedad

1) *Pruebas voluntarias* anónimas. Se llevan a cabo por iniciativa del individuo, y que proporcionan datos personales.

2) *Pruebas confidenciales*. Se llevan a cabo por iniciativa del individuo, que proporciona sus datos personales, los que son conservados en forma confidencial.

3) *Pruebas obligatorias*. Se llevan a cabo con fines de diagnóstico en individuos con sintomatología indicativa de SIDA.

4) *Indicaciones para realizar pruebas de detección* : Se recomienda realizar la prueba de tamizaje de los siguientes grupos.

- a) Personas con síntomas ,signos o infecciones relacionadas con el VIH.
- b) Parejas sexuales de personas seropositivas y de pacientes con SIDA comprobado o probable .
- c) Personas con alguna enfermedad de transmisión sexual.
- d) Personas que han recibido transfusiones sanguíneas en los últimos diez años .
- e) Personas con hemofilia
- f) Mujeres al inicio del embarazo o que han sufrido abortos .
- g) Personas que tienen hijos con SIDA o algún familiar que esté bajo su cuidado.
- h) Personas que practican la prostitución tanto hombres como mujeres .
- i) Toda persona que se considere asimismo como sujeto de riesgo.

2.2 *TIPOS DE EXAMENES*

La prueba puede hacerse mediante prescripción médica en todos los laboratorios de análisis clínicos. La prueba de detección se puede realizar en los centros de atención primaria y en las consultas externas de los hospitales ,además, los centros de enfermedades de transmisión sexual realizan la prueba de forma gratuita y confidencial. La presencia del virus VIH puede detectarse mediante una extracción de sangre. La prueba se realizará normalmente por métodos indirectos que ponen en evidencia los anticuerpos producidos por el organismo como una reacción a la presencia del virus y

con menos frecuencia por métodos directos que detectan el virus mismo como uno de sus componentes. Las pruebas más comúnmente utilizadas son :

A) ELISA

Existen distintas pruebas de laboratorio par detectar anticuerpos anti-VIH en la sangre del paciente. La mayoría de ellas se basan un tipo de estudio ELISA que significa estudio inmunoenzimático. Las pruebas de ELISA consisten en una serie de reacciones entre el antígeno viral y el anticuerpo del paciente cuyo producto final proporciona una reacción con color. Es positivo cuando se obtiene un nivel de color similar o mayor a uno preestablecido como positivo.

Originalmente, los primeros formatos de la técnica de ELISA contenía un antígeno viral poco purificado.

A éstos reactivos se les denominó de primera generación y presentaban un alto número de resultados falsos positivos (individuos no infectados por VIH, pero en quienes resultó positiva).

Posteriormente se desarrollaron los reactivos de segunda generación obteniendo antígenos virales por medio de ingeniería genética, lo cuales son más puros por lo cual mejora en forma muy considerable la calidad del diagnóstico.

Esta prueba está representada por una preparación de virus destruido, obtenido mediante cultivos tisulares. Los antígenos virales se fijan en una base sólida (bolsas de poliestireno).

La muestra a utilizar se incuba con los antígenos virales, si el suero contiene anticuerpos anti-VIH, estos se fijarán con los antígenos y un segundo anticuerpo (antiinmunoglobulina) de especificidad IgG. La reacción enzimática que se obtiene mediante la adición del sustrato de la enzima permite demostrar los complejos antígeno-anticuerpo.

La técnica de ELISA es rápida, los resultados se obtienen antes de tres horas, son económicas y permiten estudiar un gran número de muestras. Se requieren de 3 mm de sangre sin anticoagulante y no es necesario que el paciente esté en ayuno, pero debe abstenerse antes del estudio, de ingerir una comida copiosa o que contenga grasa. El estudio que posee anticuerpos contra el VIH se denomina seropositivo y el que no los posee, seronegativo.

El tiempo que toma para que un individuo se vuelva seropositivo a partir del contagio es de 2 a 12 semanas, pudiendo tardar de 6 a 12 meses. Este lapso se conoce como "Ventana" y su importancia radica en que el estudio practicado durante este momento resulta negativo, con las consecuencias consiguientes. En el momento en que el individuo se vuelve seropositivo se conoce como "Seroconversión".

Así como la técnica de ELISA, puede dar falsos positivos, también puede dar falsos negativos. Los falsos positivos pueden presentarse en pacientes con cirrosis, pacientes con trastornos autoinmunes, mujeres con embarazos múltiples y otros. Los falsos negativos pueden deberse a que el estudio se practica antes de que el individuo produzca anticuerpos durante la etapa de la ventana, o un posible defecto del reactivo o error técnico.

B) WESTERN BLOT.

El propósito de las pruebas confirmatorias es de diferenciar los falsos positivos de los verdaderamente infectados por el VIH. En el momento actual se cuenta con diversas pruebas confirmatorias: Inmunofluorescencia indirecta (IF), WB, Radioinmuno análisis (RIA), Radioinmunoprecipitación (RIPA), Cultivo de VIH y otras. La mas ampliamente utilizadas son las dos primeras. A diferencia de la prueba de ELISA, que da resultados positivos o negativos, la prueba WB proporciona un perfil de anticuerpos presentes en la muestra de sangre estudiada. Por ello se le considera como el indicador más confiable. Es una técnica de inmunotransferencia, dicha técnica se remonta de 1975, utiliza antígenos del VIH purificados y separados por electroforesis de este modo permite determinar si los anticuerpos detectados con ELISA son específicos de los antígenos del VIH o si se trata de una reacción cruzada con otro

componentes no virales, los antígenos utilizados son proteínas o glucoproteínas, de VIH.

Esta prueba presenta problemas tales como interpretación de resultados, diferencia de resultados entre diversos laboratorios y resultados falsos. Actualmente con el objeto de estandarizar la interpretación, se aceptan los siguientes criterios:

1) Resultado positivo.

Presencia de banda de anticuerpos, contra las proteínas virales(antígenos)

codificados por los tres genes principales .

2) Resultado negativo.

Ausencia de bandas

3) Resultado sospechoso:

Presencia de bandas de anticuerpos contra los antígenos virales, codificado por uno o dos de los genes principales o contra antígenos no virales, con fines de diagnóstico, el resultado sospechoso debe someterse a otra prueba confirmatoria o se repetirá el estudio semanas más tarde.

Actualmente se recomienda rechazar las donaciones de sangre de individuos seropositivos con la técnica de ELISA, aun cuando la prueba WB resulte negativa, muchos de estos serán positivos si se repite la prueba de WB semanas más tarde.

C) RADIOINMUNOPRECIPITACIÓN. (RIPA)

Es una prueba de investigación prolongada y costosa que utiliza radioisótopos que exige una gran experiencia para su interpretación. Se prepara un lisado celular a base de células infectadas por el VIH, éste lisado es rico en antígenos de envoltura relativamente intactos lo que permite definir diferencias antigénicas entre los retrovirus, especialmente humanos, y sirve como sustrato para la inmunoprecipitación y electroforesis posteriores.

El suero a analizar se pone en contacto con este lisado, y la reacción revela de forma más sensible que el Western Blot las glucoproteínas de envoltura de elevados pesos moleculares .

D) INMUNOFLUORESCENCIA

Es una técnica de confirmación eficaz en manos expertas, consiste en que el suero a analizar reaccione con células infectadas por VIH. Las fuentes de antígenos son células linfoides T, infectados crónicamente por el VIH o reinfectadas con regularidad que se depositan y se fijan en un porta objetos. Sin embargo éstos porta están escasamente difundidos comercialmente y su preparación a partir de cultivos de células infectadas es delicado. A un cuando las muestras positivas no planteen problemas de interpretación, ya que la fluorescencia de una elevada proporción de células es intensa, numerosos laboratorios prefieren no utilizar esta prueba dado que es necesario disponer de células sin infectar para absorber los sueros con reactividad inespecífica y la lectura posee una gran dosis de subjetividad.

E) TÉCNICA DE AGLUTINACIÓN.

Los reactivos están compuestos por bolsas de poliestireno con un diámetro comprendido entre 0.6 y 10 mm, o por hematíes humanos recubiertos con proteínas virales naturales o producidas por ingeniería genética. Cuando éstas partículas reaccionan con un suero positivo, aparece un red de aglutinación, ya que los anticuerpos séricos establecen uniones entre las bolsas.

Estas pruebas por su sencillez permiten examinar un gran número de muestras, este método puede adaptarse a las condiciones existentes en los países en vías de desarrollo y éstos reactivos proporcionan resultados absolutamente fiables.

2.3 *¿CUANDO SE DICE QUE UNA PERSONA ES SEROPOSITIVA?*

Un sólo resultado positivo de la prueba ELISA no es suficiente para definir a la persona como seropositivo; Son necesarias otras comprobaciones, como por ejemplo el Western Blot que es una prueba más específica y así eliminar toda posibilidad de error. Generalmente debe seguirse el siguiente protocolo: El primer examen se realiza tres semanas después de el posible contagio si es seropositivo, se realiza otro examen a los tres meses y otro a los seis meses y otro al año para dejar un margen de error nulo.

2.4 *¿QUE SIGNIFICA SER SEROPOSITIVO?*

Una persona seropositiva es aquella que no presenta SIDA si no que presenta la infección por VIH por lo tanto se considera portadora y puede transmitirlo por la sangre y las secreciones sexuales, como probablemente permanecerá afectado toda su vida esta persona debe de tomar precauciones para evitar contagio así como también nosotros para no contraer infección y así evitar la propagación del virus.

2.5 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La prueba de confirmación, por lo general la Western Blot, no se realiza si la prueba de detección de ELISA es negativa. Desde la perspectiva del uso de productos hematológicos, si el individuo en el cual es negativo ELISA no pertenece a ningún grupo con un comportamiento de riesgo respecto a la contaminación por VIH su sangre puede transfundirse al contrario, la negatividad de la prueba de detección en sujetos de riesgo no posee el mismo significado tranquilizador que en los individuos con riesgos reducidos.

Si la Western Blot o la inmunofluorescencia indirecta confirman la prueba ELISA, el sujeto está infectado por el VIH, y su sangre no debe utilizarse y debe ser objeto de un control médico regular.

A veces a pesar de que sea positiva ELISA la Western Blot es negativa no obstante, la sangre de este paciente no debe utilizarse para donaciones .

Probablemente no se trate de una infección por VIH, pero deberá efectuarse un control serológico y posteriormente el sujeto podrá ser reintegrado a la población de donadores de sangre.

Ahora bien el resultado de las pruebas Western Blot e inmunofluorescencia puede ser equivocada y no facilitar el conocimiento del estado exacto del paciente respecto a la infección por VIH; en este caso, es necesario repetir las pruebas de confirmación con una nueva muestra cada dos o tres meses.

Dadas las múltiples implicaciones relacionadas con el informe de un resultado positivo nuestra función se limita a remitir al paciente a un institución especializada en donde el resultado o informe será proporcionado al paciente por personal altamente capacitado , con el objeto de brindarle principalmente asesoría psicológica y médica así como de iniciar un programa de educación encaminado a modificar el comportamiento del individuo, en relación con aquellas prácticas que implican riesgo o probabilidad de progresar a SIDA y de transmitir la infección a otras personas , por ejemplo a nosotros como personal sanitario estaremos en contacto con los líquidos corporales como saliva y sangre de éstos pacientes por tal motivo debemos de extremar precauciones que serán mencionados en el capítulo siguiente. También cabe mencionar que muchos de los pacientes serán portadores y nosotros nunca nos percataremos si ellos no nos informan que están infectados o tal vez ni ellos lo sepan como por tal razón para nosotros todos los pacientes son de riesgo.

CAPITULO III

MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

3.1 *GENERALIDADES*

Debido a la dificultad que existe para reconocer clínicamente a los individuos infectados por VIH que se encuentran en la etapa asintomática, la manera más segura de evitar riesgos es de considerar a todos los pacientes como potencialmente contaminantes. Esto será particularmente importante a medida que la prevalencia de la infección por VIH aumente en la población que acude al dentista incrementando con ello el riesgo de una potencial exposición ocupacional al VIH. Es conveniente que durante la práctica de rutina todo el personal de odontología tome medidas destinadas a prevenir infecciones ocupacionales, incluida la infección por el VIH y el virus de la hepatitis B. A continuación se analizarán estas medidas.

3.2 *USO DE VESTIMENTA PROTECTORA Y TÉCNICA DE BARRERAS*

A) Para protección del personal y de los pacientes, siempre debe usarse guantes cuando se toca sangre, saliva o membranas mucosas y superficies contaminadas.

También deben usarse cuando se examinan lesiones bucales, al complementar los trabajos a un paciente debe lavarse las manos y volver a colocarse los guantes para empezar los procedimientos para otro paciente. El uso repetitivo de un par de guantes no es recomendable ya que tal vez el uso puede producir defectos en el material del guante lo cual disminuiría su valor como barrera efectiva.

B) También debe usarse máscara quirúrgica, cubreboca, lentes de protección o máscara plástica hasta el mentón cuando se trabaja con saliva, sangre y fluidos corporales tal y como es común en odontología.

C) Es necesario el uso de gorros desechables batas de laboratorio o uniformes cuando la vestimenta pueda mancharse con sangre u otros fluidos corporales, luego estas batas deben lavarse.

D) Debe usarse papel de aluminio o papel de plástico para cubrir superficies, por ejemplo manilla de lámparas o cabezales de los rayos X que puedan contaminarse con sangre y saliva que son difíciles o imposibles de desinfectar, esta cobertura debe quitarse cuando aún el personal esté enguantado, descartarlos y reemplazarlos por material limpio siempre que sea necesario para cada paciente .

e) Todos los procedimientos y manipulación del material potencialmente infectado debe hacerse cuidadosamente para minimizar la formación de gotas ,manchas y aerosoles ,siempre que sea posible debe de usarse dique de goma cuando se trabaja con alta velocidad.

3.3 LAVADO Y CUIDADO DE LAS MANOS

Las manos siempre deben lavarse entre paciente y paciente y luego de tocar objetos que pudieran estar contaminados por sangre o saliva de otros pacientes y antes de dejar el lugar operatorio. Para muchos procedimientos odontológicos de rutina, como exámenes y técnicas no quirúrgicas parece adecuado lavarse las manos con agua y jabón ya que esto removerá los microorganismos adquiridos directa o indirectamente a través del contacto con pacientes. Para los procedimientos quirúrgicos debe hacerse un cepillado quirúrgico antimicrobiano. Deben evitarse cuidadosamente los traumas de las manos durante los procedimientos odontológicos, sin embargo, cuando los guantes se rompen se cortan, o se pinchan, estos deben removerse de inmediato, se lavan de inmediato las manos, y se vuelven a colocar guantes nuevos antes de terminar el procedimiento dental. Los odontólogos que tengan lesiones exudativas o dermatitis deben abstenerse del cuidado directo del paciente y manejar el equipo dental hasta que su condición mejore.

Cuando se requiere de colocar alambre dentro de la boca del paciente, deberán protegerse los dedos con tela adhesiva antes de colocarse los guantes.

No llevar objetos a la boca(comer,beber,fumar,masticar chicle) no maquillarse ni almacenar alimentos en el área de trabajo del consultorio

3.4 USO Y CUIDADO DE INSTRUMENTOS AFILADOS Y AGUJAS

A) 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.

B) Los objetos afilados, agujas, bisturí e instrumentos afilados deben considerarse potencialmente infectante y deben manejarse con mucho cuidado para evitar traumas accidentales.

Las agujas deben ser desechables, así como guardarlas en recipientes rígidos e irrompibles en el mismo sitio donde se utilice o lo más cerca a posible.

Para prevenir los pinchazos las agujas desechables no deben de ser tapadas, dobladas o rotas; es necesario mover las agujas de la jeringa con la mano luego de su uso, dicha manipulación debe hacerse con sumo cuidado.

C) Cuando sea necesario inyectar varias veces a un mismo paciente, se debe de dejar la aguja sin su protector en un campo estéril, para ser utilizada y no tratar de colocar su protector, hasta que ya no se utilizada.

CAPITULO IV

INDICACIONES PARA LA ESTERILIZACIÓN O DESINFECCIÓN DE INSTRUMENTAL.

ESTERILIZACIÓN :

Es el proceso por el cual se destruye toda forma de vida microbiana incluyendo virus, bacterias, hongos y espóras.

DESINFECCIÓN :

Se entiende por desinfección la eliminación de las formas vegetativas de los microorganismos patógenos lo cual puede llevarse a cabo a diferentes niveles de actividad biocida. Esto último significa que existen sustancias desinfectantes que solamente son capaces de eliminar las formas vegetativas de ciertos patógenos ambientales o superficiales comunes, pero que no tienen efecto sobre virus o gérmenes resistentes como el virus de la hepatitis B o las micobacterias; a éstos productos se les considera de bajo nivel biocida, como los compuestos de amonio cuaternario, mientras que otras sustancias de mayor poder desinfectante, son clasificadas como de nivel intermedio cuando son capaces de inactivar a los mencionados microorganismos (compuestos clorados, yodóforos, fenoles) y de alto nivel cuando, además de éstos, son inactivadas las espóras bacterianas (como el gluteraldeído al 2% por 6 a 10 hrs.). Es importante considerar la clasificación del instrumental de acuerdo al grado de contaminación que sufre y a su uso, para establecer qué objetos se deben esterilizar y en cuales se puede utilizar un desinfectante de nivel alto o intermedio.

A) El instrumental que habitualmente penetra los tejidos blandos o hueso por ejemplo pinzas, bisturí, forcéps, limas para hueso, fresas quirúrgicas, etc. deben esterilizarse cada vez que sean utilizadas, en caso de no poder ser esterilizados deberán ser sometidos a desinfección.

B) El instrumental que generalmente penetra a los tejidos blandos o duros por ejemplo: Condensadores de amalgama e instrumentos plásticos pero que se ponen en contacto con tejidos orales deben ser esterilizados cada vez que sean utilizados, en caso de no poder ser esterilizados tendrán que ser sometidos a desinfección.

C) Toda la ropa contaminada deberá ser esterilizada por autoclave o por una desinfección química antes de desecharse o lavarse.

D) Desinfectadas todas las superficies de trabajo en forma rutinaria al terminar las actividades del día o cuando se contaminen con sangre u otros líquidos corporales

4.1 MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN O DESINFECCIÓN PARA EL INSTRUMENTAL

Antes de someterse a esterilización o desinfección el instrumental debe ser lavado cuidadosamente para quitarle todos los restos de sangre, saliva, moco, tejidos etc. El lavado puede ser realizado con agua y jabón o detergente. El personal responsable de limpieza del instrumental tendrá que utilizar guantes gruesos de hule. El instrumental de metal se esterilizará de manera rutinaria después de su uso. La esterilización se puede realizar por vapor a presión en autoclave, durante 20 minutos o por calor seco en un horno a 170 grados centigrados durante dos horas. La desinfección por ebullición por 20 minutos y si el instrumental es inmerso en compuestos químicos debe ser por 30 minutos.

4.2 CUIDADOS DE PIEZA DE MANO Y UNIDAD DENTAL

A) Es deseable la esterilización de rutina de las piezas de mano entre paciente y paciente; no obstante todas las piezas de mano pueden ser esterilizadas. La actual configuración física de estos aparatos no permite una desinfección de alto nivel tanto en las superficies internas como en las externas, por lo tanto, cuando se usa se debe complementar entre cada paciente las siguientes medidas: La pieza de mano debe de ser irrigada y luego cuidadosamente limpiada con un detergente y agua para remover el material adherido, posteriormente limpiada con un material, absorbente saturado con un germicida químico que sea desinfectante de hospital y que sea micobactericida, cuando sea usado en dilución

La solución de desinfectante debe permanecer en contacto con la pieza de mano, por el tiempo especificado por el fabricante. Los instrumentos para retirar sarro ultrasonicos y la jeringa triple deben ser tratados de manera similar. Luego de la desinfección cualquier residuo químico debe eliminarse con agua esteril

B) Debido a que las válvulas de retracción de agua, en las unidades dentales pueden aspirar material importante hacia la pieza de mano o a la línea de agua, se deben instalar válvulas chequeadoras para disminuir el riesgo de transferir este material infectante. Aunque no se conoce la magnitud de éste riesgo es prudente para las piezas de mano enfriadas por agua dejarlas correr y descargar agua en un contenedor durante 20 o 30 segundos. Esto se hace para dejar salir el material del paciente que pudo ser aspirado por la pieza o en la línea de agua. Generalmente hay evidencia que la comunicación de bacterias durante la noche puedan ser reducidas significativamente al permitir que las piezas de mano descarguen agua al empezar el trabajo diario.

4.3 MATERIAL ENVIADO AL LABORATORIO DENTAL

Todos los materiales y estructuras que hayan sido empleados en la boca deben ser lavados y si se puede desinfectados antes de ser manejados, o enviados al laboratorio dental..

Estos artículos también tendrán que ser lavados o desinfectados cuando regresen del laboratorio y ser colocados en la boca del paciente

4.4 DESCONTAMINACIÓN DE LA SUPERFICIE DEL MEDIO AMBIENTE

A) La superficie de trabajo, aparentemente no contaminadas deberán ser limpiadas en forma rutinaria al finalizar las labores del día, con hipoclorito de sodio en una proporción de 20ml al 5% en un litro de agua.

B) Las superficies contaminadas con moco, sangre, saliva, etc. deberán de limpiarse con hipoclorito de sodio inmediatamente después de su contaminación con la siguiente dilución 100ml de hipoclorito de sodio al 5% en un litro de agua, después de haber limpiado y desinfectado el área, se recomienda lavar con agua y jabón, se deberá usar guantes gruesos durante todo el proceso .

4.5 MANEJO DE BIOPSIA Y MUESTRA DE SANGRE Y SECRECIONES

La biopsia así como las muestras de sangre y las secreciones deberán colocarse en un recipiente hermético 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 una muestra de paciente infectado o con alguna actividad de alto riesgo, se deberá indicar en la etiqueta con mayúsculas el letrero de "potencialmente contaminante".

4.6 ELIMINACIÓN DE MATERIAL DE DESECHO

A) Todos los instrumentos punzocortantes usados deberán ser depositados en recipientes rígidos, se recomienda esterilizar o desinfectar y en dado caso lavar con agua y jabón dichos contenedores con todo y el material de desecho para poder ser eliminados sin que sean considerados como materiales altamente contaminantes .

B) La sangre y líquidos corporales de desperdicio deberán ser vertidos en el drenaje ; una vez vertidos en el drenaje se diluirá cloro para evitar algún tipo de infección o de contaminación en el drenaje mismo .

C) Otros desperdicios sólidos tales como gasa , algodón, hilo, sutura contaminada con sangre y saliva o líquidos corporales deberán depositarse en bolsas impermeables perfectamente bien cerradas con una etiqueta que tenga el siguiente letrero " Potencialmente Contaminante" esto deberá realizarse especialmente con pacientes infectados ya sea con VIH o con cualquier otra enfermedad infectante, o pacientes con actividades de alto riesgo.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN CASO DE QUE EL PERSONAL ODONTOLÓGICO SUFRA INOCULACIÓN ACCIDENTAL O CONTAMINACIÓN DE MUCOSAS O PIEL LESIONADA CON MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINANTE.

En dado caso en que el personal odontológico sufra inoculación accidental o contaminación de mucosas o piel con material potencialmente contaminante deberá realizar las siguientes acciones:

- 1) En caso de contaminación de mucosas por ejemplo en la salpicadura en un ojo o en la boca deberá lavarse el área con abundante agua. En caso de inoculación accidental o contaminación de piel lesionada de igual manera tendrá que lavarse con abundante agua y jabón y en caso de disponer con un antiséptico deberá ser empleado y se promoverá o se producirá un sangrado venoso por oclusión venosa local comprimiendo con los dedos de la mano en la zona afectada .

- 2) Deberá valorarse clínica y epidemiológicamente en caso de que la valoración sugiera infección por VIH se deberá de practicar pruebas de laboratorio para establecer si está o no infectado .

3) En caso de no estar infectado el paciente, o si éste rehusará a ser estudiado, deberá tomarse una muestra de sangre del personal del consultorio que sufrió el accidente con el objeto de valorar si en ese momento se encuentra o no infectado por el virus.

4) Si el resultado es negativo se deberá hacer otro exámen de laboratorio a las seis semanas después a los tres meses, después a los seis meses y posteriormente al año después del accidente, si alguno de los resultados subsecuentes saliera positivo se considerará entonces que ha ocurrido una transmisión debido al accidente

PINCHAZO ACCIDENTAL

*

LAVAR CON AGUA Y JABÓN

*

PRESIONAR LA HERIDA CON LOS DEDOS PARA PROVOCAR
SANGRADO

*

VACUNA CONTRA EL TETÁNOS SI ES NECESARIO

*

REALIZAR EXÁMEN DE VIH

*

RESULTADO NEGATIVO

RESULTADO POSITIVO

*

REALIZAR PRUEBAS CONFIRMATORIAS A LOS 3,6,MESES Y AL AÑO
DEL ACCIDENTE.

5) Durante el tiempo que se encuentra en observación, la persona que sufrió tendrá que tomar medidas para evitar una contaminación a otros pacientes o personal del consultorio por ejemplo utilizar condón durante el acto sexual, no compartir objetos potencialmente contaminados con sangre y abstenerse a su vez de cualquier donación ya sea de tejidos o sangre y poner el máximo empeño posible a su trabajo, con el objeto de evitar nuevos accidentes .

5.1 RIESGOS PARA EL PERSONAL ODONTOLÓGICO DE ADQUIRIR VIH DURANTE EL TRABAJO.

Diversos estudios han evaluado que el personal en un consultorio dental tienen un riesgo de adquirir la infección por VIH en su trabajo y el porcentaje va de 0 % al 0.11 % lo que es extraordinariamente bajo en comparación con otros mecanismos de transmisión. La infección por transfusión de sangre o de hemoderivados es del 70 % y por medio perinatal cerca del 50 % . El riesgo de adquirir una infección por el virus de hepatitis B y VIH después de haberse picado con una aguja o instrumento punzocortante es del 6 al 30% , en comparación con el VIH es del 0.2 al 0.7% .

5.2 RESPONSABILIDADES DE LOS SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS.

Cuando el odontólogo sienta una falta de destreza y experiencia o tiempo suficiente para atender un paciente afectado, deberá remitirlo a los lugares donde se les pueda proporcionar un adecuado servicio.

El odontólogo deberá tener un alto grado de conocimiento de los procesos infecciosos y de responsabilidad profesional para atender casos específicos de pacientes con VIH , hepatitis B y otras enfermedades infectantes .

Es menester que las instituciones de salud y las organizaciones dentales tomen cartas en el asunto para que estos individuos tengan un cuidado inicial y continuo; tendrán que establecer mecanismos de atención a estas personas a través del sector privado o en clínicas públicas donde se pueda remitir este tipo de pacientes.

Esto requerirá de esfuerzos unificados de las instituciones de salud, que deberán vigilar que los odontólogos, en programas de salud desarrollen sus actividades sin colocar a sus trabajadores y a los pacientes o sus familiares y a ellos mismos en riesgo de contraer enfermedades infecciosas que pueden ir de una simple gripe hasta una enfermedad lamentable y de consecuencia mortal.

Puede predecirse que la presión sobre los servicios de salud aumentará a medida que se incremente el número de casos de SIDA .

Por ello esos servicios deben estar organizados para promover la atención dental segura y eficaz a pacientes de riesgo. Cuando esto se logre, los pacientes podrán cumplir con su responsabilidad de informar y alertar al odontólogo de su estado de salud.

Mientras tanto las medidas preventivas para el control de la infección deben llevarse a cabo siempre, para que estos pacientes y otros no diagnosticados o portadores asintomáticos puedan ser atendidos sin riesgos de contaminación.

5.3 ASPECTOS BIOSICOLOGICOSOCIALES DEL SIDA

En el siguiente objetivo, tras llamar la atención, la contradicción que representan, por una parte, la complejidad e importancia de los aspectos psicosociales en la transmisión del VIH y, por otra, la tradicional falta de soporte económico e institucional que se presenta a la investigación sobre este tema, señalaremos algunos puntos especialmente críticos en los que sería necesario incrementar nuestro conocimiento y diseñar políticas claras de intervención. He aquí algunos de ellos:

1) La falta de atención que han merecido hasta el momento los tremendos problemas relacionados con la sexualidad y la reproducción a los que tienen que hacer frente millones de mujeres .

2) Los problemas a los que enfrentan las madres con niños seropositivos, a menudo incapaces de expresar abiertamente su necesidad de soporte emocional y de solicitar ayuda.

3) La importancia y necesidad del aconsejamiento y los problemas que suscita su aplicación .

4) La tendencia de los adolescentes a considerar que no se hallan en peligro, a pesar de practicar persistentemente comportamientos de riesgo .

5) La incidencia de los valores, normas, actitudes y creencias propias de cada grupo, o subgrupo cultural en la adopción de nuevos comportamientos .

6) La información defectuosa que poseen los jóvenes y la falta de verdadera educación sexual en los currículos escolares .

7) Debe instruirse al personal de asistencia sanitaria acerca de la transmisión del VIH y de la transmisión del mismo.

8) Hay que emprender programas de información y educación encaminados a la transmisión sexual del VIH.

9) Debe proporcionarse educación sobre preservativos, incluso la forma correcta de utilizarlos.

10) A las personas infectadas por el VIH se les debe motivar a que adopten medidas apropiadas para impedir la transmisión del virus a otras personas.

Brindar servicios de detección del VIH y de consejo a las personas más expuestas, instar al paciente a que remita a sus contactos sexuales a los servicios adecuados, informar a las embarazadas que estén infectadas por VIH sobre el gran riesgo que la infección supone para la salud de su hijo y facilitar información a todas las mujeres infectadas que estén en edad fértil y por lo tanto evitar embarazos y también tendrán que abstenerse por completo de relaciones sexuales. Tendrá que evitar donar sangre, plasma, semen, leche y órganos; en caso de requerir servicio dental informará al doctor sobre su estado de salud, para que el odontólogo tome sus precauciones al atenderlo y éste no tendrá que negar el servicio.

RESULTADOS

* Es imperativo que el personal odontológico esté vacunado contra el virus de la hepatitis B

* Todo paciente debe ser considerado como potencialmente infeccioso, por lo que los procedimientos de control de infección deben de adoptarse en todos los pacientes

* Siempre se deben obtener una historia clínica del paciente, dando especial énfasis a los antecedentes relativos a transfusiones, prácticas de alto riesgo y episodios de enfermedades infectocontagiosas .

* No se recomienda el uso continuo de un mismo par de guantes, a demás deberán ser removidos al ser perforados, por lo que se recomienda además el uso doble de guantes.

* Utilizar preferentemente instrumental y material desechable (agujas, eyectores).

* Todo material punzocortante se debe considerar como potencialmente infectante, por lo que ha de ser manejado y desechado cuidadosamente en contenedores especiales. No se debe intentar colocar directamente el protector de la aguja.

* No desinfectar cuando se pueda esterilizar.

* Se deben remover los restos de partículas orgánicas de los instrumentos antes de esterilizar o desinfectar.

* Antes de desinfectar cualquier superficie se debe limpiar.

CONCLUSIONES

Cuando hablamos de SIDA o que alguien tiene SIDA , antes eran personas desconocidas o de un lugar distante , pero ahora se habla de familiares, o personas conocidas e incluso vecinos , por lo tanto es un problema y una enfermedad que debemos enfrentar con responsabilidad y honestidad .

Nosotros como cirujanos dentistas lamentablemente no podemos confiar en nuestros pacientes al realizar la historia clínica ya que nos pueden mentir con respecto a su estado de salud, porque ellos también tienen miedo que nosotros no los queramos atender, y eso siempre se convertirá o ya es un círculo vicioso que hay que detener .

¿Cómo detenerlo? Nosotros pensamos que como trabajadores de la salud debemos abrirnos al dialogo con nuestros pacientes y tratar de convencerlos de que al mentirnos sólo traen como consecuencia la desconfianza para todos los pacientes debido a que también nosotros somos personas y tenemos miedo del contagio, aunque algunas personas incluso piensan que por ser el hecho de ser dentistas como inmunes a la caries, también piensan que por estudiar una rama médica también somos inmunes a infecciones o contagios pero no es así , también somos personas como ellos y también tenemos familia, por esa razón hay que hacer conciencia sobre nuestros actos profesionales e incluso hay que tener un respeto por nuestra profesión .

Pero también debemos tomar en cuenta que hay personas infectadas y no lo saben, por eso hay que ser concientes y atender los pacientes con cuidado y sobre todo con respeto y que no se sientan ofendidos sino protegidos . Al hacer que firme la historia clinica sirve para comprometerlos a que nos diga la verdad y también sirve para protegernos en caso de que nos mienta o nos quiera comprometer de alguna forma legal. Como ya habiamos dicho para brindarle la atención a cualquier persona debemos emplear las barreras protectoras para no correr ningún riesgo,; hay que emplear lentes protectores ,cubrebocas, guantes y se tiene que esterilizar el instrumental es decir cuidar los detalles de higiene para bien de todos y poder o crear o estar en armonía sin ninguna consecuencia lamentable, porque hay que recordar que después de una jornada de trabajo hay alguien en casa que nos está esperando.

BIBLIOGRAFIA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EL SIDA EN LA CAVIDAD BUCAL.

Grenspain,

1era edición 1990,

Ed. Actualidades médico-odontológicas.

EL ODONTOLOGO FRENTE AL SIDA

CONASIDA, Dr. Stanislaw Stanislowski,

1era edición 1991

Ed. Pangea

AIDS, ETIOLOGY, DIAGNOSIS, TREATMENT AND
PREVENTION.

Vincent D'Vita Jr, Samuel Hellman.

1ra edición, Philadelphia 1992,

Ed. Lippincott

DERMATOLOGIA, ATLAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Roberto Arenas,

1era edición 1990,

Ed. Mcgraw Hill

CROSS INFECCIÓN CONTROL IN DENTISTRY

P: R: Wood , Bcchd,

2da. edición 1993

Ed. Mosby year book.

MEDIDAS HIGIENICAS EN LA CLÍNICA DENTAL

Klaus Böbmann,

Edición 1993

Ed. DOYMA.

MANUAL DE SIDA, INFECCIÓN POR VIH.

Jill-Patrice Cassuto,

Edición 1992,

Ed. Masson.

COMPENDIO DE SIDA EN ODONTOLOGIA.

Tomo 2 1994-1995,

Edición española,

Ed. Actualidades Médico- Odontológicas de Latinoamérica.

FALTA PAGINA

No. 51 a la 53

FOTOGRAFIAS

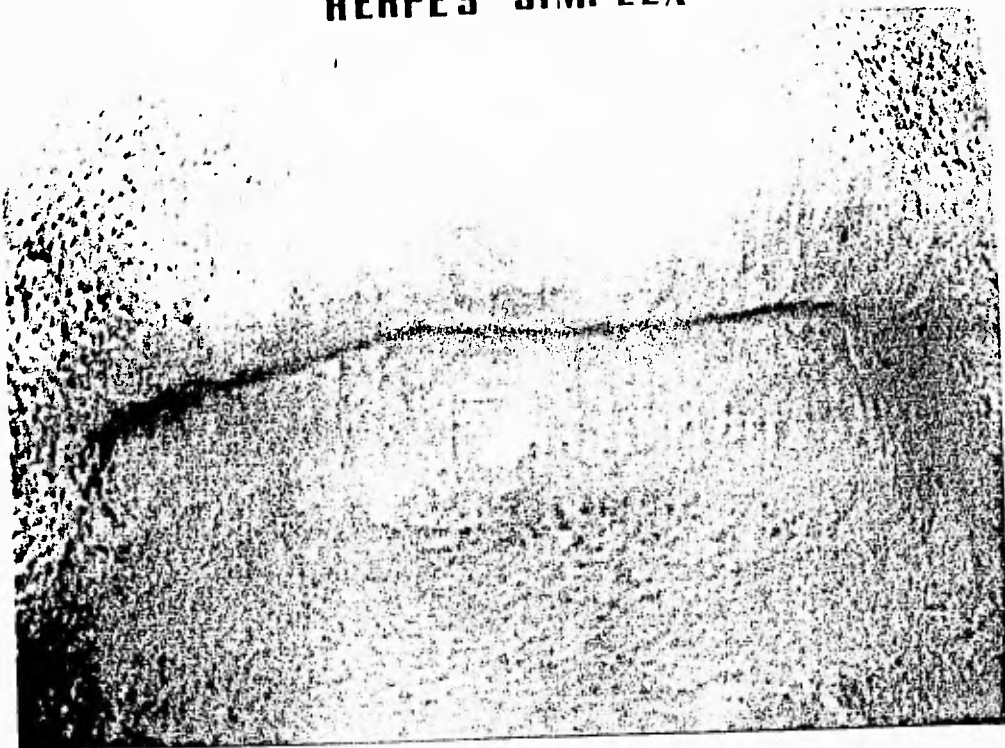
A

COLOR

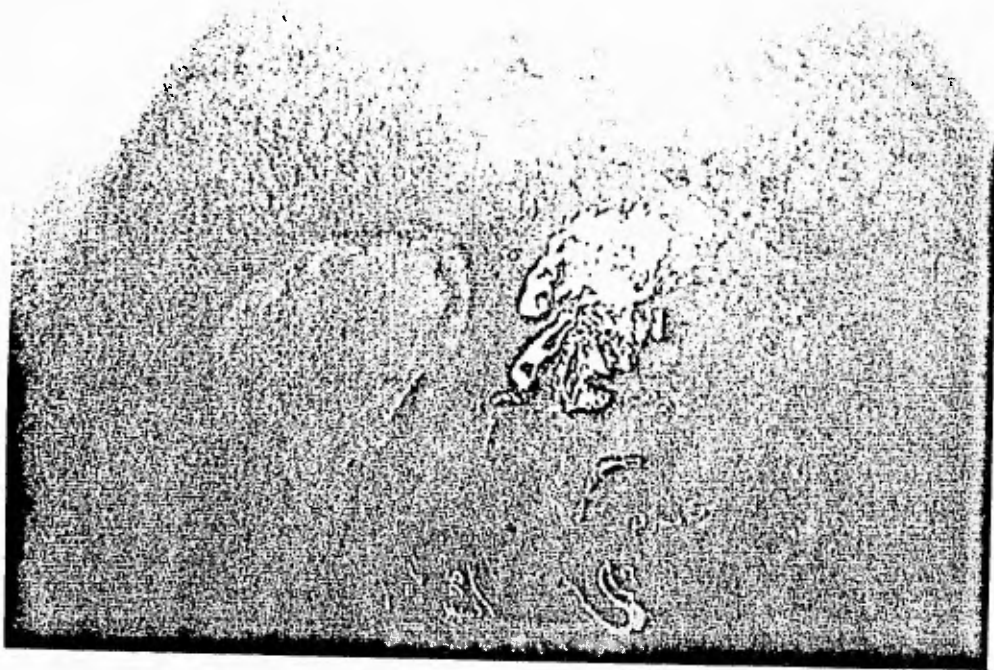
ZONA DOLOROSA



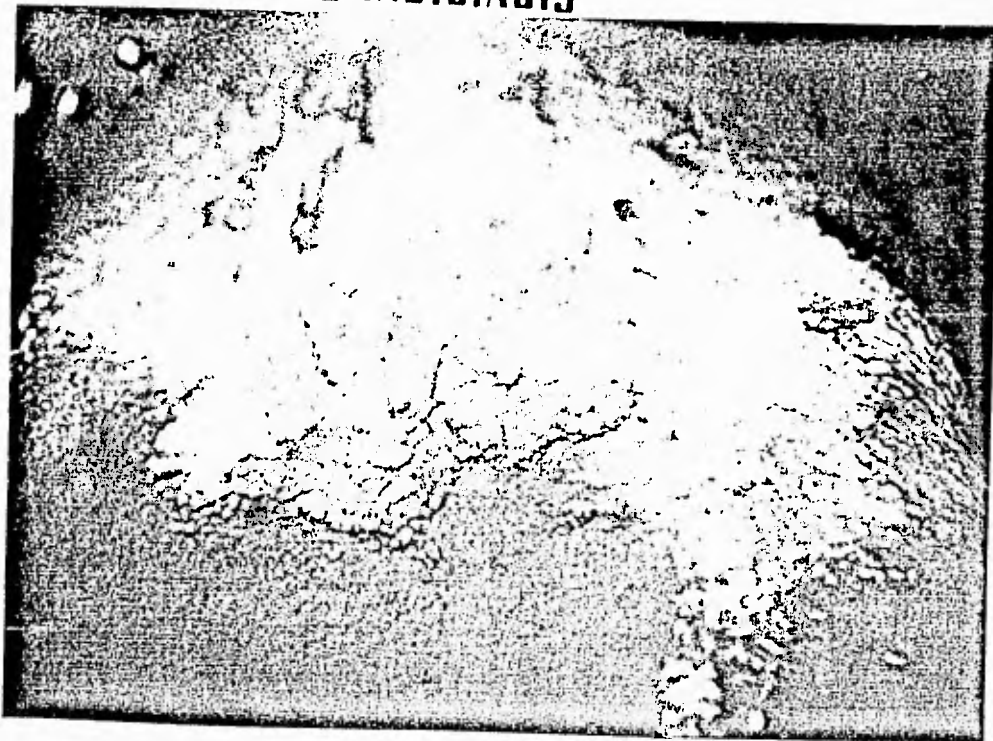
HERPES SIMPLEX



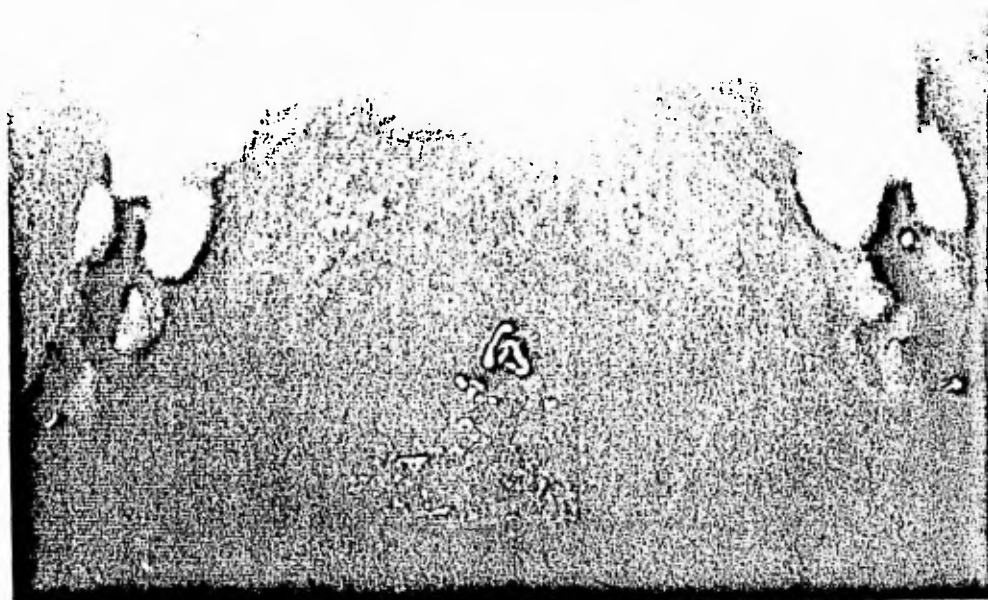
LESION AFTOSA



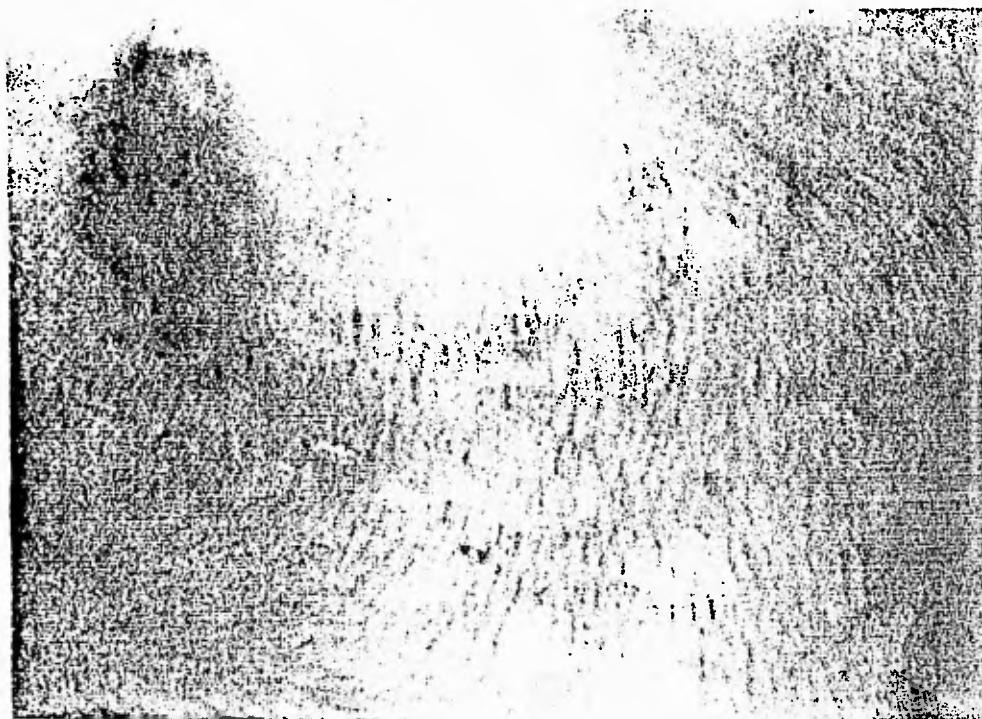
CANDIDIASIS



CANDIDA ERITEMATOSA



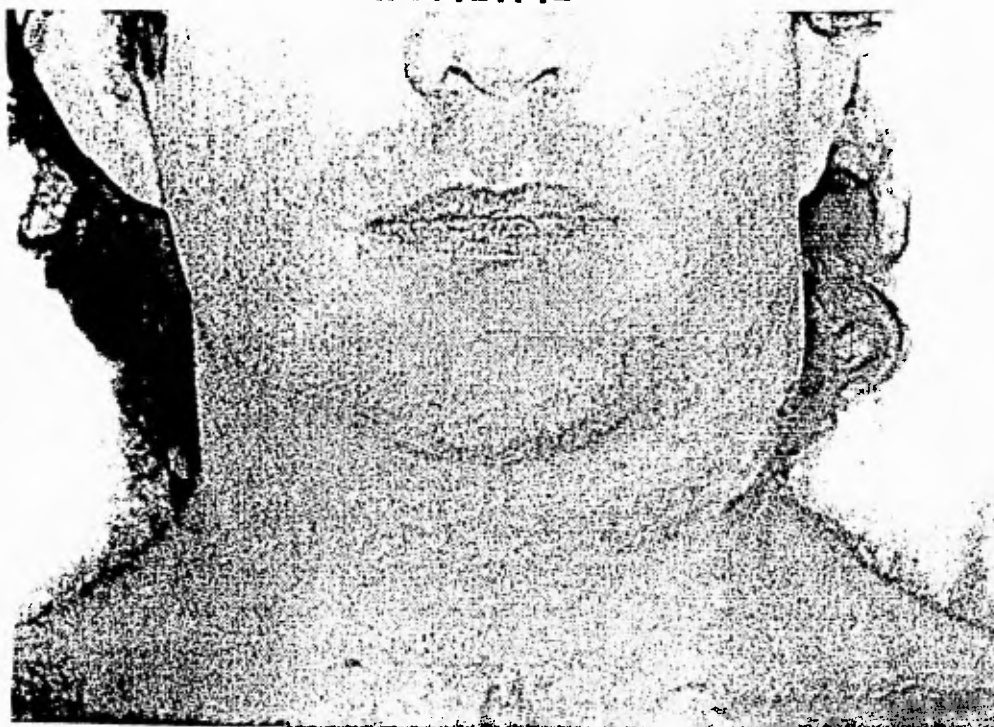
PURPURA



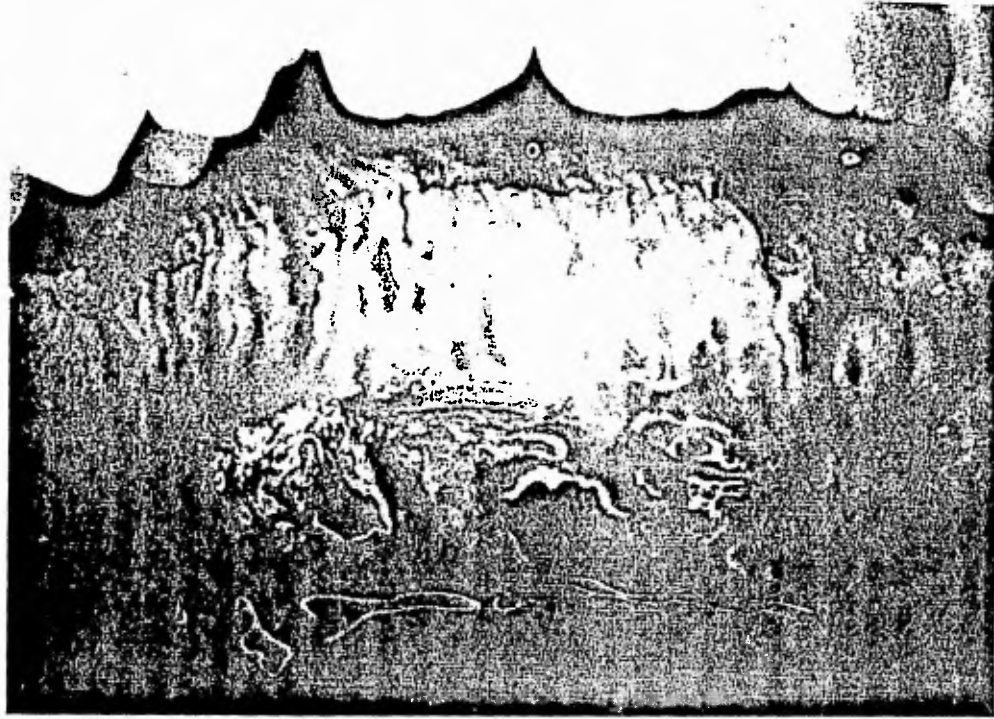
CHANCRO SIFILITICO



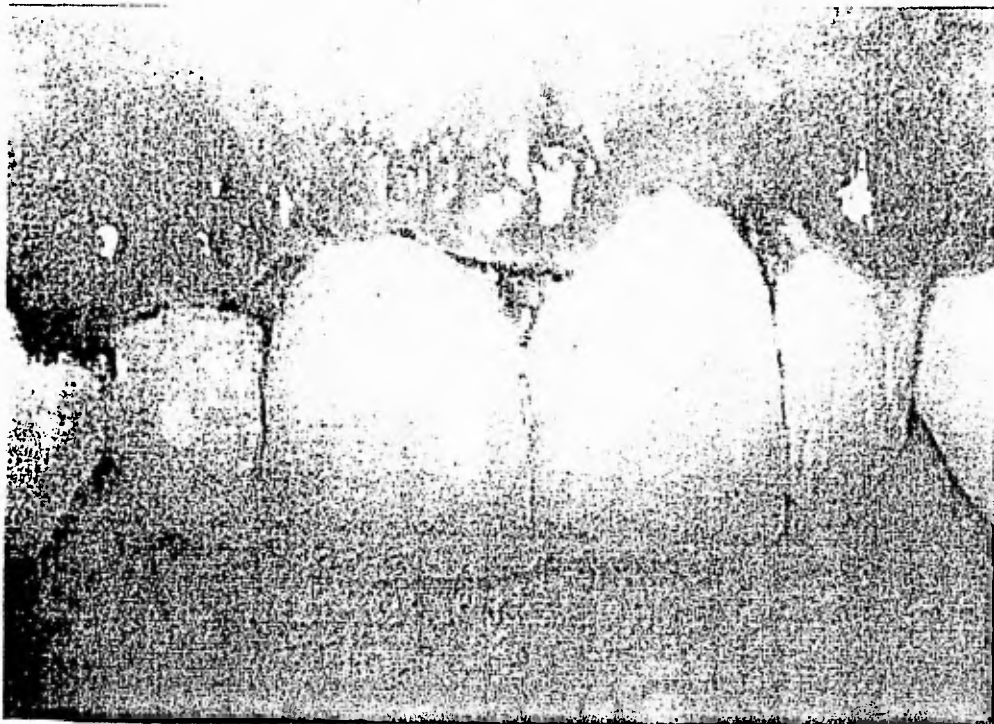
PAROTIDITIS



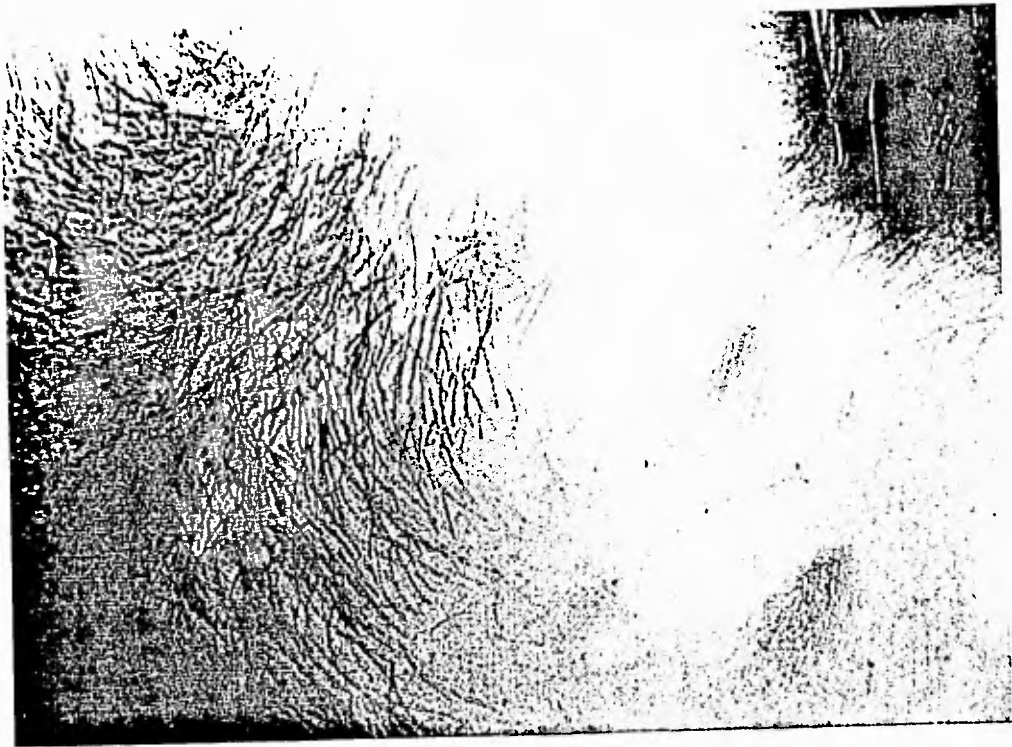
LEUCOPLASIA PILOSA



GUNA

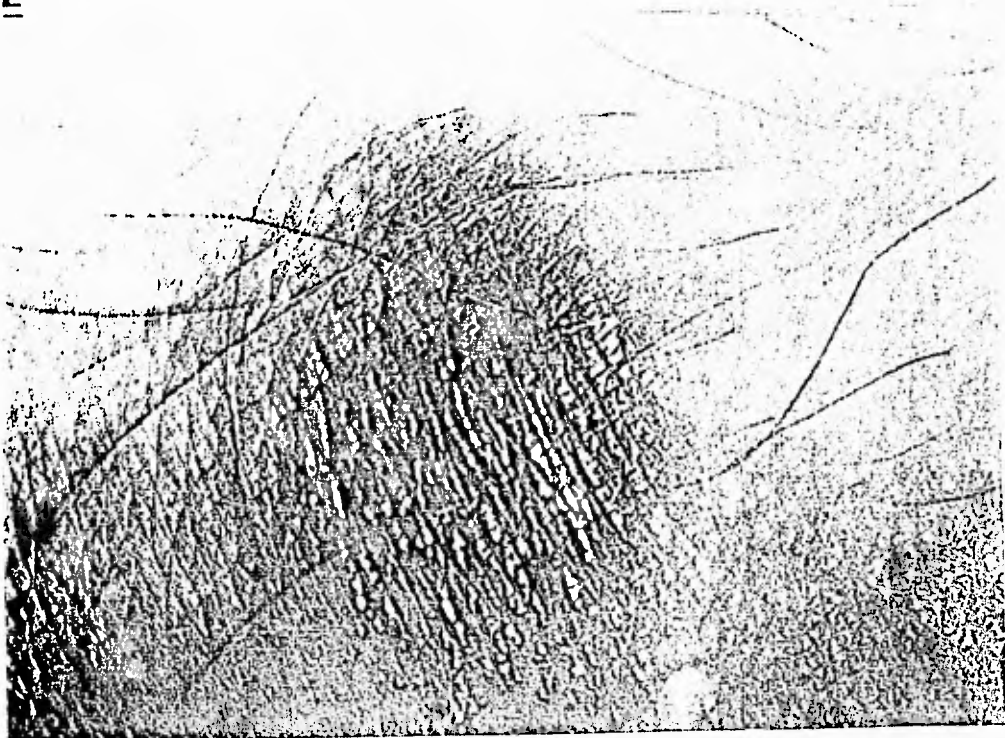


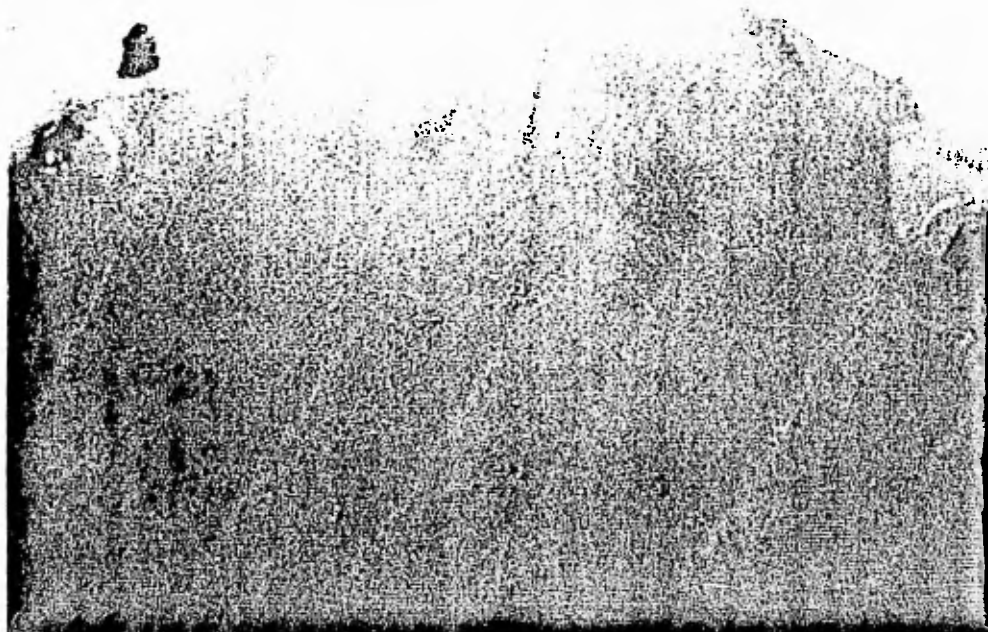
SARCOMA DE KAPOSI



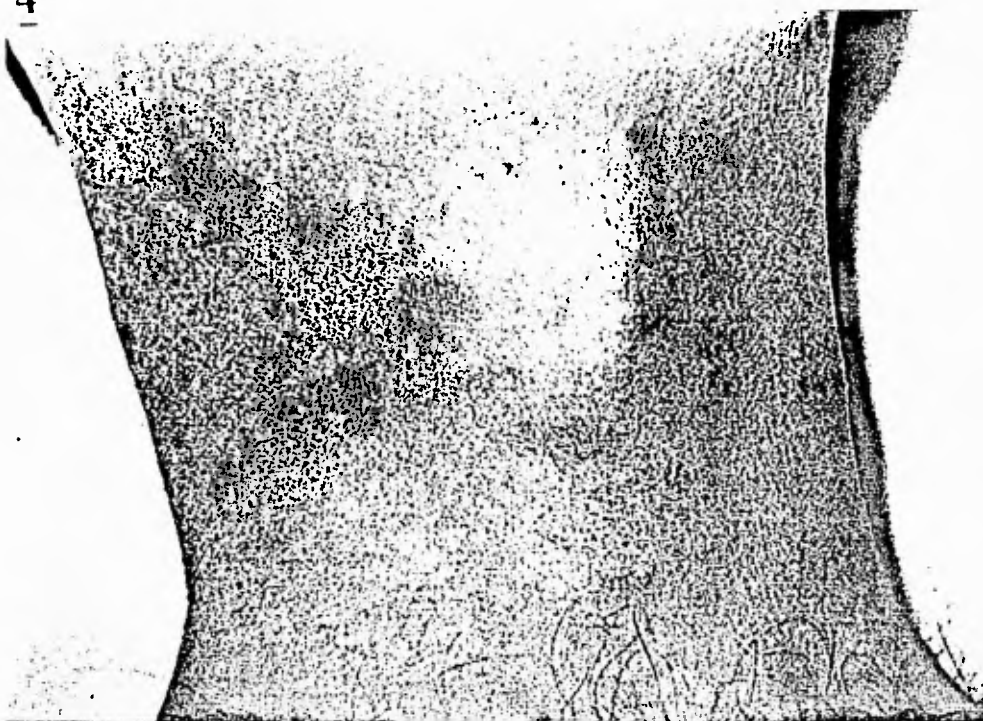
1

2



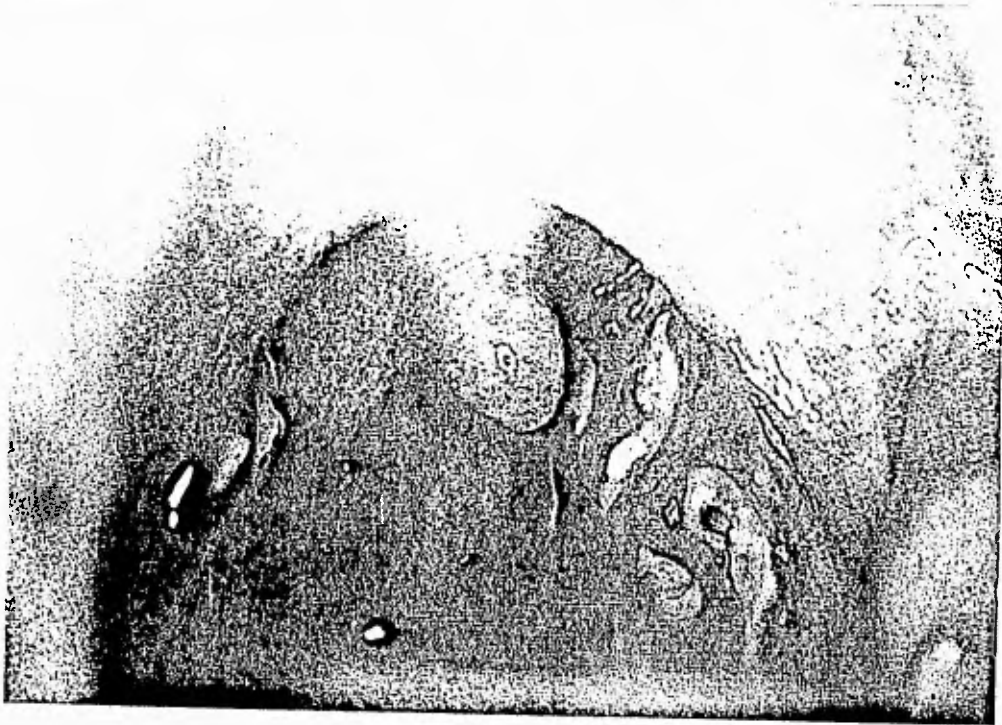


3

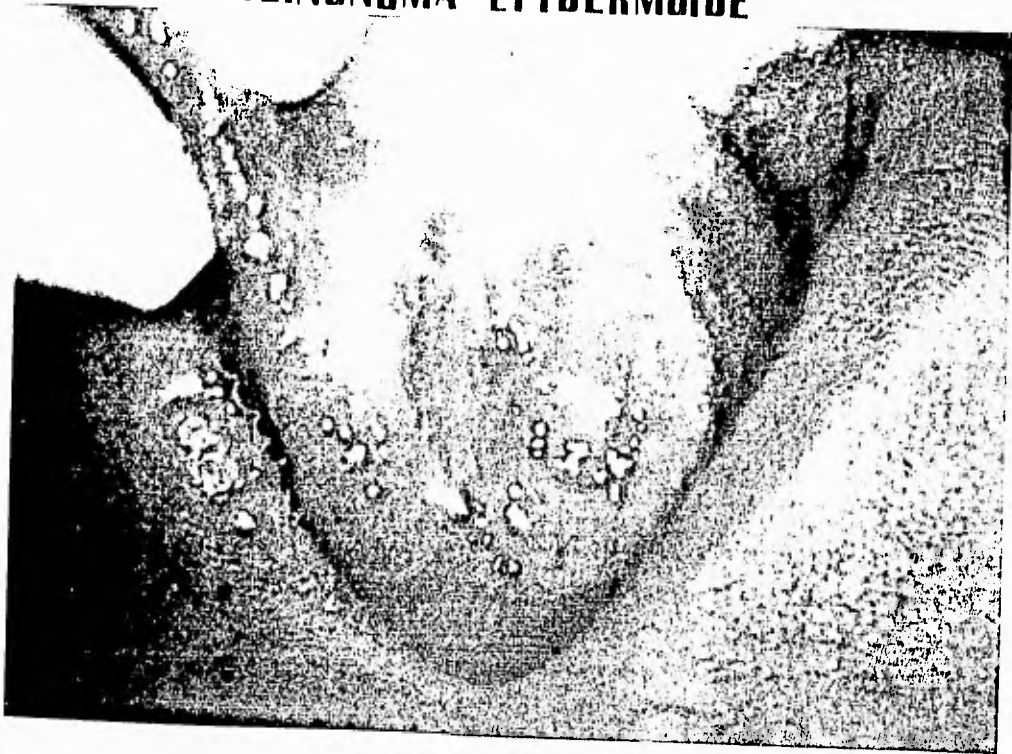


4

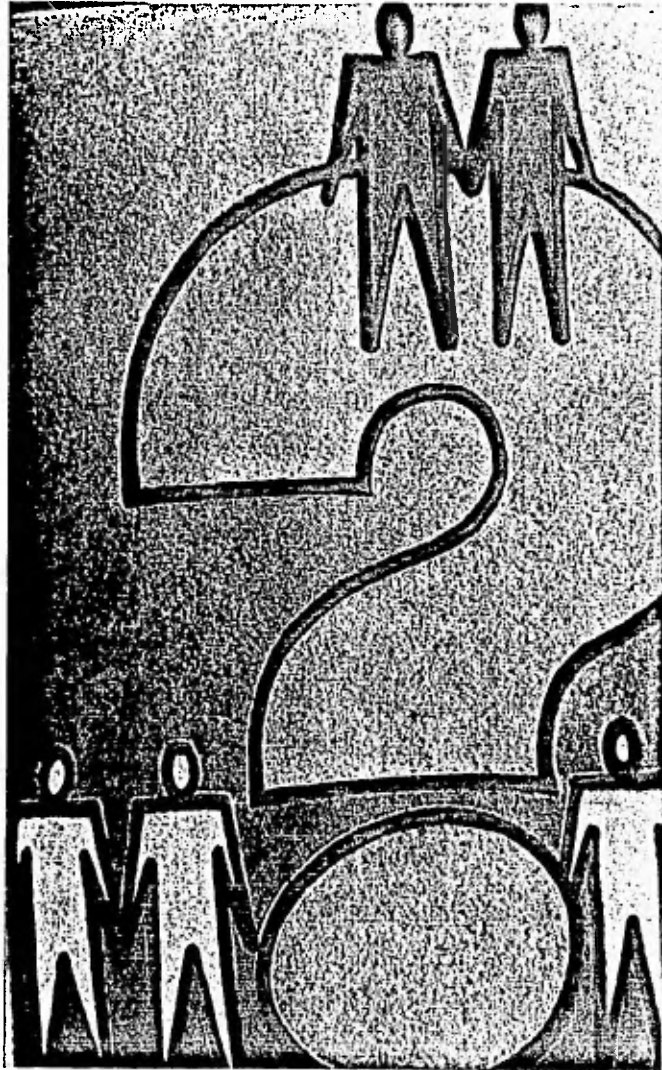
TUMEFACCIONES DE LAS AMIGDALAS



CARCINOMA EPIDERMÓIDE



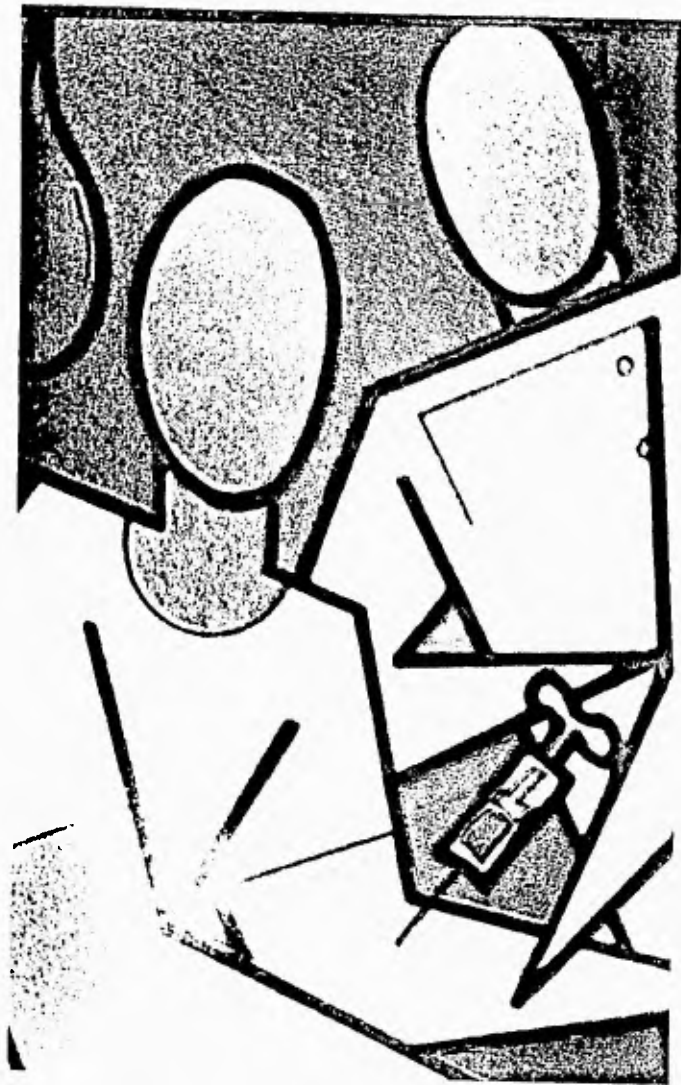
¿QUIENES SE HARAN LAS PRUEBAS?



GRUPOS DE RIESGO



DONACION DE SANGRE



PRUEBAS DE LABORATORIO



MEDIDAS PREVENTIVAS



NO HUNDIR LA PROFESION POR
FALTA DE CONOCIMIENTO, TEMOR
IGNORANCIA Y PREJUICIO.



C.O

