

El manejo del paciente VIH/SIDA en el consultorio odontológico

Rafael García

Instituto de Sexualidad Humana

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue reportado por primera vez en 1981, pero no es hasta 1983 que se reportan los primeros casos de la enfermedad en República Dominicana.

Aunque el virus está presente en casi todas las secreciones corporales, su transmisión es principalmente por sangre y/o semen.

Se evalúan las diferentes medidas a tomar en el consultorio odontológico para protección del paciente y el odontólogo.

Introducción

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue detectado en el país por primera vez en 1983, época en la cual se diagnosticaron cinco casos de dicha enfermedad. Desde esa época se han registrado en el país unos 1,800 casos de SIDA y se estima que existen unas 30,000 personas infectadas con el VIH.

El VIH es un retrovirus similar a los lentivirus de acción lenta y prolongada, por lo cual los médicos, odontólogos y personal paramédico deben tomar medidas preventivas de manera que se protejan ellos mismos y los pacientes que tratan.

Debido a la alta prevalencia de infectados, todo el personal de salud debe tomar medidas preventivas de manera que se protejan ellos mismos y a sus pacientes.

Mecanismos de transmisión

El VIH se ha identificado en la sangre, líquido céfalo raquídeo, saliva, semen y secreciones vaginales. Las vías de transmisión conocidas para el VIH que causan la infección son por: 1) relaciones sexuales entre homosexuales, bisexuales y

heterosexuales, a través del semen o secreción vaginal infectada por el VIH; 2) agujas contaminadas; 3) sangre o sus productos infectados; 4) trasplantes de órganos procedentes de órganos infectados; 5) transmisión materno-infantil (pre-intra y post-natal) y 6) inoculación accidental de sangre u otros fluidos conteniendo el virus.

No existe evidencia que indique a la saliva o a los insectos como transmisores o vectores del SIDA.

Tampoco se transmite POR VIA AEREA, NI A TRAVES DEL CONTACTO SOCIAL CASUAL NO SEXUAL ENTRE LAS PERSONAS, TALES COMO EL APRETON DE MANOS, EN LA MESA FAMILIAR, ETC.

Diagnóstico clínico

La infección por VIH puede presentar diferentes etapas clínico-evolutivas que de un modo u otro permiten un acercamiento al tratamiento y prevención.

Infección aguda:

Se presenta como un síndrome de

impregnación viral, caracterizado por dolores musculares, fiebre, sudoración. Adenopatías generalizadas y rash macular pueden ser observados por lo que el diagnóstico diferencial se debe plantear con el virus de Epstein-Barr y el Citomegalovirus. Los síntomas regresan espontáneamente.

Los anticuerpos antiVIH son generalmente negativos en el momento en que ocurre la sintomatología. El diagnóstico de infección por VIH se realiza semanas o hasta meses después por el control de muestras de sangre repetidas y la demostración de la conversión serológica, cuando aparecen los anticuerpos antivirales.

En todo caso, la noción epidemiológica, contactos sexuales, pertenecer a grupos de riesgo, etc., pueden coadyuvar para el seguimiento posterior del paciente y el diagnóstico definitivo.

El cuadro clínico de la etapa puede pasar inadvertido como un simple resfriado y no ser recordado en etapa evolutiva.

Infección asintomática o latente:

Luego de la etapa aguda, aparente o no, puede ocurrir una etapa asintomática del huésped. En esta etapa la única evidencia de infección es la serología viral demostrando la existencia de anticuerpos antiVIH. La existencia repetida de anticuerpos antivirales debe considerarse como confirmatoria de infección viral persistente. Estos pacientes serían potencialmente contagiosos.

Dentro de esta etapa podemos subdividir a los pacientes en dos subgrupos A) los que presentan un sistema inmune intacto y B) aquellos que presentan alteraciones inmunológicas.

Adenopatías generalizadas persistentes

Se define clínicamente a esta etapa por la presencia de adenopatías de más de 1 cm en dos o más regiones extrainguinales, persistentes por más de 3 meses en ausencia de otra infección concurrente o condición mórbida diferente de la infección por VIH que explique el fenómeno.

La serología VIH es generalmente positiva.

Al igual que la etapa anterior, se pueden subdividir los pacientes en dos grupos: A) los que

presentan un sistema inmune intacto, y B) aquellos que presentan alteraciones inmunológicas que puedan ser indicadoras de SIDA.

Normas de bioseguridad en la práctica odontológica

El paciente VIH positivo puede llegar al odontólogo consciente o ignorante de su estado serológico. Muchas veces el paciente oculta el hecho de ser seropositivo, por lo cual el odontólogo debe manejar a todos los pacientes bajo las mismas reglas de bioseguridad, de manera que se eviten las infecciones y la propagación del virus.

Medidas generales

- Lavado de las manos
- Uso de bata que debe cambiarse cada vez que haya tenido contacto con sangre.
- Guantes (no necesariamente estériles).
- Mascarilla
- Protección ocular si hay riesgos de salpicaduras

Protección del personal

Personal odontológico con lesiones dermatológicas o heridas recientes no deben trabajar al paciente VIH positivo.

Procedimiento

Se debe tener extremo cuidado para que agujas o instrumentos cortantes no puedan ocasionar accidentes por inoculación.

Si hay salpicadura de sangre o secreciones sobre la piel, lavar con agua, jabón o desinfectante; si se mancha la ropa colocar Hipoclorito de Sodio al 5% y si la salpicadura se produce sobre mucosas (ojos y boca) lavar con abundante agua.

El material descartable (delantal, guantes, toallas de papel, succionadores, gasas, algodones, etc.) se descartará como "basura infectada" en bolsas

de plástico correctamente rotuladas (Precaución: sangre contaminada e incinerarias dentro de la institución).

Tanto las jeringas como agujas o cualquier material cortante se deben descartar en un recipiente apropiado de paredes duras para luego ser incineradas en la institución o esterilizadas antes de ser descartadas.

Las muestras deben rotularse correctamente (Precaución: sangre contaminada) y cerrarse adecuadamente.

Nunca re-tape agujas o instrumentos infectados usando ambas manos, por el alto riesgo de "clavarse".

Nunca suture al paciente utilizando su dedo índice para aproximar el tejido, ya que el riesgo de perforarse es muy alto.

Higiene del sector

-La limpieza del área de trabajo se debe hacer después de todas las otras.

-Los baldes se vaciarán y permanecerán limpios y secos.

-Se lavarán los pisos y baños con doble balde y se desinfectarán con cloro diluido 1/10.

-Las superficies también se limpiarán con cloro diluido 1/10.

-Luego se ventilará adecuadamente.

-Los residuos deben eliminarse en bolsas de plástico correctamente rotuladas e incineradas en la institución.

PROCEDIMIENTOS DE DESINFECCION O ESTERILIZACION DE INSTRUMENTOS

Autoclave a 1 atmósfera por 10 minutos.

Glutaraldeido, solución 2% en agua, inmersión de instrumentos por 5-60 minutos.

Alcohol etílico, a 90-95% por 5 minutos, es útil para instrumentos y desinfección de las manos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1•Instituto de Sexualidad Humana, Proyecto de Enfermería. 1992.

2•PROCETS, Guía de Diagnóstico Clínico y Manejo de Infecciones Oportunistas en la Infección por el Virus VIH (SIDA) 1988.

3•PROCETS, VIH-Normas de Seguridad. 1989.