Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social

Documento Derogado

MANUAL PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN LA PRÁCTICA ODONTOESTOMATOLÓGICA

Programa Nacional
ITS VIH SIDA
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
El Salvador

Documento Derogado

MANUAL PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN LA PRACTICA ODONTOESTOMATOLÓGICA

Documento Derogado

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS/VIH/SIDA

REPÚBLICA DE EL SALVADOR
SEPTIEMBRE 2004

Documento Derogado

AUTORIDADES

Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro

Dr. José Ernesto Navarro Marín
Viceministro

Dr. Humberto Alcides Urbina
Director General de Salud y
Aseguramiento de la Calidad

Dr. Roberto Rivas Amaya
Director de Regulación

Dr. Rodrigo Simán Siri
Jefe Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Documento Derogado

Documento Derogado

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
REPÚBLICA DE EL SALVADOR, C.A.

HOY SE EMITIÓ LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL No. 2326. "Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, a los cuatro días del mes de octubre del año dos mil cuatro. De conformidad a lo establecido en el Art. 42 Inc. Segundo del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, esta Secretaría de Estado **RESUELVE**: Aprobar la Revisión y Actualización del "**Manual para el Control de Infecciones en la Práctica Odontoestomatológica**", el cual contiene las líneas de acción para el desarrollo de la práctica odontológica segura. Queda sin efecto la Resolución Ministerial No. 691 de fecha 17 de septiembre del año 2001, por medio de la cual se aprobó el "**Manual de Bioseguridad para el Control de Infecciones en Estomatología e Infecciones Relacionadas a las ITS/VIH/SIDA**". **HAGASE SABER**. El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, (F). MAZA B."

Lo que transcribo a usted para su conocimiento y efectos consiguientes.

Documento Derogado

DIOS UNIÓN LIBERTAD

DR. JOSÉ GUILLERMO MAZA BRIZUELA
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Documento Derogado

EQUIPO TÉCNICO ASESOR PARA LA ELABORACIÓN DEL MANUAL PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN LA PRÁCTICA ODONTOESTOMATOLÓGICA:

Dra. Sara Virginia de Bonilla	Programa Nacional Salud Bucal,MSPAS
Dr. Julio César Jiménez	Programa Nacional Salud Bucal,MSPAS
Dr. Azael Jovel Membreño	Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, MSPAS
Dr. Mauricio Zarate Jovel	Equipo Técnico de Zona Central, MSPAS
Dr. Mario Martínez Calderón	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dr. Salvador Antonio Marenco	Hospital Militar
Dr. Marco Antonio Alvayero	Sistema de Seguridad Social Magisterial

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL RECONOCE LA VALIOSA COLABORACIÓN A LOS DIFERENTES ODONTOESTOMATÓLOGOS E INSTITUCIONES QUE REPRESENTAN A:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Comando de Sanidad Militar
- Sistema de Seguridad Social Magisterial
- Sociedad Dental de El Salvador
- Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica
- Universidad de El Salvador
- Universidad Salvadoreña “Alberto Masferrer”
- Universidad Evangélica de El Salvador
- Universidad Autónoma de Santa Ana
- Universidad Nueva San Salvador
- Asociación Salvadoreña de Periodoncia
- Asociación de Odontólogos Cristianos
- Asociación de Mujeres Odontólogas de El Salvador
- Sociedad Salvadoreña de Odontología Infantil

Documento Derogado

Documento Derogado

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 11

II. NATURALEZA 13

III. OBJETIVOS 14

IV. CONTROL DE LA INFECCIÓN EN LA PRÁCTICA ODONTOESTOMATOLÓGICA 15

A) Formas de transmisión de Microorganismos 16

B) Principios básicos para el control de infecciones en la práctica Odontoestomatológica 16

C) Medidas de Protección del Personal de salud 17

D) Medidas de Protección al Paciente 28

E) Medidas de protección al Instrumental, Equipo y Superficies 29

F) Manipulación y Disposición de Desechos Sólidos 37

G) Control de la Infección en Especialidades Odontológicas 39

V. ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN OCUPACIONAL EN LA PRÁCTICA ODONTOESTOMATOLÓGICA 45

A) Hepatitis 45

B) Herpes Simple 50

C) VIH/SIDA 51

D) Otras Infecciones 59

VI. CONDUCTAS FRENTE A ACCIDENTES DE TRABAJO 62

VII. GLOSARIO 66

VIII. ANEXOS 68

IX. BIBLIOGRAFÍA 78

Documento Derogado

Documento Derogado

I. INTRODUCCIÓN

Tomando como base el papel Rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), se ha invertido en Normalizar e impulsar procesos que se encaminan al abordaje exitoso de la problemática de salud, con los principios básicos de corresponsabilidad de las diferentes Instituciones que ofertan estos servicios, enfatizando en el desarrollo de una práctica con conceptos claros de calidad y calidez; estableciendo como meta primordial, la universalidad de brindar los servicios de salud independientemente de la condición social, económica, religiosa y cultural del usuario.

Es así como el Programa Nacional de Salud Bucal y el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA consientes del papel primordial del Cirujano Dental dentro del equipo multidisciplinario de salud y de la intervención oportuna en el proceso salud-enfermedad de la población salvadoreña, han coordinado con el sector la elaboración de la presente herramienta regulatoria con el objeto de fortalecer los Sistemas Básicos de Salud Integral(SIBASI) y todos los establecimientos del Sector Salud del país.

En la última década la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ha producido entre los Cirujanos Dentales la atención sobre los signos tempranos de enfermedades sistémicas y oportunistas desarrollados en cavidad bucal, particularmente las enfermedades infectocontagiosas. Dentro de esta nueva realidad, la inclusión de otras prioridades como la atención a Personas que Viven con VIH/SIDA(PVVS), es un compromiso para los programas en los diferentes escenarios de la práctica odontolestomatológica, como son los establecimientos de salud pública en sus diferentes niveles, Instituciones Formadoras de recursos, la Seguridad Social, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial, Organizaciones no gubernamentales y la práctica privada, no solo haciendo énfasis en el reconocimiento diagnóstico de la enfermedad, sino reduciendo el riesgo de contaminación e infección cruzada en la práctica clínica a través de la implementación rigurosa y ética del protocolo de Bioseguridad para el control de infecciones.

Entre las enfermedades ocupacionales más comunes en la práctica odontoestomatológica se destacan la Hepatitis B como la de la

Documento Derogado

mayor riesgo de contaminación, el Herpes como la de mayor frecuencia y el SIDA que a pesar de ser la de menor riesgo ocupacional es la que más atemoriza y compromete a los profesionales a poner en práctica las medidas universales de Bioseguridad. Esto se debe a los aspectos psicosociales y emocionales que todavía se asocian a ella.

El Cirujano Dental, como profesional de la salud es integrante del equipo multidisciplinario que es capaz de reconocer las alteraciones locales y/o sistémicas en las PVVS, pues en el transcurso de la epidemia, innumerables signos se han observado en el aparato Estomatognático especialmente en cavidad bucal las cuales son consideradas predictoras o señales iniciales de la enfermedad. Eso destaca la importancia del profesional del área en el control del VIH/SIDA, llevando a la práctica su rol en la prevención diagnóstica y terapéutica de la enfermedad.

El presente Manual se constituye así, en un recurso técnico-científico adicional que poseen los profesionales de la salud para el Control de Infecciones en la práctica Odontoestomatológica, así como para la asistencia a las enfermedades con manifestaciones bucales.

Documento Derogado

II. NATURALEZA

Los procedimientos Odontoestomatológicos no son la causa directa de las infecciones cruzadas, sin embargo el ambiente y la forma en que son realizados aumentan el riesgo de contaminación con microorganismos patógenos que pueden trasmitir gran número de infecciones durante la practica clínica.

Actualmente en todo el mundo se reconoce como un problema de salud pública la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y como parte del equipo de profesionales de la salud el Cirujano Dental está expuesto a tratar, conciente o no, a Personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), sin embargo esta epidemia no es la única razón para la aplicación de normas de Bioseguridad durante la práctica odontoestomatológica.

El Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) afirma que la posibilidad de infectarse con el VIH a consecuencia de una punción durante la práctica clínica es de 0.4% (4 de cada mil casos) a diferencia del Virus de la Hepatitis B (VHB) cuyo porcentaje varía entre 30 y 60 %, (3 a 6 de cada diez casos) y aún así la epidemia por VIH/SIDA atemoriza a los Cirujanos Dentales mucho más que cualquier otra entidad nosológica.

Para ampliar conocimientos a los Cirujanos Dentales en el tema de la Bioseguridad, el MSPAS elaboró y publicó el “Manual de Bioseguridad para el control de infecciones en Estomatología e infecciones relacionadas a las ITS/VIH/SIDA” en Septiembre de 2001, con el propósito de solventar las deficiencias en la aplicación de medidas de Bioseguridad. En esta ocasión se presenta la actualización de criterios universales para fortalecer el Control de Infecciones.

Documento Derogado

III. OBJETIVOS

General

Fortalecer la práctica clínica entre los Cirujanos Dentales y demás personal de salud, mediante la estandarización de procedimientos de Control de las Infecciones en los consultorios Odontoestomatológicos.

Específicos

- Evitar que la práctica odontoestomatológica se convierta en fuente de propagación de enfermedades como la infección por VIH/SIDA u otra enfermedad infectocontagiosa.

- Informar al profesional y personal auxiliar de Odontoestomatología sobre el riesgo de adquirir enfermedades infectocontagiosas durante la práctica clínica.

- Viabilizar la atención Odontoestomatológica a Personas que Viven con VIH/SIDA, pacientes con Hepatitis B y cualquier paciente con alguna condición inmunodepresiva.

- Establecer acciones coordinadas con los diferentes organismos que trabajan para el control y prevención de las ITS/VIH/SIDA en el País.

Documento Derogado

IV. CONTROL DE LA INFECCIÓN EN LA PRÁCTICA ODONTOESTOMATOLÓGICA

Los Cirujanos Dentales están en constante riesgo de adquirir enfermedades en el ejercicio de sus prácticas clínicas. Es de responsabilidad de este profesional la orientación del personal de salud a su cargo y la supervisión del control de la infección en la práctica Odontoestomatológica, a través de la implementación de las medidas de Bioseguridad en el ámbito de trabajo.

El control de la infección debe impedir la contaminación de microorganismos en lugares donde ellos no existen previamente y evitar aportar nuevos agentes al área ya contaminada, garantizando la seguridad de los pacientes y del personal de salud. Para que en el consultorio odontológico se mantenga con un efectivo control de la infección, durante la realización de procedimientos clínicos es necesaria la desinfección y esterilización de los instrumentos, equipos y áreas de trabajo para evitar transmitir una infección exógena.

En odontología, todos los instrumentos deben ser clasificados como críticos debido a que los procedimientos son realizados siempre en ambientes con presencia de secreciones orgánicas (saliva, sangre y otros).

Una de las medidas de protección para el Cirujano Dental, personal auxiliar y paciente es la Anamnesis. Ésta es la primera y una de las más importantes medidas de protección ya que a través de la anamnesis es posible obtener datos respecto a la historia médica-odontológica personal pasada y presente del paciente.

Se debe brindar real importancia a esta etapa, pues es a través de ella que es posible constatar si el paciente se ha realizado transfusiones de sangre o si fue contaminado con algún agente patogénico, si usa drogas, etc.

Se deben considerar situaciones específicas sobre su historia médica-odontológica actual y pasada, medicamentos que el paciente esté tomando, enfermedades sistémicas (diabetes, hepatitis, cardiopatías, tumores, epilepsia), pacientes con

Documento Derogado

transplantes de órganos, condiciones fisiológicas (lactancia y gestación). Es necesario hacer énfasis en signos y síntomas de enfermedades oportunistas que pueden orientarse a una posible inmunodeficiencia.

Todos los pacientes deben ser considerados potenciales portadores de enfermedades infectocontagiosas por el hecho de desconocer su situación serológica, se debe realizar una buena historia médica-odontológica así como la utilización de pruebas de laboratorio y el examen físico.

A) FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LOS MICROORGANISMOS

La Transmisión de los microorganismos puede ocurrir de la siguiente manera:

- Contacto directo con lesiones infectadas.
- Transmisión indirecta a través del objeto contaminado (transmisión cruzada).
- Gotículas de sangre, saliva o secreciones directamente sobre la piel o mucosas con discontinuidad en su superficie que facilite el ingreso directo de las secreciones.
- Inhalación de microorganismos en suspensión ya sea por los aerosoles producidos durante el uso de los instrumentos rotatorios y ultrasónicos o por tos, estornudos y habla.

B) PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN LA PRÁCTICA ODONTOESTOMATOLOGICA

Todo el personal de salud integrante del equipo de trabajo Odontoestomatológico debe implementar las siguientes medidas:

- Practicar medidas de Bioseguridad para proteger la salud del personal de salud a su cargo.
- Evitar contacto con todo tipo de secreciones y materia orgánica de pacientes.
- Limitar la propagación de microorganismos, a través de medidas antisépticas.
- Mantener equipo y mobiliario limpio y desinfectado.

Documento Derogado

C) MEDIDAS DE PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Hepatitis virales, VIH/SIDA, Difteria, Rubéola, Sarampión, Influenza, Parotiditis y Tuberculosis, son algunas enfermedades que dentro de la práctica diaria pueden contaminar al Cirujano Dental y personal de salud a su cargo.

Entre estas enfermedades, la Hepatitis B, asociada al Cáncer hepático, merece destacarse especialmente por ser la enfermedad ocupacional infecciosa más frecuente en la practica Odontoestomatológica.

Las medidas relevantes para la protección de los profesionales son:

1° La vacunación
2° La Operativización de las normas de control de infección ó precauciones de Bioseguridad.

Documento Derogado

C.1. VACUNACIÓN

La vacunación reduce el riesgo de infección y por consiguiente, protegen la salud del personal profesional y técnico del equipo de trabajo así como también la de sus pacientes y familiares.

Los servicios de salud pública, disponen de vacunas contra la Difteria (dosis para adultos), Hepatitis B, Rubéola y Sarampión. Todo el personal integrante del equipo Odontoestomatológico que no hayan contraído estas enfermedades o que no hayan sido inmunizados contra ellas deben ser vacunados antes de entrar en la práctica clínica. La inmunización debe ser prescrita a todos sin excepción.

A los profesionales de la salud que laboran en Instituciones públicas y privadas, se recomienda la vacunación contra el Tétanos, Hepatitis B y Tuberculosis esta última debe ser prescrita a todos los no reactivos (nódulo con diámetro menos de 5 mm.) y a los francos reactivos (nódulo con diámetro entre 5 y 9 mm.).

C.2. ESQUEMAS DE VACUNACIÓN

HEPATITIS B

Indicaciones:

Se debe de vacunar a todos los Estudiantes que ingresen a las Facultades de Odontología o Cirugía Dental, con el fin de garantizar

una protección precoz a una edad en que la respuesta a la vacunación es optima, así como al Cirujano Dental y el personal de salud a su cargo.

Contraindicaciones:
Hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna. No debe de aplicarse en personas con infecciones febriles severas. Sin embargo, infecciones leves no es contraindicación.

Uso en la lactancia:
Aunque se desconoce si existe la excreción por la leche, debido a que muchas drogas son excretadas por la leche materna, se prefiere evitar su aplicación en madres lactantes.

Reacciones adversas:
Dolor local, eritema y edema leve que dura alrededor de 2 días. Pocos probables efectos adversos sistemáticos: fiebre, cefalea, náuseas, mareo o fatiga. Si se presentan son leves.

Dosis y administración:
Vía Intramuscular en el músculo deltoides.

Esquema:

1a Dosis al ingreso de la Facultad de Odontología o Cirugía Dental o inicio de esquema para el Cirujano Dental y el personal de salud a su cargo.
2a Dosis un mes después de la primera dosis
3a Dosis 6 meses después de la primera dosis.

La dosis a administrar depende del tipo de biológico y de las recomendaciones del fabricante.

<u>TÉTANOS</u>

Indicaciones:
Se debe vacunar contra el Tétanos a todos los Estudiantes de Odontología sin antecedente de inmunización (comprobado por carné) durante la infancia o nacidos antes de 1992, a su ingreso a la Facultad de Odontología o Cirugía Dental, así como al Cirujano Dental y su grupo de trabajo.

Documento Derogado

Contraindicaciones:
Hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna.

Reacciones adversas:
Las reacciones son generalmente leves y confinadas al área de su aplicación. Puede ocurrir cualquier inflamación con fiebre transitoria, malestar e irritabilidad. Ocasionalmente puede formarse un nódulo en el lugar de la inyección pero esto es muy poco frecuente.

Dosis y administración:
Vía Intramuscular en el músculo deltoides.

Vacuna:

TT: Estudiantes y Cirujanas Dentales embarazadas.

Td: Estudiantes y Cirujanas Dentales no embarazadas y Estudiantes, Cirujanos Dentales y miembros del grupo de trabajo.

Esquema:

1a Dosis al ingreso a la Facultad de Odontología o Cirugía Dental o al inicio del esquema para Cirujanos Dentales y su equipo de trabajo.

2a. Dosis 1 mes después de la primera dosis.

3a. Dosis 6 meses después de la segunda dosis.

4a. Dosis 1 año después de la tercera dosis.

5a. Dosis un año después de la cuarta dosis.

La dosis a administrar dependerá del tipo de biológico y de las recomendaciones del fabricante.

C.3. MEDIDAS DE PROTECCIÓN UNIVERSAL (PRECAUCIONES ESTÁNDARES)

Es un conjunto de medidas para el control de la infección, que son adoptadas universalmente como forma eficaz para la reducción del riesgo ocupacional y de la transmisión de los microorganismos en los servicios de salud.

Documento Derogado

LA DENOMINACIÓN UNIVERSAL REFLEJA EL PRINCIPIO TÉCNICO QUE SE DEBE TRATAR A TODO PACIENTE COMO PORTADOR POTENCIAL DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS

Para establecer un control de infecciones debemos estar conscientes que tenemos que preparar el campo operatorio, el equipo de trabajo, los instrumentos a usar, el material necesario, con medidas de desinfección y esterilización así como proteger al paciente, a nuestro personal de apoyo y a nosotros mismos aplicando las medidas universales de Bioseguridad.

En el quirófano de un hospital, el nivel de la mesa quirúrgica es el nivel de demarcación de la asepsia; en el consultorio dental como no es un ambiente estéril, podríamos considerar los brazos del sillón dental o la cintura del operador, como una línea similar de demarcación y todo debajo de este nivel y en una circunferencia mayor de 3 metros se considerará contaminada, por lo cual se debe cumplir con los requisitos de control de infecciones.

Documento Derogado

C.4. MEDIDAS UNIVERSALES

Estas Incluyen:

- Lavado riguroso de manos(Anexo 1, fotografía 1 y 2)
- Uso de barreras o equipos de protección individual, guantes, mascarillas, protectores oculares, gabachas y gorros (Anexo 1, fotografía 3 y 4).
- La prevención de la exposición a la sangre y a los fluidos orgánicos, con especial énfasis en la prevención y el manejo adecuado de los accidentes de trabajo con corto punzantes(Anexo 1, fotografía 5 y 6).
- El manejo adecuado de procedimientos de desinfección y esterilización así como disposición temporal adecuada de desechos sólidos peligrosos en los servicios de salud y consultorios privados.

C.5. LAVADO DE MANOS

Lavar las manos antes y después de la utilización de guantes, es el procedimiento más eficiente para proteger la salud de los profesionales y pacientes.

La piel es densamente poblada por microorganismos y su flora bacteriana es clasificada en:

TRANSITORIA: Presente en la superficie de la piel, fácilmente removible con la adecuada limpieza de las manos. Se trata de una flora patogénica, compuesta principalmente por bacterias Gram (-) y estafilococos.

RESIDENTE: Presente en las capas más internas de la piel y dermis, exigiendo el uso de cepillado asociados con substancias químicas para su remoción. Esta flora es considerada patogénica solo cuando existe la pérdida de continuidad del tejido dérmico en procedimientos quirúrgicos e invada otras zonas anatómicas y en los paciente inmunodeficientes. Es compuesta por bacterias Gram (+).

El objetivo principal del lavado de manos es remover la mayor cantidad posible de microorganismos residentes y transitorios, al hacer esto podemos dañar la piel y su estrato córneo, es por esto imprescindible un correcto lavado de manos, así mismo mantener el Ph balanceado de la piel.

Deben considerarse las alergias e hipersensibilidad al elegir el detergente bactericida, este debe ser líquido y su reacción recae en la producción de una adecuada espuma.

Las manos deben ser lavadas:

- Inicialmente antes de atender a cada paciente y al ponerse los guantes.
- Inmediatamente a la remoción de los guantes.
- Cuando las manos fueren contaminadas en caso de accidente.

PASOS DE LAVADO DE MANOS EN PROCEDIMIENTOS DE RUTINA

El lavado previo a procedimientos de rutina (no quirúrgicos) debe ser realizado así:

- Retirar anillos, pulseras y relojes.
- Enjabonar las manos y la mitad del antebrazo por 10 segundos. El jabón debe ser líquido, hipoalergénico y bactericida.
- Lavar con abundante agua corrida y fría.
- Secar de preferencia con toallas de papel desechable.
- Cerrar la llave del agua con un accionador de pie, si este no está disponible, con toalla de papel o con ayuda de un auxiliar. Nunca tocar la llave después del lavado de las manos.

Documento Derogado

PASOS DE LAVADO DE MANOS EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

En el lavado de manos previamente a los actos quirúrgicos, los pasos son:

- Retirar anillos, pulseras y relojes.
- Utilizar jabón antiséptico y cepillo.
- Cepillar en este orden: Uñas, (también debajo de ellas) dedos, palmar y dorso de las manos y antebrazos, hasta el codo.
- Enjuagar con abundante agua corrida y fría.
- Secar con compresas estériles.
- Pasar un antiséptico a base de yodo y dejar secar.
- Poner los guantes de forma aséptica.

C.6. USO DE GUANTES

Son indispensables durante los procedimientos odontológicos clínicos, quirúrgicos y de laboratorio. Debe ser utilizado UN PAR EXCLUSIVO PARA CADA PACIENTE y posteriormente desecharlo. Por ningún motivo debe ser usado fuera del cubículo operatorio.

Los guantes deben ser utilizados para prevenir el contacto de la piel de las manos con sangre, secreciones o mucosas durante el procedimiento o para la manipulación del instrumental y superficies.

En el comercio hay diversidad de tipos de guantes, dependiendo de la finalidad y de su uso.

GUANTES PARA EXAMEN CLÍNICO

- Son guantes de látex, ambidiestros de tamaño pequeño, mediano y grande, no pueden ser reutilizados. Estos guantes tienen las desventajas de presentar puño corto y mala adaptación a las manos. Son generalmente vendidos en cajas de 100 unidades.

- Los guantes de plástico vinilo, conocidos también por ginecológicos, son guantes esterilizados, son descartables, de bajo costo, pueden ser usados en odontoestomatología como un segundo guante para evitar la contaminación del guante principal o la contaminación de aparatos de apoyo como por ejemplo al manipular el aparato de rayos X o la lámpara de fotocurado durante la atención clínica. Después del procedimiento deben descartarse en los recipientes o depósitos de desechos sólidos contaminados.

Documento Derogado

GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES Y DESECHABLES

- Son guantes esterilizados por medio de oxido de etileno o rayos gamma cobalto 60 con períodos de validez de esterilización variadas. Son embalados en sobres dobles individuales (mano derecha e izquierda) presentan tamaños que varían desde el 5.5 hasta el 9 según el fabricante.

Su uso esta indicado para todos los procedimientos especialmente en aquellos que haya invasión del sistema vascular, como cirugías bucodentomaxilofaciales, exodoncias, biopsias, implantología, cirugías periodontales y demás procedimientos que incluyan sangre, pus o cualquier otra secreción corpórea.

PASOS PARA LA COLOCACIÓN DE LOS GUANTES QUIRÚRGICOS

Este procedimiento debe ser realizado de la siguiente manera:

- Abrir el embalaje por las aletas y descartar el envoltorio sobre la mesa(Según anexo 2, fotografía 1).
- Desembalar los guantes cuidadosamente para no tocar su cara externa(Según anexo 2, fotografía 2).
- Tomar uno de los guantes por el puño, con el asa doblada por el lado externo, y será colocado por la mano opuesta(Según anexo 2, fotografía 3).
- Tomar el otro guante con el asa doblado por el lado interno y con la mano ya enguantada, colocar el otro(Según anexo 2, fotografía 4).
- Ajustar los guantes en las manos iniciando con los dedos y después cubrir el puño del delantal con el guante(Según anexo 2, fotografía 5).
- Mantener las Manos elevadas y sin tocar nada que no este esterilizado(Según anexo 2, fotografía 6).

GUANTES PARA LIMPIEZA Y DESCONTAMINACIÓN

Son guantes gruesos para limpieza general y descontaminación de instrumentos, equipos y superficies. Solo se desechan al presentar perforación o rasguños, deben ser lavados y desinfectados después de su uso (Anexo 2, fotografías 7 y 8).

RECORDATORIOS TÉCNICOS SOBRE EL USO DE LOS GUANTES

- Al utilizar guantes no se debe de manipular objetos fuera del campo de trabajo (lapiceros, fichas del paciente,

Documento Derogado

teléfonos y otros).

- Retirar los guantes de inmediato al término del tratamiento.
- No hacer contacto directo con la parte externa del guante al quitárselo.
- Lavar las manos posteriormente al retiro de los guantes.
- Los guantes no previenen las perforaciones de las agujas, pero está comprobado que ellas pueden disminuir la penetración de sangre hasta en un 50% de su volumen.
- Utilizar dos pares de guantes está formalmente indicado en procedimientos quirúrgicos de larga duración o con sangrado profuso, brindando protección adicional contra la contaminación.
- No procesar ni reutilizar los guantes por ninguna razón, por que durante el lavado pueden hacerse rupturas no visibles a simple vista, aumentando el riesgo de contaminación.
- Utilizar un par de guantes por cada procedimiento.
- Reemplazar los guantes cada 2 horas en procedimientos de extensa duración.

C.7. MASCARILLA

La mascarilla constituye la mejor medida de protección de las vías aéreas superiores contra los microorganismos presentes en las partículas de aerosoles producidas durante los procedimientos clínicos o al toser, estornudar o hablar. Estos aerosoles son considerados fuente de infección potencial de enfermedades respiratorias crónicas o agudas como el resfriado común, tuberculosis, parotiditis y otras.

Se deberá usar mascarilla siempre que se esté ante un paciente. Debe colocarse antes de realizar cualquier procedimiento intraoral (desde un procedimiento diagnóstico hasta una cirugía), esta debe ser cambiada diariamente, ya que una vez se encuentra húmeda se considera medio de contaminación, si se realiza un procedimiento invasivo se deberá cambiar la mascarilla al termino de éste.

La mascarilla para uso odontológico debe ser descartable, debe tener un índice potencial de filtración de 95 % el cual debe de ser solicitado al fabricante o distribuidor, debe cubrir nariz y boca. Se deberá evitar mantenerla colgada en el cuello. Cambiarla diariamente. ***POR NINGÚN MOTIVO DEBE SER DE TELA***, ya que estas tienen poca capacidad de filtración.

Documento Derogado

El uso adecuado de la mascarilla facial permite:

- Proveer comodidad y buena adaptación.
- Evitar el contacto con labios y fosas nasales.
- Evitar irritar la piel.
- Facilitar la respiración normal.
- No empañar el protector ocular.

C.8. PROTECTORES OCULARES

Los protectores oculares son anteojos especiales o caretas con pantalla que deben de ser usados para evitar que salpicaduras de sangre o secreciones corpóreas producidas durante la atención, penetren a los ojos del paciente, personal auxiliar o del operador. En odontología los vectores de las infecciones cruzadas en la conjuntiva son principalmente las grandes partículas, que de la boca del paciente son proyectadas durante los procedimientos clínicos por el uso de las piezas de mano, así también como la eyección de grandes partículas acuosas producidas principalmente por el uso de la jeringa triple.

Es necesario también el uso de anteojos protectores para los pacientes, esto con el objeto de protegerlos de productos irritantes, contaminantes y corto punzantes, además si se utilizan caretas con visor, que deben ser desechados diariamente.

Los protectores oculares más indicados para el uso del operador, poseen sellado periférico con buena adaptación al rostro, los anteojos comunes no ofrecen la protección adecuada. En el caso que el Cirujano Dental utilice anteojos de prescripción, se deberán colocar los protectores sobre los prescritos. Por su uso, deben ser descontaminados.

Recomendaciones:

- Cuando los anteojos de protección presentan suciedad sin la presencia de secreciones orgánicas deben ser lavados en aparatos de ultrasonido con solución detergente.
- Cuando los anteojos de protección presenten contaminación por secreciones orgánicas, además del lavado con jabón enzimático, en aparato de ultrasonido, deben de ser desinfectados con Glutaraldehído al 2% durante 30 minutos, bajo inmersión (el Glutaraldehído puede dañar las partes metálicas de los anteojos).

Documento Derogado

C.9. GORRO

Al estar trabajando con la pieza de mano y/o jeringa triple, el cabello se vuelve un área de contaminación, por lo cual se debe usar gorro protector que proporciona una barrera efectiva contra gotículas de saliva, aerosoles y sangre que pueden ser lanzados de la boca del paciente para el cabello del profesional y del personal auxiliar, o a su vez micro partículas que se desprenden del cabello del profesional y del personal auxiliar hacia la boca del paciente, cuando se encuentre realizando cualquier procedimiento operatorio, lo ideal es uno diario, ***NO SE DEBE USAR GORROS DE TELA.***

Por otra parte el uso de gorro impide que el profesional o el personal auxiliar trasporten a casa u otros lugares microorganismos que colonizaron sus cabellos durante la actividad clínica.

Recomendaciones:

- Sujetar el cabello sin dejarlo fuera del gorro.
- Colocar el gorro cubriendo todo el cabello y orejas
- Al retirar el gorro, sujetarlo por la parte superior central de manera que el gorro queda dentro del guante y se desecha.

NOTA: *LA MASCARILLA, GORRO Y LENTES DE PROTECCIÓN DEBEN COLOCARSE ANTES DE PONERSE LOS GUANTES Y RETIRÁRSELOS SIN GUANTES.*

C.10. GABACHA

ES NECESARIA E INDISPENSABLE PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAMINACIÓN Y DEBE SER UTILIZADA EXCLUSIVAMENTE EN EL ÁREA CLÍNICA.

Debe ser de color blanco para ser usada en el consultorio y en áreas de cirugía o salas de operaciones color verde. Sus mangas tienen que ser largas, cerradas hasta el cuello y con puños, abotonada, debe cubrir hasta las caderas. De preferencia debe ser descartable confeccionada de polipropileno o algodón.

Se debe evitar la manipulación de la gabacha contaminada, después de su uso debe ser acondicionada en bolsas plásticas y solo ser retiradas para su lavado. Ésta tiene que cambiarse diariamente. Debe ser lavada y desinfectada con una solución clorada.

Documento Derogado

El Gabachón debe ser utilizado siempre sobre la gabacha. No utilizar ropas comunes pues se contaminaran y serán fuentes de infección para el paciente, el profesional, su grupo familiar y amigos.

El gabachón debe tener el cuello alto y mangas largas, pueden ser desechables o no, debe cambiarse diariamente al igual que la gabacha, es imprescindible retirarlo todas las veces que el Cirujano Dental salga del consultorio.

EL GABACHÓN QUIRÚRGICO ESTERILIZADO, es el uniforme empleado para realizar cirugías, tiene un largo que cubre hasta las rodillas, son de manga larga con elástico en los puños, abierto por la espalda; los materiales de confección son los mismos que para la gabacha o el gabachón no quirúrgico. El gabachón estéril es colocado después que el profesional este debidamente equipado y haya realizado la acción germicida de las manos.

Documento Derogado

C.11. ZAPATERAS

Las zapateras se constituyen en una de las medidas más apropiadas para el control de la transmisión de microorganismos entre los diferentes ambientes del consultorio. Si son utilizadas en forma incorrecta, pueden intensificar la transferencia de microorganismos a diferentes lugares del consultorio como la sala de espera. Esto se debe al hecho que durante los procedimientos quirúrgicos las secreciones orgánicas pueden ser lanzadas al piso y pueden ser pisadas favoreciendo la diseminación de microorganismos.

Recomendaciones:

- Pueden ser de cualquier color
- Las manos deben de ser lavadas al ponerse o retirar las zapateras.
- Deben de desinfectarse con solución de hipoclorito de sodio al 1%

C.12. PROTECCIÓN MERCURIAL

El mercurio para uso dental es tóxico, se debe manipular solo con guantes y mascarilla, sobre superficies lisas para facilitar su recolección en caso de derrame.

Se recomienda mantener el mercurio en recipiente plástico bien cerrado. Evitar calentar el mercurio y la amalgama.

El mercurio residual debe ser guardado en frascos de plástico con agua, cerrados herméticamente. Para prevenir el riesgo provocado por el mercurio en sangre, se deben pulir y retirar las obturaciones de amalgama bajo chorro de agua, para evitar su aspiración

Para evitar la dispersión mercurial, el amalgamador deberá de contar de tapadera protectora y se sugiere utilizar cápsulas de mezcla predosificadas o como alternativa utilizar cápsulas con cierre hermético.

D) MEDIDAS DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

La preparación del paciente comprende la indumentaria, la preparación de la piel y de la boca por los procesos de antisepsia, profilaxis y uso de aislamiento absoluto.

Para todo procedimiento la antisepsia de los pacientes consta básicamente de la preparación de la boca para la reducción de su carga microbiana. Éste lo constituye un enjuague o un cepillado de las piezas dentales, debe de ser hecho con una solución antiséptica de preferencia con Clorhexidina y en su ausencia con agua.

Es indispensable colocar un babero desechable al paciente. Si éste se encuentra húmedo (con agua, saliva o sangre) se considera contaminado y se recomienda cambiarlo inmediatamente.

Para las pacientes femeninas se aconseja retirar la pintura de labios antes de iniciar cualquier procedimiento, así sea solo examen bucal.

Nunca debe de reutilizar los tubos de anestesia en un nuevo paciente, pues está científicamente comprobado que hay contaminación del liquido interior del tubo de anestesia por efecto de reflujo cuando se aplica una anestesia anterior.

<u>ANTISEPSIA PARA PROCEDIMIENTOS EN EL QUIRÓFANO</u>

Para procedimientos en el quirófano el paciente debe utilizar vestimenta adecuada y de uso privativo si el acto operatorio se realiza en un área quirúrgica. La preparación de la boca inicia con un enjuague a base de Clorhexidina al 0.12%.

La antisepsia de la piel del paciente debe ser hecha con productos antisépticos basados en Polivinil pirolidona yodo (PVPI) al 10% con vehículo basado en eterlaurilsulfato de sodio o solución

Documento Derogado

germicida basada en Clorhexidina al 4% seguida de la aplicación de la solución alcohólica de Clorhexidina al 5% con auxilio de compresas esterilizadas.

E) MEDIDAS DE PROTECCIÓN AL INSTRUMENTAL, EQUIPOS Y SUPERFICIES DE TRABAJO

Los revestimientos para el equipo odontológico (sillón, brazo del sillón, mangueras y otros) deben de ser confeccionados preferiblemente en polipropileno de color claro y con un diseño que facilite la manipulación para evitar la contaminación en el momento de su colocación.

Este tipo de revestimiento debe de ser utilizado siempre que se realice los procedimientos clínicos. Pueden ser películas plásticas de PVC para uso doméstico y se emplea también para protección del aparato de rayos X, lámpara de foto polimerizado, piezas de mano, amalgamador, mesa de trabajo, lámpara y otros (Anexo 3, fotografías 1, 2, 3, 4, 5 y 6).

Se deben aislar con barreras protectoras de papel plástico o de aluminio, las siguientes áreas:

- Manerales del azafate de la unidad dental.
- Interruptor de encendido de la lámpara dental y su maneral.
- Válvulas de control de agua.
- Lámpara de foto polimerizado y su fibra óptica.
- Mangueras del cavitrón.
- Aparato de Rayos X y su interruptor o control remoto.
- Válvulas y mangueras de eyectores.
- Piezas de mano de alta y baja velocidad.
- Jeringa Triple.
- Respaldo del sillón dental y apoyo de brazos.
- Eyectores.
- Auricular del Teléfono.

Documento Derogado

PELÍCULAS RADIOGRÁFICAS

La manipulación de películas radiográficas es muy importante. Durante el revelado de radiografías se debe usar doble guante o un par de guantes nuevos, se abrirá dentro de un recipiente y se colocará en el gancho para tal fin, de esta manera la película ya no estará contaminada y podrá ser manipulada sin peligro.

Es absolutamente esencial que todo instrumento que entre en la cavidad bucal se encuentre esterilizado o sea descartable. Para cumplir con este objetivo, contamos con los siguientes métodos:

E.1. LA ESTERILIZACIÓN

Es un procedimiento físico o químico que tiene por finalidad la eliminación de todos los microorganismos presentes en un objeto. Se considera que las condiciones de esterilización son adecuadas cuando son capaces de eliminar esporas de ciertas especies bacterianas aceptadas como referencia *(ej.: Geobacillus stearothermophilus y Bacillus atrophaeus - antes llamados Bacillus stearothermophilus y Bacillus subtilis var. niger subtilis, respectivamente)*[1].

Diferentes métodos pueden ser utilizados, el cuadro No. 1 indica los procedimientos de esterilización más utilizados en la práctica Odontoestomatológica.

Documento Derogado

CUADRO No. 1

PROCEDIMIENTOS INDICADOS PARA LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL

MÉTODO	TEMPERATURA	TIEMPO
Autoclave	121°C/ 1 atm. Presión	15-30 minutos
Estufa (calibrada)	160°C.	120 minutos
Inmersión en solución acuosa de Glutaraldehído al 2%	-	10 horas

FUENTE: CDC/OMS (Verificar recomendaciones del Fabricante)

Todo el instrumental utilizado en la atención a pacientes debe ser sometido a los siguientes pasos:

- Lavar para eliminar residuos.
- Enjuagar con abundante agua.
- Secar.
- Esterilizar.

[1] M. Andrés Gómez, Laboratorio de Microbiología Oral Escuela de Estomatología, Universidad de Oviedo

ESTERILIZACIÓN POR CALOR SECO

La estufa es sin duda el medio de esterilización más usado actualmente en odontoestomatología, a pesar de ello muchos profesionales operan el aparato en forma incorrecta, comprometiendo la eficiencia del proceso. Las fallas más frecuentes se relacionan con el cálculo de la temperatura y el tiempo de exposición del instrumento al agente esterilizante.

El termostato del aparato indica la temperatura de la base de la estufa, no necesariamente de su interior, donde está el instrumental para su esterilización.

Para calcular la temperatura real del interior se debe utilizar un termómetro accesorio que es colocado en el orificio de respiración del aparato. Se debe esperar que la estufa alcance la temperatura ideal, para iniciar el control del tiempo.

La literatura al respecto recomienda tiempo y temperatura para la esterilización en seco como se muestra en el cuadro No. 1 sin embargo se recomienda revisar las especificaciones del fabricante.

Los pasos para la esterilización en calor seco son:

- Accionar la estufa vacía hasta que alcance la temperatura de 160° centígrados en el termómetro accesorio.
- Colocar los envoltorios sobre los estantes sin tapar los orificios y no apilar los paquetes porque la temperatura no será homogénea para todos los instrumentos.
- Cerrar la estufa y esperar a que ésta alcance nuevamente 160° centígrados.
- Mantener la estufa cerrada durante el proceso sino la pérdida de calor debe ser compensada.
- Ajustar el cronómetro para un tiempo de 2 horas.
- Desconectar la estufa y esperar a que la temperatura disminuya a 60° centígrados para abrir el aparato y retirar el instrumental.

ESTERILIZACIÓN POR CALOR HÚMEDO

El autoclave es un equipo de esterilización por vapor saturado utilizando para tal fin agua desmineralizada. La esterilización se hace la presión del vapor de agua a temperatura elevada. Los aparatos que se encuentran en el mercado son de fácil operación y se presentan en diferentes tamaños, capacidad y diseños.

Documento Derogado

La principal ventaja de la esterilización en autoclave está relacionada al tiempo de duración que varía de acuerdo con la temperatura y la presión empleada como lo demuestra el Cuadro No. 2, sin embargo se recomienda revisar las especificaciones técnicas del fabricante.

CUADRO No. 2

TEMPERATURAS, TIEMPOS Y PRESIONES UTILIZADAS PARA LA ESTERILIZACIÓN EN AUTOCLAVE

TEMPERATURA	TIEMPO	PRESIÓN
134-138 ºC	3 minutos	2 atm.
126-129 ºC	10 minutos	1,4 atm.
121-124 ºC	20 minutos	1,0 atm.
115-118 ºC	30 minutos	1,0 atm.

Documento Derogado

Otra ventaja se relaciona con la posibilidad de esterilización de gasa, algodón, campo, goma y arco de plástico para asilamiento absoluto y otros materiales que no pueden ser esterilizados por calor seco.

RECOMENDACIONES PARA LA ESTERILIZACIÓN EN AUTOCLAVE

- Seguir las recomendaciones del fabricante.
- Utilizar la cantidad exacta de agua para su uso.
- Evitar el uso de la válvula de escape para despresurización, pues tal procedimiento puede causar serias quemaduras en el operador, además de favorecer la condensación de vapor de agua en los embalajes.
- Utilizar cinta testigo para la verificación del proceso de esterilización
- Realizar la verificación biológica cada 15 días con suspensión de Bacilo Stearothermopilus.
- Evitar el uso de embalajes inadecuados como las cajas metálicas convencionales, embalajes con papel toalla descartable y otros.
- Tener el cuidado de no romper los embalajes durante la retirada del autoclave.

- Evitar el uso de cargas mayores a la capacidad del auto clave.
- Mantenimiento técnico preventivo del aparato.

ESTERILIZACIÓN EN FRÍO

El procedimiento de esterilización a través de soluciones químicas es también conocido por esterilización en frío. Este método de esterilización consiste en la inmersión del instrumental en soluciones de Glutaraldehído al 2%, durante 10 horas o en solución de formaldehído al 38% por 18 horas.

La esterilización por medio de soluciones químicas es un proceso difícil de operar y requiere cuidados especiales en la manipulación y almacenaje del instrumental después de su realización. El instrumental debe estar completamente sumergido en la solución y su recipiente plástico debe permanecer cerrado todo el tiempo.

Luego de cumplido el tiempo el instrumental debe ser retirado con una pinza esterilizada, lavados con agua destilada estéril y secados con compresas o toallas esterilizadas.

La gran ventaja de este método es la garantía de la esterilización de materiales termo sensibles y es la opción en lugares donde no hay acceso a la energía eléctrica. Las desventajas es el largo tiempo de exposición al agente esterilizante, la corrosión de los instrumentos, la toxicidad de las soluciones empleadas, el costo elevado y la dificultad operacional de la técnica.
Como ultima alternativa, cuando los recursos para la esterilización no estuvieren disponibles, la ebullición por 30 minutos es simple y seguro para la inactivación de la mayoría de los patógenos incluyendo el VIH y VHB. Pero siempre hay un índice importante de contaminación; utilizarlo solo en caso de no tener otra alternativa.

Documento Derogado

E.2. VERIFICACIÓN BIOLÓGICA

La verificación Biológica es el proceso por medio del cual se puede verificar la efectividad de la esterilización. Para tal fin existen indicadores que pueden ser encontrados en forma de tiras impregnadas con esporas, conocidas como cinta testigo.

Para dar validez a la esterilización en autoclave se utiliza el Bacilo Stearothermophilus ya que éste es destruido por la exposición al vapor durante 12 minutos a 121°C, en cambio para la esterilización en estufa se utiliza el Bacillo Subtillis el cual necesita 2 horas a 170°C bajo calor seco para ser destruido.

E.3. LA DESINFECCIÓN

Es el proceso que destruye gran parte de los microorganismos patogénicos (virus, bacterias) pero no esporas. Es necesaria para someter artículos y superficies que son de uso de varios pacientes.

Este procedimiento se recomienda para ciertos tipos de instrumentos en los que el proceso de esterilización por calor seco y calor húmedo no puede ser realizado, en instrumental termo sensible (Por ejemplo: espátulas plásticas de resina) y otros que no puedan esterilizarse en calor.

Se recomienda el uso de equipo de desinfección de ultrasonido en la rutina de desinfección, tomando en cuenta que solo sustituye el prelavado.

Las soluciones químicas para la realización de estos procedimientos son el Glutaraldehído al 2% y el formaldehído al 38% por un tiempo de 30 minutos. Se recomienda que para la ejecución correcta de la desinfección se realice el prelavado, lavado y secado del instrumental.
Seguir las mismas recomendaciones e indicaciones para esterilización en frío modificando únicamente el tiempo de exposición al agente esterilizante. El procedimiento indicado para la desinfección del instrumental utilizado en la práctica odontoestomatológica es la inmersión por 30 minutos en:

- Solución acuosa de Hipoclorito de sodio al 1 %
- Solución de Alcohol Etílico al 70% (peso a peso)
- Solución acuosa de Glutaraldehído al 2%.
- Solución acuosa de Formaldehído al 38%
- Agua en ebullición por 15 minutos.

Al utilizar este método, se debe tener en cuenta las desventajas de cada uno de ellos:

- Las soluciones de hipoclorito de sodio deben ser preparadas diariamente, son corrosivas, dañan la ropa, los plásticos y los pisos cerámicos.
- La solución de Glutaraldehído, requiere de un tiempo prolongado para ejercer su acción.
- La ebullición tiende a formar sedimento en el instrumental.

Documento Derogado

Asimismo las ventajas de este procedimiento son:

- El alcohol etílico e iso propílico, han sido usados por muchos años como antisépticos en piel y desinfección de superficies. Actúan desnaturalizando, deshidratando las proteínas y disolviendo los Lípidos.
- Para la desinfección de los metales, las soluciones de Glutaraldehído al 2% son más adecuados.

CUADRO No. 3

PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN O DESINFECCIÓN INDICADOS PARA MATERIALES E INSTRUMENTAL ODONTOLOGICO

MATERIAL	TIPO DE MATERIAL	PROCESO
Fresa	Acero, Carburo, Tungsteno	Autoclave o Estufa
Instrumental de Endodoncia.	Acero Inoxidable y otros	Autoclave o Estufa
Cubeta resistente al calor	Aluminio Acero Inoxidable	Autoclave o Estufa
Cubeta Nº 7 resistente al calor.	Cera o Plástico	Agente Químicos
Instrumental.	Acero	Autoclave o Estufa
Bandejas o Cajas	Metal	Autoclave o Estufa
Discos y Fresas de pulido.	Hule o Piedra	Autoclave o Estufa Agente Químicos
Placas, Postes y Loseta.	Vidrio	Autoclave o Estufa

Documento Derogado

Entre un paciente y otro, todas las piezas (alta y baja velocidad, jeringa triple), deben ser descontaminadas con soluciones desinfectantes de alcohol yodado y alcohol 70% por 60 segundos con remoción de residuos y posteriormente enfundadas con película de PVC transparente. Las piezas de mano deben de ser prioritariamente autoclavables, pues la desinfección de la turbina y conductos internos no es posible.

La diferencia principal entre los limpiadores y desinfectantes usados en hospitales y salas de cirugía versus los usados en

odontoestomatología es la capacidad de destruir virus hidrofílicos como los Rotavirus. El personal que hace esta actividad debe seguir estrictamente las instrucciones del fabricante.

Las propiedades de un desinfectante ideal son:

- Amplio espectro.
- Acción rápida.
- No debe ser afectado por factores físicos.
- No debe ser toxico.
- Hipoalergénico.
- Anticorrosivo.
- Efecto residual
- Fácil de usar.
- Económico e inodoro.

E.4. DESINFECCIÓN DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Las partes del consultorio dental que deben de ser desinfectadas son: el piso, los muebles, las paredes, el equipo y otros. Se recomienda realizar esta desinfección con regularidad o inmediatamente después de procedimientos altamente contaminados.

Cuando haya presencia visible de sangre, moco o pus en el piso o las paredes de la sala clínica, remover el exceso con papel toalla descartable absorbente, limpiar con agua y jabón. Aplicar fenol sintético, hipoclorito de sodio o desinfectante basado en amonio cuaternario.

El hipoclorito de sodio no es recomendable para pisos cerámicos debido a que estos pisos tienen una capa vitrificada, generalmente presentando fallas no visibles a simple vista donde la acción del hipoclorito puede provocar corrosión, tampoco puede ser utilizado en paredes, pues daña la pintura.

Para limpieza de mobiliario de superficies no metálicas se recomienda la fricción con solución acuosa de Hipoclorito de Sodio al 1% por 60 segundos o a base de Fenol sintético y alcohol.

La limpieza del succionador incluye el lavado de los filtros internos los cuales deben de aspirar una buena cantidad de solución desincrustante o enzimático, para retirar la tapa y el filtro será con el auxilio de una pinza, estos filtros deben de ser lavados en agua corriente, después recolocar los filtros y enseguida realizar una desinfección de la canalización y de los filtros por la aspiración de sustancias químicas desinfectantes a base de fenol sintético; debe hacerse diariamente o luego de la succión de sangre.

Documento Derogado

Los aparatos de succión a base de una bomba de vacuo son más eficientes ya que la posibilidad de reflujo es limitada y son más potentes.

FRESAS

Después de su uso, las fresas tienen que seguir un proceso de pre-lavado, lavado y secado, enseguida deben ser desinfectadas con una solución de Glutaraldehído o Formaldehído por 30 minutos; deberán ser lavadas con agua destilada o alcohol y almacenadas en recipientes cerrados previamente esterilizados. Luego deben ser embaladas para su esterilización de preferencia se debe utilizar un método de calor húmedo el cual no se recomienda para fresas de acero carbono.

Deben dejarse estrictamente el tiempo estipulado para la desinfección pues las soluciones las corroen y las oxidan.

F) MANIPULACIÓN Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS

Es importante manipular y trasladar adecuadamente los desechos sólidos producidos en los consultorios odontológicos, para evitar la contaminación de terceras personas que puedan manipularla desconociendo su contenido.

Todo material sobrante, piezas dentales extraídas y desechos sólidos contaminados deben manejarse con sumo cuidado y con las manos enguantadas, para ser colocadas en los recipientes o bolsas en los que será desechada.

Debe colocarse en frascos plásticos de paredes gruesas y boca ancha o bolsas plásticas de color rojo, con la etiqueta del símbolo internacional de “Riesgo Biológico” (Según anexo 4, figura 1) o con rótulo de “CONTAMINADO”.

Objetos **corto punzantes**, como agujas de anestesia y agujas de sutura, laminas de bisturí, limas y otros deben ser colocados dentro de recipientes de paredes duras conteniendo una solución desinfectante (por ejemplo: solución acuosa de hipoclorito de sodio al 1%) y cerrado de modo que sea difícil su apertura(Según anexo 4, fotografía 1).

Guantes, gorros, mascarillas, baberos, gasa, algodón, eyectores, campos y otros deben ser colocados en bolsas plásticas resistentes de color rojo (Según anexo 4, fotografía 2). Si se contamina la

Documento Derogado

parte externa de la bolsa ésta deberá ser incluida dentro de otra bolsa. Seguir el procedimiento de etiquetado ya citado. Cerrar la bolsa de tal forma que sea difícil soltarse y no compactarlas.

Bolsas individuales pequeñas con cierre incorporado, permiten descartar de manera práctica y segura, si utilizamos dos bolsas.
Debe designarse un lugar adecuado para la disposición temporal de los desechos sólidos contaminados así como para su disposición final.

F.1 MANEJO DE LA ROPA SUCIA

La ropa usada dentro del consultorio dental debe manejarse cuidadosamente desde el momento en que el operador y su personal auxiliar se desvisten. Se debe retirar de forma que no contamine la ropa que está debajo de ella.
Estas deben ser transportados en bolsas impermeables y lavados por separado de otras ropas de uso personal, bajo ninguna circunstancia se debe lavar la ropa sucia del consultorio en el hogar junto con la ropa común de la familia.

LAVADO DE LA GABACHA

La gabacha se debe lavar normalmente, pero con agua caliente, detergente y agentes blanqueadores, después del lavado, el calor del planchado también contribuye a la eliminación de los microorganismos.

LAVADO DE CAMPOS OPERATORIOS

Después de su uso los campos deben de ser embalados en bolsas plásticas exclusivas, separadas de las demás ropas del consultorio.

El lavado debe de ser hecho separadamente de las demás ropas, debe de reposar 30 minutos en una solución de hipoclorito de sodio, después lavados, secados y esterilizados. Durante ese procedimiento la persona responsable deberá usar guantes gruesos.

F.2. MANEJO DE DESECHOS TOXICOS LÍQUIDOS

Para disminuir la contaminación ambiental producto de los desechos líquidos producidos en los consultorios odontoestomatológicos, se debe adaptar en la salida de las aguas residuales del equipo, una trampa de mercurio tipo matraz Kitasato para colectar los residuos de amalgama(Según anexo 4, fotografía 3).

Documento Derogado

F.3. RECORDATORIOS IMPORTANTES

- Debe ser totalmente prohibido comer en áreas clínicas o transitar con alimentos por ellas.
- Toda persona ajena al consultorio, que no esta siendo atendido, familiares o amistades, deberán aguardar en la sala de espera, salvo situaciones especiales.
- Se deberá designar un área única para guardar objetos personales, ésta debe estar lo más retirada posible del área operatoria.
- La limpieza de todo el consultorio por parte del personal auxiliar debe ser minuciosa, asegurándose de limpiar pisos, usando de ser posible hipoclorito de sodio al 2.5%.
- Las superficies contaminadas con sangre deben ser inmediatamente descontaminadas con solución de hipoclorito de sodio al 1%.
- Se recomienda la higiene previa de la cavidad bucal del paciente, por cepillado o enjuagues. Esto reduce la contaminación en un mínimo de 50%.
- Al utilizar la jeringa triple, agujas y otras puntas se deben accionar primero chorro de agua o spray de aire antes de dirigirlo a la boca del paciente.
- La salida externa de los desechos de la escupidera y del eyector debe localizarse fuera del ambiente de atención de los pacientes.
- Las ropas y telas que se ensucien con material biológico deben ser manipulados con la mínima agitación posible y acondicionados en bolsas plásticas para ser lavados.

Documento Derogado

G) CONTROL DE LA INFECCIÓN EN ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

El instrumental empleado para el examen clínico es igual para todas las especialidades de la odontoestomatología. De aspecto aparentemente inofensivo, el examen clínico es un procedimiento delicado, pues siempre hay presencia de placa bacteriana y saliva donde encontramos microorganismos, como por ejemplo el virus de la Hepatitis B y C.

La presencia de sangre y fluidos orales en enfermedades bucales también es común, como por ejemplo las periodontopatías que son de interés epidemiológico en El Salvador. Entonces cuando se realiza la exploración dentaria o el sondeo periodontal, habrá contaminación del instrumental por estos fluidos y secreciones.

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

En la especialidad de Cirugía Maxilofacial, todos los procedimientos tienen secreciones orgánicas, por lo que se requiere que el instrumental y el material utilizado cumpla todos los requisitos de asepsia y antisepsia siguiendo fielmente el protocolo de control de infecciones que proponen las normas universales de Bioseguridad. El entrenamiento del cirujano y del personal de salud a su cargo es de extrema importancia para un buen control.

En esta especialidad se puede separar la atención quirúrgica en el centro hospitalario con o sin anestesia general de la atención odontológica ambulatoria en el consultorio.

ATENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO

En la atención en un centro quirúrgico el personal de salud mínimo lo constituye un Cirujano Maxilofacial, un Cirujano Auxiliar, un Instrumentista y un Circulante de Cirugía.

La rutina de preparación del equipo debe de seguir los siguientes pasos:

- Retirar objetos personales (reloj, pulseras, collares, etc.).
- Lavar las manos con jabón líquido común.
- Secar las manos con una compresa estéril, usando un lado para cada mano
- Realizar la acción germicida de las manos.
- Vestir ropa privativa.
- Colocar gorro, zapateras, y mascarilla, no quitarlos mientras se encuentre en el área quirúrgica.
- Vestir el delantal quirúrgico según la técnica indicada.
- Verificar las condiciones del paciente.
- Verificar si el equipo esta completo.
- Colocar los campos adecuadamente (los aparatos de intubación para anestesia general deben de ser tornados antes que los campos, de igual manera que los protectores de los ojos).
- Proceder junto con el cirujano auxiliar a la preparación de la boca y región extrabucal del paciente.
- Realizar taponamiento de la región orofaríngea para evitar la ingestión de sangre y suero.
- Quitar el delantal quirúrgico y colocarlo en el deposito adecuado luego del acto operatorio.
- Quitar el vestuario privativo y dejarlo en un lugar adecuado.
- Descartar los guantes en el residuo.

Documento Derogado

- Lavar manos.
- Bañarse antes de vestir las prendas personales en caso de una cirugía séptica.

RECOMENDACIÓN ESPECIAL:
Dentro del perfil de exámenes de laboratorio para cirugías, es recomendable incluir el examen de la prueba para anticuerpos de VIH, con el consentimiento del(a) paciente y con su respectiva consejería pre y post prueba.

ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL CONSULTORIO
Para la atención ambulatoria en el consultorio para procedimientos quirúrgicos, el equipo está compuesto generalmente por dos o tres personas, el Cirujano y el Asistente del Cirujano.

En los procedimientos quirúrgicos ambulatorios muchos de los pasos no citados en la rutina de atención en el centro quirúrgico deberán ser realizados por el asistente. Este procedimiento incluye la preparación del consultorio, equipamiento e instrumental.

Rutina para la atención quirúrgica ambulatoria:
- Realizar la acción germicida quirúrgica de las manos.
- Secar las manos con compresa estéril o papel toalla descartable estéril.
- Usar gabacha, gorro, anteojos de protección, mascarilla y zapatillas.
- Vestir el delantal quirúrgico.
- Colocar los guantes quirúrgicos.
- Colocar los campos quirúrgicos en el paciente.
- Verificar las condiciones del paciente.
- Enjuagar boca del paciente con una solución de Clorhexidina y la parte extrabucal se prepara con una solución antiséptica yodada.
- Realizar el acto operatorio.
- Quitar el delantal quirúrgico y depositarlo en el recipiente adecuado.
- Retirar los guantes y descartarlos en el residuo.
- Lavar manos
- Realizar la prescripción y los informes en la oficina.
- Dar de alta al paciente.

PERIODONCIA
Una previa desinfección del ambiente clínico y del equipamiento

Documento Derogado

es también obligatoria. Los procedimientos periodontales son comúnmente realizados en forma ambulatoria, aunque algunas veces pueden ser realizadas en un centro quirúrgico. En ambos casos los cuidados necesarios siguen las mismas recomendaciones de los procedimientos de la cirugía Maxilofacial.

IMPLANTOLOGÍA

La Implantología es la más nueva especialidad en odontología y está relacionada con los procedimientos periodontales, quirúrgicos y protésicos.

En la fase quirúrgica de la Implantología son realizados procedimientos invasivos, exigiendo los mismos pasos de rutina para la Cirugía Maxilofacial con relación a los cuidados del equipo odontológico / paciente, preparación del consultorio y otras.

ENDODONCIA

En Endodoncia actualmente el empleo de bandejas preprogramadas debe de ser adoptado como filosofía de atención para el mejor control de la infección directa o cruzada.

Las limas y ensanchadores deben ser separadas en pequeños embalajes (como tubos de ensayo o frascos de penicilina), cuando son esterilizados en autoclave los embalajes deben de ser colocados boca abajo, para evitar la condensación del vapor en su interior, lo que invalidaría el proceso de esterilización.

PRÓTESIS DENTAL

La prótesis dentaria en odontología es una especialidad que ha tornado pocas medidas de Bioseguridad durante los procedimientos clínicos y de laboratorio.

Las medidas de Bioseguridad no deben restringirse al operador y el personal auxiliar sino que deben de extenderse al paciente y al técnico del laboratorio.

Actualmente una de las medidas de control de infección en el laboratorio y procedimientos clínicos en el consultorio es la desinfección de las impresiones, modelos y prótesis.

Después de la toma de impresiones y antes de enviarlas al laboratorio o vaciar en yeso, se debe descontaminar para remover la saliva, sangre y otros detritos; enseguida utilizar substancias

Documento Derogado

desinfectantes a fin de prevenir que el material contaminado sea enviado al laboratorio de prótesis.

Los desinfectantes indicados son: hipoclorito de sodio al 1% y Glutaraldehído al 2%. Los métodos de aplicación pueden ser por fricción o inmersión.

- Lavar con agua corrida removiendo el exceso, golpeando suavemente con la cubeta que contiene el material de impresión.
- Aplicar el desinfectante con fricción.
- Dejar reposar por 10 minutos.
- Lavar con abundante agua.

La desinfección de las impresiones, modelos y prótesis debe de ser realizada conforme al cuadro siguiente:

Documento Derogado

CUADRO No. 4

LA DESINFECCIÓN DE LAS IMPRESIONES, MODELOS Y PRÓTESIS

MATERIAL	DESINFECTANTE	TÉCNICA	TIEMPO
Siliconas	Glutaraldehído al 2%	Inmersión	10 minutos
Mercaptanos	Glutaraldehído al 2%	Inmersión	10 minutos
Poliéster	Hipoclorito de sodio al 1%	Fricción	10 minutos
Alginatos	Glutaraldehído al 2% Hipoclorito de sodio al 1%	Inmersión	10 minutos
Hidrocoloides Reversibles	PVPI 10%	Spray	10 minutos
Yeso	Hipoclorito de sodio al 1%	Fricción	10 minutos
Prótesis de acrílico	Hipoclorito de sodio al 1%	Inmersión	10 minutos
Otras prótesis	Glutaraldehído al 2%	Inmersión	10 minutos

Además de estos cuidados con la impresión, las prótesis deberán de ser desinfectadas antes y después de ser probadas en boca del paciente, preferentemente con Glutaraldehído por inmersión durante 30 minutos y posteriormente con abundante agua.

Después de la desinfección las impresiones, modelos o prótesis deben de ser embalados en plástico o bolsa plástica, no siendo necesario adicionar desinfectante dentro del embalaje.

El instrumental, fresas, modelos y demás materiales usados en la prótesis dental necesitan seguir los procedimientos de esterilización adecuados.

ODONTOPEDIATRÍA

En Odontopediatría se realizan procedimientos de todas las disciplinas de Odontología por lo que se recomienda tomar todas las medidas de control de infección que se dictan para todas las especialidades.

ORTODONCIA

En la especialidad de la Ortodoncia las medidas de protección personal y de control de la infección han sido la preocupación de los especialistas debido a la constante exposición y accidentes cortantes durante la manipulación de los alambres ortodónticos y alicates.

Para algunos autores, la Ortodoncia es la segunda especialidad de la odontología de mayor riesgo para contraer enfermedades infecciosas durante los procedimientos clínicos. Una de las medidas importantes para la reducción de riesgos es el tratamiento adecuado de los instrumentos empleados por el especialista.

Documento Derogado

V. ENFERMEDADES OCUPACIONALES EN LA PRÁCTICA ODONTOESTOMATOLÓGICA

A) HEPATITIS

Es un proceso infeccioso primario del hígado que puede ser producido por agentes virales hepatotropicos como los virus tipo A, B, C, D y E así como Citomegalovirus, Epstein-Barr, Coxsackie entre otros. Otras causas de Hepatitis pueden ser bacterias, drogas, toxinas y alcohol.

• HEPATITIS VIRAL

Actualmente ya fueron identificados cinco tipos de Hepatitis Virales las cuales tienen signos clínicos similares diferenciándose en su etiología, evolución clínica y epidemiológica. Su diagnóstico es mediante exámenes de laboratorio determinando alteraciones bioquímicas.

La vía de transmisión más frecuente para la Hepatitis B, C y D es parenteral, sexual y percutánea, por otro lado la vía de transmisión para la Hepatitis A y E es de tipo oro-fecal por medio de agua o alimentos contaminados.

• HEPATITIS B

La Hepatitis B (VHB) se trasmite a través de sangre y otros fluídos corporales como saliva, flujo gingival, orina, semen, secreciones vaginales, lagrimas, sudor, leche materna, exudado de heridas de personas portadoras del VHB(AgHBs +).

En odontoestomatología, el Virus de la Hepatitis B es considerado el de mayor riesgo de contaminación. Según el CDC de Atlanta, los profesionales de la salud que se accidentan con agujas infectadas, presentan 22% a 31% de probabilidad de desarrollar Hepatitis B clínica y de 23% a 37% de desarrollar evidencia serológica.

El riesgo de infección ocupacional, como se verifica en el cuadro Nº 5, es mayor para los profesionales de especialidades quirúrgicas que para los clínicos.

Documento Derogado

El personal auxiliar odontoestomatológico (técnico en Higiene Dental y técnico en prótesis Dental) también está bajo riesgo elevado de contraer el VHB, comparado a la población en general.

La transmisión de este virus, a través de aerosoles y superficies contaminadas, no ha mostrado relevancia epidemiológica. No así por las características propias del trabajo odontoestomalógico, especialmente donde no se utilizan normas universales de Bioseguridad y existen fallas en los procedimientos de esterilización revelando una alta probabilidad de ocurrencia de esta infección. El VHB sobrevive en sangre seca a temperatura ambiente aproximadamente por 7 días.

La transmisión predominante es la horizontal, de VHB en odontología se puede así esquematizar:

Contacto Directo: Paciente → Paciente

Profesional → Paciente

→ Familiares

Contacto Indirecto: Paciente → Paciente

Entre pacientes, la transmisión puede ocurrir a través de la utilización indebida de instrumental y material contaminado (infección cruzada).

Documento Derogado

CUADRO Nº. 5

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR EL VHB (HbsAg POSITIVO) ENTRE LOS CIRUJANOS DENTALES EN LOS E.U.A. Y AMÉRICA LATINA SEGÚN PRACTICA CLÍNICA O QUIRÚRGICA (%)

AUTOR / AÑO	CLÍNICOS %	ESP. QUIRÚRGICAS %
FELDMAN Y SCHIFF/1975	7.0	21.0
MOSLEY Y WHITE/1975	2.7	12.2
MOSLEYY COLS/1975	14.0	-
SMITH Y COLS/1976	14.0	22.4
SCHIFFY COLS/1982	16.0	24.0
KLEI NY COLS/1988	21.0	
ECHEVERRIA Y COLS/1988 (ARC.)	9.6	
FERES FILLO/1991(BRASIL)	10.0	44.5

SIGNOS Y SÍNTOMAS

En la Hepatitis Viral independiente de la etiología, las manifestaciones clínicas son bastante semejantes, siendo didácticamente distribuidas en cuatro periodos: Incubación, Prodrómico, Activa y Convalecencia.

La mayor parte de los casos Anictéricos (70%) presentan síntomas semejantes a un Síndrome gripal o se presenta en forma asintomática.

Otro cuadro clínico que merece atención es la forma fulminante el cual ocurre en menos de 1% de los casos de Hepatitis viral, independiente de etiología. Esta forma presenta elevada tasa de mortalidad (superior al 80%).

La forma crónica es definida como un proceso inflamatorio continuó del hígado de etiología variable (tipo B, C y D) y con duración superior a 6 meses.

Se denomina portador al individuo que tiene el virus tipo (B, C y D) por más de seis meses. Clínicamente estos individuos pueden ser sintomáticos o asintomáticos.

Dependiendo de la etiología la Hepatitis viral aguda y la Hepatitis que no evolucionan para la sanidad completa, pueden progresar para una forma crónica, cirrosis y hasta un carcinoma hepatocelular primario. El mejor ejemplo de esta evolución es la hepatitis tipo B.

PREVENCIÓN

La prevención de la Hepatitis Viral es compleja y abarca una serie de factores particularmente aquellos relacionados con las vías de transmisión.

Con el aparecimiento de una vacuna contra el virus de la Hepatitis tipo B, se creó la expectativa de controlar esta enfermedad. La vacunación protege a las personas con mayor riesgo de adquirir la infección.

Documento Derogado

El mejor momento para la inmunización es el anterior al inicio de la actividad clínica respetando el esquema siguiente:
1a Dosis de inicio.
2a Dosis al mes de la primera.
3a Dosis a los seis meses de la segunda dosis.

NOTA: *ENTRE LAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, LA HEPATITIS B ES LA QUE MÁS CAUSA MUERTE E INTERRUPCIÓN DE LA PRÁCTICA EN LOS CONSULTORIOS ENTRE LOS ODONTOESTOMATÓLOGOS.*

Debido a las características de la práctica odontoestomatológica, la vacunación anti VHB, para protección individual, es prioritaria dentro de los procedimientos de Bioseguridad.

La vacuna contra la Hepatitis B en El Salvador se ofrece gratis a niños(as) y a los profesionales de la salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

• HEPATITIS C
Según la Organización Mundial de la Salud(OMS), la prevalencia mundial de la Hepatitis C es de 3% estimándose 170,000,000 de infectados. El VHC posee 6 genotipos y mas de 80 subtipos.

La Hepatitis C causada por el VHC se trasmite principalmente a través de sangre. Los grupos de riesgo son los Usuarios de drogas Intravenosas (UDI) con un índice de riesgo de un 80%, pacientes con Hemodiálisis con un índice de riesgo de 10%-20%, Personas que Viven con VIH/SIDA con un índice riesgo de 17.7% y los Hombres que tiene sexo con Hombres (HSH) con un índice de riesgo de 1.5%. Según el CDC de Atlanta la tasa de seroconversión en trabajadores de la salud posterior a un accidente percutáneo fue de 1.8%.

SIGNOS Y SÍNTOMAS
La Hepatitis C es una enfermedad de evolucion lenta, presentando varias consecuencias posibles. Desde la infección y la fase aguda puede tener una duración alrededor de 1 a 5 meses y la probabilidad de cura es de 15-30%.

Los signos de la fase aguda es la ictericia, anorexia y fiebre. Los síntomas más comunes son la fatiga, nauseas, dolor abdominal y depresión.

Documento Derogado

La posibilidad de desarrollar la fase crónica es de 70 a 85% y posteriormente podría desencadenar cirrosis o cáncer del higado lo cual podria tardar de 15 a 30 años.

La importancia actual de la presencia de Hepatitis C es la coinfección con el VIH. Durante los últimos años se ha detectado que el 30% de pacientes con VIH presentan VHC, esto ha sido por el advenimiento de la terapia antirretroviral la cual ha contribuido al aumento de esperanza de vida para PVVS.

El siguiente es un cuadro resumen de las características principales de cada una de las formas de Hepatitis Viral:

CUADRO Nº 6

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL VIRUS QUE CAUSA LA HEPATITIS

TIPO DE VIRUS	GENOMA	VÍAS DE TRANSMISIÓN	MORBILIDAD	RIESGO DE CRONICIDAD	PERIODO DE INCUBACIÓN
A	RNA	Oro-fecal	Baja	Inexistente	15 a 45 días
B	DNA	Sexual, parenteral, Sangre y hemoderivados, Perinatal, procedimientos quirúrgicos y odontológicos, soluciones de continuidad de piel y mucosas	Alta	Alto	40 a 180 días
C	RNA	Parenteral, Sangre y hemoderivados, sexual y Perinatal.	Moderada	Alto	15 a 160 días
D	RNA	Sexual, parenteral, sangre hemo derivados, perinatal, procedimientos quirúrgicos y odontológicos, soluciones de continuidad de piel y mucosa.	Alta	Alto	30 a 180 días
E	RNA	Oro-fecal	Alta para Mujeres Embarazadas	Inexistente	28 a 48 días.

Documento Derogado

B) HERPES SIMPLE

Esta infección de tipo agudo, es la dolencia Viral humana más común después de las infecciones respiratorias. El virus del Herpes Simple (VHS) presentan dos serotipos distintos: El tipo VHS-I considerado agente etiológico de las infecciones bucales y el tipo VHS-II es el agente etiológico de las infecciones genitales. Actualmente por las prácticas sexuales de tipo orogenital, las infecciones de cualquier tipo de VHS pueden aparecer en ambas localizaciones.

FORMA DE TRANSMISIÓN

El VHS es frecuentemente transmitido a través del contacto directo con lesiones y objetos contaminados. La diseminación asintomática del virus, a través de los fluidos orgánicos (sangre, saliva y secreciones vaginales) o de lesiones costrosas, consideradas no infectantes, constituyen una importante forma de transmisión.

El virus se ha identificado en la saliva de pacientes durante la evolución de la enfermedad, pudiendo transmitirse a través de las gotículas. El VHS puede infectar la piel o membranas mucosas, provoca también la infección ocular (vía aerosol o auto inoculación), pero no puede atravesar la piel íntegra. Este virus puede sobrevivir por 2 horas en la piel, 3 horas en telas y hasta por 4 horas en superficies plásticas.

El VHS acostumbra penetrar en los núcleos de las células ganglionares y permanece en estado latente. La reactivación puede ser estimulada por traumas en los tejidos subyacentes, estrés, inmunosupresión, luz ultravioleta, alteraciones hormonales e infecciones.

SIGNOS Y SINTOMAS

El aspecto clínico y la historia de la enfermedad por el VHS son bien característicos.

La Gingivoestomatítis herpética primaria es más comúnmente observada en niños, se caracteriza por lesiones inflamatorias que evolucionan a ulceraciones superficiales por toda la mucosa bucal, acompañada de dolor, fiebre, irritabilidad y linfoadenopatía regional. Sufren regresión entre dos a tres semanas.

En la infección primaria aguda, pequeñas lesiones vesiculares amarillentas pueden ocurrir en cualquier parte de la cavidad bucal. Esas lesiones se pueden unir y formar grandes ulceraciones. En algunos casos es acompañada de infarto ganglionar, malestar,

Documento Derogado

inapetencia, fiebre baja y gingivoestomatítis. La edad mas afectada es entre 3 a 6 años.

Posterior a la infección primaria, el virus se instala en los ganglios nerviosos regionales, permaneciendo latente hasta ser reactivado.

Las lesiones recidivantes se inician con ardor local y aparecimiento de pequeñas vesículas que se unen originando lesiones mayores. Posteriormente se rompen ocasionando ulceraciones con halo eritematoso. Las lesiones cicatrizan entre 7 a 14 días sin dejar cicatriz.

PREVENCIÓN

Debido al gran número de personas con infección asintomática, las tentativas de control de la enfermedad a través de quimioterapia antiviral y programas educativos, son limitados. El control de infecciones por este virus se basa en la prevención a través del cumplimiento riguroso de las normas universales de Bioseguridad(Precauciones estandares).

En la práctica odontoestomatológica todos los pacientes deben ser considerados como potencialmente infectantes. La relación entre el contacto acumulativo de pacientes y la frecuencia de infección en el profesional es un factor comprobado. Evaluando el riesgo / beneficio, los procedimientos en pacientes con ulceraciones deben ser postergados siempre que sea posible, hasta que la cura clínica de la infección se establezca.

C) VIH / SIDA

El Síndrome de Inmudeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad relativamente nueva, la comunidad médica se percató por vez primera de su existencia en Junio de 1981. Cuando el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) anunciaba la aparición de neumonía por Pneumocystis Carinii en cinco hombres homosexuales, antes sanos, en Los Ángeles, así como Sarcoma de Kaposi en veintiséis individuos, también antiguos homosexuales en Nueva York y en Los Ángeles. El agente causal, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se aisló e identificó en 1981, el cual es un retrovirus miembro de la subfamilia Lentiviridae.

A diferencia de otros virus, el VIH contiene su información genética en el ARN y para su reproducción necesita del ADN de una célula. La transcriptasa reversa es la enzima que permite al VIH incorporar

Documento Derogado

su genoma al ADN de la célula huésped en un proceso denominado transcripción. Tanto la enzima como este mecanismo de multiplicación son exclusivos de este tipo de virus que, por esta razón, reciben el nombre de retrovirus.

El SIDA se caracteriza por una inmusupresión que resulta, principalmente de la infección y destrucción de los linfocitos T4, que son las células que dan la respuesta inmunológica en el organismo, causando vulnerabilidad a infecciones oportunistas graves en el individuo.

Existen partes del virus, codificadas por los genes de la envoltura, que cambian muy rápidamente dentro del propio organismo del individuo infectado; este cambio repentino afecta la capacidad del sistema de inmunidad para reconocer el virus, aspecto particular y fundamental para el descubrimiento de una vacuna contra el SIDA.

El VIH / SIDA es considerado hoy en día como una condición crónica y prevenible, no solo por el prolongado periodo de incubación, con casos en que ya pasaron 15 años desde su diagnóstico hasta el aparecimiento de la primera infección oportunista, sino también por el advenimiento de medicamentos específicos como los contemplados en la terapia antirretroviral (TAR) que permiten una sobrevida cada vez mayor.

FORMA DE TRANSMISIÓN

El VIH se ha aislado en la sangre, semen, secreciones vaginales, saliva, lágrimas, leche materna, liquido cerebro espinal, liquido amniótico y orina, pero las evidencias epidemiológicas mundiales indican que solo la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna, son fuentes de infección del virus.

Por lo tanto, los factores de riesgo, asociados a la transmisión del VIH son el poseer múltiples parejas sexuales, la falta de protección durante las relaciones sexuales, el uso de la sangre contaminada, y sus productos no controlados así como el uso de agujas contaminadas.

La madre infectada puede transmitir el VIH a su hijo en la gestación, durante el parto (transmisión vertical si no es intervenida en forma adecuada y oportuna) o pos parto a través de la lactancia materna. La evidencia epidemiológica indica que los alimentos, agua, insectos y contactos casuales no transmiten el VIH. Del mismo

Documento Derogado

modo el VIH se ha encontrado en la saliva en pequeñas cantidades como partículas extracelulares sin embargo no han sido documentados casos de transmisión por la saliva.

ESTADÍOS

Desde el contacto con el virus (grupo I) hasta el desarrollo de la enfermedad (grupo IV), el período de latencia puede ser de más de 15 años. A pesar de ser clínicamente asintomático, los individuos portadores del VIH pueden transmitir la infección en cualquiera de los estadíos especificados en el cuadro siguientes:

CUADRO Nº 7

ESTADÍOS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

GRUPO	CLASIFICACIÓN	CLÍNICA	SEROLOGÍA	ESTADÍO
I	Infección Aguda	Historia de exposición al riesgo, fiebre alta, linfoadenopatías, mialgias, artralgias, dolor de garganta, Hepatoesplenomegalia, exantema, maculopapular, meningitis linfocitaria con duración de 7 a 14 días.	Negativa, se recomienda repetición después de tres meses (carga inmunológica).	Período de ventana.
II	Infección Asintomático	Ausencia de signos y síntomas.	Positiva	Seropositivo VIH
III	Linfoadenopatia persistente generalizada	Linfoadenomegalia abarcando dos o más regiones extrainguinales con duración de por lo menos 3 meses. Excluir otras enfermedades y uso de drogas endovenosas.	Positiva	Seropositivo VIH
IV	Enfermedad manifiesta	A - Fiebre, diarrea, pérdida de peso superior a 10% de la superficie corporal. B - Enfermedad neurológica. C1 - Pneumocystis carinii, Candidiasis esofágica, Histoplasmosis, Criptococosis, Citamegalovirus, Herpes Simple. C2 - Leucoplasia pilosa, Herpes Zoster, Tuberculosis, Candidiasis bucal. D - Neoplasias, Linfomas, Sarcoma de Kaposi. E - Neumonía intersticial crónica y otras Enfermedades no relacionadas en las categorías anteriores.	Positiva	Seropositivo VIH

Documento Derogado

ENFERMEDADES ASOCIADAS

El diagnóstico del SIDA puede ser orientada por algunas enfermedades muy frecuentemente encontradas en los pacientes como consecuencia de la inmunodepresión causada por el VIH, las cuales se describen en el cuadro No.8:

CUADRO No. 8

ENFERMEDADES OPORTUNISTAS A LA INMUNODEPRESIÓN CAUSADA POR EL VIH.

Enfermedades Causadas por Protozoarios y Helmintos.	Pnemonia por Pneumocytis Carini, Toxoplasmosis ocular o del Sistema nervioso Central, Estrongiloidiasis pulmonar o diseminadas, Criptosporidiasis intestinal Isoporiasis intestinal
Enfermedades causadas por hongos	Candidiasis Criptococosis Histoplasmosis
Enfermedades causadas por bacteria	Tuberculosis Micobacteriosis Enfermedad periodontal Ulceras aftosas
Enfermedades causadas por Virus	Citomegalovirus, Leucoencefalopatia Multifocal progresiva, Herpes Simples, Herpes Zoster, Leucoplasia para los condilomas y papilomas.
Neoplasias	Sarcoma de Kaposi Linfomas Canceres
Otras	Pneumotitis Intersticial linfoide crónica Ulceras aftosas recurrentes, Púrpura Trombocitopenica, Alteraciones de Glándulas salivales, Melanosis.

Documento Derogado

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE INFECCIÓN POR VIH

El diagnóstico de laboratorio del VIH puede ser hecho a través de pruebas que busquen anticuerpos, por técnicas que detectan el antígeno o del aislamiento del virus. En exámenes serológicos, las pruebas que buscan anticuerpos son las más utilizadas.

La infección por el VIH es en general seguida por aparecimiento de anticuerpos evidénciales contra el virus. El aparecimiento se refleja normalmente dentro de las primeras 12 semanas post-infección.

Algunos estudios han demostrado la presencia de anticuerpos anti-VIH tan pronto como 14 días y tan largo como más de un año después de la infección; con un promedio de 4 a 8 semanas. El período transcurrido entre la exposición y la aparición de anticuerpos anti-VIH es denominado período de "Ventana" o "Ventana inmunológica".

Raramente individuos infectados presentan a la prueba de anticuerpos persistentemente negativa pos 12 semanas de infección.

Al contrario de otras infecciones, el aparecimiento o existencia de anticuerpos contra el VIH no es tomada como inmunidad. Por lo tanto el resultado negativo no significa que el individuo sea inmune al virus.

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD

Según la norma de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las condiciones mínimas aceptadas de especificidad son de 95% y de sensibilidad 99%.

Especificidad de la prueba: Es la capacidad de la prueba en detectar anticuerpos específicos de una enfermedad en particular.

Sensibilidad de la prueba: se refiere a la capacidad de la prueba en detectar la presencia de anticuerpos en los individuos afectados por la enfermedad.

Considerando el significado médico y social de un resultado positivo, se recomienda enfáticamente que una reacción positiva de investigación de anticuerpos sea repetida y confirmada. El

Documento Derogado

Ministerio de Salud utiliza un Diagrama de Flujo especifico antes de emitir un resultado conclusivo(Según anexo 5).

INTERPRETACIÓN PARA LAS PRUEBAS CONFIRMATORIAS ANTI VIH-1

Existen dos tipos de pruebas para la detección de anticuerpos del VIH: presuntivas y confirmativas, ambas poseen muy buena sensibilidad y especificidad. Se están utilizando las que han sido validadas por el laboratorio central. Es necesario dar consejería pre y post prueba.

La prueba de ELISA se realiza en Laboratorios de Hospitales de mayor complejidad, utilizando metodología ORGANON, INC ó AXYM de ABBOT.

La prueba rápida sencilla es utilizada en laboratorios de menor complejidad de hospitales o unidades de salud y utilizan metodologías: prueba rápida Determine VIH, Aglutinación de partículas (Serodia), INMUNOCOMB II EISPOT.

En prueba inicial con resultado **NO REACTIVO**, se elabora informe con prueba no reactiva a paciente y debe dársele post consejería de la prueba.

En prueba inicial con resultado **REACTIVO**, debe repetirse la prueba con la misma metodología pero con una nueva muestra y si es repetidamente reactivo el resultado, debe enviarse la muestra con su respectivo formulario al Laboratorio de referencia para poder realizar las pruebas confirmativas y definir **Caso SIDA o Infección por VIH.**

El color amarillo en el diagrama representa la metodología empleada en el Hospital o en la Unidad de Salud. El color azul esta representado por tres laboratorios de Hospitales de referencia: Hospital Maternidad, Santa Ana, San Miguel así como el Laboratorio Central “Dr. Max Bloch” para control de calidad y la confirmación por las dos pruebas de ELISA implementadas, ya que estos cuentan con el equipo y el reactivo necesario para tal fin.

El color rosado en el diagrama esta representado por nivel central, en donde el Laboratorio Central “Dr. Max Bloch” procesa todas

Documento Derogado

aquellas muestras a las que no se ha podido establecer el diagnóstico definitivo con las dos pruebas ELISA.

a. El resultado (+) en muestras confirmadas con dos ELISA de diferente marca, se considera positiva.
b. El resultado (-) en muestras procesadas inicialmente con técnica ELISA ó prueba rápida/sencilla, se considera no reactiva a la fecha.
c. El resultado (+) en muestras procesadas con Western Blot se considera: positivo.
d. Al resultado indeterminado en muestras procesadas con metodología Western Blot se deberá dar seguimiento al paciente.
e. El resultado (-) en muestras procesadas con metodología Western Blot se considera negativo y debe dársele seguimiento al paciente.

Portador asintomático (VIH +) se considera a aquella persona infectada por el virus, sin presentar síntomas o manifestaciones clínicas de la enfermedad, pero que si tiene riesgo epidemiológico y además las lecturas con prueba de ELISA son altas.

Se clasifica como **caso SIDA** a las personas mayores de 13 años con evidencia de infección por el VIH por el laboratorio, que acumulan seis puntos o más de un conjunto de signos o síntomas de la enfermedad de acuerdo a la clasificación OPS/Caracas y además existe ausencia de otras causas de inmunodeficiencia (Según anexo 6).

Los laboratorios de referencia deberán notificar al Laboratorio Central Dr. Max Bloch, los casos confirmados con ambas pruebas. En el caso de las embarazadas deberán especificar las detectadas en su lugar y las referidas de otros establecimientos.

Los Laboratorios del nivel local deberán referir sus muestras repetidamente reactivas al laboratorio de referencia que le corresponda de acuerdo a su ubicación geográfica.

ROL DEL ODONTOESTOMATÓLOGO EN CUANTO AL PACIENTE VIH/SIDA

- Garantizar la atención de acuerdo a las normas Universales de Bioseguridad.

Documento Derogado

- Garantizar la continuidad de los procedimientos de rutina odontológicos.
- Interactuar y formar parte del equipo multidisciplinario para la atención de pacientes VIH/SIDA para su evaluación clínica según el Protocolo de Atención (Según anexo 7).
- Garantizar un tratamiento profesional, humano, manteniendo la confidencialidad y el respeto a las diferencias formas de comportamiento.
- Actualizarse con respecto a los aspectos técnicos, éticos y psicosociales relacionados con la enfermedad.
- Identificar sus propias limitaciones y superarlas para no influir en la relación profesional / paciente.
- Mantener la prevención y la solidaridad como las mejores técnicas terapéuticas.

ROL DEL ODONTOESTOMATÓLOGO EN EL CONTROL EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS SIDA

El objetivo de la notificación e investigación de los casos de VIH / SIDA es para obtener datos para la toma de decisiones en la programación y ejecución de políticas para el control de la enfermedad.

El registro de la ocurrencia de nuevos casos (incidencia) ofrece un panorama de la epidemia y una serie de políticas de salud, prevención, medicamentos y Hospitalizaciones, son programadas de acuerdo a los casos existentes (prevalencia). Así las fallas en el sistema de información de la notificación o su retraso causan falsas interpretaciones del avance de la epidemia, como también a la programación inadecuada de actividades de control y todo el sistema podría ser ineficiente e ineficaz.

Los resultados de diversas investigaciones, se ha demostrado que algunas manifestaciones en la cavidad Bucal se perfilan como un fuerte indicador de la infección por VIH/SIDA, por lo que el odontoestomatólogo se convierte en un agente eficiente en la detección de casos nuevos o sospechosos, por lo que debe:

- Reconocer, Diagnosticar y Registrar las manifestaciones bucales asociadas con la infección por el VIH/SIDA.
- Notificar a la Unidad de Salud a quien corresponda sobre la sospecha de caso VIH/SIDA manteniendo la ética profesional y la confidencial del posible hallazgo a fin de garantizar el adecuado abordaje para la confirmación del diagnostico.

Documento Derogado

Por lo tanto es de fundamental importancia que todos los profesionales de la salud estén vigilantes tanto para diagnosticar como para notificar casos de VIH/SIDA.

MANIFESTACIONES BUCALES DE INFECCIÓN POR VIH

Las manifestaciones bucales de la infección por el VIH son comunes y pueden significar las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad y a veces antecede a las manifestaciones sistémicas.

Por lo tanto el Odontoestomatólogo asume importante participación como agente "centinela" para detectar nuevos casos VIH/SIDA. Puede sospechar de estas manifestaciones, diagnosticarlas y tratar las alteraciones. Estas lesiones son consideradas por la comunidad científica como marcadoras de la enfermedad, se presentan exacerbadas y muy prevalentes, las cuales son consecuencia de la inmunodepresión desencadenada por el VIH.

La Candidiasis, la Leucoplasia pilosa y el Sarcoma de Kaposi son alteraciones consideradas marcadores bucales del compromiso inmunológico de los pacientes. La Candidiasis cuando está presente debe ser tratada y el paciente debe ser evaluado periódicamente. La recurrencia de la misma será indicativa que otras alteraciones sistémicas, como infecciones oportunistas o neoplasias y podrán ocurrir a corto plazo.

D) OTRAS INFECCIONES

En cuanto a la preocupación por la Hepatitis, Herpes y VIH/SIDA está plenamente justificadas, otras dolencias como: la gripe, la tuberculosis y diferentes tipos de afecciones virales, pueden ser diseminadas en la clínica, representando un riesgo mas que amerite atención para el profesional, su personal auxiliar y sus pacientes, por lo que es recomendable:

GRIPE

La gripe es una enfermedad causada por un virus (virus de la influenza) que se transmite de persona a persona a través de la tos, de los estornudos y de objetos directamente contaminados. Tiene como particularidad ser un virus de fácil mutación: de esta forma el virus circulante en invierno será probablemente diferente al del invierno anterior y por tanto la inmunidad adquirida previamente puede no ser efectiva.

Documento Derogado

Los síntomas más frecuentes son además de quebrantamiento del estado general, escalofríos, fiebre de hasta 40ºC estornudos, tos, dolor de cabeza, molestias musculares, dolor de garganta, etc. La fiebre dura generalmente de 3 a 5 días y si hay complicaciones, la recuperación completa se produce entre una y dos semanas.

Medidas Generales

La gripe debe seguir siempre su curso, pero se pueden tomar ciertas medidas para aliviar los síntomas:

- Acentuar el reposo
- Tomar un analgésico suave para calmar las molestias, siempre y cuando no tenga complicaciones.
- Beber agua y zumos en abundancia.

Asimismo, es de interés extremar las medidas higiénicas habituales (pañuelos desechables) Recordar que taparse la nariz y la boca al estornudar y/o toser evita la transmisión de la enfermedad a las personas que rodean al enfermo.

Tratamiento:

No hay ningún medicamento que cure la gripe, de modo que su tratamiento se reduce al alivio de los síntomas (antipiréticos, analgésicos, antihistamínicos, descongestionante, etc.)

Es necesario recordar que al ser un proceso vírico no es eficaz el tratamiento con antibióticos, pudiendo dar lugar en cambio a resistencias bacterianas. Los antibióticos sólo se deben administrar bajo estricta prescripción médica y para tratar o prevenir las complicaciones en personas cuyo estado de salud previo así lo aconseje.

TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa provocada en la mayor parte de los casos por el *Mycobacterium tuberculosis*, el cual ingresa habitualmente al organismo por las vías respiratorias.

Este microorganismo es el responsable de la transmisión de la enfermedad a miembros del grupo familiar y de la comunidad, causante de secuelas en casos tardíamente diagnosticados y de la muerte de personas que no reciben tratamiento.

Documento Derogado

Los signos y síntomas más importantes son:

- Tos persistente con o sin expectoración por más de 15 días de evolución (Sintomatología por excelencia para la sospecha de la enfermedad).
- Fiebre y sudoración a predominio nocturno
- Pérdida de peso
- Malestar general
- Y a veces hemoptisis (sangre en el esputo).

Puede también presentarse en otros órganos como riñones, huesos, ganglios, sistema nerviosos central, mucosa bucal y otras.

Su mecanismo de transmisión es a través de las gotas de saliva suspendidas en el aire expulsado por personas con tuberculosis pulmonar, durante los esfuerzos respiratorios como el canto, la tos y el estornudo.

Lo más importante es la educación en salud sobre como evitar el contagio de la enfermedad, la vacunación con BCG, evitar el hacinamiento, mejorar el estado nutricional y las condiciones socioeconómicos de la población. La búsqueda del sintomático respiratorio para la detección temprana, es una de las actividades que mejores resultados dan en el control de la enfermedad así como el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), de todos los pacientes alcanzan altas tasas de curación, evitan abandonos, fracasos y recaídas de los pacientes con tuberculosis.

A partir de 1984 el inicio de la epidemia del VIH/SIDA trajo como consecuencia que el número de casos de tuberculosis aumentaron en los países desarrollados, presentando formas atípicas y recientemente con formas resistentes al tratamiento rutinario.

En nuestra realidad se considera que el 30% de las Personas que Viven con VIH/SIDA adquirirán o podrán adquirir tuberculosis, durante el desarrollo de la enfermedad. Podrán eliminar bacilos por tiempo superior a 15 días, luego de la administración precoz de la terapéutica indicada.

Documento Derogado

VI. CONDUCTAS FRENTE A ACCIDENTES DE TRABAJO

Todos los trabajadores de salud independientemente del nivel de atención en que laboren, están expuestos a secreciones o fluidos corporales potencialmente infectantes. Entre las enfermedades infectocontagiosas más frecuentes están: Hepatitis B, Hepatitis C, Infección por VIH y Tuberculosis.

La prevención de los accidentes laborales involucra poner en práctica en todo momento las precauciones estándares o universales de Bioseguridad con el fin de minimizar los riesgos de transmisión de agentes infecciosos.

MANEJO EN LA EXPOSICIÓN A LA SIFILIS

El personal expuesto debe administrarse Penicilina Benzatinica 2,400.00 millones cada semana.
Se debe tomar serologìa al momento de la exposición y 30 días después de la última dosis tomando en cuenta:

- Ayuno de 12 horas(especialmente grasas).
- Haber dormido lo suficiente.
- No adolecer de proceso gripal.

Todos los accidentes deben ser comunicados lo antes posible al servicio o a la unidad designada para registrarlos.

MANEJO EN LA EXPOSICIÓN AL VHB

El riesgo de infección por el virus de la Hepatitis B (VHB) luego de la exposición accidental a la sangre o a los fluidos orgánicos contaminados es estimado entre 5 y 43%. En los casos del virus de la Hepatitis C (VHC) no existen estudios suficientes que permitan determinar su magnitud.

Los procedimientos de profilaxis indicados frente a la exposición accidental al virus, varían según la situación de inmunización (vacunas) del accidentado y se sintetizan en el cuadro siguiente:

Documento Derogado

CUADRO No. 8

Si:	Y:	Entonces:
El individuo fuente de la contaminación es positiva para el HBcAg	El trabajador expuesto no está vacunado contra la Hepatitis B.	1. Debe recibir la serie de vacunas contra hepatitis B, e. 2. Debe recibir una dosis de inmunoglobulina anti-hepatitis B (HBGI) en los próximos 7 días después de la exposición.
	El trabajador expuesto está vacunado contra la Hepatitis B.	NADA QUE HACER
El Individuo fuente de contaminación es negativo, se rehúsa a realizarse la prueba o no puede ser identificado	El Trabajador expuesto no está vacunado contra la Hepatitis B.	Debe recibir una serie de vacunas contra la Hepatitis B. El debe recibir una dosis de inmunoglobulina anti-hepatitis B (HBGI) hasta 7 días después de la exposición.
	El trabajador expuesto está vacunado contra la Hepatitis B	NADA QUE HACER

Documento Derogado

En cualquiera de los casos de exposición (VHB o VHC) el trabajador accidentado debe ser orientado en la Indicación para los controles clínicos y serológicos y la necesidad de adoptar una práctica sexual segura, que impida cualquier contacto con la secreción vaginal o semen (uso correcto del preservativo)

Está indicado que el trabajador accidentado con riesgo de infección por el virus de la Hepatitis haga exámenes serológicos como máximo 7 días después de que ocurra el accidente.

Permitiendo registrar el status serológico al momento del accidente, tomando el examen de anticuerpos, esencial en procesos jurídicos de los trabajadores, tomar exámenes de antígenos deberá ser evaluado entre los 3 y 6 meses después de ocurrido el accidente. Si las pruebas se mantienen negativas a los seis meses el accidentado se le considera el alta al control.

MANEJO DE LA EXPOSICIÓN AL VIH

El riesgo por la infección por el VIH por accidentes de trabajo con exposición a sangre y fluidos orgánicos contaminados, han sido medidos por varios estudios y es estimado en un 0.5% de riesgo de infección; esto varía según el tipo de exposición. En accidentes corto punzantes existe un rango de 0.1% y 0.5% de riesgo de infección por accidentes de trabajo.

Con exposición de piel y mucosas, íntegras o no, el riesgo varia de 0 a 0.5% con un número de casos en la literatura médica, muy pequeño.

El trabajador accidentado con riesgo de infección por el VIH, debe ser controlado clínica y serológicamente por medicina ocupacional, por el Comité de Infecciones Nosocomiales o por el médico internista o Infectólogo del establecimiento durante 6 meses a un año.

Es importante conocer que cualquier accidente ocupacional es considerado como una **emergencia médica** por lo que su intervención en cualquier establecimiento de salud debe de ser lo más oportunamente posible.

El médico determinará el tipo de riesgo que el accidente represente. Si se desconoce el estado serológico del paciente y del trabajador de salud inmediatamente se deberá de realizar las pruebas diagnósticas para anticuerpos VIH a ambos, tal como se contempla en el articulo 16 literal “a” de la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Es necesario iniciar la Profilaxis Post Exposición idealmente a las 2 horas posterior a la exposición y a más tardar a las 72 horas como máximo.

En el caso en que la prueba resultase positiva en el paciente o su estado serologico VIH+ fuese previamente conocido y la prueba del trabajador de salud resultase negativa se deberá de iniciar inmediatamente la Profilaxis Post Exposición por un periodo de 28 días.

Por otro lado si la prueba del trabajador de salud resultase positiva no se iniciará la Profilaxis Post Exposición.

Si el resultado serológico resultase negativo en ambos, se deberá de repetir la prueba tanto al trabajador de salud como al paciente a los 2, 3, 6 y 12 meses. Si la serología en ambos es negativa a los 6 meses y persiste negativa hasta el año, el accidentado deberá ser dado de alta.

EL TRABAJADOR ACCIDENTADO DEBERÁ RECIBIR CONSEJERíA PARA:

- Aclarar dudas y evaluar su índice de riesgo.
- Aclarar y entender sus derechos, toda vez que se trate de accidente de trabajo.

Documento Derogado

- Estimular la aceptación, deseo de control y de hacer las pruebas clínicas y serológicas durante el tiempo necesario, explicándole la importancia y naturaleza de los procedimientos.
- Adoptar prácticas sexuales seguras e indispensables, para evitar el embarazo personal o de su pareja. Esto reduce los riesgos de transmisión sexual a la pareja y vertical para los hijos.
- La decisión personal sobre el uso de Antirretrovirales.
- Apoyo psicológico.

PASOS ANTE ACCIDENTES CON EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES

Las instituciones de salud y los odontólogos tienen la responsabilidad de desarrollar e implementar medidas para el manejo de los accidentes y asistencia a los profesionales y auxiliares de apoyo.

En accidentes con exposición a la sangre o flujos corporales, las siguientes medidas generales deben ser tomadas:

- **Descontaminación del local o de la herida**, lavar con agua y jabón inmediatamente después del accidente.
- El sangramiento no debe detenerse inmediatamente y en casos de accidentes con agujas, el sangramiento debe ser estimulado.
- Se debe secar y colocar un antiséptico a base de yodo.

Debe de revisarse en el Ministerio, el Protocolo de registro de accidentes de esta naturaleza pues son elementos importantes para la investigación epidemiológica de accidentes, la descripción del suceso y de las condiciones que se dieron así como la evaluación de la fuente de contaminación, diagnóstico y estatus serológico, contenido en los Protocolos de atención de personas infectadas por VIH/SIDA (Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA año 2004).

El comité de enfermedades Nosocomiales son los responsables por el control de los accidentes de los registros y de la confidencialidad necesaria en estos casos.

Documento Derogado

VII. GLOSARIO

a) Antisepsia:

Método que consiste en combatir o prevenir los padecimientos infecciosos destruyendo los microorganismos que la causan.

b) Anticuerpo:

Sustancia producida en el organismo animal por la presencia de un antígeno, contra cuya acción reacciona específicamente.

c) Aparato Estomatognático:

Es la unidad morfofuncional integrada y coordinada, constituida por el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, nerviosas, glandulares y dentales, comprendida desde la cabeza, cuello hasta la clavícula.

d) Bioseguridad:

Es un conjunto de medidas para el control de la infección, que son adoptadas universalmente como forma eficaz para la reducción del riesgo ocupacional y de la transmisión de los microorganismos en los servicios de salud.

e) Desechos líquidos de la práctica odontoestomatológica:

Desecho líquido contaminado (aguas residuales de escupidera y manguera del eyector) producto de los procedimientos realizados en los consultorios odontológicos.

f) Desechos sólidos de la práctica odontoestomatológica:

Desecho sólido contaminado (basura sólida tales como: piezas dentales extraídas, guantes, gasas con fluidos bucales y otros) producto de los procedimientos realizados en los consultorios odontológicos.

g) Germicida:

Solución química para la destrucción de gérmenes dañinos.

Documento Derogado

h) Incubación:
Desarrollo de una enfermedad desde que se contrae hasta que aparecen los primeros síntomas.

i) Odontoestomatología:
Ciencia que estudia en un sentido más amplio el aparato estomatognático, entre sus competencias esta la prevención y tratamiento de las patologías, trastornos de las piezas dentales, cavidad bucal y estructuras circundantes, así como su restauración y rehabilitación.

j) Portador:
Persona que lleva en su cuerpo el germen e una enfermedad infectocontagiosa.

k) Prevención:
Todo esfuerzo por poner barreras al avance de la enfermedad en todos y cada uno de los estadios.

l) Reactivo:
Sustancia empleada para descubrir y valorar la presencia de otra, con la que reacciona de forma peculiar.

m) Secreciones:
Despedir materias elaboradas por una glándula y que el organismo utiliza en el ejercicio de alguna función.

n) Seropositivo:
Dicho de una persona o de un animal: Cuya sangre, infectada por algún virus, como el de SIDA, contiene anticuerpos específicos.

o) Vacunación:
Inocular a una persona o animal un virus o principio orgánico convenientemente preparado, para preservarlos de una enfermedad determinada.

Documento Derogado

VII. ANEXOS

Forman parte de la presente guía, los siguientes anexos:

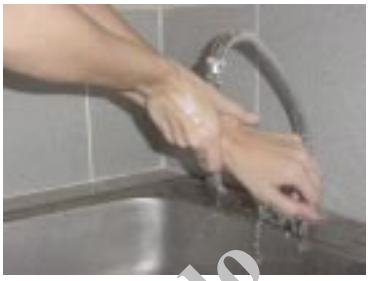
- Anexo 1 Medidas de Protección Universal
- Anexo 2 Uso de Guantes
- Anexo 3 Protección al Equipo
- Anexo 4 Manejo de Desechos Peligrosos
- Anexo 5 Diagrama de Flujo para las Pruebas Confirmatorias anti VIH-1
- Anexo 6 Definición Caso SIDA, OPS Caracas
- Anexo 7 Evaluación Clínica de la Persona Viviendo con VIH

Documento Derogado

ANEXO 1

MEDIDAS DE PROTECCIÓN UNIVERSAL

Fotografía No. 1
Lavado de Manos



Fotografía No. 2
Lavado de Manos

Fotografía No. 3
Equipo de Protección individual

Fotografía No. 4
Uso de barreras de Protección

Fotografía No. 5
Accidente Ocupacional

Fotografía No. 6
Accidente Ocupacional

Documento Derogado

ANEXO 2

USO DE GUANTES

Fotografía No. 1
Apertura de embalaje
de guantes

Fotografía No. 2
Evitar tocar parte
externa de guantes

Documento Derogado

Fotografía No. 3
Tomar el guante con el puño
y colocarlo con la mano
opuesta

Fotografía No.4
Tomar el otro guante
con el asa doblada por
el lado interno

Fotografía No. 5
Ajustar desde los dedos hasta cubrir el puño

Fotografía No. 6
Guantes de hule para lavado de instrumental

Fotografía No. 7
Lavado Instrumental

Fotografía No.8
Guantes para el lavado del Instrumental

Documento Derogado

ANEXO 3

PROTECCIÓN AL EQUIPO

Fotografía No. 1
Protección al Equipo de Radiológico

Fotografía No. 2
Protección a la Lámpara de Fotopolimerizado

Fotografía No. 3
Protección a las piezas de mano

Fotografía No. 4
Protección al amalgamador

Fotografía No. 5
Protección a la mesa de trabajo

Fotografía No. 6
Protección a la lámpara

Documento Derogado

ANEXO 4

SÍMBOLO INTERNACIONAL DE RIESGO BIOLÓGICO Y KITASATO

Los recipientes y bolsas plásticas rojas para la disposición de los desechos sólidos contaminados producidos en los consultorios odontológicos, deben estar identificados con el símbolo internacional de riesgo biológico, como el siguiente:

Figura No. 1
Símbolo de Riesgo Biológico

Fotografía No. 1
Disposición de desechos peligrosos

Fotografía No. 2
Disposición de desechos peligrosos

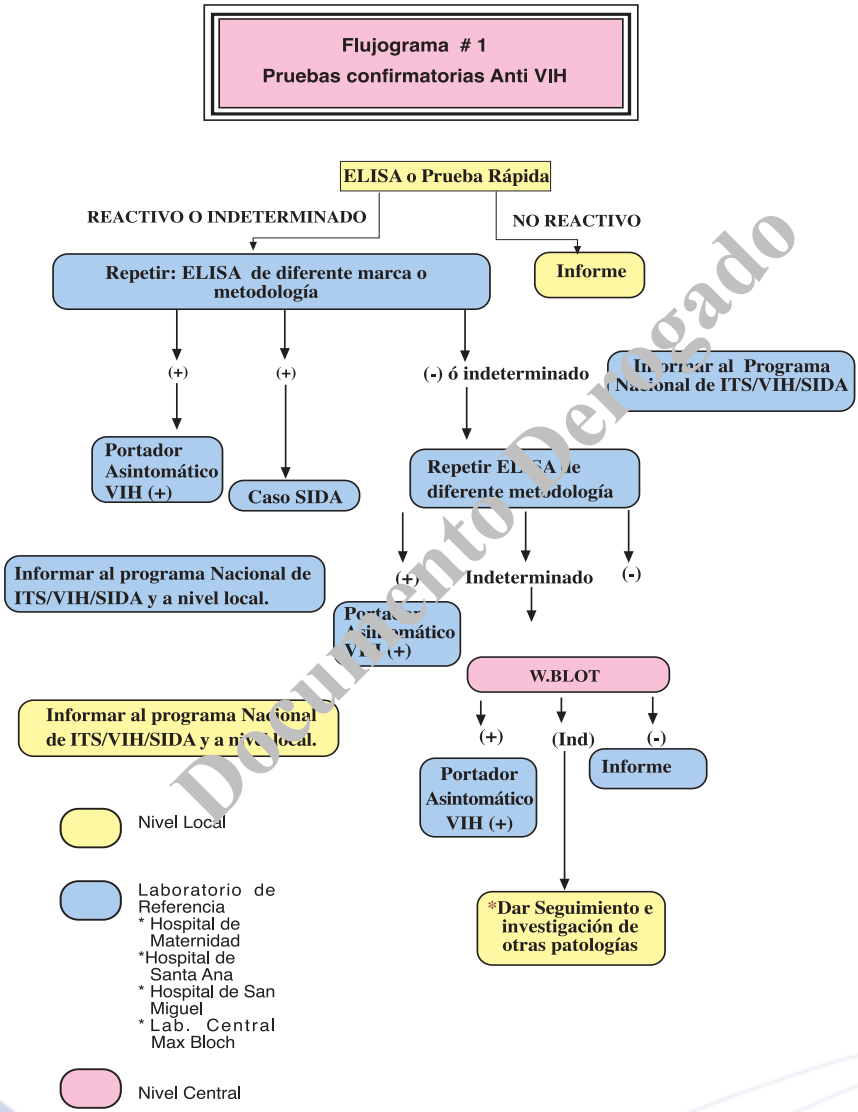
Documento Derogado

Se debe instalar al equipo odontológico una trampa para mercurio tipo matraz Kitasato al que se colocará un tapón de hule perforado y sus mangueras

Fotografía No. 3
Filtro tipo matraz Kitasato

ANEXO 5

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LAS PRUEBAS CONFIRMATIVAS ANTI-VIH-1



Documento Derogado

ANEXO 6

DEFINICION CASO SIDA OPS/CARACAS

En nuestro país se define SIDA de acuerdo a la clasificacion de OPS/CARACAS 1991 que utiliza criterios de laboratorio y clinico. En ausenccia de otras causas de inmunodeficiencia y con evidencia de infección por el VIH* se clasifica como SIDA a las personas mayores de 13 años que acumula diez o más puntos de acuerdo al siguiente cuadro.

Síntoma, Signo o Diagnóstico	Puntos
Sarcoma de Kaposi	10
Tuberculosis pulmonar no cavitaria/ extrapulmonar	10
Candidiasis oral / leucoplasia pilosa	5
Tuberculosis Pulmonar Cavitaria	5
Herpes Zoster en menores de 60 años	5
Disfunción del sistema nervioso central	5
Diarrea por más de un mes,intermitente o constante	2
Fiebre por más de un mes,intermitente o constante	2
Pérdida de peso >10% de pérdida del peso corporal	2
Astenia por más de un mes	2
Dermatitis persistente	2
Tos persistente o neumonia no tuberculosa	2
Linfadenopatia por más de un mes (2 o más cadenas extrainguinales)	2

Documento Derogado

CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH Y DEFINCIÓN EXPANDIDA PARA DIAGNOSTICO CLINICO EN ADULTOS Y ADOLESCENTES
CENTER FOR DISEASE CONTROL (CDC) 1993 MODIFICADA

Infección por VIH: Personas> 13 años (detección de anticuerpos para VIH por 2 métodos y en muestras diferentes y pruebas confirmatorias).

Sistema de Clasificación

	Categoría Clínica		
Células CD4	A	B	C
(1)(500/mm3	A1	B1	C1
(2)200-499mm³	A2	B2	C2
(3) <200/mm³	A3	B3	C3

* Area sombreada constituye SIDA

Categoría Clínica A

Infección asintomática por VIH
Linfadenopatía generalizada
Enfermedad primaria por VIH.

Categoría Clínica B

Sintomático sin condiciones A ó C.
Angiomatosis bacilar
Candidiasis vulvovaginal persistente o con pobre respuesta a tratamiento.
Candidiasis orofaringea
Displasia cervical severa o carcionoma in situ
Síndrome constitucional Ej.: Fiebre (38.5°)
Diarrea> 1 mes

Categoría Clínica C

Candidiasis esofágica, traqueal y bronqueal
Coccidiodomicosis extrapulmonar
Criptococcosis extrapulmonar
Cáncer cervicouterino invasivo
Criptosporidiasis intestinal crónica (>1 mes)
Retinitis por CMV
Encefalopatía por VIH
Herpes Simplex con úlcera mucocutanea > 1 mes, bronquitis, neumonía
Histoplasmosis diseminada extrapulmonar
Isosporiasis crónica (>1 mes)
Sarcoma de Kaposii
Linfoma: Burkitt, primario del cerebro, Inmunoblastico.
M. avium o M.kansaii extrapulmonar
Neumonía por P. Carinii
Neumonía recurrente ((2 episodios por año)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Bacteremia recurrente por Salmonella
Toxoplasmosis cerebral
Síndrome de desgaste

Documento Derogado

ANEXO 7

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONA VIVIENDO CON VIH

El éxito de que las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) mantengan un nivel de vida aceptable depende en gran manera del monitoreo permanente por el personal de salud.
La historia clínica debe tener lo resumido en el siguiente cuadro:

Antecedentes	❒ Historia de ITS	❒ Alergias a medicamentos
Síntomas Generales	❒ Fiebre ❒ Sudores nocturnos	❒ Pérdida de peso
Gastrointestinales	❒ Disfagia	❒ Diarrea
Cavidad Bucal	❒ Candidiasis ❒ Ginvigitis ❒ Leucoplaquia pilosa	❒ Lesiones violáceas (Sarcoma de Kaposi).
Dermatológico	❒ Herpes zoster ❒ Exantemas ❒ Dermatitis seborreica ❒ Foliculitis	❒ Lesiones violáceas (sarcoma de kaposi)
Respiratorio	❒ Tos	❒ Disnea
Sistema Nervioso	❒ Deterioro mental (memoria, conducta, juicio, lenguaje, concentración).	❒ Cefalea ❒ Convulsiones
Genitales	❒ Ulceras crónicas o recurrentes ❒ Condilomas múltiples ó recurrentes	❒ Candidiasis vaginal recurrente ❒ Estudio de citología cervical (papanicolau) más reciente.

Y en el exámen físico lo que se debe de investigar lo resume la siguiente tabla:

Aspecto General	❒ Caquexia ❒ Variaciones recientes de peso corporal ❒ Temperatura ❒ Frecuencia respiratoria
egiones Ganglionares	❒ Tamaño y localización de adenopatias.
Inspeccionar Cavidad Bucal	❒ Candiasis oral ❒ Leucoplaquia pilosa (placas blanquecinas no desprendibles en el borde lateral de la lengua) ❒ Sarcoma de Kaposi ❒ Gingivitis ❒ Ulceras bucales (Herpes simplex)

Documento Derogado

IX. BIBLIOGRAFIA

- Hepatitis, AIDS e Herpes na Práctica Odontológica. Brasilia 1996, Ministerio de Salud de Brasil, Secretaría de Asistencia a la Salud Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles/AIDS.

- S. Guandalini y col. “Como controlar la Infección en la Odontología”, Universidad de Paraná, Brasil. 1997

- Manual para la Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas en la Práctica Odontológica, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estomatología, República de Ecuador, 1997.

- Normas de Atención en Estomatología, Secretaría Nacional de Salud, México 1996

- El VIH/SIDA y otras infecciones en la práctica odontoestomatología OPS/OMS 2003

- Infecciones de transmisión sexual, Normas y Procedimientos de Atención, Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA, República de El Salvador, 2004.

- Protocolos de Atención de Personas Infectadas VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA,República de El Salvador, 2004

- Normas de Atención en Odontología, Ministerio de Salud Pública, Unidad de Salud Bucal, República de El Salvador, 2004.

- R. Palomo, Protocolo de Control de Infecciones, El Salvador 1999.

- Bioseguridad Bucodental, Manual de Normas, Ministerio de Salud Seguridad Social, Asociación Odontológica Panameña, Universidad de Panamá, Panamá 1999.

- F. Schnelder, “Consideraçiones sobre Hepatitis Tipo B e Tipo C”, 2004

Documento Derogado

Documento Derogado

www.msmas.gob.sv

Documento Derogado