

384
243



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**MANEJO ODONTOLÓGICO DE
PACIENTES CON S.I.D.A.**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

MARIA DE LOURDES ROMERO RAMIREZ

Dirigió y Supervisó:

C.D. GRACIELA LLANAS Y CARBALLO



MEXICO, D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**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

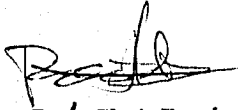
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

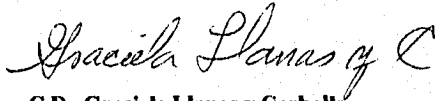
AUTORIZACIÓN

Responsable del área:



C.D. Rocío Gloria Fernández López

Dirigió y supervisó:



C.D. Graciela Llanas y Carballo

Miembros del jurado

Hijo mío

No olvides mis enseñanzas,
Conserva mis preceptos,
En tu corazón.
Que no te abandonen jamás
La bondad y la fidelidad;
Atátelas al cuello,
Escribelas en tu corazón,
Y hallaras fervor
Y buena opinión
Ante Dios y ante los hombres.

Proverbio 3:2,3,4

A: Mí Dios Padre

Por darme la oportunidad de tener vida, salud, familia y amigos.

Por estar siempre junto a mí, hoy que culmina la carrera, estas presente en mi corazón.

Te agradezco infinitamente el haberme guiado por este camino, así, de manera humilde te pido una bendición, y me des fortaleza en adelante

Señor eres mi vértice, a ti, mis pasos yo guiaré, lléname de tu amor para poder darlo a mis hermanos.

A m é n.

DEDICATORIA.

Con cariño y respeto dedico esta Tesina a mis padres: Eulogio y Leonila.

A mis hermanas: Lupis, Selma, Fanny, Jovis, Mary, y Susy, quienes me brindaron su valioso apoyo siempre y en todos los aspectos, no olvidando a mis sobrinos: Oscar, Cesar y Oswaldo. "Esto también es de ustedes".

A mis hermanos: Roy, Alex, Miguel, Juan, Alfonso, (esposas e hijos), Javier

A las personas que padecen esta enfermedad de cualquier índole, sean pacientes atendidos o marginados por la sociedad, a la gente que ha ayudado al descubrimiento de tratamientos paliativos en esta enfermedad, y los que siguen en la investigación incansable para la cura total del SIDA.

Les dedico este párrafo, por que sin ellas no se realizaria esta Tesina.

Pido humildemente que Dios, bendiga a mi familia, a los pacientes enfermos, a todas y cada una de las personas que estuvieron y están conmigo en todo este tiempo de mi vida.

GRACIAS,

AGRADECIMIENTOS

Agradezco gentilmente a la C.D. **Graciela Llanas y Carballo** por el tiempo dedicado a la orientación y lectura respecto al tema, por las sugerencias y opiniones para culminar esta tesina, a los doctores que colaboraron responsablemente en el área clínica, miembros del jurado, y en general a todos los profesores que compartieron sus conocimientos, de inicio a fin en esta carrera

Doy gracias por la colaboración de mis apreciables amigas: Lulú, Pily, Araceli que me brindan su amistad, y el apoyo que recibí de ellas en la realización de esta investigación. Sin olvidar a los compañeros de seminario, en especial a Lorena, Betzabé, Ivette, Mary, Ivonne, Gonzalo.

A: Olivia, Alberto, Gerardo, Fabián, Francisco, J. Antonio y respectivas familias, por la amistad que con ellos comparto.

A la Facultad de Odontología y UNAM, por haberme brindado el privilegio de ser una egresada más.

MIL GRACIAS.

Dichosos los pobres de espíritu
Porque de ellos es el reino de los Cielos
Dichosos los limpios de corazón
Porque ellos verán a Dios.

Mat. 5:1.,12

INTRODUCCIÓN

Una enfermedad que como se describe a través de este documento relativamente nueva (15 años de estudio) y que realmente ha sido estudiada y cabe señalar que hay mucha información para su conocimiento, ya que como es sabido esta enfermedad tiene muchas características en contra de la humanidad, pues no respeta sexo, edad, raza, credo, nivel social, además es potencialmente infecciosa, (en sus medios de transmisión) inmunodeprimente y letal.

Cuando la humanidad está en la última década del siglo XX y se cuenta con gran avance tecnológico en el área científica, ahora, cuando se pensaba haber ganado la batalla en enfermedades infecciosas aparece la pandemia mundial que ha suscitado una gama de reacciones a nivel médico, social y político SIDA. Este ha propiciado un arduo trabajo en el mundo de la investigación, en busca de medidas para contrarrestar sus efectos. A quince años de la detección del SIDA y con miles de pérdidas humanas. La ciencia no ha logrado encontrar una terapéutica efectiva para erradicar el problema por lo cual es necesario reforzar los aspectos preventivos que permitan disminuir el riesgo de contraer la infección.

DEFINICIÓN

S.I.D.A.: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA SECUNDARIO A LA INFECCIÓN CON EL VIH, QUE SE CARACTERIZA POR LA APARICIÓN DE INFECCIONES OPORTUNISTAS, PROCESOS MALIGNOS, LESIONES NEUROLÓGICAS Y MUCHOS OTROS SÍNDROMES.

INFECCIÓN CAUSADA POR UNO DE LOS DIVERSOS RETROVIRUS RELACIONADOS QUE SE INCORPORAN EN EL ADN DE LA CÉLULA DEL HUÉSPED, PRODUCIENDO UNA AMPLIA VARIEDAD DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS, QUE COMPRENDEN DESDE EL ESTADO DEL PORTADOR ASINTOMÁTICO HASTA UNA PATOLOGÍA DEBILITANTE GRAVE Y MORTAL.

OBJETIVOS

La meta de esta investigación documental nos permitirá:

Visualizar la importancia de la enfermedad para con los pacientes en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Ubicando el problema de esta pandemia al área odontológica.

Considerando necesario el conocimiento de esta enfermedad, para aplicar las medidas de control en infecciones para los C.D. y el personal que labora en hospitales, clínicas, consultorios o áreas de la salud.

Identificar las alteraciones más frecuentes a nivel bucal o generales en los pacientes con SIDA y en determinado momento trabajar en conjunto interdisciplinario para el tratamiento de los mismos.

Conocer y aprender las medidas necesarias o barreras de protección para evitar el contagio o transmisión del virus (SIDA Y Hepatitis)

Estar seguros nosotros mismos que si contamos con áreas e instrumental esterilizable, que pueden desinfectarse siguiendo las medidas optimas en más del 90%, no tenemos porque transmitir o adquirir enfermedades virales. (hepatitis B y S.I.D.A.)

CAPITULO I

ETIOLOGIA.

Los primeros reportes en 1981 fueron rápidamente seguidos por un número de estudios que reconocen al SIDA como entidad clínica, única que muestra inmunosupresión, infecciones oportunistas y neoplasias.

La identificación de los hombres homosexuales como grupo de alto riesgo de SIDA (En 1981 se presentaron alteraciones físicas, en 5 homosexuales jóvenes, aparentemente sanos) y la evidencia acumulativa para la difusión del SIDA y por un agente transmisible llevó a investigar una etiología viral entre los virus comúnmente vistos entre los homosexuales. Estos incluyen virus de la hepatitis B, virus de Epstein Barr y el Citomegalovirus.

Se sospechó como una causa o factor del SIDA a los agentes químicos. Sin embargo, la inmunosupresión causada por el virus de la leucemia felina en gatos y por el Visnavirus en ovejas llamó la atención hacia los retrovirus como posible agente causante del SIDA.

El tiempo "real" de evolución de un organismo vivo, como los virus, puede medirse con relativa exactitud calculando el índice de mutación genética en las diferentes especies. En vista de que los retrovirus poseen un índice de evolución, un millón de veces más rápido que los organismos constituidos por ADN, se ha calculado su tiempo (el más antiguo que se conoce procede de Zaire y data de 1959) en diversas regiones del mundo (Zaire , Estados Unidos, Francia etc.) y se han comparado con los obtenidos del VIH-2 descubierto en 1986. Con base en esto es posible concluir que tanto el VIH-1 como el VIH-2 se originaron en el continente africano hace no menos de 40 años y no más de 100 .

El retrovirus aislado por 3 laboratorios distintos, que recibió inicialmente los nombres de virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV III), virus asociado a la linfadenopatía (LAV) y retrovirus asociado al SIDA (ARV), en la actualidad se denomina virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se han identificado 2 virus estrechamente relacionados, el VIH-1 y el VIH-2, como causantes del SIDA en distintas regiones geográficas. El primero es responsable de la mayoría de los casos de SIDA observados en el hemisferio occidental, Europa y África central, meridional y oriental, mientras que el VIH-2 (al parecer menos virulento que el VIH-1) es el principal agente del SIDA detectado en África occidental. Sin embargo, en algunas regiones de África Occidental coexisten ambos tipos de virus.

Los retrovirus causan enfermedades tanto malignas como no malignas. La expresión de los genes víricos de algunos retrovirus puede ser oncogénica, convirtiendo así la célula infectada en una célula cancerosa, o bien tener otros efectos patológicos que alteran la función normal de esta o, la matan.

PATOGENESIS DE LA INFECCIÓN CON VIH - 1

El periodo de tiempo desde la infección con el virus hasta el desarrollo de los síntomas clínicos no es bien conocido; puede variar de unas pocas semanas hasta siete años. La información más válida se derivó del SIDA asociado a las transfusiones. El intervalo medio entre el recibimiento de la transfusión de sangre y el diagnóstico del SIDA es de 29 meses en adultos y 14 meses en niños. En otro estudio, la media del tiempo de incubación ha sido estimado en 4 a 5 años. El virus infecta primariamente a las células T ayudantes, por lo que estas disminuyen. Los individuos pueden experimentar síntomas clínicos como los usualmente vistos en una infección viral aguda (fiebre, sudación, malestar, nódulos linfáticos agrandados, erupciones del tronco maculo eritomasas, etc.). Adicionalmente a la disminución en el número de células ayudantes, ocurre un gran número de alteraciones funcionales de los linfocitos: Esta inmunosupresión puede subsecuentemente llevar a infecciones oportunistas, las cuales llegan a ser letales.

Posteriormente a la infección del VIH-1, el individuo forma anticuerpos en contra del virus (se vuelve seropositivo). En las infecciones virales distintas al SIDA, la información de alerta al organismo es usualmente seguida por la formación de anticuerpos neutralizantes que protegen al organismo en contra de sucesivos ataques del mismo virus. El paciente se ha vuelto inmune. En el SIDA, no obstante, los anticuerpos no son necesariamente neutralizantes y no son capaces de inactivar el virus. El virus puede ser cultivado de pacientes con anticuerpos al VIH-1, por lo tanto, la prueba para detectar anticuerpos es usada para detectar pacientes que tengan infección con VIH-1

La infección con VIH-1 no siempre ocasiona los efectos patológicos descritos arriba. En algunos individuos sólo unas cuantas manifestaciones de enfermedad clínica e inmunológica van a ocurrir, y en una alta proporción de individuos infectados hasta el momento no ha ocurrido enfermedad clínica. La explicación para existencia de suero positivos sanos puede ser que la infección con el virus este latente en células T ayudantes y que algunos mecanismos prevengan al virus de lanzar sus efectos biológicos dañinos.

Aunque inicialmente se creyó que el VIH-1 era selectivo para T4 célula linfotrópica, se mostró, que el virus es también neutrópico por lo

que infecta a monocitos y macrófagos. La infección de las células neurales puede ser la causa de los síntomas neurológicos asociados en el SIDA.

¿ Donde se encuentra el virus ? El virus ha sido aislado de los linfocitos en la sangre periférica, células del hueso medular, en el plasma libre de células, saliva, semen, orina, leche materna, lágrimas, saliva (en estas dos ultimas secreciones, el virus se encuentra en mínima cantidad por lo que las investigaciones refieren que, para contagiarse por estos medios se necesita una cantidad muy considerable de estas), se encuentra también en secreción vaginal, nódulos linfáticos, fluido espinal y tejido de cerebro de pacientes con infección.

CAPITULO II

MANEJO INICIAL DE PACIENTES CON S.I.D.A.

Reacciones psicosociales de personas con S.I.D.A. El efecto psicológico de los pacientes ha sido descrito como una reacción de ajuste en que el estrés es lo suficientemente grave para ser catastrófico. Las catástrofes generalmente producen estrés que se divide en tres estadios: crisis, estadio de transición y estadio de aceptación:

Las reacciones emocionales del paciente infectado o con diagnóstico de SIDA siguen este patrón agregándose un cuarto estadio: La preparación para la muerte.

Crisis inicial. Los estudios en los pacientes con enfermedades terminales han demostrado una respuesta aguda de negación alternando con periodos de intensa ansiedad. Esta negación puede ser tan completa que el paciente puede llegar a desarrollar una actitud de indiferencia. Los pacientes pueden sentirse abrumados por sus emociones e incluso pueden llegar a presentar comportamientos que pongan en peligro su vida. En este estadio las reacciones emocionales usuales del SIDA incluyen choque, negación culpabilidad, temor enojo y tristeza.

Una de las complicaciones más grandes del SIDA es el impacto en las reacciones de apoyo. El médico debe referir a estos pacientes a ayuda especializada. El terapeuta debe entonces averiguar (en aquellos casos de contagio por relaciones homosexuales o bisexuales), si la familia está al tanto de la homosexualidad del paciente o la acepta. El fuerte estigma social asociado con el SIDA afecta de una manera brutal no solo a los pacientes y a sus compañeros o compañeras sexuales, sino a toda la familia, a compañeros de trabajo y a comunidades enteras.

Los pacientes en estados de crisis tienen dificultad para retener información y pueden distorsionar lo que se les dice referente a su enfermedad. Es vital su referencia a servicios de apoyo, asesoramiento y orientación y, en los casos en que sea factible, a tratamiento psicoterapéutico localizado.

Desde su visita inicial hasta la obtención del resultado de la prueba el paciente tiene que recibir asesoramiento y apoyo psicológico, y debe proporcionársele información sobre medidas preventivas para evitar el contagio.

Estadio de transición. A aquellos pacientes cuyos resultados hayan sido positivos se les refiere para que reciban apoyo psicológico o de grupo individual, al igual que a su pareja, además de instruírseles en medidas para evitar que infecten a otras personas.

El estado transicional empieza con sentimientos alternados de enojo, culpabilidad, autocompasión. Este es un estadio de autodevaluación y melancolía.

Este periodo se caracteriza por estrés y confusión. Los rechazos sociales son evidentes y agravan la situación. Al ocurrir cambios en la autoestima, la identidad y los valores, además de distanciamiento y represión, se pueden presentar intentos de suicidio. Sin embargo, a pesar de que estos peligros, o debido a ellos, los pacientes se muestran accesibles a intervenciones psicosociales en este periodo. También puede ocurrir distanciamiento grave, una reacción peligrosa de aislamiento en la cual los pacientes rehusan afrontar la enfermedad y rechazan amigos, familiares y médicos. Algunos pueden manifestar su enojo continuando con comportamiento sexual promiscuo poniendo en peligro la vida de otros, así como la de ellos mismos. En algunos países se ha notificado situaciones de estrés adicional cuando el paciente pierde su empleo, su sustento económico y hasta el hogar. Consecuentemente estos pacientes pueden exhibir temor y depresión en lugar de enojo.

Las personas en estadio de transición necesitan formar nuevos valores. Generalmente es difícil reestructurar las relaciones alteradas de sus seres queridos y con sus familiares.

La participación en un grupo social, el esesoramiento individual y la asistencia a un grupo de apoyo puede ayudar a los pacientes a

sentirse cómodos al hablar sobre el SIDA, y les permitirá sentirse más adaptados a sus propias reacciones. Es importante señalar que una de las características del grupo terapéutico debe ser la homogeneidad, es decir que los pacientes infectados recién enterados de su coindición no deberán recibir terapia con aquellos que se encuentren en estadios más avanzados de la enfermedad.

Estadio de aceptación. La formación de una nueva identidad estable ocurre al llegar a la etapa de aceptación. Los pacientes aprenden a aceptar las limitaciones que el SIDA les impone, pero también se percatan de que aún pueden manejar sus vidas reaccionando a la enfermedad con mayor razonamiento que emoción.

Estos pacientes examinan las fuentes de dolor y placer, reexaminan el valor del coraje, la determinación, el afecto y el cariño hacia otros, y logran aprender la calidad de tiempo en sus vidas. Algunos pacientes incluso pueden abocarse a la espiritualidad en busca de esperanza y desahogo.

Ciertos pacientes encuentran satisfacción en actividades comunitarias y altruistas involucrándose en proyectos y metas previamente ignoradas. Otros se vuelven más responsables de su propia salud, algunas veces experimentan con dietas "macrobióticas" prácticas de meditación, etc.

Medidas para la prevención de la infección por el VIH en la práctica odontológica. Durante la práctica odontológica, tanto los

pacientes como el personal de salud pueden exponerse en forma repetida a una amplia variedad de microorganismos, los primeros pueden hacerlo a través del material y del instrumental mientras que el personal de odontología puede hacerlo por el contacto con dichos pacientes y sus productos biológicos (potencialmente infectantes).

El personal de odontología debe conocer y llevar a cabo un número de precauciones destinadas a brindar mayor seguridad en el trabajo al evitar inoculaciones accidentales y contaminación de piel y mucosas. La principal causa de contagio por parte del personal de salud la constituyen los accidentes de trabajo debidos a:

- 1) Condiciones inseguras de trabajo.
- 2) Actos inseguros derivados de las acciones propias del trabajador, generalmente por:
 - a) actitudes de incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo establecidos como seguros;
 - b) carencia de hábitos de seguridad en el trabajo;
 - c) atavismos y creencias erróneas acerca de los accidentes;

d) irresponsabilidad;

e) fatiga;

f) disminución por cualquier motivo de la habilidad en el trabajo.

Para reducir al mínimo las posibilidades de infección, el personal deberá poner especial cuidado en el manejo del equipo, instrumental y equipos biológicos que pudieran ocasionar infección. Evitar los accidentes de trabajo es una responsabilidad que deben compartir todos los miembros del equipo de trabajo en la práctica odontológica.

CAPITULO III

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN EN ODONTOLOGÍA.

Este trabajo va encaminado a la orientación del odontólogo (estomatólogo) en la aplicación de las medidas de control de infección, las cuales se deberán de adecuar a cada tipo de práctica profesional y al contexto que lo rodea.

La prevención y el control de la infección en la práctica estomatológica son aspectos que cada día reciben mayor atención por parte de la profesión dental debido, entre otras razones, a que tanto el estomatólogo como el personal auxiliar y de laboratorio dental se encuentran frecuentemente en contacto con pacientes y materiales potencialmente portadores de numerosos agentes infecciosos. Las enfermedades transmisibles de mayor importancia en estomatología son las siguientes.

Hepatitis Viral (A, B, C, D, E)

Infección por HIV- 1.

Infección herpes simple.

Tuberculosis.

Sífilis.

Gonorrea.

Faringitis aguda (viral o bacteriana)

Mononucleosis infecciosa.

Influenza.

Rubéola.

Uno de los agentes infecciosos que presenta mayor riesgo de transmisión al personal de la salud es el virus de la Hepatitis B (BHV), el cual, además de poseer una capacidad infectante, sobrevive por tiempo considerable a temperatura ambiente. Por estas razones, las medidas de desinfección que son eficaces para su inactivación se consideran recomendables para el resto de microorganismos patógenos de mayor importancia para el personal dental.

A pesar de que el HIV-I 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 dilución de 1:10, alcohol, peróxido de hidrógeno y calor (60° C por 10 minutos).

A diferencia del VHB el cual tiene mayor habilidad de sobrevivir en el medio ambiente, se conserva viable por 15 años a -20°C, 6 meses a temperatura ambiente, 4 horas a 60°C y un minuto en ebullición. El VHB se encuentra en mayor número en un ml de sangre (100 millones de

virus), por lo que con una punción accidental con aguja de un paciente con VHB el riesgo de contraer la infección es de 6 a 30 %, en contraste, el riesgo con el HIV-I, es menor al 1%.

Sin medidas de protección adecuadas, el personal dental (estomatológico, asistente, técnico dental y estudiantes) se enfrenta a un constante riesgo ocupacional de infección a partir de gérmenes bucales y agentes infecciosos de enfermedades sistémicas alojados en la cavidad bucal de sus pacientes. Intraoralmente la mayor concentración del virus de la Hepatitis B se encuentra en el surco gingival, por lo que existe un riesgo de contraer Hepatitis B tanto para la higienista dental como para el cirujano dentista.

Para prevenir una enfermedad transmisible, es importante identificarla por medio de la historia clínica, la cual debe contener preguntas que permitan detectar enfermedades previas, tipo de medicamentos empleados, linfadenopatía, pérdida de peso no intencional, historia de hepatitis y de lesiones orales. En caso de antecedentes positivos es necesario efectuar una interconsulta con el médico responsable o realizar los exámenes complementarios del caso.

Es recomendable la exploración de cabeza y cuello, así como el examen sistemático y minucioso de la mucosa bucal, para identificar así las manifestaciones bucales asociadas a alguna enfermedad infecciosa como las mencionadas anteriormente.

CAPITULO IV

MANIFESTACIONES BUCALES ASOCIADAS A LA INFECCIÓN POR VIH-1 Y SU TRATAMIENTO.

En la infección por el HIV-1 las alteraciones bucales pueden representar una manifestación del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o ser el primer signo clínico de inmunosupresión. Si bien no se ha precisado el tiempo que transcurre entre la infección inicial con HIV-1 y la aparición de manifestaciones bucales, éstas no solo se han observado en pacientes con SIDA sino también durante los estadios tempranos, o sea en pacientes asintomáticos o con linfadenopatía generalizada persistente.

Considerando que los individuos infectados con el HIV-1 frecuentemente presentan alteraciones bucales asociadas a ésta infección, el estomatólogo debe ser capaz de reconocer, diagnosticar y tratar convenientemente éstas manifestaciones, para evitar complicaciones que puedan repercutir en el mayor deterioro físico de éstos pacientes y mejorar así su calidad de vida. Por ejemplo, el tratamiento temprano de la candidiasis eritematosa puede prevenir el desarrollo a la forma pseudomembranosa. También se debe considerar que la candidiasis bucal sugiere la presencia de candidiasis esofágica. De igual manera, el manejo adecuado de las úlceras bucales, las cuales

generalmente impiden comer a los enfermos, redundará en un mejor estado general de las personas afectadas.

La importancia de las manifestaciones bucales reside en que algunas de ellas como la candidiasis y la leucoplasia vellosa pueden ser signos predictores del desarrollo de SIDA en individuos seropositivos.

Actualmente se conocen mas de 40 diferentes alteraciones en la boca y en la región submaxilar asociadas con la infección por el HIV-1 las cuales se agrupan en tres categorías de acuerdo al grado de asociación con dicha infección. El grupo 1 consiste en aquellas lesiones frecuentemente asociadas; el grupo 2 en las moderadamente relacionadas y el grupo 3 contempla a las posiblemente asociadas con la infección.

LESIONES BUCALES FRECUENTEMENTE ASOCIADAS AL HIV-1.

Candidiasis bucal. Se puede presentar clínicamente en diferentes formas: como variedad pseudomembranosa, en forma eritematosa, hiperplásica y como queilitis angular. La candidiasis eritematosa se observa como manchas rojas homogéneas o de apariencia untiforme de la mucosa oral, encontrándose la mayoría de las veces en el paladar, en el dorso de la lengua y en la mucosa bucal. La lengua puede adquirir una apariencia lisa, con áreas despapiladas. La variedad

eritematosa puede ser la manifestación más temprana de la infección así como el tipo más frecuente de candidiasis.

En contraste, la candidiasis pseudomembranosa que ocurre con mayor frecuencia en pacientes con SIDA, se presenta como depósitos de aspecto cremoso de color blanco amarillento sobre cualquier parte de la mucosa, los cuales se despegan al rasparse, quedando una superficie eritematosa o sangrante. La variedad hiperplásica en pacientes seropositivos se localiza bilateralmente sobre la mucosa yugal, la diferencia de los pacientes seronegativos en quienes se observa principalmente en el área retrocomisural. Esta lesión se describe como una placa blanca asintomática que no se despega al rasparse.

La queilitis angular es una lesión generalmente bilateral a nivel del ángulo de la boca y comisuras, caracterizada por un color rojo brillante acompañada por fisuras y ulceraciones que suelen ser dolorosas. La mayor parte de los casos están asociados con *Cándida Albicans*.

El diagnóstico clínico de la candidiasis bucal se debe confirmar con frotis citológicos teñidos con hidróxido de potasio, ácido peryódico de Schiff (PAS).

Tratamiento. Tópico en caso de candidiasis pseudomembranosa, eritematosa y crónica hiperplásica puede involucrar el uso de nistatina en crema, suspensión o en óvulos vaginales por vía oral, ya que el contacto prolongado con la mucosa bucal hace efectiva ésta presentación. En fases agudas se recomienda dichos óvulos (100,000 unidades) 4 veces al día por 1-2 semanas; posteriormente 3 veces al día por otras 2 semanas y finalmente 1 ó 2 óvulos como terapia de mantenimiento. El clotrimazole en óvulos vaginales (100 mg) 3 veces al día por una semana y el miconazol en gel u óvulos vaginales (100 mg) son otras opciones de tratamiento local. Los enjuagues con clorhidrato de clorhexidina también pueden ser beneficiosos.

Para la queilitis angular se aconsejan cremas que contengan nistatina una vez al día, o clotrimazole en crema al 1% 3-4 veces al día. Los agentes sistémicos más utilizados, son el Ketoconazol (200-400 mg diarios), el itraconazol (100 mg diarios) y el fluconazol (50 mg diarios).

Considerando la persistencia y la recurrencia de la candidiasis bucal se debe valorar su combinación con antimicóticos locales, como alternativa que puede significar una menor dosis o una duración menor del uso antimicótico sistémico.

Leucoplasia vellosa Se presenta en los bordes laterales de la lengua, y el 70 % de manera bilateral en forma de placa blanca que no se desprende al rasparse; es de apariencia corrugada con pliegues finos, pue-

de ser lisa y homogénea; ocasionalmente se extiende a la parte ventral. Se han reportado casos de leucoplasia vellosa en el paladar blando, en el piso de boca en la región amigdalina, en las áreas retromolares y en la mucosa faríngea.

Para el diagnóstico diferencial de ésta lesión se deben considerar otras manchas blancas bucales como el liquen plano el nevo blanco esponjoso, la leucoplasia idiopática 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 leucoplasia vellosa, debido a las características macro y microscópicas del borde lateral de la lengua.

Por lo tanto es recomendable indicar un antimicótico local para descartar a la candidiasis hiperplásica, ya que la falta de respuesta a éste es un criterio confiable para el diagnóstico clínico de leucoplasia vellosa. En caso de que la lesión persista se debe tomar una biopsia. En los casos en los cuales el grupo de riesgo o el estado de HIV-1 es desconocido, es recomendable enviar la muestra a un laboratorio de patología para la confirmación del diagnóstico mediante la demostración del virus de Epstein Barr (VEB) ya sea por inmunohistoquímica, técnicas de hibridación IN SITU, o microscopía electrónica. Lo anterior es importante ya que se han reportado lesiones clínicas, es histológicamente

similar a la leucoplasia vellosa en individuos no infectados. En estas lesiones no se han demostrado la presencia del (VEB).

Tratamiento. La leucoplasia vellosa generalmente es asintomática y no requiere tratamiento. Sin embargo, se ha observado remisión de ésta lesión en pacientes que han recibido acyclovir, desiclovir o zidovudina.

ENFERMEDAD PERIODONTAL RELACIONADA AL HIV-1

Características clínicas. La gingivitis relacionada al HIV-1 (G-HIV) se presenta como una banda de color rojo brillante a lo largo de la encía marginal que puede estar acompañado de un eritema difuso o uniforme de encía insertada y alveolar. Si bien muestra tendencia al sangrado no existe ulceración, bolsas parodontales o pérdida de la unión periodontal, así como la destrucción ósea. El dolor suele ser intenso, sangrado espontáneo pero no hay formación de bolsas parodontales profundas. La gingivitis ulceronecrosante relacionada al HIV-1 presenta ulceración, necrosis y o destrucción de las papilas interdentes de forma localizada o generalizada y cubiertas por una membrana de fibrina gris amarillenta. Puede haber dolor, hemorragia gingival y halitosis.

La enfermedad periodontal por HIV-1 difiere de la convencional en que no responde adecuadamente al tratamiento de rutina y su presentación clínica es súbita y severa.

Tratamiento. Es idóneo acompañar el raspado y alisado radicular con la irrigación de una solución yodada como la yodopolividona al 8-10%. Incluyendo enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0.12 % 2 veces al día. En casos severos se recomienda el metronidazol (250 mg) cada 6 horas durante 4 ó 5 días. Como terapia de sostén el paciente deberá mantener una buena higiene oral utilizando una técnica de cepillado apropiada.

SARCOMA DE KAPOSI BUCAL.

Características clínicas . Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples con una apariencia de mácula, pápula o nódulo, con o sin ulceración de color rojo o 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 premolar superior. El segundo sitio es la encía, pudiendo aparecer en la lengua y en la mucosa bucal, eventualmente puede localizarse en las glándulas salivales mayores. En el diagnóstico diferencial deben considerarse las lesiones

de tipo vascular como hematomas, equimosis, linfangioma, tumores vasculares y lesiones reactivas como el granuloma piógeno y el granuloma piógeno de células gigantes. Es importante descartar a la angiomatosis epitelióide.

Tratamiento. El tratamiento paliativo de las lesiones bucales de sarcoma de Kaposi solo es necesario en caso de dolor, sangrado, disfagia, o por razones cosméticas. El primer paso consiste en mejorar la higiene bucal y tratar toda la infección secundaria como pueden ser la candidiasis. El tratamiento local puede incluir radiación regional y vinblastina intralesional. La cirugía es útil en caso de lesiones exofíticas y puede complementar a la quimio y radioterapia en el manejo global de esta neoplasia. La quimioterapia sistémica se recomienda para los casos de sarcoma de Kaposi diseminado o de rápida progresión. Se ha reportado regresión de sarcoma de Kaposi bucal en un paciente que recibía zidovudina.

LINFOMA NO - HODGKIN.

Características clínicas . Se puede presentar como una masa exofítica pedunculada o como un aumento de volumen firme, asintomático, del mismo color de la mucosa bucal o bien rojo púrpura. La lesión puede estar ulcerada y ser de rápido crecimiento. Si bien muestra

una predilección del paladar y el proceso alveolar, también se ha observado en la encía, en la lengua y en las glándulas salivales mayores

Cuando la lesión es única puede mostrar la apariencia de una infección de origen dentario. En caso de estar ulcerada se debe pensar en el diagnóstico diferencial a las úlceras infecciosas o atípicas; si se tiene un color violáceo se debe considerar al sarcoma de Kaposi bucal. El diagnóstico debe considerarse siempre con una biopsia.

Tratamiento. Generalmente los linfomas no-Hodgkin en la boca son de alto grado de malignidad, muy agresivos y con respuesta favorable a la quimio y radioterapia.

LESIONES MODERADAMENTE ASOCIADAS AL HIV-1

Ulceración atípica. La mucosa bucal con frecuencia presenta ulceraciones, las cuales a pesar de presentar un aspecto similar, tienen una etiología diversa que varía desde lesiones traumáticas hasta manifestaciones bucales de enfermedades infecciosas, dermatológicas o neoplásicas. Por lo tanto es muy importante establecer el diagnóstico diferencial entre ellas.

En este rubro se incluyen las úlceras bucales de etiología inespecífica, en las cuales no se identifica un agente etiológico infeccio-

so o neoplásico, si bien se desconoce la causa de estas úlceras, se ha mencionado un defecto local de la inmunidad celular y/o humoral.

Características clínicas. La apariencia clínica es semejante a la de las úlceras recurrentes menores, mayores y herpetiformes, pero en este tipo de pacientes adquieren características de mayor severidad, tanto en tamaño y frecuencia, como en duración y dolor, que en pacientes seronegativos. Los 3 tipos se presentan como úlceras recurrentes, dolorosas y no se observan vesículas previas, lo que ayuda a diferenciarlas de las herpéticas. Las menores son úlceras bien circunscritas, pequeñas (menos de 10 mm de diámetro), con un halo eritematoso. Las mayores exhiben gran tamaño (más de 10 mm de diámetro), de apariencia necrótica y extremadamente dolorosas; se encuentran 1 a 10 y se localizan en la mucosa labial y bucal, en la lengua, en el paladar blando y en los pilares anteriores de la orofaringe, pueden persistir por meses y generalmente dejan cicatriz. Las herpetiformes se presentan como pequeñas úlceras (1 a 3 mm), en número de 1-100.

Para el diagnóstico de úlceras recurrentes se debe tomar frotis citológico, biopsia y des ser posible cultivo del virus, para descartar una etiología infecciosa o neoplásica. Lo anterior es importante, ya que en pacientes infectados por HIV-1 se han observado ulceraciones asociadas al herpes virus tipo 1 y 2, citomegalovirus, *Cryptococcus neoformans*,

histo-plasma capsulatum, tuberculosis, sífilis y de origen neoplásico como el linfoma.

Tratamiento. En úlceras pequeñas y únicas se indica un esteroide tópico como flucinonide, hemisuccinato de hidrocortisona o acetónido de trimcinolona seis veces al día por una semana. La aplicación local con una gasa o enjuagues con tetraciclina (125 mg por 5 ml) cuatro veces al día, seguidos de un esteroide tópico ha resultado beneficioso en algunos casos. Para las úlceras mayores crónicas se recomienda un esteroide sistémico (prednisona 40-60 mg) por 7- 10 días.

La talidomina (100 mg) por dos semanas ha resultado efectiva.

FALTA PAGINA

No. 27

CAPITULO V

INFECCIONES VIRALES, DIFERENTES AL VIRUS DE EPSTEIN BARR Y TRATAMIENTO.

EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE (VHS).

Características clínicas. El herpes labial recurrente se presenta en el borde bermellón de los labios, como vesículas que se necrosan y forman costras. Intraoralmente se presentan como múltiples vesículas que se hunden para formar lesiones más grandes. Fácilmente las vesículas se rompen quedando úlceras en ocasiones de más de 3 cm 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. En estos pacientes las úlceras herpéticas se localizan especialmente en el paladar, en la mucosa labial y en la lengua.

Tratamiento. La aplicación tópica de antivirales como el acyclovir en crema tres veces al día durante el estadio prodrómico, acortan e interrumpen la recurrencia del herpes labial.

En cuadros severos de úlceras intraorales se recomienda acyclovir (200 mg) cinco veces al día por 5 días.

Durante los episodios de úlceras recurrentes se recomiendan enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0.12% 3 veces al día.

CITOMEGALOVIRUS (CMV)

En pacientes con infección diseminada por CMV las manifestaciones orales son en forma de úlceras crónicas bien circunscritas, crateriformes y de bordes no indurados, en la encía, mucosa labial, lengua y paladar. En el diagnóstico diferencial se deben considerar otro tipo de úlceras bucales; es necesaria la toma de biopsia y el estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo.

Es conveniente considerar la referencia de estos pacientes con el especialista para establecer el tratamiento adecuado que consiste en antivirales como acyclovir o foscarnet.

VIRUS DE VARICELA - ZOSTER (VVZ)

La importancia del herpes zoster en individuos seropositivos reside en que puede ser un signo predictor del desarrollo del SIDA; son escasos los reportes que describen esta infección en la mucosa bucal. Las lesiones orales generalmente están asociadas a lesiones cutáneas, ocurren

en forma unilateral en el área inervada o el nervio sensorial afectado.

Tienden a presentarse como vesículas que se unen y forman úlceras dolorosas. Para el tratamiento se recomienda acyclovir en dosis altas, 800 mg cinco veces al día, por 5 a 10 días.

VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH).

Características clínicas. Pacientes infectados por el HIV-1, el VPH se encuentra asociado a lesiones mucocutáneas como la verruga vulgar, el condiloma acuminado y la hiperplasia epitelial focal.

La verruga vulgar y el condiloma acuminado son lesiones exofíticas de superficie papilomatosa en forma de coliflor, bien circunscritas y generalmente césiles. La hiperplasia epitelial focal se presenta como múlti-les pápulas del mismo color de la mucosa bucal, bien circunscritas y que desaparece al distender la mucosa.

Para establecer el diagnóstico definitivo es necesario tomar la biop-sia; el tratamiento indicado es la remoción quirúrgica.

ALTERACIONES DE GLÁNDULAS SALIVALES.

Caractrísticas clínicas. El término, alteración de glándulas salivales por HIV-1 describe el agrandamiento de glándulas salivales

mayo-res y/o xerostomía en pacientes infectados, que presentan características clínicas e histológicas similares al síndrome de Sjögren. La xerostomía se manifiesta como resequedad de la mucosa, las cuales pueden observarse eritematosas y atróficas. El agrandamiento de glándulas salivales, bilateral o unilateral, generalmente afecta a la parótida y ocasionalmente a la submaxilar.

El aumento de volumen parotídeo 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 metastásicos, la tuberculosis, así como la linfadenopatía asociada al HIV-1, la lesión linfoepitelial benigna y el síndrome similar al de Sjögren.

Por lo tanto es necesario realizar una biopsia por aspiración y abierta, así como la de glándulas salivales labiales.

Tratamiento. Para la xerostomía se recomienda un sustituto de la saliva solución acuosa de carboximetilcelulosa, enseñar técnicas de masticación para favorecer el aumento del flujo salival.

En los casos de síndrome similar al de Sjögren no es necesario el manejo quirúrgico de las glándulas; se ha reportado remisión de esta alteración en pacientes con tratamiento con zidovudina.

Alteraciones neurológicas. Se han reportado casos de parálisis facial semejante a la parálisis de Bell en individuos seropositivos, así como neuropatía de nervios craneales, especialmente el trigémino y el auditivo, ocasionando en algunos casos pérdida de la sensibilidad facial y sordera.

LESIONES POSIBLEMENTE ASOCIADAS AL HIV-1.

Hiperpigmentación melánica: Sus características clínicas en mucosa bucal presentan una apariencia de máculas únicas o múltiples, café-negruzcas, localizadas en la lengua, en la mucosa bucal, en el paladar duro o blando, o en la mucosa labial. Probablemente esta alteración esté asociada a la administración prolongada al AZT y/o ketoconazol.

Además de considerar la pigmentación étnica en el diagnóstico diferencial, se deben considerar al síndrome de Peutz- Jeghers, la enfermedad de Addison, el tatuaje por amalgama, el léntigo labial, el nevo pigmentado, el melanoma y a las pigmentaciones post- trauma, las relacionadas con el tabaquismo o con la exposición a metales pesados.

Infecciones bacterianas. (excluyendo gingivitis / periodontitis). Se han descrito casos aislados de lesiones bucales asociadas a enterobacterias (*Klebsiella pneumoniae*, *enterobacter cloacae*, *escherichia coli*) y con *micobacterium avium intracellulare*. Por otra parte se han observado que en estos pacientes las infecciones periapicales se

exacerban y no responden al tratamiento de rutina, trayendo como consecuencia en algunos casos la diseminación de la infección. Igualmente se ha notado un retraso en el proceso de cicatrización post-extracción, recomendándose la utilización de antibióticos para el manejo de infecciones de origen dental y para los procedimientos quirúrgicos como extracciones.

Infecciones por hongos. (Excepto candidiasis). En los pocos reportes que describen las manifestaciones bucales relacionadas con criptococosis (*Cryptococcus neoformans*) e histoplasmosis (*Histoplasma capsulatum*) diseminadas, la presentación clínica es como úlceras persistentes de bordes elevados, en algunos casos dolorosas, localizadas en el paladar, la lengua, la región maxilar y el piso de la boca. También se ha descrito un caso de perforación de paladar en una paciente con histoplasmosis. El diagnóstico diferencial debe considerar otro tipo de úlceras bucales, como el carcinoma epidermoide. Para el diagnóstico definitivo de ambas se recomienda el estudio histopatológico. La terapia recomendada para estas infecciones consiste en anfotericina B por vía intravenosa, en una dosis de 2.0 a 2.5 gm, seguida por una terapia de mantenimiento con ketoconazol o itraconazol para histoplasmosis y fluconazol en el caso de criptococosis.

Otras alteraciones: En pacientes que cursan púrpura trombocito-pénica se han observado petequias, equimosis y sangrado

gingival espontáneo. En cuanto a la posible relación de carcinoma bucal con SIDA, no existe evidencia hasta ahora de una asociación de esta neoplasia con la infección de HIV-1

CAPITULO VI

PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN LA PRACTICA ESTOMATOLÓGICA.

El primer paso para la prevención y control de una enfermedad infecciosa es su identificación por medio de la historia clínica

Sin embargo, hay que señalar que no todos los pacientes con enfermedades infecciosas pueden ser identificados por medio de su historia médica, exámen físico o pruebas de laboratorio por lo que todos los pacientes en general deben considerarse como potencialmente infecciosos y ser sometidos a los mismos procedimientos de control de infección.

En consecuencia, la utilización de precauciones universales reducirá significativamente el riesgo de exposición a los agentes infecciosos tanto para el operador como para el paciente. Las recomendaciones para la prevención y el control de infección en la

clínica y laboratorio dental son similares a las aconsejadas para la protección contra la transmisión de VHB.

La contaminación con agentes infecciosos en la práctica dental puede ocurrir en formas muy diversas, desde el contacto directo con la piel o en las mucosas erosionadas con sangre y/o saliva, hasta la inhalación inadvertida de aerosoles contaminados producidos durante la utilización de piezas de alta velocidades y equipo ultrasónico, o por saalpicaduras de sangre, saliva o secreciones nasofaríngeas. También la transmisión de la infección puede darse por instrumental contaminado.

VACUNACIÓN.

Además de contar con las vacunas de la infancia, es imperativo que el personal odontológico esté vacunado contra el virus de la hepatitis B, ya que el riesgo de adquirirlo para el dentista de práctica general es tres veces mayor que para la población en general y hasta seis veces mayor para el especialista en cirugía bucal o en parodoncia. En Estados Unidos de 1309 profesionales dentales examinados, se encontró que del 59% que no estaban vacunados, el 21 % presentaron evidencias serológicas de exposición al VHB, en cirujanos bucales era todavía más alto y se reportaba una serología positiva hasta de un 38.5 %. En la ciudad de México, de 114 cirujanos dentistas con quienes se llevó a cabo una encuesta seroepidemiológica, se encontraron uno o varios marcado-

res serológicos de infección con el VHB en el 55 % de ellos, mientras que en el grupo testigo se encontraron en 17%.

Actualmente se dispone de una vacuna elaborada por medio de ingeniería genética, con la que prácticamente se ha eliminado todo riesgo de infección, ya que con esta se logran producir niveles elevados de anticuerpos anti-VHB hasta un 95%. Se recomienda revacunarse cada 5 años para mantener estos niveles de protección.

TECNICAS DE BARRERA.

Son los elementos y pocedimientos para evitar la exposición del individuo a los microorganismos patógenos, que puede darse a través de su inhalación, ingestión, inoculación y contacto directo con las membranas mucosas.

El uso de guantes desechables durante la exploración y en actos operatorios, tiene por objeto principal proteger al operador del contacto con sangre y saliva.

Entre las enfermedades que presentan mayor riesgo de transmisión a través del contacto de piel erosionada con mucosa, saliva o sangre contaminadas están la sífilis, la hepatitis B y el herpes simple, entre otras.

Se aconseja que para todas las actividades clínicas se utilicen guantes desechables. Su selección se debe llevar a cabo de acuerdo al procedimiento que se va realizar. Para la exploración y actos operatorios no quirúrgicos se recomiendan guantes de látex no estériles, para cirugía se sugiere el uso de estériles. Los guantes de vinyl se pueden utilizar para la exploración cuando no se cuenta con los de látex.

Para lavar material e instrumental guantes gruesos de látex o de caucho no desechables.

El cambio de guantes entre pacientes tiene por objeto la protección de los enfermos, evitando con ellos la transferencia de microorganismos. No se recomienda el uso continuo de un mismo par de guantes, ya que está demostrado que un elevado número de guantes sufren perforaciones y deterioro importante con el uso, lo que los hace ineficaces como barreras protectoras después de usarlos por algún tiempo.

Este procedimiento debe llevarse a cabo entre cada paciente lavándose las manos lo cual es necesario para eliminar los microorganismos que se desarrollan entre el guante y la piel, pues causan diversas dermatosis.

Todo el personal dental debe utilizar diariamente *batas o uniformes protectores* para evitar la contaminación de la piel y ropa de

calle. Se recomienda cambiarla diariamente o antes si se ensucia visiblemente. Para sacarla del consultorio después de su uso, se debe colocar en una bolsa de plástico. Usar *gorra desechable* durante procedimientos invasivos para evitar salpicaduras de sangre u otros líquidos orgánicos. Deben usar *máscaras, cubrebocas, pantallas de acrílico y / o lentes* para proteger la piel facial y mucosas de salpicaduras de sangre y saliva, para evitar la inhalación de aerosol contaminado. Con ellos se elimina virtualmente el riesgo de infecciones como tuberculosis, hepatitis B y HIV-1 entre otras.

Es importante considerar que algunos cubrebocas poseen menor porosidad (menos permeabilidad al aerosol) y tienen un diseño que permiten cubrir las vías bucal y nasal al paso de partículas contaminantes y por lo tanto son más eficientes. Es aconsejable cambiar de cubreboca por lo menos cada hora.

Es necesario emplear un *dique de hule* para reducir al máximo la posibilidad de contaminación de aerosoles con sangre y saliva y por lo tanto, del campo operatorio.

Para evitar el contacto con sangre, saliva o cualquier otra sustancia contaminada, se recomienda *cubrir con papel aluminio o plástico* las superficies de trabajo como los mangos de la lámpara y el

aparato de rayos X entre cada paciente y al final de la jornada es necesario cambiar las cubiertas usadas, utilizando guantes para cubrir las superficies nuevamente. Las superficies que no puedan ser cubiertas pueden ser limpiadas y desinfectadas cuidadosamente.

CONTAMINACIÓN CRUZADA.

Además de conocer y practicar las técnicas de barrera el personal dental debe concientizarse del riesgo de producir contaminación cruzada. Esta puede ocurrir cuando, un agente infeccioso pasa a través de un objeto, instrumento o material contaminado de una persona a otra.

Reducción del campo de contaminación: Todos los procedimientos deben llevarse a cabo de modo que se minimice la dispersión de aerosoles, gotas, y salpicaduras, lo cual se logra de un modo más eficiente si se coloca al paciente en posición correcta, si se utiliza succión y un dique de hule cuando sea necesario.

El campo de contaminación puede reducirse si se evita el contacto con objetos como teléfono, agendas etc; durante procedimientos operatorios en cuyo caso se recomienda la utilización de otro par de guantes (e.g. de vynil), para hacer uso de dichos objetos.

Lavado de manos: Se deben lavar con sustancias antisépticas (cuadro 1), antes y después de la colocación de los guantes

Preferentemente utilizar instrumental y material desechable.

Se debe manejar adecuada y cuidadosamente todo el material e instrumental punzocortante.

Se deben efectuar los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización adecuados a las características del equipo e instrumental contaminado.

ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN.

La esterilización y desinfección se realiza bajo dos principios básicos: No se debe desinfectar cuando se pueda esterilizar.

Antes de esterilizar o desinfectar se deben remover las partículas orgánicas.

El **lavado** del instrumental se puede realizar manualmente utilizando guantes de caucho y cepillo previa inmersión del instrumental en agua tibia y detergente. El lavado se puede efectuar también por ultrasonido, previo enjuague del instrumental en agua fría.

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

Por desinfección: Se entiende 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 son capaces de eliminar las formas vegetativas de ciertos patógenos ambientales o superficies comunes pero que no tienen efectos sobre virus o gérmenes resistentes como el virus de la hepatitis B o las microbacterias; a estos 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 (p.e. compuestos clorados, yodóforos, fenoles) y de alto nivel cuando, además de éstos son inactivadas las esporas bacterianas como (glutaraldehído al 2 % por 6 a 10 horas). Es importante considerar la clasificación del instrumental de acuerdo al grado de contaminación que sufre y a su uso, para establecer que objetos se debe esterilizar y en cuales se debe usar un desinfectante de nivel alto o intermedio.

Los objetos llamados **críticos** corresponden al instrumental que penetra tejidos blandos y / o duros bucales. Estos son : el explorador, el espejo, el bisturí, las fresas, los forceps y en general el instrumental quirúrgico. Los **semicríticos** son aquellos que tocan pero no penetran tejidos blandos y / o duros. En este grupo se incluye el condensador de amalgama y la pieza de mano. Los objetos **no críticos** son las manijas de la lámpara, aparatos de rayos X, mesa de trabajo, etc. Para los objetos

críticos es obligado esterilizar para los semicríticos, si bien es preferible esterilizar, se puede utilizar la desinfección de alto nivel, en contraste, para los considerados no críticos se puede utilizar la desinfección de nivel intermedio.

Los métodos de esterilización más utilizados en estomatología incluyen vapor a presión (autoclave), calor seco e inmersión en sustancias químicas esterilizantes (cuadros 2 y 3).

En el cuadro 4 se presenta una guía de los métodos de esterilización y /o desinfección recomendables para el instrumental odontológico.

CAPITULO VII

PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL PARA ESTERILIZACIÓN.

Debemos de tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

Limitar el tamaño y la densidad del paquete, así como su cubierta protectora para asegurar la penetración uniforme del vapor.

Colocar la carga separada de tal manera que presente la menor resistencia posible al paso del vapor a través de la carga.

Siempre utilizar papel testigo adhesivo o biológico que compruebe que el material ha sido esterilizado.

Es recomendable **verificar la esterilización** mediante el empleo de tiras de espora aproximadamente cada mes.

Para efectuar la esterilización en el autoclave se recomienda que la envoltura del equipo se haga con alguno de los siguientes materiales: tela de algodón, papel estraza, bolsas de nylon y celofán. La tela de algodón no es la adecuada ya que se quema por este método.

IMPRESIONES, MODELOS Y PRÓTESIS DENTALES.

Se ha demostrado que es posible la transferencia de microorganismos de la impresión al modelo de trabajo y de la prótesis a la piedra pómez, en donde los gérmenes continúan vivos, lo que significa que estos materiales deben ser considerados como fuente principal de contaminación cruzada. Por esto los centros de control de enfermedades de Estados Unidos incluyen en sus recomendaciones para el control de la Infección en Odontología, la desinfección de los materiales de impresión y aparatos de prótesis. Las impresiones y prótesis dentales deben ser ejuagadas en agua corriente y después desinfectadas. El cuadro 5 presenta una guía de los siguientes químicos recomendados para las impresiones y prótesis dentales.

PIEZAS DE MANO Y UNIDAD DENTAL.

La pieza de mano para cada paciente debe lavarse con agua y detergente para quitar el material adherido; después debe limpiarse con una solución desinfectante (yodóforos, compuestos fenólicos); envolverse en una toalla de papel empapada en dicha sustancia y dejarse así dentro de una bolsa de plástico durante 10 minutos. Después se debe lavar con agua para remover todo residuo de la solución desinfectante. (existen en el comercio piezas dentales que puedan esterilizarse en el autoclave).

Es conveniente dejar correr el agua por 20-30 segundos después de tratar cada paciente, con la finalidad de eliminar cualquier material contaminado que pudiera haber sido aspirado. También debe realizarse este procedimiento durante 1 - 2 minutos al inicio de las actividades clínicas diarias.

Jeringa (aire/agua) y cavitron Las jeringas de aire o agua se deben desinfectar igual que la pieza de mano o, en los casos en que así lo recomiende el fabricante, se esterilizará por alguno de los métodos disponibles. Igualmente es aconsejable dejar correr el agua entre cada paciente y al inicio de las actividades clínicas diarias. Se recomienda, en lo posible, utilizar puntas desechables o esterilizarse por inmersión con glutaraldehído al 2% por 6 horas y 45 minutos.

Descontaminación de áreas de trabajo. Al finalizar las actividades clínicas se deberán de limpiar con una toalla absorbente las superficies contaminadas, con el objeto de remover restos de saliva y / o sangre, para después desinfectarlas con un germicida químico. Existen agentes químicos como los yodóforos, los fenoles sintéticos y los compuestos clorados que limpian y desinfectan. Estos agentes químicos, con excepción del hipoclorito de sodio, se deben aplicar usando una botella de aerosol: Una vez que se aplica el desinfectante para limpiar, se seca el exceso y nuevamente se aplica, dejándolo actuar por diez minutos.

Un método efectivo consiste en aplicar con una toalla de papel una solución de hipoclorito de sodio preparada diariamente. Las concentraciones recomendables van desde las 500 ppm (dilución de hipoclorito de sodio 1:100, o sea, 10 ml de blanqueador casero en un litro de agua) hasta 5000 ppm (dilución de 1:10, o sea, 100 ml de blanqueador en un litro de agua), dependiendo de la cantidad de material orgánico a desinfectar (sangre, moco, saliva, etc). Las superficies aparentemente no contaminadas deben ser igualmente descontaminadas y desinfectadas usando solución de hipoclorito de sodio (1;100).

Una de las mayores desventajas de hipoclorito de sodio es el ser corrosivo, por lo que no se debe emplear en superficies metálicas. Se deberán usar guantes gruesos, cubreboca y lentes durante la limpieza y desinfección.

Manejo del material punzocortante. Todo material punzocortante (agujas, hojas de bisturí) puede considerarse como potencialmente infeccioso, por lo que debe ser manejado con gran cuidado para reducir al mínimo la posibilidad de punciones accidentales: Hay que utilizar jeringas estériles y agujas desechables **nuevas** para cada paciente. Las agujas no deben ser dobladas, rotas o colocadas nuevamente en su protector. Cuando sea necesario inyectar varias veces a un mismo paciente, es preferible dejar entre cada inyección, la jeringa y la aguja sin su protector en un campo estéril, cubriendo la aguja con una gasa y cui-

dando que no queden en el campo de trabajo para evitar alguna punción accidental. No se debe intentar colocar el protector directamente; la aguja se puede reencapuchar sosteniendo el protector con pinzas.

Todo material punzocortante se debe guardar en recipientes rígidos (cristal, metal o cartón grueso), localizados en el sitio mas cercano a donde se utilicen.

Manejo de muestras de laboratorio.

Biopsias Todos los tejidos deben considerarse potencialmente infecciosos. Por lo tanto se recomienda evitar contacto directo con líquidos orgánicos y tejidos, así como evitar las salpicaduras a partir de los mismos.

Una vez que se obtiene una muestra de tejido por biopsia, se coloca dentro de un frasco con boca ancha para facilitar su manejo, el cual deberá estar etiquetado con los datos del paciente y la fecha. En aquellas personas que se sabe que padecen alguna enfermedad infecciosa (hepatitis, tuberculosis, SIDA, etc.) el frasco deberá etiquetarse con la frase "potencial-mente infectante" seguido del nombre de la enfermedad, el

material así rotulado deberá llevarse al laboratorio dentro de una bolsa de plástico cerrada, la cual permitirá observar la etiqueta de identificación.

Los tejidos se deben fijar perfectamente antes de ser procesados y teñidos; se recomienda usar formol al 10% por un mínimo de 24 horas. Es importante que la relación tejido-formalina sea de un volumen de tejido por 10 de formalina como mínimo.

En el caso de muestras de pacientes infectantes o con algún factor de riesgo, los tejidos se fijarán por periodos más prolongados, con un mínimo de 72 horas, y la relación mínima de tejido-formalina será de un volumen de tejido por 20 de formalina .

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA.

La citología exfoliativa se utiliza como auxiliar en el diagnóstico de cáncer, infecciones por hongos (*Candida albicans*) y virus (herpes) entre otras lesiones.

Es importante que la fijación de la muestra se haga inmediatamente, colocándola en un frasco que contenga alcohol absoluto, antes de enviarla al laboratorio. En casos de muestras obtenidas de pacientes con infecciones transmisibles se debe evitar fijarlas con aerosoles, pues se corre el riesgo de salpicaduras. Al igual que las biopsias, todas las muestras de citología exfoliativa deben ser previamen-

te rotuladas y en los casos en que las muestras provengan de pacientes con enfermedades transmisibles, anotar la frase "Potencialmente infectante" seguida del diagnóstico presuntivo (SIDA, hepatitis, etc.). El frasco con la muestra debe ser transportado al laboratorio de una manera segura.

Material de desecho. Se retirarán los campos sucios desechables de la mesa de trabajo. Todos los desperdicios como guantes, cubrebocas, gasas algodones, etc. Contaminados con sangre y/o saliva de colocarán en bolsas de plástico dobles perfectamente selladas para posteriormente desecharlas. Cuando se sabe que este material fue usado en pacientes infectantes, se etiquetará previamente como ya se ha indicado para mandarlo a incinerar.

Los instrumentos punzocortantes se contendrán en envases rígidos como ya se indicó; en el caso de pacientes infectantes, se recomienda previamente desinfectar previamente estos materiales con una solución colocada en sus contenedores, antes de mandarlos a **incinerar**.

RECOMENDACIONES

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

Todo paciente debe ser considerado como potencialmente infec-

cioso, por lo que los procedimientos de control de infección deben de adoptarse en todos los pacientes .

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

Las manos se deben de lavar antes y después del uso de guantes. No se recomienda el uso continuo de un mismo par de guantes.

Utilizar preferentemente instrumental y material desechable (agujas, eyectores). Todo material punzocortante se debe considerar como potencial-mente infectante.

Antes de desinfectar cualquier superficie se debe limpiar.

CAPITULO VIII

MANEJO DEL PACIENTE EN SUS DIFERENTES ETAPAS.

El tratamiento de las infecciones secundarias en el paciente con SIDA debe contemplar los requisitos siguientes:

a).- **Urgencia**, ya que con frecuencia estos pacientes cursan con problemas que ponen en peligro su vida, como son la insuficiencia respiratoria o el estado de coma;

b).- **Especificidad**, en vista de que la infección puede ser fulminante y requiere un tratamiento selectivo para el agente causal del problema, y . . . c).- **Empleo de métodos** de diagnóstico más complejos.

El manejo terapéutico de estas infecciones debe llevarse a cabo exclusivamente en hospitales especializados que dispongan de las técnicas de cuidados intensivos más eficaces, particularmente en el tratamiento de las complicaciones respiratorias. Debe contar con métodos de diagnóstico no invasores tales como tomografía axial y resonancia magnética nuclear, así como con métodos de diagnóstico invasores tales como lavado bronco-alveolar, biopsia por estudio endoscópico e incluso biopsia por toracotomía o craneotomía.

Por la gravedad de estas infecciones, así como por la necesidad de alta tecnología en los procedimientos de diagnóstico, se requiere el trabajo en equipo de clínicos, médicos de cuidados intensivos, internistas, cirujanos y patólogos.

El pronóstico de las infecciones secundarias es muy sombrío debido a: la *agresividad* de los agentes microbianos implicados; el *frecuente retardo en el diagnóstico; inexistencia de una terapéutica eficaz* para cada uno de los agentes causales.

Debido a la metodología actual de diagnóstico, así como el mejor conocimiento de los agentes causales involucrados y a los tratamientos profilácticos y de mantenimiento, se ha logrado mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El tratamiento de las infecciones oportunistas y de las neoplasias sólo permite suprimir o mejorar las manifestaciones del SIDA, pero no logra modificar el curso de la enfermedad erradicando al virus o restaurando el sistema inmunológico. Los enfermos que logran vencer por un tiempo algunas de las complicaciones del SIDA son víctimas posteriormente de otra de las consecuencias de la deficiencia inmunológica.

El tratamiento curativo del SIDA se enfrenta en un dilema: eliminar el virus del organismo o restaurar su inmunidad a pesar de la

persistencia del virus. Hasta el momento actual no se cuenta con un fármaco antiviral eficaz contra el retrovirus, y el intento de restablecer el número de linfocitos sin eliminar al virus significa aumentar la cantidad de células disponibles para su replicación. Se han propuesto tratamientos diversos basados en su actividad antiviral o en sus propiedades inmunomoduladoras.

Dada la evolución impredecible a corto plazo, es necesario establecer objetivos para evaluar la respuesta del paciente con SIDA. Se acepta que un medicamento es efectivo contra esta enfermedad cuando cumple con los siguientes requisitos:

- 1) aumentar la calidad de vida;
- 2) disminuir la incidencia de infecciones secundarias;
- 3) eliminar o reducir la dimensión de las lesiones neoplásicas.

Estos cambios deben observarse por un periodo no menor de dos meses, en presencia de mejoría inmunológica y disminución de la viremia o antigenemia del VIH.

La etapa final de la infección por el VIH, conocida como SIDA, se caracteriza por el colapso total de la función inmunológica del paciente, con el desarrollo de infecciones y neoplasias que conducen a la muerte.

La preparación para la muerte. Aunque la mayoría de los pacientes en estadios finales de la enfermedad continúan luchando por sobrevivir, la etapa final es utilizada por un gran número de ellos en la preparación para la muerte.

Los pacientes pueden beneficiarse al terminar asuntos previamente incompletos, tales como pedir u otorgar perdón, buscar o hablar con ciertas personas o terminar proyectos antes inconclusos entre otras.

Al sentirse tranquilos se habla acerca de la muerte.

Debe estimularseles a que compartan sus sentimientos acerca de donde prefieren morir, al igual de como preferirían que sus asuntos se manejaran después de su muerte. Hay que recordar que los familiares pueden sentir la magnitud del dolor, negando la problemática de fondo, de los fuertes prejuicios que giran alrededor del SIDA.

Debido a que el médico será responsable de pacientes hospitalizados en estadios terminales, deberá inculcar entre sus colegasy todo el personal de salud que se evite al máximo toda estigmatización o rechazo hacia estos pacientes, demostrando un alto sentido de humanismo y comprensión tanto al paciente como a sus familiares.

En los países en desarrollo el porcentaje de muerte entre estos pacientes, presentan un 80% dentro del primer año de la enfermedad, mientras que en los países industrializados este porcentaje se presenta en los tres primeros años. La totalidad de los pacientes con SIDA fallece en cuatro a cinco años de iniciada la enfermedad

CAPITULO IX

INCIDENCIA DE PACIENTES CON SIDA EN MÉXICO Y EL MUNDO.

Al comparar los casos acumulados para este trimestre entre 1990 y 1995, se aprecia que en 21 estados el número de casos notificados en 1995 fue mayor; solo en 8 fue menor y dos entidades permanecieron sin cambio. En contraste, la comparación entre 1994 y 1995 muestra que solo en 11 estados se notificaron más casos de SIDA; 19 reportaron menos, y un estado permaneció igual.

Del total acumulado de casos, 14,399 (56.0%) se concentran en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco. Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el Distrito Federal (750); Baja California Norte (599); Jalisco (558) y Morelos (446). Las entidades con menor incidencia son: Zacatecas (86), Chiapas (91), y Guanajuato (98).

Es necesario aclarar que las tasas por estado, fueron calculadas utilizando las cifras poblacionales ajustadas de acuerdo al Banco de Datos Sociodemográficos 1980-2010 (Secretaría de Gobernación-CONAPO)

Las entidades con mayor razón de casos por habitantes son; el Distrito Federal, en donde uno de cada 1,333 habitantes tiene SIDA o han fallecido por este padecimiento; el estado de Baja California con uno de cada 1,669, y el estado de Jalisco con uno de cada 1,792 habitantes.

Es importante señalar que durante 1995, la notificación de casos sufrió algunas irregularidades debido al cambio de adscripción del Registro Nacional de Casos de Sida,

CATEGORÍA DE TRANSMICIÓN EN ADULTOS.

El análisis de las tendencias por factor de riesgo en adultos, indica un importante descenso en la transmisión sanguínea, que representó el 22,3% de los casos acumulados hasta el cuarto trimestre de 1990 y descendió a 10.4% en los casos acumulados hasta ese trimestre de 1994. Para el cuarto trimestre de 1995 el 7.8% de los casos en adultos, cuyo mecanismo de transmisión se conoce, adquirieron la infección por esa vía. La proporción de casos atribuibles a la transmisión heterosexual en cambio, aumentó de 21.0% de los casos acumulados hasta el cuarto

trimestre de 1990 a 35.0% en 1994. Para el último trimestre de 1995 fue de 35.2 %.

En el total de casos acumulados hasta el 31 de Diciembre, el porcentaje de casos no documentados es de 28.0%. Esta cifra se debe fundamentalmente a que ahora una proporción de casos cada vez mayor, es captada mediante certificado de defunción y este documento no consigna variables específicas.

HOMBRES.

En los casos acumulados de SIDA en hombres adultos hasta el 31 de Diciembre de 1990, 1994 y 1995 respectivamente, en los que se conoce el factor de riesgo, se observa una tendencia al aumento de los casos adquiridos por vía sexual que fue de 84.8% para 1990; de 91.3% para 1994 y de 94.0% para 1995. En cambio, los casos por transmisión sanguínea disminuyeron de 14.1% en 1990, a 73% para 1994 y a 5.55 para 1995.

Hasta el 1° de Enero de 1996 se han notificado un total de 21,648 casos en hombres adultos: 6,006(38.6%) son homosexuales; 4,232. (27.2%) bisexuales y 3,692 (23.7%) heterosexuales. En total para la categoría de transmisión sexual, se han reportado 13,930 casos (89.5%)

MUJERES

Los caso acumulados en 1990, 1994 y 1995 hasta el 31 de Diciembre respectivamente, muestran que la proporción de casos atribuibles a transfusión sanguínea ha tenido una tendencia a disminuir, siendo de 65.6% en 1990, de 32.5 en 1994 y 25,8 en 1995. En los casos atribuibles a transmisión heterosexual hubo un incremento entre 1990 y 1994 de 34,45 a 67.4 . Para el mismo periodo de 1995 aumento a 72.2%.

En el total de casos acumulados hasta el trimestre de 1995 se han notificado 3,395 casos en mujeres adultas:50.2% se atribuyen a transmisión heterosexual y 49,8% a trasmisión sanguínea. Dentro de esta última categoría el 1.9% son exdonadoras remuneradas de productos sanguíneos y 0.9% adquirieron la enfermedad por otras vías de transmisión.

TENDENCIAS EN MEXICO

Es difícil caracterizar al SIDA en México de manera global, pues existen a lo largo del país regiones que por la magnitud del problema y los patrones epidemiológicos que la distinguen, indican la existencia de diversas subepidemias. Puesto que el análisis particular de cada una de éstas y las regiones o estados a las que corresponden rebasan las pretensiones de esta información, podemos afirmar que a nivel nacional y

a lo largo de tiempo epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto a su magnitud:

- * De 1987 a 1986 el crecimiento fué lento
- * De 1987 a 1990 fue de tipo exponencial
- * a partir de 1991 ha sido un crecimiento exponencial amortiguado, con una tendencia a la estabilización.

En cuanto a las características de las formas de transmisión y sus tendencias, en términos generales podemos decir que el SIDA en México se continúa heterosexualizando, ruralizando, y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. Así pasó de ser una epidemia predominantemente de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual. De hecho en mujeres adultas la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados (50,2%), pero si consideramos los casos notificados durante los cuatro trimestres de 1990 y 1994, vemos que el porcentaje aumento de 34.4% a 67.4% en esta categoría. La transmisión sexual en hombres sigue siendo predominantemente homo/bisexual, pero también ha aumentado la transmisión sexual..

SITUACION MUNDIAL DEL SIDA

Hasta el primer semestre de 1995, se habían reportado a la Organización Mundial de la Salud 1,169,811 casos acumulados de SIDA

en todo el mundo. Esta cifra representó un incremento de 19% con respecto al año anterior.

Tomando en cuenta el subregistro y el retraso en la notificación, se estima que el número real de casos debe ser de más de 4.5 millones; es decir, casi cuatro veces mayor al reportado. El continente africano es en el que se estima un mayor subregistro.

De hecho, tomando en cuenta los casos notificados contribuye con el 35.5%, pero en la estimación corregida por subregistro, se calcula que contribuye con algo más del 70% de los casos mundiales.

Para este mismo período de 1995, se estima que alrededor de 18.5 millones de adultos y más de 1.5 millones de niños, han sido infectados con el VIH, de los cuales entre 14 y 15 millones continúan vivos.

Vigilancia Epidemiológica de SIDA El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica obligatoria en México a partir del año 1986, incluye cada vez un espectro más amplio de padecimientos indicadores de SIDA.

Registro Nacional de Casos de SIDA. La notificación de casos de SIDA que realizan las 32 entidades federativas de la República, se

codifica en base de datos del Registro Nacional de Casos de SIDA.

Al inicio del presente año, se identificaron casos cuyas fechas de inicio correspondían a años previos, por lo que se realizarán los acumulados cotejando los números anteriores con el actual. Eso determinará que se observen diferencias con respecto a cifras de años anteriores.

CUADRO 1

Producto	Clasificación Química.
Hibiscrub	Gluconato de Clorhexidina al 2.2%
Yodine J.	Jabón neutro, Yodopovidona,
Antibenzil	Jabón neutro. Cloruro de benzalconio.

CUADRO 2

MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN POR CALOR

Método	Temperatura	Tiempo	Presión
Esterilización Por vapor (autoclave)	134-138°C	3 min	15 min
	126-129°C	10 min	15 min
	121-124°C	15 min	15 min
	115-118°C	30 min	15 min
2. Esterilización por calor seco	170°C	60 min	
	160°C	120 min	

* El tiempo de exposición debe de empezar a contarse apartir del momento en que el termómetro alcanza la temperatura mínima recomendada en cada caso y, en el caso de horno, bajo ningún motivo deberá ser abierto durante el periodo de esterilización ya que en ese caso existiría entrada de aire frio contaminante por lo que tendría que reiniciar el ciclo completo.

CUADRO 3

AGENTES QUÍMICOS PARA DESINFECCIÓN Y/O ESTERILIZACIÓN

Producto	Clasificación	Desinfectante	Esterilizante	Vida media
	Química			
Blanqueador casero	Hipoclorito de sodio	Diluido 1:5 a 1:100, 10-30 min	---	Un día
Yodine	Yodóforo (Yodopolivinilpirrolidona)	Diluido 1:213, 10-30 min	---	?
Sporicidin	Glutaraldehído al 2% Alcalino con bufer fenólico	Diluido 1:16, 10 min.	Sin diluir 45 min	6 15 días
Glutarex	Glutaraldehído al 2% neutral	s/diluir, 10 min	s/diluir, hrs.	10 ?
Gafidex	Glutaraldehído al 2% con bicarbonato de sodio	s/diluir, 10 min	s/diluir, hrs.	10 ?
Cidex 7	Glutaraldehído al 2% alcalinos	s/diluir, 90 Min	s/diluir, hrs.	10 ?

NOTA: Los compuestos de amonio cuaternario, como el cloruro de benzalconio no son aceptados como desinfectantes de alto nivel por la Asociación Dental Americana desde 1978.

CUADRO 4

GUIA DE METODOS DE ESTERILIZACIÓN Y/O DE DESINFECCIÓN DE INSTRUMENTOS Y MATERIAL USADO EN ODONTOLOGÍA

1.- Instrumental de acero inoxidable (AI) AUTOCLA CALOR AGENTES

	VE	SECO	QUIMICOS
Pinzas de curación	1	1	2
Exploradores	1	1	2
Cucharillas	1	1	2
Jeringas carpulle	1	1	2
Condesadores de amalgamas	1	1	2
Porta amalgama	1	1	2
Banda y portamatriz	1	1	2
Pinza porta grapa	1	1	2
Arca para dique de hule	1	1	2
Curetas de profilaxis	1	1	2
Sondas parodontales	1	1	2
Espejos	2	1	3
Fresa (carburo y diamante)	3	1	3
Puntas de cabitron	3	3	1
Copas de hule	-	-	-

II.- Instrumental de Cirugia

Fórceps	1	1	2
Pinza hemostálticas	1	1	2
Alveolotomo	1	1	2
Pinzas de disección	1	1	2
Limas para hueso	1	1	2
Gubias	1	1	2
Legra	1	1	2

Mango de bisturi	1	1	-
Agujas y material de sutura(*)	-	-	-
Porta-agujas	1	1	2
Separadores	1	1	2
Fresas quirúrgicas	1	1	2
Tijeras	3	1	2
Hojas de bisturi(*)	-	-	-

CUADRO 5

DESINFECCIÓN DE MATERIAL E INSTRUMENTAL PARA PRÓTESIS Y

LABORATORIO DENTAL

Materiales	Agentes químicos	Tiempo
A. Impresiones *		
Silicones	Yodóforos o hipoclorito de sodio diluido (inmersión)	10 min.
Polisulfuros	Yodóforos o hipoclorito de sodio diluido (inmersión)	10 min.
Alginatos **	Yodóforos o hipoclorito de sodio diluido (aerosol)	1 min.

* Lavar con agua antes de desinfectar.

** Rosiar la solución y guardar por un minuto en una bolsa de plástico

B. Prótesis ***

Fija (metal/porcelana)	Glutaraldehido al 2% yodóforos	10 min.
Removible (acrílico/porcelana)	Yodóforos, ipoclorito de sodio	10 min.
Removible (metal/acrílico)	Yodóforos	10 min.

*** La prótesis debe de ser lavada con agua y desinfectada antes de entregarla al paciente y de enviarla al laboratorio.

**** Los compuestos clorados no se recomiendan para metal, el glutaraldehido no se recomienda para acrílico.

C: Material para prótesis.

Articuladores, regla, espátulas, tasas de hule y rollos de cera, lavar y desinfectar con agentes químicos (cuadro 3).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Debido a las características genéticas demasiado complejas que presenta el virus del SIDA, ha sido imposible lograr destruirlo, ya sea con medidas terapéuticas de radiación o con fármacos. Lo cual hace que este virus tenga un favorable desarrollo en los organismos de pacientes infectados, ya que como es sabido; deprime y va acabando con las células defensoras (anticuerpos) del organismo.

Actualmente no se ha encontrado ningún medicamento que colabore a inhibir su desarrollo dentro del organismo, por lo que la medida más eficaz para evitar la transmisión y el contagio es una óptima educación de colaborar al máximo con las medidas preventivas

BIBLIOGRAFÍA

- * American Association of Public Health Dentistry Ad Hoc Committee on infectious Diseases. The control of transmissible diseases in dental practice: a position paper of the American Association of Public Health Dentistry. *J Public Health Dent* 1986;46:13-21.
- * Centers for Disease Control, Recommended infection-control practices for dentistry. *MMWR* 1986;35:237-42.
- * Silverman S. Infectious and sexually transmitted diseases: implications for dental public health. *J public Health Dent*. 1986; 46:7-12.
- * Martin L. S, Mc Dougal S, Loskoski S:L: Disinfection and inactivation of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1985;152:400-3
- * Fridland GH, Klein R.S. Medical Progress. Transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1987;317:1125-35.
- * Cottone J A. Self-protection against hepatitis B infection in the dental office. *N Y State Dent J* 1984;50:288-93.
- * American Dental Association. Facts about AIDS for the dental team. *JADA* 1991;suppl.
- * Editorial. AIDS less prevalent than hepatitis B virus *JADA* 1986;112:464-5.

- * Jakush J. Infection control procedures and products: cautions and common sense. *JADA* 1988;117:293-301
- * J. Greaspan Deborah, Sida y el problema bucal, Depto de Patología oral, Colegio de Odontología, Dinamarca
- * Ramirez a Nelia, González G. Martha, Hernandez H. Carlos, Prevención y control de Infección Estomatológico.
- * C.O.N.A.S.I.D.A, El Odontólogo Frente al SIDA (1989)
- * S.I.D.A. ETS/1996, Vol No 3, Situación Epidemeológica del SIDA y Enfermedades transmisibles, CONASIDA.
- * Barcow Robert, Flecher Andrew, El Manual Merck, Novena Edición.
- * Richardson D., La mujer y el Sida, Manual Moderno (1988)
- * Charles F. Farthing, Simon E. Brow, Richard E. Staughton. *ADIS on HIV Disease* (1989)

INDICE

INTRODUCCIÓN.	01
DEFINICIÓN.	02
OBJETIVOS.	03
CAPITULO I.	04
ETIOLOGÍA.	
* PATOGENESIS DE LA INFECCIÓN CON VIH - 1.	06
¿ Donde se encuentra el virus ?	
CAPITULO II	08
* MANEJO INICIAL DE PACIENTES CON S.I.D.A.	08
Reacciones psicosociales de personas con S.I.D.A.	
Crisis inicial	
Estadio de transición	
Estadio de aceptación	
Medidas para la prevención de la infección por el VIH en la práctica odontológica.	
CAPITULO III	14
* PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN EN ODONTOLOGÍA.	
CAPITULO IV	17
* MANIFESTACIONES BUCALES ASOCIADAS A LA INFECCIÓN POR VIH-I Y SU TRATAMIENTO.	17
* LESIONES BUCALES FRECUENTEMENTE ASOCIADAS AL HIV-1.	
Candidiasis bucal.	
Tratamiento.	
Leucoplasia vellosa	
Tratamiento	
* ENFERMEDAD PERIODONTAL RELACIONADA AL HIV-1.	22
Características clínicas.	
Tratamiento.	
* SARCOMA DE KAPOSI BUCAL.	23
Características clínicas	
Tratamiento.	
* LINFOMA NO - HODGKIN.	24
Características clínicas	
Tratamiento.	

* LESIONES MODERADAMENTE ASOCIADAS AL HIV-1.	25
Ulceración atípica.	
Características clínicas	
Tratamiento.	
 CAPITULO V.	 28
* INFECCIONES VIRALES, DIFERENTES AL VIRUS DE EPSTEIN BARR Y TRATAMIENTO.	
* EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE (VHS).	28
Características clínicas	
Tratamiento.	
* CITOMEGALOVIRUS (CMV).	29
* VIRUS DE VARICELA - ZOSTER (VVZ)	29
* VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH).	
Características clínicas	
* ALTERACIONES DE GLÁNDULAS SALIVALES.	30
Características clínicas.	
Tratamiento.	
Alteraciones neurológicas.	
* LESIONES POSIBLEMENTE ASOCIADAS AL HIV-1.	34
Hiperpigmentación melánica:	
Infecciones bacterianas.	
Infecciones por hongos.	
Otras alteraciones:	
 CAPITULO VI.	 35
* PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN LA PRACTICA ESTOMATOLÓGICA.	
* VACUNACIÓN.	36
* TECNICAS DE BARRERA.	37
El uso de guantes	
El cambio de guantes entre pacientes	
Todo el personal dental	
* CONTAMINACIÓN CRUZADA.	40
Reducción del campo de contaminación:	
Lavado de manos:	
* ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN.	41
El lavado del instrumental	
Esterilización:	
Por desinfección:	
 CAPITULO VII	 44
* PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL PARA ESTERILIZACIÓN.	
Limitar el tamaño	
Colocar la carga	

	Siempre utilizar papel testigo	
* IMPRESIONES, MODELOS Y PRÓTESIS DENTALES.		45
* PIEZAS DE MANO Y UNIDAD DENTAL.		45
	Jeringa (aire/agua) y cavitron	
	Descontaminación de áreas de trabajo.	
	Manejo del material punzocortante.	
	Manejo de muestras de laboratorio.	
* CITOLOGÍA EXFOLIATIVA.		49
	Material de desecho.	
* RECOMENDACIONES.		50
CAPITULO VIII.		52
* MANEJO DEL PACIENTE EN SUS DIFERENTES ETAPAS.		
	El tratamiento curativo del SIDA	
	La preparación para la muerte.	
CAPITULO IX		57
* INCIDENCIA DE PACIENTES CON SIDA EN MÉXICO Y EL MUNDO.		58
* CATEGORÍA DE TRANSMICIÓN EN ADULTOS.		58
* H O M B R E S.		59
* MUJERES		60
* TENDENCIAS EN MEXICO		61
* SITUACION MUNDIAL DEL SIDA		61
	Vigilancia Epidemiológica de SIDA	
	Registro Nacional de Casos de SIDA	

APENDICES.

- * CUADRO 1
- * CUADRO 2
- * CUADRO 3
- * CUADRO 4
- * CUADRO 5

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA