

0044
E 3141

0044

ACCION PREVENTIVA DE CONTAGIO DEL ODONTOLOGO
EN LA ATENCION CLINICA DEL PACIENTE CON HIV

SANDRA LILIANA ALVAREZ OVIEDO

SANDRA PATRICIA GARCIA- HERREROS

LUZ MARINA DEVIA

MARIA DEL PILAR RAMIREZ

PATRICIA SIERRA

Trabajo de Grado presentado
como requisito para optar
al título de Odontólogo
General .

A: Dr. JORGE H. ARANGO M.
Dr. CARLOS A. CASTRO C.

COLEGIO DONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA D.C.

1995

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

- A. CARLOS A. CASTRO Y A JORGE H. ARANGO. Odontólogos y Docentes del Colegio Odontológico Colombiano.
- A. JAVIER CORTES A. Odontólogo del Colegio Odontológico Colombiano.
- A. LA FUNDACION EUDES (MARTHA Y MARIA). A sus Directivos y a todo su Personal. A los Pacientes y Profesionales de la Salud.
- A. LA UNIVERSIDA NACIONAL, JAVERIANA, HOSPITAL MILITAR Y HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
- A todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION	1
2. JUSTIFICACION	2
3. OBJETIVO GENERAL	4
4. OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
5. MARCO TEORICO	6
6. HIPOTESIS	12
7. ANALISIS DEL PROBLEMA	17
7.1. ACCION PREVENTIVA DE CONTAGIO DEL ODONTOLOGO EN LA ATENCION CLINICA DEL PACIENTE CON HIV	17
7.1.1. Manejo de la relación con el paciente respectivo psicosocial.	18
7.1.2. Como brindar atención odontológica	19
7.1.3. Cuidados especificos	21
7.1.3.1. Barreras de bioseguridad	21
7.1.3.1.1 Guantes de látex	21
7.1.3.1.2. Mascarilla tapaboca impermeable	22
7.1.3.1.3. Anteojos protectores frontolaterales	22
7.1.3.1.4. Escudos faciales plásticos	22

7.1.3.1.5. Gorros, blusas de manga corta y cuello alto y uniformes ya sean desechables o lavables.	22
7.1.4. Otras medidas que contribuyen a neutralizar el riesgo de exposición-contaminación de paciente a odontólogo.	22
7.1.5. Pautas que se deben seguir en caso de pinchazo o herida accidental durante un procedimiento en Salud Oral.	26
7.1.6. Riesgo de contagio del odontólogo a paciente.	28
7.1.7. Métodos generales de esterilización, desinfección y sanitización.	28
7.1.7.1. Manejo de elementos	31
7.1.7.2. Manejo de elementos: Régimen de salida	31
7.1.7.3. Eliminación de desechos	33
7.1.7.4. Descontaminación de superficies ambientales y recipientes de almacenamiento.	34
7.1.7.5. Manejo de biomateriales dentales	36
7.1.7.6. Manejo de especímenes para biopsia	36
7.2. MANEJO ASISTENCIAL DEL PACIENTE HIV POSITIVO Y DEL PACIENTE CON SIDA.	37
7.2.1. Comportamiento psicológico y social	38
7.2.2. Paciente HIV positivo grupo II y III.	40
7.2.3. Paciente con SIDA Grupo IV	44
7.2.4. Normas que se deben seguir en todos los procedimientos.	49
8. DISEÑO METODOLOGICO	51
9. CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	57

1. INTRODUCCION

Viendo el inminente peligro de contaminación al que estamos expuestos como guardianes y futuros profesionales de la Salud Oral, creemos de gran importancia exponer ante nuestros colegas algunas actitudes en acción preventiva contra infecciones al atender nuestros pacientes, haciendo en este caso especial énfasis en la atención odontológica de pacientes portadores del SIDA (HIV).

2. JUSTIFICACION

Debido a que la infección HIV-SIDA la podemos encontrar en alguno de nuestros pacientes debemos saber el riesgo de transmisión paciente odontólogo.

Además el odontólogo debe conocer las barreras de bioseguridad. El profesional y su auxiliar deben saber los cuidados a seguir con el uso de agujas e instrumentos cortopunzantes ya que estos son de uso cotidiano.

Al tener cuidado el odontólogo con el mismo, también tiene que pensar en sus otros pacientes por tanto debe saber las indicaciones para la desinfección de alto nivel o esterilización de instrumentos.

Para la buena atención odontológica a personas viviendo con el VIH y para el diagnóstico oportuno de la infección por el VIH/SIDA o de sus complicaciones, el odontólogo deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Conocer la clasificación y características clínicas de las lesiones orales asociadas a la infección por VIH/SIDA.
- Realizar un interrogatorio adecuado al paciente indagando por afecciones constitucionales tales como estados febriles prolongados, diarreas prolongadas de difícil tratamiento, fatiga, pérdida de peso marcada e inexplicable, sudoración nocturna, etc.
- En ningún caso deberá emitir diagnósticos presuntivos directamente al paciente.
- Saber establecer una interconsulta a un médico en la cual se deben considerar:
 - Impresión diagnóstica: de la o las infecciones en la cavidad oral.
 - Enumeración de la(s) afección(s) constitucional(s) establecidas en la historia clínica del paciente.
 - Mencionar "se solicita valoración médica". al final de la interconsulta, antes de firmarla.
 - Remitir al consultante al centro profesional que más se adecúe a sus conveniencias, ojalá donde exista una unidad de infectología. Se debe solicitar una respuesta a la interconsulta como contrareferencia.
 - Si la respuesta médica indica positividad para la infección por VIH, clasificar al paciente como CASO COMPROBADO y establecer el tipo de atención odontológica.

3. OBJETIVO GENERAL

Conocer, valorar y utilizar los recursos que encontramos en nuestro medio y los cuales están a nuestro alcance para obtener un buen manejo y control de infecciones en cualquier Centro de Salud, pero especialmente en el consultorio odontológico; evitando así mismo poner en peligro de contagio su salud, el de su auxiliar y el de sus demás pacientes.

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Concientizar al profesional y su auxiliar del riesgo que se está corriendo.
2. Inculcar en el odontólogo y su grupo de trabajo la ética y el respeto que corresponde con estos pacientes.
3. Inculcar en el odontólogo la importancia de tomar a cada paciente como posible portador del virus del SIDA.
4. Preparar al profesional y a su auxiliar en cuanto a su actuación para prevenir la infección con con el virus en la atención odontológica del paciente con SIDA.

5. MARCO TEORICO

El virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), un retrovirus no oncógeno, es el agente etiológico primario del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y del complejo acompañante del SIDA. (Jawest, E).

El VIH está constituido por dos cadenas idénticas de RNA de polaridad positiva. Se caracteriza por poseer la enzima polimerasa de DNA llamada transcriptasa de reversa, que capacita al virus para replicarse mediante moldes de DNA, integrándose al DNA de la célula parasitada, luego el DNA viral pasa de las células hijas haciendo que la infección persista de por vida. (Mensa, J. y Falabella R.)

Las manifestaciones de la enfermedad, son consecuencia directa del defecto inmunológico condicionado por la infección y destrucción de las células T "Helper". La infección se asocia con la liberación de linfocinas, estimulación inespecífica de los linfocitos B, y aumento de las células T "Supresoras" y "Killer", todo acompañado

a la disminución progresiva del número de linfocitos T "Helper" aunque la infección produce también alteraciones de los linfocitos B, el efecto inmunológico predominante es una grave deficiencia de la inmunidad celular. Una vez que se ha producido la reducción en el número de células T, el trastorno parece ser irreversible.

Son devastadoras las consecuencias de las infecciones por VIH, en las células T4, debido a que estos linfocitos desempeñan una actividad crítica en la respuesta inmunitaria humana, ya que se ocupan, en forma directa o indirecta, de inducir un vasto ordenamiento de funciones de las células y no linfoides. Estos efectos incluyen: activación de macrófagos; inducción de las funciones de células T citóticas, células asesinas naturales (NK), células supresoras y células B; y secreción de factores que inducen el crecimiento y diferenciación de células linfoides y afecta las células hematopoyéticas. Muchos de los efectos de las células T4 son mediados por la liberación de diversos factores solubles que tienen acciones trópicas, inductivas sobre otros tipos de células.

Los pacientes con este síndrome presentan una función anormal de las células B, como lo manifiesta la activación policlonal, la hipergamaglobulinemia, la

presencia de complejos inmunitarios circulantes y los autoanticuerpos. La hiperactividad policlonal de las células B, como parte de la respuesta inmunitaria, puede deberse a otros factores, como un aumento en la frecuencia de infecciones por el virus de Epstein-Barr y el Citomegalovirus, ambos activadores policlonales de las células B.

Además hay una reacción deficiente de anticuerpos antigénicos nuevos. Alteraciones a nivel de las células B, producen la incapacidad para organizar una respuesta adecuada de inmunoglobulina M al invasor antigénico.

Los monocitos y los macrófagos pueden intervenir en forma importante en la propagación y patogenia de la infección por VIH. Estas células fagocíticas pueden engullir el virus. Ciertos monocitos expresan antígeno de superficie CD4 y se unen a la cubierta de VIH. Al contrario del LT4, el monocito es relativamente resistente al efecto citopático del VIH de modo que el virus sobrevive en él y es transportado a varios órganos. (Jawest,E).

La clasificación de los pacientes infectados por el VIH-1 los divide en cuatro grupos mutuamente excluyentes que van de I al IV y representan los diferentes estadios de la enfermedad.

El grupo I representa la infección aguda, sintomática o no en donde ya hay evidencia de seroconversión.

El grupo II se engloba a los pacientes clínicamente asintomáticos después de la fase aguda, pueden subclasificarse según la presencia de marcadores biológicos, como son la cifra de linfocitos CD4, la Beta-2 microglobulina, los niveles circulantes de antígeno P24 o la cifra de plaquetas.

El grupo III se incluye a los pacientes clínicamente asintomáticos pero con adenopatías (mayor de 1 centímetro en más de dos regiones extrainguinales durante más de tres meses), en ausencia de otra enfermedad, también se pueden clasificar según la presencia o ausencia de los mismos marcadores.

El grupo IV, todos los pacientes tienen manifestaciones clínicas y se clasifican en subgrupos que van de la A a la E el mismo paciente puede pertenecer simultáneamente a cualquiera de ellos.

En el subgrupo A hay enfermedad constitucional: fiebre de más de un mes junto a pérdida de peso mayor de 10% o diarrea de más de un mes de duración.

El subgrupo B se caracteriza por trastornos neurológicos:

demencia, mielopatía o neuropatía periférica.

El subgrupo C ya presenta enfermedades infecciosas asociadas en la categoría C1, como candidiasis, infección por citomegalovirus del herpes simple, neumonia y leucoencefalopatía. La categoría C2 incluye leucoplasia oral vellosa, herpes zoster, bacteremia recurrente por salmonella y nocardiosis o tuberculosis pulmonar.

El subgrupo D se caracteriza por neoplasias asociadas: sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin o primarios del Sistema Nervioso Central. (Gatell, J:M:).

El VIH se puede encontrar en todos los fluidos corporales, pero en mayores cantidades en la sangre, líquido cefalorraquídeo y semen. En un estudio reciente, se observó que su presencia en la saliva no es frecuente y se demostró la presencia de una proteína con la habilidad de inactivar el virus presente en la saliva y se produce en la glándula submandibular. (Fox. P.C)

Los niños pueden adquirir el virus por vía transplacentaria a partir de la madre infectada, por transfusiones sanguíneas o por la lactancia. Los contactos domésticos y familiares de individuos infectados no forman anticuerpos frente a virus, ni presentan manifestaciones de la

enfermedad. El riesgo de transmisión ocupacional del SIDA es mínimo y se limita a individuos que han sufrido la infección accidental de cantidades relativamente grandes de sangre. (Stein J.H.).

HIPOTESIS (PROPOSITO)

Teniendo en cuenta la alta tasa de pacientes portadores de HIV asintomáticos clínicamente, quienes necesitarán en algún momento ser atendidos en consulta odontológica, pretendemos desarrollar una serie de parámetros de prevención dirigidos especialmente al Odontólogo y a su personal auxiliar :

- Manejo adecuado del aspecto preventivo e interceptivo del paciente, como posible portador HIV
- Conocer adecuada y claramente los procedimientos odontológicos tendientes a evitar el contagio y por ende la propagación al personal profesional y a sus demás pacientes.
- Ejecutar adecuadamente, las maniobras de esterilización, desinfección y manejo de todos los elementos materiales e instrumental que sean o hayan sido utilizados en una consulta o procedimiento de rutina odontológica .

- Aplicar las diferentes normas establecidas por parte del Profesional, en la relación Odontólogo-paciente que haga más humana la atención a pacientes claramente definidos como pertenecientes al grupo IV (SIDA)

Marco Legal Etico para la atención odontológica a los pacientes

Es usual y anti-ético que algunos odontólogos evadan la atención del paciente HIV positivo y de pacientes SIDA .

Al respecto cabe recordar que la ley colombiana (Ley 35, marzo 8 1989) en torno al ejercicio profesional de la Odontología , contiene varios artículos que comprometen al odontólogo en el conocimiento y valoración del estado sistémico de su paciente y exige una determinación sobre el estado de gravedad . La interconsulta oportuna, la convocación de juntas médicas y la identificación de afecciones generales por medio de signos o síntomas en la calidad ora. Recientemente fue expedido el decreto 559/91 que al respecto reglamenta la ley 09 de 1979 y la ley 10 de 1990.

En consecuencia, no exime al odontólogo de su cumplimiento de la Ley ni de su ignorancia sobre aspectos médicos que le permitan valorar sistémicamente a sus pacientes, ni de su falta de actualización o capacitación en lo relativo a enfermedades que, como la infección HIV y SIDA constituyen una seria amenaza para la humanidad así como de aquellas entidades patológicas aún no conocidas que en el futuro puedan sobrevenir como quiera que la Biología, la Fisiología, la Microbiología, la Patología, la Farmacología, etc. son disciplinas dinámicas y evolutivas acorde con el incontenible avance del conocimiento y de la tecnología.

Es a todas luces inadmisibile que el odontólogo o cualquier profesional de Salud se sustraiga deliberadamente del desarrollo científico o tecnológico para evitar comprometerse con la atención del paciente. Se estima que así como el avance en el conocimiento sobre oclusión y la gnatología señalaron un viraje y elevación del nivel científico considerando al diente como un órgano efector de tal función y sistema, así mismo la infección HIV/SIDA, debe señalar igual exigencia en el componente biomedico de la profesión odontológica.

Desde luego que para enfrentar con ética y con responsabilidad profesional retos tan serios como los

constituye la infección por VIH/SIDA, el odontólogo y demás trabajadores de Salud Oral al servicio de entidades gubernamentales o no gubernamentales, se hallan en derecho así mismo legal de exigir todas las medidas, elementos y barreras de bioseguridad que le permitan prevenir eficientemente el contagio a sí mismo y a otros pacientes.

A raíz de lo contenido en las últimas líneas, las entidades de Salud, ya sea gubernamentales o no, deben programar y ejecutar cursos de inducción sobre contagio y propagación de enfermedades transmisibles en el manejo o atención de pacientes y obviamente el odontólogo debe tomarlos y aprovecharlos no solo para cumplir un requisito laboral sino por propia convicción y obediencia a una espontánea motivación ética.

En este mismo orden de ideas, el Sector Oficial de Salud debe recordar su compromiso de antaño adquirido para evaluar eficiente y objetivamente su cuerpo de profesionales mediante la supervisión y seguimiento de los mismos.

Por último ha de entenderse que para la lucha contra la propagación de infecciones HIV-SIDA, el odontólogo debe involucrar en su ejercicio profesional no solo sus

conocimientos y habilidades sino también su actitud y compromiso para afrontar con entereza y ética retos como lo son el estudio, la actualización permanente, la atención responsable de pacientes infectados, la exigencia para obtener los medios y recursos que la ciencia y la tecnología considere indispensables.

La culturización de los odontólogos como profesional de la salud debe basarse en el compromiso con su profesión y no con la evasión de responsabilidades, y para esto se espera el concurso así mismo ético de los centros de educación superior que forman odontólogos en nuestro país, o de los entes gremiales que les brindan actualización.



7. ANALISIS DEL PROBLEMA

7.1. ACCION PREVENTIVA DE CONTAGIO DEL ODONTOLOGO EN LA ATENCION CLINICA DEL PACIENTE CON HIV

La persona con infección por VIH/SIDA debe considerarse al igual que todo ser humano como un ente integral en cuya salud influyen factores igualmente importantes entre sí: el BIOLÓGICO, el PSICOLÓGICO y el SOCIAL. La infección por VIH tiene un fuerte impacto sobre la familia y la sociedad por lo que las personas que viven con el virus se pueden ver rechazadas o violentadas en sus derechos más fundamentales.

El odontólogo al igual que otros profesionales de la salud, no puede ser ajeno a este enfoque integral y por lo tanto debe actuar interdisciplinariamente e interesarse por otros aspectos diferentes al campo exclusivo de la salud oral, so pena de acarrear más mal que bien al paciente. Aunque en otros manuales de esta misma serie se explican en detalle otros aspectos

relevantes al manejo integral del paciente con infección por VIH/SIDA, no está de más mencionar algunos de los aspectos psicológicos de la infección, a fin de estimular e inducir al trabajador de la salud oral a manejarlos.

7.1.1. Manejo de la relación con el paciente respectivo psicosocial.

La persona seropositiva para el VIH por lo general ha afrontado situaciones de crisis e intenta superar el estigma social que acarrea la infección por VIH/SIDA. Siempre tendrá que afrontar lo adverso del diagnóstico por lo cual puede encontrarse ansioso, con temor al rechazo, con sentimientos depresivos e incertidumbres acerca de su estado de salud.

En el momento de consultar al odontólogo, enfrenta temores a poner en riesgo al personal de salud oral, pero también a ser discriminado por lo que puede ocultar el diagnóstico. Se requiere que el odontólogo tenga tanta confianza en las medidas de bioseguridad que está aplicando con todos sus pacientes, que el trato hacia la persona que vive con el VIH se dé sin actitudes de rechazo y por lo tanto de una manera atenta y cordial. De esta manera el paciente se sentirá más seguro para revelar el diagnóstico en cuyo caso se le garantizará la

confidencialidad, aprovechando para motivarlo y educarlo acerca de la importancia de la salud oral, como parte integral de la salud general. El negarse a atender a las personas infectadas por el VIH o con SIDA simplemente refleja o bien IGNORANCIA o bien FALTA DE ETICA que se traduce en rechazo o discriminación condenables.

7.1.2. Como brindar atención odontológica

- Brindar una atención integral al paciente con infección por VIH/SIDA, basada en el trabajo interdisciplinario.
- Mejorar la calidad de vida de las personas infectadas con una adecuada salud oral.
- Prevenir y manejar las patologías que afectan la cavidad ya sean debidas a infecciones concomitantes a la infección por VIH o a las enfermedades periodontales o cariosas no controladas oportunamente.
- Examen periódico del paciente incluyendo control de placa y fase del manejo periodontal por lo menos cada dos meses. Si el paciente es sintomático, la aplicación de fluor deberá hacerse cada mes.
- Establecer un plan de tratamiento para el detartraje

supra y subgingival, remoción de caries, tratamientos de conductos, rehabilitación de las superficies cariadas y aplicación de fluor cada dos meses.

- Remoción de focos sépticos, previa interconsulta con el médico para confirmar contraindicaciones y empleando quimioterapia sistemática de apoyo profiláctico o antimicrobiano específico a las dosis indicadas; en este sentido si no hay agudización de signos y síntomas (absceso, celulitis, osteomielitis) la quimioprofilaxis antimicrobiana se hará con PENICILINA V POTÁSICA x 500 mgrs. vía oral así 2 gms. una hora antes del tratamiento y luego 1 gm. cada seis horas por tres dosis después del procedimiento. Los alisados radiculares por enfermedad periodontal deben acompañarse de yodo-povidona u otro antiséptico de igual eficacia. En pacientes alérgicos a penicilina se emplea eritromicina: 1 gm. vía oral una hora antes y luego 500 mgs. cada seis horas durante 8 dosis.

En caso de recurrencia o persistencia de los síntomas se indica el empleo de METRONIDAZOL así: 500 mgrs. vía oral una hora antes y luego 500 mgs. cada 8 horas por 3 dosis más.

7.1.3. Cuidados específicos

La exposición a sangre, pus y otros exudados en cavidad oral es muchas veces impredecible e inevitable aún durante el examen de la boca; con mayor razón tal exposición es obvia en procedimientos cruentos tales como sondeos, detartrajes, curetajes, exodoncias, drenajes y demás intervenciones quirúrgicas.

Dada la imposibilidad de evitar exposiciones accidentales y teniendo en cuenta la premisa fundamental de este trabajo según la cual cualquier persona es sospechosa de causar contagio, todo trabajador de Salud Oral debe emplear rutinariamente las barreras de bioseguridad y utilizar cuidadosamente agujas e instrumentos cortantes.

7.1.3.1. Barreras de Bioseguridad. Se entiende por barrera de bioseguridad el atuendo que ha de emplear el odontólogo que deba tocar sangre, exudados, mucosa del paciente o secreciones derivadas de los tejidos orales o para-orales, estas barreras son:

7.1.3.1.1. Guantes de látex. bien ceñidos a fin de no entorpecer la sensibilidad táctil y la manipulación de tejidos o instrumentos. Los guantes deben hallarse en buen estado y **no se recomienda de ninguna manera su reuso**

Los guantes también debe emplearse para coger y lavar instrumental ya utilizado, limpiar superficies contaminadas, coger y botar en una bolsa roja gazas y demás elementos desechables.

7.1.3.1.2. Mascarilla tapaboca impermeable. Para evitar exposiciones a salpicaduras, aerosol de sangre-saliva creado por el chorro de aire-agua de la pieza de mano y la fresa, cavitron, etc.

7.1.3.1.3. Anteojos protectores fronto-laterales. Para evitar exposición de la conjuntiva.

7.1.3.1.4. Escudos faciales plásticos.(Fronto-mentoneros) Reemplazan el uso de anteojos protectores y refuerzan la función de la mascarilla o tapabocas.

7.1.3.1.5. Gorros, blusas de manga corta y cuello alto y uniformes ya sean desechables o lavables. Estos últimos deben cambiarse antes de atender al siguiente paciente si han sido salpicados con sangre, pus o demás exudados.

7.1.4. Otras medidas que contribuyen a neutralizar el riesgo de exposición-contaminación de paciente a odontólogo son:

Los mangos de las lámparas o la cabeza del aparato de rayos X u otras superficies difíciles de descontaminar pueden cubrirse con papel de aluminio o plástico impermeable. Cuando hayan de ser utilizadas se descubren (para hacerlo hay que usar guantes) y se reemplazan una vez terminado el trabajo con nuevo material limpio (para hacerlo no se requieren guantes).

Otras medidas que contribuyen a neutralizar el riesgo de exposición-contaminación de paciente a trabajadores de salud oral son:

- Tres enjuagatorios antisépticos con yodoformo o con clorhexidina de 10 segundos de duración cada uno antes de iniciar el tratamiento.
- Empleo electivo de tela de caucho como aislamiento del campo operatorio preferiblemente sujeto con seda dental.
- Limpieza de escupidera, pieza de mano, jeringas, triples y demás superficies untadas o salpicadas con sangre, pus u otros exudados utilizando antisépticos virucidas, estos procedimientos deben realizarse celosamente entre y paciente.

- Evacuar los conductillos de aire-agua de la pieza de mano al finalizar el procedimiento y antes de comenzar con un nuevo paciente; esta evacuación dirigida a la escupidera debe ser por uno o dos minutos y se justifica por un fenómeno de aspiración (presión negativa) que se crea en dichos conductillos al suspender el accionar de la fresa; estos conductillos deben ser inyectados con agentes virucidas.

- Lavado de manos

Las manos deben ser lavadas con jabón líquido antiséptico cambiado cada seis horas, una vez removidos los guantes o después de haber tocado objetos contaminados, o de haber atendido un paciente, o antes de salir del recinto respectivo; esto se debe a la posibilidad de microperforaciones en el guante ocurridas en el acto operatorio.

Para el secado de las manos debe usarse toalla desechable, no debe usarse toalla de tela, ni aire seco.

- Cuidado de las manos

Debe el odontólogo esmerarse para evitar lesiones en sus manos durante los procedimientos; si los guantes

llegasen a romperse o pincharse deben ser removidos inmediatamente, lavarse las manos con jabón antiséptico líquido y usar nuevos guantes para continuar el procedimiento.

El odontólogo en su práctica que presente lesiones en la piel de las manos (úlceras, dermatitis) debe abstenerse de atender pacientes o de utilizar elementos odontológicos para tal fin.

- Cuidado del uso de agujas e instrumentos cortopunzantes.

Estos instrumentos deben ser manejados con extraordinario cuidado y concentración y no distraerse durante el procedimiento para evitar heridas o pinchazos accidentales pues se consideran como potencialmente infectantes.

Las agujas y cuchillas desechables no deben ser dobladas o quebradas con las manos antes de ser arrojadas a la basura.

Las jeringas con o sin dispositivo de aspiración deben ser consideradas como igualmente contaminantes.

Hay ocasiones en las cuales el mismo paciente requiere

varias aplicaciones de anestesia o medicamentos durante la misma sesión, lo cual no permite desechar la aguja en seguida de la primera aplicación; en estos casos han de evitarse pinchazos accidentales mientras la aguja se halla en la platina **sin protector**; con este fin se puede re-aplicar el protector sin emplear la mano alterna a la que sostiene la jeringa con la aguja puesta, pues aquella podría ser accidentalmente pinchada; con algunos entrenamientos de simulación, la aguja puede introducirse en el protector manejando la empuñadora de la jeringa sin tocar la aguja y, una vez logrado esto, buscar un punto de apoyo apropiado en la misma platina de instrumentos para ajustar el protector sin utilizar tampoco la otra mano con este fin.

Si se carece de pericia suficiente, existe otra forma de proteger la aguja mientras se vuelve a usar, insertándola en esponjas o bloques de icopor, o sujetar el protector con pinzas mosquito o Kelly. Por ninguna razón el sobrante de una cárpula debe emplearse en otro paciente.

7.1.5. Pautas que se deben seguir en caso de pinchazo o herida accidental durante un procedimiento en salud oral.

- Presione el dedo o la mano en el punto más inmediato y más cercano al corazón, a fin de que la sangre fluya en sentido centrifugo y salga al exterior.
- Sumerja el dedo o la mano en hipoclorito de sodio al 1% durante 15 minutos o en cloramina 2%. alcohol etílico o isopropílico.
- Informe al jefe de personal o Comité de Infecciones o a la Jefatura de Epidemiología regional más cercana.
- Solicite un estudio sérico ELISA para VIH inmediatamente y luego otro a las 6 u 8 semanas, 6 meses y 9 meses y hasta 2 años consecutivamente.
- Por todos los medios posibles de persuasión busque obtener del paciente su consentimiento para ser sometido a pruebas serológicas, 6, 12 semanas y hasta 9 meses o hasta dos años después de la exposición, para confirmar o descartar su sero-positividad.

Para esto busque el respaldo del Comité de Infecciones. Jefatura de personal o la jefatura de Epidemiología Regional.

7.1.6. Riesgo de Contagio del odontólogo a paciente

Se contemplan las siguientes alternativas:

- Mediante instrumentos o elementos contaminados empleados en procedimientos invasivos; el control de este tipo de contagio obliga la aplicación de métodos generales de esterilización, desinfección y sanitización.
- Mediante heridas abiertas con paso de sangre o exudados de las manos del odontólogo a tejidos del paciente durante procedimientos invasivos; el control de este tipo de contagio implica el empleo de barreras de bioseguridad.

7.1.7. Métodos generales de esterilización, desinfección y sanitización. Para el cubrimiento de este tópico se reacionaliza en tres aspectos del manejo de elementos que han de ser empleados en los pacientes a saber.

- Manejo de entrada, vale decir antes de ser empleados en procedimientos sobre pacientes.
- De Salida, vale decir después de haber sido empleados en procedimientos sobre pacientes.

- Manejo de reservorios (recipientes, paredes y demás superficies en área a pacientes) o descontaminación.

Es importante también tener en cuenta las siguientes premisas.

- Lo básico en el manejo del paciente, elementos de entrada, elementos de salida y procesos de esterilización, desinfección, antisepsia, sanitización es el lavado de manos correctamente.
- La sanitización tiene por objeto matar al menos el 90% de bacterias en crecimiento y se aplica en áreas de trabajo (pisos, paredes, mesones, sillones, módulos de trabajo y similares como repisas, bandejas).

La desinfección tiene por objeto matar todas las formas vivientes en desarrollo pero no las esporas mediante elementos bactericidas (tuberculocidas, pseudomonocidas especialmente) fungicidas y virucidas y se aplica en elementos utilizados sobre pacientes. La desinfección requiere la siguiente secuencia:

lavar-limpiar-enjuagar,
desinfectar-enjuagar-secar
almacenar y-utilizar.

Un desinfectante muy eficaz y a la vez económico es el hipoclorito de sodio al 2% por 20 minutos, el hipoclorito de sodio debe ser preparado diariamente, para asegurar así su efectividad.

Los blanqueadores de nuestro país tren un promedio de 7% de hipoclorito de sodio en concentración así que si queremos preparar 10 litros procedemos así:

$$\frac{10 \text{ litros} \times 2000 \text{ ppm}}{7 \times 10} = 71 \text{cc}$$

También son muy efectivos, aunque no económicos desinfectantes, los siguientes elementos.

20 minutos, formaldehido 10%, yodoformo y fenoles y otros alcoholes. El glutaraldehido al 1% es tuberculocida durante 45 minutos y bactericida durante 10 o 15 minutos.

El hipoclorito de sodio al 5% durante 20 minutos es esterilizante.

Hay otros medios de esterilización anti-económicos y no siempre aplicables: glutaraldehydos 1% alcalino durante 10 horas o el gas (oxido de etileno) que matan esporas gérmenes.

7.1.7.1. Manejo de elementos.

- Regimen de entrada. Los elementos (instrumentos, sondas, catéteres, gazas, etc.) en cuanto a su efecto de potencial contaminación se clasifican en tres grupos: **CRITICOS, SEMICRITICOS, NO CRITICOS.**

Los elementos **CRITICOS** ingresan al organismo a través de la piel o de una cavidad no séptica. **DEBEN SER ESTERILIZADOS.**

Los elementos **SEMICRITICOS** entran en contacto con mucosas pero no ingresan al organismo **DEBEN SER DESINFECTADOS.**

Los elementos **NO CRITICOS** no entran en contacto directo con el paciente **DEBEN SER SANITIZADOS** y en lo posible emplenado hipoclorito de sodio al 0.5%.

7.1.7.2. Manejo de Elementos: Regimen de Salida. Este tema se relaciona específicamente con la desinfección de elementos reusables.

- Eliminación de desechos
- Descontaminación de superficies ambientales, ropas y recipientes (reservorio).

- Manejo de bio-materiales dentales.
- Manejo de especímenes de biopsia.

- Elementos reusables críticos, como fresas, mangos de bisturí, sondas, limas, curetas de mano o ultrasónicas, pinzas, disectores, deben ser manejados por personas que porten barreras de bio-seguridad: guantes, tapabocas, anteojos, para lavarlos con agua y jabón o cualquier detergente o mediante limpiadores de ultrasonido. Someter luego los elementos a esterilización en auto-clave, calor seco o en glutaraldehído alcalino, según su estabilidad al calor húmedo, al calor seco o a los medios químicos; estos últimos serán lavados con agua esterilizada antes de ponerlos en contacto con tejidos vivos.

- Elementos reusables SEMICRÍTICOS: Porta-amalgamas, condensadores de amalgama, cucharillas, raspadores ultra-sónicos, pinzas algodonerías, espejos, retractores de comisuras, cubetas, deben ser lavados con agua y jabón (detergente) en igual condiciones que los elementos críticos y luego será sometidos a desinfección antes de usarse en el siguiente paciente.

- En cuanto a la pieza de mano alta velocidad se desinfectan msnteniéndolas en gazas saturadas con

hipoclorito de sodio 0.5%o glutaraldehidos alcalino 2% o yodoforos por 20 minutos como povidona 2.5%: se debe además descargar o evacuar en la escupidera su contenido de agua-aire por 1 o 2 minutos ya que al detenerse logra ejercer presión negativa con aspirado de elementos (sangre, saliva, residuos) y luego inyectar elementos desinfectantes en los conductillos con spray o jeringa, desinfectantes. las jeringas triples o piezas de mano o micromotores deben ser limpiados con germicida químico adecuado luego de ser enjuagados.

7.1.7.3. Eliminacion de desechos. Ha de tenerse en cuenta que elementos cortantes o punzantes (hojas de bisturí, eyectores, agyjas) ya usados son elementos infectados y deben ser depositados en recipientes de hojalata que protejan otras personas contra pinchazos o cortaduras accidentales; esos recipientes deben contener permanentemente hipoclorito de sodio 5% y tener una abertura angosta para evitar que alguien trate de extraer con la mano los elementos cortopunzantes allí sumergidos; estos recipientes serán sellados y marcados como material infectado y depositado en la basura después de 10 o más días de haberse agotado el espacio para alojar más elementos de desecho en su interior. Las gazas, algodones y demás elementos desechables usados deben ser arrojados

para protección de las personas, en recipientes con bolsa de plástico debidamente marcadas o bolsas rojas como material infectado, de manera tal que permita el fácil retiro por parte del personal de aseo (obviamente con guantes gruesos), para luego ser desinfectados e incinerados en sitios específicos.

7.1.7.4. Descontaminación de superficies ambientales y recipientes de almacenamiento. Estas áreas o elementos de almacenamiento deben ser consideradas como reservorios de gérmenes por las siguientes razones:

- Reciben salpicaduras o impregnación de aerosoles (sangre, sangre-saliva, proyectados por las piezas de mano de alta velocidad).
- Pueden ser contaminados por elementos de saliva mal lavados, mal desinfectados o mal esterilizados.
- Pueden ser contaminados por el aire, estornudos, etc. a través del tiempo (una semana si se conservan en papel, o dos semanas si se envuelven en tela).
- Estas superficies y/o recipientes deben ser desinfectados diariamente con hipoclorito de sodio 0.5% según la cantidad de sustancias orgánicas presentes

(sangre, flujos, saliva, secreciones); debe tenerse cuidado con elementos no bien niquelados o de aluminio y en este caso deberá emplearse glutaraldehído alcalino 1% por 10 horas. las superficies difíciles de sanitizar (cabezote de Rx) deben ser envueltos en papel Cristaflex o de aluminio y ser renovados y desechados por personas con barreras de bioseguridad después de usados.

En cuanto a las ropas es conveniente tener en cuenta que partículas virales (aunque en concentración bajas) pueden detectarse en elementos secos hasta 3 días después de impregnados o en elementos húmedos hasta 15 días a temperatura ambiente.

En consecuencia se normatiza que la ropa sucia se maneja tan pronto como sea posible y en el sitio mismo donde se usó sin sacudirla y por parte de personas con guantes, tapa-boca y anteojos; coloque en bolsas plásticas, impermeables y rotuladas como material infectado. Si se utiliza agua caliente (71°C), emplear detergente y someterla a lavado por 25 minutos; si se utiliza baja temperatura se debe emplear detergentes. Se recomienda un remojo y enjuague inicial con hipoclorito de sodio 1% durante 20 minutos.

Las ropas que serán utilizadas en procedimientos invasivos deberán ser esterilizadas y almacenadas.

7.1.7.5. Manejo de biomateriales dentales. el odontólogo debe consultar e ilustrarse convenientemente acerca de la estabilidad de los distintos bio-materiales dentales ante los procedimientos de sesinfección; desinfectar las impresiones y sus cubetas antes de remitirlas a paso de laboratorio al igual que los materiales empleados para registros oclusales.

7.1.7.6. Manejo de especímenes para biopsia. Cada espécimen debe ser colocado cuidadosamente dentro de un recipiente adecuado (formol al 10% y si es el caso en glutaraldehído 10% para microscopía electrónica); este manejo debe ser realizado por personas con barreras de bioseguridad, para evitar riesgo de contaminación durante este proceso antes de sumergir el espécimen en el recipiente; si este recipiente se contamina con sangre o exudados en su superficie externa deben limpiarse y desinfectarse y colocado en una bolsa impermeable.

Antes de finalizar este análisis, debemos recordar la premisa fundamental del presente trabajo.

TODA PERSONA ES SOSPECHOSA DE TRANSMITIR LA ENFERMEDAD.

Por consiguiente TODAS LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE CONTAGIO Y PROPAGACION DE LA INFECCION POR HIV DEBEN EMPLEARSE PARA TODOS LOS PACIENTES Y PARA TODOS LOS ELEMENTOS REUSABLES O DESECHABLES QUE HAYAN SIDO EMPLEADOS EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INCLUYENDO DESCONTAMINACION DE AREAS AMBIENTALES. Estas normas no solo deben ser cuidadosamente seguidas por el odontólogo, docentes y estudiantes, sino hacer que las cumpla el personal auxiliar y técnicos de Rayos X, de laboratorio, aseadoras etc.

7.2. MANEJO ASISTENCIAL DEL PACIENTE HIV POSITIVO Y DEL PACIENTE CON SIDA

Enfoque General: El paciente HIV positivo (sero positivo) y el paciente SIDA deben ser considerados, al igual que todo ser humano, como ser integral con componentes igualmente importantes entre sí: el SICOLOGICO, el SOMATICO y el SOCIAL.

En los aspectos SICOLOGICO Y SOCIAL son individuos fuertemente golpeados por el rechazo de la familia y de la sociedad y por la indole irreversible de su afección lo cual en el paciente SIDA se ve particularmente amplificado por su cercanía a la muerte.

Universalmente las instituciones gubernamentales de salud han postulado como política la asistencia de estos dos tipos de pacientes de manera gratuita a fin de velar por su salud INTEGRAL mediante la labor interdisciplinaria de todas las profesiones y con el propósito de evitar el contagio-propagación de la enfermedad.

El odontólogo debe abordar este campo específico de su profesión con un CRITERIO PURAMENTE INTEGRAL, así sea que su campo específico y directo de labor asistencial sea el somático; de lo contrario podrá acarrear más mal que bien al paciente.

Una vez explicado el enfoque global del manejo asistencial de estos dos tipos de pacientes se pasa a determinar las pautas que han de conducir la labor profesional de odontólogo al respecto.

7.2.1. Comportamiento psicológico y social. El paciente HIV positivo es un individuo con un estigma en su mente, quien ha debido enfrentarse al trauma de un dictamen médico muy adverso; en el momento de su consulta al odontólogo ha debido superar o está superando sentimientos de rechazo a la sociedad o de ansiedad o de angustia, depresión de agresividad.

Se requiere en el odontólogo y en el personal auxiliar un gesto de amabilidad, un porte cordial hacia el paciente despojando de ansiedad al mismo no solo en cuanto a la aprehensión por el procedimiento y el temor de ser discriminado. Se aprovecha la primera visita para motivarlo y educarlo acerca de la importancia de la salud como componente importante con el contexto de la salud general.

Es por tanto, dentro del terreno de la ética, una altísima responsabilidad y un ineludible deber del odontólogo brindar asistencia a estos pacientes, sin rechazo, ni discriminación, ni desprecio, ni temor. El miedo de atender pacientes HIV positivo o pacientes SIDA indican o bien IGNORANCIA o bien FALLA ETICA en el odontólogo y su personal auxiliar, una y otra vez condenado por la Ley o por las normas disciplinarias del gremio; sobra decir que la ignorancia se relaciona con el desconocimiento de lo consignado en la monografía.

Desde luego que para cumplir con este deber el odontólogo y el personal auxiliar está en su derecho de exigir los recursos indispensables para prevenir el contagio.

En este aspecto es necesario definir los campos de acción asistencial odontológica respecto a:

- Paciente HIV positivo sin linfadenopatía múltiple (GRUPO II) o con linfadenopatía múltiples (GRUPO III) Paciente con SIDA (GRUPO IV).

7.2.2. Paciente HIV positivo grupo II Y III Las justificaciones y propósitos de la demanda asistencial odontológica para estos pacientes son:

- Mantener la política universalmente aceptada de la interdisciplinaria en el manejo de estos pacientes.
- Brindar expectativas de vida con buena salud oral a los pacientes.
- Prevenir la infección oral en estos pacientes ya sea en el nivel primario de preservación de salud o en la limitación del daño ya existente, a fin de evitar al máximo su paso al Grupo IV por causa de un deterioro en cavidad oral debida a infecciones bacterianas, micóticas o virales sobre-agregadas y/o por enfermedades periodontales o cariosas no controladas oportunamente.

Para alcanzar los propósitos anteriores se requiere que el odontólogo desempeñe eficientemente las siguientes funciones y actividades:

- Examen periódico del paciente incluyendo control de placa y fase I de manejo periodontal por lo menos cada dos meses.
- Con base a un juicio clínico adecuado se debe establecer prioridades en el plan de tratamiento, como son detartrajes supra y sub-gingival, remoción de caries, tratamiento de conductos rehabilitación de superficies cariadas y aplicación de fluor cada dos meses.

Remoción de focos sépticos

En presencia de síntomas y signos agudos por focos sépticos (abscesos, celulitis, osteomielitis) el tratamiento será):

Penicilina V Potásica, 2 gms./día. vía oral durante 5 a 10 días, hasta obtener la remisión total de los síntomas
Metronidazol 500 mgs. vía oral cada 8 horas.

Penicilina procainica vía intramuscular o Penicilina cristalina, por vía intravenosa de 20 a 40.000 unidades por kilo de peso al día, más metronidazol i.v. al 5% para perfusión, cada 8 horas. En casos severos durante 5 a 10 días según la evolución del caso.

Si se encuentra que el paciente está en periodo de crisis o se identifican estados de ánimo como depresión, ansiedad o excitabilidad, es conveniente realizar una remisión al psicólogo o al asesor en SIDA pues siempre será importante descartar afecciones psicológicas severas o determinar si no hay compromiso neurológico. El asumir actitudes paternalistas o de sobreprotección, puede ser perjudicial para el paciente.

En todos y cada uno de los procedimientos odontológicos se deben seguir las normas de bioseguridad, para prevenir no solo la transmisión del VIH, sino para no dar cabida a generar infecciones concomitantes como la hepatitis B, durante la consulta odontológica.

Si el paciente es sintomático se debe poner mayor atención a la preservación de los tejidos, evitando la propagación de infecciones bucales que le permitan a la persona comer y nutrirse adecuadamente. Habrá que tener el concepto médico, a la hora de realizar destartrajes o procedimientos que puedan llevar sangrado, cuando el paciente presente defectos en la coagulación (púrpuras trombocitopénicas). igualmente para establecer que los tratamientos indicados no tengan interacción con otros medicamentos que puede estar recibiendo el paciente.

Candiasis Oral: Se puede iniciar tratamiento tópico con Nistatina o Miconazol al 2%.

Mucositis Oral: Al igual que la xerostomía, que no es infrecuente, o que las estomato-pirosis inespecíficas secundarias a medicamentos, el tratamiento de la mucositis oral contempla el uso de **BENCIDAMINA** al 1.5% pura o diluida según tolerancia de cada paciente. La xerostomía también se puede tratar paliativamente con enjuagues de glicerina a la cual se le agregan 5 gotas de jugo de limón.

Úlceras Orales: Aparte de una dieta líquida o blanda según sea el caso, se debe dar el siguiente tratamiento:

- Aplicación de un anestésico tópico en forma de jalea o gel.
- Limpieza de las úlceras con agua bicarbonatada (Una cucharadita de bicarbonato en medio vaso de agua tibia).
- Enjuagues con tetraciclina x 250mgs. jarabe o cápsulas de igual concentración disueltas en agua tibia. Estos enjuagues deben permanecer en la boca por cinco minutos. Realizar dos veces al día durante 5 días.
- Alternar con enjuagues de antihistamínicos en presentación de jarabe o de bencidamina para uso oral.

Todos estos enjuagues son de tipo paliativo más que curativo. Debe contemplarse la posibilidad de que las úlceras sean de etiología viral (herpes, citomegalovirus), por lo cual debe hacerse una interconsulta al médico tratante a fin de establecer los tratamientos antivirales que eviten una posible complicación meníngea, pulmonar o gastrointestinal.

7.2.3. Paciente con SIDA Grupo IV: Para este paciente cuentan las consideraciones psico-sociales del paciente HIV positivo con el agravante que halla doblemente afligido en el aspecto psicológico por el empeoramiento, el deterioro, su confinamiento a un hospital separado de su familia y de su núcleo social; además su comportamiento puede verse influenciado por daño en su sistema nervioso central inherente al grupo IV que lo compromete en este momento; las pautas de manejo odontológico son las siguientes.

- Mantener la política universalmente aceptada de interdisciplinaridad asistencial en salud a estos pacientes.

- Ofrecer un estado de vida decoroso en lo posible manteniendo su boca en la mejor forma para alimentarse y hablar adecuadamente.

- Prevenir la infección oral en estos pacientes a nivel primario o en la preservación de la salud aún existente en los tejidos orales.

- Limitar la propagación de infecciones presentes en boca y evitar al máximo que el deterioro final se desencadene por septicemia, bacteremia de origen oral o por incapacidad de alimentarse mediante esta vía.

- Para buscar y lograr los objetivos enunciados en los cuatro puntos inmediatamente anteriores se requiere que el odontólogo y su personal auxiliar desempeñen eficientemente las siguientes funciones.

- Examen periódico del paciente incluyendo control de placa y fase I de manejo periodontal por lo menos de cada mes.

- Remoción de caries rehabilitación de las superficies cariadas y aplicación de fluor cada mes.

- Destartrajes supra y subgingivales siempre que se hallen presentes cálculos, placa, y contando con aprobación del médico tratante en lo relativo a posible complicaciones por deficiente hemostasia (púrpuras trombositopénicas) o por riesgo de bacteremias creadas

por los destartrajes, caso este último que requerirá quimio-profilaxis antimicrobiana, siempre y cuando sea compatible con el estado y otras medicaciones en el paciente.

- Remoción de los focos sépticos previa quimioterapia antimicrobiana que será establecida de común acuerdo con el médico tratante, o utilizando eficazmente la historia clínica si el paciente está siendo atendido institucionalmente. Dado el manejo integral del paciente en que ha de tenerse en cuenta quimioterapias de todo tipo las cuales indefectiblemente deben estar ya establecidas en razón de otros cuadros infecciosos en el paciente.

- Preservación de la mucosa oral en el mejor estado posible empleando antimicóticos locales (Nistatina, Micozanol 2%) en caso de candidiasis.

- Preservación de la mucosa en el mejor estado posible en caso de mucositis oral o de estomato-pirosis inespecífica o secundarias a medicamentos sistémicos empleados o xerostomias que no es infrecuente en estos pacientes, empleando bencidamina en cada paciente. También la xerostomía se puede tratar paliativamente con glicerina 100 cc adicionada con 5 gotas de jugo de

limón en cada enjuague.

- A los pacientes con úlceras, orales, además de dieta líquida o blanda según el caso, debe adoptarse el siguiente manejo.
- Aplicación de anestésico tópico en la presentación de un unguento gel.
- Limpieza de las úlceras con agua bicarbonatada (una cucharadita de bicarbonato en medio vaso de agua tibia).
- Enjuague con tetraciclina 250 mgs suspensión o jarabe, o tabletas de igual dosis pulverizadas y disueltas en agua tibia; estos enjuagues deben permanecer en boca por 5 minutos, con frecuencia de cada 12 horas y duración de 3 a 5 días.
- Alternar con enjuagues de antihistamínicos con presentación de jarabe o con enjuagues de bencidamia para uso oral (1.5% diluido a tolerancia del paciente).

Todos estos enjuagues indican un manejo paliativo más que terapéutico - curativo. Sin embargo, de contemplarse la posibilidad de que las úlceras sean de ETIOLOGIA VIRAL

(herpes, citomegalovirus) SE DEBE HACER DE INMEDIATO INTERCONSULTA CON EL MEDICO TRATANTE por requerir de urgencia terapia antiviral de fondo a fin de neutralizar eventual compromiso meníngeo, pulmonar, gastro-intestinal con sus letales consecuencias.

- Manipulación suave de los tejidos orales dada su fragilidad incluyendo la necesidad de lubricar con aceite de maiz u otros vegetales los labios, comisuras, bordes de lengua y carrillos, humedecer moderadamente rollos de algodón o gazas antes de aplicarlas a fin de contrarestar la deshidratación de las mucosas.

- Las prótesis mucosoportadas deberán ser sanitizadas diariamente con cloruro de benzaconio 1:750 además de agua y jabón antiséptico, hipoclorito de sodio 1%, pues la cándida tiene afinidad por adherirse al acrílico.
Recordar que la clorhexidina gluconato y la mistatina tiene por separado acción anti-candidasica local eficaz pero que se antagonizan si se usan conjuntamente.

- En estados terminales los tratamientos de odontología se deben limitar a controlar el dolor, limitación de la infección, remoción de la placa bacteriana con gluconato de clorhexidinacon, limpieza muy suave

mediante isopos de algodón (aplicadores) o en igual forma cloruro de benzalconio 1:500. (experiencia en el Hospital San Juan de Dios, bogotá, Departamento de Salud Oral. Los tratamientos agudos de infección de origen dental solo podrán ser tratados con medicamentos sistémicos antimicrobianos y analgésicos de común acuerdo con el médico.

- Hacer interconsulta oportuna con psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social si se observan cambios depresivos, de ansiedad o excitabilidad.

7.2.4. En todos los procedimientos deben seguirse las siguientes normas:

- Para evitar posibles sobre infecciones hacia el paciente dado su carácter de inmuno supresión que empeorarían así su estado clínico, para lo cual se requieren horarios y sitios específicos en las instituciones cuyos recursos lo permitan, en instituciones con disponibilidad de un solo consultorio se sugiere destinar días específicos para procedimientos electivos, pero las urgencias deben ser obviamente atendidas en sus debidos momentos.
- Para evitar contaminación al propio odontólogo y

personal auxiliar, personal de aseo y otros pacientes con los gérmenes propios de la infección oportunista que esté comprometiendo al paciente SIDA.

- Tener precaución por los trastornos hemorrágicos que puedan sobrevinir en estos pacientes dada su deficiente hemostasia empleando todas las medidas locales al respecto; (hemostáticos locales, suturas delicadas, remoción de esquirlas y cuerpos extraños).



8. DISEÑO METODOLOGICO

Tomamos como punto de partida tres institutos médico - odontológico especializados en la atención de pacientes HIV positivo en las diferentes etapas de la enfermedad y en las distintas edades de las personas que asisten a estos centros.

Los sitios a los cuales se hace referencia son la Fundación Eudes, Casa Martha y María.

Estos lugares fueron referidos por un odontólogo docente del Colegio Odontológico Colobiano. Dr. Javier Cortés A. a los cuales se les solicitó algunas citas en cuyas visitas se alcanzaron los conocimientos para el desarrollo para el mejor desarrollo teórico - práctico del trabajo aquí presentado.

Respecto a la parte práctica, la grabación del video, fué muy particular, pues la verdad se esperaba un manejo más complejo de la situación. (Atención odontológica del

paciente HIV positivo). Se entendieron luego las razones por las cuales es diferente, puesto que ellos atienden pacientes con SIDA solamente. Entonces se realizo el video adaptándolo y haciéndolo ver más cerca a la realidad de un consultorio Particular.

RECURSOS

- Humanos:

- Personal docente clínico (Dr. Javier Cortés A).
- Personal clínico (Fundaciones mencionadas).
- Pacientes portadores HIV
- Psicóloga Fundación Eudes
- Camarógrafo - Editor
- Digitadora (computador)
- Bibliotecarios Universidad nacional, Colegio Odontológico Colombiano, Universidad Javeriana, Hospital Militar, Hospital San Juan de Dios (Bogotá)
- Personal Tipografía
- Nosotras las cinco (5) integrantes del grupo.

- Físicos

- Costo Videos
- Costo Camarógrafo
- Costo Edición videos VHS (2)
- Costo trabajos en computador (3)
- Costo empastar trabajos escritos (3)

9. CONCLUSIONES

Siempre debemos recordar la premisa fundamental, razón por la cual nos inclinamos a la realización del presente trabajo, y es que toda persona deberá considerarse como potencial transmisora del HIV; por tanto las medidas de bioseguridad aquí tratadas y mostradas han de ser universales para cualquier Centro de Salud Médico - Odontológico.

Tampoco se puede excluir ni reprimir al paciente portador del virus HIV (cualquiera que sea su estado) de nuestros servicios odontológicos porque así lo declara la ley. (Ley 35 de marzo 8 de 1989); por el contrario, hacer sentir en lo posible al paciente, como un paciente "sano".

Siendo el virus HIV un virus letal que compromete la vida de miles y quizá ya de millones de seres humanos se admite que la **PREVENCION** es el manejo más racional y efectivo para mantener la salud.

Corresponde indudablemente, la responsabilidad al odontólogo, de contribuir en el control del contagio y propagación del flagelo; y además es un deber para el profesional participar en la educación del paciente y también de su personal auxiliar.

Depende del odontólogo el conocer y aprender a manejar las barreras de bioseguridad, actualizándose cada día con los alcances de la ciencia y la técnica mundial, porque la ignorancia y el poco conocimiento de la enfermedad lleva a un deficiente control de contagio, a un alto riesgo de enfermedades profesionales y a un trato humano de escasa calidad hacia los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- CARRANZA, Fermin. Periodontología Clínica de Glickman. Nueva Editorial Interamericana. Sexta Edición 1986; México D.F.
- DE CANALES, DE ALVARADO. Metodología de la Investigación Editorial Limusa. 1986; Mexico D.F.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Salvat Editores. 1980; Barcelona España.
- GUERRERO, Arturo. Un Faro en la Nave de los Locos. Revista A Vivir. Ministerio de Salud. # 1 Diciembre 1992; p. 5-8
- JAWETZ, Ernest. Microbiología Médica. Editorial Manual BModerno. Decimotercera Edición. 1990; México D.F.
- KLEIN RS, et al. Periodontal Disease in Heterosexuales with AIDS. J. PERIODONTAL 1991; 62 (8): 535 - 540.
- LEVINE Robert, Glick M. Periodontitis de progresión rápida como un importante marcador en la enfermedad de HIV. Compendio de educación continuada. Año 8 # 3 1992/93.
- LINDHE, JAN. Periodontología Clínica. Editorial Médica Panamericana. 1986; Buenos Aires. Argentina.
- LUCHTE. Heimdahl A and Nord CE Periodontal disease in HIV infected patientsun relation to lymphocyte subsets and specific micro-organisms. J Clin Periodontal 1991: 18:252 - 256.
- MONCADA, Orlando. Herazo Benjamín. Morbilidad Oral. Estudio Nacional de Salud. 1977 - 80 Ministerio Nacional se Salud Bogotá, 1981.

- PALMER GD. Morgan PR an Challacombe. T-cell lymphoma associated with periodonal disease and HIV infection. Clin periodontol 1993; 20; 378-380.
- PINDBORGJJ. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral. Salvat Editores. Cuarta Edición. 1989; Barcelona España.
- RAMS T. et al. Microbiological Study of HIV Related Periodontitis. J. periodontol 1991: 62: 74-81.
- ROSENSTEIN David et al. HIV Associated Periodontal Disease: New Oral Spirochete Found. Jada Vol. 124 July 1993; p. 76-80.
- ROBINSON P: Periodontal Disease and Infection A review of the literature. J.Clin Periodontol. 1992; 19: 609-614.
- MC DONALD, Avery. Odontologia Pediátrica y del Adolescente. Editorial Médica Panamericana. Quinta Edición. 1992; p. 585-587.
- ROJAS, William M. Inmunología. CIB. Séptima Edición. 1988; p. 265, 314, 434.
- SIDA y el Problema Bucal. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica. 1987.
- SIDA. El Desafío Comtemporáneo. Asociación Colombiana de Profesionales Universitarios. 1987.
- QUE ES EL SIDA y Como Prevenirlo. Editorial Norma. 1994.

ANEXOS

H.C. No _____

Fecha _____

ANAMNESIS PROXIMA

1. ENCABEZAMIENTO

NOMBRES Y APELLIDOS _____

EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

PROCEDENCIA _____ OCUPACION _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

2. MOTIVO DE CONSULTA _____
_____3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (Cómo?- Cuando?-Qué?)

ANAMNESIS REMOTA

1. ANTECEDENTES PERSONALES (Sistemas)

ANTECEDENTES

1. Se encuentra actualmente bajo tratamiento o ha sido tratado por un médico en los últimos años_____
2. Toma actualmente un fármaco o lo ha tomado con anterioridad cuál?_____
3. Le han practicado alguna intervención quirúrgica, o fué hospitalizado durante los últimos cinco años porqué?_____
4. Qué enfermedades ha padecido desde que contrajo el virus?_____
5. Ha presentado cambios de peso sin estar realizando una dieta?_____

EXAMEN FISICO

- a) SIGNOS VITALES 1. T.A. _____ 3. T^o _____
2. F.R. _____ 4. Pulso F.C. _____ Ritmo
- Amplitud _____

- b) REVISION POR SISTEMAS _____

c) EXAMEN CAVIDAD ORAL _____

d) EXAMEN PERIODONTAL

CARACTERISTICAS ANORMALES EN MUCOSAS (labios,
mejillas, piso de boca, lengua, paladar duro,
frenillos paladar blando)

Observaciones _____

ENCIAS

Color: _____

Aspecto: _____

Consistencia: _____

Papilas: _____

IRRITANTES

Cálculos supragingivales: _____

Cálculos subgingivales: _____

Restauraciones deficientes: _____

TRAUMATICO: _____

IMPRESIONES DIAGNOSTICAS

1. ORALES 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

2. SISTEMICAS 1 _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

ORALES 1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

SISTEMICOS

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

PRONOSTICO: ORAL _____ SISTEMICO _____

EVOLUCION

ESTUDIANTE

PACIENTE

Vo/Bo DOCENTE