

**ASISTENCIA A LA SALUD BUCAL A PACIENTES CON  
ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

**CAPÍTULO I**  
**VIH/Sida EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD BUCAL**

## **AUTORIDADES**

### **Ministra de Salud Pública**

Dra. María Julia Muñoz

### **Subsecretario de Salud Pública**

Dr. Miguel Fernández Galeano

### **Director Nacional de la Salud**

Dr. Jorge Basso Garrido

### **Departamento de Investigación y Programas**

Lic. Sandra Moresino

### **Director del Programa Nacional de Salud Bucal**

Dr. Pablo Bianco

### **Directora del Programa Prioritario ITS/Sida**

Soc. María Luz Osimani

## INDICE

	<b><u>PAGINA</u></b>
<b>1</b> INTRODUCCIÓN	<b>4</b>
<b>2</b> SITUACIÓN DE LAS ITS/VIH/SIDA EN EL URUGUAY	<b>6</b>
<b>3</b> VIH/SIDA EN ATENCIÓN A LA SALUD BUCAL - FACTORES A CONSIDERAR	<b>12</b>
<b>3.1.</b> – Bioseguridad en al asistencia odontológica	<b>12</b>
<b>3.2.</b> – Importancia del diagnóstico precoz – manifestaciones orales de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y su tratamiento	<b>17</b>
<b>3.3.</b> – Pacientes VIH/SIDA, factores a considerar en oportunidad de su atención	<b>26</b>
<b>4</b> TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PROPIAMENTE DICHO	<b>30</b>
<b>5</b> ACCIDENTES LABORALES	<b>34</b>
<b>6</b> BIBLIOGRAFÍA	<b>38</b>

## **EQUIPO DE TRABAJO\***

Prof. Dr. Orosman Moraglio Odontólogo (Asistente del Servicio Odontológico del Hospital de Clínicas).

Dra. Cristina Iglesias Médica Especialista en Dermatología (Programa Prioritario ITS/Sida)

Dra. María José Bonino Odontólogo (Encargada del Servicio Odontológico Hospital Pasteur y S.E.I.C- ASSE)

Dra. Silvia Bellyni Odontólogo (Federación Odontológica del Interior)

Dr. Raúl Apai Uboldi Odontólogo (Programa Nacional de Salud Bucal del M.S.P)

Dra. Amneris Severino Simonetti Odontólogo (Programa Nacional de Salud Bucal del M.S.P)

## **SUPERVISORES**

Prof. Agdo. Dra. Alicia Cardozo (Cátedra de Enfermedades Infecto-Contagiosas Facultad de Medicina)

Prof. Adj. Dra. Susana Vázquez Celhay Odontólogo (Cátedra de Patología y Semiología de la Facultad de Odontología UDELAR)

Prof. Adj. Dra. Cristina Mogdasy Médica Especialista en Microbiología, Especialista en Enfermedades infecciosas (Programa Prioritario ITS/Sida)

Prof. Dr. Sergio Funari, Odontólogo Consultor Centro Internacional de Cooperación Técnica (CICT), Ministerio Salud/Brasil y Cooperación Alemana (GTZ).

## **FOTOS**

Prof. Adj. Dra. Susana Vázquez Celhay

Dra. María José Bonino

## **COLABORADORES**

Roberto Martínez Moccia

Matilde Silva Román

(\*) Ordenanza Ministerial 337 Ref.N°001-3 204\_2006

# 1. INTRODUCCION

La salud, como recurso para la vida diaria, es un derecho de las personas para el más pleno goce de la misma.

Siendo así tratar la salud significa tratar el universo de la población, y de las personas en particular, integrando las peculiaridades sociales, económicas y políticas del lugar donde ellas vivan y se realice la atención. Esto permite que se pueda proveer de asistencia con igualdad de acceso y de cuidados todos aquellos a quien ella se destina, de acuerdo a las necesidades y características de cada individuo o grupo.

Desde hace más de 20 años, el Sida fue anunciado al mundo como una enfermedad viral, transmisible y de naturaleza inmunológica. Todas las comunidades científicas se volcaron intensa e incansablemente al estudio de esta “nueva enfermedad”. Aun hoy, siendo todavía considerada como una enfermedad incurable y letal, el conocimiento adquirido hace que tengamos extensa experiencia en las más diversas áreas clínicas y científicas, haciendo del Sida una enfermedad con manejo y control clínico satisfactorios.

Aún hoy después de tantos años, que casi representan una vida entera de trabajo, es sorprendente como muchos profesionales de la salud se consideran incompetentes para lidiar con esta enfermedad o ejercer su profesión frente a esta epidemia. Y delante de este sentimiento de incompetencia, es comprensible, pero no aceptable, que muchos de ellos prefieran evitar estos pacientes.

Por esto, la publicación de guías y manuales referidos a pacientes afectados con el HIV o con Sida, se convirtió en una necesidad en todos los centros de salud de todos los países, puesto que la realidad nos muestra que el Sida es una epidemia presente en todo el mundo.

Si en los años iniciales, ella se caracterizó como una enfermedad restringida a grupos homosexuales y de drogadictos, hoy está distribuida en la población general, afectando hombres, mujeres y niños de todas las condiciones.

Pero las respuestas impregnadas de preconceptos, propios a los años iniciales de la epidemia en diversos sectores de la sociedad, aún persisten en nosotros. Y tal vez sea este uno de los factores que propician la extensión de esta enfermedad por el mundo.

Es responsabilidad de los profesionales de la salud estar bien informados y formados en el manejo adecuado de estos pacientes, y en lo posible, ejercer la prevención de esta epidemia.

Hoy en día se reconoce a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH/Sida como un problema de Salud Pública.

El odontólogo y todo el personal de salud bucal, como profesionales de la salud, trabajan con pacientes infectados por VIH y enfermos de Sida quienes pueden o no conocer su situación. A veces inclusive los pacientes, para evitar la discriminación y diversos temores vinculados a que se los rechace en la consulta, aún conociendo su infección la niegan o no dan cuenta de ella en el interrogatorio.

La capacitación de los profesionales de salud bucal (Odontólogo, Asistente, Higienista y Laboratorista en Odontología), debe ser permanente tal como sucede con todas las profesiones de la salud, para reconocer no sólo las condiciones específicas de salud bucal de estas personas, las manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas, sino también, y de forma prioritaria para conocer e implementar condiciones de bioseguridad para la atención de los pacientes. Esto último, de fundamental importancia pues deben estar siempre presentes en la asistencia a la salud como forma de asegurar la calidad de la atención y mecanismo de prevención para los pacientes y los profesionales.

Ante cualquier acto clínico, el paciente debe ser asistido bajo las condiciones de bioseguridad necesarias ya que todo material biológico ( fundamentalmente conteniendo sangre) se considera potencialmente infeccioso para agentes tales como Virus de la Hepatitis B (VHB) ,de la Hepatitis C (VHC ) y VIH.

Las medidas que se aplican para evitar la transmisión del VIH en el ámbito clínico se aplican también para la prevención de la transmisión, por los otros virus antes mencionados.

El objetivo de este Manual es orientar al personal de salud bucal tanto en la aplicación práctica de las medidas de bioseguridad en el desempeño de la profesión así como una guía para reconocer entidades cuya presentación oral pueda orientar en dar los pasos necesarios para el diagnóstico de una afección sistémica.

**Dr. Jorge Basso Garrido**  
**Director General de la Salud del M.S.P**

## 2. “(\*) SITUACION DE LAS ITS/VIH/SIDA EN EL URUGUAY

### IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA SITUACIÓN DE LAS ITS/VIH/SIDA

#### I. Identificación del problema en relación al VIH

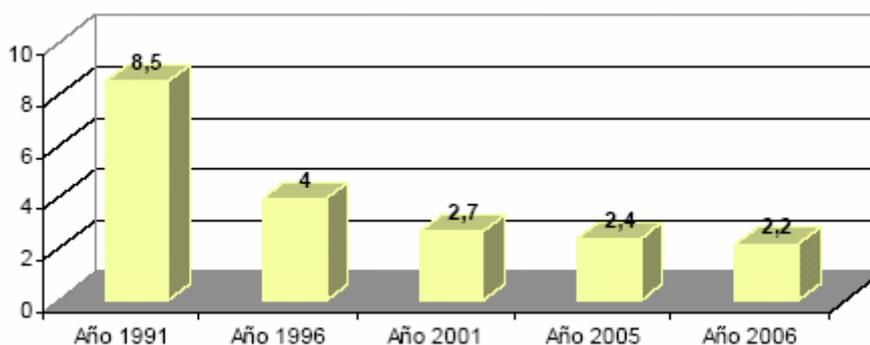
El cruzamiento de diferentes fuentes de información, permiten definir las principales características de la situación, así como la identificación consensuada de 6 puntos de referencia críticos

- ✓ El **primer elemento importante a considerar** refiere a la feminización creciente de la epidemia de VIH.

Aunque el número de hombres infectados continúa siendo mayor al de mujeres, como lo ilustra la gráfica siguiente, desde el año 1991 se observa una clara y rápida tendencia a la feminización de la epidemia.

Efectivamente, como se puede observar la evolución de la relación Hombres/Mujeres pasa de 8,5/1 en 1991 a 2,2/1 en 2006.

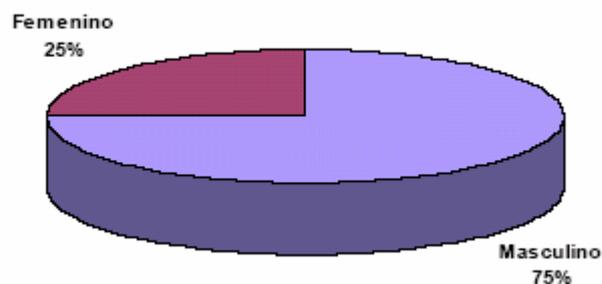
**Evolución de la Relación Hombres/Mujeres con VIH/Sida en el período 1991/2006 - Fuente UVISAP 2007**



(\*) Fuente: PROGRAMA NACIONAL de INFECCIONES de TRANSMISIÓN SEXUAL y VIH-SIDA. Ministerio de Salud Pública -Dirección General de la Salud - Programa Prioritario ITS/SIDA

La gráfica siguiente confirma esta tendencia para los casos de Sida:

**Casos de Sida acumulados según sexo - Período 1983/31.X 2007 -  
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica (Sector VIH/Sida)**



- ✓ **El segundo punto crítico a considerar refiere a la particular vulnerabilidad de los jóvenes frente a la epidemia**

Los datos relativos al número de casos acumulados de personas infectadas por el VIH entre 1983 y junio del 2007, muestran efectivamente que 27% de los seropositivos diagnosticados y 14,2% de las personas que desarrollaron el SIDA, tenían menos de 25 años.

- ✓ **El tercer elemento determinante refiere a la territorialidad de la epidemia.**

La distribución geográfica de los casos de VIH y SIDA registrados entre 1983 y el mes de octubre del 2007, ponen en evidencia que el 77% de los casos de VIH y de Sida, se concentran en la Capital del país: Montevideo y su área metropolitana, Departamento de Maldonado, y en las fronteras con Brasil (departamentos de Artigas, Rocha y Rivera en particular), es donde se concentra prácticamente el 90% de los casos VIH y Sida, del país.

**Distribución geográfica de los casos de Sida en Uruguay –  
Período 1983/31.X.2007**

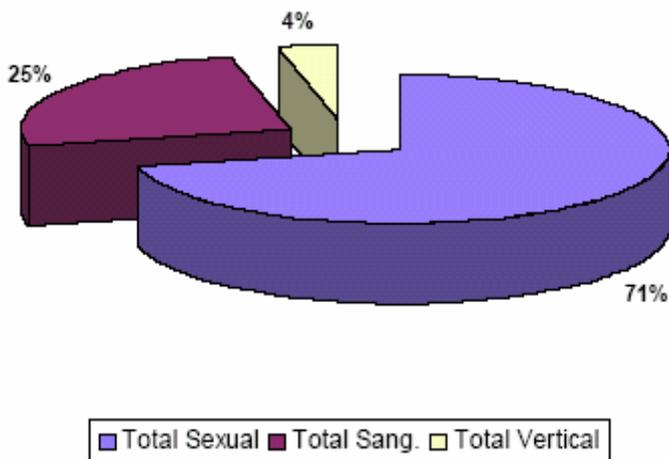


- ✓ **El Cuarto punto crítico determinante de la estrategia de lucha contra el VIH, en Uruguay, considera los modos de infección dominantes.**

La gráfica siguiente relativa al estudio de los casos de Sida registrados según vía de transmisión, entre 1983 y junio de 2007, muestran la necesidad de desarrollar una doble estrategia que considere:

- por un lado, que la gran mayoría de las infecciones se producen por vía sexual (71%) y afectan mayoritariamente personas heterosexuales
- y por otro lado, la alta prevalencia del VIH, en las poblaciones con prácticas de riesgo sexual y/o por uso de material punzante contaminado, que pone al descubierto poblaciones en situación de vulnerabilidad, en particular los hombres que tienen sexo con hombres (9% en 2008); los trabajadores sexuales masculinos y travestis (19,3% en 2007-2008), usuarios de drogas (más específicamente en Uruguay usuarios de cocaína y derivados 18,5% en 2003-2004: usuarios de cocaína no inyectable 9,5% en 2002-2003) y las personas privadas de libertad, tanto hombres como mujeres (aprox.5,5%).

**Distribución de casos de SIDA según mecanismo de transmisión  
1983/30/06/2007**



- ✓ **Por fin, el quinto punto crítico considerado refiere a la baja cultura preventiva de la sociedad uruguaya, en particular en materia de riesgos ligados a la sexualidad y al VIH -Sida**

Uruguay según Estudios Estimativos de prevalencia en población general y a nivel nacional presenta 0,23% en el año 2000 a 0,45% en 2004.

Contando actualmente en el 2008 con un estudio estimativo con una muestra probabilística por Departamento y prevalencia del VIH en un 0,43%

En este sentido, desde el punto de vista epidemiológico los datos actuales confirman que la epidemia nacional de VIH mantiene las características principales identificadas precedentemente:

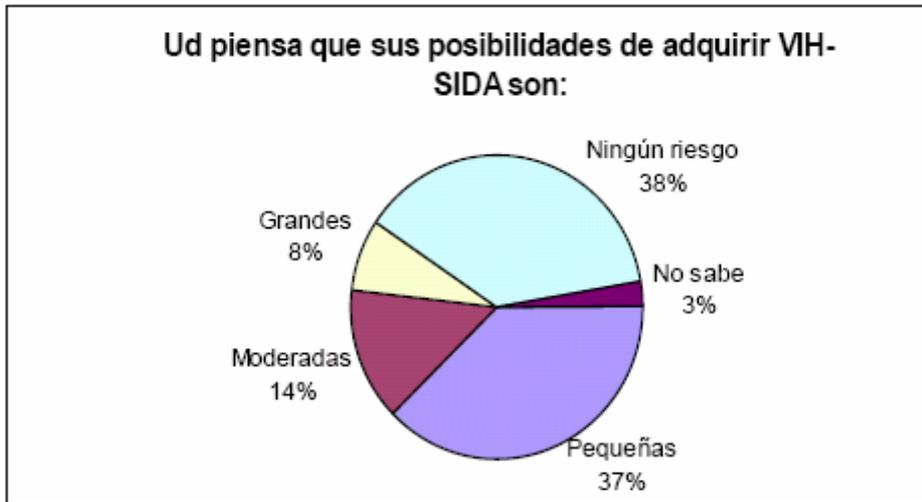
- ✓ es una epidemia de tipo concentrada, menor al 1% de prevalencia en población general, y alta prevalencia (superior a 5%), en poblaciones específicas en condiciones de mayor vulnerabilidad y dificultades de acceso a los servicios de prevención y atención, como se señaló anteriormente.
- ✓ que mantiene una clara tendencia a la feminización y juvenilización de las poblaciones más afectadas por la infección del VIH

Las informaciones disponibles en materia de Estudios de Comportamiento Actitudes y Practicas Sexuales (CAPs) de la población uruguaya aportan elementos interesantes para el monitoreo, control y evaluación de la epidemia en población en general y poblaciones específicas, orientando así el diseño de las estrategias de intervención y prevención adaptada a la realidad de la sociedad uruguaya.

En particular, los resultados de la Encuesta Nacional 2004-2005 sobre Reproducción Biológica y Social de la Población Uruguaya (RBSPU) aportaron informaciones

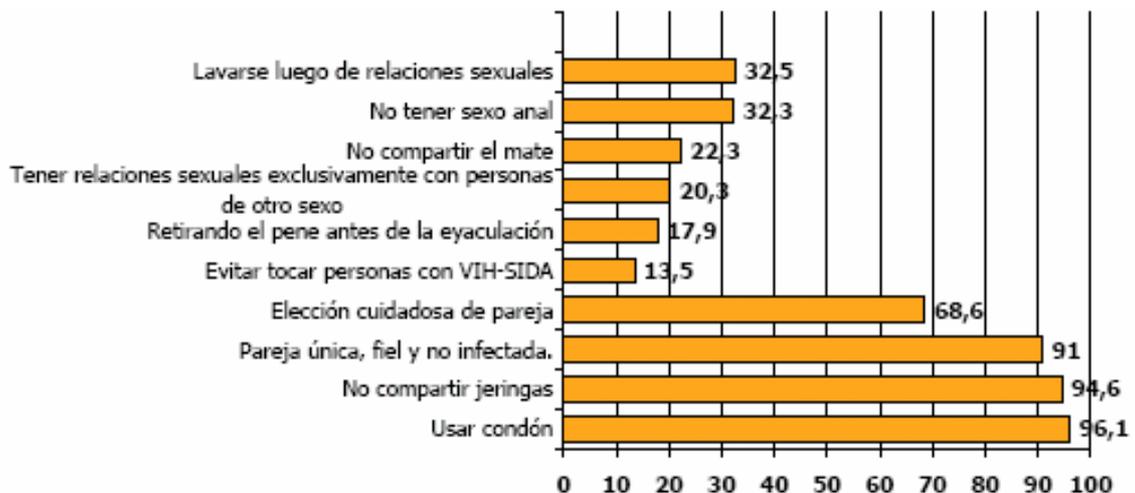
particularmente importantes e ilustrativas de esta problemática, como lo demuestran las gráficas siguientes:

- Muy baja percepción personal del riesgo de contraer el VIH/Sida



- Por otro lado la proporción significativa de personas que al mismo tiempo reconocen como preventivas conductas de riesgo que indican una brecha importante en las representaciones sobre las que se desarrollarán luego las prácticas de riesgo, y esto debe ser considerado en las campañas de educación y prevención.

**Proporción de la población que reconoce como preventivas diversas conductas ante el VIH/Sida (fuente: Encuesta Nacional RBSPU 2004-2005)”**



**Los grupos de Población, en Condiciones de Mayor Vulnerabilidad para las ITS y el VIH, son:**

- Adolescentes sexualmente activos de ambos sexos (en ellos es frecuente el sexo no protegido y son biológicamente más susceptibles)
- Personas con múltiples parejas y por tanto más expuestas a la infección. Y las personas que practican el trabajo sexual.
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), por la vulnerabilidad de las relaciones sexuales anales
- Usuario de sustancias psicoactivas y/o alcohol
- Personas privadas de libertad.
- Personas de los sectores más carenciados socio económicamente, sin información ni acceso al Sistema de Salud y a los insumos de prevención.
- Personas que se alejan de su residencia y de su compañero/a sexual habitual por tiempo prolongado (poblaciones móviles, transportistas, etc.)

### **3. VIH/Sida EN ATENCION A LA SALUD BUCAL**

Desde hace varios años, y con la extensión de las normas de bioseguridad para la práctica odontológica, no existe diferencia en la asistencia a los pacientes según su condición de salud. La profesión es consciente que la asistencia a los pacientes con VIH-Sida, no es diferente a un paciente sano, o aparentemente sano. En la consulta odontológica, ya sea coordinada o de urgencia no siempre es posible tener la certeza de la condición de salud de las personas, y aunque esto fuera así, la rutina relativa al comportamiento de la bioseguridad en la atención no debe variar.

Por lo tanto, toma importancia resaltar este tema de la bioseguridad, el comportamiento frente a los accidentes laborales, y luego más específicamente el conocimiento de las manifestaciones de la infección VIH-Sida, sus procesos evolutivos, manifestaciones orales, y las condiciones propias del tratamiento odontológico de estos pacientes de acuerdo a los distintos estados de su enfermedad.

#### **3.1 BIOSEGURIDAD EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA**

Bioseguridad es un instrumento de comportamientos que logra tener actitudes y conductas que minimizan el riesgo del trabajador de la salud en este caso odontólogo, higienista dental y colaboradores de adquirir o transmitir infección en el ámbito donde desempeña su función. y no permitir la transmisión cruzada.

Cuando se realizan procedimientos odontológicos de rutina, se pueden causar durante las maniobras pequeños sangrados o incluso no es raro observar sangrados espontáneos.

Si tenemos en cuenta además, que la cavidad bucal es portadora de una multiplicidad de agentes microbianos podemos concluir que el odontólogo puede contaminarse o contaminar accidentalmente.

Por esta razón, creemos que el odontólogo debe conocer detalladamente las normas de bioseguridad e incorporarlas a su práctica cotidiana.

Creemos conveniente hacer hincapié en los temas siguientes, que no agotan el tratamiento de los mismos, pero que a la luz de los problemas prácticos resultan útiles su consideración especial:

#### **Lavado de manos**

A pesar de las campañas impartidas en el mundo por parte del personal de la salud para realizar una correcta higiene de manos, las estadísticas revelan bajos porcentajes de esta práctica.

Hoy se considera que esta práctica correctamente realizada es de capital importancia para la salud de las personas. La reciente pandemia de Influenza A. H1N1, ha logrado concienciar al personal de salud y a la población en general de este hecho.

En la página web de la OMS podemos encontrar la técnica desarrollada para cumplir con este requisito. ([http://www.who.int/esr/resources/publications/swineflu/AH1N1\\_clear\\_hands/es/index.html](http://www.who.int/esr/resources/publications/swineflu/AH1N1_clear_hands/es/index.html))

El lavado de manos tiene un doble propósito, la protección de los pacientes y la personal, por lo tanto es imperativo lavarse o desinfectarse las manos a mayor cumplimiento del lavado de manos menor infección.

A tales efectos destacamos que dicho lavado deberá realizarse antes y después de cada consulta y deberá incluir la limpieza adecuada del lecho subungueal.

Para hacerla efectiva deberá siempre retirarse de las manos todas las alhajas, incluyendo el reloj. Debe ser hecha después de colocarse el equipo de trabajo túnica, gorro, tapabocas y lentes e inmediatamente colocarse los guantes.

No se debe usar toallas de tela para el secado de las manos, siendo recomendable la utilización de toallas de papel descartables, con la cual se deberá cerrar la canilla previa a su descarte.

El jabón líquido es preferible al jabón en barra.

### **Utilización de Guantes**

El odontólogo deberá usar guantes en la atención de sus pacientes, debiendo descartarlos al finalizar la atención de cada uno de ellos.

Mientras realiza la atención, dichos guantes no deberán manipular ningún objeto o equipamiento que no esté estrictamente vinculado al área asistencial del paciente, de tener que hacerlo deberá desechar esos guantes y utilizar un nuevo par. Se debe utilizar guantes de látex de examinación en procedimientos no invasivos, y guantes de látex quirúrgicos estériles en procedimientos invasivos.

Para el lavado del instrumental es obligatorio también el uso de guantes de goma gruesos resistentes a las perforaciones.

### **Utilización de túnica, sobré túnica, lentes y tapabocas.**

La utilización de túnica o equipo es imprescindible para la correcta atención de los pacientes y sólo debe utilizarse en el área del consultorio.

La sobre túnica, los lentes y el tapabocas tienen como objetivo proteger las mucosas de salpicaduras o aerosoles que se puedan producir durante la práctica clínica. Por dicha razón deberán estar presentes en el consultorio a los efectos de utilizarse cuando se prevean procedimientos en donde el odontólogo se expone a los riesgos anteriormente señalados, y también proteger al paciente de nuestras secreciones orales y nasales.

Es también obligatorio el uso de gorro en procedimientos invasivos, el cabello debe estar totalmente envuelto.

### **Esterilización y desinfección del consultorio, materiales y equipo:**

Debemos recalcar la diferencia entre esterilización y desinfección.

**Esterilización:** Consiste en la eliminación o destrucción de toda forma de vida microbiana incluyendo gran número de esporas resistentes.

Es realmente eficaz cuando es realizado por métodos físicos principalmente por el calor. Hay soluciones esterilizantes químicas que al ser utilizadas por menos tiempo pueden actuar como desinfectantes.

**Desinfección:** Proceso por el cual se elimina muchos o todos los microorganismos de objetos y superficies con excepción de las esporas que solo se destruyen por esterilización.

Se debe realizar una correcta limpieza antes de la desinfección, está comprobado que la materia orgánica ampara a los microorganismos de las soluciones germicidas.

El material debe estar completamente seco para que no se produzca corrosión ni dilución de la solución química que se utilizó.

E.H. Spaulding clasificó tres niveles de acción germicida: alta intermedia y baja.

**Alto nivel:** se espera toda la destrucción de todos los microorganismos menos las esporas, y lo mínimo que se puede recomendar para los instrumentos críticos que son termosensibles (que no pueden ser esterilizados en autoclave ni estufas).

CDC reconoce la pasteurización como la desinfección térmica de alto nivel no tóxica utilizada para los ítems termosensibles. Se sumerge el material en agua cuya temperatura es de 65° por 60 minutos, el agua caliente destruye los microorganismos por la coagulación de las proteínas celulares, convirtiendo este proceso efectivo para algunas formas vegetativas de bacterias, virus y algunas esporas.

**Nivel medio:** se inactiva *Mycobacterium tuberculosis*, bacterias vegetativas, virus y hongos, no las esporas.

**Nivel bajo:** es aquel en el cual no hay destrucción de esporas, microbacterias, hongos y virus en un período de tiempo práctico. En realidad los desinfectantes de esta categoría son solo usados para eliminar rápidamente formas vegetativas de bacterias, hongos y algunos virus. Las soluciones germicidas usadas en los consultorios odontológicos deben ser tuberculicidas, por eso las soluciones químicas de este grupo no deben ser utilizadas.

### **Clasificación de los materiales**

El proceso de limpieza, desinfección y esterilización debe ser adecuado para cada artículo o material en el ámbito de trabajo, en este caso el consultorio odontológico.

En la época del 70 E.H. Spaulding argumentó que la elección entre desinfectante y esterilización podría ser más fácilmente realizada si los instrumentos o equipamientos fueran divididos en **críticos**, **semicríticos** y **no críticos**.

**Artículos críticos:** son aquellos que representan gran riesgo de transmitir infección estando contaminados con cualquier microorganismo, se encuentran todos los objetos que entran en tejido estériles o en el sistema vascular.

Pertenece a esta categoría todo instrumental médico quirúrgico, implantes y agujas. Estos materiales pueden ser adquiridos ya esterilizados o sometidos a este proceso en el ambiente de trabajo siempre que sea posible, para los artículos críticos no se acepta otro

proceso que no sea esterilización, la AAO dice que los instrumentos quirúrgicos que llegan a hueso y tejidos blandos deben ser esterilizados después de cada maniobra. Condensadores de amalgama, paletillas que no penetran en los tejidos blandos y óseos, pero que pueden estar en contacto con tejidos orales, deben ser esterilizados.

**Artículos semicríticos:** son aquellos que entran en contacto con mucosa íntegra, estos objetos deben estar limpios de todo microorganismo con excepción de las esporas. Las mucosas íntegras son resistentes a las infecciones causadas por esporas bacterianas, pero son susceptibles a otros patógenos como el BK (tuberculosis), por lo tanto requieren de desinfección de alto nivel por productos químicos o de pasteurización.

**Artículos no críticos:** son aquellos que entran en contacto con la piel íntegra, necesitan limpieza, si estuvieran contaminados con sustancia orgánica (sangre) se le debe realizar desinfección de nivel intermedio.

El local asistencial deberá contar de paredes y pisos de fácil lavado, evitando apliques innecesarios o materiales rugosos o porosos que dificulten la higiene del consultorio.

La saliviera deberá ser higienizada después de cada paciente eliminando todo tipo de residuos que se pudieran acumular, debiendo utilizar desinfectantes químicos.

La mesa de trabajo deberá mantenerse en buenas condiciones de higiene durante toda la jornada de trabajo. Para lograrlo es recomendable colocar sobre la misma papel descartable, que se cambiará luego de la atención de cada paciente.

En dicha mesa de trabajo sólo deberá estar el material necesario para la atención de cada paciente. Se deberá evitar expresamente que el porta residuos se encuentre en dicha mesa de trabajo.

El instrumental deberá ser esterilizado o desinfectado en cajas cerradas o envuelto correctamente en papel, identificando para cada caso la fecha en que dicho procedimiento se realizó. Las fresas deben ser esterilizadas o desinfectadas como el resto del material y guardadas en cajas metálicas. Luego de ser utilizadas con un paciente, se debe proceder conforme al resto del instrumental sucio.

No deben utilizarse las vitrinas para exponer el material fuera de las condiciones anteriormente señaladas.

La limpieza de turbinas se podrá realizar utilizando compresas embebidas en glutaraldehído o alcohol con las concentraciones recomendadas durante 15 minutos, debiéndose realizar tal procedimiento de higiene luego de ser utilizadas con cada paciente.

La esterilización y desinfección de los materiales reutilizables directamente vinculados a la atención de pacientes deberán seguir la secuencia siguiente:

El material sucio deberá ser primeramente sumergido en una solución de hipoclorito al 0.5% o glutaraldehído al 2% durante 30 minutos (descontaminación)

Luego se procederá al cepillado con detergente neutro o enzimático a fin de remover la materia orgánica.

Enjuagado con abundante agua corriente de arrastre y secado.

Finalmente esterilizado o desinfectado de alto nivel.

## “Esterilización<sup>1</sup>”

**Agentes químicos:** es una esterilización en frío y en la práctica diaria se considera de alto nivel, se puede realizar con: Oxido de etileno (aparato apropiado)

Glutaraldehído al 2% durante 12 horas

Solución de peróxido de hidrógeno al 6% durante 10 minutos

Ortofaldehído durante 10 horas

**Agentes físicos:** Calor húmedo - 121°C durante 20 minutos

134°C durante 10 minutos.

Calor seco - 160°C durante 2 horas

170°C durante 1 hora y media

180°C durante 1 hora

Son más seguros los métodos de esterilización por métodos físicos que por métodos químicos.

Cargar siempre el horno (calor seco) en frío. Comenzar a contar el tiempo a partir de que alcanzó la temperatura seleccionada.

Realizar controles químicos de esterilización en cada ciclo y controles biológicos de esterilización semanalmente.

Realizar controles químicos del glutaraldehído a los efectos de controlar su efectividad.

### **Agentes químicos para desinfección:**

- Mediano nivel de acción:

- Yodóforos durante 30 minutos

- Compuestos clorados durante 30 minutos

- Glutaraldehído en solución acuosa al 2% durante 30 minutos

- Alcohol 70° durante 15 minutos (germicida)

- Ortofaldehído durante 10 minutos

- Bajo nivel de acción:

- Compuestos de amonio cuaternario en concentraciones de 5 a 10% no poseen ninguna actividad tuberculicida, criterio para ser un desinfectante de nivel intermedio.

- Compuestos mercuriales.

Existen en nuestro mercado soluciones preparadas con compuestos de amonio cuaternario de tercera generación con el agregado de aldehídos y detergentes, que se utilizan para limpieza y desinfección de suelos, pisos e instrumental.”

Tazas de goma, espátulas y cubetas no metálicas se desinfectarán con glutaraldehído al 2% durante 20 minutos o hipoclorito de sodio al 0.5% 20 minutos. Debe recordarse que las sustancias químicas desinfectantes deben ajustarse a las recomendaciones de sus fabricantes, tanto en lo que se refiere al tiempo de exposición de los materiales para asegurar la desinfección, como a su validez luego de ser preparadas.

---

<sup>1</sup> Normas de Bioseguridad en la Práctica Odontológica. Dra. Virginia Papone Yorio Prof. Ado. Jefe de Laboratorio Cátedra de Microbiología Facultad de Odontología UDELAR-URUGUAY 2000

Las impresiones de alginato sumergirlas en hipoclorito, las de silicona también pueden ser tratadas con hipoclorito y glutaraldehído, las de zinquenólico solo con glutaraldehído.

Las prótesis completas se desinfectarán con hipoclorito, y las que tengan metal solo en bajas concentración por ser corrosivo.

Las incrustaciones desinfectarlas con alcohol al 70%.

Las placas radiográficas antes de ser utilizadas, compresas de alcohol 70% durante 1 minuto. Antes de revelarlas sumergirlas en glutaraldehído al 2%, hipoclorito de Na al 2% o alcohol al 70% durante 3 minutos.

### **Eliminación del material descartable**

Los materiales descartables contaminados deberán ser eliminados en forma segura. A tales efectos los objetos o materiales cortopunzantes deberán ser depositados en descartadores tal como lo establecen las normas vigentes. Se recomienda que dichos recipientes sean de paredes rígidas, boca ancha y de amplia capacidad. A los efectos de su descarte, luego de alcanzada las tres cuartas partes de su capacidad, cerrar herméticamente la boca del mismo.

Las gasas y algodones contaminados, así como las piezas dentarías eliminadas de la boca, deberán ser colocados en bolsas de nylon según la normativa vigente.

El tratamiento final de descartadores y bolsas de material contaminado deberá procesarse según las disposiciones establecidas en cuanto a gestión de residuos hospitalarios, decreto 135/99 del 27 de Mayo de 1999.

### **3.2. IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ.**

#### **MANIFESTACIONES ORALES DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SU TRATAMIENTO**

El segundo aspecto de fundamental importancia en relación con este tema radica en la posibilidad del personal de salud bucal de diagnosticar en la consulta pacientes o posibles pacientes con síntomas de VIH/Sida.

El período ventana es aquel plazo que transcurre entre la infección y el desarrollo de anticuerpos que permiten su diagnóstico mediante la detección de la serología positiva. Las lesiones orales pueden ser las primeras manifestaciones clínicas detectables para llegar al diagnóstico en un paciente que desconoce su situación. Si nosotros las vemos en nuestra consulta, enviamos al paciente al centro de referencia para estudios serológicos. Pueden presentarse como cuadros infecciosos de largo tiempo o que no respondieron a los tratamientos clásicos, o que se expresan en forma más intensa o generalizada.

- Son lesiones que por presentarse en pacientes inmunodeprimidos, serán de rápido desarrollo y que requieren a veces de tratamiento conjunto entre infectólogo y odontólogo.

- Lesiones cuyo diagnóstico precoz facilita el tratamiento de las mismas.
- Permiten determinar el estadio según tabla del CDC, en particular en presencia de candidiasis y leucoplasia vellosa y nos ayudan a nosotros y al paciente para realizar la derivación al infectólogo para su estudio y seguimiento clínico y paraclínico e ingresar a un tratamiento antiretroviral, en el momento oportuno, que para aquellas personas adherentes al mismo ha cambiado el pronóstico de la infección en un altísimo porcentaje.
- Mejora calidad de vida del paciente y previene otras complicaciones.

**Debemos recalcar la importancia de la HISTORIA CLÍNICA, la cual debe tener tres ítems importantes:**

- **EN LO GENERAL**

Siempre se debe preguntar sobre hábitos si consume alcohol, si esta bajo tratamiento médico, si toma aspirinas. Consignar el aspecto físico, (adelgazamiento), coloración de piel y mucosas, frecuencia respiratoria, tos persistente.

- **EXAMEN REGIONAL**

Presencia de adenopatías visibles en región de cuello, fisuras de comisuras labiales, lesiones ampollares periorofaciales, dermatitis seborreica

- **EXAMEN LOCAL**

Lesiones Fuertemente Asociadas VIH.

Lesiones Moderadamente Asociadas VIH.

Lesiones Posiblemente Asociadas al VIH.

LESIONES FUERTEMENTE ASOCIADAS

- Candidiasis oral pseudomembranosa(mas asociada)
- Candidiasis eritematosa
- Candidiasis hiperplásica(mas asociada)
- Queilitis
- Leucoplasia vellosa
- Enf. Periodontal rápidamente progresiva. y localizada
- Sarcoma Kaposi
- Linfoma no Hodgking

LESIONES MODERADAMENTE ASOCIADAS CON HIV

- Ulceración atípica de larga duración
- Infecciones virales (no Epstein Barr)
- Infección Virus Herpes Simple VHS
- Infección Citomegalovirus CMV
- Infección Virus varicela ZosterVVZ, que especialmente pasa la línea media
- Infección Papiloma virus humanoVPH
- Alteración de glándulas salivales (cuadro similar al S.Sjogren con xerostomía y sialoadenomegalia), sobre todo en niños.

## LESIONES POSIBLEMENTE ASOCIADAS

- Infecciones bacterianas (no gingivitis) ej. PUNA
- Infecciones por hongos (no candidiasis) , ejemplo diabéticos portadores de prótesis

La cavidad bucal es susceptible de ser asiento de enfermedades relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El tiempo transcurrido entre la infección con VIH y la manifestación oral varía considerablemente. Sin embargo, hay suficiente evidencia para apoyar el concepto de que las lesiones orales son una indicación temprana de inmunodepresión.

El diagnóstico precoz de VIH es vital para referir al paciente para que obtenga el tratamiento médico y consejo adecuados. El odontólogo puede diagnosticar síntomas, señales y lesiones intraorales que se han identificado como relacionadas con el cuadro de inmunodepresión. Las lesiones orales relacionadas con VIH pueden clasificarse en micóticas vírales, bacterianas, neoplásicas y otras.

### **Infecciones micóticas**

Las candidiasis es la infección micótica intraoral y la más frecuentemente asociada en pacientes infectados con VIH. La presencia de candidiasis bucal en personas portadoras de VIH podría ser uno de los primeros signos clínicos de inmunodepresión avanzada. Se ha notificado una prevalencia de candidiasis del 30 al 90 % en estos pacientes en la era previa a la aplicación de la terapia combinada ARV.

Las manifestaciones de la candidiasis bucal varían de acuerdo a su género; la más común en pacientes con inmunodeficiencia es la infección pseudomembranosa.

Se presenta en la mucosa como una placa color crema con aspecto de leche cuajada, se desprende fácilmente, dejando una superficie sangrante. Esta condición está asociada a una supresión inicial y progresiva del sistema inmune. Esta forma que es normalmente aguda, en pacientes VIH puede persistir varios meses, por lo que el curso de la infección parece ser más crónico que agudo.

La candidiasis hiperplásica, conocida también como candidiasis leucoplásica, es blanca y roja, en forma de placas adheridas fuertemente a la mucosa o incluso nódulos exofíticas blanquecinos y no se pueden remover, todo en una zona eritematosa. En pacientes infectados por VIH se observa más frecuentemente bilateral en la mucosa yugal y de forma menos frecuente en la región retrocomisural clásica como las personas VIH negativas. Debe diferenciarse claramente de la leucoplasia vellosa. Este tipo está asociado a supresión severa del sistema inmune y enfermedad por VIH de larga duración etapa Sida, estas lesiones pueden encontrarse en la mucosa bucal, en el paladar duro, en el paladar blando o en el dorso de la lengua.

La queilitis angular puede ser una manifestación de la enfermedad (uno de cada diez pacientes VIH) y se presenta como fisuras, eritema o ulceración de las comisuras labiales. Suele presentarse en jóvenes, no desdentados, con carácter crónico bilateral y rebelde al tratamiento. Puede presentarse durante el período inicial y de VIH progresivo, algunas veces en conjunto con Xerostomía.

Debemos recordar que no es patognomónico la presencia de candidiasis de una inmunodepresión por VIH, sino que la misma la podemos encontrar también en otras patologías que cursan con algún tipo de inmunodepresión como por ejemplo diabetes, paciente en tratamiento oncológico, anciano etc. Por lo tanto el diagnóstico clínico de candidiasis oral alerta sobre la necesidad de descartar una patología sistémica, antes de encarar su tratamiento.

Todo tratamiento de manifestaciones orales de patologías sistémicas requiere una coordinación multidisciplinaria con médico tratante y/u otros especialistas.

### **Tratamiento**

El tratamiento de candidiasis bucal se hace a base de agentes antimicóticos por vía sistémica o tópica.

Los agentes antimicóticos más comunes son:

#### **Uso Tópico**

Nistatina (pastillas) 500.000 s 1.000.000Uc/8.

- Nistatina (suspensión oral) 200.000 a 500.000 UI.

#### **Uso sistémico:**

- Ketoconazol tabletas de 200 mg, a 400mg. una tableta al día, 2 a 3 semanas. (hepatotoxico)
- Fluconazol tabletas de 100 mg, una tableta al día. Dosis inicial 200mg. el primer día, 1 a 2 semanas.

El tratamiento de la queilitis angular se realiza con aplicaciones tópicas de ungüentos a base de Clotrimazol al 1% Miconazol gel oral (20mg/gr.) Nistatina 4 veces al día.



**Candidiasis asociada a VIH**



**Candidiasis eritematosa asociada a VIH**

## **Infecciones bacterianas**

Varios tipos de bacterias se han vinculado con las infecciones bucales en pacientes con Sida. Las infecciones bacterianas bucales más comunes se manifiestan en forma de enfermedades periodontales.

En la cavidad bucal de pacientes con Sida se han observado formas no comunes de enfermedades periodontales y gingivales parecidas a la gingivitis ulcerosa aguda necrosante. Estos pacientes tienen dolores agudos, encías hipéremicas, hemorragias espontáneas y una rápida progresión de la enfermedad que causa extensa destrucción de tejidos blandos y óseos. La importancia clínica de esta condición es que está asociada a una afectación severa del sistema inmune con recuento celular de CD4 por debajo de 100 células /mm<sup>3</sup>. En la actualidad son poco frecuentes por la eficacia de la terapia antiretroviral.

Una de estas manifestaciones es el Eritema Lineal, aparece como una franja que rodea las piezas dentarias en color rojo intenso que suele involucrar la mucosa alveolocoronaria, que puede sangrar espontáneamente, no cediendo a las medidas profilácticas locales.

## **Otras Manifestaciones Bacterianas Orogenitales (Transmisibles)**

Sífilis enfermedad de transmisión sexual, en mucosa bucal puede presentarse en las 3 etapas siendo la más frecuente el secundarismo. En el período primario (chancro) y las placas mucosas del secundarismo. El primero se presenta como una ulcera de bordes elevados e indurados que no duele y se acompaña de una adenopatía satélite visible a simple vista. Las placas mucosas se presentan como lesiones blancas sobre un fondo eritematoso, diseminadas y pueden afectar cara mucosa del labio, encía, lengua orofaríngea.

Blenorragia, uretritis gonocócica, comúnmente conocida como gonorrea enfermedad de transmisión sexual, que se manifiesta en la cavidad oral con lesiones necróticas, que suele afectar la encía, con una secreción adherente a las mucosas, y que puede mimetizar un GUNA.

## **Tratamiento**

El tratamiento de las infecciones bacterianas inespecíficas se hace por medio de una combinación de los siguientes métodos:

- 1 Metronidazol en tabletas de 500mg, una tableta 3 por día, generalmente se combina con amoxicilina.
- 2 Detartraje de las áreas afectadas no en etapa aguda
- 3 Chlorhexidina al 0.12 %, 10 cc dos veces al día en enjuagues bucales
- 4 Si fuera sífilis Penicilina Benzatinica 2400000 UI que lo cubre por 7 días.



**Placas mucosas del secundarismo de la sífilis en pacientes VIH**



**Eritema lineal asociado a VIH**

### **Infecciones vírales**

En pacientes con infección VIH se han observado coinfecciones por varios virus, como Epstein–Barr, herpes simple, herpes zóster, citomegalovirus y el papilomavirus humano.

La descripción de la leucoplasia vellosa y su relación con el virus de Epstein –Barr contribuyó al reconocimiento de una manifestación bucal del VIH. Clínicamente, la lesión puede ser uní o bilateral y se presenta comúnmente como una mancha blanca ondulada, similar a un borde de cepillo, en los bordes laterales de la lengua. Además se han observado lesiones en el piso de la boca, en la mucosa yugal, en la mucosa bucofaríngea y en el paladar blando.

Aunque las lesiones generalmente son asintomáticas, algunos pacientes sufren de molestias leves. En la superficie de las lesiones de leucoplasia vellosa a veces se observa una acumulación de Cándida. La presencia de Leucoplasia vellosa puede ser una indicación temprana de depresión del sistema inmune.

Las manifestaciones clínicas del virus herpes simple en los pacientes infectados por VIH son diferentes a aquellas que se presentan en pacientes no infectados. En los pacientes infectados por VIH estas lesiones se presentan clínicamente más tórpidas, siendo de

muy difícil erradicación, teniendo un periodo clínico mucho más prolongado que en el paciente inmunocompetente.

Generalmente son lesiones de 0.5 a 3.0 cmts. Las lesiones pueden persistir por más tiempo que en pacientes inmunocompetentes.

HPV. El papilomavirus humano es un virus puede producir manifestaciones orales en la forma de condiloma acuminado “verrugas” aplanadas y pediculadas e hiperplasia focal epitelial.

### **Tratamiento**

El HPV es tratado de diferentes maneras acorde a su accesibilidad. En la cavidad bucal la excisión quirúrgica, electrocirugía etc. En zonas menos accesibles se utiliza podophillyn tópico. En casos de infecciones vírales por HSV (herpes simple), el uso de Acyclovir en tabletas de 200/400 mg. 5 por día durante 5 días puede reducir la severidad de la lesión.

La leucoplasia vellosa remite con el tratamiento de la infección VIH.



**Herpes simple asociado a VIH**



**Herpes Zoster asociado a VIH**



**Hpv asociada a VIH**



**Leucoplasia vellosa**

### **Otras lesiones orales menos frecuentes**

Muchas otras lesiones orales han sido reportadas como asociadas con infección por VIH. Entre estas se encuentran las aftas recurrentes. Inicialmente las lesiones aparecen como ulceraciones que pueden alcanzar un gran tamaño.

Regularmente cicatrizan en 7 a 14 días. Son ulceraciones más grandes y dolorosas y pueden interferir con el lenguaje y la deglución.

Enfermedad de glándulas salivares asociadas a VIH. Agrandamiento de las glándulas Parótidas y xerostomía, el cual ha sido reportado en 10 % de los pacientes infectados por VIH; patologías éstas que no son solamente imputables al VIH sino también a la hepatitis C y la medicación antiretroviral recibida.

## **Tratamiento para estas lesiones orales**

El tratamiento para el agrandamiento parotídeo y la xerostomía se hace por medio de substitutos de saliva artificial y medicamentos con posible acción colinérgica (pilocarpina), o chicles sin azúcar.

Estomatitis aftosa recurrente, se tratan con corticoides tópicos, por tiempo limitado.

## **Neoplasias**

Las principales neoplasias vinculadas con la infección por VIH son el sarcoma de Kaposi y Linfoma no Hodgkin.

El sarcoma de Kaposi es la neoplasia intrabucal más común relacionada con el Sida. Es muy importante realizar un diagnóstico definitivo, pues el tratamiento recomendado para ambos tumores es muy diferente. Se necesita biopsia para confirmar el diagnóstico. Inicialmente el sarcoma puede aparecer como una lesión plana o elevada y es generalmente asintomático variando de color rojo azul y a púrpura. Puede haber dolor si la lesión se ulcera o se infecta con cándida. El tamaño puede variar de unos pocos milímetros a varios centímetros. Algunos tumores pueden presentar lobulaciones

El sarcoma de Kaposi , de aspecto vascularizado, afecta frecuentemente el paladar duro, la lengua y las encías, además pueden coexistir con otras patologías en el mismo paciente como petequias en el paladar, púrpura idiopática trombocitopénico y queilitis angular.

El Linfoma no Hodgkin(LHN) en la mayoría de los casos se inicia en los nódulos linfáticos, aunque existen también la forma extraganglional.

En la cavidad oral el LHN tiene baja incidencia, puede afectar a los maxilares y/o tejidos blandos como manifestación primaria o secundaria de la enfermedad.

Los linfomas dentro de la cavidad oral representan menos del 5% de las malignidades orales. Las lesiones primarias en tejidos blandos de la cavidad bucal son generalmente asintomáticos, aparecen como un aumento de volumen difuso, afecta la encía, la mucosa yugal y parte posterior del paladar duro, la lesión puede ser eritematosa y puede estar o no ulcerada, si se instala primariamente en el hueso da pérdida del hueso alveolar y movilidad dentaria.

El tratamiento combina radioterapia, quimioterapia y cirugía.

### **Tratamiento para las neoplasias:**

Es realizado en coordinación entre el Infectólogo y oncólogo, si el paciente no recibe tratamiento antiretroviral, este debe ser iniciado.



**Linfoma no Hodgkin asociado a VIH**

### **3.3. PACIENTES VIH/SIDA FACTORES A CONSIDERAR EN OPORTUNIDAD DE SU ATENCION**

Para comprender el manejo clínico de este tipo de pacientes, veremos algunas características en ellos para tener en cuenta.

#### **Inmunosupresión**

Inmunidad: son mecanismos fisiológicos que permiten al ser vivo reconocer sustancias extrañas a su cuerpo y neutralizarlas, eliminarlas o metabolizarlas.

La inmunosupresión es la carencia por mal funcionamiento de esta actividad fisiológica. Esta afectación del sistema inmune puede deberse a la infección por VIH, ser producida por medicamentos o por neoplasias. Los mecanismos de defensa del huésped son inespecíficos, piel sana, barrera mucosa sana, secreciones (ejemplo Lizosima de la saliva) o específicos los que se conoce como inmunidad innata.

Hay dos clases de inmunidad:

- 1) Inmunidad humoral constituida por anticuerpos, complemento y citoquinas.
- 2) Inmunidad celular representada fundamentalmente por los linfocitos T.

## **Características de su patología asociada**

El HIV produce deterioro paulatino del sistema inmune, afecta fundamentalmente a los linfocitos T, y especialmente, a los linfocitos (CD4) células moderadoras de todo el sistema inmune. Esto conduce a la inmunodepresión y cuando esto sucede pueden aparecer infecciones oportunistas o neoplasias que se manifiestan en boca, el odontólogo tiene que capacitarse para reconocerlas. Algunos pacientes asintomáticos, no tendrán ninguna manifestación clínica, pero la experiencia nos indica que empiezan a presentar signos y síntomas ante los cuales debemos estar atentos. Las patologías asociadas como veremos más adelante son consecuencia de la inmunodepresión.

## **Polifarmacia**

Lesiones por medicación (TARV), por ejemplo enantema. La polifarmacia se debe a que todo paciente VIH en etapa Sida o con valores de CD4 por debajo de 250 cél/ml. debe recibir triple plan asociados o no a medicación de prevención de enfermedades infecciosas, más los tratamientos de otras patologías.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Infección por Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) Guías para Diagnóstico Tratamiento ARV y Monitorización Adultos y Embarazadas 2006 - Uruguay -PPITS/Sida/MSP-OPS

## Estados Evolutivos de la enfermedad

La clasificación de la infección VIH se basa en parámetros clínicos e inmunológicos propuestos por el Centro de Control de Enfermedades y Prevención (CDC) de EE.UU. en 1994.

### *Categorías clínicas C.D.C.*

#### Categoría A

- Infección por HIV asintomática
- Linfadenopatía generalizada persistente
- Infección aguda por VIH

#### Categoría B

- angiomatosis bacilar
- candidiasis orofaríngea \*
- candidiasis vulvovaginal persistente
- Displasia cervical o carcinoma in situ
- Fiebre o diarrea de más de un mes
- Leucoplasia vellosa \*
- Púrpura trombocitopénico \*
- Neuropatía periférica

#### Categoría C

- Candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar
- Candidiasis esofágica
- Carcinoma de cervix invasivo
- Retinitis por citomegalovirus
- Encefalopatía
- Infección VHS de más de 1 mes de evolución \*
- Sarcoma de Kaposi \*
- Linfoma no Hodgking \*
- Tuberculosis

(\*)Manifestaciones clínicas que en general habilitan a que el odontólogo determine que está frente a un paciente portador de una patología sistémica.

### **CLASIFICACION DE LOS ESTADOS EVOLUTIVOS**

N <sup>a</sup> CD4	CLINICA A	CLINICA B	CLINICA C
1 > 500 - 29%	A1	B1	C1
2 200 - 499 - 28%	A2	B2	C2
3 <200 - 14%	A3	B3	C3

### **ESTADIO SIDA**

## **Paciente en tratamiento antiretroviral (TARV)**

La finalidad del TARV es reducir al máximo y durante el mayor tiempo la replicación viral, lo que se objetiva en el descenso de la carga viral /VIH plasmática .De esta manera se logra enlentecer la progresión de la enfermedad, prolongar la vida, disminuir morbilidad y mortalidad, asegurando calidad de vida. El otro objetivo del tratamiento es preservar o restaurar el sistema inmune de la persona infectada.

### **Acción de los medicamentos**

(INNTR). Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa. Se unen directamente a la enzima impidiendo el copiado del RNA viral al DNA celular,

(INTR): inhibidor nucleosídico de la transcriptasa reversa. Se incorporan al ADN viral, este es incompleto no puede crear nuevos virus.

(IntR) Inhibidores nucleotídicos de la transcriptasa reversa.

(IP): Inhibidor de proteasa Inhiben el correcto ensamble del VIH última etapa de la replicación e impiden que se libere un nuevo virus de la célula infectada.

### **Interés en el seguimiento por el equipo de salud**

- ✓ Evolución clínica, si hay mejoría general del paciente, no aparecerán enfermedades oportunistas
- ✓ Estudio de laboratorio recuento linfocitario: aumento de LCD 4.
- ✓ Carga viral debe disminuir más de 0,5 logaritmo luego de 2/3 meses de iniciado el tratamiento y alcanzar la indetectabilidad (menor al límite de detección de la técnica en uso, por el laboratorio que realiza la determinación).

Los odontólogos debemos saber que ante cualquier procedimiento invasivo por ejemplo avulsión dentaria, se requiere realizar previamente análisis de laboratorio que incluyan cuadro hemático, número de plaquetas, coagulación y perfil bioquímico.

Estos tratamientos antiretrovirales dan con relativa frecuencia efectos secundarios que son:

- Anemia de severidad variable
- Neutropenia
- Plaquetopenia
- Síndrome de Stevens Johnson
- Alteración de la función renal
- Neuropatías periféricas
- Manchas melánicas

## **4. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PROPIAMENTE DICHO**

La demanda de asistencia odontológica de pacientes VIH se ha incrementado y también la predisposición de los odontólogos a tratar estos pacientes, probablemente porque se ha demostrado que el riesgo de transmisión en la consulta odontológica es mínimo, y no difiere en la mayoría de los casos del paciente inmunocompetente. Si el paciente en la consulta manifiesta su enfermedad, el odontólogo debe informarse del estado actual de su infección, lo que requiere realizar la consulta con el médico tratante, ya que si desconoce el estatus del paciente, el odontólogo podría realizar maniobras que pongan en peligro su vida ( plaquetopenia, neutropénicos, CD4 bajo). En estos casos la atención sería básica tratando el dolor y previniendo infecciones.

### **IMPORTANTE**

- Para prevenir infecciones intraorales cuya presencia puede significar una sobrecarga al sistema inmunológico.
- Además de restituir estética y función produce efectos psicológicos positivos, mejora la calidad de vida del paciente.

### **Elementos a tener en cuenta**

- Promoción de Salud.
- Control y evaluación constante de la interacción del TARV y tejidos bucales.
- Seguimiento de la salud oral del paciente con apoyo psicológico si es posible a su familia.

### **Promoción**

Evita:

- 1 El tratamiento restaurativo
- 2 Complicaciones
- 3 Actuar en un estado general comprometido, no actuar con plaquetas debajo de un recuento de 80.000.

### **Niños y adultos con gran actividad cariogénica.**

#### **Causas:**

Utilización cónica de fármacos (AZT-NISTATINA). Al ser muy amargos se les adiciona azúcar.

- Disminución del flujo salival (patología y medicación).
- Relacionado con inmunodepresión (mayor cantidad de lactobacilos y Estreptococos mutans).

### **Prevención de caries**

#### **CONTROL DE PLACA:**

- Clorhexidina tópica (gel o barniz), no más de 3 semanas porque mancha.
- Enseñanza de cepillado con pasta fluorada y uso de hilo dental.
- Controles periódicos cada 3 meses.

## **Xerostomia**

Provocada por medicación o infección

Indicar:

- Sialogogos.
- Sustituto salival (carboximetilcelulosa-mucinabovina).
- Masticar chicles sin azúcar.

## **Tratamiento**

- El tratamiento periodontal esta enfocado a la salud de los tejidos de soporte. Las lesiones periodontales reconocidas en relación con la infección por HIV probablemente son expresiones del mismo proceso y el tratamiento es similar al paciente inmunocompetente con medidas mecánicas locales, administración de antimicrobianos y control de placa bacteriana por medio de la higiene oral.
- En los casos que los pacientes sean portadores de prótesis completas o parciales y presenten candidiasis se recomienda sumergir las prótesis en una solución de clorhexidina y agua en proporción 1 a 1 después de una correcta higiene de las mismas. Se sugiere la colocación de algún antifungico en la parte acrílica de las prótesis 2 a 4 veces al día.
- En el tratamiento rehabilitador no existe incompatibilidad con ninguno de los materiales utilizados, se puede realizar también la Técnica de Restauración Atraumática.
- En los casos que requieran implantes dentales siempre el mismo se deberá realizar en coordinación con el médico tratante.
- La endodoncia convencional no exige medidas especiales, los procesos periapicales deben ser tratados precozmente, para evitar exacerbaciones en las fases avanzadas de la enfermedad
- Las avulsiones son el procedimiento más común en los centros asistenciales y se recomienda no usar indiscriminadamente antibióticos, el odontólogo debe saber cuando se recomienda por profilaxis o cuando es por tratamiento, como en los casos de neutropenia o inmunosupresión severa en lo cual desarrollamos a continuación.

## **Inmunosupresión, avulsión dentaria y procedimientos quirúrgicos menores**

- **CONDUCTA ACTUAL:**  
Monitorización de laboratorio de la infección VIH.

Debemos tener en cuenta el recuento linfocitario y el estado general del paciente, y si recibe TARV

CD4>200. Tratamiento de rutina, igual al paciente inmunocompetente, estado clínico aceptable

CD4<200, Clínicamente en buenas condiciones, antibiótico 5 días después,

CD4<200, Clínicamente en malas condiciones, con inmunosupresión severa, consulta con médico tratante y ATB.

**El recuento normal de CD4 varia entre 850 y 1200 por ml. Otro estudio es la carga viral que mide la cantidad de copias de ARN viral que hay circulante en sangre y se expresa en copias por ml. Se considera indetectable los valores <50 copias/ml, o <400 copias por ml dependiendo de los métodos usados en laboratorio que lo realiza.**

CD4>200 con carga viral baja sin síntomas clínicos = P.I.C.P (Paciente inmunocompetente), tratamiento de rutina.

CD4 <200 con carga viral alta con signos clínicos (C.S.C.) (Paciente con signos clínicos), consulta a médico tratante más ATB 5 días después.

CD4>200 Con carga viral baja en TARV, siempre con indicación del médico tratante complementado siempre con estudios de laboratorio, hemograma, funcional hepático, estudios nefrológicos. (Por la afectación de las drogas recibidas a dichos aparatos y sistemas)

CD4 >200 Controlamos al paciente entre las 24 y 72 horas.



## 5. ACCIDENTES LABORALES

Los criterios asistenciales de bioseguridad, tienen entre otras finalidades, evitar los accidentes laborales. Pero en caso de producirse se deberá proceder según las pautas establecidas, por lo que es de fundamental importancia en la asistencia odontológica, la necesidad de conocer las pautas de comportamiento ante un accidente laboral.

Se denomina A.E.S (Accidente por Exposición a Sangre) todo contacto con sangre o fluidos corporales y que lleva solución de continuidad (pinchazo o herida cortante) o un contacto con mucosas o piel lesionada (eczema, excoiación).

Nos gustaría tratar este tema, dejando en la conciencia del operador la responsabilidad de tener al día la vacuna anti Hepatitis B (VHB), que es obligatoria para el personal que ingresa a trabajar en la salud en nuestro país. No existe profilaxis específica para la infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC) por vía de vacunas ni medicación. Tampoco existe vacuna específica anti VIH, la administración precoz de un plan antiretroviral (ARV) disminuye el riesgo de infección después de un accidente.<sup>3</sup>

### **Parámetros**

Se debe definir claramente:

- Personal de salud accidentado.
- Material causante del accidente.
- Procedimiento causante del mismo.
- Estado serológico del paciente fuente.
- Fluido.

### **FLUIDOS**

#### **De riesgo:**

Sangre, semen, secreciones. Cervico vaginal, L.C.R.

#### **Potencialmente de riesgo:**

Líquido amniótico, pleural, sinovial

#### **Sin riesgo:**

Saliva, sudor, lágrimas.

"En cuanto al estado del paciente fuente, considerar:

**VIH (+):** de bajo riesgo: paciente asintomático y con Carga Viral < 1000 copias/ml.

De alto riesgo: paciente sintomático, en etapa SIDA, cursando primoinfección VIH, o con Carga Viral > 1000 copias/ml

**Serología VIH desconocida:** considerar prevalencia según población de pertenencia.

**Serología VIH (-):** no se considera de riesgo".

### **Variables a considerar**

---

<sup>3</sup> Guías para la profilaxis post exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de la salud. M.SP. Programa Prioritario ITS/Sida-Uruguay 2008. -

- Volumen de fluido transfundido (+1ml).
- Profundidad del pinchazo.
- Tipo de aguja (maciza o hueca).
- Tipo de procedimiento (sub mucoso, intra venoso intra muscular).
- Uso de guantes.
- Concentración del virus (etapa de la infección).
- Prevalencia del virus en la población.

#### Tener en cuenta

- **La concentración del VIH en sangre puede ser 10 veces menor que en otras infecciones vírales.**

#### Clasificación de los Tipos de Exposición Ocupacional en relación a la necesidad de PPE (Profilaxis Post Exposición)

Tipo	Nombre	Descripción
A	Manifiesta	Penetración en tej. subcutáneo con elemento cortante o punzante contaminado recientemente con MPI (Material Posiblemente Infeccioso) de fuente VIH + o salpicadura ocular o bucal, con MPI.
B	Probable	Salpicadura o contacto en piel no intacta de MPI de fuente VIH +
C	Incierta	Idem a A pero de fuente con estado VIH no conocido *
D	Sin riesgo	Idem a A o B de fuente con estado VIH, (-)

\*Puede ser porque la persona ya no es accesible para establecer su serología. En caso de que el paciente fuente pueda ser analizado para VIH, pasará a tipo A o D<sup>4</sup>

#### Riesgo de adquirir infección

- Herida punzante – 0.3%
- Contacto mucosa con sangre contaminada – 0.05%

Profilaxis post-exposición ocupacional (PPE); es el conjunto de medidas tendientes a minimizar el riesgo de infección en la persona accidentada luego de producido un accidente ocupacional de las características anteriormente definidas

#### Conducta

Los pinchazos con agujas abandonadas deben dejar de existir siempre que se cumpla con las Normas de Bioseguridad en el trabajo y debe estar incorporada la necesidad de un descarte seguro de tales elementos punzantes por las personas que manipulan este tipo de material.

<sup>4</sup> Guías para la profilaxis post exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de la salud. M.SP. Programa Prioritario ITS/Sida-Uruguay 2008. -

## **Cuidados de urgencia**

### I) Pinchazos y heridas:

- 1 Lavar inmediatamente con agua y jabón induciendo permanentemente al sangrado 2 a 5 min.
- 2 Antisepsia con alcohol 70% etílico.
- 3 Cura plana.

### II) Mucosa:

- 4 Lavar con abundante agua o suero (no desinfectantes).

Como 2º medida, luego del lavado, es necesario:

- Avisar al supervisor inmediato para que registre el accidente y dar pase al, servicio de urgencia del Banco de Seguros del Estado (BSE) si le corresponde.
- Buscar rápidamente asesoramiento con el médico de referencia, el cual deberá evaluar el riesgo de transmisión, nunca debe hacerlo el propio accidentado.
- Extraer sangre al paciente fuente previo consentimiento si se desconoce su serología actual y llevarla al centro que atenderá el accidente.
- **Si se sabe que el paciente fuente tiene serología positiva para VIH o su test rápido resulta positivo, y el accidentado tiene un test negativo, esta indicado iniciar tratamiento al último**
- En caso de decidirse realizar tratamiento con antiretrovirales, el mismo deberá iniciarse antes de 6 horas de ocurrido el accidente (preferentemente antes de las 2 horas).
- Seguimiento evolutivo de la infección VIH del accidentado: test de VIH por el método Elisa de 4ta. generación al 1er. y 2do. mes.

**Control de Hepatitis:** Interrogar si el accidentado esta vacunado.

Extraer muestra de sangre al accidentado para estudiar los marcadores de Hepatitis B y anticuerpos para la Hepatitis C.

El uso de la inmunoglobulina específica para profilaxis de Hepatitis B se hará antes de las 48 horas posteriores al accidente y se suministrara la primera dosis de vacuna para la Hepatitis B en los no vacunados.

**Notificación del caso:** a la unidad de Vigilancia Epidemiológica del M.S.P. dentro de las primeras 24 hs. de producido el accidente Tel. 409.12.00



## 6. BIBLIOGRAFIA

**Decreto 225/98 del Poder Ejecutivo** - Comisión de Salud Bucal – MSP

**Infecciones Transmitidas por Sangre y Fluidos Biológicos en Áreas Asistenciales**  
**Guías para la profilaxis post exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores para la salud** - Programa Prioritario ITS /SIDA M.S.P Uruguay 2008.

**Informe Epidemiológico Nacional** - Ministerio de Salud Pública - Dirección General de la Salud - Departamento de Epidemiología - Unidad de Vigilancia Epidemiológica Sector ITS-VIH/SIDA - Uruguay 2008

**Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA)**  
Guías para Diagnóstico, Tratamiento Antirretroviral y Monitorización Adultos y Embarazadas. Programa Prioritario ITS/SIDA M.S.P Uruguay 2006.

**La Salud Bucodental: Repercusión del VIH/SIDA en la Práctica Odontológica** - OPS-OMS, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud  
División de Prevención y Control de Enfermedades- Washington D.C. 1995

**Little JW, Falace DA. Odontología en pacientes con patología previa** Barcelona, Ediciones Médici 1986

**Manifestaciones orales del SIDA Atlas Color.** Dr. Eduardo L. Cecotti E. Editorial. Médica Panamericana (1995)

**Manual Práctico para Odontólogos, Personal Auxiliar Odontológico sobre control de difusión de S.I.D.A. Y Hepatitis B,** Programa Nacional de Salud Bucal - Programa Nacional de SIDA-ETS. Uruguay 1989.

**Normas de Bioseguridad de la Prevención de Accidentes por Exposición a Sangre y Fluidos Corporales** - Uruguay. Noviembre de 1997. M.S.P. Dirección general de la Salud

**Normas de Bioseguridad en la Práctica Odontológica.** Dra. Virginia Papone Yorio  
Prof. Agdo. Jefe de Laboratorio Cátedra de Microbiología Facultad de Odontología UDELAR - Uruguay 2000.

**Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA)**  
Profilaxis y Tratamiento de la infección por VIH en Pediatría. Programa Prioritario ITS/SIDA M.S.P Uruguay 2006

**Control de Infección en Odontología.**  
Célia Ines Burgardt, María Terezinha Carneiro Leão. Prefacio Paulo Müller  
Curitiba Champagnat 1997.

**Acta otorrinolaringológica España 2001; 52; 609-614**  
**Spaulding. E. H. Chemical Disinfection and Antisepsis in the Hospital. J. Hosp. Res 1972,9:5-31**

**Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA**  
Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Prioritario ITS/SIDA. Uruguay 2009.-

**DEL ESTE SOL S.R.L.**  
**D. L. 351.068**