INTRODUCCION

Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en Servicios de Salud vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales.

Tanto los Cirujano Dentistas y el personal de Salud son quienes están más expuestos a contraer las enfermedades infectocontagiosas como el SIDA, la hepatitis B, la tuberculosis, el herpes y las infecciones por virus hominis; por lo que el consultorio odontológico es uno de los ambientes en los que el paciente y el profesional pueden adquirir estas enfermedades si no se toma en consideración los fundamentos de Bioseguridad.

Debido a enfermedades como el VIH que comenzó en la década de los 80 surgiendo primero en forma aislada y luego en forma de pandemia, la bioseguridad ha tomado gran interés en todos los profesionales de la salud “especialmente en el campo de la odontología" debido a la prevalencia en el aumento y el contagio de este tipo de enfermedades.

Los objetivos de seguir las normas de bioseguridad son establecer:

- Medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos que son agentes infectocontagiosos.
- Una conducta a seguir frente a un accidente con exposición a elementos tóxicos o infecciosos.

Se debe tener presente que debido al desarrollo científico técnico se deben proveer revisiones periódicas de estas normas a los efectos de asegurar la actualización de las mismas.

Desde el punto de vista de posibilidad de contagio por un agente infeccioso, la enfermedad que más debe preocupar a la profesión Odontológica es la infección por el virus de la hepatitis B, se estima que en el mundo hay más de 200 millones portadores asintomáticos con este virus, existiendo varios informes de odontólogos y técnicos de laboratorio que han sido infectados por haberse expuesto a materiales contaminados.

Está comprobado que varios casos de infecciones en el personal de salud ha ocurrido por contacto accidental con sangre, material contaminado con este virus, lo que hace de suma importancia el establecimiento de las normas de bioseguridad.

La aparición de estas infecciones entre otras ha tenido gran impacto sobre la práctica odontológica y la salud pública. Además representa un reto a la profesión, ya que obliga a reeducar y reevaluar los conocimientos y los métodos de atención; por lo que la meta principal de estos cambios es una educación apropiada que lleve a que el odontólogos

conozca las manifestaciones de estas infecciones y las normas para evitar su contagio durante la atención odontológica.

Uno de los cambios que se han dado en la profesión, ha sido la adopción de nuevas reglas del control de infecciones que aseguren que el riesgo de transmisión de estas infecciones durante la atención odontológica sea mínimo.

CONCEPTO DE BIOSEGURIDAD:

Es el conjunto de normas y medidas preventivas que tienen como objeto proteger la salud y seguridad personal de los profesionales de salud y pacientes frente a los diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.

Estas normas nos indican cómo hacer para cometer menos errores y sufrir pocos accidentes y, si ellos ocurren, cómo debemos minimizar sus consecuencias.

Bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral, éste ambiente debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos; por lo que durante el trabajo es esencial tener en cuenta los principios básicos de bioseguridad.

LOS PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD

A. Universalidad: Implica considerar que toda persona puede estar infectada. Asimismo, considerar todo fluido corporal como potencialmente contaminante. Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para TODAS las personas sin excepción ni distinción, independientemente de presentar o no patologías.
B. Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.
   La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.
C. Medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados

en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo de contagio por mal manejo de estos.

DEFINICIÓN DE TERMINOS RELACIONADOS CON LA BIOSEGURIDAD

TRANSMISIÓN.- Contagio por medios directos e indirectos.

ASEPSIA.- Ausencia de infección.

SALUD.- Estado optima biopsicosocial de acuerdo a las capacidades de una persona.

NORMA EN BIOSEGURIDAD.- conjunto de reglas establecidas para conservar al salud y seguridad del personal paciente y comunidad frente a los riesgos de infección.

ANTISEPSIA.- Inhibición patogénica de los microorganismos para evitar infección.

BARRERA.- Obstáculo para evitar la transmisión de una infección.

INFECCIÓN.- Acto de adquirir una enfermedad contagiosa

ESTERILIZACIÓN.- Término genérico que significa la eliminación de todas las formas de material viviente incluyendo bacterias, virus, esporas y hongos. Por lo general incluyen sistemas de calor o radiación. Constituye el procedimiento a seguir con los instrumentos invasivos (instrumental quirúrgico y material que va a ser introducido al cuerpo del paciente.

DESINFECCIÓN.- Término genérico que implica que la mayor parte de microorganismos patógenos son eliminados pero con frecuencia permanece los no patógenos o las formas resistentes de éstos. Por lo general incluye agentes químicos. Constituye el procedimiento a seguir en artículos que no requieran necesariamente un proceso de esterilización tales como las superficies de trabajo de la unidad dental.

NIVELES DE DESINFECCIÓN.- Este proceso se divide en tres niveles:

Desinfección de Bajo Nivel: No elimina esporas bacterianas ni al Mycobacterium tuberculosis.

Desinfección del Nivel Intermedio: Elimina al Mycobacterium pero no las esporas bacterianas.

Desinfección de Alto Nivel (D.A.N.): Elimina al Mycobacterium tuberculosis virus, hongos y algunas esporas.

El instrumental no invasivo requiere un nivel de Desinfección Alto – Intermedio, mientras que el material ambiental requiere un nivel de Desinfección Bajo – Intermedio.

ANTISÉPTICO.- Agente que inhibe pero no necesariamente destruye microorganismos. Actúa sobre tejidos vivos.

DESCONTAMINACIÓN.- Es un pretratamiento necesario para su protección cuando se manipulan materiales potencialmente contaminados

RECOMENDACIONES PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES VINCULADAS A LA ASISTENCIA DE PACIENTES

MANEJO DE OBJETOS PUNZANTES O CORTANTES

Todo trabajador sanitario debe manejar con mucho cuidado todo el material punzante y cortante durante su uso y limpieza.

- Dirigir siempre la punta afilada de un instrumento en dirección opuesta al propio cuerpo.
- Pasar bisturís y jeringas con la punta afilada en dirección opuesta al de cualquiera de los que participan en la atención al paciente, incluido uno mismo.
- Mantener los dedos fuera de recorrido de los instrumentos rotatorios.
- Eliminación lo antes posible de todo el material punzante o cortante en contenedores adecuados, no llenando estos envases totalmente.
- No dejar estos objetos cortantes abandonados sobre una superficie, ya que existe riesgo de accidente para otros trabajadores.
- Tener especial cuidado en que no hay objetos cortantes en la ropa que vaya a lavandería, ni en las bolsas de plástico destinadas a residuos, ya que puede producir accidentes en los trabajadores que las manipulen.
- No reencapuchar agujas sujetando el capuchón con la mano, ni someterlas a ninguna manipulación.
- Utilizar guantes de goma para la limpieza.

Es frecuente utilizar la aguja de la anestesia varias veces en el mismo paciente, por lo que se recomienda colocarla en una superficie limpia, o en un
dispositivo donde se pueda introducir la aguja utilizando una sola mano

PROCESO DE LA LIMPIEZA DIARIA

Todo el ambiente asistencial debe ser higienizado con agua y detergentes neutros, utilizando utensilios de limpieza que al tiempo faciliten la tarea protejer al trabajador, previniendo la propagación de infecciones y contagio de enfermedades.

En caso de existir sangre y fluidos corporales, se indica el tratamiento local previo con uso de compuestos clorados.

El personal de servicio deberá usar uniformes adecuados con guantes de limpieza y demás utensilios (equipamiento de protección individual

LIMPIEZA Y DESINFECCION DE MATERIALES Y EQUIPO:

Clasificación de materiales:

OBJETOS CRÍTICOS

Objetos que penetran los tejidos entrando en contacto con sangre o mucosas no intactas. Como ejemplos de objetos críticos tendríamos:

Fresas, Forceps ,Curetes, Elevadores, Tijeras, Excavadores, Sondas, Exploradores, Limas, Etc. Este material siempre se usará estéril (autoclave).

OBJETOS SEMICRÍTICOS

Son los que están en contacto con mucosa intacta no penetran en tejido, no contacto con sangre. Ejemplos de objetos semicríticos:

Espejos, Condensadores de amalgama, Pinzas, etc. Este material debe desinfectarse previa limpieza con agua y jabón, sumergiendo posteriormente los objetos glutaraldehído al 2% durante 20 minutos (mínimo 10 minutos).

OBJETOS NO CRÍTICOS

Son los que no están en contacto con la mucosa de la boca:

Superficies de trabajo, Asas de lámparas, Controles de sillón, Material de obturación en general. En estos casos solamente se necesita la limpieza de superficies.

No obstante lo anterior, se debe llegar a la esterilización en autoclave de todo el instrumental no fungible, prestando especial atención a instrumentos punzantes o cortantes y a todo aquel utilizado en:

Cirugía (forceps, elevadores, separadores, sindesmostomos, etc.)

Periodoncia (puntas tartrectomías, sondas periodontales, curetas, tijeras, etc.)

Endodoncia (limas, tiranervios, etc.)

Del mismo modo, es de especial riesgo todo instrumento que, sin estar en los grupos anteriores, haya estado en contacto con sangre o fluidos contaminados.

CRITERIOS Y PASOS PARA DESINFECCIÓN, DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN

Limpiar los instrumentos manualmente por personal con experiencia empleando guantes gruesos de hule. Antes de su esterilización se restregarán en agua caliente con detergente y se eliminarán todas las huellas de sangre y saliva.

Se esterilizarán los espejos, exploradores, clamps, portaclamp, talladores, bruñidores, matrices metálicas, portamatrices, jeringas para cartucho, mangos de bisturí, pinzas, portaimpresiones metálicos, perforador de dique, arco de Young, curetas, fresas de carburo tungsteno y diamante, fórceps, elevadores y similar instrumental quirúrgico y de operatoria.

Las pinzas ortodónticas deberán ser esterilizadas por calor ó desinfectadas con agentes fenólicos transparentes ó clorhexidina en alcohol.

Deberán ser descartables los vasos de plástico ó papel, agujas para jeringa, cartuchos de anestesia vacíos ó con material sobrante, portaimpresiones plásticos ó material de impresión usado, eyectores de saliva, suturas y agujas.

Esterilizar en autoclave la gasa, lana de algodón, puntas de papel y lienzos

Las espátulas y placas de vidrio para mezclar lavarlos con agua caliente y detergente y luego estilizarlos por calor.

Los pisos del quirófano y superficies generales de trabajo lavarlos con detergente y secarlos diariamente.

Las lámparas limpiarlos diariamente para retirar el polvo

El equipo de limpieza (cubetas, trapeadores, ropas, etc) deberá ser enjuagado y almacenado seco.

La pieza de mano limpiar con agua y detergente usando escobilla blanda y secarlos con material absorbente antes de ser sumergida en la solución desinfectante por 10 minutos (puede usarse alcohol 70% y otra solución recomendada). Para su esterilización es necesario verificar las especificaciones del fabricante, algunas marcas no pueden ser esterilizadas (en estos casos seguir el procedimiento de desinfección indicado por el fabricante).

PREPARACIÓN DE LA CONSULTA DENTAL

Para una buena práctica de la asepsia y antisepsia necesaria para la prevención y el control de las infecciones, se debe de mantener material específico para tal fin y la tarea de llevarla a cabo debe de ser por el mismo odontólogo o el personal auxiliar previamente formado y siempre bajo la supervisión del Odontólogo.

MATERIAL QUE DEBE HABER EN LA CONSULTA

1. Guantes de látex de examen y quirúrgicos
2. Contenedor para instrumentos usados
3. Guantes de goma domésticos para limpieza y manejo de objetos contaminados

4. Contenedor rígido resistente para la eliminación de objetos cortantes desechables.
5. Mascarillas y protectores oculares o protectores facial
6. Esterilizador AUTOCLAVE
7. Diques de goma
8. Uniformes o batas
9. Desinfectante de alto nivel (solución de glutaraldehído alcalino…)
10. Cubiertas desechables impermeables para cubrir superficies de trabajo y bandejas de instrumentos
11. Agentes químicos para desinfectar superficies (lejía doméstica)
12. Baberos impermeables
13. Limpiador ultrasónico
14. Jabón o detergente líquido desinfectante
15. Cepillo de alambre para limpieza.

Para una buena práctica en el desarrollo del trabajo diario, es fundamental seguir las siguientes normas por todos los profesionales.

- Ponerse la bata o uniforme.
- Quitarse anillos y otras joyas.
- Cubrir cortes, lesiones y heridas con apósito plastificado.
- Colocar bolsa resistente para residuos no contaminados.
- Preparar cerca del lugar de trabajo contenedor rígido para material punzante o cortante.
- Preparar la solución desinfectante para la desinfección de material.
- Al finalizar la jornada laboral preparar una solución de hipoclorito sódico (lejía al 1/10) para limpiar las superficies no metálicas (mayores concentraciones de lejía no suponen mayor eficacia).

CONTROL AL INICIO DE LA JORNADA

1. Ponerse la bata o uniforme.
2. Quitarse anillos y otras joyas
3. Cubrirse cortes, lesiones y heridas con apósito impermeables.
4. Preparar una bolsa de plástico resistente para residuos no cortantes o punzantes.
5. Preparar un contenedor rígido resistente para residuos cortantes o punzantes
6. Preparar un contenedor para instrumentos usados con una solución desinfectante en su interior (p. ej. Glutaraldehído alcalino al 2%)
7. Preparar una solución de hipoclorito sódico (lejía al 1/10) para desinfección de superficies no metálicas.
8. Limpiar y desinfectar las superficies de trabajo
9. Lavarse las manos con jabón y agua

- Comprobar que las superficies están limpias.
- Colocar fundas impermeables sobre las superficies que se puedan contaminar.
- Preparar el material que se va a utilizar.
- Lavarse las manos.

CONTROL ANTES DE CADA PACIENTE

1. Comprobar que las superficies de trabajo están limpias y desinfectadas.
2. Colocar barreras impermeables sobre superficies que se puedan contaminar.
3. Preparar los instrumentos y materiales que vayan a ser utilizados en el paciente.
4. Lavarse las manos con jabón y agua
5. Ponerse guantes nuevos
6. Colocarse un protector facial o mascarilla limpia y un protector ocular.

LIMPIEZA DE LA CONSULTA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE

Si hay restos de saliva o sangre en la superficie, lavar con agua y jabón y aclarar. Las superficies no metálicas, se desinfectan con un paño húmedo en solución de agua hipoclorito sódico (lejía 1/10) y para las metálicas, después del lavado, pasar un paño con alcohol de 70º.

Si no hay manchas de sangre pasar un paño húmedo o alcohol de 70º.

CONTROL DESPUES DE CADA PACIENTE

1. Eliminar los guantes
2. Lavarse las manos
3. Ponerse guantes de goma domésticos resistentes
4. Eliminar las barreras impermeables.
5. Limpiar y desinfectar las superficies de trabajo y el equipo que se haya podido contaminar.
6. Limpiar con el limpiador ultrasónico o manualmente los instrumentos previamente a su esterilización o desinfección
7. Esterilizar los instrumentos que lo precisen
8. Eliminar de forma segura los residuos
9. Lavarse las manos con jabón y agua

LIMPIEZA DE LA CONSULTA AL ACABAR LA JORNADA LABORAL

1. Ponerse guantes de goma (uso doméstico) para la limpieza.
2. Eliminar las barreras impermeables de protección.
3. Limpiar y desinfectar las superficies. Lavar con estropajo, agua y jabón todas las superficies, mando interruptores, escupideras. Aclarar bien, secar y pasar un paño mojado

en una solución de hipoclorito sódico (lejía 1/10) para las zonas no metálicas y alcohol de 70º para las metálicas.
Las terminales de aspiración de alta velocidad se eliminarán y el equipo se desinfectará con una disolución de hipoclorito sódico (lejía 1/10) o glutaraldehído.
El sistema de aspiración al finalizar la jornada laboral se limpiará aspirando una solución de desinfectante (glutaraldehído). Aclarar con abundante agua.
El instrumental se lavará con agua, jabón y cepillo si se necesita y se aclarará con abundante agua, secar y meter al autoclave o en dilución de glutaraldehído 2% para su desinfección.
Para esta limpieza de tipo manual es necesario:
- Utilizar guantes domésticos o dos guantes de exploración, para manipular el material.
- Preparar agua fría y el detergente o desinfectante teniendo en cuenta la dilución correcta, respetando las normas del fabricante.
- Sumergir el material, procurando que pase el menor tiempo posible desde su utilización, para facilitar la limpieza.
- Cepillar enérgicamente las ranuras y articulaciones de pinzas, tijeras, etc.
- Hacer pasar el agua más detergente o desinfectante por la luz de tubos, etc.
- Asegurar que no queden restos, de ningún tipo.
- Aclarar abundantemente.
- Secar
- Lubricar (si fuera preciso).
- Guardar el material en seco hasta su esterilización o desinfección.

Aunque una correcta limpieza manual es suficiente, actualmente se considera más eficaz la limpieza mecánica por ultrasonido.

ELIMINACIÓN DE LOS RESIDUOS

La eliminación de los residuos procedentes de la actividad de la consulta y, por tanto, potencialmente contaminados, requiere unos tratamientos especiales consistentes en utilizar:
Doble bolsa de basura para:
- Papel
- Torundas
- Plástico desechable

Contenedor rígido todo material cortante y punzante:
- Agujas
- Hojas de Bisturí
- Agujas de sutura
- Limas de endodoncia

Para evitar accidentes se recomienda no llenar totalmente los contenedores.

Terminos Relacionados al tratamiento de los materiales:

DESCONTAMINACIÓN.- Es un pretratamiento necesario para la protección tanto del odontólogo como del paciente y auxiliar, cuando se manipula materiales potencialmente contaminados. Se debe de utilizar detergentes enzimáticos y luego desinfectantes. Usar cloro al 0.5%, fenol al 5%, peroxido de hidrógeno al 6%, glutaraldehido, formaldehído, etc. El glutaraldehido es lo más recomendable para instrumental metálico.

LIMPIEZA.- Es la eliminación física de la sangre, fluidos corporales ó cualquier otro material extraño visible (polvo ó suciedad) de la piel ó de los objetos inanimados; es necesario limpiar concienzudamente estas zonas o materiales con agua y detergente; los cepillos dentales duros son adecuados para eliminar el material orgánico de los equipos e instrumentos. Con este paso se eliminará la mayoría de los microorganismos (hasta un 80%)

DESINFECCIÓN QUÍMICA.- Para conseguir un DAN (Desinfección de Alto Nivel) remojar los artículos en un desinfectante químico de alto nivel por 20 minutos y después enjuagarlos bien con agua estéril ó hervida.

Desinfectantes Químicos:

- Soluciones de cloruro.- Inactivan todas las bacterias, virus, parásitos y algunas esporas. Son poco costosas, de fácil disponibilidad y actúan con rapidez. Son muy eficaces contra el virus de Hepatitis B y el VIH (virus del SIDA)

Procedimiento:

- Usar solución de cloro al 0.1% en agua potable

  Las superficies (mesas, camillas, sillones dentales, etc.), frótelas prolijamente con un trapo embebido en la solución, dejar actuar unos 10 minutos y luego volver a limpiar

  Reemplace la solución diariamente ó con mayor frecuencia, porque pierde su potencia con el tiempo y exposición solar.

- Formaldehído al 8%.- Puede utilizarlo en sus formas liquida ó gaseosa, para la esterilización química

  Un remojo de 24 horas en formaldehído mata todos los microorganismos, incluidas las endosporas bacterianas

  Puede utilizarlo hasta por 14 días. Reemplácelo antes si se enturbia

- Glutaraldehido.- Se encuentra en forma alcalina, neutra ó ácida. Los neutros ó alcalinos tienen mayor poder de aniquilación y propiedades anticorrosivas que los ácidos

  Se usa más comúnmente, el glutaraldehido al 2%, que debe usarse a temperaturas de 25° C (77° F)

  Para una Desinfección eficaz, remojar los instrumentos y demás artículos por 20 minutos.

  Para su preparación debe seguir las indicaciones del fabricante.

PRECAUSIONES:

- El formaldehído y el glutaraldehido son tóxicos, siendo el formaldehído de mayor toxicidad.
- Debe manejarlos con cuidado.
- Sus vapores son irritantes para la piel, ojos y el tracto respiratorio.
- Uselos solo en una zona ventilada, utilice guantes y limite el tiempo de exposición
- Todos los equipos ó instrumentos remojados debe enjuagarlos concienzudamente después con agua hervida o estéril.
- Nunca mezcle formaldehído con cloro pues al combinarse forman un gas tóxico (eter bisclorometílico).

DESINFECTANTES DE USO COMÚN

DESINFECTANTE	CARACTERÍSTICAS	OBSERVACIONES
CLORO (Lejía)	Económico, fácil uso Util para grandes superficies	Corrosivo para metales Cambiar cada día
FORMALDEHÍDO (Paraformaldehído, formol)	Util para Desinfección y esterilización química	Tóxico Poco activo a temperatura menor a 20°C Cambiar cada 14 días
GLUTARALDEHIDO Cidex, Aldehídex, Microbiex, Glutarex)	Recomendable para esterilización química y desinfección	Tóxico Cambiar cada 14 días (antes si se enturbia)

CRITERIOS PARA ESTERILIZACIÓN

Antes de iniciar la desinfección o esterilización es imprescindible limpiar. Se recomienda iniciar esta tarea realizando las siguientes actividades:

- Seleccionar el material.
- Retirar los objetos punzantes y cortantes de un solo uso.
- Separar los objetos punzantes o cortantes para limpiar.
- Colocar el material en contenedor con solución detergente-desincrustante indicado.

Esterilización por Medios Físicos: Puede conseguirse por calor o por radiación (lámparas de rayos ultravioleta comúnmente han resultado no ser efectivas contra VIH). El sistema de elección en Estomatología es la esterilización por calor húmedo ó seco

Calor Húmedo:

Emplea la esterilización por vapor saturado a presión en AUTOCLAVE. Es el método más efectivo y de menor costo para esterilizar la mayoría de los objetos ó materiales, si se realiza correctamente. Requiere una temperatura de 121 C a 1,5 atmósferas (15 PSI) por 15 minutos

Calor Seco:

Se logra por conducción del calor, desde la superficie externa del artículo hacia las capas internas. Los microorganismos mueren por quemadura lenta de sus proteínas.

Demora más que la esterilización a vapor, el calentamiento es más lento sin humedad

Usar este método sólo para artículos que puedan soportar una temperatura mayor de 160° C en un tiempo no menor de 60'.

Las agujas y los instrumentos con bordes cortantes como: limas para endodoncia, agujas de sutura, deben esterilizarse a temperaturas no mayores a los 160° C. Mayores temperaturas disminuyen el filo de los bordes cortantes.

Se recomienda contar el tiempo recién a partir del momento que se alcanza la temperatura deseada. Se recomienda las siguientes relaciones de temperatura / tiempo:

60 minutos	170°
120 minutos	160°

Después del enfriamiento, sacar los instrumentos sueltos con pinzas o tenazas estériles y almacenarlos en recipientes cubiertos, igualmente estéril.

METODOS DE ESTERILIZACIÓN (CUADRO SIMPLIFICADO) :

METODOS MEDIO OPCIONES :

Físicos calor húmedo -autoclave a vapor saturado

calor seco - horno

líquido - inmersión en glutaraldehído 2%

- Inmersión en ácido paracético

Químicos Gas -gas de oxido de etileno (ETO)

- gas de formaldehído

- vapor de peróxido de hidrógeno

Plasma - plasma de peroxido de hidrógeno

- plasma de ácido paracético

Nota: La esterilización por autoclave es un método económico y eficaz. Pueden estar al alcance como opciones, el pupinel (horno), el glutaraldehído y el formaldehído. Todos los demás son costosos

RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGIA:

El odontólogo es un profesional universitario, con una sólida formación científico-humanista en cuyo ámbito de acción debe ser capaz de:

Brindar atención odontológica de alta calidad y referir, con prontitud y acierto, a aquellos pacientes que requieren cuidados odontológicos especializados. Además, deberá ejecutar acciones de promoción de Salud y, en lo específico odontológico, participar en prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de las mismas.

Asimismo, deberá adoptar las disposiciones odontológicas y reglamentarias vigentes referidas a normas de salubridad y medio ambiente, conduciéndose según los propios principios éticos y humanistas, que exige el cuidado de la integridad biológica, física y sicológica de los pacientes.

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

Son válidos entonces para dicha práctica asistencial toda la sistemática anteriormente desarrollada y que por tal razón no se va a reiterar en este capítulo. 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:

MECANISMOS DE INFECCIÓN:

La infección en la práctica estomatológica puede producirse por los siguientes mecanismos:

Contacto directo con la sustancia infectada (lesión, sangre, saliva)

Contacto directo con objetos contaminados

Salpicaduras de sangre ó saliva, secreciones nasofaringeas sobre la piel ó mucosa sana ó erosionada

Contaminación por aerosoles infectados

PRECAUCIONES EN LA CONSULTA DEL PACIENTE:

Considerar los siguientes aspectos en la evaluación del paciente:

En la historia clínica: Referencias sobre la pérdida de peso, procesos infecciosos por bacterias, virus, hongos (con especial énfasis en infecciones por mycobacterium tuberculosis, virus de Hepatitis B, C, Herpes simple y SIDA).

En el examen clínico: presencia de lesiones en piel ó mucosa; linfadenopatías

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES

1.- LAVADO DE MANOS:

Su finalidad es eliminar la flora bacteriana transitoria, reducir la residente y evitar su transporte.

Por ello es imprescindible el lavado de manos antes y después de la colocación de los guantes. La medida tiene como fundamento la posible existencia de lesiones y abrasiones que no puedan ser advertidas a simple vista, la presencia de sangre impactada debajo de las uñas del profesional y la posibilidad de perforaciones no visibles sobre la superficie de los guantes.

Además deberá incluir al limpieza adecuada del lecho subungueal. Para hacerla efectiva deberá siempre retirarse de las manos todas las alhajas, incluyendo el reloj.

Se recomienda soluciones jabonosas que contengan un 4% de Gluconato de Clorhexidina como ingrediente activo debido a su acción residual. Los jabones en barra pueden convertirse en focos de infección cruzada

El enjuague debe realizarse con agua fría para cerrar los poros, el secado debe realizarse con servilletas o toallas de papel. Las toallas de felpa pueden convertirse en focos de infección cruzada.

Lavarse las manos inmediatamente después de contactar sangre, saliva ó instrumental de operatoria.

TECNICA DEL LAVADO DE MANOS

La técnica de lavarse las manos tiene la siguiente secuencia:

subirse las mangas hasta el codo

retirar alhajas y reloj

mojarse las manos con agua corriente

aplicar 3 a 5 mi de jabón líquido

friccionar las superficies de la palma de la manos y puño durante 10 o 15 segundos

enjuagar en agua corriente de arrastre

secar con toalla de papel

cerrar la canilla con la toalla.

2.- GUANTES

Se recomienda para el examen clínico guantes descartables no esterilizados. Para procedimientos quirúrgicos se recomienda los descartables esterilizados. Los guantes reusables deben ser gruesos y se emplean solo para el lavado de instrumentos.

Los guantes contaminados con sangre u otros fluidos deber ser descartados

El lavado de guantes con agentes antisépticos altera la naturaleza del látex y no asegura el arrastre de microorganismos de su superficie.

Se debe evitar realizar acciones ajenas a la atención del paciente mientras lleva los guantes puestos. Si el tratamiento no es quirúrgico y debe ser momentáneamente interrumpido para luego continuar con el mismo procedimiento (tomar un frasco, abrir una puerta, contestar el teléfono, hacer una anotación, etc.) son muy útiles las manoplas ó las bolsitas descartables de polietileno superpuestas al guante de látex.

Retirar los guantes:

Luego del uso.

Antes de tocar áreas no contaminadas o superficies ambientales.

Antes de atender a otro paciente.

Las manos deben ser lavadas inmediatamente después de retirados los guantes para eliminar la contaminación de las mismas que sucede aún con el uso de guantes.

3.- MASCARILLAS

La mascarilla protege principalmente la mucosa nasal y evita su contaminación por aerosoles originados por el instrumental rotatorio del consultorio. Aunque la mascarilla protege la vía nasal y oral, esta última es menos peligrosa pues es la más difícil de transmitir gérmenes patógenos.

Entre las mascarillas descartables, el material de elección es la fibra de vidrio ó la mezcla de fibras sintéticas que filtran mejor los microbios que las de papel.

Debe encajar cómoda y adecuadamente sobre el puente de la nariz para evitar el empañamiento de los protectores oculares

En los procedimientos quirúrgicos la superficie de la mascarilla debe ser considerada material contaminado por lo que debe evitarse su contacto aún con las manos enguantadas.

4.- PROTECTORES OCULARES

Evitan las lesiones oculares causadas por partículas proyectadas hacia el rostro del operador, a la vez que protege contra infecciones considerando que muchos gérmenes de la flora oral normal son patógenos oportunistas.

Debido a la dificultad para su esterilización hay que lavarlos entre paciente y paciente con agua, jabón germicida ó soluciones antisépticas. Luego de ser enjuagados deben ser secados con toallas ó servilletas de papel. El procedimiento no debe dañar la superficie del protector.

5.- VESTIMENTA DEL PROFESIONAL

Comprende mandil, pechera y gorro. Tiene por finalidad evitar la introducción de microorganismos en el área de trabajo. Asimismo, evita la contaminación de la ropa normal durante la atención en el consultorio.

Los mandiles deben tener manga larga, cuello alto y cerrado.

6.- ESTERILIZACIÓNACIÓN Y DESINFECCIÓN DEL CONSULTORIO, MATERIALES Y EQUIPO:

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 salivera 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 el mismo papel descartable, que se cambiará luego de la atención de cada paciente.

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

Con relación al foco se debe forrar el mango del mismo con una bolsita de nylon que deberá ser cambiada después de cada paciente.

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. No se las debe colocar para su uso en un fresero. 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, 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 20 minutos.

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 (ver "Métodos de esterilización y desinfección").

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 o aplicando alcohol 70º C mediante fricción mecánica.

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.

PRECAUCIONES CUANDO SE PRESENTAN LESIONES ACCIDENTALES:

En caso de sufrir lesión accidental con elementos punzocortantes potencialmente infectados, inmediatamente realizar un lavado minucioso con agua y jabón.

Previamente presione los bordes de la herida para favorecer la salida de sangre por la misma. Si es necesario colóquese un apósito. Evite frotar la zona con cepillos debido al riesgo de originar microlesiones.

En el caso de exposición de los ojos, lávelos de inmediato con agua y después irríguelos con solución salina estéril

Igualmente si se mancha con sangre, secreciones o fluidos, lávese prolijamente la zona con agua y jabón

Si se decide que la lesión es significativa (según resultado de ficha de accidentes), se debe seguir la evaluación del paciente y, previa consejería, se deben realizar las pruebas de VIH

y hepatitis B, tanto al paciente como a Ud. Y reportar el accidente al responsable de bioseguridad de su consultorio ó clínica.

Si el resultado del paciente es positivo para hepatitis B, es recomendable que reciba el tratamiento con inmunoglobulinas de inmediato y la primera dosis de vacuna contra hepatitis B

Lo recomendable es que todo trabajador que esta en riesgo de exposición a sangre u otros fluidos, este vacunado contra la hepatitis B.

RECOMENDACIONES DURANTE LA ATENCIÓN EN EL CENTRO ODONTOLOGICO

Además de las precauciones generales, debe tener presente las siguientes recomendaciones:

Usar mandil o chaqueta de mangas largas, guantes, mascarillas y protectores de ojos al realizar los procedimientos quirúrgicos.

Los instrumentos dentales empleados en cada paciente, debe esterilizarlos adecuadamente antes de reutilizarlos.

Es recomendable que cuente con un juego de instrumental básico, incluido juego de fresas, para cada paciente. Al finalizar la labor del turno esterilícelos adecuadamente

La desinfección de fresas, cubetas de impresión material de acero no quirúrgico o de aluminio es recomendable que la haga con alcohol de 70% durante 30 minutos, el hipoclorito las corroe rápidamente

Los instrumentos sensibles al calor (espátula para resina y otros) puede someterlos a DAN y enjuagarlos posteriormente.

No utilizar cartuchos de anestesia con solución sobrante en otro paciente.

Ensartar la aguja de la cárpule en su protector mediante la técnica de una mano para evitar lesiones accidentales.

Manipular con cuidado el material utilizado con cada paciente (radiografías, impresiones, registros de mordida , etc.)

Tratar de evitar lesiones en las manos

Es mejor que use esponja suave para el restregado de las manos. Las escobillas pueden ocasionarle microlesiones.

Durante el acto operatorio, utilice un protector plástico sobre su chaqueta y coloque otro en el paciente para evitar el contacto con la sangre y fluidos contaminados

Cite al paciente con sospecha de infección o con diagnostico confirmado para la ultima hora de consulta.

Los vasos plásticos usados para el enjuagatorio deben ser descartables

Utilice diques de goma, eyectores de alta velocidad y coloque al paciente en la posición más cómoda para evitar salpicaduras.

Envuelva con plástico transparente los equipos y superficies difíciles de desinfectar (lámparas, cabezas de unidades de equipos de rayos X, etc.). Elimine estos protectores al concluir el acto operatorio.

Es deseable la esterilización de piezas de mano entre paciente y paciente. De no ser posible, lavarla bien y sumergirla en solución desinfectante por 20 minutos (la clorhexidina 4% en dilución 60% es conveniente por no corroer el rotor, alcohol yodado si es corrosivo).

La inserción de la placa radiográfica en la boca del paciente para la toma debe ser efectuada con instrumental, no con la mano. Luego de la toma, tomar la placa con una pinza enjuagarla a chorro y dejarla reposar unos minutos en solución desinfectante antes de su revelado.

Revelar placas con pinzas para evitar lesión dérmica por ácidos

Descontamine la jeringa triple remojándola en solución desinfectante por 30 minutos.

Para evitar la aspersión del material infectado de la pieza de mano, deje correr y descargue agua de la pieza por 1 minuto antes de comenzar la atención del día y después de la atención de cada paciente.

Las superficies del equipo dental deben ser perfectamente lisas y casi sin uniones. Deben tener además, un acabado que permita la limpieza y la desinfección

PRECAUCIONES RECOMENDADAS

- Lavado de manos.
- Utilizar guantes para realizar punciones o curas.
- Si existe posibilidad de salpicaduras deben utilizarse: mascarilla, gafas y bata impermeable.
- Lavar con agua y jabón la piel manchada de sangre y fluidos orgánicos.

- Lavar con abundante agua corriente o suero en caso de contacto de mucosas con sangre o fluidos orgánicos.
- Cubrir las posibles lesiones o erosiones en piel

ACTITUDES ANTE UNA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A SANGRE O FLUIDOS CORPORALES

1. Después de un pinchazo o corte con un objeto contaminado se debe procurar:
- Retirar el objeto con el que se ha producido el corte o pinchazo y depositarlo en los contenedores para objetos cortantes o punzantes.
- Limpiar la herida con agua corriente facilitando el sangrado durante 2-3 minutos.
- Desinfectar con providona yodada o gluconato de clorhexidina.
- Cubrir la herida con apósito impermeable.

2. Después de una salpicadura:
- Salpicadura de sangre o fluidos a piel, lavar con agua y jabón.
- Salpicaduras de sangre o fluidos a mucosa, lavar con abundante agua corriente, sin restregar.
- Tras una inoculación o salpicadura: acudir al servicio de urgencias de referencia para declarar el accidente y recibir la atención que precise en cada caso.

CONTROL AMBIENTAL

Cubiertas descartables:

Reducen el tiempo dedicado a limpieza-desinfección de superficies que no puedan ser decontaminadas con facilidad entre atenciones como el sillón dental bandejas, mesas de trabajo, entre otros. Pueden ser: hojas de aluminio, bolsas de polietileno, compresas de papel forradas en plástico, etc.

La persona que elimina las cubiertas descartables contaminadas debe tener guantes de goma gruesos, mascarilla y protectores oculares.

SALUD OCUPACIONAL

El personal debe conservar un adecuado estado de salud, la Inmunización contra la hepatitis B. La inmunización comprende tres dosis (la segunda al cabo de 1 mes y la tercera a los 6 meses) y protege por un periodo de 10 años transcurridos los cuales se requiere un refuerzo.

Según la FDI los estudiantes y profesionales relacionados a la Odontología que realizan procedimientos invasivos y cuyo estado HIV se desconoce pero que por factores ajenos a sus labores profesionales estén en riesgo de ser HIV-seropositivos deberán someterse regularmente a los exámenes apropiados para establecer el nivel de riesgo HIV.

Leer más: http://www.monografias.com/trabajos17/bioseguridad-odontologia/bioseguridad-odontologia.shtml#ixzz3z9gfr4Kj

¿Reglamento para el manejo de residuos solido?

La Odontología, al igual que las diferentes ramas de la medicina, pretende encontrar la manera más eficiente de resolver las diferentes patologías intraorales y extraorales, encontramos que los procesos infecciosos e inflamatorios son muy comunes además de procedimientos clínicos y quirúrgicos de rutina e urgencia, conllevan a que se obtenga residuos de diferentes tipos en ambientes o consultorios odontológicos.

El desarrollo del presente trabajo es sobre el manejo de residuos en Centros de Salud en consultorios de Odontología.

El odontólogo en la actualidad no debe centrarse en ser simplemente un restaurador de la estética, sino que debe convertirse en un médico dental y estudiar todos los fenómenos que ocurren a nivel ambiental. Es preciso manejar y tener el conocimiento suficiente para poder manipular los diferentes desechos bioinfecciosos peligrosos y no peligrosos, debemos saber cómo utilizarlos o clasificarlos para evitar un accidente tanto laboral como a nivel ambiental o humanitario.

La inadecuada recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de los residuos contaminados pueden provocar danos físicos serios o infecciones graves al personal que labora en los centros de atención, a los pacientes y a la comunidad en general.
Las mascarillas protegen contra la inhalación o ingestión de partículas presentes en el aire, en los aerosoles y contra la salpicadura de sangre y saliva también evitan la transmisión de microorganismos del operador al paciente. El consultorio odontológico es uno de los ambientes en los que el paciente y el profesional pueden adquirir enfermedades infectocontagiosas si no se toma en consideración los fundamentos de bioseguridad. Un mal manejo de transporte de residuos sólidos puede facilitar la contaminación de la piel o las conjuntivas oculares, herirse con objetos corto punzantes, o ingerir en forma directa o indirecta el material contaminado.

La basura odontológica debe ser reconocida como potencialmente peligrosa para la salud y el medio ambiente. Por ello, los profesionales en Odontología debemos garantizar el adecuado manejo de los residuos del consultorio dental y evitar la posible diseminación de enfermedades y sustancias tóxicas.

La necesidad de prevenir y controlar los riesgos provenientes de los residuos que se generan en los Centros de Salud en el servicio de Odontología es una tarea importante que deben cumplir los cirujanos dentistas generales y especialistas.

El mal manejo de estos desechos puede ocasionar un traumatismo a nivel de nuestro organismo o al pasar de los años un impacto ambiental y están influenciados por diferentes factores, entre los que se incluyen la biología humana, el comportamiento y el medio ambiente.
Los residuos sólidos que se generan en los establecimientos de salud, producto de las actividades asistenciales constituyen un peligro de daño para la salud de las personas si en circunstancias no deseadas, la carga microbiana que contienen los residuos biocontaminados ingresa al organismo humano o en el caso de los residuos especiales cuando ingresan mediante vía respiratoria, digestiva o dérmica. Los residuos sólidos hospitalarios incluyen un componente importante de residuos comunes y una pequeña proporción de residuos peligrosos (biocontaminados y especiales). La naturaleza del peligro de estos residuos sólidos, está determinada por las características de los mismos que se podrían agrupar básicamente en residuos que contienen agentes patógenos.

RESIDUOS.-Se entiende por desecho todo objeto, material o sustancia descartada por diferentes personas profesionales y no profesionales, una vez que este considere que ha perdido su valor o funcionalidad.

Los desechos producidos en los establecimientos de salud pueden ser clasificados en dos grandes grupos en función del riesgo que representan para la salud de la población. Estos son:

DESECHOS COMUNES: conforman la mayor parte de los desechos generados en un establecimiento odontológico, en diferentes Centros de Salud. No representan un riesgo adicional para la salud humana y por lo tanto no requieren de un manejo especial. Tiene el mismo grado de contaminación que los desechos domiciliarios

DESECHOS PELIGROSOS: lo que a la vez se subdividen en bioinfecciosos y especiales:

1. ***a) Desechos bioinfecciosos:*** son aquellos que contienen agentes patógenos en suficiente concentración para transmitir enfermedades víricas, bacterianas, parasitarias o micóticas a la población y/o el personal expuesta a ellos. Incluye los desechos impregnados con sangre de los pacientes y los objetos punzocortantes de uso común en una consulta comunitaria, Odontológica tales como: agujas, jeringas, anestesias vencidas o inutilizadas, entre otros.

- Todo tipo de secreciones y exudados de pacientes, así como los recipientes y materiales con los que entró en contacto, tales como: apósitos, torundas, gasas, algodón, entre otros.
- Pus: Sustancia semilíquida, opaca y de color amarillento que se forma a consecuencia de una infección.
- Sangre y sus derivados. Estén secos o no
- Anestesia vencidas o inutilizadas, así como sobrantes de jeringas descartables y sus recipientes.
- ***b) Desechos especiales***: se consideran riesgosos para la población debido a sus propiedades fisicoquímicas.

  b.1. ***Desechos farmacéuticos*****,** como residuos de medicamentos y fármacos vencidos. Los más peligrosos son los antibióticos y los citotóxicos

  El manejo inadecuado de desechos provoca no sólo contaminación ambiental, sino también la proliferación de enfermedades infectocontagiosas como el VIH/SIDA, la Hepatitis B y C, la criptococosis, la toxoplasmosis, infecciones con estafilococos y estreptococos, entre otras. No obstante, el riesgo de sufrir infecciones por accidentes laborales de este tipo, muchas veces prevenibles, no es exclusivo del personal de salud, sino que también lo corren sus pacientes y las personas que manipulan los desechos.

  b.2.**Desechos Punzocortantes.-**Todo objeto con capacidad de penetrar o cortar tejidos humanos, facilitando el desarrollo de infección, tales como agujas, hojas de bisturí, navajas, cristalería, materiales rígidos y otros, utilizados en los servicios de laboratorio, odontología,

Manejo de desechos punzo cortantes :

El manejo de desechos punzocortantes en Centros de Salud en servicio de Odontología por ejemplo son: la aguja no la cubra ni la manipule. Colóquela en el recipiente para ese propósito, que se denominara r.p.c (recipiente para punzocortantes), de esa forma cumpliendo con la normativa de clasificación de desechos.El recipiente rotulada como Punzocortante de manera visible se coloca para todo material punzocortante como agujas,

bisturís, agujas de sutura , lancetas , etc. Una vez almacenada deber ser, triturada para su eliminación final.

Ventajas de los Servicios de manejo adecuado de residuos solidos :

- Disminución de riegos ocupacionales dentro de consultorios de odontología
- Servicio de bajo costo relativo comparado con las inversiones, dificultades o accidentes que pueden ocasionar este tipo de desechos.
- Servicio pensado para satisfacción total de nuestros clientes.
- Insumo importante para procesos de certificación y acreditación.
- Conservar el medio ambiente con técnicas correctas de manejo de desechos.

Desechos (Residuos)

La **basura** es todo material considerado como desecho y que se necesita eliminar.

Es producto de las actividades humanas y quien la elimina la considera de poco valor.

Normalmente, se coloca en lugares previstos para la recolección y después se canaliza a tiraderos o vertederos, rellenos sanitarios u otro lugar. En la actualidad, se usa ese término para denominar aquella fracción de residuos que no es aprovechable y que, por lo tanto, debería ser tratada y dispuesta para evitar problemas sanitarios o ambientales.

Fases del manejo de residuos en el consultorio odontológico :

El manejo correcto de los residuos en el consultorio dental incluye las siguientes fases:

1. Identificación de los residuos: todos los miembros del consultorio dental deben estar al tanto de la peligrosidad del manejo inadecuado de la basura odontológica y respetar las normas de bioseguridad, encaminadas a disminuir los accidentes laborales y evitar las potenciales infecciones cruzadas.

Para ello, se sugiere iniciar el proceso con la debida identificación y clasificación de los residuos odontológicos según su origen, estado físico y manejo, partiendo de la necesidad de etiquetar mediante un código de color y desechar cada tipo de basura odontológica según su grado de peligrosidad y otras particularidades, como se detalla en la siguiente tabla:

TIPO DE RESIDUOS	ESTADO FISICO	ENVASADO Y DESECHO	COLOR
residuos que hayan entrado en contacto con la sangre	solidos	bolsa de plástico	rojo
cultivos y cepas almacenadas de agentes infecciosos	solidos	bolsa de plástico	rojo
residuos no anatómicos derivados de la atención a pacientes y los laboratorios	líquidos	recipientes herméticos	rojo
residuos anatómicos y patológicos	solidos	bolsa de plástico	amarillo
residuos anatómicos y patológicos	líquidos	recipientes herméticos	rojo
objetos punzocortantes usados y sin usar	solidos	recipientes rígidos	rojo

Comunes	solidos	bolsa de plástico	negro

2. Envasado de los residuos generados: todo aquello potencialmente nocivo debe ser debidamente identificado y lo primero que se debe hacer es separar el material y el instrumental que puede ser nuevamente usado (luego de su debida limpieza, desinfección y esterilización) y la basura odontológica.

La adecuada rotulación (a través de recipientes y de bolsas debidamente impresas o a las cuales se les coloque una etiqueta autoadhesiva) permitirá a todos los miembros del equipo de trabajo del consultorio dental conocer de qué material se trata y cómo debe ser manejado. Por ello, es recomendable disponer de bolsas y recipientes que expresen la naturaleza de la basura, con el rótulo: "Peligro, material contaminado potencialmente infeccioso" y algún símbolo universal estandarizado, que permita un fácil reconocimiento, como los que colocamos a continuación:



3. Recolección y transporte interno: el material contaminado por desechar debe manejarse debidamente dentro del consultorio dental. Se recomienda disponer de un área específica para este fin, de modo tal que la basura dental no se mezcle con la basura doméstica ni con insumos no contaminados.

4. Almacenamiento temporal: debido a que los sistemas de recolección no se dan de manera continua, es necesario organizar la basura potencialmente infecciosa mientras permanece en el consultorio, previo a su desecho. El tiempo de almacenamiento es variable, de acuerdo con el volumen de producción de la clínica odontológica y otros factores, como periodicidad de recolección, métodos utilizados, normatividad, etc.

5. Recolección y transporte externo: una vez que llegue el momento para eliminar la basura odontológica, es necesario asegurar un proceso eficiente de retiro del material del consultorio y la correspondiente entrega o eliminación.

6. Tratamiento: dependiendo de la normatividad vigente, se recomienda incinerar todo el material potencialmente infectado. Para ello, se requiere de una infraestructura y sistemas que causen el menor impacto posible en el medio ambiente.

En algunos países, se cuenta ya con organizaciones y empresas dedicadas a este rubro, quienes facilitan notablemente el manejo de la basura dental, a través de la capacitación, la entrega de recipientes adecuados, la recolección y la eliminación eficiente.

Manejo especial de residuos :

Residuos con mercurio

Mucho se ha hablado y escrito respecto a la toxicidad del mercurio de la amalgama dental. Como se sabe, los dentistas utilizan solo del 3% al 4% del total del mercurio producido y la forma empleada es relativamente poco tóxica para el medio ambiente y los seres vivos.

A pesar de esto, un mal manejo de este elemento tóxico puede contaminar el medio ambiente, ya sea a través de su transformación a metil mercurio (un compuesto neurotóxico), por acción de algunas bacterias, o por la liberación de partículas de mercurio al medio ambiente a través del agua o luego de incinerarlo.
Se acepta que la contribución de los dentistas a la contaminación ambiental por mercurio es poco significativa. Sin embargo, la notable reducción en el uso del mercurio en distintas industrias ha sido considerablemente mayor que la ocurrida en el mercado odontológico, por lo que comparativamente el aporte del odontólogo a la contaminación con mercurio ha aumentado en las últimas décadas. Dado esto, en la actualidad se está aplicando progresivamente la normatividad respectiva.
El uso racional del mercurio en el consultorio dental implica optimizar los procesos de preparación, colocación, pulido y retiro de las amalgamas dentales y mantener un óptimo filtro en el sistema de succión del sillón dental. También, es conveniente preparar la cantidad apropiada de amalgama dental, para evitar excesos a desechar. Es importante recalcar que resulta mucho más beneficioso utilizar cápsulas y un amalgamador que realizar la preparación clásica manual.
En la actualidad, se utilizan diversos procedimientos amigables con el medio ambiente para eliminar el mercurio de las amalgamas dentales. Hay empresas que recolectan restos de amalgamas para reciclarlas; otras utilizan mecanismos, como la separación por sedimentación, electrólisis, centrifugación, filtración y otros, encaminados a un manejo óptimo de los residuos.

Residuos con Rayos X :

La reacción que se da entre los cristales de plata de las películas radiográficas y el fijador produce compuestos que son potencialmente dañinos para el medio ambiente, al inhibir diversos procesos biológicos. El fijador en sí y el fijador remanente del proceso de fijado de placas dentales constituyen sustancias poco amigables con el medio ambiente y no deben ser eliminadas en el desagüe.
De forma contraria, el revelador y el revelador remanente son mucho más biocompatibles y pueden ser eliminados sin problema por el desagüe. Por ello, se recomienda no mezclar ambas sustancias (revelador y fijador), para evitar un proceso más complejo.
Para la adecuada eliminación del fijador, en el mercado existen distintos aditamentos y sistemas que buscan evitar el desecho indebido de esta sustancia.

Las placas radiográficas también contienen plata y no deben ser eliminadas como basura doméstica. Hay proveedores que las reciclan y están dispuestos a pagar a cambio de las radiografías viejas.

Otro componente a tener en cuenta a la hora de desecharlo es la lámina de plomo que encontramos dentro de la radiografía pues, como se sabe, el plomo altera el desarrollo y funcionamiento neurológico. Se debe almacenar y procurar su reciclado.
Al finalizar el tratamiento, todas estas tareas, tanto si las hace el profesional en odontología o su personal auxiliar, deben realizarse con las manos enguantadas.

Manejo de desechos e instrumental postratamiento :

1. El material descartable, como agujas, hojas de bisturí y otros elementos filosos o punzantes, se debe descontaminar con hipoclorito de sodio al 2%, durante 20 minutos. Este método es el más económico y aquí no importa mucho la acción corrosiva del hipoclorito de sodio, ya que este material se descartará. Una vez realizado este paso, se deben desechar en envases rígidos para su posterior eliminación o incineración.

2. Las gasas, algodones y otros elementos contaminados con sangre o saliva que sean descartables, no punzantes o cortantes, podrán descontaminarse durante 30 minutos en hipoclorito de sodio al 2%, antes de eliminarlos en bolsas de polietileno rotuladas.

3. Con todo el instrumental u objetos que no sean descartables, se procederá a descontaminarlos, ya sea con agentes químicos (como el hipoclorito de sodio al 2%, solución de iodopovidona al 2,5%, solución de detergente enzimático 8 ml por litro, durante 10 minutos) o con el uso de la autoclave (a 130°, una atmósfera y media de presión, durante 20 minutos).

4. Una vez finalizada esta etapa de descontaminación, se procederá a lavar el instrumental con agua, se secará con toalla de papel y se acondicionará para su posterior esterilización.

5. Como método de esterilización se sugiere:
- Autoclave a presión a 134°, una atmósfera y media, durante 20 minutos.
- Estufa por calor seco: se recomienda utilizarla durante dos horas, como mínimo, a 200° (este es el tiempo aconsejable, pues no quema el instrumental ni las gasas).
- Es imprescindible controlar el funcionamiento de estufas y autoclaves una vez cada tres meses, a través de los controles biológicos de esterilización.

6. Para el manejo de superficies y de piezas de mano, se recomienda:
- Para los cabezales de las turbinas, micromotores y jeringas triples, utilice toallitas fenólicas o solución de hipoclorito.
- Limpie la platina, mesa auxiliar, módulo rodante y salivadera con toallas absorbentes, descartables, embebidas en hipoclorito de sodio, iodopovidona, toallitas fenólicas.
- Por último, limpie las superficies que se hayan contaminado durante la atención del paciente.

Otros desechos del consultorio dental :
Sin duda, algunos de los detergentes y desinfectantes utilizados en el consultorio dental son dañinos para el medio ambiente y pueden ser peligrosos para la salud.
Por ello, se deben seguir las instrucciones y procurar la eliminación óptima, según el caso.

Análisis :

De acuerdo a la revisión bibliográfica, se debe indicar que hay muy poco estudios sobre manejos de residuos sólidos en centro de salud, no existen estudios sobre manejo de residuos producidos en los centros de atención odontológica .

Más aun en la forma de transporte y eliminación de los residuos biocontaminados
En los centros de salud se puede apreciar que en la mayoría no trata, ni eliminan adecuadamente los residuos sólidos producto de la atención odontológica.

Se debe tomar decisiones sobre la manipulación de los residuos biocontaminados, ya que nunca deben ser mezclados con los residuos domésticos, establecer estricta supervisión y control rígido delos recorridos de los vehículos recolectores y del personal operativo.

Conclusiones

En el presente trabajo se determinó que en la mayoría de los profesionales de salud no han recibido algún tipo de capacitación acerca de la correcta manipulación de los desechos odontológicos. Sin embargo, a pesar de esto, no todos realizan una adecuada clasificación, atribuyéndola principalmente a la falta de espacio y a la pérdida de tiempo que genera hacerlo. Debido a que en muchos de nuestros centros de salud se verifica que es poca la normatividad y reglamentación referida tanto al cuidado del medio ambiente como a la práctica odontológica, por el momento, la principal motivación para seguir este tipo de pautas coexiste con un convencimiento individual acerca de su necesidad e importancia y con un compromiso para hacer las cosas bien y de conservar nuestro hábitat. Independientemente de esto, ya existe mucha evidencia acerca de cómo reorientar la práctica odontológica hacia la incorporación de las pautas referidas en el presente trabajo, para la correcta y responsable eliminación de la basura en el consultorio dental.
Toda actividad humana genera desechos o residuos obligatoriamente, con mayor razón en los centros de salud. Por lo tanto el manejo de todos los desechos o residuos tienen que ser bien canalizados y bien tratados para el adecuado rendimiento de la institución donde se labora.

- Un adecuado manejo de desechos que generan necesariamente los diferentes establecimientos de salud, garantiza la calidad del servicio que brinda, pero en base a un adecuado plan de manejo acorde a la a la actividad de la misma.
- Concretamente hablando, las actividades al cuidado de la salud de los pacientes, en todos los establecimientos de salud como clínicas, hospitales, institutos, consultorios, etc., generan residuos de diversas características, que se los ha divido de manera general en tres tipos: comunes, infecciosos y especiales.
- El impacto ambiental que provocan los deshechos se ha hecho manifiesto y en algunos casos amenaza seriamente la vida de la población, así como las enfermedades en el personal que laboran en los centros de salud, por lo tanto la implementación del plan de manejo de los residuos es mandatorio.

Recomendaciones :

• SE debe de tener un plan bien elaborado del manejo de los desechos sólidos, que debe ser conocido por todo el personal que labora en el ministerio de salud.
• Los desechos deben ser bien clasificados: desechos comunes, desechos contaminados, deshechos corto-punzantes, y desechos especiales.
• Los centros de salud deben tener un sitio especial destinado para el almacenamiento de los desechos contaminados, cortos punzantes y especiales, muy diferente de los deshechos comunes antes de ser debidamente eliminados
• Los deshechos comunes de los centros de salud pueden ser eliminados diariamente según el horario de recolección de la basura por parte del Municipio , sin ningún inconveniente.

Leer más: http://www.monografias.com/trabajos103/manejo-residuos-solidos-centros-salud-servicio-odontologia/manejo-residuos-solidos-centros-salud-servicio-odontologia.shtml#ixzz3z9r9qHSc

PROGRAMA DE NORMA Y PRECEDIMIENTOS DE PROGRAMA DE SALUD ORAL

INTRODUCCIÓN :

Con el fin de optimizar la accesibilidad a los servicios odontológicos de salud, mejorar la calidad de vida, detectar en forma temprana enfermedades y promover estilos de vida saludables.

La odontología ha desarrollado a través del tiempo, el conocimiento necesario para identificar los principales procesos de riesgo y la manera de prevenirlos.

Como otros problemas de salud, las enfermedades propias de la boca, están asociadas a factores biológicos. Sin embargo dichos factores no son causa única y suficiente para desencadenar dichos problemas, otros procesos como la deficiencia en la alimentación, irregulares conductas higiénicas, el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas,
la falta de acceso a los servicios de salud, ligados fuertemente al nivel de ingresos y al nivel educativo, participan como determinantes particulares y singulares del estado de salud bucal de los colectivos sociales y de los individuos.

La promoción de la salud bucal y la prevención de los problemas se sitúan así entonces en el control de los determinantes de la salud, mediante más y mejores condiciones de vida de las poblaciones, el control de factores de riesgos específicos y el desarrollo de habilidades personales para evitar o controlar estos factores.

SALUD ORAL :

La vigilancia de la salud oral es un proceso de monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en salud oral lo cual permitirá obtener información actualizada del comportamiento de la caries dental cavitacional, lesiones de mancha blanca y mancha café, exposición a flúor dental, enfermedad gingival, periodontal y otras patologías que afectan la cavidad oral, además permitirá la medición permanente de los índices utilizados para la identificación del estado de salud oral y la realización de las intervenciones necesarias a nivel individual y colectivo.

Los índices reconocidos universalmente y recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para describir las condiciones encontradas en la cavidad oral, son:

Índice placa bacteriana visible de Silnes & Loe Modificado.

Índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario- INTCP-. Índices COP-D, (cariados, obturados y perdidos) para dentición permanente, índice ceo, (cariados, extracción indicada y obturados) para dentición temporal.

Detección y notificación de lesión opacidad mancha blanca, mancha café basada en la metodología del sistema ICDAS (International Caries Detection and Assessment System - Sistema Internacional de detección y valoración de caries).

PRIORIDADES PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL DGSM

1. Prevenir y controlar la caries dental a través de los ciclos vitales.

2. Prevenir y controlar la enfermedad periodontal.

3. Prevenir y controlar alteraciones dento-maxilo-faciales y sus factores de riesgo
.
4. Eliminar inequidades en Salud Oral.

5. Uso de la información en salud Ora

6. Desarrollo del recurso humano en Salud Oral.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN
PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

1. Prevenir y controlar la caries dental a través de los ciclos vitales:
a. Caracterizar a la población por número de caries dental por ciclo vital.
b. Desarrollar y promover estrategias basadas en la evidencia científica como efectivas que permitan intervenciones para prevenir caries dental.
2. Prevenir y controlar la enfermedad periodontal:
a. Mejorar la vigilancia de la enfermedad periodontal y de sus factores de riesgo.

b Desarrollar y promover estrategias basadas en la evidencia científica como efectivas que permitan intervenciones para prevenir enfermedad periodontal.

3. Prevenir y controlar alteraciones dento-maxilo-faciales y sus factores de riesgo.

a. Mejorar la vigilancia de alteraciones del desarrollo a nivel dento-maxilo-facial, de sus factores de riesgo y otras alteraciones.

b. Desarrollar y promover estrategias basadas en la evidencia científica como efectivas que permitan intervenciones para detectar tempranamente alteraciones del desarrollo a nivel dentomaxilo-facial así mismo reducir la incidencia y la mortalidad.

4. Eliminar inequidades en salud oral:

a. Enfoque hacia una Salud oral equitativa a toda la población.

b. Fortalecer el mejoramiento del acceso a los servicios de salud bucal principalmente en lo relacionado con el fomento y promoción de la salud, prevención y protección específica.

5. Uso de la información en salud oral:

a. Mejorar la vigilancia en salud bucal que permita obtener información que facilite la toma de decisiones en cuanto al programa de salud bucal.

6. **Desarrollo del recurso humano en salud oral:**

a. Mejorar la capacidad organizacional y funcionabilidad del programa de salud oral con énfasisen un liderazgo cada vez mayor, equipos y desarrollo del personal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

1.Realizar actividades individuales y grupales de Educación en Salud Oral con el fin de estimular en los usuarios hábitos de autocuidado bucal.

2.Diseñar estrategias de búsqueda activa de pacientes en riesgo (caries-enfermedad periodontal alteraciones dento-maxilo-faciales), para ser incluidos en el programa de Salud Oral y en las actividades de prevención y protección específica.

3. Obtener información segura, ágil y eficaz que permita evaluar el impacto del programa.

4. Establecer vigilancia sobre los pacientes con exposición a flúor a fin de conocer la prevalencia y severidad de esta patología.

5. Evaluar anualmente la cobertura del programa para rediseñar y/o ajustar las estrategias del mismo en busca del mejoramiento continuo, a través del análisis de la información obtenida.
6. Generar estrategias para el fortalecimiento de competencias del recurso humano, como pilar de los procesos relacionados con la clínica, la gestión y administración en salud oral y la salud pública.

ESTRATEGIAS

1.Planear las acciones de salud oral-Programación de actividades de promoción de la salud oral, prevención de enfermedades bucales y detección temprana de alteraciones del complejo dentomaxilo-facial. La planeación se realizará a nivel individual y colectivo.

2. Destinar un presupuesto específico para la ejecución de actividades de salud bucal, con el objeto de garantizar el derecho a la salud con miras a la equidad.

3. Brindar asesoría y asistencia técnica para la implementación y desarrollo del programa de salud oral.

4. Implementar el proceso de demanda inducida al Programa de Salud Oral.

PROMOCIÓN EN SALUD ORAL
GENERALIDADES

La educación en salud oral es un proceso de acompañamiento de sensibilización e información que permite generar o reforzar conductas y estilos de vida saludables, modificando aquellos que no lo son.

Se reconocen claramente las bondades que las acciones de enseñanza de hábitos higiénicos de salud bucal en el ámbito hogar, laboral, escolar y en instituciones como guarderías y jardines infantiles.

Las actividades de Promoción y Prevención deben estar encaminadas a educar a la población en cuidados de higiene oral y conocimientos básicos para disminuir la aparición, severidad y ocurrencia de la caries dental y de la enfermedad periodontal.

En el desarrollo de las actividades de promoción se debe inculcar la responsabilidad del autocuidado y buscar un mejor desarrollo de habilidades por parte de las personas, en donde sean informadas sobre las acciones a las que tienen derecho para acceder a los programas promoción y prevención en salud oral.

2. ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

2.1. GRUPO DE NIÑOS

En este grupo de pacientes aprender y jugar son acciones inseparables.

2.1.1. NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Talleres teórico - práctico dirigidos a las madres o
personas encargadas del cuidado de los niños:

- Secuencia y tiempo de erupción dentaria.
- Técnicas de higiene oral en encía y primeros dientes erupcionados.
- Hábitos orales, posibilidades de corrección con aparatología.
- Caries de la infancia temprana.
- Detección temprana de alteraciones dentomaxilofaciales.
- Adaptación temprana a actividades y consulta odontológica.

2.1.2. NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS
ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Talleres teórico - práctico dirigidos a las madres, a los niños y a las personas encargadas del cuidado:

- Hábitos alimenticios.
- Alteraciones del periodonto por enfermedades características (diabetes,hepatitis, cambios hormonales).
- Cuidado de trauma dentoalveolar.
- Caries de la infancia temprana.
- Hábitos orales, posibilidades de corrección con aparatología.
- Detección temprana de alteraciones dentomaxilofaciales.
- Adaptación temprana a actividades y consulta odontológica.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

- Tamizajes de higiene mediante sustancia reveladora de placa para medición de índices.
- Fase higiénica (que incluya raspaje y alisado radicular Supra y Subgingival, y profilaxis).
- Aplicación tópica de flúor según necesidades del paciente.
- Inscripción de pacientes sanos y no sanos en ficha epidemiológica oral.

2.1.3. ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS

Este tipo de pacientes necesitan de un modelo educativo alejado del modelo escolar formal y que responda a sus necesidades de socializacion e identificacion personal.

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Talleres teórico - práctico de técnicas de:
l Técnicas de higiene oral.
l Hábitos alimenticios.
l Alteraciones del periodonto por enfermedades características (diabetes, hipertensión, hepatitis, cambios hormonales) y por uso de sustancias psicoactivas, cigarrillo y alcohol.
l Prevencion de trauma dentoalveolar.
l Desgaste fisiológico y patológico de tejidos duros.
l Detección de estructuras orales anormales en boca (tumores, sarcomas, candidiasis, etc.).
l Deteccion de anomalias dento-maxilo faciales.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

l Tamizajes de higiene mediante sustancia reveladora de placa para medición de índices.
l Fase higiénica (que incluya raspaje y alisado radicular supragingival y subgingival y profilaxis).
l Aplicación tópica de flúor según necesidades del paciente.
l Inscripción de pacientes sanos y no sanos en ficha epidemiológica oral.

2.2. ADULTOS

Los pacientes adultos requieren métodos que les ayuden a identificar su problema y buscar alternativas de solución.

2.2.1. ADULTOS DE 19 A 44 AÑOS
ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Talleres teórico - práctico de técnicas de:
l Higiene oral.
l Hábitos alimenticios entre otros.
l Alteraciones del periodonto por enfermedades características (diabetes, hipertensión, hepatitis, cambios hormonales).
l Cuidado de trauma dentoalveolar.
l Desgaste fisiológico y patológico de tejidos duros.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

l Detección temprana de patologías orales (tumores, sarcomas, candidiasis etc.).
l Tamizajes de higiene mediante sustancia reveladora de placa para la medición de índices.
l Fase higiénica (que incluya raspaje, alisado radicular supragingival y profilaxis).
l Aplicación tópica de flúor según necesidades del paciente.
l Valoración de alteraciones dentomaxilares - Valoración de terceros molares
l Inscripción de pacientes sanos y no sanos en ficha epidemiológica oral.

l Tratamiento primario de sensibilidad dental.

2.2.2. ADULTOS MAYORES DE 45 AÑOS
ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Talleres teórico - práctico de técnicas de:
l Higiene oral.
l Hábitos alimenticios.
l Alteraciones del periodonto por enfermedades características (diabetes, hipertensión, hepatitis, cambios hormonales).
l Cuidado de trauma dentoalveolar.
l Desgaste fisiológico y patológico de tejidos duros.
l Causas de perdida dental.
l Posibilidades de rehabilitación oral en caso de pérdida dental o parcial.
l Higiene de prótesis y aditamentos para su uso.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS
l Detección de estructuras orales anormales en boca (tumores, sarcomas, candidiasis, etc.).
l Tamizajes de higiene mediante sustancia reveladora de placa.
l Fase higiénica (que incluya raspaje y alisado supragingival y profilaxis).
l Inscripción de pacientes sanos y no sanos en ficha epidemiológica oral.

2.3. PACIENTES EN CONDICIONES ESPECIALES

2.3.1. MUJERES EMBARAZADAS

Durante el embarazo se producen grandes cambios en la mujer a todos los niveles: en el aspecto físico, en el químico y en el psicológico. Esto hace que la cavidad oral de la embarazada sea más susceptiblea padecer enfermedades, por lo que es necesario en esta etapa extremar los cuidados bucales.
La visita al odontólogo desde el principio del embarazo y una completa higiene bucal pueden evitarla mayoría de las disfunciones orales que se producen durante el periodo de gestación. Estas enfermedades tienen menos posibilidades de desarrollarse en una boca sana que ha tenido siempre una adecuada atención.
Las revisiones dentales pueden hacerse sin problema durante la gestación, así como realizarse algunas intervenciones odontológicas, ya que existen fármacos y anestésicos que no presentan riesgos, debido a que no tienen ninguna repercusión materna y fetal.
Los tratamientos que no sean de máxima urgencia deben posponerse para después del primer trimestre y en la última mitad del tercer trimestre, es aconsejable evitar las intervenciones odontológicas.

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN
Talleres teórico - práctico de técnicas de:

l Hábitos alimenticios.
l Técnicas de higiene oral.
l Alteraciones del periodonto por enfermedades características (diabetes, hipertensión, hepatitis, cambios hormonales).
l Causas de pérdida dental.

Las revisiones dentales pueden hacerse sin problema durante la gestación, así como realizarse algunas intervenciones odontológicas, ya que existen fármacos y anestésicos que no presentan riesgos, debido a que no tienen ninguna repercusión materna y fetal.
Los tratamientos que no sean de máxima urgencia deben posponerse para después del primer trimestre, y en la última mitad del tercer trimestre, es aconsejable evitar las intervenciones odontológicas.

2.3.2. PACIENTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

La mayoría de los pacientes en situación de discapacidad requerirá de la supervisión de los padres o sustitutos.
En los casos en que el discapacitado pueda comprender la importancia de los procedimientos de higiene bucal, se podrá determinar si el paciente será capaz de utilizar un cepillo dental por sus propios medios o no.

PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

LA PLACA BACTERIANA

1.1. DEFINICIÓN
La placa bacteriana es un sistema ecológico formado por una comunidad bacteriana, rica en microorganismos anaerobios y aerobios, que se desarrolla sobre las superficies dentales con nula o escasa limpieza. Este depósito bacteriano se puede hacer visible mediante colorantes de placa bacteriana.
La placa bacteriana puede tener un carácter ácido o básico según sea el tipo de bacterias que predominan en ella.
Si predominan bacterias que al metabolizar los azúcares producen ácidos (estreptococo mutans y lactobacilo acidófilo), tendremos una placa acidógena, la cual a través del ácido láctico da inicio al proceso de destrucción dentaria (Caries). Si predominan bacterias (porfiromonas gingivales, treponemas, veillonella, bacteroides, capnocitofaga, actinomices temcomitans), que dan como producto final de la metabolización, substancias básicas, habrá inflamación y posterior destrucción del periodonto (enfermedad periodontal).

En realidad todas las bacterias citadas están en todas las placas bacterianas, pero es la cantidad de ellas la que determina que una placa sea ácida o alcalina.
Existe otro tipo de placa que se llama inocua, la cual debido a la poca cantidad de bacterias presentes, no tiene capacidad para producir caries o enfermedad periodontal.

2. CONTROL Y REMOCIÓN DE PLACA BACTERIANA

2.1. DEFINICIÓN

Son las acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral, mediantela identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos por parte del odontólogo o la auxiliar de higiene oral, con las indicaciones respectivas al paciente para mantener la cavidad bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana.

2.2. POBLACIÓN OBJETO

Población mayor de dos años.

2.3. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Esta actividad está compuesta por una serie de acciones que realiza la auxiliar de higiene oral, bajo la supervisión del odontólogo general o por el mismo odontólogo, con una frecuencia de dos veces por año para la población de 2 a 19 años y, una vez por año para la población mayor de 20 años.

En aquellas personas que presentan xerostomía, discapacidad física o mental, falta de habilidad manual, presencia de aditamentos dentales se requiere una mayor concentración acorde con la situación del individuo.

La actividad se realiza siguiendo estos pasos:

l Se inicia con el suministro de una sustancia distribuye por todas las superficies dentales con la lengua y procede a enjuagar la boca con agua. Luego se identifican las superficies teñidas por la sustancia, que corresponden a zonas de acumulo de placa bacteriana y se le muestran al paciente con la ayuda de un espejo de mano.

Finalmente el encargado de realizar la actividad realiza el registro de las superficies teñidas en los formatos correspondientes y calcula el índice de placa de O'Leary, es decir la relación entre el total de superficies teñidas con placa bacteriana sobre el total de superficies dentales presentes (cuatro superficies por cada diente) multiplicado por 100 y expresado en porcentaje.

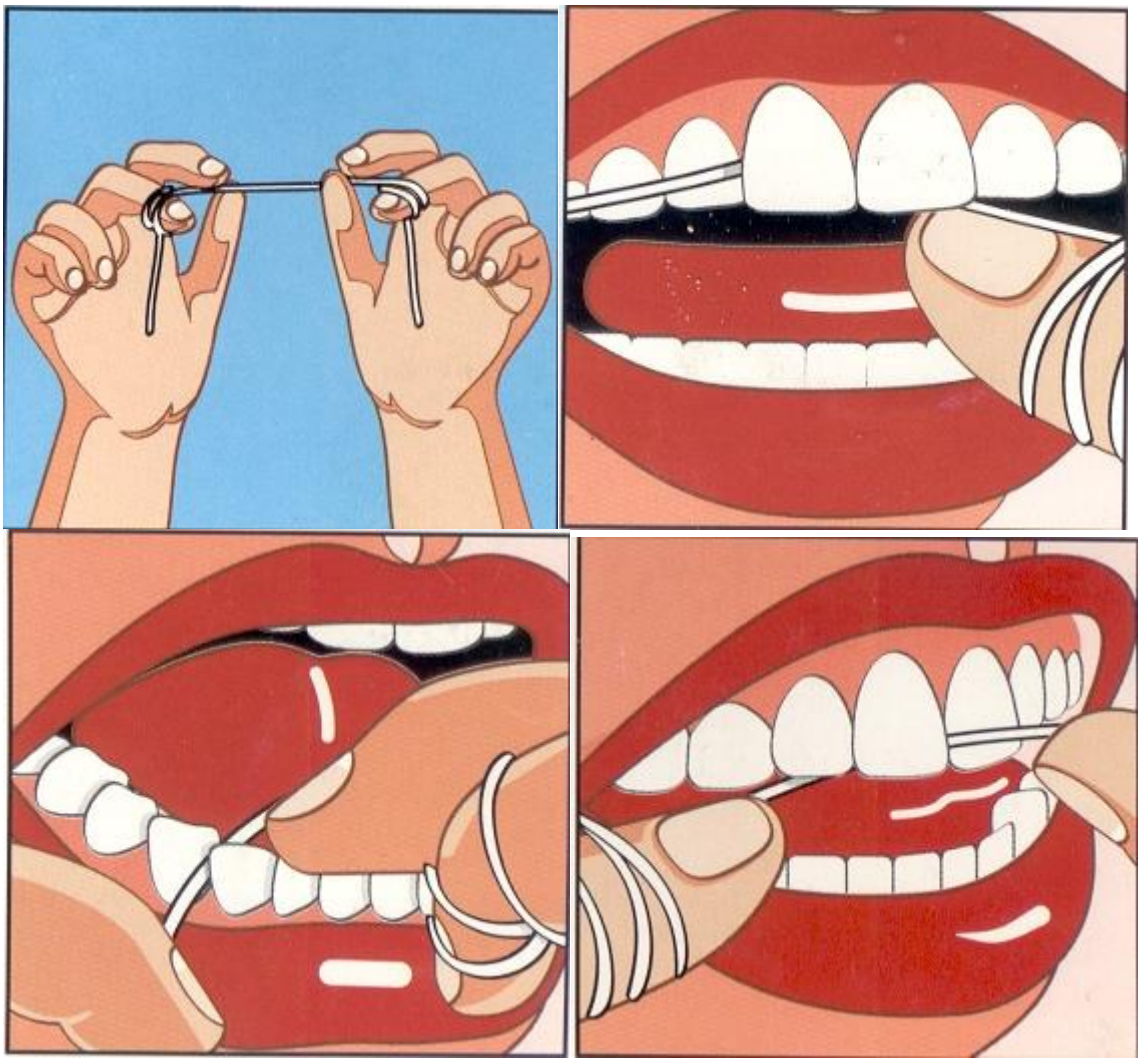
l Se evalúa la forma como el paciente realiza la limpieza oral diaria e indica la técnica adecuada de higiene bucal, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

TECNICA DE CEPILLADO DENTAL



1. Siempre cepillar de las encías hacia los dientes.
2. Colocar el cepillo a un ángulo de 45 grados.
3. Los dientes de arriba cepillar hacia abajo.
4. Los dientes de abajo cepillar hacia arriba.
5. Cepillar de atrás hacia delante.
6. Cepillar de manera circular las muelas.

TÉCNICA DEL USO DEL HILO DENTAL



1. Corte aproximadamente 30 cm de hilo dental y enrolle la mayor parte en uno de los dedos medios.
2. El tamaño del espacio de hilo entre los dedos debe ser de 3 a 5 cm.
3. Enrolle el resto del hilo en el dedo de la mano opuesta.
4. Introduzca el hilo entre los dientes con un movimiento suave.
5. Cuando el hilo dental quede entre los dientes, cúrvelo en forma de C contra uno de los dientes y deslícelo suave en el espacio de la encía y el diente, hasta que sienta resistencia, los movimientos se hacen hacia los bordes de los dientes.
6. Deslice el hilo contra el diente, para eliminar los restos de comida y de placa.
7. Repita la operación en todos y cada uno de los dientes, utilizando una parte del hilo que se encuentre limpio.

RECOMENDACIONES

- Las embarazadas necesitan aplicación de flúor a partir del tercer mes de embarazo y cada dos meses.

- Disminuir los alimentos ricos en azúcar, para evitar la caries.
- Si sus encías están rojas, sangrantes, inflamadas y con mal aliento, acuda con su dentista.
- No fume, ni beba alcohol en exceso, son factores de riesgo para desarrollar cáncer de boca.
- Si le faltan dientes o muelas, es muy importante que sean reemplazados, con prótesis dentales, placas dentales, para mejorar la masticación y el habla, así como una mejor sonrisa.
- Si tiene dentadura postiza o prótesis, lavarlas igual que la dentadura natural después de cada alimento y dejarla en agua por la noches y lavarla por la mañana.
- Acudir al dentista cada seis meses, para revisión, limpieza, aplicación de flúor.

La visita al dentista, no siempre es un gasto en vano, ya que la salud dental, tejidos blandos, control de placa, verificación de prótesis, caries, entre otras, te evitará un gasto mayor a la larga, por la destrucción y avance del problema dental, como un dolor de dientes, ya que la proliferación natural de bacterias en la boca, puede llegar a desencadenar infecciones crónicas en corazón, garganta, digestivas, articulaciones, entre otros órganos vitales del cuerpo, que se vería comprometida la vida misma del paciente.

http://ortodonciaparatodos.mex.tl/183362_Higiene-Dental.html

3. DIETA ALIMENTICIA

Los alimentos que más influyen en la etiología dela caries son los Hidratos de Carbono (H de C) o azúcares que tomamos en las comidas, de los cuales el más cariogénico es la Sacarosa.
Los alimentos azucarados que son ingeridos entre las comidas, son de mayor riesgo cariogénico que los incluidos dentro de las mismas.
De igual manera son más perjudiciales si se toman antes de irse a dormir ya que durante el sueño no actúan los movimientos de barrido de la lengua y el flujo salival es mínimo.

Es importante tener presente, que un incremento en la ingesta de azúcares no solo supone un mayor riesgo de caries, sino que esta va acompañada por la predisposición a desarrollar patologías como diabetes, hipertensión, obesidad, enfermedades cardiovasculares y trastornos hepáticos entre otros.

DIETA EN LACTANTES

La leche materna por sí sola, no resulta cariogénica, sin embargo, en combinación con otros carbohidratos o administrada con alta frecuencia por la noche, se asocia a caries tempranas en el niño, las cuales se desarrollan tan pronto el diente hace erupción. Por tal motivo se hace necesario evitar el uso frecuente del biberón con hidratos de carbono.

ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD ORAL

La atención preventiva en salud bucal es considerada como una actividad de obligatorio cumplimiento, por lo tanto implica la necesidad de establecer normas para el desarrollo de actividades preventivas que permitan limitar el daño, mejorar las condiciones de salud bucodental y mantener los niveles alcanzados en salud; ya que la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal, son patologías bucales prevenibles.

1. OBJETIVO GENERAL

Disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1. CONTROL Y REMOCIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

Revisar la cantidad de placa bacteriana presente en la boca, enseñar la forma de eliminarla diariamente de los dientes y tejidos circundantes de cavidad oral como lengua, paladar, surco y vestibular; entre otros, e indicar al paciente la forma adecuada de realizar el cuidado bucal diario.

2.2 APLICACIÓN DE SELLANTES

Modificar la superficie de diente en áreas que presenten fosas y fisuras a fin de disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal y minimizar el riesgo de iniciación de caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.

2.3 APLICACIÓN DE FLÚOR

Fortalecer la superficie del diente (esmalte), así como reducir la acción de los microorganismos (estreptococo mutans principalmente), la producción de ácidos y la formación de cavidades en el tejido dentario.

2.4 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL

Remover mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente, para evitar daños en los tejidos de soporte.

3. SELLANTES

3.1 DEFINICIÓN
Los sellantes son materiales de resina que forman una capa protectora de unión micromecánica cubriendo la estructura dental previamente tratada con ácido, con el fin de prevenir colonización bacteriana en las superficies retentivas.

3.2 POBLACIÓN OBJETO
Población de 3 a 15 años.

3.3 INDICACIONES- CONTRAINDICACIONES
INDICACIONES
a. Condiciones Clínicas
- Molares permanentes recién erupcionados con surcos y fisuras angostas y profundas.
- Pacientes con alto riesgo de caries.
- Dientes con caries limitada al esmalte.
- Más de un área desmineralizada ICDAS I y II.
- Primeros molares permanentes entre 6-10 años.
- Segundos molares permanentes entre 11-15 años.
- Premolares en dentición de alto riesgo de caries.
- Uso de apararologia de ortodoncia.
- Hipoplasia de esmalte.
- Dientes en infraoclusion e impactados.
- Realizar control periódico de los pacientes.

b. Ambientales

l Suministro de bebidas azucaradas a través del biberón a diferentes horas del día y la noche, sin realizar limpieza en la cavidad oral después de la ingesta.
l Lactancia prolongada e inadecuada.
c. Condiciones Generales de Salud
l Niños con cuidados de salud especial (Discapacidad física y mental).
l Reflujo Gastrointestinal.
l Condiciones que afectan la composición y flujo salival.

CONTRAINDICACIONES
l En molares y premolares con caries clínicamente detectable.
l Dientes con caries interproximales.

PASOS PARA LA APLICACION DE SELLANTES

1.Valorar diente: Que le vamos a valorar

- Surcos y fisuras pronunciados
- Si esta parcial o totalmente erupcionado
- Morfología pronunciada
- Defectos de mineralización en a superficie que vamos a sellar
- Por último que el diente tenga un antagonista

2. Evaluar y hacer un diagnóstico del diente, si presenta caries o lesiones no cariosas o todo lo que lo esté afectando.

3. Realizar profilaxis: remover la placa bacteriana de las superficies de los dientes; esta se debe realizar con h2o más bicarbonato de sodio.

4. Aislamiento relativo del campo operatorio.

5. Realizar desmineralización del esmalte con ácido fosfórico 35% x 15 segundos.

6. Lavar por el doble de tiempo que desmineralizamos, lo cual seria 30 segundos.

7. Airear levemente sin desecar el esmalte.

8. Aplicar el sellante podemos utilizar un explorador o una cucharilla y llevar el sellante por todas las fosas y fisuras.

9. Fotocuramos por 40 segundos.

10. Retirar el aislamiento del campo operatorio.

11. Por ultimo comprobamos la oclusión.



http://sellantesdesurcosfosasyfisuras.blogspot.com/2012/04/pasos-para-la-aplicacion-de-sellantes.html

3.5 EVALUACION PERIÓDICA

El profesional debe controlar al paciente cada seis (6) meses y verificar la adaptacion del sellante.
Si se evidencia alguna irregularidad, se debe sellar nuevamente para evitar superficies retentivas susceptibles de caries.

4. FLÚOR

4.1 DEFINICIÓN

El flúor, es un elemento químico altamente electronegativo, por lo que no se encuentra en estado libre en la naturaleza, en estado puro tiene aspecto de un gas amarillo. Es uno de los elementos más abundantes en la naturaleza, con alta solubilidad en el agua (La forma combinada que más se encuentra en la naturaleza es el fluoruro calcácico o espatoflúor o fluorita; también está presente en el agua del mar, en la atmósfera, en la vegetación, en diferentes alimentos y bebidas). Las principales vías de ingreso del flúor al organismo, son los pulmones y el tracto intestinal (principalmente por la mucosa gástrica y del intestino delgado) para concentrarse en el plasma a partir del cual se distribuye en el organismos.

Cerca del 50% de lo que se absorbe puede ser excretado en la orina durante las siguientes 24 horas y aproximadamente el 99% del flúor remanente, se asocia para aportar a la calcificación de los tejidos.

En la dentición los fluoruros contribuyen a aumentar la resistencia de los tejidos dentales, incrementando el grado de remineralizacion del esmalte y reduciendo la solubilidad del tejido que ha estado expuesto a un medio ácido (producto de la descomposicion del substrato en la placa bacteriana adherida a las superficies dentales), este efecto se logra porque el flúor substituye al ion hidroxilo en la molécula de hidroxiapatita del esmalte

convirtiéndolo en fluorapatita, de esta manera se retiene de mejor forma el calcio y se estabiliza la red de apatita.

Adicional al efecto en el tejido dentario, también se reconoce que tiene un efecto en los tejidos óseos, el problema radica en la cantidad de flúor ingerida, ya que niveles superiores a 0,1 mg F/kg de peso produce intoxicación crónica, la principal manifestación ha sido llamada fluorosis y puede ser dental o esquelética.

4.2 POBLACIÓN OBJETO

Poblacion de 5 a 19 años.

4.3 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DEL FLÚOR

4.3.1 VÍA SISTÉMICA

La vía sistémica se realiza a través de la sal, que se presentan concentraciones naturales.

4.3.2 VÍA TÓPICA

Las formas de presentación más comunes existentes para la aplicación tópica de flúor son:

a. Autoaplicación

Crema Dental (en diferentes aplicaciones)

INDICACIONES:

l Niños de seis meses a tres años de edad, crema dental sin flúor (previa evaluación de riesgo de caries).

l Niños de tres a seis años de edad, concentración de 500ppm de Flúor.

l Niños mayores de seis años, concentración de 1100ppm de Flúor.

b. Enjuagues bucales

Son soluciones que suelen usarse después del cepillado de los dientes para eliminar bacterias y microorganismos patógenos de la cavidad oral. El enjuague bucal fluorado se encuentra en una concentración de NaF al 0.05% (230ppm de Flúor).

INDICACIONES:

l En niños mayores de 6 años, (previa valoración del paciente).

l Se realiza un enjuague con 10 ml. del enjuague, durante 20 sg., una vez al día (sugerido en la noche).

DESVENTAJA:

l Es necesario para el tratamiento, mantener el interés del niño, los padres y los cuidadores.

4.3.3 USO EN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

BARNICES FLUORADOS. FLUORURO DE SODIO AL 5%

El Barniz de Flúor, con concetración de 22600ppm de Flúor es un sistema seguro y eficaz de liberar flúor en el diente y en el control de la progresión de caries, favoreciendo la remineralización de la superficie del diente, no pigmenta los dientes y no irrita la encía.

El riesgo de generar dosis tóxicas es mínimo, la literatura no reporta ningún efecto colateral.

INDICACIONES:

l Flúor terapéutico (en niños menores de 5 años por su baja toxicidad y con actividad cariogénica).
l Lesión ICDAS I y II con una higiene oral adecuada.
l Dientes con anomalía del desarrollo (hipoplasia, amelogénesis).
l Molares permanentes recién erupcionados.
l Prevención de descalcificación alrededor de aparatos ortodonticos.
l Pacientes con hábitos de higiene deficiente.
l Malposición dental.
l Dieta rica en carbohidratos.
l Estadios de sensibilidad dental, que incluyen lesiones cervicales.
l Superficie del esmalte irregular.
l Morfología dentaria retentiva.
l Xerostomía

Pacientes en quimio o radioterapia.
l Pacientes con elevado riesgo de caries.
l Pacientes con discapacidad física y/o mental.
l Pacientes geriátricos e infantes por rápida y fácil.

TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN:

l Profilaxis con pasta profiláctica o agua oxigenada.
l Aislamiento con rollos de algodón en los cuadrantes a tratar.
l Secado con jeringa triple.
l Aplicar con pincel una pequeña cantidad de Flúor (0,3-1,5 ml) sobre los dientes a tratar.
l Reaplicación a los seis meses.
l Indicaciones al paciente:
4 El paciente NO debe consumir alimentos líquidos o sólidos antes de cuatro 4 horas, posterior a la aplicación, por lo que se recomienda no aplicarlo en ayunas.
4 NO se debe realizar cepillado dental hasta el día siguiente de la aplicación.



GELES FLUORADOS. FLÚOR FOSFATO ACIDULADO AL 1.23%

El gel fluorado es un vehículo de gel tixotrópico, el cual tiene la habilidad de fluir bajo presión y de penetrar en los dientes.

INDICACIONES:

- Toda la población entre 5 y 19 años.
- Lesiones ICDAS I y II.
- Dientes hipoplásicos.
- Dientes en erupción.
- Pacientes con habitos de higiene deficiente.
- Mal posición dental.
- Dieta rica en carbohidratos.
- Aparatologia de ortodoncia.
- Estadios de sensibilidad dentaria.
- Superficie de esmalte irregular.

- Morfología dentaria retentiva.

- Xerostomía.
- Pacientes con discapacidad fisica y/o mental.

TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN:

- Profilaxis con pasta profilactica o agua oxigenada.
- El paciente debe estar sentado en la silla odontologica en posicion recta con la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante, con el fin de disminuir el riesgo de ingesta de flúor.
- Elija el tamaño adecuado de la cubeta para flúor desechable y llénela con la cantidad máxima de 2ml. o 25% de su capacidad con fluoruro.
- Seque los dientes con la jeringa triple, para obtener un campo seco que permita mayor absorción del fluoruro.

l Lleve la cubeta a posición en boca por 4 minutos, presionándola contra los dientes para asegurar el cubrimiento de los espacios interproximales y solicite al paciente que cierre la boca para ayudar a llevar el flúor alrededor de todas las superficies dentales. Aplique succión durante todo el tiempo de la aplicación, ya que remover el exceso de saliva se evita que se diluya.

l Indique al paciente que incline la cabeza hacia abajo, para retirar la cubeta y succione por 30 sg más y luego que el paciente proceda a escupir.
l Mantenga supervision continua, con el fin de prevenir ingesta del fluoruro.
l Indicar al paciente que no debe tomar ningún tipo de bebida o alimento hasta después de 30 minutos, no debe enjuagarse la boca una vez aplicado el flúor y no debe consumir alimentos pegajosos durante las doce horas después de la aplicación.

EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS O MAYORES QUE NO CONTROLAN EL REFLEJO DE LA DEGLUCIÓN ESTÁ TOTALMENTE CONTRAINDICADA LA APLICACIÓN DE GEL DE FLÚOR, POR LO CUAL SE DEBE SUSTITUIR POR BARNIZ DE FLÚOR.

4.5. TOXICIDAD DEL FLÚOR
A grandes dosis únicas, producen efectos graves y/o letales y, a dosis elevadas durante largo tiempo,
producen efectos dañinos sobre el esmalte y el hueso.

4.5.1. TOXICIDAD AGUDA
Se presenta en ingerir dosis de flúor, que se denomina dosis ciertamente letal (DCL) como aquellas capaces de producir la muerte de cualquier persona y que corresponden a valores de flúor entre 32 y 64 mg. por kg. de peso.

SIGNOS Y SÍNTOMAS
l Náuseas, malestar epigástrico.
l Vómito.
l Salivación excesiva(sialorrea).
l Lagrimeo.
l Diarrea.

4.5.2. TOXICIDAD CRÓNICA
Se refiere a la acumulación de fluoruros en los órganos y tejidos de nuestro organismo debido a la exposición prolongada de fluoruro en el tiempo. Es mucho más frecuente que la anterior. Ante una sobreexposición con fluoruro se produce fluorosis dental seguida de fluorosis esquelética.

FLUOROSIS DENTAL
Entendida como una hipomineralización del esmalte producida como una respuesta a la ingesta excesiva del flúor por un periodo prolongado de tiempo, durante la formación del

esmalte específicamente en los primeros 5 años de vida, en la etapa de amelogénesis y en las etapas de maduración de la matriz orgánica del esmalte (Fejerskov y cols. 1996).

FLUOROSIS ESQUELÉTICA

La intoxicación crónica, hace referencia al efecto crónico de una excesiva ingesta de flúor en altas cantidades a través del tiempo; la principal manifestación ha sido llamada Fluorosis y puede ser esquelética o dental.

Para que una persona desarrolle fluorosis esquelética se requiere del consumo de 10 a 25 mg. de flúor por día en periodos de 10 a 20 días o de 20 a 80 mg. por día durante el mismo periodo para llegar a fluorosis esquelética invalidante. Los efectos esqueléticos descritos incluyen la presencia de agrandamientos de las trabeculas de la columna, osteoesclerosis en la pelvis y en la columna vertebral, osteomalacia, osteoporosis y formación de exostosis de grados variables e hipoparatiroidismo secundario, junto con la excreción de flúor en la sangre y orina

5. DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL

5.1. DEFINICIÓN

Procedimiento clínico realizado para remover y eliminar en forma mecánica la placa bacteriana y los cálculos de la porción coronal del diente para evitar los daños en los tejidos de soporte y así disminuir la presencia de gingivitis y periodontitis.

5.2 POBLACIÓN OBJETO

Población mayor de 12 años.

5.3 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El detartraje supragingival debe ser realizado por personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) una vez cada 6 - 12 meses, a juicio del operador con la infraestructura adecuada, ya que se remueven cálculos supragingivales de todas las superficies dentales con instrumentos mecánicos (curetas) y se elimina placa blanda con una profilaxis.

El primer paso de esta actividad es la realización de una evaluación de los sitios donde se encuentran depósitos de placa bacteriana y cálculos supragingivales, los cuales se encuentran con mayor frecuencia en las zonas mandibulares linguales y maxilares vestibulares donde se encuentra mayor flujo salivar.

Se procede a realizar la remoción de cálculos y manchas ubicados en la porción coronal de los dientes con curetas especializadas, posteriormente con una copa de caucho rotatoria y la aplicación de la pasta profiláctica se limpian las superficies del diente. Después de un proceso profesional cuidadoso de limpieza los dientes son rediagnosticados para asegurar que todas las superficies dentales estén libres de placa y cálculos.

Para aquellos pacientes con presencia de cálculos subgingivales o de gran extensión, con o sin movilidad del diente y/o pérdida de la inserción, se realiza una evaluación minuciosa que permita establecer la necesidad de atención de mayor complejidad.



MORBILIDAD EN SALUD ORAL

1. LA CARIES DENTAL

1.1. DEFINICIÓN

La caries dental se considera como una enfermedad en los tejidos dentales duros, se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una desmineralización de la superficie del diente causada por bacteriasque se adhieren a la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.



Use un explorador de punta redonda (sonda periodontal de la OMS 11.5) para evitar daño de la estructura dental; páselo gentilmente a través de la superficie dental sólo para ayudarse en la apreciación visual/táctil de cualquier cambio en contorno o cavitación.

CARIES CORONAL PRIMARIA

Detecte si hay lesión/es de caries coronal primaria, en cuyo caso determine su severidad de acuerdo con los criterios ICDAS modificado



Una vez valorada la severidad de la/s lesión/es de caries coronal primaria, valore el estado de progresiónde la/s lesión de acuerdo con Prosiga a consignar los hallazgos en el espacio correspondiente de la historia clínica escribiendo para cada caso el diente, la superficie, la lesión y su estado de progresión (activa “A” o detenida “D”).

CARIES SECUNDARIA

Detecte si hay lesiones de caries secundaria, refiriéndose a aquellas lesiones de caries asociadas a una restauración. Determine su severidad y estado de progresión, consigne los hallazgos en la historia clínica escribiendo para cada caso el diente, la superficie, la lesión y su estado de progresión (activa“A” o detenida “D”).

- La diferencia entre caries residual y caries secundaria, radica en que la primera, se trata de tejido cariado que no fue eliminado antes de la colocación de la restauración.
- Clínicamente, es imposible distinguir entre caries secundaria y caries residual, inclusive entre caries secundaria activa y caries residual inactiva o detenida.





CARIES RADICULAR

Detecte si hay lesiones de caries radicular refiriéndose a aquellas lesiones de caries en la raíz en condiciones
de exposición radicular por retracción gingival o por bolsa periodontal. Determine su severidad,
consignando si las lesiones se consideran activas “A” o detenidas “D”.(CR-C)



DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

El diagnóstico integral del estado de la dentición del paciente incluye examen visual y radiográfico de la dentición y valoración del riesgo individual; se debe iniciar el examen con diagnóstico radiográfico a través de radiografías coronales (dos), tienen gran utilidad en el examen de la dentición, además de permitir el diagnóstico en las superficies interproximales de dientes posteriores (de alta dificultad al examen visual), aumentan la posibilidad de detectar lesiones de caries oclusal en dentina, ayudan a determinar la profundidad y estado de las restauraciones y, sirven para determinar la profundidad de las lesiones y así ayudar a tomar decisiones de tratamiento preventivo u operatorio; además, pueden dar una alerta de otra situación presente que requiera un examen más profundo.

Para la 1ra. cita, el paciente debe llegar con radiografías coronales, previamente tomadas. En los controles siguientes ordénelas de acuerdo con la edad y el riesgo de caries interproximal.
Cuando la radiografía de aleta de mordida está disponible, debe ser examinada cuidadosamente en busca de caries oclusal en dentina.
Las radiografías coronales adicionan información diagnóstica sobre la profundidad
de las lesiones, principalmente a nivel interproximal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL / OTRAS PATOLOGÍAS
Evalúe si hay lesiones diferentes a caries: defectos del desarrollo del esmalte, lesiones no cariosas y fracturas dentales; registrar según convenciones.

EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA CARIES DENTAL

El desarrollo de la caries dental necesita de la presencia de placa bacteriana, con ella interactúan una serie de factores que pueden favorecer o no la aparición y/o progresión de las lesiones.
La caries dental es una enfermedad universal, varía de acuerdo al comportamiento de los diferentes factores ofreciendo diferentes formas de presentación y progresión; de ahí la importancia de analizar los factores de riesgo en cada individuo/comunidad antes de tomar la decisión del tratamiento o intervención a seguir.
De los factores relacionados con la ocurrencia de caries, pero que no participan directamente en el desarrollo de la lesión, como los factores socio-económicos, se analiza la historia a la consulta odontológica (cita odontológica en el último año y motivo de última consulta), para valorar si tiene una actitud preventiva frente a su salud oral.
Los factores socio-económicos contribuyen indirectamente a cambios en los factores directos, como pobre higiene oral y dieta.

MANEJO DE LA CARIES DENTAL

Este diagnóstico debe ponerse dentro del contexto de un completo examen clínico y radiográfico de todas las superficies de todos los dientes. El odontólogo puede entonces definir la actividad actual de caries del paciente y planear apropiado tratamiento preventivo, no-operatorio, incluyendo instrucción en higiene oral con una crema dental fluorada, análisis y consejería de la dieta y más suplementos en flúor, de ser apropiados.

Los dientes sanos y las lesiones de mancha café detenidas no requieren tratamiento. Las lesiones activas donde la superficie dental está intacta pueden ser manejadas a través de control de placa solamente.

La placa que está causando la desmineralización está en la superficie dental y es accesible al cepillo dental. Se ha mostrado que estas lesiones pueden ser controladas a través de intensa educación al paciente y limpieza dental profesional. Por lo tanto la caries podría ser controlada a través de remoción de placa dos veces al día con una crema dental fluorada.

En cuanto a los dientes en erupción, como se encuentran por debajo del nivel de los otros dientes en el arco, el cepillo dental no alcanza la superficie oclusal a menos que se lleve específicamente sobre esa superficie con la cabeza del cepillo perpendicular a los otros dientes.
La última posibilidad es indicar un sellante.
Si se va a prevenir la caries, también se requiere buen control de la placa una vez el diente ha erupcionado, pero otra vez esto debe ser monitoreado.

La aplicación tópica de flúor en barniz o solución es un tratamiento importante cuando el control de la placa es adecuado, pero sólo debe utilizarse si hay caries activa. La aplicación va a demorar la progresión de la lesión en este período crítico.

Se indica algún tipo de tratamiento operatorio una vez la superficie oclusal está cavitada. Estas lesiones son activas porque ahora el paciente no puede remover la causa de caries (la placa) con un cepillo dental.

El manejo aceptado para la microcavidad cuya radiolucidez está en esmalte es un sellante, pero debe tenerse en mente la posibilidad de solamente sellar la microcavidad.
La lesión cavitada, donde la dentina está expuesta, requiere intervención operatoria, de tal forma que el paciente pueda acceder a la higiene. En las cavidades profundas donde el odontólogo teme una exposición, se habla mucho de acceder a la dentina cariada, la que va a estar muy infectada, blanda y húmeda y, colocar una restauración temporal, quizá una resina compuesta o un cemento de ionómero de vidrio.

Esto permite que el complejo dentino-pulpar monte las reacciones de defensa de esclerosis tubular y dentina reparativa y así se protege de una exposición innecesaria. Antes de este tratamiento, el odontólogo debe chequear que estos dientes estén vitales y sin síntomas de pulpitis irreversible.

1.6. ÍNDICES DE MEDICIÓN
La medición del índice de caries dental, permitirá determinar el potencial cariogénico del medio bucal.
En dientes permanentes se recomienda utilizar el índice COP-D y en dientes temporales el índice ceo-d.

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL
DEFINICIÓN
La enfermedad periodontal es una enfermedad de naturaleza inflamatoria y bacteriana, que afecta los tejidos que rodean y sujetan los dientes. Los dos tipos más comunes de enfermedad periodontal son la gingivitis y la periodontitis.



PERIODONTITIS

La gingivitis es la forma menos severa de la enfermedad periodontal, provoca enrojecimiento, inflamación y sangrado. Combatir la enfermedad en esta fase es posible con unos buenos hábitos de higiene, limpiezas y visitas periódicas al odontólogo.



GINGIVITIS

La periodontitis en cambio, es una condición inflamatoria progresiva que destruye las fibras de los ligamentosperiodontales y el hueso alveolar y puede, eventualmente ocasionar la pérdida de los dientes.

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

PERIODONTALES

La Asociación Dental Americana (ADA) y la Academia Americana de Periodontología (AAP) ha desarrollado sistemas para realizar la clasificación de las enfermedades periodontales. Cada paciente debe ser identificado y categorizado en una clasificación periodontal, ya sea de la ADA o la AAP.

CLASIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DENTAL AMERICANA
Este sistema se basa en la severidad de la pérdida de inserción. El odontólogo utiliza la informacióncl ínica y radiográfica obtenida y clasifica al paciente dentro de cuatro Casos Tipos:
Caso Tipo I : Gingivitis
Caso Tipo II : Periodontitis Leve
Caso III : Periodontitis Moderada
Caso IV : Periodontitis Avanzada

Gingivitis
Hallazgos clínicos caso tipo I:
l No hay pérdida de inserción.
l Puede haber o no sangrado presente.
l Puede haber presencia de pseudobolsas.
l El proceso inflamatorio afecta solo los tejidos gingivales.
l No hay evidencia radiográfica de pérdida ósea.
l Presencia de la lámina dura de la cresta alveolar.

l El nivel de hueso alveolar está a 1-2 mm. de la unión amelo cementaria.

Periodontitis Leve
Hallazgos clínicos caso tipo II:

l Sangrado al sondaje puede estar presente en la fase activa.
l Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 3 a 4 mm.
l Áreas localizadas de recesión.
l Posibles áreas de lesión de furca tipo I.
l Pérdida ósea horizontal.
l Pérdida ligera de cresta ósea.
l El nivel de hueso alveolar está a 3-4 mm de la unión amelo cementaria.

Periodontitis Moderada
Hallazgos clínicos caso tipo III:

l Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 4 a 6 mm.
l Sangrado al sondaje.
l Áreas de lesión de furca grado I y II.
l Movilidad dental clase I.
l Pérdida ósea horizontal o vertical.
l Nivel de hueso alveolar está a 4-6 mm. del área de la unión amelo cementaria.
l Lesión de furca grado I y II
l Relación corona raíz es de 1:1

Periodontitis Avanzada
Hallazgos clínicos caso tipo IV:

l Sangrado al sondaje.
l Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de más de 6 mm.
l Lesión de furca grado II y III.
l Movilidad dental clase II o III.
l Pérdida ósea horizontal y vertical.
l Nivel de hueso alveolar está a 6 mm. o más del área de la unión amelo cementaria.
l Furcas de evidencia radiográfica.
l Relación corona raíz es de 2:1

CLASIFICACIÓN DE LA ACADEMIA AMERICANA
DE PERIODONTOLOGÍA

Este sistema fue establecido para identificar diversos tipos de enfermedad periodontales tomando en consideración factores como la edad de instalación, la apariencia clínica, la tasa de progresión de la enfermedad, flora microbiana patógena e influencias sistémicas. Las dos principales categorías son la Gingivitis y la Periodontitis.
Con cada categoría se identifican tipos específicos de enfermedad.

Gingivitis:
a. Gingivitis asociada a placa:
l Gingivitis Crónica.
l Gingivitis Ulcero Necrotizante Aguda.
l Gingivitis asociada a condiciones sistémicas o medicamentos.
b. Manifestaciones Gingivales de Enfermedades Sistémicas y Lesiones Mucocutáneas:
l Bacteriano, viral o fúngico.
l Discrasias sanguíneas.
l Enfermedades Mucocutáneas.

Periodontitis:
a. Periodontitis del Adulto asociada a placa.
b. Periodontitis de inicio temprana.
l Prepuberal.
l Periodontitis Juvenil.
l Rápidamente Progresiva.
c. Periodontitis Asociada a enfermedades Sistémicas.
d. Periodontitis Ulcerativa Necrotizante.
e. Periodontitis Refractaria.
f. Peri implantes.

FACTORES SISTÉMICOS O GENERALES
DESENCADENANTES
Además de los factores locales relacionados directamente con la placa dento-bacteriana (mal posiciones dentarias, cálculos, restauraciones desbordantes, etc.), existen diversas situaciones generales que inciden en el desarrollo o la gravedad de la patología periodontal:
l Edad (periodontitis).
l Tabaquismo (periodontitis).
l Estado inmunitario (Inmunodeficiencia, inmunodepresión).
l Diabetes Mellitus.
l Discrasias sanguíneas (linfomas, leucemias linfocíticas).
l Embarazo (hipertrofia gingival).
l Fármacos: Hidantoína, nifedipina (y similares) y verapamilo, ciclosporina A (hiperplasia gingival).
l Déficit nutritivos (vitamina C y otros antioxidantes).
l Osteoporosis (periodontitis).

EDAD Y PERIODONTITIS

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la Enfermedad Periodontal (EP) es más frecuente a partir de los 35 años de edad. Aumenta significativamente su frecuencia entre los 50 y 60 años de edad, y se presenta raras veces en pacientes menores de 25 años de edad.

TABACO Y PERIODONTITIS

Actualmente, junto a la higiene oral, el tabaquismo es probablemente el factor de riesgo modificable que más influye en la EP.
El humo del tabaco provoca:
- Vasoconstricción periodontal.
- Aumenta la concentración de radicales libres oxidantes, como grupos OH, que son lesivos para las células periodontales.
- Induce la producción de mediadores inflamatorios monocíticos con carácter osteoclástico.

DIABETES MELLITUS Y PERIODONTITIS

La Diabetes tiene diversos efectos en los tejidos bucales, frecuentemente asociados al control glucémico deficiente y respuesta inmunológica deprimida, que incrementan la susceptibilidad a infecciones bacterianas, incluyendo periodontitis, infecciones micóticas, úlceras, caries dental y xerostomía.

A nivel bucal los pacientes diabéticos presentan: bolsas periodontales, movilidad dentaria, destrucción de tejidos blandos, resorción del hueso de soporte dental, y pérdida dental, si su control no es oportuno.

EMBARAZO Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

En el embarazo existe una mayor predisposición a la aparición de gingivitis y al agravamiento de la periodontitis.
El estado progestágeno mantenido favorece el impacto de la progesterona sobre los tejidos periodontales:
- Afecta negativamente la actividad colágena.
- Es una hormona inmunodepresora.
- Puede ser transformada en vitamina K por Prevotella intermedia, nutriente que incide en su mayor proliferación en la placa bacteriana. Esta bacteria, junto con fusobacterium y treponema SPP, se correlaciona positivamente con la ocurrencia de inflamación gingival.

El embarazo genera un terreno gingival más susceptible al desarrollo de procesos inflamatorios dependientes de factores locales (placa bacteriana, impactación alimentaria).

VIH Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

Los pacientes infectados por el VIH, clínicamente presentan:

l Eritema gingival lineal.
l GUN (Gingivitis ulcerosa y necrótica aguda).
l PUN (Periodontitis ulcerosa y necrótica aguda).
l Sarcoma de Kaposi, entre otros.
. FACTOR GENÉTICO
Aunque se concibe la periodontitis como una patología de origen infeccioso, se observa en muchos casos alteraciones genéticas asociadas a la EP:
l Ciertos síndromes genéticos se asocian a una mayor incidencia de periodontitis, como el síndromede Down.
l La detección de ciertos genotipos, como por ejemplo la regulación génica de la síntesis de IL-1, se han propuesto como predictores positivos de EP.

SIGNOS CLÍNICOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL
l Halitosis permanente.
l Encías rojas, inflamadas o sangrantes.
Retracción gingival.
l Dolor a la masticacion.
l Movilidad dental.
l Sensibilidad al frío.
l Espacios interdentales.
l Sangrado durante el cepillado y/o uso de hilo dental.
l Prótesis desadaptadas.
l Maloclusión dentaria.

LA MALOCLUSIÓN DENTAL
DEFINICIÓN

La maloclusión dental es un tipo de disfunción en la que hay un cambio en el contacto oclusal de los dientes, donde la relación de los dientes entre sí y con sus antagonistas muestran una alteración estética y funcional.

ETIOLOGÍA DE LA MALPOSICIÓN DENTARIA

l Herencia.
l Defectos de desarrollo de origen desconocido.
l Trauma Dental.
Trauma prenatal y daños de nacimiento. Trauma posnatal
Agentes Físicos.
Extracción prematura de dientes primarios.
Naturaleza del alimento.
l Hábitos Orales.

La succión digital o de chupo: la succión digital o de chupo, es un hábito deformante frecuente, que generalmente se inicia en edades muy tempranas y continúa hasta los tres (3) o cuatro(4) años de edad.

La mordida abierta anterior es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes del succionador del pulgar, la protracción de los dientes anterosuperiores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba contra el paladar.

La retracción postural mandibular puede desarrollarse si el peso de la mano fuerza continuamente la mandíbula, asumiendo una posición retruida. Los incisivos inferiores pueden estar inclinados hacia lingual.

La succión labial: se encuentra con mayor frecuencia en los niños, ocasiona retroinclinación de los incisivos anteroinferiores y protrusión de los superiores.

El bruxismo: se considera un hábito no funcional, voluntario o involuntario que se realiza diurno o nocturno con manifestaciones de rechinamiento o apretamiento ocasional o habitual de los dientes, ambas manifestaciones actúan en dos estados de conciencia diferentes.

Factores etiológicos: tensión emocional, tensión muscular excesiva, herencia, rinitis, asma, y trastornos del sistema nervioso (autismo).

Manifestaciones Orales: atrición, lesión periodontal, alteración de la mordida, disminución de la dimensión vertical, limitación de la apertura oral, molestia de la ATM, contracción espontánea de músculos faciales.

La Onicofagia: es el hábito de morderse o comerse las uñas con los dientes. Se puede observar en la infancia,la adolescencia y la edad adulta. La onicofagia afecta las uñas, los dedos y los dientes y esto dependerá de la frecuencia con la que se realice este hábito.

Manifestaciones Orales: maloclusiones localizadas, abrasión, erosión o astillamiento y mal posición dentaria.

La Respiración Oral: la respiración oral es un hábito que modifica el equilibrio funcional en las estructuras de la base (adenoides, amígdalas, rinitis alérgica, hipertrofia de cornetes, etc,).

Manifestaciones Orales: falta de desarrollo maxilar, paladar profundo, mordida cruzada posterior uni o bilateral, incisivos superiores protruidos y/o apiñados, tendencia a mordidas abiertas, deglución atípica, encías hipertróficas con sangrado por falta de hidratación de la saliva.

La deglución atípica: es consecuencia del hábito de succión digital, se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, dando como resultado la protrusión de ambos incisivos y la mordida abierta. Dentro de los diferentes tipos de maloclusión es el más recuperable.

- Enfermedad

Enfermedades Sistémicas.
Trastornos endocrinos.
Enfermedades locales:
Enfermedades Nasofaríngeas y función respiratoria perturbada.
Enfermedades gingivales y periodontales.
Tumores.
Caries por pérdida temprana de dientes primarios y permanentes y trastornos en la secuencia
de erupción de los dientes permanentes.

- Malnutrición

COMPROMISO SISTÉMICO
Y SALUD ORAL

La Organización Panamericana de la Salud reconoce en su "Plan regional para la salud oral en los próximos 10 años" la conexión e importancia que existe entre la salud bucal y la salud del cuerpo:

"Contundentes evidencias científicas sugieren la interrelación existente entre la salud bucal y la salud general.

Existen factores de riesgo comunes entre enfermedades bucales y crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y eventos cerebro vasculares, entre otros".

Indudablemente los problemas en la salud oral influyen en la condición general de la persona.

El diagnóstico clínico de la enfermedad oral puede dar idea de la causa y el pronóstico, sin embargo no refleja directamente el nivel de alteración en el individuo.

Es importante tener en cuenta que para realizar cualquier procedimiento clínico, se requiere de la autorización del médico.

1. PACIENTES DIABÉTICOS

La diabetes es una enfermedad metabólica caracterizada por una anormalidad en el metabolismo de la glucosa, producida por deficiencia de insulina, menor utilización de ella o por problemas en su metabolismo, produciendo cifras de glucosa elevada en sangre y orina.

Frecuentemente está acompañada por una anormalidad vascular con engrosamiento de las membranas basales de los capilares (microangiopatia), polidipsia, poliuria, polifagia, predisposición a las infecciones y retraso en la cicatrización de heridas.

Los pacientes diabéticos controlados son considerados como cualquier otro paciente, ya que no presentan ninguna patología adicional. Aquellos no controlados tienen tendencia al resecamiento y agrieta-

mente xerostomía (con alto riesgo de caries). El tratamiento dental comúnmente involucra asegurar un
buen cuidado oral (el cual implica apoyo de alguien que acompañe). Las citas deben ser cortas y la
sedación debe ser oral o intravenosa como requisito.

l Pacientes con adicción a sustancias

La población adicta a sustancias frecuentemente
tiene una higiene oral deficiente (enfermedad periodontal,
bruxismo y cáncer oral).
El abuso de sustancias puede afectar la prestación
del servicio odontológico, si se tiene en
cuenta que los drogadictos están en alto riesgo de contraer VIH y virus de hepatitis B; el personal clínico debe reconocer las características clínicas de los pacientes con SIDA; y tomar precauciones de bioseguridad.

5. PACIENTES CON DESÓRDENES DE COAGULACIÓN

El sangrado es uno de los problemas más importantes que el odontólogo tiene que enfrentar, pues debe estar preparado no solo para detenerlo sino también para tomar las decisiones correctas para el control y tratamiento del enfermo. El problema para el odontólogo es la hemorragia posterior a una lesión, la cual bajo circunstancias normales, no produciría un sangrado anormal.

Este es el caso que se observa más comúnmente después de la extracción de un diente, durante o después de la profilaxis o de una gingivectomía, o aun durante el cepillado, o bien puede aparecer sin tener relación aparente de trauma intraoral.

Si se le va a realizar profilaxis al paciente, el paciente se debe tratar como sano. Pero si es necesario realizarle al paciente raspaje en caso de enfermedad periodontal avanzada, la remoción del cálculo debe realizarse con aparato ultrasónico ya que las curetas pueden desgarrar la encía, agravando la hemorragia.

Se debe indicar una buena higiene bucal que incluya el uso correcto del cepillo dental, ya que esta es la mejor manera de controlar la placa bacteriana y evitar la formación de cálculo, capaz de provocar episodios hemorrágicos.
Está contraindicado el uso de aspirina y AINES para el alivio del dolor a excepción del acetaminofén porque éste no inhibe la agregación plaquetaria.

6. PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

l Cardiopatía isquémica
En la mayoría de pacientes con cardiopatía isquémica la consulta odontológica debe llevarse a cabo en sesiones cortas y bajo anestesia local, la posición más cómoda para el paciente es semisupina.
Los procedimientos quirúrgicos más complejos deben realizarse en el hospital con supervisión cardíaca. El tratamiento para pacientes que recientemente han tenido un infarto de miocardio debe diferirse al menos tres meses y algunos recomiendan un aplazamiento hasta de 12 meses.

l Marcapasos cardíacos Los principales peligros del equipo odontológico para pacientes con marcapasos provienen de los usados en electrocirugía y de los térmicos, pero éstos no se usan con frecuencia; el riesgo de otros equipos, como los aparatos de ultrasonido para eliminar el cálculo dental.

l Valvulopatías e Insuficiencia Cardiaca El problema del daño de las válvulas cardíacas como secuela de fiebre reumática ha disminuido, probablemente por la ayuda de antibióticos en el tratamiento de las infecciones (especialmente faringitis) que ocasionaban estos daños. Generalmente hoy en día el compromiso de las válvulas
se debe a enfermedades degenerativas, isquemia, calcificación u otras causas funcionales.

Es importante en pacientes con daño en las válvulas del corazón al recibir atención odontológica, tener
en cuenta los posibles riesgos que se pueden presentar:
l Riesgo de endocarditis infecciosa.
l Riesgo de hemorragia por estar recibiendo anticoagulantes.
l Riesgo de exacerbar falla cardiaca coexistente.
En caso de realizar algún procedimiento invasivo que implique posible bacteriemia, debe realizarse
profilaxis antibiótica. Además debe realizarse enjuagatorio con solución de Clorhexidina para reducir
la bacteriemia antes y después de la atención dental, también a pacientes con endocarditis, prótesis
valvulares y otras patologías valvulares, debe recomendarse una excelente higiene oral.
La Enfermedad periodontal es capaz de predisponer a las personas a la Enfermedad Cardiovascular,
dada la abundancia de bacterias gram-negativas y sus metabolitos, y las reacciones inmunes contra
ellas. Hay evidencia de que la presencia de Streptococcus sanguis, A. Actinomycetecomitans y Porphyromonas
Gingivalis inducen la agregación plaquetaria, contribuyendo a la formación del trombo y la subsiguiente isquemia miocardial.

7. PACIENTES CON FIEBRE REUMÁTICA

La fiebre reumática es una reacción inflamatoria a una infección que puede provocar daños importantes en diversos tejidos del cuerpo, como las articulaciones, el corazón, la piel o incluso el cerebro.

Incluso, algunos procedimientos odontológicos, como la extracción de piezas, cirugía periodontal y hasta el lavado de dientes en pacientes con enfermedad gingival, adquieren gran relevancia debido a que inducen bacteremias por Streptococcus y en menor grado por Staphylococcus que pueden ser la génesis de una endocarditis. Estos pacientes deben ser atendidos con un estricto control médico y bajo profilaxis antibiótica para cualquier procedimiento en boca.

8. PACIENTES HIPERTENSOS

La Hipertensión Arterial es la elevación anormal y sostenida de la presión arterial sistémica que si no es tratada se asocia con un significativo aumento de la morbilidad y mortalidad, siendo uno de los factores de riesgo de mayor importancia para la enfermedad coronaria y de mayor relevancia para la enfermedad cerebrovascular.
Puede ser una condición asintomática por largos periodos pero finalmente
lleva a un daño en órganos que incluyen riñón, corazón, cerebro y ojos.

Un paciente hipertenso bien controlado no supone riesgo en la clínica, aunque, debido a las situaciones de estrés que se pueden presentar en la misma, hay que tener presentes las siguientes consideraciones de estos pacientes durante el manejo clínico odontológico:

- Conocer si existen antecedentes personales de hipertensión.
- Realizar una interconsulta para conocer el control de la hipertensión y saber qué medicamentos toma en ese momento.
- Determinar la tensión arterial antes del tratamiento dental.
- En caso necesario, prescribir ansiolíticos antes del tratamiento dental.
- Realizar una buena técnica anestésica local:

a. Emplear cartuchos de anestésico con vasoconstrictor (máximo dos).
b. Evitar la inyección intravascular.
c. Si es necesaria más anestesia, usarla pero sin vasoconstrictor.
d. Durante el tratamiento evitar los cambios bruscos de posición.

HIGIENE ORAL EN PACIENTES CON COMPROMISO
SISTÉMICO

Cepillado de dientes:

- Cepillar dos a tres veces por día con el método Bass para limpieza del surco gingival.
- Enjuagar frecuentemente.

Dentífrico:

- Se recomienda utilizar flúor.
- Usar solución salina al 0,9% o agua si el dentífrico produce irritación.

Limpieza con hilo dental:

- Una vez por día.
- Técnica no traumática con modificaciones según fuera necesario.

Enjuagues suaves:
l Solución salina al 0,9%.
l Solución de bicarbonato de sodio.
l Solución salina al 0,9% más bicarbonato de sodio.
l Emplear de 8 a 12 oz de enjuague, mantener en la boca y expectorar; repetir cada 2 a 4 horas o
según fuera necesario para el dolor.
Fluoruro en consultorio:
l Gel con fluoruro de sodio neutral al 1,1%.
l Gel de fluoruro de estaño al 0,4%.
l Cepillar con gel durante 2 a 3 minutos.
Enjuagues antimicrobianos tópicos:
l Enjuague oral de Clorhexidina al 0,12% a 0,2%.
l Repetir dos a cuatro veces por día según la gravedad de la periodontopatía.
l Las lesiones bucales suelen ser frecuentes en pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia, la boca es vulnerable a estos tratamientos debido a que interrumpen la proliferación de células de rápida reproducción, como las células cancerígenas.
l La quimioterapia y la radioterapia producen cambios en el recubrimiento de la boca, la producción de saliva y alteran el equilibrio saludable de las bacterias.
Estas modificaciones dan lugar a llagas, infecciones bucales y caries dentales.



El Coronavirus

- Es un virus que causa enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades respiratorias más graves, circulan entre humanos y animales. A veces, los coronavirus que infectan a los animales pueden evolucionar y transmitirse a las personas.

¿Cómo se transmite?

- La infección se transmite cuando una persona enferma tose o estornuda y expulsa partículas del virus, que entran en contacto con otras personas a su alrededor.

¿Cómo prevenirlo ?

- Las recomendaciones son casi las mismas que deben tenerse para evitar un contagio de gripe común:



Evita viajar a zonas con el brote activo



Evita el contacto con personas que han sido diagnosticadas con el virus



Al estornudar, cúbrete con el brazo, no con la mano



Si tienes síntomas de resfriado, usa tapabocas



Lávate las manos con frecuencia



Mantén limpias las superficies



Toma mucho liquido



Evita el contacto con animales de granja, salvajes vivos o muertos



Mantén los espacios ventilados

La salud es de todos | Minsalud

ABECÉ NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) DE CHINA

CONTEXTO

La Organización Mundial de Salud informó la ocurrencia de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) causada por un nuevo coronavirus (COVID - 19) en Wuhan (China), desde la última semana de diciembre de 2019.

Los primeros casos se presentaron en personas que estuvieron en un mercado de pescado y animales silvestres de Wuhan. Se han confirmado casos en personas que estuvieron en esta y otras zonas de China y en más de 140 países.

El 6 de marzo se confirmó el primer caso de Coronavirus (COVID - 19) en Colombia.

¿Qué son los coronavirus?

Los coronavirus (CoV) son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, en personas y animales. Los virus se transmiten entre animales y de allí podrían infectar a los humanos. A medida que mejoran las capacidades técnicas para detección y la vigilancia de los países, es probable que se identifiquen más coronavirus.

¿Cómo se transmite el coronavirus (nCoV)?

Este virus es originario de una fuente animal y en este momento se conoce que se está transmitiendo de persona a persona.

No se conoce que tan intensa puede ser esta transmisión, sin embargo la infección se produce cuando una persona enferma tose o estornuda y expulsa partículas del virus que entran en contacto con las personas con las que se tiene un contacto estrecho y su entorno. Este mecanismo es similar entre todas las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

¿Cuáles son los signos y síntomas?

Los signos y síntomas clínicos de esta enfermedad pueden ser leves, moderados o severos y son semejantes a los de otras infecciones respiratorias agudas – IRA-, como fiebre, tos, secreciones nasales y malestar general. Algunos pacientes pueden presentar dificultad para respirar.

¿Cómo se confirma?

El diagnóstico se hace a través de pruebas moleculares; sin embargo, primero se descarta o confirma la presencia de los virus más frecuentes así como el antecedente de viaje del paciente a países del exterior de Colombia o su contacto con un caso confirmado, y así es posible definir si puede tener o no la enfermedad.

El Laboratorio Nacional de Referencia de Virología del INS cuenta con la capacidad de realizar el diagnóstico para diferenciar coronavirus como COVID - 19, SARS, MERS-CoV y los cuatro endémicos en Colombia que causan IRA común.

Los laboratorios clínicos deberán continuar utilizando el algoritmo recomendado para la vigilancia de influenza de rutina y los casos de IRAG e IRAG inusitado. Las pruebas para el COVID - 19 deben ser realizadas en aquellos pacientes que se ajustan a la definición de caso, toda vez que se hayan descartado otros agentes como virus respiratorios comunes y bacterianos, causantes de cuadros clínicos similares y deberán ser enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia del INS para que se realice la prueba específica molecular (rRT-PCR) recomendada por la OMS y desarrollada por investigadores alemanes, implementada como prueba confirmatoria por el INS.

¿Cuál es la definición de caso de la OMS para la vigilancia ?

- Paciente con IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado.
- Que tenga un historial de viaje o que haya vivido en alguno de los países con brote activo de COVID - 19, en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas
- Que tenga una ocupación como trabajador de la salud en un entorno que atiende a pacientes con IRAG con etiología desconocida.

¿Qué hago si viajé recientemente a China, Italia, España, Alemania u otro país con brotes activos de COVID - 19 y me siento enfermo?

Si usted estuvo en el exteriory se siente enfermo con fiebre, tos o dificultad respiratoria hasta 14 días después de salir de esa región, usted debe:

- Consultar a su médico e informar sobre los síntomas y antecedente de viaje a esta región.
- Evitar contacto estrecho con otras personas.
- Use tapabocas de manera permanente.
- No viajar si se siente enfermo.
- Cubra nariz y boca con el codo o un pañuelo desechable al toser y estornudar y lave sus manos inmediatamente.
- Lave las manos frecuentemente con agua y jabón y use gel antibacterial para evitar diseminar las partículas virales.
- Llamar a la línea nacional 018000955590 o desde un celular al 192 para recibir información del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ponerse en autoaislamiento preventivo durante los siguientes 14 días o hasta completar 14 días a partir del día de la llegada al país. Este periodo lo debe hacer en casa o en un hotel.

¿Cómo es el tratamiento?

- El tratamiento es sintomático y en el caso de requerirlo, el manejo adecuado de acuerdo con la gravedad del paciente.
- No existe tratamiento específico para ningún coronavirus. En la actualidad no existe vacuna comprobada.

¿Cuáles son las medidas de prevención?

Para la comunidad

La principal forma de prevenirlo es evitar el contacto con personas que han sido diagnosticadas con el virus.

Así mismo, es importante seguir las siguientes recomendaciones:

- Lave sus manos frecuentemente durante el día.
- Use tapabocas si tiene tos, fiebre u otros síntomas de resfriado.
- Si está con personas con gripa que no tienen tapabocas, úselo usted.
- Estornude en el antebrazo o cubriéndose con pañuelos desechables, nunca con la mano.
- Evite asistir a sitios de alta afluencia de personas si tiene tos, fiebre, secreción nasal y otros síntomas como dolor de garganta, dolor de cabeza o dolores musculares.
- Ventile los espacios de casa y oficina.
- Consulte a su médico si presenta alguno de los siguientes síntomas: respiración más rápida de lo normal, fiebre de difícil control por más de dos días, si el pecho le suena o le duele al respirar, somnolencia o dificultad para despertar, ataques o convulsiones, decaimiento o deterioro del estado general en forma rápida.
- Llame a la línea nacional 018000955590 o desde un celular al 192 para reportar sospechas de coronavirus.
- Siga las recomendaciones de las autoridades nacionales y locales frente a la prevención del coronavirus (COVID - 19).

Para médicos y trabajadores de la salud

En las clínicas, hospitales, centros de salud se deben mantener las medidas de bioseguridad estándar frente a la atención de casos de infecciones respiratorias.

- Use tapabocas y guantes.
- Realice lavado de manos, aplicando los cinco momentos según la OMS:
  * Antes del contacto con el paciente.
  * Antes de realizar tarea aséptica.
  * Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
  * Después del contacto con el paciente.
  * Después del contacto con el entorno del paciente.
- Si reconoce un paciente con IRAG, priorice su atención y evite el contacto con otros enfermos.
- Aísle pacientes hospitalizados con IRA grave.
- Promueva la limpieza y desinfección de insumos y superficies contaminados.

- Brinde la información a pacientes y acompañantes frente a los cuidados para evitar la IRA, el manejo inicial en casa y los signos de alarma para consultar.

¿Quiénes tienen mayor riesgo?

- Personas que hayan viajado a China, Italia, España, Alemania u otro país con presencia de coronavirus durante los últimos 14 días.
- Personas con contacto estrecho con enfermos de COVID - 19.
- Personal sanitario que atienda los casos que vengan de estas zonas.
- Los mayores de 60 años, quienes son el grupo poblacional con mayor riesgo.
- Por el momento, en Colombia el mayor riesgo lo tienen las personas que viajen a los países con brote activo, así como el personal de la salud que atienda los casos introducidos en el país.

¿Qué se recomienda para realizar viajes a las zonas de brote activo?

- Se debe evitar viajar a países con brotes activos ya que muchos países han cerrado sus fronteras.
- Los viajeros deben evitar el contacto cercano con personas que sufren infecciones respiratorias agudas.
- Ralizar lavado frecuente de manos, especialmente después del contacto directo con personas enfermas o su entorno.
- Evitar el contacto cercano con animales vivos o muertos de la granja o animales salvajes.
- Los viajeros también deben informar al personal de medio de transporte si se sienten enfermos.

¿En Colombia circula alguna clase de coronavirus? ¿Desde cuándo?

En Colombia están circulando de manera habitual los coronavirus HKU229 ,1E, OC43 y NL63. El virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) que surgió en 2002 y el Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) de 2012 no han circulado en Colombia.

El 6 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso del nuevo Coronavirus (COVID –19) en el país.

RIESGOS MECÁNICOS

Contemplamos aquéllas formas de ocurrencia de accidentes, las cuales las podemos clasificar en:

- Caídas de altura.
- Caídas al agua.
- Caídas al mismo nivel.
- Caída de objetos.
- Golpes o choques con o por objetos.
- Cortes con o por objetos.
- Proyección de partículas.
- Atrapamientos/aplastamientos/aprisionamientos.
- Pisadas sobre objetos.

- Vibraciones.

RIESGOS QUÍMICOS

Los riesgos químicos son agentes ambientales presentes en el aire, que ingresan al organismo por las vías respiratoria, cutánea o digestiva, que pueden generar una enfermedad profesional.
Los riesgos químicos se presentan en el ambiente en forma de polvos, gases, vapores, rocíos, nieblas y humos metálicos. Teniendo en cuenta ello, lo podríamos clasificar en:

- Inhalación de polvos.
- Inhalación de gases.
- Inhalación de vapores.
- Inhalación de humos.

RIESGOS BIOLOGICOS

El riesgo biológico (llamado biohazard en inglés) consiste en la presencia de un organismo o la sustancia derivada de un organismo, que plantea una amenaza a la salud humana (una contaminación biológica). Son aquellos que causan enfermedades comunes, pero si su

En materia de ocupación de los establecimientos:

Para garantizar la seguridad y el orden de los usuarios y pacientes al momento de adquirir medicamentos y dispositivos médico
tener en cuenta las siguientes acciones:

- En establecimientos como minimercados, tiendas de barrio y droguerías, en los puntos de pago, se debe guardar una dis
de un (1) metro entre personas, incluso entre la persona que realiza la dispensación y quien recibe. En todo caso no pod
número superior al autorizado por el Gobierno Nacional y las autoridades locales para aglomeraciones públicas.
- Controlar la afluencia y número de personas en el establecimiento, con la finalidad de evitar aglomeraciones.
- Hacer un llamado para que las adquisiciones de medicamentos y dispositivos médicos en lo posible no sean hechas por a
mayores, menores de edad o niños, con el propósito de proteger a estos segmentos de la población.
- Las grandes superficies dedicarán especial atención una hora antes de la apertura normal de los establecimientos, para l
exclusiva de adultos mayores y mujeres embarazadas.

En materia de uso o consumo de productos farmacéuticos en casa:

- Se recomienda verificar antes y durante el uso y/o consumo del producto farmacéutico: a) etiqueta y envase se correspo
fecha de vencimiento, c) condiciones de correcto almacenamiento – temperatura y humedad -, d) aspecto organoléptico
– color, olor, sabor, textura, turbidez, entre otros, apariencia física entre otros- según condiciones dadas por el fabricant
deben conservarse durante el tiempo de uso y/o consumo- según apliquen criterios,